



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 3 August 2023
Accepted, 8 October 2023
Published, 14 October 2023
<http://www.revue-rasp.org>

Research

Territoire et santé au Sénégal : approche diachronique des relations santé et territoires à travers les réformes administratives

Ibrahima Demba DIONE^{1,*}, Ibrahima TOURE¹

¹Université Assane Seck de Ziguinchor (Sénégal)

Correspondance : idione@univ-zig.sn

Résumé

Cette contribution propose une lecture sur la relation entre la santé (offre et recours aux soins) et le territoire (organisé et construit) sous l'impulsion des politiques publiques au Sénégal. Nous analysons ainsi la longue marche de ce lien à travers les mouvements de décentralisation et de déconcentration. D'abord, par une analyse diachronique, la réflexion présentée dans cette contribution comme article de fond participe de la compréhension des mécanismes de gestion du système de santé sénégalais sous le prisme des politiques publiques (réadaptation, rééquilibrage, changement de cap etc.). Ensuite, il s'agit de voir comment ces politiques publiques, parties pour promouvoir un accès équitable à l'offre de soins, entretiennent des inégalités de santé si l'on considère les critères de distribution spatiale et des standards de couverture sanitaire. Enfin, une dernière réflexion discute des spécificités de l'articulation entre administration territoriale (décentralisée et déconcentrée) et politique de santé pour comprendre comment le succès attendu des différentes réformes des paysages sanitaires tarde à se concrétiser.

Mots clés : administration, politiques publiques de santé, décentralisation, déconcentration, développement des territoires, Sénégal

Abstract

This contribution proposes a reading of the relationship between health (supply and use of care) and territory (organized and constructed) under the impetus of public policies in Senegal. We analyze the long march of this link through the movements of decentralization and deconcentrating. First, through a diachronic analysis, the reflection presented in this contribution contributes to the understanding of the management mechanisms of the Senegalese health system under the prism of public policies (readjustment, rebalancing, change of course, etc.). Next, we examine how these public policies, which are designed to promote equitable access to health care, maintain health inequalities if we consider the criteria of spatial distribution and health coverage standards. Finally, the specificities of the articulation between territorial administration (decentralized and deconcentrated) and health policy are discussed in order to understand how the expected success of the various reforms of the health landscape is slow to materialize.

Keywords: administration, public health policies, decentralization, deconcentration, territorial development, Senegal

Introduction

Les politiques publiques et les différentes actions qui en découlent permettent une organisation du territoire dont le but ultime est de proposer des situations optimales de pratiques de l'espace pour les usagers. Elles sont d'inspiration idéologique différente selon les pays et historiquement ancrées dans une tradition d'administration publique élargie privilégiant un accès universel aux services et ceci du local au global. Dans le domaine de la santé, ces politiques publiques promeuvent un accès équitable aux soins avec des systèmes d'administration verticaux et/ou horizontaux autour de la décentralisation et la déconcentration. Il s'agit d'une délégation de pouvoir et de responsabilisation d'un certain nombre d'acteurs agissant à différentes échelles aussi bien dans l'administration centrale que dans les collectivités territoriales sans oublier la société civile. Les pays soumis à la colonisation particulièrement en Afrique ont assis leur politique publique de santé sur la base de l'héritage colonial et plus tard après les indépendances sur une adhésion aux injonctions internationales. Le Sénégal, qui nous intéresse dans cette recherche, constitue un terrain propice à l'analyse de la mise en place d'une politique publique de santé d'influence exogène suivant un long processus entamé depuis la période coloniale consacrant la naissance de son système de santé dans sa forme actuelle. La territorialisation de la santé y est interprétée comme un puissant révélateur des inégalités socio-spatiales et montre comment une stratégie de transfert de la compétence santé de l'administration centrale vers les collectivités territoriales exacerbe ces inégalités. Les écarts de développement, ancrés dans le temps et dans l'espace, sont difficiles à résorber malgré tous les efforts consentis dans l'action publique. Cette recherche analyse ainsi les difficultés d'opérationnalisation des politiques de santé et les écarts inhérents au déséquilibre territorial de l'offre de soins à travers les différentes stratégies de délégation de pouvoir.

I. Contexte et positionnement scientifique

I.1. Méthodologie

Cette recherche permet une approche méthodologique compréhensive à travers une lecture diachronique de la territorialisation de la santé au Sénégal et les facteurs bloquants liés à l'équité et au développement local. Il s'agit d'invoquer des événements historiques dans une « analyse processuelle indispensable ici pour interpréter les phénomènes qui s'inscrivent dans la durée, qui évoluent, qui connaissent des événements ou des crises, qui intègrent des mutations à des échelles diverses (Mendez, 1993). Également, l'approche par le « fédéralisme asymétrique » développée par Polton (2004) et la « démocratie sanitaire » par Arveiller et Tizon (2016) sur la décentralisation et la déconcentration dans le processus de territorialisation autrement appelé « centra-décentralisation » par Lemieux (2001) pour aboutir à une analyse situationnelle du système de santé actuel du Sénégal. Les données mobilisées à partir d'une revue documentaire principalement sont discutées et contextualisées à travers des éléments probants constatés aujourd'hui et dont les tenants remontent dans le processus de constructions de l'État au Sénégal après les indépendances sur la base du legs colonial.

I.2. De l'offre publique de santé au Sénégal : approche situationnelle et méthodologique

La santé, objet éminemment politique (Atlani-Duault and Dozon, 2011), mobilise un ensemble de dispositifs dans l'action publique. Ceux-ci vont dans le sens de la satisfaction des besoins exprimés par la population quel que soit le lieu de vie (territorialisation). Cette territorialisation de l'action publique sanitaire a fait l'objet de nombreuses études dans lesquelles il est largement ressorti que la décentralisation et la déconcentration, sous quelque forme qu'elles revêtent d'un pays à un autre, proposent « des réformes destinées à accroître l'efficacité des systèmes de

santé » (Eliot, Lucas-Gabrielli and Mangeney, 2017). Ces deux mécanismes de politiques publiques se juxtaposent ou s'interpénètrent de plus en plus pour former le « fédéralisme asymétrique » (Polton, 2004) qu'on retrouve dans les pays d'Afrique subsaharienne même si le centralisme étatique y est toujours de mise et ceci malgré la volonté de transfert de certaines compétences aux collectivités territoriales ou locales comme c'est le cas au Sénégal depuis 1972 (Touré, 2012) ; (Touré and Dione, 2022). Le constat est clair que dans les pays à faibles revenus particulièrement en Afrique, l'efficacité recherchée à travers l'organisation des paysages sanitaires est hypothéquée par d'innombrables situations perverses entretenues par un manque de ressources, des schémas de planification inappropriés et des réformes inadéquates par rapport aux spécificités territoriales. Aujourd'hui, plusieurs recherches rapportent que les inégalités de santé sont fortement liées aux inégalités spatiales et sociales à l'échelle des territoires politiques (Panico *et al.*, 2021) ; (Negrão *et al.*, 2021) ; (Eggerickx, Sanderson and Vandeschrick, 2018) ; (Yongsi, 2018) etc.

Si l'on s'intéresse aux inégalités de santé et aux déterminants auxquels elles sont liées, on ne peut faire fi de la façon dont le territoire est mis à profit dans tous les domaines de la vie socioéconomique et ceci du local au global. Dans cette logique, prendre égard de l'endroit où vivent et travaillent les populations doit constituer un défi majeur dans l'action publique en matière sanitaire car, en retour, la santé en elle-même « participe de et à la construction des territoires ainsi qu'aux dynamiques territoriales, un mauvais état de santé en un lieu pouvant influencer les capacités de développement de ce lieu... » (Rican and Vaillant, 2009). Identifier et analyser les besoins, les adapter à une offre sanitaire dans une logique de gestion participative des populations (Castaing, 2012) permet de comprendre « le territoire de santé comme un élément structurant de l'organisation des soins encadré par des objectifs quantifiés de l'offre de soins et un projet médical de territoire... » (Coldefy and Lucas-Gabrielli, 2012).

Les différentes expériences dans les pays du nord apportent un éclairage certain sur la nécessité de promouvoir une gestion participative du secteur de la santé. Polton, en analysant le cas de décentralisation en matière de santé en Europe et au Canada (Polton, 2003), fait ressortir qu'à quelques nuances près, la territorialisation de la santé s'accompagne d'un renforcement du pouvoir local autant dans la gestion que dans le financement. Si dans des pays comme l'Italie et l'Espagne, le pouvoir central continue à verrouiller le financement de la santé, limitant la marche de manœuvre des collectivités territoriales, d'autres pays comme la Finlande, le Danemark, l'Allemagne, la Grande Bretagne et le Québec assignent aux entités décentralisées et partenaires sociaux de grandes responsabilités dans la prise en charge de la politique de santé. En France, avec la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) de 2009, le territoire et ses spécificités sont largement mis à contribution dans la gestion de la santé avec le dispositif Agence Régionale de Santé (ARS). Auparavant, la création de la carte sanitaire en 1970 et le Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) en 1991, la mise en place des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) en 1996, ont posé les jalons de la territorialisation de la santé sur fond de responsabilisation du pouvoir local, d'une dévolution accompagnée d'un transfert de compétences (Amat-Roze, 2011). Nous pouvons en retenir que l'efficacité d'une organisation territoriale de la santé repose sur la « démocratie sanitaire » (Arveiller and Tizon, 2016) qui prend en compte toutes les entités sociales, humaines, politiques, géographiques à travers une jonction de compétences au cœur de la décentralisation et de la déconcentration. Plusieurs définitions sur la décentralisation peuvent être empruntées dans la contextualisation de cette étude mais, nous retenons celle donnée par Borgetto (2010) qui l'assimile à « un mode d'organisation publique consistant à transférer des attributions du pouvoir central à des institutions juridiques distinctes qui disposent, sous sa surveillance, d'une certaine autonomie de gestion » (Borgetto, 2010). La notion de surveillance par l'État, mise en évidence dans cette définition, relie la décentralisation à la déconcentration qui « constitue simplement une modalité d'organisation de l'administration de l'État et qui permet d'alléger les charges de

l'administration centrale » (Marcou, 2002). Sous cet angle, la frontière entre les deux concepts est mince, Lemieux (2001) utilise le terme de « centra-décentralisation » et insiste sur l'idée de « transfert du centre à la périphérie et de la périphérie au centre » (Lemieux, 2001). Dans le contexte du Sénégal, nous assimilons la décentralisation au suffrage et la déconcentration à la nomination. La nomination obéit aux logiques territoriales et administratives de contrôle et de gestion. Ici le choix du fonctionnaire sur un poste régalien délégué est strictement fait par le pouvoir central selon un type de profil se rapportant à des prérogatives bien données (par exemple un préfet de département, un gouverneur de région ou un directeur régional du trésor public etc.). Tandis que le suffrage renvoie ici au choix du citoyen avec une participation élargie sous forme de conseil, par exemple un conseil municipal, un conseil départemental etc.

Les expériences évoquées plus haut montrent combien la territorialisation de la santé à travers les stratégies de décentralisation amortit les charges imputées à l'État qui n'est plus « providence » car frappé par les crises successives d'ordre global qui réduisent sa marge de manœuvre pour favoriser une équité sociale. À l'image de ces pays, plusieurs autres du Sud se sont lancés dans des stratégies de territorialisation de la santé pour une grande efficacité de leur système de santé. Mais dans la plupart des cas, toutes les démarches sensées être inclusives aboutissent à un échec ou du moins à une inefficacité qui hypothèque l'accès équitable à la santé. En effet, ces choix de rationalisation sont à mettre non pas dans une volonté nationale de structuration mais dans le vœu ou l'obligation de répondre positivement aux injonctions de la gouvernance mondiale de la santé, l'aide au développement étant passée par là dans un contexte de néolibéralisme pervers. Les déclarations d'intentions de la conférence d'Alma Ata (1978) ont permis à certains pays d'Afrique subsaharienne comme le Sénégal de s'inscrire dans une logique d'organisation des bassins de santé, avec la préoccupation première de fournir des soins de façon équitable à toutes les couches de la population (Boukoulou, 2020).

Cependant, les effets escomptés de ces initiatives n'ont pas permis de résorber les inégalités sociales et territoriales de santé pour diverses raisons. Nous y reviendrons au fil de l'argumentation liée aux différentes phases de la longue histoire de construction d'un système de santé au Sénégal. Mais ce qui est sûr, au-delà des problèmes territorialisés en rapport avec la décentralisation et la déconcentration, c'est que la situation de pauvreté humaine et de vulnérabilité économique au Sénégal a précipité la déchéance programmée du système de santé au lendemain des indépendances. Les événements désastreux qui ont eu lieu dernièrement avec le décès d'une femme à la maternité de Louga, l'incendie qui a fait 18 victimes, des nourrissons, à l'hôpital de Tivaouane en 2022 et tant d'autres scandales relayés par la presse montrent à quel point le système de santé sénégalais est aujourd'hui sujet à de nombreux problèmes dans un contexte où la satisfaction des besoins de santé est pressante pour les couches les plus vulnérables notamment les femmes et les enfants. Selon le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) 2019-2028 (Ministère de la santé du Sénégal, 2018), la mortalité maternelle est de 236 pour 100 000 naissances vivantes (dans l'Union Européenne 6,3). La mortalité infantile est de l'ordre de 42 ‰, celle juvénile de 56 ‰ (objectif de 44‰ en 2015). Globalement, la mortalité des enfants est de 72 ‰ avec des disparités remarquables entre le milieu urbain (43 ‰) et le milieu rural (63 ‰) et entre les régions au détriment de celles comme Tambacounda 80 ‰, Sédhiou 78 ‰, Kédougou 74 ‰, Kolda 89 ‰). Les régions de Tambacounda, Sédhiou, Kédougou, Kolda, Kaffrine, Kaolack, Fatick ne sont desservies que par un Établissement Public de Santé (EPS) avec 34,5% de la population totale pour 17% des EPS de l'existant à l'échelle nationale, alors que Dakar sur 0,3% de la superficie nationale, 23% de la population totale du pays est polarisé par 40% des EPS (Ndiaye, 2017). Dans la carte sanitaire 2019-2023, les besoins prioritaires sont évalués à 300 postes de santé, 50 centres de santé de niveau 1, 21 centres de santé de niveau 2, respectivement 4, 6 et 3 EPS 1, 2 et 3. La démographie médicale du système de santé sénégalais présente également une insuffisance notoire. D'après le PNDSS, le ratio de couverture est d'un médecin pour 13 575 habitants

(norme OMS 1/10 000), d'un Infirmier pour 5942 (norme OMS 1/300 et norme nationale 1/5000 selon le PNDSS), d'une sage-femme pour 22 233 (norme OMS 1/300 et norme nationale 1/1500-2000 selon le PNDSS). Les écarts entre la référence nationale et celle mondiale sont relativement importants. Des pondérations sont sans doute effectuées relativement aux spécificités infranationales (poids démographique, concentration, densité etc.) dans le calcul de normes mais ne peuvent occulter la réalité sous-jacente d'une démographie médicale ténue et mal répartie dans l'ensemble du territoire national. C'est sans doute ce qui explique la forte concentration des professionnels de la santé entre Dakar et Thiès (les régions les plus peuplées) au détriment de l'intérieur, des espaces insulaires et des périphéries frontalières. En somme, si l'on aborde la santé dans l'offre de soins (desserte, densité et consommation médicale) en rapport avec l'étendue du territoire aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain dans les politiques publiques, le problème se pose aussi en termes d'accessibilité géographique dans le sens des différentielles de facilité d'accès des populations aux structures de soins (Ndonky *et al.*, 2015).

Malgré tous les plans élaborés sous l'impulsion de la communauté internationale, la « santé pour tous » demeure toujours un idéal au Sénégal. Cependant, force est de constater que le problème est beaucoup plus profond que cela ne laisse penser. Généralement, la santé est considérée comme un secteur non productif, même si de plus en plus elle se transforme en bien marchand (Boidin, 2014), nécessitant de lourds investissements difficiles à supporter par la puissance publique au Sénégal. La production de richesse étant limitée, le partage des ressources déséquilibré, la démographie mal maîtrisée, le secteur de santé est laissé pour compte. Le secteur industriel concentre la majorité des investissements publics.

Toutefois, une analyse plus profonde du système de santé sénégalais est nécessaire pour comprendre toutes les mutations qui ont présidé aux inégalités sociales et spatiales en matière de santé aujourd'hui.

I.3. De la longue marche du système de santé sénégalais : une territorialisation en perpétuelle mutation

La territorialisation de la santé a été actée dans la constitution¹ sénégalaise où la santé est un droit garanti pour tous. L'État et les collectivités territoriales ont l'obligation de veiller à la santé physique et morale de la famille, des personnes handicapées et des personnes âgées. Ils doivent aussi garantir aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien-être. Elle se matérialise par un processus à travers la décentralisation et la déconcentration inscrites dans une logique de déconstruction et de reconstruction perpétuelles relativement aux mutations de l'espace politique et sociale.

Pour analyser la territorialisation de la santé au Sénégal en rapport avec les initiatives de délégation de pouvoirs, un retour sur le processus ayant conduit à la situation actuelle est nécessaire. Nous retenons trois situations : d'abord, la construction du système de santé et de sa territorialisation avant les indépendances ; ensuite, la période transitionnelle d'après indépendances jusqu'au début des années 70 ; enfin le temps long des réformes « endogènes » avec les trois actes de décentralisation (1972, 1996 et 2013) (Touré and Dione, 2022). Le qualificatif « endogènes » ne renvoie pas ici à une situation spécifique de construction d'une politique publique de santé totalement autonome de l'héritage colonial et de la gouvernance

¹ Article 14 de la constitution du Sénégal

mondiale de la santé mais de la prise en main des gouvernements du Sénégal dès son accession à l'indépendance.

La mise en place du système de santé sénégalais remonte au XIX^e siècle. Alors sous domination coloniale, le Sénégal, faisant partie de l'Afrique Occidentale Française (AOF), a été organisé suivant les impératifs de conquête dans les domaines politique, économique et social. Dans la nécessité de mettre en place une politique sanitaire, une série de stratégies a été élaborée en vue de lutter contre les endémies locales. Toutefois, la réalité de l'offre de soins de la métropole était destinée à préserver la santé des troupes de conquête et de l'administration coloniale. La division du système de santé en espaces réservés aux européens et d'autres réservés aux africains était pratiquée dans les colonies françaises (Pam, 2020). Cependant, progressivement, ce système de santé colonial a étendu sa mission pour s'occuper de plus en plus des indigènes, avec la création en 1905 d'un service d'Assistance Médicale Indigène (AMI). L'AMI s'octroyait la tâche d'apporter gratuitement aux populations des soins médicaux, de prodiguer des conseils d'hygiène et de promouvoir la vaccination et la protection maternelle et infantile. En 1912, l'hôpital Aristide Le Dantec a été édifié à Dakar pour servir de référence sanitaire. Cette organisation s'accompagne d'un dispositif alliant non seulement le curatif et le préventif mais aussi la recherche et la formation. C'est dans cette démarche que des laboratoires comme l'Institut Pasteur à Dakar ont été créés en 1923. La mise en place de structures formatrices de professionnels de la santé comme l'École de Médecine de l'Afrique Occidentale Française est survenue en 1918.

C'est en 1942 que l'organisation sanitaire de l'AOF prend effectivement la forme d'un système avec des embranchements centralisés à Dakar (actuelle capitale de la république du Sénégal). Le système de santé de l'époque est caractéristique de l'essentialisation d'une couverture territoriale en structures de soins reliées les unes des autres à l'échelle de l'Afrique Occidentale Française. Le système est coordonné à partir de la capitale située à Dakar dans la colonie du Sénégal. Dans cette optique, des formations sanitaires fixes sont joints par des unités mobiles créées. Cette démarche de rationalisation basée sur la prophylaxie tient de la doctrine de Jamot². Celle-ci s'oriente dans une logique qui consiste à aller au-devant du malade et ne plus attendre qu'il ne vienne de lui-même se présenter au médecin et que l'action médicale doit se ramifier comme les branches d'un arbre (Monteillet, 2006). Ainsi, la constitution des équipes mobiles de prophylaxie reste le moyen le plus adéquat pour assurer une couverture géographique élargie. Dans ce sens, il faut reconnaître que la complémentarité des points fixes et des unités mobiles d'offre de soins réduisait fortement les disparités d'accès aux soins. Les zones les plus reculées ont pu bénéficier d'une assistance médicale appropriée pour les soins de santé primaires. Mais toujours est-il aussi que le traitement relevant de soins plus spécialisés ne pouvait être assuré dans ces zones du fait de l'éloignement des centres de référence sanitaire et de l'inexistence d'un réseau routier pouvant faciliter les évacuations.

La phase des indépendances marque une période où le jeune État sénégalais cherche à asseoir, au début des années 70, son autonomie au travers de la prise en main du contrôle de son territoire. Cependant, le constat est clair que ce fut une période de prolongement de la gestion du territoire initiée pendant la période coloniale mais néanmoins marquée par un abandon progressif de certains pans du système de santé dont l'efficacité était prouvée pendant la présence coloniale. Les prémices de la désintégration du système de santé sénégalais sont

² Eugène Jamot 1879-1937, médecin français établi en Afrique noire, a mis en place une doctrine portant son nom entre 1817 et 1821 en Oubangui-Chari qui non seulement met en avant la sectorisation des risques sanitaire mais aussi impulse une politique de prophylaxie avec l'appui d'unités mobiles d'intervention sanitaire concernant surtout la maladie du sommeil.

apparues à la veille des indépendances lorsque l'application de la *loi cadre Defferre*³ est survenue en 1957. Il s'est agi subséquemment d'un morcellement des services fédéraux de l'AOF en autant de fragments qu'il y a de colonies.

La structuration globale de l'offre de soins à l'échelle macro régionale a subi une mutation sans précédent, menant à une désorganisation du maillage territorial du système de santé colonial. Par conséquent, au moment des indépendances, chaque pays disposait d'un service général d'hygiène mobile et de prophylaxie existant sur son territoire sans relation directe avec les autres du même ordre. De ce point de vue, des inégalités frappantes apparaissent suivant deux niveaux d'échelle.

Le premier, s'inscrivant dans le cadre général de l'Afrique Occidentale Française, traduit des écarts de desserte médicale entre les différents pays. En effet, la gestion de la politique sanitaire au moment de la colonisation fixait des points de référence à la capitale de l'AOF, Dakar. Ainsi, des pays comme le Sénégal ont bénéficié d'importantes structures de soins de formation et de recherche.

Le deuxième en rapport avec la gestion interne des différents pays concerne les écarts de santé constatés entre les territoires. Au Sénégal, des disparités apparaissent entre les territoires de contact particulièrement localisés sur le littoral et les territoires de l'intérieur éloignés des centres de référence. L'approche de Jamot prônant la desserte de la périphérie par des unités mobiles de prophylaxie a été abandonnée. Elle n'a pas été palliée par la construction de nouvelles structures de soins dans les localités desservies auparavant (Dione, 2013).

Sur le plan de la hiérarchisation des niveaux de soins, la colonisation française s'est accompagnée de la mise en place d'un service de santé de type pyramidal. Au sommet, les hôpitaux indigènes et européens de Dakar et Saint Louis étaient les principales références. Un service municipal d'hygiène dans les communes constituait le lien avec les structures de base autour des postes de santé. Sa tâche restait liée à une assistance médicale dans les cercles et les subdivisions administratives. Cette organisation était renforcée par des unités mobiles de lutte contre les maladies liées à l'environnement naturel (dont la maladie du sommeil et la lèpre). Ces unités mobiles rattachent des unités fixes de coordination dans les zones les plus exposées. Malheureusement, aujourd'hui, ces unités fixes communément appelées « grandes endémies » sont laissées à l'abandon. En ce sens, l'épidémiologie spatiale ne joue plus le rôle constant d'antan dans les mesures de prévention. Il ne s'agirait néanmoins pas d'un choix d'orientation de politique sanitaire mais d'une préférence de concentration des moyens sur le curatif.

Si nous en revenons à la pratique de l'organisation sanitaire coloniale comme dans le cas du Sénégal, la desserte médicale privilégie les populations des communes de plein exercice⁴ où l'administration coloniale était implantée. La périphérie et les zones de l'intérieur étaient exclues ou du moins délaissées par ce système en ce qui concerne l'implantation des structures d'envergure. Cet état de fait entretenait ainsi des disparités notables dans la couverture sanitaire. Les écarts régionaux de santé (en distribution spatiale des structures de soins) se sont dessinés à ce moment et la tendance, dans les politiques de santé initiées plus tard à l'émancipation coloniale des pays de l'Afrique de l'Ouest, a suivi cette logique. Après les indépendances en 1960 jusqu'au milieu des années 70, le système de santé répondait à ce modèle d'organisation en général.

³ En Afrique coloniale française, chaque territoire était doté, par la loi cadre Defferre, d'un conseil de gouvernement, à compétence locale, présidé par le gouverneur, assisté d'un vice-président africain, qui allait rapidement en devenir le personnage central. Les Assemblées territoriales voyaient leurs compétences étendues et recevaient un pouvoir législatif et réglementaire pour les matières d'intérêt local.

⁴ Au Sénégal les premières communes ont été créées à la fin du XIX^{ème} siècle par l'administration coloniale, notamment celles désignées par l'appellation « quatre communes » c'est-à-dire Saint-Louis, Dakar, Gorée et Rufisque (Touré 2012, 2013, 2020 ; Touré et Dione, 2021).

La phase, à partir du début des années 70, consacre le début d'un processus d'impulsion de nouvelles pratiques de politiques publiques en lien avec les évolutions territoriales et les nouveaux enjeux liés à la mondialisation et à la globalisation de et dans la santé. C'est pendant cette période que l'aménagement sanitaire prend un nouvel élan sous l'impulsion des politiques internationales à partir de la conférence d'Alma Ata en 1978. C'est dans ce contexte également qu'une prise de conscience a émergé et orientant la réflexion vers la nécessité de promouvoir un « accès universel » aux soins essentiels moyennant un coût que la communauté pourrait assumer. La nécessité de favoriser la satisfaction des besoins de soins de santé des populations rurales ou vivant dans des zones enclavées, est devenue une priorité pour les États signataires des principes d'Alma Ata. Avec Alma Ata, le district sanitaire est mis au premier plan dans la territorialisation de la santé avec une importance donnée à la santé communautaire. Cette démarche a été confortée lors de réunion interrégionale organisée par l'OMS à Hararé au Zimbabwe en 1987 avec la proposition de renforcement politique des districts sanitaires.

Ainsi, le bilan global de la Stratégie des soins de santé primaires en Afrique, même si mitigé⁵, a ouvert la voie à la promotion de la santé communautaire. Mais auparavant la première loi sur la décentralisation de 1972 proposait la création des communes à régime spécial, les communautés rurales accompagnée d'un renforcement du pouvoir local (déconcentration) (Sané, 2016). Cette réforme avait anticipé sur la nécessité de promouvoir « la mise en place des associations de promotion de la santé qui avaient pour rôle d'organiser les communautés autour d'activités de santé préventives et promotionnelles au sein des populations riveraines des structures de santé (postes de santé, centre de santé et hôpitaux) ». À la suite, il y a eu, en 1987, la conférence de Bamako au Mali où est née l'Initiative de Bamako (IB) qui a pour objectif de promouvoir avec plus d'efficacité l'accès à la santé pour tous. Il s'agissait d'une relance de la stratégie des soins de santé primaires (SSP) définis à Alma Ata et permettant une accessibilité universelle aux SSP avec une participation des usagers à l'effort de santé. La caractéristique essentielle de l'IB se résume à un ensemble de principes d'orientation défini à travers deux volets : un volet financier ou recouvrement des coûts et un volet organisationnel ou prolongement de la déclaration d'Alma Ata avec une participation communautaire à l'effort de santé. Le Sénégal s'inscrit dans cette logique en initiant sa politique de santé en 1989 qui a abouti en 1991 à la territorialisation de la santé autour de 45 districts (aujourd'hui à 76) se superposant aux départements. Dans le cadre de la responsabilisation à travers la décentralisation, les Plans de Districts et Régionaux de Développement Sanitaire (PDDS et PRDS) sont mis en place en 1989 et plus tard en 1998, le premier Plan National de Développement Sanitaire est élaboré avec un plan d'application dénommé Programme de Développement Intégré du secteur de la santé (PDIS). C'est dans cette logique que les comités de santé sont créés en 1992. L'objectif ultime est de permettre une plus grande participation des populations à la gestion des questions de santé. Le comité de santé gère les acteurs de santé communautaire et contribue au financement et au fonctionnement des structures de santé du niveau primaire au niveau tertiaire.

Plus que toute autre étape dans le processus de décentralisation et de déconcentration en matière d'offre de soins, l'acte 2 de la décentralisation en 1996⁶ portant sur la régionalisation et un

⁵ L'Afrique au sud du Sahara n'est pas parvenue à atteindre l'objectif de la Santé pour tous en l'an 2000 préconisé lors de la Conférence d'Alma-Ata (dont l'un des indicateurs devait être un niveau d'espérance de vie à la naissance de 60 ans) et réitéré par la suite à l'issue des Assemblées mondiales pour la santé.

⁶ La loi 96-06 du 22 mars procède à un nouveau découpage et institue la région, jusqu'ici circonscription exclusivement administrative, en collectivité territoriale. La loi 96-07 de la même date remodèle complètement le cadre juridique de la décentralisation, entérinant le transfert de neuf domaines de compétence de l'Etat vers les collectivités : 1) les domaines et le foncier ; 2) l'environnement et la gestion des ressources naturelles ; 3) la santé, la population et l'action sociale ; 4) la jeunesse, les sports et les loisirs ; 5) la culture ; 6) l'éducation et la formation professionnelle ; 7) la planification ; 8) l'aménagement du territoire ; 9) l'urbanisme et l'habitat (Sané,

transfert de compétences (9 au total dont la santé) consacre une autonomie plus large des collectivités locales avec une plus grande représentation des populations à travers les comités de gestion et les comités de santé.

Cette ouverture est accompagnée d'une réforme hospitalière en 1998 relative à la création, l'organisation, le financement et le fonctionnement des établissements publics de santé. La région assure la première compétence à travers les Commissions Médico-Administratives (CMA) présidée par le président du conseil régional qui délibère sur le projet de budget, les comptes, le fonctionnement, les travaux de réparation, l'approbation du règlement intérieur et des statuts et les activités sociales des hôpitaux. Au niveau des centres de santé ruraux, la compétence transférée est assurée à travers un comité de gestion, présidée par le président du conseil rural⁷, et comprenant parmi ses membres le trésorier du comité de santé et le médecin chef du centre de santé. Le comité de gestion délibère sur le projet de budget (sur proposition du médecin-chef de district), les comptes, le fonctionnement, les travaux de réparation, et les activités sociales du centre de santé. La commune a en charge la gestion, l'entretien et l'équipement des centres de santé urbains et des postes de santé urbains. Elle pilote le comité de gestion présidé par le maire, le président et le trésorier du comité de santé et le responsable de la structure de santé. Elle assure par ailleurs, l'élaboration du Plan d'Investissement de la Commune (PIC) qui doit être intégré dans le Programme Régional de Développement Intégré (PRDI). La communauté rurale reçoit les compétences de construction, de gestion et d'équipement des postes de santé ruraux, des maternités rurales et des cases de santé. Elle assure ses compétences à travers des organes de gestion semblables à celles que l'on retrouve au niveau des communes. Elle a aussi en charge l'élaboration du Plan Local de Développement (PLD), une composante du PRDI au niveau régional. Les transferts de compétences en matière de santé sont accompagnés d'un transfert des ressources financières de l'Etat à travers le ministère de la santé et de la prévention aux collectivités locales. Cette délégation est concrétisée par la mise en place de Fonds de Dotation de la Décentralisation (FDD) pour compenser les charges induites par les transferts de compétence. Les régions ont reçu dès lors les budgets de fonctionnement des hôpitaux régionaux et départementaux et les budgets de fonctionnement des districts sanitaires en compensation des compétences qui leur ont été transférées en matière de santé. Les communes, sites des centres de santé de référence des districts sanitaires, ont reçu les budgets de fonctionnement des districts sanitaires. Les communautés rurales, par contre, n'ont reçu aucune part du budget santé. Ce qui va certainement déboucher sur des inégalités spatiales dans la répartition des équipements et des personnels de santé (Ly, 2014).

À partir de 2013, le schéma de la régionalisation a été bouleversé par l'Acte 3 de la décentralisation qui a introduit la communalisation intégrale et la départementalisation⁸. La région comme « collectivité locale » est supprimée et le département érigé en « collectivité territoriale⁹ ». Les rôles et responsabilités des collectivités territoriales sont dorénavant étendus

2016).

⁷ Le conseil régional n'existe plus depuis la mise en place de l'acte 3 de la décentralisation en 2013.

⁸ La communauté rurale est supprimée et le département devient collectivité territoriale.

⁹ Avec cet approfondissement de la décentralisation, l'État du Sénégal a définitivement opté pour la territorialisation des politiques publiques, pour asseoir des territoires viables et compétitifs, porteurs d'un développement durable. A ce titre, ces Collectivités Locales, devenues Collectivités Territoriales par la loi n° 2014-19 du 24 avril 2014, sont dotées de compétences transférées dans neuf domaines, dont celui de la santé. Chaque collectivité Territoriale est dirigée par des conseillers élus. Le Sénégal a opté pour une politique de déconcentration administrative avec un découpage en 14 régions, 45 départements et 123 arrondissements. Il met également en œuvre une politique de décentralisation progressive et irréversible avec 599 Collectivités Territoriales (42 départements / CT, 557 communes dont 3 villes qui épousent le contour de leur département administratif. (PNDS 2008 - 2018).

avec la prérogative d'impulser le développement des mutuelles de santé dans le cadre de la couverture maladie universelle. Quatre objectifs majeurs caractérisent cette réforme : la recherche de cohérence territoriale ; la clarification des compétences entre l'Etat et les collectivités locales ; la modernisation de la gestion publique territoriale ; la réformes des finances locales ; la promotion soutenue de la qualité des ressources humaines ; la recherche d'équité sociale et territoriale.

II. Discussions

Au Sénégal, la territorialisation de la santé est calquée sur le découpage administratif dès les premières réformes après les indépendances. Cet aménagement sanitaire est décliné avec des niveaux de responsabilités et de prise de décisions entre verticalité (déconcentration) et horizontalité (décentralisation) dans les politiques publiques à travers un « fédéralisme asymétrique » qui permet de décrypter une « démocratie sanitaire », sans doute salutaire pour une gestion des besoins de santé des populations. En effet, il s'agit d'une perspective de glissement d'un centralisme étatique à une dévolution administrative. Dans le principe, il s'agit de donner plus d'autonomie aux collectivités locales dans la gestion des offres de services publics sans altérer la puissance publique. L'État définit les grandes orientations de la politique sanitaire à travers une vision prospective par l'élaboration d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) tous les dix ans avec l'appui technique et stratégique que cela suppose. Il décide également de l'affectation des ressources dans le temps et dans l'espace sanitaire avec une réglementation et un contrôle bien défini. Même si les budgets de fonctionnement et d'investissement sont élaborés au niveau des commissions médico-administratives dans les circonscriptions médicales, la validation passe nécessairement par l'autorité compétente déconcentrée (l'État exerce un pouvoir hiérarchique sur le personnel des territoires de santé) et le déblocage des fonds exclusivement gérés au niveau du ministère de l'économie et des finances et ses directions régionales du trésor public. Il existe deux principes de financement des territoires de santé (région médicale, districts de santé) sous la responsabilité des collectivités territoriales : le Fonds de Dotation à la Décentralisation (FDD) et le Fonds d'Équipement aux collectivités Locales (FECL). Un système de péréquation accompagne la distribution des ressources à travers ces mécanismes sur fonds de recherche d'équité. Pour les collectivités locales ou territoriales, leurs actions, par les comités de santé et de gestion, se résument à un financement additionnel à celui de l'État, la promotion et la concrétisation sur les territoires des politiques publiques de santé déclinées dans le PNDS. Les collectivités locales participent faiblement au financement du secteur de la santé avec 1% du budget.

Le constat est clair que par cette organisation, les marges de manœuvre des entités décentralisées sont limitées. La puissance centrale n'est pas altérée (ce n'est pas l'objectif de la décentralisation) avec le contrôle intégral des actions des démembrements territoriaux très limités car étant simplement dans l'exécution des décisions verticales même si l'État a introduit une dérogation au principe de l'unicité de compte de la comptabilité publique en faveur d'une gestion décentralisée des recettes des formations sanitaires par les comités de santé au niveau de chaque structure. Mais en réalité, la politique de décentralisation au Sénégal reste inachevée car, « le fédéralisme asymétrique » y est perverti et qu'en réalité, le centralisme est toujours prépondérant (Touré and Dione, 2022). À cela s'ajoute une forte désarticulation entre les entités territoriales administratives¹⁰, souvent enlisées dans des conflits entre elles sur l'étendue administrative de leur domaine d'influence et sur la distribution des ressources provenant du

¹⁰ La décentralisation n'est pas accompagnée d'une politique d'intercommunalité ou de regroupement au sein de communautés d'agglomération. Ces stratégies ne sont encouragées ni par le pouvoir central ni par les collectivités locales entre elles.

pouvoir central. Si l'élaboration des budgets des territoires de santé se fait de la base au sommet, l'allocation des ressources suit le chemin inverse. Ainsi, les territoires locaux de santé sont les premiers à exprimer des besoins mais, les derniers à être servis. Cela entre en contradiction avec la promotion de la « santé pour tous » qui doit se concrétiser avec la concentration des efforts pour la santé primaire sans bien évidemment marginaliser les soins les plus spécialisés exclusivement offerts dans les structures de soins tertiaires. Le système de santé sénégalais auparavant bien pensé dans l'approche communautaire de la santé (avec la théorie de Jamot) devient de plus en plus orienté vers une approche « hospitalocentrée » creusant ainsi les disparités entre le milieu urbain et le milieu rural. Cette situation est d'autant inquiétante que ces structures tertiaires sont de plus en plus confrontées à des tensions budgétaires (car, autonomes à travers la réforme hospitalière de 1998) Ce schéma de fonctionnement du système de santé basé sur une politique de redistribution des compétences à travers la décentralisation suppose plusieurs inquiétudes. Dans plusieurs pans du mécanisme de fonctionnement, on relève de nombreuses insuffisances relatives à son application et à la satisfaction des objectifs fixés pour l'accès efficace de tous à la santé. Ces dysfonctionnements se traduisent par des détournements d'objectifs des FDD. Plusieurs problèmes liés aux prérogatives mal définies des acteurs du système de santé affaiblissent le bon fonctionnement des méthodes de financement des structures de soins. Car, au niveau de la gestion, la politisation du processus de prise de décision en matière santé génère des conflits d'intérêt entre les techniciens de la santé et les collectivités concernant la destination des ressources allouées. En effet, les administratifs ont compris que les FDD alloués aux collectivités locales pour la santé pouvaient être utilisés sous le principe de libre administration. Par conséquent, ils pouvaient les réallouer à convenance sur d'autres secteurs. C'est sans prendre en considération les dispositions portant sur les dépenses obligatoires des collectivités locales. Celles-ci stipulent que le budget, pour supporter les services du district sanitaire et inscrit dans les FDD, doit être affecté à la santé par la collectivité locale bénéficiaire.

Cette gestion ponctuée de tâtonnement n'a plus abouti qu'à une confusion institutionnelle. Celle-ci est caractérisée par une accentuation de conflits d'intérêts en ce sens que les prérogatives de chaque acteur n'ont pas été clairement définies dans les dispositions de la décentralisation en matière de planification sanitaire. Par ailleurs, le nouveau maillage des structures de soins n'a fait qu'obéir à l'orientation de la décentralisation politique et se focaliser dans la gestion sans que les réalités de recours aux soins comme l'accessibilité physique ne soient prises en compte. Ce tâtonnement a eu des conséquences sur la distribution spatiale des structures de soins, la qualité du personnel soignant et la consommation médicale du fait de la mauvaise application de l'IB sur la participation communautaire et l'approvisionnement en médicaments essentiels.

Aujourd'hui, l'acte 3 de la décentralisation qui impulse une nouvelle réforme administrative avec la communalisation intégrale et la départementalisation bouleverse les schémas de territorialisation de la santé issus de l'acte 2 de la décentralisation. Dès lors, les niveaux de responsabilité doivent être redéfinis et les aires géographiques d'offre de soins fixés non pas sur la base de l'administration territoriale mais sur les spécificités endogènes. Cela suppose la nécessité d'établir un cadre autonome et non figé des territoires de santé pour plus de flexibilité dans la gestion locale de la santé et éviter les chamboulements récurrents provoqués par les réaménagements perpétuels du découpage administratif sans pourtant altérer le couple décentralisation/déconcentration. Les aires d'influence des structures de grande envergure doivent être définies avec l'intégration de toutes les municipalités polarisées de façon sincère et promouvoir la conjonction des ressources. L'opportunité est donnée par la nouvelle organisation administrative par les pôles de développement impulsés par l'acte 3 de la décentralisation.

Conclusion

L'organisation des paysages sanitaires au Sénégal reste marquée par les réformes administratives visant à donner plus d'autonomie aux territoires dans la gestion de la santé. C'est un héritage de la gestion coloniale de la santé perpétuée sur certains pans de l'offre de soins après les indépendances. La déconcentration et la décentralisation ont inspiré la territorialisation et la gestion de la santé à travers un mécanisme participatif dans le triptyque d'acteurs État, marché et société civile proposé par la gouvernance mondiale de la santé. Mais, plus que tout autre facteur, le manque de ressources annihile les efforts de territorialisation de la santé pour un plus grand accès des populations aux structures de soins. Aujourd'hui, il existe un énorme écart entre le milieu rural et le milieu ? difficile à résorber tant les défis sont énormes pour le rééquilibrage et que la santé n'est la seule priorité de l'État du Sénégal pris dans des contraintes budgétaires.

Bibliographie

- Amat-Roze, J.-M. (2011) 'La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat', *Hérodote*, 143(4), pp. 13–32. Available at : <https://doi.org/10.3917/her.143.0013>.
- Arveiller, J.-P. and Tizon, P. (2016) 'Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire ?' *Pratiques en santé mentale*, 62 ans (2), p. 2. Available at : <https://doi.org/10.3917/psm.162.0002>.
- Atlani-Duault, L. and Dozon, J.-P. (2011) 'Colonisation, développement, aide humanitaire. Pour une anthropologie de l'aide internationale', *Ethnologie française*, 41(3), pp. 393–403. Available at : <https://doi.org/10.3917/ethn.113.0393>.
- Boidin, B. (2014) *La santé, bien public mondial ou bien marchand : réflexions à partir des expériences africaines*. Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion (Capitalismes-éthique-institutions, 6).
- Borgetto, M. (2010) 'La décentralisation du « social » : de quoi parle-t-on ?', *Informations sociales*, 162(6), pp. 6–11. Available at : <https://doi.org/10.3917/inso.162.0006>.
- Boukoulou, P. (2020) *Le problème de l'accès aux soins en Afrique francophone subsaharienne : le cas de la république du Congo*. Université de Bordeaux.
- Castaing, C. (2012) *La territorialisation des politiques de santé : actes de la journée d'étude organisée le 22 novembre 2011 par le Centre d'étude et de recherche sur le droit administratif et la réforme de l'Etat de l'université de Montesquieu-Bordeaux IV*. Paris : Editions de Santé.
- Coldefy, M. and Lucas-Gabrielli, V. (2012) 'Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Evolution de 2003 à 2011', p. 8.
- Dione, I. (2013) *Polarisation des structures de soins de la Haute Casamance : entre construction nationale des systèmes de santé et recours aux soins transfrontalier*. phdthesis. Université d'Angers. Available at : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00945314> (Accessed: 17 October 2022).
- Eggerickx, T., Sanderson, J.-P. and Vandeschrick, C. (2018) Editorial : les inégalités sociales et spatiales de santé et de mortalité', *Espace populations sociétés. Space populations societies* [Preprint], (2018/1–2). Available at : <https://journals.openedition.org/eps/7808> (Accessed: 3 January 2023).
- Eliot, E., Lucas-Gabrielli, V. and Mangeney, C. (2017) 'Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français', *Revue francophone sur la santé et les territoires* [Preprint]. Available at : <https://doi.org/10.4000/rfst.577>.
- Lemieux, V. (2001) *Décentralisation, politiques publiques et relations de pouvoir*. PUM.
- Ly, M.L. (2014) *Sénégal : l'acte 3 risque de désorganiser le système de santé*, *Mediapart*. Available at : <https://blogs.mediapart.fr/mohamed-lamine-ly/blog/230614/senegal-lacte-3-risque-de-desorganiser-le-systeme-de-sante> (Accessed: 17 October 2022).
- Marcou, G. (2002) 'II. Bilan et avenir de la déconcentration', *Annuaire des Collectivités*

- Locales*, 22(1), pp. 25–49. Available at : <https://doi.org/10.3406/coloc.2002.1429>.
- Mendez A. (1993). Processus, concepts et méthode pour l'analyse temporelle en sciences sociales. Academia-Bruylant, pp.260, 2010. halshs-00486172
- Ministère de la santé du Sénégal, S. (2018) *Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028*. Available at: <https://www.fao.org/faolex/results/details/fr/c/LEX-FAOC199945/> (Accessed: 17 October 2022).
- Monteillet, N. (2006) 'De la méthode Jamot à la médecine de rue : Action mobile d'urgence et action sanitaire « de fond » au Cameroun', *Politique africaine*, 103(3), p. 127. Available at : <https://doi.org/10.3917/polaf.103.0127>.
- Ndiaye, S. (2017) 'Politiques publiques et dynamiques territoriales de développement local (1960-2015) en contexte de transition : le cas du Sénégal : *Les Politiques Sociales*, n° 3-4(2), pp. 57–67. Available at : <https://doi.org/10.3917/lps.173.0057>.
- Ndonky, A. et al. (2015) 'Mesure de l'accessibilité géographique aux structures de santé dans l'agglomération de Dakar', *Cybergeo: European Journal of Geography* [Preprint]. Available at : <https://doi.org/10.4000/cybergeo.27312>.
- Negrão, M.P. et al. (2021) *L'Amérique latine*. Editions Ellipses.
- Pam, A.A. (2020) 'Epidémies et société', *Journal of Interdisciplinary History of Ideas*, 18(18). Available at: <https://journals.openedition.org/jihi/1453> (Accessed: 18 October 2022).
- Panico, L. et al. (2021) 'Les inégalités sociales de santé : des thématiques à investir', *ADSP*, 113(1), pp. 28–34. Available at : <https://doi.org/10.3917/aedesp.113.0028>.
- Polton, D. (2003) 'Décentralisation des systèmes de santé Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères', *CREDES* [Preprint], (72).
- Polton, D. (2004) 'Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international', *Revue française des affaires sociales*, (4), pp. 267–299. Available at : <https://doi.org/10.3917/rfas.044.0267>.
- Rican, S. and Vaillant, Z. (2009) 'Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé : Commentaire', *Sciences sociales et santé*, 27(1), p. 33. Available at : <https://doi.org/10.3917/sss.271.0033>.
- Sané, Y. (2016) 'La décentralisation au Sénégal, ou comment réformer pour mieux maintenir le statu quo', *Cybergeo: European Journal of Geography* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.4000/cybergeo.27845>.
- Touré, I. (2012) 'Autonomy and local democracy in Africa: an illustration using the case of Senegal', *International Review of Administrative Sciences*, 78(4), pp. 757–774. Available at : <https://doi.org/10.1177/0020852312455600>.
- Touré, I. and Dione, I.D. (2022) 'Décentralisation, participation, gouvernance publique et développement des territoires au Sénégal', *GéoDev.ma*, مجلد 9, p. عدد 9 (2021). Available at : <https://doi.org/10.48343/IMIST.PRSM/GEODEV-V9.30278>.
- Yongsi, H.B.N. (2018) *Santé et territoires en Afrique : inégalités de besoins de santé et d'accès aux soins*. L'Harmattan.

© 2023 DIONE et al., licensee Bamako Institute for Research and Development Studies Press. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.