

La desserte médicale et recours aux soins de santé primaires

Évolution spatiale et temporelle

Aminata Niang

Géographe de la santé

Pascal Handschumacher

Géographe de la santé

Introduction

Cette étude porte sur une évaluation du système de Soins de Santé Primaires (SSP) dans l'arrondissement de Ross-Béthio, entité administrative du Delta du fleuve Sénégal.

L'arrondissement de Ross-Béthio fait partie de la région de Saint-Louis (fig. 1). Il est compris entre les latitudes 16°N et 16°35 N et les longitudes 15°40 W et 16°35 W. Il couvre une superficie de 3 076 km² avec une population de 43 509 habitants (recensement national 1988). La densité moyenne y est de 14,4 habitants au km² avec des disparités nord-ouest, sud-est, liées à une occupation très inégale de l'espace. En effet, l'axe routier principal (la Nationale n°2) sépare l'espace en deux grandes zones qui sont :

- la zone nord-ouest, vallée alluviale du fleuve appelée Walo, qui correspond aux zones d'aménagements hydro-agricoles. Elle concentre les plus grandes densités de population.
- La zone sud-est, espace sahélien, traditionnellement domaine de l'élevage transhumant et de la culture sous pluie appelé Diéri. Les densités de population y sont plus faibles et les villages sont très dispersés. Ils sont le plus souvent constitués de hameaux distants de plusieurs kilomètres.

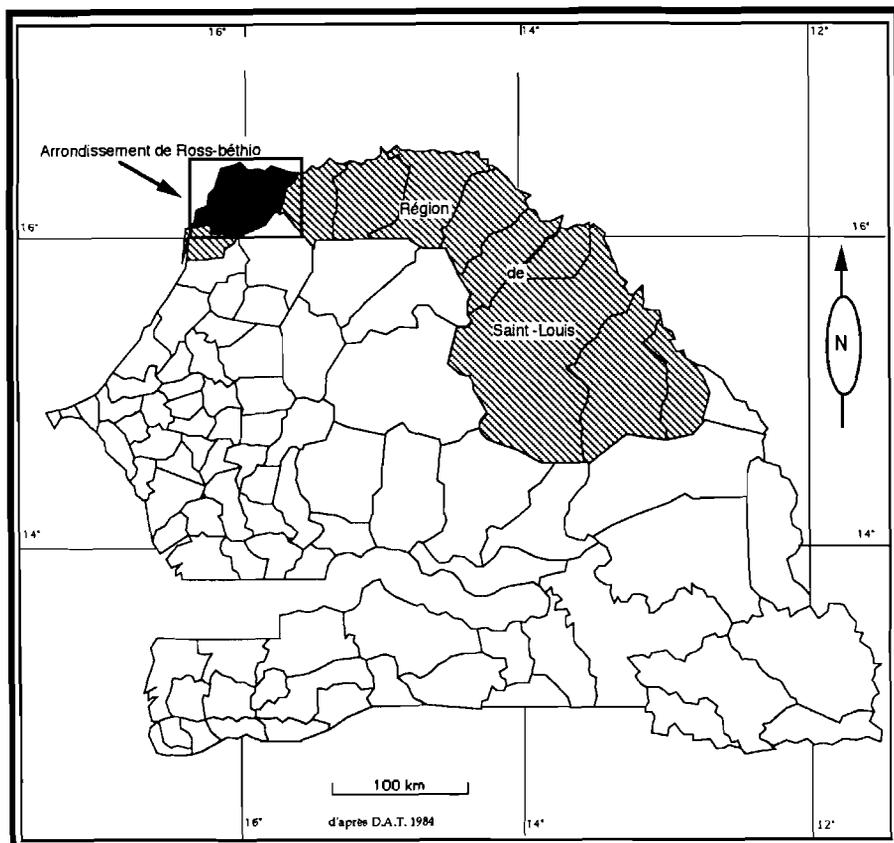


Figure 1
Carte de situation de l'arrondissement de Ross-Bethio.

Une étude des ressources sanitaires s'avérait comme une nécessité dans cet espace en pleine mutation. L'ampleur prise par les aménagements hydro-agricoles depuis la mise en service du barrage de Diama en 1986, y pose avec acuité la question des relations Développement/Environnement/Santé.

L'objectif principal de ce travail était de faire une analyse diachronique de la desserte médicale et du recours aux Soins de Santé Primaires afin de mettre en évidence son adéquation et son ajustement aux besoins de santé des populations.

Son intérêt réside dans une meilleure compréhension du système de soins grâce à l'analyse spatiale et temporelle de la distribution de l'offre de soins et des comportements thérapeutiques des populations.

Pour répondre aux objectifs et en fonction de la disponibilité des données, l'analyse est faite sur une durée de dix ans avec trois années témoins :

- 1983, qui correspond à la situation avant la mise en service du barrage de Diama ;
- 1988, à celle qui succède de deux années à sa mise en service ;
- 1992, qui succède d'une année à la mise en place de l'initiative de Bamako (nom donné à la politique de santé qui consiste à responsabiliser les communautés villageoises dans l'approvisionnement des médicaments et dans la gestion des soins de santé primaires).

Le système de recueil des données est basé d'une part sur l'exploitation des registres de consultation des postes de santé, où sont appliqués les soins de santé primaires (SSP) et d'autre part sur une enquête socio-sanitaire dans cinq villages pris comme échantillon.

Évolution de la desserte médicale

Selon PICAL (1985), évaluer la desserte médicale c'est mesurer la distribution du corps médical et paramédical. Cet indicateur permet de cerner la clientèle théorique et potentielle de chaque praticien. La desserte médicale est le rapport de la population sur le nombre de praticiens (un médecin pour 500 habitants, un infirmier pour 500 habitants etc.)

Dans la zone étudiée nous avons constaté que le niveau de formation du personnel médical n'est pas uniforme. Les Infirmiers Chefs de Postes (ICP) sont aussi bien des infirmiers diplômés que des agents sanitaires. La nomination de ces derniers étant liée aux années d'expériences pratiques. Les postes de santé sont identifiés par les activités qui y sont menées dans le cadre des soins de santé primaires (consultations curative et préventive ainsi que l'application du Programme élargi de vaccination).

Aussi avons-nous estimé plus objectif d'évaluer la desserte en fonction du nombre de structures participant à la couverture des besoins de santé primaires. Notre évaluation de la desserte revient donc à mesurer la population théorique desservie par poste de santé.

Si l'on se réfère aux normes de l'OMS¹ (Organisation Mondiale de la santé) qui considère comme acceptable une desserte d'un poste de santé pour 5 000 habitants, on peut dire qu'elle est satisfaisante dans l'arrondissement aussi bien avant les aménagements que dans la période après-barrage. Le tableau 1 montre que lors des différentes années, le nombre d'habitants par poste de santé est toujours inférieur à 5 000.

Tableau 1
Évolution de la desserte médicale.

Date	Population totale*	Nombre total de postes de santé	Desserte médicale
1983	40 130	13	1/3086
1988	43 509	14	1/3107
1992	45 696	17	1/2688

* Il n'existe que deux recensements nationaux de la population au Sénégal 1976 et 1988. Aussi les autres données de population ont été calculées (en se référant au taux d'accroissement) et comparées avec les différents recensements administratifs. Nous avons retenu les résultats qui nous ont semblés les plus fiables.

En 1983, l'arrondissement de Rosso-Béthio disposait de treize postes de santé pour une population totale estimée à 40 130 habitants. Quatre de ces postes de santé appartenait à des structures d'entreprise et les neuf autres dépendaient du secteur public. Sur les neuf postes publics quatre ont été implantés durant la période coloniale. Il s'agit des postes de Rosso-Sénégal, Rosso-Béthio, Ronkh et Diama. Les autres l'ont été après l'indépendance dans le cadre de la poli-

¹ Les normes internationales ont l'avantage de constituer des indicateurs commodes, cependant elles comportent des insuffisances par rapport aux réalités locales. Nous verrons déjà dans cette étude une des limites de ces normes de l'OMS

tique nationale de santé. Ce sont les postes de Diawar, Boundoumbarrage, Kassack-sud et Déby Tiguet.

Nous avons pris en compte les postes de santé appartenant aux sociétés implantées dans le Delta du fleuve Sénégal telles que la Socas (Société des Conserves Alimentaires du Sénégal), la Saed (Société d'Aménagement et d'Exploitation des terres du Delta et de la Falémé) et la Sonees (Société Nationale d'Exploitation des Eaux du Sénégal). Ces structures de soins que nous appelons postes d'entreprise, destinées en priorité à couvrir les demandes de soins du personnel de ces sociétés reçoivent également les populations des villages environnants. Elles jouent un très grand rôle dans l'offre de soins; les occulter aurait constitué une perte de données essentielles.

L'offre de santé ne présente pas de modifications fondamentales entre 1983 et 1988. Seul un nouveau poste a été implanté à Ndiaye Nguinth par la Saed dans le cadre de sa politique socio-sanitaire. La desserte médicale passe à un poste pour 3 107 habitants en 1988.

Cependant, le début de l'année 1991 a vu la réalisation d'importants changements dans le domaine sanitaire au Sénégal. Les autorités médicales dans le dessein de redynamiser les soins de santé primaires et de responsabiliser davantage les autorités locales ont découpé les circonscriptions médicales traditionnelles dont les limites correspondaient à celles des départements en districts sanitaires à l'échelle des arrondissements. Cette décentralisation devait aussi permettre de corriger les disparités dans la distribution de l'offre de soins. Ainsi a été créé le district de Richard-Toll comprenant l'arrondissement de Ross-Béthio et la commune de Richard-Toll². Le nouveau plan de développement élaboré prévoit un poste de santé pour 5 000 à 10 000 habitants selon la densité de population. L'arrondissement de Ross-Béthio est divisé en neuf zones médicales qui sont numérotées et portent le nom du village principal ou celui dans lequel existe déjà un poste de santé (voir tabl. II).

² Notre étude se limite au milieu rural donc à l'échelle de l'arrondissement de Ross-Béthio. Le choix d'une échelle pertinente nous impose d'écarter la commune de Richard-Toll qui constitue un espace urbain et qui mériterait à elle seule une étude complète.

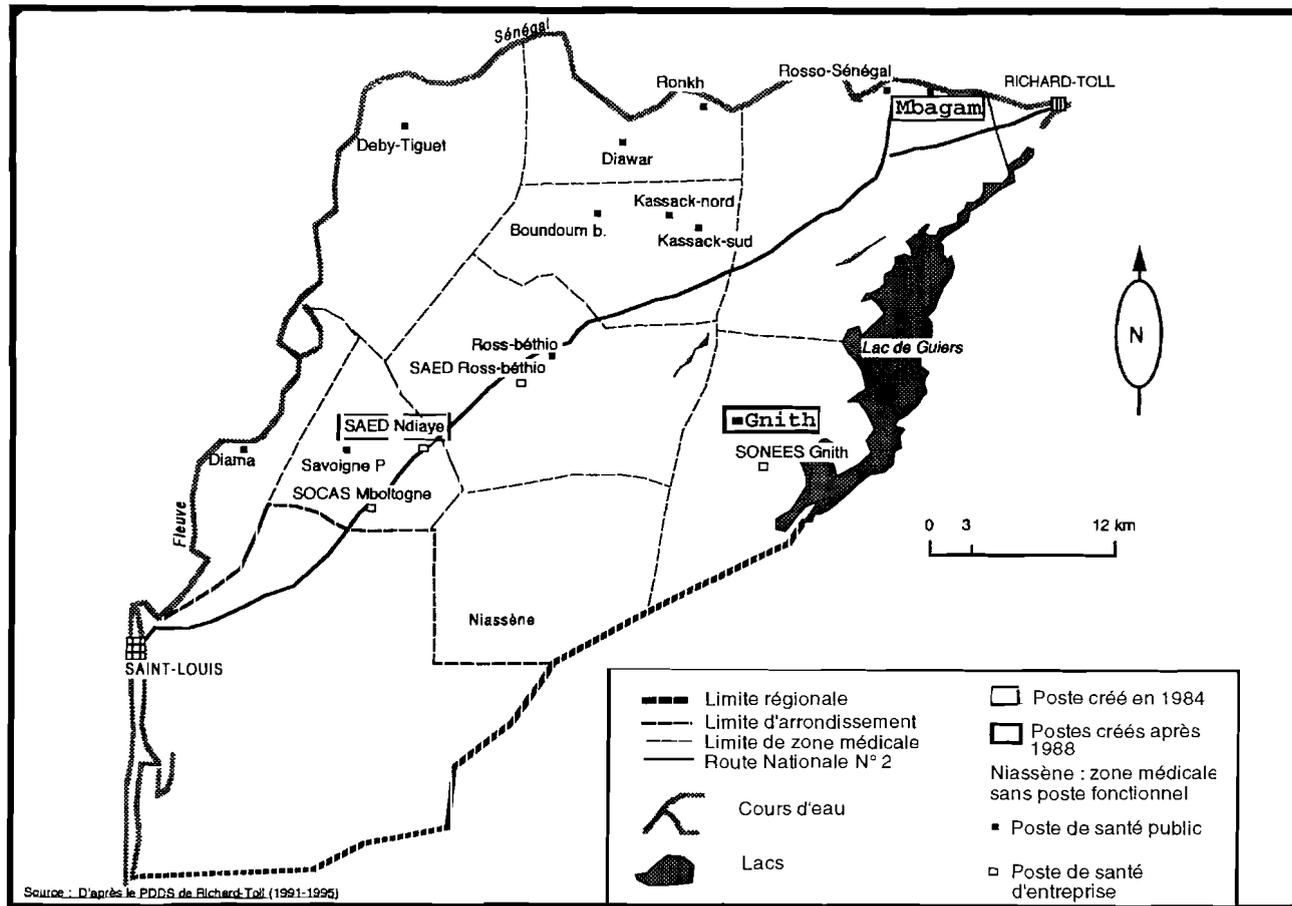


Figure 2

Répartition des postes de santé dans l'arrondissement de Ross-Béthio (d'après G. Sangli).

I Tableau II

La desserte médicale théorique dans l'arrondissement de Ross-Béthio selon le Plan de Développement sanitaire.

Source : PDDS (1991).

Zones médicales	Population théorique*	%	Nombre de villages*
Gnith	7 080	13	14
Rosso-Sénégal	9 459	19	10
Ronkh	4 811	9	6
Boundoum-b.	5 232	10	7
Débi-tiguet	2 142	4	5
Ross-Béthio	5 694	11	7
Savoigne-p.	6 267	12	16
Diama	7 655	14	28
Niasséne	4 522	8	23
Total	53 348	100	116

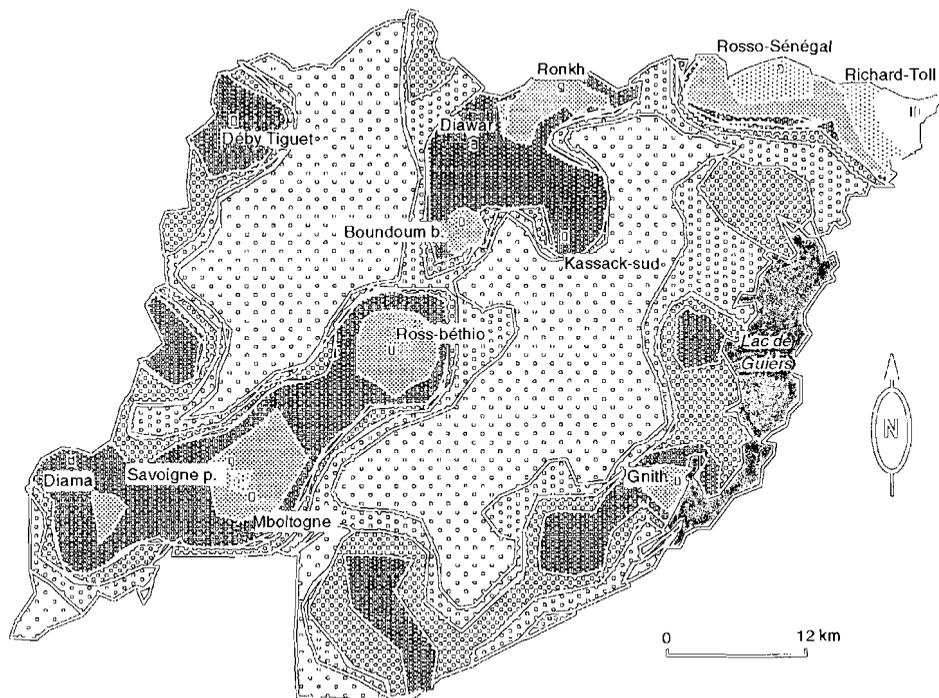
* Données obtenues de la Sous-Préfecture (recensement administratif de l'année 1988-1989).

La desserte a été considérablement améliorée avec l'implantation de nouveaux postes de santé à Mbagam et Gnith. L'ancienne case de santé de Kassack-nord commence à jouer le rôle d'un poste. On dispose alors d'un poste pour 2 688 habitants dans l'arrondissement de Ross-Béthio.

Cependant, ces innovations ne corrigent pas totalement les disparités spatiales dans la distribution de l'offre de soins. En effet, si cette desserte médicale dans son ensemble semble satisfaisante, l'analyse de la carte de distribution (fig. 2) révèle de prime abord une disparité spatiale dans l'offre de soins. Nous pouvons ainsi distinguer schématiquement deux grandes zones de desserte sanitaire selon la localisation des postes de santé :

- D'abord, la « zone nord-ouest » appelé Walo ainsi que l'axe routier qui concentrent la majorité des postes de santé.
- Ensuite, la « zone sud-est » de l'axe routier correspondant à l'espace du Diéri qui ne disposait que d'un seul poste de santé en 1983 appartenant d'ailleurs à la Sonees.

Si la zone médicale de Gnith est pourvue d'un poste de santé en 1992, celle de Niasséne reste toujours sans structure de soins. Ce qui laisse un vide apparent dans cette zone sud-est de l'arrondissement où les villages sont dispersés et peuvent être éloignés l'un de l'autre de plusieurs kilomètres.



Légende :

☒ Diawar : village disposant
d'un poste de santé

Nombre d'habitants/km²

≤ 5



10 à 15



30 à 70



70 à 140



5 à 10



15 à 30



625 à 690

Figure 3

Répartition des postes de santé par rapport aux zones d'isodensité de population dans l'arrondissement de Ross-Béthio (d'après G. Sangli).

Cependant ce choix sélectif d'installation des postes de santé s'inscrit dans une volonté de desservir les principales zones de peuplement. En effet la superposition des cartes de répartition de l'offre de

soins avec celle de la population montre une nette adéquation entre la localisation des postes de santé et l'espace de concentration des populations (fig. 3).

Les différentes zones ont donc théoriquement la même desserte médicale en fonction de l'importance de leur population. Ainsi cette desserte peut se justifier par les objectifs de la planification sanitaire qui consiste à distribuer l'offre de soins en fonction de la répartition de la population.

Mais cette distribution de l'offre de soins est-elle suivie d'un recours aux soins homogène car il est généralement constaté que la fréquentation dépend en grande partie de la qualité de la desserte médicale.

Pour répondre à cette question nous avons fait l'analyse du recours aux soins comme indice de comparaison temporelle et spatiale. Cette estimation du recours aux soins repose sur l'exploitation des registres de consultation des postes de santé et sur des enquêtes effectuées auprès des populations.

Le recours aux soins comme indice de comparaison temporelle et spatiale

Le recours aux soins en 1983 : des postes de santé inégalement sollicités

Le recours aux soins est défini par PICHERAL (1985) comme l'expression et la manifestation de la morbidité ressentie et/ou diagnostiquée qui se traduit dans la consommation médicale. Nous estimons le taux de fréquentation comme étant le rapport entre le nombre de consultants déclarés d'un village sur la population totale concernée. Le résultat est exprimé en pourcentage.

Selon les normes de l'OMS, le recours aux soins, donc l'accès aux

services de santé, est satisfaisant quand la fréquentation atteint un taux de 70%, soit un contact de 0,7 fois/an/personne. Nous voyons sur le tableau III que le taux moyen était de 70% en 1983 dans l'arrondissement de Ross-Béthio, l'on peut donc considérer qu'il était acceptable.

Année	Desserte médicale	Taux moyen de fréquentation	Nombre total de consultants
1983	1/3086	70 %	28 091
1988	1/3107	65 %	28 280

Tableau III
Desserte médicale et recours aux soins en 1983 et 1988.

Nous aurions mieux pu apprécier la dimension spatiale du recours aux soins si nous avions pu déterminer les taux de fréquentation par village. Mais nous n'avons pu définir les aires de recrutement des postes de santé en 1983, car les registres de consultation ne comportaient pas encore la rubrique « adresse des consultants »⁽³⁾. Elle ne sera mentionnée qu'à partir de 1988. Nous avons pu constater cependant qu'il existait de très grandes inégalités dans l'utilisation des postes de santé.

Le tableau IV montre qu'en 1983, 28 091 consultants ont été enregistrés dans les postes de santé⁽³⁾, soit une moyenne de 3 511 consultants par poste dans l'année. Mais cette moyenne rapportée à l'activité des différentes structures est très peu significative. Nous avons :

- des postes très peu sollicités comme Kassack-sud et Ronkh,
- des structures à charge moyenne comme celles de Savoigne-pionnier, de Ross-Béthio public et de Diawar,
- et enfin, les postes les plus sollicités sont les deux structures d'entreprise de Sonees Gnith et de Saed Ross-Béthio ainsi que le poste de santé public de Diama qui prend à lui seul 27% du total de consultants.

³ La collecte des données reste tributaire de la qualité du système de recueil des données. Dans les différents postes de santé les données recueillies comportent parfois des lacunes. Des registres ont été perdus dans certains postes de santé. Les rubriques concernant l'âge et le sexe des patients également ont été mal remplies, de sorte que les résultats recueillis étaient très incomplets rendant leur exploitation difficile. Ainsi la qualité des données nous impose une certaine prudence dans l'interprétation.

Postes de santé	Nombre de consultants	%
Kassac-sud	818	2,91
Ronkh	1 045	3,71
Diawar	1 889	6,72
Savoigne-pionnier	1 909	6,79
Ross-Béthio	2 867	10,20
S.O.N.E.E.S. Gnith	4 873	17,34
S.A.E.D. Ross-Béthio	7 052	25,10
Diama	7 638	27,15

■ Tableau IV
Répartition des consultants dans les postes de santé en 1983.

Il semble exister une relation entre l'attractivité des structures de soins et leur localisation par rapport aux densités humaines et aux axes routiers.

Les postes de santé qui sont implantés dans des zones de forte densité de population bénéficient d'une sollicitation plus grande. C'est le cas des postes de Diama (27,19% du total des consultants) et de Ross-Béthio (25,10%).

Le poste de la Sonees de Gnith fait également partie des structures dont les effectifs sont élevés (17,37%). Sa situation d'unique structure de soins dans la zone sud-est semble expliquer la grande sollicitation dont elle fait l'objet.

La grande concentration des structures dans la zone nord-ouest a entraîné une réduction de la charge de population à desservir par chaque poste de santé. Ce qui justifie la faiblesse du nombre de consultants dans ces postes de santé (Ronkh 3,71% et Kassack-sud 2,91%).

La répartition spatiale de l'offre de soins pesait donc déjà sur l'attraction des postes de santé en 1983. Les variations dans la fréquentation reflètent l'organisation de l'espace par rapport aux densités de population mais également par rapport à la distribution des infrastructures.

Le recours aux soins dans la période après-barrage

Une fréquentation en baisse en 1988

Si l'on décèle une certaine stabilité dans l'évolution de la desserte médicale entre 1983 et 1988, le taux moyen de fréquentation

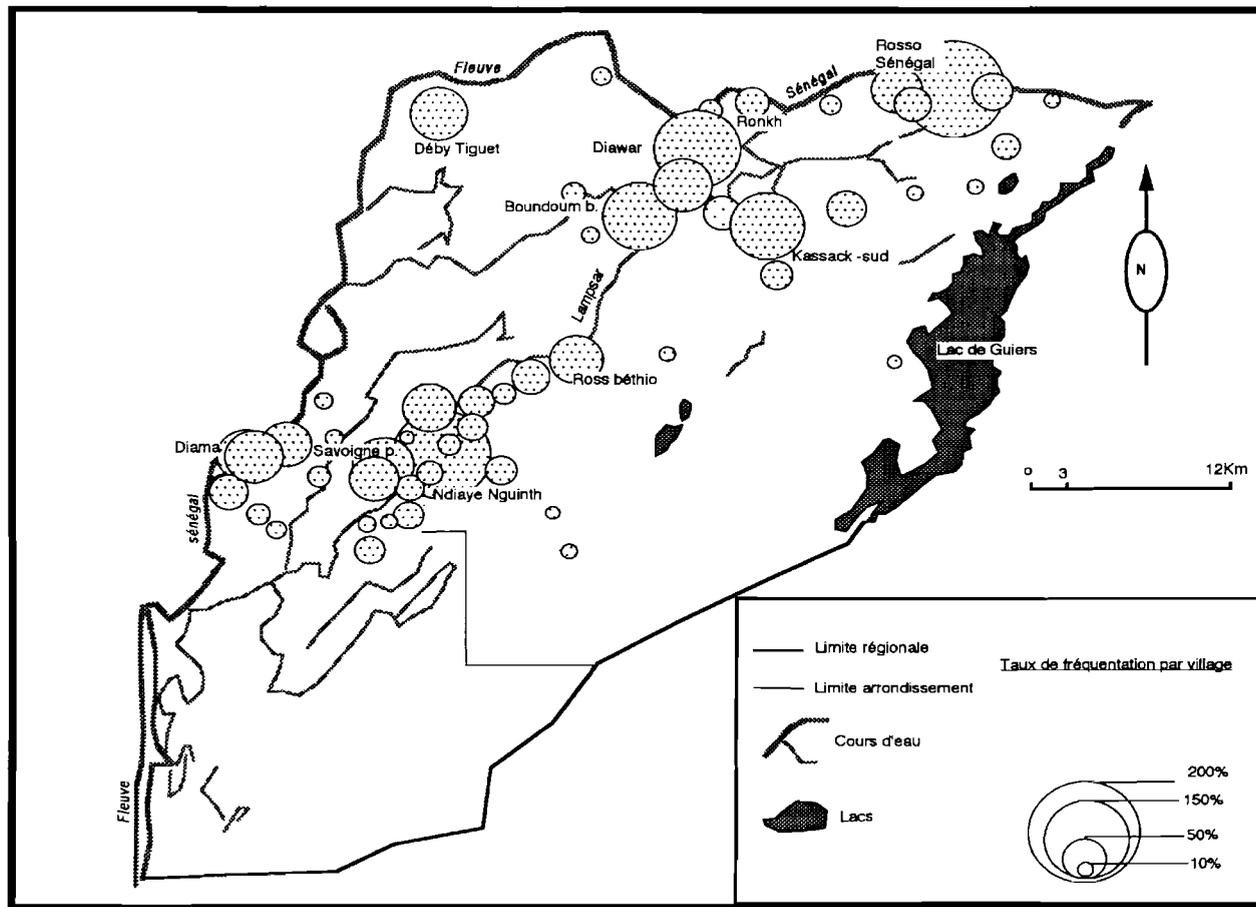


Figure 4
Recours aux soins en fonction des villages en 1988.

connaît cependant une baisse significative. Le tableau v montre qu'en 1988, il est passé à 65 %, soit une diminution de 5 % par rapport au taux de 1983.

Date	Desserte médicale	Taux moyen de fréquentation	Nombre total de consultants
1983	1/3086	70 %	28 091
1988	1/3107	65 %	28 280
1992	1/2688	83 %	38 696

■ Tableau v
Évolution de la desserte médicale et des taux de recours aux soins.

Cette baisse pourrait s'expliquer par un certain nombre de facteurs dont une certaine stabilité dans la morbidité qui n'aura pas nécessité un plus grand recours aux soins ou par des comportements thérapeutiques différents.

La carte de recours (fig. 4) faite à partir de l'origine des consultants en 1988 montre des villages où la fréquentation très élevée de l'ordre de 200 % et des villages où elle est très faible ou nulle. Nous avons vu que sur les 54 villages dont nous avons pu calculer les taux de fréquentation :

- 37 villages ont enregistré des taux inférieurs à 70 % ;
- 5 villages ont des taux compris entre 70 % et 90 % ;
- 12 villages ont des taux de fréquentation inférieurs à 3 %.

Comment expliquer de telles inégalités ?

Nous avons constaté qu'il existait un rapport évident entre le recours et l'existence d'un poste de santé dans le village ou à proximité. Sur les dix sept villages qui ont les taux de fréquentation les plus élevés (supérieurs à 70 %), dix disposent d'un poste de santé et les sept autres sont situés dans un rayon inférieur à 5 km. Il paraît évident que les structures de soins profitent en premier lieu aux villages où elles sont implantées.

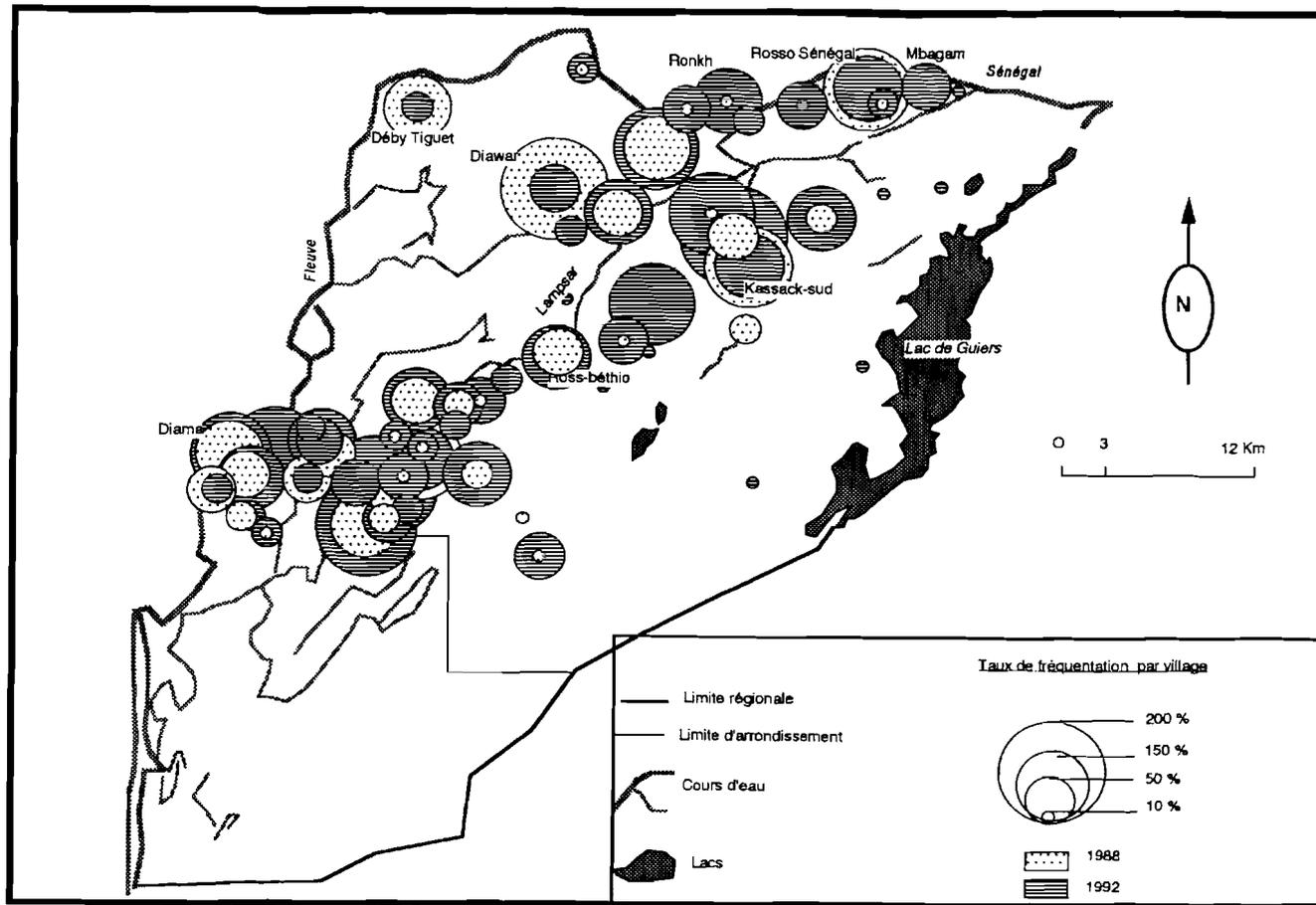


Figure 5
Évolution du recours aux soins par village de 1988 à 1992.

La comparaison des effectifs de consultants des postes de santé fonctionnels montre qu'il existe toujours comme en 1983 les mêmes disparités dans l'attractivité des structures en fonction de leur localisation (tabl. vi).

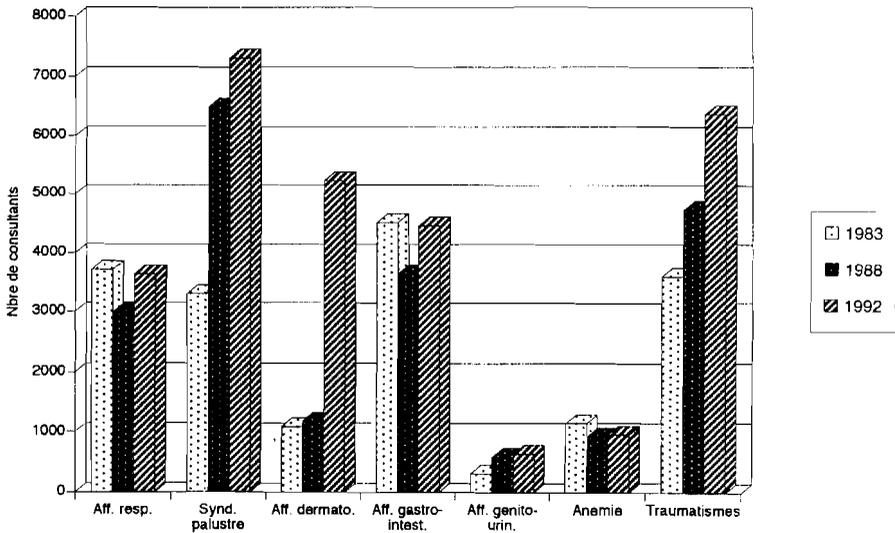
Postes de santé	Nombre de consultants	%
Kassac-sud	787	2,78
Ronkh	1 329	4,69
Savoigne-pionnier	1 557	5,50
Boundoum-b.	1 598	5,60
Diawar	1 693	5,98
Diama	2 338	8,26
Ross-Béthio	2 373	8,39
S.A.E.D. Ross-Béthio	3 034	10,72
S.A.E.D. Ndiaye Ng.	3 340	11,81
S.O.N.E.E.S. Gnith	3 540	12,51
Rosso-Sénégal	6 691	23,65
Total	28 280	100

Tableau vi
Répartition des consultants dans les postes de santé en 1988.

En effet, les structures les plus sollicitées se trouvent dans les zones de forte densité de population et le long de l'axe routier. La forte densité de population le long de l'axe Gorom-lampsar et la présence de moyens de transport peut expliquer la pression des consultants dans les postes de santé de Ross-Béthio et de la Saed de Ndiaye Nguinth. Ainsi les variations du recours aux soins et la fréquentation des postes dans l'arrondissement de Ross-Béthio peuvent traduire l'impact du couple distance/temps et des moyens de communication.

Une hausse très importante en 1992

L'année 1992 introduit cependant un changement radical dans le recours aux soins par rapport aux années précédentes. Si l'on constate qu'il existe toujours les mêmes disparités spatiales dans la fréquentation des populations (fig. 5), on enregistre cependant une augmentation très significative dans le recours aux soins. En effet, 83% de la population ont eu recours aux postes de santé, soit une hausse de 18% par rapport à 1988.



■ Figure 6

Nombre de consultants par affection et par année.

(en pointillé : 1983 - en noir : 1988 - en grisé : 1992).

D'ailleurs, on remarque sur le tableau v que les effectifs ont augmenté de plus de 10 000 consultants entre 1988 et 1992. Or, cette augmentation n'était que 126 consultants entre 1983 et 1988.

Quelles sont les causes de cette évolution? Est-elle liée à une augmentation des besoins de santé due à la recrudescence de maladies, à un fait démographique ou à une meilleure accessibilité aux structures de soins? Pour répondre à ces questions, nous avons essayé de cerner toutes les causes probables dont principalement l'évolution de la population, de la morbidité et l'application de nouvelles politiques de santé.

Il n'a été enregistré aucun fait démographique majeur ⁽⁴⁾ (accroissement brusque ou migration de population) ou de cas d'épidémie pouvant justifier cette hausse dans le recours aux soins.

⁴ Il y a certes eu un conflit sénégal-mauritanien en 1989 qui a entraîné l'installation d'une population de réfugiés dans la région de Saint-Louis. Cependant ces réfugiés n'étaient pas comptabilisés dans les postes de santé de l'arrondissement de Ross-Béthio. Ils disposaient de leurs propres structures de soins installées par les organismes d'aide nationale et internationale.

Cependant, la comparaison des effectifs de consultants par affection (fig. 6) montre que l'augmentation des consultants concerne principalement les syndromes palustres, dermatologiques et les traumatismes :

- Le nombre de consultants pour affection dermatologique a quadruplé entre 1983 et 1992.
- Les syndromes palustres dont le nombre de consultants a doublé pendant la même période.
- Les traumatismes dont le nombre de consultants a également doublé.

Les effectifs les plus importants pour ces affections se trouvent dans les postes de santé de Diama, de Rosso-Sénégal, de la Sonees (Gnith), de Kassack-Sud et de Ross-Béthio.

Face à cette répartition des consultants pourrait-on déjà désigner ces zones comme étant des espaces à risques vu le nombre important des consultants enregistrés concernant ces maladies ?

Il nous semble hâtif de tirer des conclusions sans avoir au préalable effectué des recherches plus poussées en ce sens, car cette répartition pourrait être le fruit des problèmes de diagnostic qui se posent aux infirmiers.

Il n'existe pas dans les postes de santé les moyens matériels qui permettent de diagnostiquer les maladies qui nécessitent des examens de laboratoire.

Ensuite, il faut noter qu'il y a eu une meilleure gestion des données médicales dans les postes de santé à partir de 1991. En effet, les infirmiers soumis à la pression de contrôles plus fréquents, destinés à évaluer les effets de l'initiative de Bamako, ont fait preuve d'une plus grande rigueur dans leur gestion. Il est probable que les données recueillies ont été influencées par ces nouvelles conditions.

Il reste également à déterminer les incidences des comportements thérapeutiques des populations qui peuvent moduler le profil sanitaire en fonction de l'importance qu'elles accordent à la maladie et les lieux de recours aux soins choisis.

Mais nous savons déjà que l'expression des besoins de santé ne peut se faire que dans le cadre d'une bonne accessibilité au système de soins. Le recours aux soins est un acte social qui est modulé par tout un système de soins qui est la somme des moyens matériels et humains mis à la disposition des populations par une politique de santé.

Or, en novembre 1991, un événement majeur est intervenu dans l'arrondissement de Ross-Béthio où la politique nationale de santé s'est manifestée par la création du district sanitaire de Richard-Toll et l'application de l'initiative de Bamako. Cette nouvelle politique de santé a certainement déterminé, en grande partie, cette évolution par les répercussions notables qu'elle a eues sur l'accès aux médicaments essentiels.

Impact de l'Initiative de Bamako sur le recours aux soins

Cette nouvelle politique de santé est en fait un programme d'approvisionnement et de gestion autonome des soins de santé primaires. Les communautés à travers des comités de santé sont chargées de commercialiser les médicaments essentiels et les tickets de consultation. Les fonds générés servent ainsi à financer les programmes de santé en vue d'assurer la pérennité des actions. Mais surtout, ce système devait permettre aux populations dont le pouvoir d'achat est assez faible d'acquérir les médicaments plus facilement et à des prix abordables. Le nouveau système doit de ce fait améliorer la rentabilité des services de santé, car la disponibilité des médicaments est un élément essentiel de la fréquentation des structures de soins.

C'est après son application que nous avons noté cette augmentation considérable de la fréquentation des postes de santé dans l'arrondissement de Ross-Béthio. Le recours aux soins atteint en moyenne 83% de la population en 1992 contre 70% en 1983 et 65% en 1988.

TALLA (1992) constate que le taux d'utilisation des postes (nombre de contacts/an/population desservie par poste) est passée à 0,75% dans l'ensemble des structures de novembre 1991 à avril 1992 alors qu'il n'était que de 0,52%/an/personne dans la période de novembre 1990 à avril 1991. En dehors du lancement de l'Initiative, aucune cause perceptible d'une telle augmentation n'a été enregistrée dans l'arrondissement (épidémie, mouvements de population...)

La nouvelle politique semble donc avoir atteint un de ses objectifs qui est de favoriser l'attractivité des structures de soins en facilitant l'accès aux médicaments essentiels.

Cependant nous avons constaté d'autres incidences moins heureuses de cette politique de santé.

Cette hausse dans le recours aux soins ne se traduit pas dans la prise en charge réelle de la population. La couverture en 1992 n'atteint pas l'ensemble de la population-cible définie par le Plan de développement du district sanitaire (PDDS) de Richard-Toll.

Le tableau VII montre que l'offre de soins devrait s'étendre théoriquement à 116 villages soit 53 348 habitants mais elle ne dépasse pas 69 villages qui font 19 982 habitants. En réalité la population desservie par les postes de santé publics représente seulement 37% de la population-cible. Les populations non pris en compte par ces postes de santé officiels se retrouvent dans les postes d'entreprise. Ainsi sur les 38 696 consultants que nous avons comptabilisés pour l'année 1992 dans l'ensemble des postes de santé de l'arrondissement (voir tabl. V), 18 714 ont consulté dans les postes d'entreprise soit 38%.

■ Tableau VII
Comparaison entre charge théorique et charge réelle
des postes de santé.

Zones médicales	Nombre de postes de santé	Population théorique	Population réellement couverte en 1992	Rapport entre charge théorique et charge réelle
Gnith	1	7 080	-	-
Rosso-Sénégal	1	9 945	4 016	40 %
Ronkh	1	4 811	2 659	55 %
Boundourm-b.	4	5 232	5 439	104 %
Débi-tiguet	1	2 142	-	-
Ross-Béthio	1	5 694	4 048	71 %
Savoigne-p.	1	6 267	1 767	29 %
Diamà	1	7 655	2 053	27 %
Niassène	0	4 522	-	-
TOTAL	11	53 348	19 982	37 %

Les zones de Niassène, de Gnith et de Débi-tiguet ne disposaient pas de postes de santé d'état fonctionnels à cette période. Les zones de Gnith, Ross-Béthio, Savoigne-pionnier et Diamà disposent de poste d'entreprise.

La zone médicale de Boundoum-barrage est la seule où la population est réellement couverte (104%). Les deux zones médicales de Ross-Béthio avec 71% et de Ronkh avec 55% arrivent à une couverture supérieure à 50% de la population. Dans les autres zones médicales, à l'exemple des postes de santé de Savoigne-pionnier, de Diama et de Rosso Sénégal, la couverture de la population n'atteint pas 50% de la population théorique.

Il apparaît ainsi des disparités dans la couverture de la population en fonction des zones médicales. L'initiative de Bamako contribue à accentuer les disparités spatiales déjà existantes dans le recours aux soins à travers les coûts des médicaments dans les postes de santé.

Le problème de l'Initiative se situe, comme toute politique de ce genre, dans la manière dont elle est appliquée dans l'arrondissement de Ross-Béthio. Le prix des médicaments est théoriquement fixé en fonction du prix d'achat à la pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA), de l'indemnité perçue par le gestionnaire, des risques de péremption, du coût du transport, des frais de fonctionnement (gaz, électricité, fournitures de bureau, frais bancaires...) que seules les recettes tirées de la vente des tickets ne peuvent couvrir. L'organisation interne du système tel que le choix du gestionnaire et la marge bénéficiaire sur la vente des médicaments est laissée à l'appréciation des membres des comités de santé. Ainsi les coefficients et les prix des médicaments diffèrent en fonction des particularités des zones médicales mais surtout des choix des comités de santé. Le tableau VIII donne le coût moyen d'une ordonnance dans les différents postes de santé.

■ Tableau VIII
Coût moyen d'une ordonnance en fonction
des postes de santé dans l'arrondissement de Ross-Béthio.

Postes de santé	Coût moyen d'une ordonnance prix P.N.A. (en francs CFA)	Coefficient	Coût moyen d'une ordonnance prix poste de santé (en francs CFA)
Boundoum B.	398	1,3	517
Diama	232	1,8	417
Diawar	?	1,7	?
Kassack-sud	189	1,3	246
Ronkh	327	2,0	653
Ross-Béthio	317	1,3	412
Rosso-Sénégal	248	1,6	397
Savoigne-p.	562	1,8	1 012

Source : Talla (1992), médecin-chef du district de Richard-Toll

Cette différence a des conséquences sur la fréquentation des postes de santé. La recherche d'un traitement moins coûteux étant un réflexe tout à fait compréhensible, les populations se dirigent vers les postes de santé où les coûts de soins sont les moins élevés.

En effet le bilan, fait après six mois d'application par TALLA (1992), montre que les postes de santé les plus fréquentés sont ceux qui ont les coûts moyens de soins les moins élevés (fig. 7). Les populations préférant consulter dans les structures où les médicaments sont moins coûteux, le poste de Savoigne-pionnier est donc le moins fréquenté.

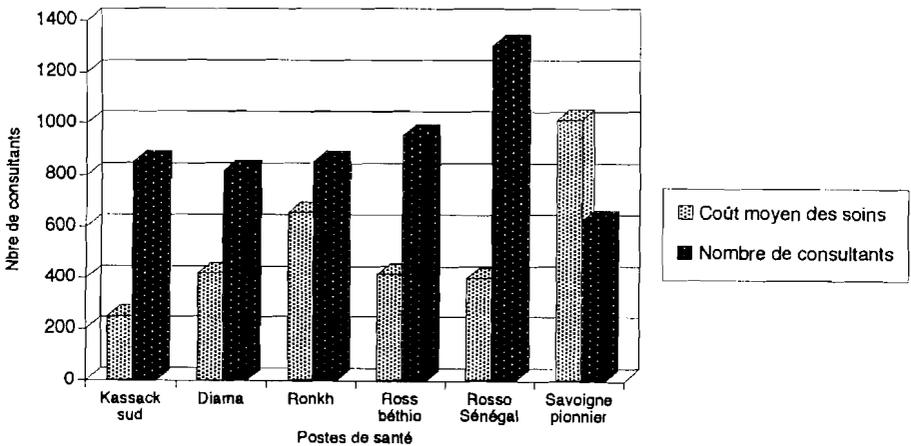


Figure 7

Rapport entre coût moyen des soins et fréquentation des postes de santé de novembre 1991 à avril 1992.

(en clair : coût moyen des soins - en foncé : nombre de consultants)

Cette estimation faite sur six mois se confirme dans les résultats que nous avons obtenus au cours de l'année 1992. Ce sont les mêmes postes de santé qui ont les coûts de soins les moins élevés qui se sont montrés les plus attractifs. (fig. 8).

Cependant il faut rappeler que la présence des postes de santé d'entreprise a pu influencer l'orientation du choix du lieu de recours aux soins de la population. Nous avons constaté que 71% des consultants de la zone médicale de Savoigne-pionnier ont été enregistrés dans les postes de santé de la SAED de Ndiaye et de la SOCAS de Mboltoigne.

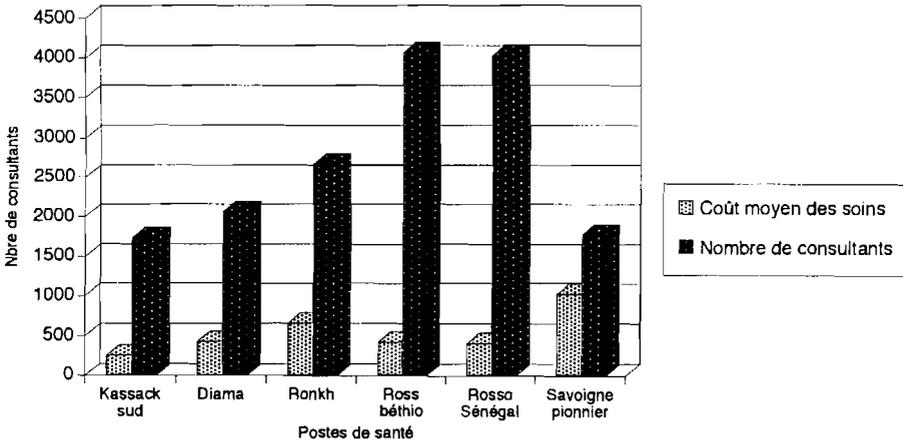


Figure 8

Rapport entre coût moyen des soins et fréquentation des postes de santé de janvier à décembre 1992.

(en clair : coût moyen des soins - en foncé : nombre de consultants)

Le poste de la SAED à Ross-Béthio a pris également en charge 42% des consultants de la zone médicale de Ross-Béthio.

En permettant aux malades des villages environnants de solliciter des soins et des médicaments gratuits dans leurs postes de santé, les structures d'entreprise ont choisi de donner une dimension sociale à leur politique de santé; favorisant ainsi une atténuation de l'impact de l'initiative de Bamako dans les zones médicales où elles existent.

Dans le souci de mieux comprendre les motivations réelles dans le choix des lieux de recours aux soins une enquête a été effectuée auprès des populations qui, par la localisation de leurs villages, ont la possibilité théorique d'accéder à tous les postes de santé (public et d'entreprise) de la zone médicale de Savoigne-pionnier et de Ross-Béthio. Le choix s'est donc porté sur les villages de Savoigne-pionnier, Savoigne peul, Mbodjène, Ndioungue-mberesse et Biffèche. L'enquête a concerné 193 concessions soit 218 ménages constituant un échantillon représentatif.

Les résultats de cette enquête nous confortent dans la conclusion que l'application de l'initiative de Bamako contribue effectivement à créer des disparités spatiales dans le recours aux soins.

En effet l'ensemble de l'échantillon souhaiterait, dans la zone de Savoigne-Pionnier, soit une réduction des coûts de consultation, soit une suppression pure et simple de l'application de l'Initiative de Bamako. Sur les 34 concessions interrogées à Savoigne-Pionnier, 70,58 % de l'échantillon préfère consulter dans le poste de santé de Ross-Béthio situé hors de leur zone médicale mais où le coût moyen des ordonnances est moins élevé (412 francs CFA à Ross-Béthio contre 1 012 francs à Savoigne-Pionnier).

Ainsi, les habitants du village de Biffèche qui partagent le même site que celui de Savoigne-Pionnier, ne consultent plus dans leur poste de santé. Si des facteurs internes au village (comme les relations entre l'infirmier et la population) peuvent parfois expliquer une telle situation, ce n'est pas le cas dans le poste de santé de Savoigne-pionnier. Tous les malades de Biffèche vont consulter dans les postes de santé de la SOCAS (Mboltogne) et de la SAED (Ndiaye Nguinth) étant en majorité des travailleurs permanents ou temporaires de ces sociétés et pouvant aussi y faire accéder leurs parents. Les populations de ce village qui ne peuvent accéder aux postes de santé d'entreprise préfèrent également s'orienter vers celui de Ross-Béthio.

L'enquête a également montré que 60% de la population interrogée a fréquemment recours aux tradipraticiens. La raison avancée par les populations pour le choix de cette forme de traitement est le manque de moyens financiers pour accéder à la structure publique. Chez le tradipraticien, la rémunération se fait selon les possibilités des patients.

Le recours aux soins dans le poste de santé de Savoigne-pionnier est donc la dernière solution, l'essentiel des traitements se faisant en dehors du système de soins officiel (tradipraticiens, automédication et postes d'entreprise).

Discussion et conclusion

Dans l'arrondissement de Ross-Béthio, une rupture importante est apparue dans le recours aux soins, 7 ans après la mise en service du

barrage de Diama. Celle-ci se traduit par une hausse du recours aux soins qui semblent exprimer de nouveaux besoins de santé.

PICHERAL (1989) affirmait que les besoins de santé pouvaient être tout à la fois objectifs et subjectifs, latents, ressentis et exprimés, d'origine biologique, psychique ou sociale. Ils traduisent un état de carence motivé par des risques (la maladie, la mort, etc.). Vu sous cet angle, l'accroissement des besoins de santé d'une population s'exprimerait alors par un plus grand recours aux soins dès que l'accessibilité aux services est acquise. Il existe certainement d'autres facteurs, non pris en compte dans cette étude, mais nous estimons que l'évolution du recours aux soins dans l'arrondissement de Ross-Béthio pourrait être liée à une augmentation de la demande de soins. Celle-ci ayant coïncidé avec une amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins suscitée par les nouvelles politiques de santé mise en oeuvre (mise en place du District sanitaire de Richard-Toll et application de l'initiative de Bamako).

D'ailleurs l'arrondissement de Ross-Béthio apparaît comme une zone privilégiée au Sénégal avec un poste de santé pour 2 688 habitants en 1992 contre un poste de santé pour 10 500 habitants au niveau national.

Mais cette moyenne cache une accessibilité différentielle qui transparaît dans une étude spatiale de l'activité du système de soins. Malgré cette desserte de loin supérieure à la norme fixée par l'OMS, le système de soins n'arrive à couvrir que 37% de la population-cible. Cela nous amène à porter un regard critique sur les politiques de santé conçues à un niveau national ou international mais qui ne prennent pas en compte les particularités des milieux où elles sont appliquées.

La zone sud-est de l'arrondissement de Ross-Béthio présente une faible densité de population et les lieux habités y sont très dispersés. Le faible taux de peuplement explique l'absence des structures de soins. Il est cependant regrettable que ces populations soient trop souvent les grands défavorisés dans la distribution des infrastructures socio-économiques. C'est là encore un des problèmes qui relèvent de l'aménagement du territoire et de la planification.

Dans le district sanitaire de Richard-Toll, une équipe mobile pourrait se charger de dispenser les soins aux populations de la « zone sud-est » et surtout chez les pasteurs Peuls transhumants.

Il faudrait également revoir les modalités d'application de l'initiative de Bamako dans l'arrondissement de Ross-Béthio. Elle contri-

bue à renforcer les disparités spatiales dans le recours aux soins. Ce sont des faits majeurs, dont il conviendrait de tenir compte à l'avenir, dans les programmes de santé de cette zone.

Bibliographie

- HANDSCHUMACHER (P.), HERVÉ (J. P.), HÉBRARD (G.), 1991 —
Des aménagements hydro-agricoles dans la vallée du fleuve Sénégal, ou le risque de maladies hydriques en milieu sahélien. *Sciences et changements planétaires/Sécheresse*, 3 (4) : 219-226.
- KELLY (P.), 1990 —
Etude du plan directeur de santé. Rive gauche de la vallée du fleuve Sénégal. Rapport de mission OMVS/USAID, Dakar, 34 p.
- KONE (A.), 1993 —
Impact des postes de santé privés sur le Recours aux soins dans un espace médical public (Arrondissement de Ross-Béthio). Mémoire de DEA, univ. Cheikh Anta Diop, Dakar, 81 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ACTION SOCIALE, 1980 —
« *Les soins de santé primaires au Sénégal* ». Première conférence sur les Soins de Santé Primaires au Sénégal, Dakar, Sénégal, 1980. Doc. Ministère de la santé publique, Dakar, Sénégal, 111 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ACTION SOCIALE, 1991 —
Plan de Développement du District Sanitaire de Richard-Toll (1991-1995). Doc. Direction de la santé publique, Dakar. 175 p.
- NIANG (A.), 1993 —
Évolution spatiale et temporelle de l'offre et du recours aux soins dans l'arrondissement de Ross-Béthio : Impacts des aménagements hydro-agricoles. Mémoire de DEA, univ. Cheikh Anta Diop, Dakar, 83 p.
- OMVS, 1982 —
« *Évaluation des effets sur l'environnement, d'aménagements prévus dans le bassin du fleuve Sénégal* ». In : *Rapport. Harrisburg, Gannett - Fleming, Coorddry et Carpenter*. Doc. OMVS, Dakar, 149 p.
- PICHERAL (H.), 1985 —
Mots et concepts de la géographie de la santé. *Cahiers GEOS*, 2 : 4-30.
- PICHERAL (H.), 1989 —
La desserte en soins médicaux.
« Variations socio-géographiques ». *Cahiers GEOS*, 16; 4-82.
- SALEM (G.), BENARD (C.), JEANNÉE (E.), LALOE (F.), 1989 —
"Exemple d'utilisation de l'analyse de correspondance dans les statistiques sanitaires : étude de 9 postes de santé de Pikine." In Salem (G.), Jeannee (E.), éd. : *Urbanisation et santé dans le Tiers Monde transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*. Orstom, Paris, coll. Colloques et Séminaires : 443-454.
- SANGLI (G.), 1992 —
Etude de la dynamique de population dans l'arrondissement de Ross-Béthio. Mémoire de DEA, univ. Cheikh Anta Diop, Dakar, 81 p.
- TALLA (I.), 1992 —
Mise en place de l'Initiative de Bamako dans le district sanitaire de Richard-Toll et premier bilan après 6 mois. Mémoire de Certificat d'études spéciales de Santé publique (Institut de santé et développement), univ. Cheikh Anta Diop, Dakar, 75 p.