



**Thèse Présentée
par Mamadou
TANDIA**

**ECOLE
D'ARCHITECTURE ET
D'URBANISME**

**L' assistance médicale au niveau
des équipements de base : cas
des villes de Pikine et Thiès
(République du Sénégal)**

Promotion 1989 - 1990

07 JUL 1991

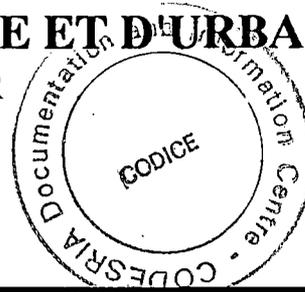
02.05.02

TAN

2657

République du Sénégal
Ministère de l'Education Nationale

ECOLE D'ARCHITECTURE ET D'URBANISME
DAKAR



**L'ASSISTANCE MEDICALE AU NIVEAU DES EQUIPEMENTS
DE BASE : CAS DES VILLES DE PIKINE ET DE THIES**
(République du Sénégal)

Diplôme de 3^e cycle en URBANISME
pour l'obtention du Grade d'Urbaniste D.P.L.G.
présenté par

Mamadou Tandia

| |
|----------------------------------|
| Programme de Petites Subventions |
| ARRIVEE |
| Enregistré sous le n° 6731 |
| Date 20 DEC. 1990 |

Rapporteur : M. M'Baye Thioune WADE
Urbaniste, planificateur régional
Dr de 3^e cycle en Sciences
de l'Environnement

REMERCIEMENTS

Nous remercions tous ceux qui nous ont aidé dans l'élaboration de ce travail, particulièrement :

- **Mr. M'Baye Thioune WADE**, urbaniste, planificateur régional, Dr 3ème cycle en Sciences de l'environnement, pour ses nombreux conseils, sa très grande rigueur et son souci du travail bien fait.

- **Mr. Marcel HOEFMANS**, architecte ingénieur au projet de Pikine

- **Mme SY** sage-femme d'Etat du Centre de santé Dominique (Pikine)

- Aux autorités administratives des circonscriptions médicales de Pikine et de Thiès.

- **A Vincent NOKOU** pour la mise en forme de travail.

- **Au C.O.D.E.S.R.I.A** pour la subvention accordée à ce travail

S O M M A I R E

| 0.I - Introduction Générale | Page |
|--|-------------|
| 0.1 Problématique : santé et urbanisation dans les pays sous équipés | 1 |
| 0.2 Choix du sujet et limites de l'étude | 5 |
| 0.3 Choix des sites | 6 |
| 0.4 Objectifs de l'étude | 7 |
| 0.II - Méthodologie de recherche | 9 |
| 0.2.1 Méthode d'approche | |
| 0.2.2 Recherche documentaire | |
| 0.2.3 Elaboration des questionnaires | 11 |
| 0.2.4 Echantillonnage | |
| 0.2.5 Enquêtes sur le terrain | 12 |
| 0.2.5.1 Les limites des données | |
| 0.2.5.2 Les difficultés rencontrées | |

PREMIERE PARTIE :

I - Présentation des sites

1.1 - La ville de Pikine

15

1.1.1 - Rappel historique

1.1.2 - Géographie

1.1.2.1 - Le site

1.1.2.2 - Le climat

16

1.1.3 - Evolution de la trame urbaine

19

1.1.4 - La population de Pikine

21

1.1.4.1 - Composition ethnique

1.1.4.2 - Répartition par sexe et par âge

23

1.1.4.3 - Répartition par sexe et aptitude à lire et à écrire

27

1.2 - La ville de Thiès

1.2.1 - Rappel historique

28

1.2.2 - Géographie

1.2.2.1 - Le site

1.2.2.2 - Le climat

1.2.3 - Evolution de la trame urbaine

30

1.2.4 - Démographie

32

1.2.4.1 - Composition ethnique

1.2.4.2 - Répartition par sexe et par âge

34

1.2.4.3 - Répartition par sexe et aptitude à lire et à écrire

35

1.3 - Conclusion

38

DEUXIEME PARTIE

II - L'Assistance médicale au Sénégal

41

2.1 - La politique nationale de santé

2.1.1 - Fondements

2.1.2 - Définition de soins de santé primaires

2.1.3 - Organisation administrative de la santé au Sénégal

42

2.1.4 - Programmation et localisation d'équipements de santé

43

2.2 - Assistance médicale à Pikine et à Thiès

48

2.2.1 - Assistance médicale à Pikine

2.2.1.1 - L'équipement médical de base

2.2.1.1.1 - Les centres de santé

49

2.2.1.1.2 - L'admission dans les centres de santé

53

2.2.1.1.3 - Les distances habitations/centres de santé

54

2.2.1.1.4 - Les postes de santé

55

2.2.1.1.5 - L'admission dans les postes de santé

59

2.2.1.1.6 - Les distances habitations/postes de santé

60

2.2.1.2 - Le choix de l'unité de soins

61

2.2.1.3 - Fréquentation et utilisation des équipements de santé

64

2.2.1.3.1 - Pikine ancien

2.2.1.3.1.1 - Répartition ethnique

2.2.1.3.1.2 Répartition par catégorie socio-professionnelle

65

2.2.1.3.1.3 - Répartition par sexe et age

66

2.2.1.3.1.4 - Equipements médicaux et fréquentation

2.2.1.3.2 - Guédiawaye

73

2.2.1.3.2.1 - Répartition ethnique

2.2.1.3.2.2 Répartition par catégorie socio-professionnelle

74

2.2.1.3.2.3 - Répartition par sexe et age

2.2.1.3.2.4 - Equipements médicaux et fréquentation

| | |
|---|--------|
| 2.2.1.3.3 - Pikine irrégulier | 79 |
| 2.2.1.3.3.1 - Répartition ethnique | 80 |
| 2.2.1.3.3.2 Répartition par catégorie socio-professionnelle | |
| 2.2.1.3.3.3 - Répartition par sexe et ages | |
| 2.2.1.3.3.4 - Equipements médicaux et fréquentation | 81 |
| 2.2.1.3.4 - Thiaroye sur mer | 85 |
| 2.2.1.3.4.1 - Répartition ethnique | |
| 2.2.1.3.4.2 Répartition par catégorie socio-professionnelle | 86 |
| 2.2.1.3.4.3 - Répartition par sexe et age | |
| 2.2.1.3.4.4 - Equipements médicaux et fréquentation | 87 |
| 2.2.2 - L'Assistance médicale à Thiès | 92 |
| 2.2.2.1 - L'équipement médical de base | |
| 2.2.2.1.1 - Le centre de santé | 93 |
| 2.2.2.1.2 - L'admission au centre de santé | 94 |
| 2.2.2.1.3 - Les distances habitations-Centre de santé | |
| 2.2.2.1.4 - Les postes de santé | 95 |
| 2.2.2.1.5 - L'admission dans les postes de santé | 97 |
| 2.2.2.1.6 - Les distances habitations-postes de santé | 98 |
| 2.2.2.2 - L'équipement médical de base | 100 |
| 2.2.2.2.1 - Escalé | |
| 2.2.2.2.1.1 - Répartition ethnique | |
| 2.2.2.2.1.2 Répartition par catégorie socio-professionnelle | |
| 2.2.2.2.1.3 - Répartition par sexe et âge | 101 |
| 2.2.2.2.1.4 - Equipements et fréquentation | |
| 2.2.2.2.2 - Grand-Thiès (Randoulène) | 106 |
| 2.2.2.2.2.1 - Répartition ethnique | 107 |

| | |
|--|-----|
| 2.2.2.2.2 - Répartition par catégorie socio-professionnelle | |
| 2.2.2.2.3 - Répartition par sexe et âge | 108 |
| 2.2.2.2.4 - Equipements et fréquentation | |
| 2.2.2.3 - Keur Cheikh-Keur Mame El Hadj-Takhikao | 112 |
| 2.2.2.3.1 - Répartition ethnique | |
| 2.2.2.3.2 - Répartition par catégorie socio-professionnelle | |
| 2.2.2.3.3 - Répartition par sexe et âge | 113 |
| 2.2.2.3.4 - Equipements et fréquentation | |
| 2.2.3 - Conclusion | 117 |
| <u>TROISIEME PARTIE</u> | |
| III - Comparaison entre Pikine et Thiès en matière d'assistance médicale | 126 |
| 3.1 Caractéristiques des deux villes | |
| 3.2 Fréquentation des équipements médicaux à Pikine et à Thiès | 128 |
| IV - <u>Propositions et Suggestions</u> | 129 |
| 4.1 La politique nationale de santé | |
| 4.1.1 - La programmation des équipements de santé | 130 |
| 4.1.2 - La localisation et l'implantation des équipements | 131 |
| 4.1.3 - Le fonctionnement de l'équipement médical | 132 |
| 4.2 - La population dans l'utilisation de l'équipement de santé | |
| 4.3 - Le rôle du personnel soignant | 134 |
| 4.4 - Recommandations | |
| 4.4.1- Au niveau local | |
| 4.4.2 - Au niveau national | |

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

0 INTRODUCTION GENERALE

0.1 - Problématique : Santé et urbanisation dans les pays sous-équipés

De nos jours, le combat pour le développement constitue un phénomène mondial si bien que la ville en tant qu'entité renfermant le plus souvent la majeure partie des structures politiques économiques et culturelles d'un pays, devient du coup, le lieu privilégié pour ce combat.

C'est ainsi qu'on voit la ville devenir un lieu d'affluence et de convergence pour de nombreux individus attirés par le niveau de vie et de santé qu'ils y trouvent (Tableau 1).

Le quotient de mortalité infantile qui est un des indicateurs de la santé confirme ceci car il est de 71% en ville et de 136,8% en zone rurale pour le cas du Sénégal (Direction de la statistique 1977).

Tableau n°1 : Variation des populations urbaines et rurales entre 1970 et 1975
(moyenne annuelle en million).

| Régions Caractéristique | Régions développées | | | Régions en développement | | |
|--------------------------------|---------------------|--------------|-------------|--------------------------|--------------|------------|
| | Pop. totale | Pop. urbaine | Pop. rurale | Pop. totale | Pop. urbaine | Pop. rural |
| Naissances | 19 | - | - | 100 | - | - |
| Décès | 10 | - | - | 38 | - | - |
| Accroissement naturel | 9 | 6 | 3 | 62 | 16 | 46 |
| Exode rural | 0 | 7 | -7 | 0 | 12 | -12 |
| Acroissement brut | 9 | 13 | -4 | 62 | 28 | 34 |

Source : Bernard Granotier : *la planète des bidonvilles* Ed. du seuil, 1980 P. 41

Cette situation est illustrée par la croissance galopante des villes du monde et par la présence de divers services urbains installés pour la satisfaction des attentes de la collectivité.

Ce phénomène est beaucoup plus accentué dans les pays du tiers du monde, ce qui ne va pas sans ses aspects négatifs voire même inquiétants lorsque le nombre de consommateurs progresse plus vite que les moyens disponibles pour réaliser l'équipement urbain (voir tableaux 2 et 3).

Tableau n°2 : Accroissement démographique et croissance de la production par région 1981-1990.

| Caractéristiques Régions | Pop en 1985 (millions d'hts) | Taux d'accroiss. démographiques 1985-1990 o/o annuel | Produit intérieur brut 1985 (milliard de dollar) | Taux de variation Pib % annuel | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---|--|-----------------------------------|-------|
| | | | | 81/85 | 81/90 |
| Monde | 4 837 | 1,6 | - | 2,7 | 3,4 |
| Pays développés à économie de marché | 789 | 0,6 | 7 640 | 2,2 | 1,6 |
| Pays à économie planifiée (Europe) | 394 | 0,8 | - | 3,3 | 3,5 |
| Pays en voie de développement | 2 595 | 2,3 | 2 217 | 1,5 | 4,3 |
| Afrique | 523 | 3,1 | 305 | -0,9 | 3,0 |

Source : Département des affaires économiques et sociales internationales (ONU)

Tableau n°3 : Personnel et équipement sanitaires dans les pays du tiers-monde (1983)
(Pour 1 million d'habitants)

| Personnel Equipement de santé Régions | | | | |
|--|----------|-----------|-------------------------------|------------------------|
| | Médecins | Dentistes | Sages-femmes (infirmières) | Lits d'hospitalisation |
| Total mondial | 910 | 170 | 1480 | 3820 |
| Afrique | 240 | 30 | 990 | 1890 |
| Amérique Latine | 730 | 150 | 970 | 3060 |
| Asie | 920 | 340 | 1840 | 4060 |
| Europe | 2 110 | 390 | 5480 | 9600 |
| Amérique du Nord | 1 820 | 540 | 5110 | 6040 |

Source : Annuaire de statistiques sanitaires mondiales (1983) OMS (Genève 1983).

Il résulte de ce constat, des enjeux spatiaux contrastés qui sont le reflet d'une structuration ségrégative avec des morphologies différentes : paysages de bidonvilles - habitat planifié- zones de villas et d'immeubles de rapport etc...

A cela, vient s'y ajouter une dégradation des cadres de vie dans lesquels on retrouve la pollution, les déchets, le manque d'espace vert, mais également une détérioration des valeurs humaines ou sociétales notamment : la tension, la violence, la délinquance, le chômage etc..

Aux causes de ce décalage constat entre la croissance urbaine et l'installation de l'équipement urbain, on trouve la poussée démographique élevée et continue face à une mise en place lente discontinue voire déficiente des équipements d'infrastructure et de superstructure. On peut retenir à l'origine de cet ensemble de facteurs précités des causes d'ordre historique, politique et socio-économique. Dans le passé, la colonisation a longtemps exclu tout développement de nos villes, lesquelles devaient rester une source de matières premières ou de main d'oeuvre. Ainsi, on verra nos sociétés profondément modifier par l'ampleur de l'économie de traite jusqu'aux années 1960. Cette situation va entraîner le développement d'établissements humains dans des régions où le phénomène urbain avait tendance à disparaître avec les guerres pré-coloniales.

Contrairement à l'Afrique, l'urbanisation en Europe a été accélérée et soutenue par l'industrialisation du 19^e siècle.

- La politique a joué aussi dans le passé en faveur de l'émergence et la macrocéphalie des capitales des pays en développement. Cette tendance a malheureusement continué avec l'indépendance de nos pays d'Afrique noire où les modalités d'aménagement des villes trouvent encore leur origine à l'époque coloniale. Les plans de lotissement et d'aménagement resteront longtemps les seules procédures d'aménagement de l'espace urbain. Au fur et à mesure que la ville s'accroît, les autorités proposent des plans complémentaires qui malheureusement ne tiennent pas compte de façon globale à l'expansion de la ville.

- Les facteurs économiques et socio-économiques sont dues aux faiblesses des ressources et de l'économie de nos villes et particulièrement de nos campagnes (d'où le phénomène de l'exode), ce qui en définitive se traduit par une croissance urbaine élevée (Tableau n°1).

Aujourd'hui, les effets de l'urbanisation dans les pays du tiers monde représentent un des problèmes les plus préoccupant en matière de santé publique. Les projets de planification sont dépassés par la rapide croissance des villes et plus cette population augmentait et plus aigus étaient les problèmes de santé et d'hygiène (Tableau n°4).

Tableau n°4 : Indicateurs de santé dans le monde

| Caractéristiques Régions | Espérance de vie à la naissance | Mortalité des en- fants de 1 à 4 ans (1988) | Nombre d'hts par médecin 1977 | Nombre d'hts par infirmier (1977) |
|--------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| Pays à faible revenu | 50 ans | 20/1000 | 9 900 | 8 790 |
| Pays à revenu intermédiaire | 61 ans | 10/1000 | 4 310 | 1 660 |
| Pays industrialisés | 74 ans | 1/1000 | 630 | 220 |

Source : Rapport sur le développement du monde (banque mondiale) 1980.

"La croissance urbaine non contrôlée crée l'entassement et la promiscuité qui aggravent la morbidité, le bruit, les tentations urbaines et la dégradation de la vie traditionnelle d'où le risque d'altérer l'équilibre mental (charte d'Athènes).

L'hôpital qui a constitué pendant longtemps l'essentiel de l'équipement médical, installé dans les grandes villes et escales des pays colonisés et destinés aux troupes militaires, offrait de moins en moins de prestations satisfaisantes à cause des nombreuses sollicitations et de l'étendu du service. on peut donner l'exemple du Sénégal qui comptait en 1829, quatre centre de soins : deux hôpitaux à Saint-Louis et Gorée et deux dispensaires à Bakel et Dagana. (Le quotidien national Soleil du 12 avril 1990).

Au Sénégal, le phénomène d'urbanisation est pareil que dans le reste du tiers monde. Déjà en 1975, la population urbaine atteignait 34,2% (World population prospects 1988, ONU). Elle sera de 48 ou 58% en l'an 2001 selon les hypothèses du plan directeur d'urbanisme de Dakar.

L'exode rural, l'accroissement naturel et le déplacement spontané et forcé de certaines populations vers les zones de banlieue (Pikine par exemple) sont comme nous l'avons déjà souligné à l'origine de cette situation.

Les moyens d'action sanitaires (personnel, crédit, équipement) sont loin de connaître l'accroissement rapide de 6 à 7% qui est le taux de croissance urbaine dans les pays en développement et de 3,5 à 4,5% dans les pays industrialisés.

Au Sénégal, l'espérance de vie se situe à 50,5 et le taux de mortalité infantile reste très élevé : 98‰ pour les garçons et 83,6‰ pour les filles (Direction de la statistique : mai 1988).

On a tendance à mesurer le niveau de santé à partir des seuls services de santé alors que la situation économique, le régime politique, les structures administratives et les valeurs culturelles religieuses sont autant des facteurs ayant un impact certain sur le niveau de santé et d'hygiène de la population. La désharmonie entre l'équipement sanitaire et l'extension de la ville s'explique aussi par d'autres raisons. La faiblesse des moyens alloués aux différents services publics face aux nombreux besoins à satisfaire confirme la situation sanitaire critique du moment.

Compte tenu de tout ceci, il ressort un certain nombre de questions :

- Comment l'équipement médical de base est programmé, financé et géré dans nos villes ?
- Quelles stratégies sont adoptées quand on sait l'hétérogénéité des villes sur le plan spatial, social et culturel et où la majorité de la population est peu solvable et le personnel soignant est encore insuffisant et peu qualifié ?
- Comment fonctionne cet équipement et quel usage en est fait par la population ?
- Quelles sont la capacité, le rayon d'action théorique et la capacité et le rayon d'action réel de cet équipement ? Telles sont quelques interrogations auxquelles nous comptons apporter des réponses par ce travail.

02 - Choix du sujet et ses limites

Le concept de planification urbaine peut être défini comme un processus qui vise à "garantir" une bonne harmonisation des facteurs de développement de la ville.

Cela se traduit à travers différents documents d'urbanisme élaborés pour chaque localité et définissant ses orientations fondamentales dans l'avenir. On peut lire dans ces différents documents, la manière dont est prévue les équipements dans l'espace et dans le temps en conformité avec les besoins, l'organisation spatiale retenue, les ressources naturelles et financières disponibles ou mobilisables.

C'est dire toute l'importance que revêt la programmation de l'équipement urbain dans la planification étant donné que l'infrastructure urbaine n'est autre que ces lieux construits ou aménagés où s'organisent les échanges sociaux et où sont rendus les différents services de la collectivité à ses membres.

Dans son ensemble, l'équipement urbain englobe une gamme étendue d'installations, d'édifices, pour la plupart et dont la disposition harmonieuse et hiérarchisée constitue l'essence même d'une ville : le logement, la borne fontaine, le

dispensaire, l'école, la voirie et les réseaux divers (VRD) en sont quelques unes des composantes.

Parmi celles -ci, nous avons choisi l'équipement médical pour notre étude. Les services de santé visent aujourd'hui à assurer un niveau de santé permettant à tous de mener une vie socialement et économiquement productive.

Cet équipement médical se présente sur le plan administratif et sur le plan des traitements de façon hiérarchique (figure n°1). Il est réparti selon trois critères :

- La taille,
- La spécialisation
- La technicité.

Dans ce mémoire, il sera question d'étudier l'équipement médical de base en milieu urbain c'est à dire : les centres de santé et poste de santé en ville

03 - Choix des sites

On trouve à l'origine de l'essor des villes du Sénégal, des facteurs liés à l'histoire et à l'économie du pays.

Dans le passé, outre les villes pré-coloniales, il a fallu attendre le commerce atlantique pour voir s'épanouir, avec les comptoirs, espaces internationaux, les premiers centres urbains de la côte. Ainsi, Gorée, Saint-Louis, Rufisque vont naître les premiers en concentrant les activités et attirant ainsi les populations environnantes.

Le colonisateur va introduire un type d'urbanisme dit "Moderne" dans la création de ces nouveaux centres urbains : Dakar sera occupée en 1857 suivant ce style caractérisé par un quadrillage de type camp romain. La ville sera bâtie autour du port et sur le plateau.

La population "indigène" viendra peu à peu s'installer tout au tour. Le quadrillage de la ville sera imposé avec l'arrivée massive des populations africaines et une répartition des fonctions de la ville selon les quartiers sera mise en place. A la suite de ce quadrillage, va naître la Médina comme première implantation indigène systématique sous prétexte de raison sanitaire à la suite de la déclaration de l'épidémie de peste. La date de 1915, marque le début d'un vaste mouvement de restructuration du tissu urbain dakarois au détriment des couches sociales les plus démunies. Les refoulements et déguerpissements se succéderont conduisant à la création de quartiers périphériques dont Pikine sera le premier quartier de la grande banlieue pour décongestionner et assainir la Médina.

Il faut noter qu'au cours de cette période du commerce atlantique, le colonisateur allait opter pour l'exportation des matières premières ce qui favorisera le création d'un réseau de chemin de fer longeant les escales pour déboucher sur les ports du pays.

Le choix de l'arachide comme culture de rente, venait ainsi renforcer pour sa part la création et le développement de centres secondaires comme Thiès, Kaolack, Tambacounda etc..

A l'indépendance du pays, on héritera de cette situation caractérisée par des disparités régionales dues à la position géographique des centres urbains ce qui crée d'énormes problèmes de planification urbaine.

Le gouvernement posera alors les problèmes d'aménagement du territoire, de l'urbanisme et de l'architecture.

En 1964, il est voté une loi sur le domaine national immatriculant tous les terrains urbains et ruraux qui ne l'étaient pas et les transférant à la collectivité en vue de permettre leur affectation équitable par les communautés de base.

Un schéma d'aménagement a été élaboré puis affiné parallèlement à l'application de la réforme de l'administration régionale et locale décidée à partir de 1972. Celle-ci sera orienté dans le sens d'assurer un développement équilibré sur l'ensemble" du territoire national et pour conférer aux communautés rurales et urbaines les responsabilités de gérer les affaires locales mais aussi à contrebalancer le développement de la partie occidentale du pays. *hypertrophique*

Quelques années auparavant, une loi portant code de l'urbanisme a été votée puis promulguée en 1966 fixant ainsi les règles et servitudes devant régir l'urbanisation.

En choisissant d'étudier deux collectivités urbaines situées sur l'axe Dakar-Thiès, nous avons comme souci essentiel de voir si l'assistance médicale au niveau de la base s'exerce dans les mêmes conditions au niveau de ces deux collectivités situées aux deux extrêmes de cette zone de très forte concentration.

04 - Objectifs de l'étude

Notre étude n'a pas la prétention de résoudre une fois pour toute l'ensemble des problèmes posés par l'équipement médical de base. Elle a pour but d'étudier le fonctionnement de celui-ci de saisir l'utilisation qui en est faite par la population et de connaître les problèmes auxquels cet équipement est confronté. Afin d'atteindre ces buts, il va falloir définir :

- l'équipement de base en milieu urbain : (c'est le définir par rapport à la politique nationale de santé du pays, mais aussi dans ce qu'il est dans la réalité sur le terrain)

- La politique qui est adoptée en matière de programmation et de planification des structures de santé de base. Cette phase importante permet de juger les succès ou échecs des stratégies en matière de soins de santé.

- le fonctionnement de l'équipement qui doit comprendre parmi ses activités les aspects curatifs préventifs et éducatifs.

- La taille de l'équipement qui donne des éléments sur le personnel (qualifié en particulier) sur les capacités et rayons d'actions théoriques mais aussi, sur les capacités et rayons d'action affectives sur le terrain.
- Les besoins normatifs par une évaluation et une projection dans le temps.
- La caractérisation socio-économique de la population.
- Les pratiques des populations et leurs désirs de conserver leurs valeurs culturelles seront pris en compte dans les recherches de solution aux problèmes posés. On retiendra en même temps dans nos propositions que :
 - l'accès à l'équipement médical devra être possible à tout le monde.
 - la prise en charge par la population de sa propre santé doit se faire à des frais abordables par celle-ci.
 - La localisation de l'équipement doit aussi tenir compte des distances à parcourir.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

02 - Méthodologie de recherche

02.1 - Méthode d'approche

Nous mettons à contribution quatre approches pour aborder cette étude :

1 - L'approche descriptive : qui consiste à faire le point sur la situation réelle à savoir, les équipements existants sur le terrain (documentation-cartographie-enquête).

2 - L'approche positive : elle explique les raisons de cette situation décrite plus haut.

3 - L'approche normative : elle renseigne sur les normes et les seuils appliqués lors de la réalisation de l'équipement en sachant ce que représente le besoin normatif et comment celui-ci est satisfait en présence ou en absence de l'équipement.

4 - L'approche prescriptive : c'est la partie des propositions et suggestions. Elle intervient après le diagnostic de la situation, ce qui permet aux propositions de traduire les besoins et les réalités des personnes concernées.

Cette démarche s'inscrit dans le tableau de l'urbanisme opérationnel. En effet, celui-ci est orienté vers l'action en utilisant une approche globale et en appliquant les constantes aux cas particuliers pour enfin s'exprimer en termes de finalités.

En revanche, la recherche en urbanisme tente l'explication dans une perspective analytique, car son objectif principal est d'établir les constantes et les lois générales.

La recherche est donc production des connaissances, de la rigueur, de la méthodologie et de l'expérimentation. Alors que l'urbanisme opérationnel est la mise en valeur de la théorie pour l'application pratique.

0.2.2 - La recherche documentaire.

Les études parues sur les structures de santé au Sénégal sont nombreuses. La plupart de ces études traitent de façon globale des équipements de santé du pays, ou alors se limitent sur les cas particuliers de Dakar et de Pikine. Nous retiendrons les plus connues :

- "Etude sur la morbidité africaine urbaine ". Dr. B. D. Seck, thèse de médecine (Dakar 1968)

- "Equipements médicaux de base à Pikine" Dr Rasenberg, 1973

- Equipements urbains à Dakar, CRHUA, 1986

- "Soins de santé primaire en milieu urbain" : Pikine (1979-1986) projet Belge (ORSTOM (G. Salem).

- "Espace urbain et éco-santé : le cas de Pikine. MT Wade, thèse 3è cycle environnement (Dakar 1983)

Ces études parlent de l'épidémiologie, des origines et des causes des maladies rencontrées dans nos villes, et attirent l'attention des autorités et praticiens sur la qualité de l'hygiène et de la santé, face à l'insuffisance de l'équipement adéquat et des moyens disponibles.

Les études du CRHUA⁽¹⁾ et du projet Belge-ORSTOM, sont les plus récentes et les plus citées malgré quelques lacunes de part et d'autre :

- L'étude du CRHUA a consacré un chapitre sur les équipements de santé sur Pikine. Elle a subdivisée la ville en secteurs et quartiers lesquels ont été comparés à la ville de Dakar qui est chef lieu de région et capitale du pays .

- Le projet Belge-ORSTOM a quelques fois manqué de rigueur quant à la localisation de certains équipements.

En effet, l'ouverture à Pikine de poste de santé dans des maisons d'habitations (Municipal 1) ou de case de santé dans une pièce d'habitation (Ben Barak) posent des gênes que sont :

- L'absence de concertations entre spécialistes et experts hospitaliers ou sanitaires et les décideurs et techniciens ce qui se traduit par :

- La mauvaise insertion de l'équipement dans le tissu urbain.

- Le défaut lié à la mauvaise localisation de l'équipement se traduisant par :

- * Le vent qui peut emporter ailleurs l'infection

- * Les insuffisances de l'ensoleillement.

- * Les bruits du voisinage.

- * L'absence ou la difficulté d'évacuer les ordures

- * L'accès et la desserte défectueuse

- * La gêne causée aux malades par les regards indiscrets.

- La non prise en compte des besoins réels exprimés des populations.

Notre étude a la singularité par rapport aux précédentes études de proposer une démarche mettant l'accent sur la réalité vécue et des pratiques quotidiennes propres à notre milieu à savoir :

- * Partir des nécessités réelles, des besoins et demandes expresses et justifiées pour localiser l'équipement.

- * Intégrer la population dans les prises de décisions pour qu'elle ne soit pas à l'écart des problèmes qui le sont propres.

Ainsi, nous mettons l'accent sur la méthodes des enquêtes et entretiens domiciliaires, ce qui permet de déterminer avec exactitude la pratique des médecines

(1) Centre de Recherche pour l'Habitat, l'Urbanisme et l'Architecture

proposées dans chaque zone, l'utilisation de l'équipement de santé par la population, les comportements de la population et ses souhaits.

Les enquêtes et entretiens au niveau des structures concernées pour des problèmes posés à l'équipement, aux malades et personnels médical et para-médical.

02.3 - Elaboration des questionnaires

On a été amené à élaborer des questionnaires pour la collecte de l'information complémentaire. Ils s'adressent aux populations de Pikine et de Thiès, aux malades trouvés sur place et aux personnels des équipements proprement dit. Cette collecte de données nous permet d'estimer la population de chaque ville, les catégories socio-économiques et les statistiques sur la pratique et la fréquentation des médecines et équipements de santé.

02.4 - Echantillonnage

Les populations de Pikine et de Thiès ont été réparties par zones morphologiques de lotissement (pour Pikine) et en fonction du niveau de vie des populations par zone (Thiès), pour faire l'objet d'un sondage selon les méthodes aléatoires.

A Pikine, quatre (4) zones morphologiques ont été identifiées :

- Pikine ancien, Pikine irrégulier, Pikine extension (Guédiawaye) et Thiaroye sur mer.

A Thiès, trois (3) zones suivant le niveau de vie ont été déterminés.

- Le quartier Escalé qui est la zone résidentielle où le niveau de vie est le plus élevé de la ville.

- Le quartier de Grand Thiès (Randoulène) qui est un quartier au niveau de vie intermédiaire dans la ville.

- Les quartiers de Keur Cheikh, Mame El Hadj et Takhikao qui sont des quartiers périphériques très peuplés et au niveau de revenu faible. Nous rappelons que Thiès compte dix neuf (19) quartiers administrativement. Au niveau de chaque zone, une trentaine (30) de parcelles a été tirées au hasard et enquêtées pour la pré-enquête. Les résultats de celle-ci nous ont donné la taille de l'échantillon à constituer compte tenu du degré de finesse auquel nous voulions parvenir en appliquant la formule suivante :

$$n = \frac{(Z.S)^2}{d}$$

où n = Taille de l'échantillon

Z = nombre d'écart-type lié à un niveau de confiance (pris de la table de probabilité ou calculé).

Z = (2,1 pour notre étude)

d = erreur marginale ($d = 1,65$ pour notre étude)

S = écart-type de l'étude pilote.

Ainsi, nous sommes arrivé à cent soixante dix huit (178) parcelles à Pikine et à cent dix (110) parcelles à Thiès.

02.5 - Enquêtes sur le terrain

02.5.1 - Les limites de l'étude

Il aurait été souhaitable de mener une enquête exhaustive auprès de la population, et d'enquêter au niveau de toutes les structures concernées. Compte tenu du temps affecté à ce travail et de nos moyens limités (une seule personne pour faire les enquêtes), nous avons été amené à faire des sondages par zone dans chaque localité.

02.5.2 - Les difficultés rencontrées

Nous avons rencontrés des problèmes à deux niveaux dans la préparation de ce mémoire.

Premier niveau : Il se situe dans la collecte de l'information qui devait se passer au niveau des circonscriptions médicales et des services de santé des équipements concernés. En effet, il était rare de trouver de la documentation sur place ce qui donnait lieu à entreprendre des entretiens et interviews avec le personnel soignant qui est toujours pris par les malades, ce qui ne pouvait attendre.

Deuxième niveau : Il se situe dans les enquêtes ménages où il a fallu que nous utilisions un interprète pour faire le travail. malheureusement, la population n'a pu être saisie officiellement par les autorités locales sur le déroulement de ce travail, ce qui a donné objet à plusieurs cas de réticences et de refus.

Nous avons été amené à chercher plusieurs fois des interprètes à cause des difficultés et gênes qu'essentaient ces derniers à chaque fois que nous avons été mal reçus.

Une partie de notre questionnaire n'a pu être complétée à cause de certains tabous chez les populations : c'est le cas du nombre de décès enregistrés dans les parcelles au cours de l'année ou de la pratique de certaines médecines occultes.

L'âge des tout petits nous a posé des difficultés ainsi que ceux des absents lors de l'enquête, en ce qui concerne leur exactitude ou même estimation. Malgré ces difficultés, l'étude a pu être réalisée en s'articulant autour de ^{quatre} grandes parties :

- 1 - La présentation du terrain d'étude (les villes de Pikine et de Thiès)
- 2 - L'assistance médicale à Pikine et à Thiès
- 3 - La comparaison entre Pikine et Thiès en matière d'assistance médicale.
- 4 - Les propositions et suggestions

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

PREMIERE PARTIE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

I- Présentation des villes de Pikine et de Thiès

1.1 - La ville de Pikine

1.1.1 - Rappel historique

Au cours de l'histoire, le site de Pikine a connu de nombreuses batailles quant il s'agissait de l'occupation du Cap-Vert. L'ethnie Lébou qui a ravi la ville a ses occupants les socé, a beaucoup marqué celle-ci (1).

Le site de Pikine avait servi de champs de cultures dans les Niayes et comme poste militaire avant d'être une ex-croissance de la ville de Dakar.

En 1952, Pikine sera érigée en ville nouvelle (cité dortoire). Il s'agissait en fait de reloger sur ce terrain les habitants des anciens bidonvilles de Dakar.

Aujourd'hui, Pikine est la deuxième ville du pays après Dakar par son importance démographique (317 129 habitants (notre enquête 1989). Pikine créée ex-nihilo à 15 km de Dakar, va s'accroître très rapidement sous l'action conjuguée de la croissance naturelle, l'exode rural et les déplacements forcés des populations vers la banlieue de Dakar. Aujourd'hui, la ville s'est étendue jusqu'à se confondre spatialement avec les autres établissements humains voisins (villages traditionnels Lébou ; Yeumbeul et Thiaroye).

1.1.2 Géographie

1.1.2.1 - Le site

"Situé entre 17° 23 et le 17°24 de longitude Ouest et 14°45 et 14°46 de latitude Nord, la ville de Pikine occupe dans le col de la presqu'île du Cap-Vert le milieu de la coulée du même nom, à savoir l'endroit où la distance entre les deux côtés est à peine de 4 km.

Pikine se trouve dans la région sableuse des Niayes à l'Est de la ligne Yoff-Hann, jusqu'à MBao puis remontant vers Sangal-Kan et Cayaar. Il repose sur un relief : un substratum marneux qui daterait d'une période située entre le paléocène et l'éocène (1) (Gorodiski, 1952).

Selon Assane Seck (2), le "Centre de cette zone est (du point de vue hydrologique un domaine hésitant souvent marécageux, avec un relief de dunes fixées aux formes variées parfois groupées, parfois isolées ou souvent entourées de bas fond".

(1) (2) : Thèse de 3ème cycle environnement de M. T Wade 1984

Les rapports qui existent entre le site, les conditions d'habitat et la santé ont été vérifiés (chartes d'Athènes).

A Pikine, la masse dunaire qui caractérise la zone des Niayes est favorable par endroit à l'infiltration des eaux dans le sol, et évite ainsi la stagnation de ces eaux (pluviales et résiduares) provenant des différentes sources. Cependant, la situation ainsi décrite est contrebalancée par la présence de dépressions inter-dunaires qui constituent des gîtes de ponte pour les moustiques.

D'autre part, l'absence d'un réseau d'égout, d'eau pluviale et la difficile collecte des ordures ménagères dues à l'insuffisance du réseau routier, sont des facteurs néfastes pour la santé. En effet, l'absence de ces infrastructures et services, se traduit par la reproduction de germes au niveau des dépôts d'ordures et eaux usées, où alors c'est la nappe phréatique qui est attaquée en cas d'enlissement de ces ordures.

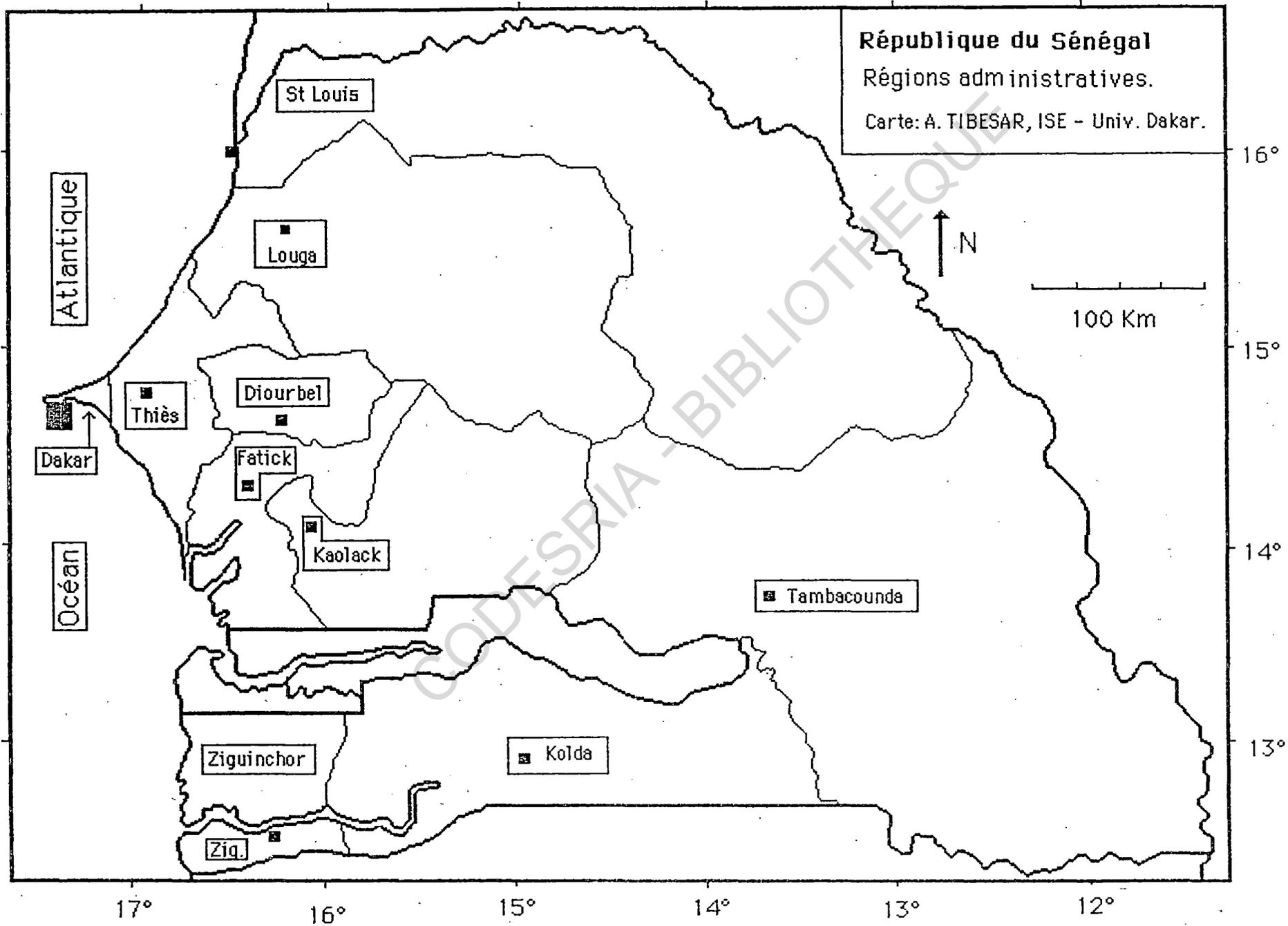
1.1.2.2 - Le climat

La presqu'île du Cap-Vert se situe dans une zone de climat tropical marqué par l'alternance d'une saison sèche de début novembre à la mi-juin, qui est plus agréable et d'une saison humide appelée hivernage de mi-juin à fin octobre. Ce climat est modéré par l'influence rafraîchissante des alizés maritimes issus de l'anticyclone des Açores.

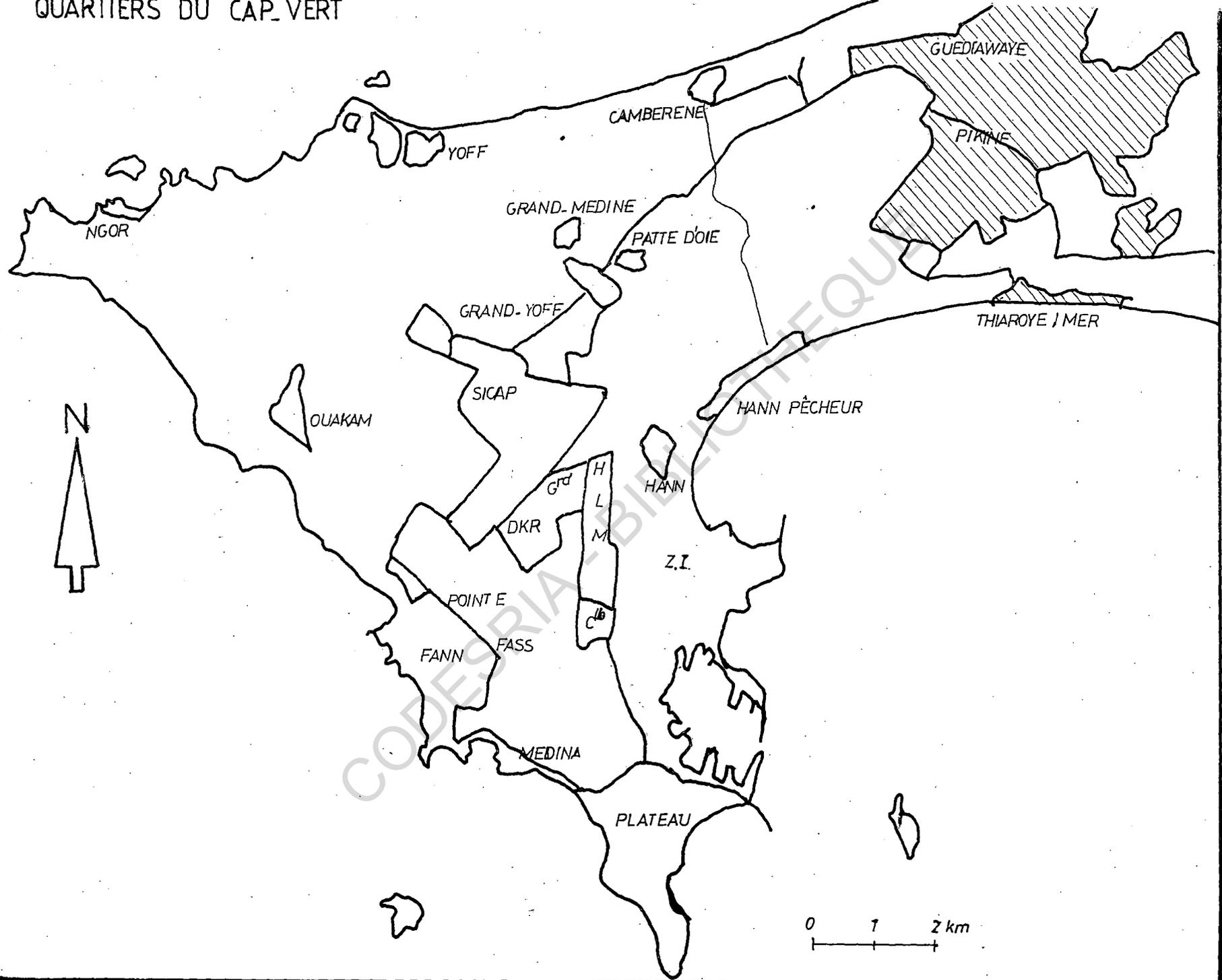
Pikine se trouve entre les isohyètes 625 mm (Ouakam) et 635 mm (M'Bao). La température moyenne, pour une bonne partie de la saison humide de juillet à octobre est au dessus de 27° c. Ces températures combinées à une forte humidité rendent le climat très inconfortable par rapport à la saison sèche (voir Leroux 1963, De la Motte 1981, Bijl 1974). Il faut dire que cette époque de l'année correspond aussi à la grande période du paludisme.

Le climat de Pikine qualifié de sub-saharien est plutôt différent dans son rythme, sa température et son humidité de celui de l'intérieur du pays considéré soit de sahelo-sénégalais par Auberville soit de soudano-sahélien par Hubert.

Quoiqu'il en soit, la localisation de Pikine lui offre des avantages indéniables en termes de ventilation et d'éloignement par rapport aux zones de pollution industrielles qui sont toutes situées le long de la côte Sud du cap-vert.



QUARTIERS DU CAP VERT



1.1.3 - Evolution de la trame urbaine

Comme nous l'avons déjà dit, Pikine a été créé ex-nihilo, sans que des dispositions d'aménagement ne soient prises à l'avance. La ville prend au départ la forme d'une agglomération satellite située à 15 km au Nord-Est de Dakar. Le déploiement de la ville se fera dans l'isthme Cap-verdien selon deux directions.

A l'ouest, l'urbanisation volontariste aménage une série de lotissement alors qu'une partie de l'Est verra naître une seconde ville, celle des "irréguliers".

En s'étendant, la ville se différencie. Il faudra combiner trois critères pour caractériser ses différents secteurs : leur date de naissance, leur degré d'aménagement et leur niveau d'équipement.

a) Les quartiers lotis :

Il s'agit des parties occupées par d'anciens propriétaires dakarois déguerpis et relogés par l'Etat sur les terres de son domaine privé. C'est le cas de :

- Pikine ancien : Il est créé en 1952. Son type d'habitat est marqué par l'habitat spontané régulier. L'équipement du quartier est meilleur et comprend en outre, l'eau, l'électricité, la borne fontaine, le goudron etc..

- Pikine extension (guédiawaye) : on situe sa création à 1971. Son espace est plus aéré et sa densification se fait plus rapidement. Il a un équipement inférieur à celui de Pikine ancien.

- Parcelles Assainies : le projet des parcelles assainies a été approuvé le 20 octobre 1975. Il se situe au Sud de Cambérène. La densification de cette zone est faible. L'équipement du quartier est bon (égout-eau-électricité...).

b) Les quartiers irréguliers :

Ces quartiers sont nés à la suite des déguerpissements des bidonvilles de Dakar, quand les populations concernées n'ont pas été relogées et prises en charge par l'Etat. Avec l'aide des propriétaires lébous, la population déguerpie bénéficiera de facilité d'octroi ou d'achat de terrain au niveau de ces zones. Déjà en 1958, les lieux étaient occupés avant que la loi de 1964 sur le domaine national ne vienne statuer sur ces terrains rendant la zone irrégulière. Aujourd'hui, Pikine irrégulier a réalisé une jonction avec les villages traditionnels lébou environnant : les villages de Thiaroye et de Yembeul.

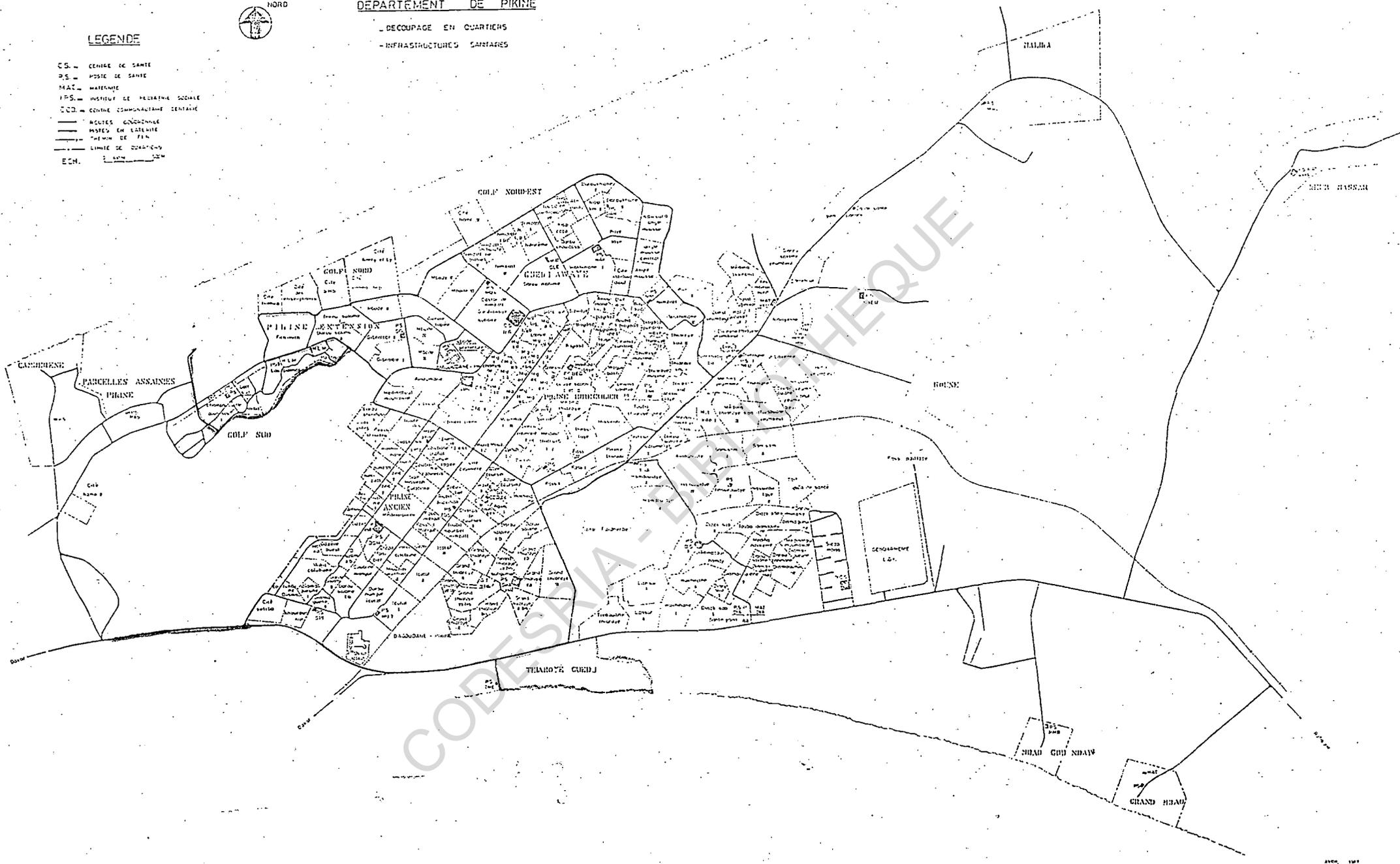


DEPARTEMENT DE PIKINE

- DECOUPAGE EN QUARTIERS
- INFRASTRUCTURES SANITAIRES

LEGENDE

- CS. - CENTRE DE SANTE
- PS. - POSTE DE SANTE
- MAI. - MATERNITE
- IPS. - INSTITUT DE PREVENTION SOCIALE
- CCD. - CENTRE COMMUNAUTAIRE DENTAIRE
- ROUTES ENCHASSÉES
- ROUTES EN LÉVÉE
- CHEMIN DE FER
- LIMITE DE QUARTIERS
- ECH. 1:50000



c) Les villages lébous :

Ils datent du 17^{ème} siècle, ce qui laisse entendre qu'ils ne font pas partie de Pikine créé en 1952. Les villages lébous ont leur contexte de création, leur trame et leur niveau d'équipement qui les différencient des autres quartiers même si aujourd'hui l'ensemble des zones constitue une réalité urbaine.

On peut noter que les villages lébou font partie de la commune et du département de Pikine.

Cette caractérisation de la ville de Pikine, a orienté notre choix pour mener nos enquêtes ménages et enquêtes équipement dans la ville.

1.1.4 - La population de Pikine

Nous disposons de différents documents sur Pikine, mais de valeur inégale et d'orientation différente.

Pour l'intérêt apporté à cette étude ; il a été nécessaire de procéder à un dépouillement de données au service informatique de la direction des statistiques, pour être en possession de résultats partiels sur les villes ; car seuls les résultats par département étaient disponibles.

C'est ainsi que pour avoir la population totale à Pikine, nous avons fait le produit du nombre de parcelles par la densité par parcelles (des différentes zones).

Nous tirons de notre enquête, le nombre moyen de personnes par parcelle et par zone alors que les résultats du recensement nous donne le nombre de parcelles par zone.

Nous obtenons ainsi

Tableau n°5 : Evaluation du nombre de parcelles par zone et densité.

| Zones | Nombre de Parcelles enquêtées | Population | Densité/parcelle |
|-------------------|-------------------------------|------------|------------------|
| Pikine Ancien | 35 | 407 | 11,62 |
| Pikine irrégulier | 52 | 702 | 13,5 |
| Guédiawaye | 35 | 359 | 10,25 |
| Thiaroye sur Mer | 56 | 688 | 12,28 |
| TOTAL | 178 | 2156 | 12,11 |

MT (1)

Tableau n°6 : Evaluation de la population totale de Pikine en 1989

| Zones | Densité Parcelles zone | Nombre parcelles zone | Population |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------|------------|
| Pikine Ancien | 11,2 | 8216 | 95470 |
| Pikine irrégulier | 13,5 | 6012 | 81 162 |
| Guédiawaye | 10,25 | 13 707 | 140 497 |
| Total Pikine | - | - | 317 129 |
| Thiaroye/Mer | 12,28 | 1802 | 22 129 |
| Total terrain étude | - | - | 339 258 |

MT

La ville de Pikine occupe au Sénégal la deuxième place par ordre d'importance de la population, après la ville de Dakar.

La commune de Pikine (1) qui est aujourd'hui confondue au département de Pikine compte 634 910 habitants soit soixante fois plus qu'elle ne comptait il y a quarante ans. Son taux de croissance démographique est de 5,06 (entre 1980 à 1988), alors que celui de Dakar est de 2,4% pour la même période (Direction de la statistique).

La politique délibérée des autorités de faire de Pikine la zone d'extension de la capitale sénégalaise, explique en partie cette situation.

Selon, les projections du BCEOM (1982) ; en l'an 2001, la population de la commune de Pikine atteindra 990 500 habitants.

Notre étude à concernée la ville de Pikine au sens strict (c'est à dire les zones de Pikine ancien, Pikine Irrégulier et Guédiawaye soit 49,94% de la population communale) et la zone de Thiaroye sur mer soit pour l'ensemble 53,43% de la population du département de Pikine.

(1) à Cette commune vient d'être scindée en deux nouvelles communes à savoir la commune de Pikine et celle de Guediawaye (septembre 90)

Tableau n°7 : Population de quelques communes du Sénégal (1988)

| Communes | Sexe | | Total |
|------------------|----------|---------|---------|
| | Masculin | Féminin | |
| Dakar | 347 341 | 339 219 | 686 560 |
| Pikien-Guédawaye | 317 808 | 317 101 | 634 910 |
| Thiès | 84 751 | 90 714 | 175 465 |
| Kaolcak | 72 925 | 79 082 | 152 007 |
| Rufisque-Bargny | 68 003 | 69 146 | 137 149 |
| Ziguinechor | 62 804 | 62 199 | 124 283 |
| Saint-Louis | 56 563 | 58 808 | 115 372 |

Source : Direction de la statistique

En 1988, la population totale du pays faisait 6 881 919 habitants dont 2 658 657 vivant en ville soit une population urbaine de 39% (Bureau national de recensement).

1.1.4.1 - Composition ethnique

La composition ethnique de la population de Pikine est caractérisée par un pourcentage élevé des wolofs qui sont majoritaires. Ils sont suivis des ethnies pular et sérère.

Tableau n°8 : Répartition ethnique à Pikine

| Ethnies | Zone | |
|----------|--|--|
| | % ville de Pikine (enquête) $ID = 62\%$ | % département (recensement national). $ID = 64\%$ |
| Wolof | 54 | 53 |
| Pular | 25 | 22 |
| Sérère | 09 | 11 |
| Diola | 01 | 03 |
| * Autres | 11 | 10 |

* Autres : Mandingue, et autres ethnies du Sénégal exemple : Bassari

(1) Indice de diversification $ID = 1 - \frac{\sum x^2}{(\sum x)^2}$

1.1.4.2 - Répartition de la population par sexe et par âge

Au cours de notre enquête à Pikine, nous ne sommes pas arrivés à avoir les âges de toutes les personnes enquêtées soit parce qu'il y avait des absents, soit les personnes présentes n'arrivaient pas à déterminer les âges des composants de la parcelle.

Nous donnons ici les résultats du recensement national de mai 1988. On relève ainsi à Pikine une population très jeune (57,34% de moins de 20 ans). L'observation de la pyramide des âges confirme la jeunesse de la population

Tableau n°9 : Répartition par sexe et par âge de la population (département de Pikine)

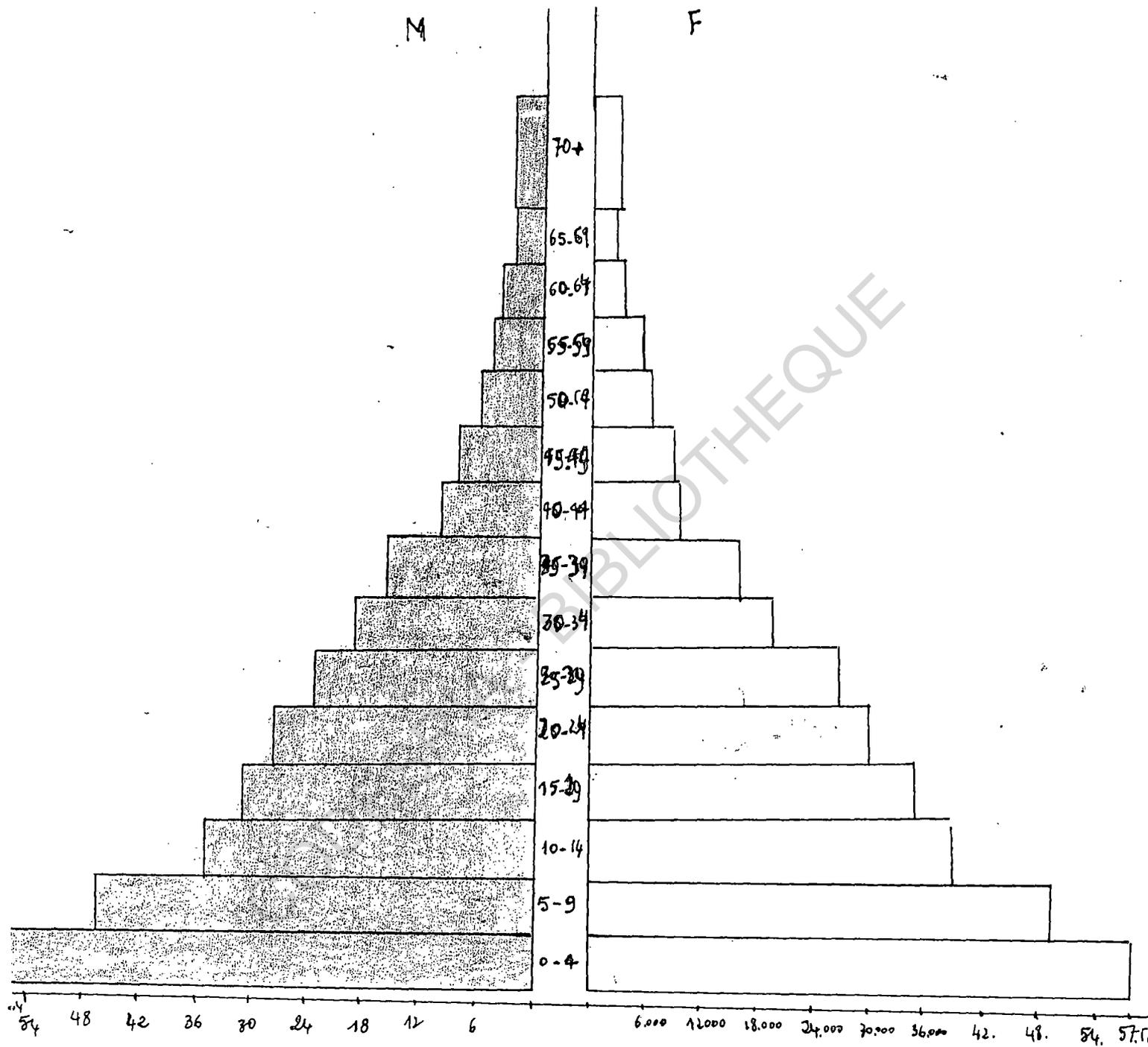
| Age \ Popula. | Total | Hommes | Femmes |
|---------------|---------|--------|--------|
| 0 à 4 ans | 117 174 | 59 364 | 57 587 |
| 5 à 9 " | 96 542 | 47 048 | 49 395 |
| 10 - 14 | 74 583 | 35 736 | 38 719 |
| 15 - 19 | 67 075 | 31 733 | 35 183 |
| 20 - 24 | 58 147 | 28 173 | 29 796 |
| 25 - 29 | 51 217 | 24 558 | 26 494 |
| 30 - 34 | 39 600 | 19 688 | 19 753 |
| 35 - 39 | 32 460 | 16 281 | 16 023 |
| 40 - 44 | 20 367 | 10 668 | 9 587 |
| 45 - 49 | 17 644 | 9 137 | 8 426 |
| 50 - 54 | 13 559 | 7 197 | 6 284 |
| 55 - 59 | 11 233 | 5 901 | 5 258 |
| 60 - 64 | 7 605 | 4 253 | 3 270 |
| 65 - 69 | 5 483 | 3 029 | 2 427 |
| 70 et plus | 7 070 | 3 605 | 3 391 |

Source : Direction de la statistique (Mai 1988).

Nous avons une pyramide des âges à base élargie caractéristique des pays en développement. On remarque ainsi l'importance de la population très jeune.

La population féminine représente 50,27% des habitants du département.

PYRAMIDE DES AGES



Département de Pikiue
Mai - 1988

Tableau n°10 : Répartition de la population par groupe d'âge dans quelques départements du Sénégal pourcentage 1988

| Villes | Groupes d'âge | | | | | | | | | | | | ID |
|-----------------------------------|---------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|
| | 0-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-39 | 35-39 | 40-44 | 45-54 | 55-64 | 65 et + | |
| Dakar | 14,8 | 12,9 | 11,8 | 12,2 | 11,4 | 9,7 | 7,3 | 5,7 | 3,7 | 5 | 3 | 2,2 | 89,64 |
| Pikine | 18,9 | 15,6 | 12 | 10,7 | 9,4 | 8,3 | 6,5 | 5,2 | 3,2 | 5 | 3 | 2 | 88,60 |
| Thiès | 19 | 16,9 | 12,9 | 10 | 7,7 | 7 | 5,5 | 4,4 | 3,1 | 5,4 | 4 | 3,7 | 88,66 |
| Rufisque | 18 | 15,4 | 13,2 | 10,8 | 8,8 | 7,1 | 6,2 | 4,8 | 3,3 | 4,9 | 3,8 | 3 | 89 |
| Kaolack | 19,1 | 16,2 | 12 | 11,1 | 8,2 | 7,2 | 5,09 | 4,9 | 2,9 | 5,5 | 3,8 | 3,5 | 88,71 |
| Fatik | 18,7 | 17,1 | 11,7 | 9,3 | 7,1 | 7,1 | 5,3 | 4,3 | 3,4 | 6,1 | 4,8 | 4,4 | 88,95 |
| Ziguinchor | 18,1 | 15,5 | 12,6 | 10,4 | 8,6 | 7 | 5,5 | 5 | 3,1 | 5,8 | 4,5 | 3,3 | 89,12 |
| * Ville de Pikine (notre enquête) | 17 | 15 | 14 | 11 | 9 | 9 | 6 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | |

* Avec les âges non déclarés et les omissions, ces chiffres pourraient s'expliquer.
Source : Direction de la statistique.

1.1.4.3 - Répartition de la population selon le sexe et l'aptitude à lire et à écrire

A Pikine, on compte 54% de la population qui est analphabète. Parmi celle-ci, 33% représente la part des femmes soit 65% des femmes âgées de 6 ans et plus.

1. Département de Dakar

Tableau n°11 : Population âgé de 6 ans et plus selon le sexe, l'âge et l'aptitude à lire et à écrire (français-arabe-langue nationale et autres).

| Age | Hommes | | | | Femmes | | | |
|---------|---------|-------------|--------|----------------|--------|--------------|---------|----------------|
| | VA | Instruits % | VA | Analphabètes % | VA | Instruites % | VA | Analphabètes % |
| 6 - 9 | 19 604 | 15 | 16 239 | 17 | 16 171 | 19 | 22 160 | 14 |
| 10 - 19 | 48 673 | 37 | 17 517 | 18 | 37 058 | 44 | 35 605 | 23 |
| 20 - 29 | 30 272 | 23 | 20 501 | 21 | 19 759 | 23 | 35 327 | 23 |
| 30 - 39 | 19 211 | 17 | 15 290 | 15 | 9 361 | 11 | 25 779 | 17 |
| 40 - 49 | 7 401 | 11 | 11 616 | 12 | 1 363 | 2 | 16 349 | 11 |
| 50 - 59 | 3 727 | 7 | 8 943 | 9 | 346 | 1 | 11 059 | 7 |
| 60 et + | 3 362 | 5 | 8 108 | 8 | 210 | 0 | 8 752 | 5 |
| Total | 131 375 | 100 | 98 214 | 100 | 84 268 | 100 | 155 031 | 100 |

* Les femmes analphabètes représentent 21% de la population (6 ans et plus) soit 42% de la population féminine.

2. Département de Pikine

Tableau n°12 :

Source : Direct. statist. (Mai 1988)

| Age | Hommes | | | | Femmes | | | |
|---------|--------|---------------|---------|------------------------------------|---------|---------------|--------|-----------------------------------|
| | VA | Analphabète % | VA | Personnes sachant lire et écrire % | VA | Analphabète % | VA | Personne sachant lire et écrire % |
| 6 - 9 | 16 239 | 17 | 19 604 | 15 | 22 160 | 14 | 16 171 | 19 |
| 10 - 19 | 17 517 | 18 | 48 673 | 37 | 35 605 | 23 | 37 058 | 44 |
| 20 - 29 | 20 501 | 21 | 30 272 | 23 | 35 327 | 23 | 19 759 | 23 |
| 30 - 39 | 15 290 | 15 | 19 211 | 17 | 25 779 | 17 | 9 361 | 11 |
| 40 - 49 | 11 616 | 12 | 7 401 | 11 | 16 349 | 11 | 1 363 | 2 |
| 50 - 59 | 8 940 | 9 | 3 762 | 7 | 11 059 | 7 | 346 | 1 |
| 60 et + | 8 108 | 8 | 3 362 | 5 | 8 752 | 5 | 210 | |
| Total | 98 214 | 100 | 131 375 | 100 | 155 031 | 100 | 84 268 | 100 |

On trouve plus de personnes analphabètes à Pikine qu'à Dakar. La relation entre l'éducation des populations plus particulièrement des mères de famille et la santé (en particulier la santé des enfants) est établie par plusieurs organismes (OMS par exemple).

1.2 - La ville de Thiès

1.2.1 - Rappel historique

Naguère petit village sérère, Thiès allait connaître son premier poste militaire en 1864. Ainsi, pour des raisons de stratégies militaires et de liaisons entre la ville de Dakar et celle de Saint-Louis, une ville va naître et se développer.

C'est ainsi que le début des travaux de la voie ferrée en 1883 et son ouverture en 1885, ont marqué à ne pas en douter de nouvelles perspectives à la ville de Thiès devenant ainsi, la plaque tournante des mouvements militaires et commerciaux de Dakar vers Saint-Louis et l'intérieur du pays voire même le Soudan français, actuel Mali.

L'économie arachidière et le renforcement des fonctions administratives à partir de 1914, donnaient à leur tour, une nouvelle propulsion, à la ville par la polarisation des populations environnantes.

La ville se composait d'un lotissement de part et d'autre de la voie ferrée, d'un quartier commercial au Nord et d'un camp militaire, et quartier résidentiel au Sud et pour finir la gare au centre.

Les quartiers périphériques s'étendaient plus particulièrement au Nord-Ouest, au Nord, Nord-Est et Sud-est : Diakhao-Nguinth, Takhikao, Médina...

En 1952, on assistait à l'inauguration de la nouvelle route Dakar-Thiès, atout important se traduisant par le renforcement des activités économiques et l'expansion des quartiers périphériques.

Au cours des années d'indépendance, l'économie urbaine à Thiès sera notamment affectée par le retrait sur Dakar des grandes maisons de commerce. Les échanges directs entre les villages environnants et Dakar d'une part et l'influence limitée des entreprises installées à Thiès : d'autre part, constituent les facteurs décisifs de ce déclin.

1.2.2 - Géographie

1.2.2.1 - Le site

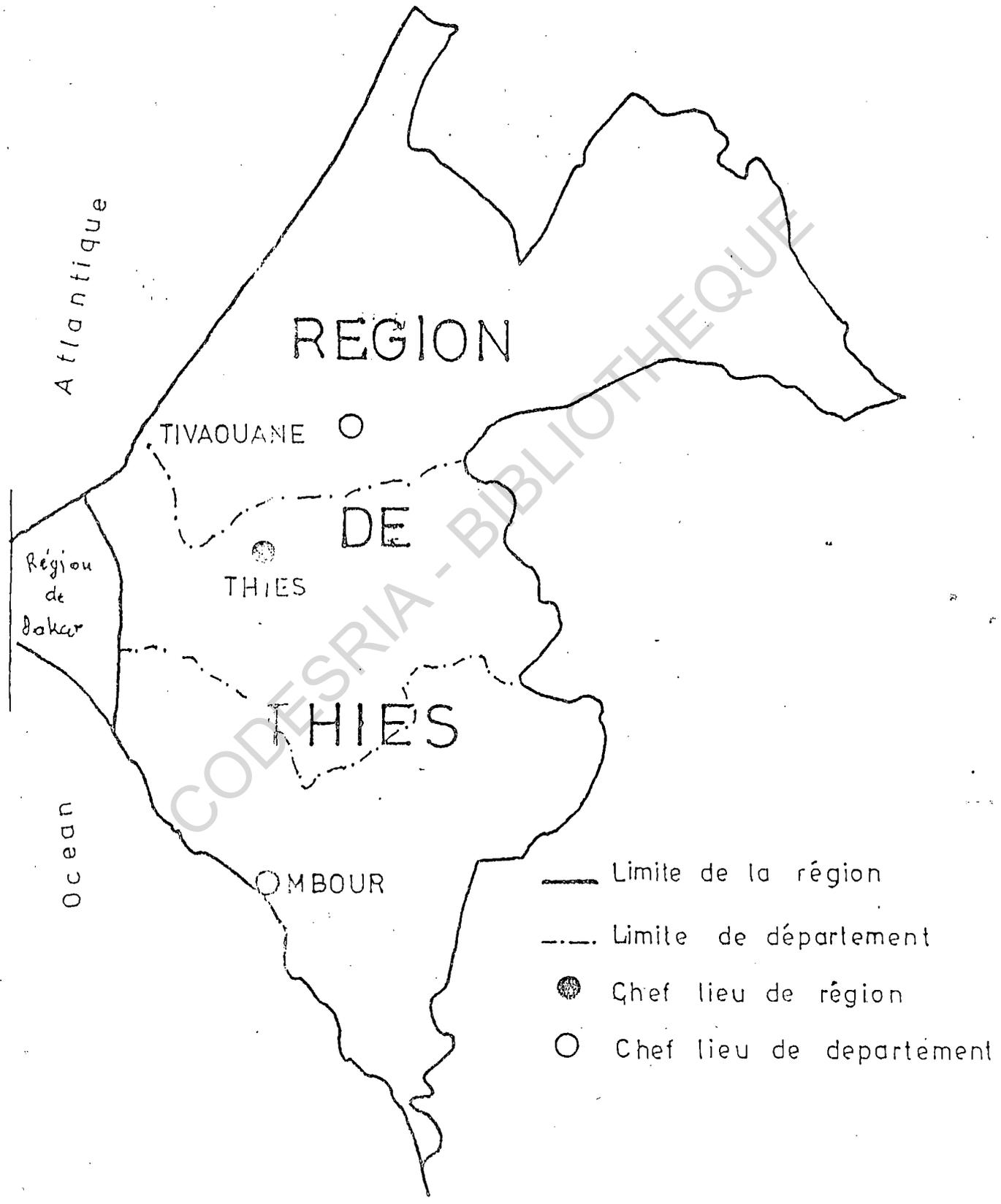
La ville est construite sur un plateau légèrement incliné vers l'Est, à quelques kilomètres en retrait du rebord qui surplombe à l'étroite échancrure (dénommée "ravin des valeurs") qui entaille le rebord du plateau. Son altitude moyenne ne dépasse pas 65 m. La domination de ces hauts plateaux influe sur le climat et l'écoulement des eaux pluviales. Le sol est en général limoneux et légèrement argileux ; ce qui ne favorise pas dans de nombreux endroits de la ville, une infiltration correcte des eaux.

1.2.2.2 - Le climat

C'est le type soudanien, chaud et sec caractérisé par une longue saison sèche (octobre-mai) et une courte saison de pluie (juin-septembre). La position géographique de la ville lui fait bénéficier d'un climat de transition (océanique). En effet, deux zones climatiques séparent le Plateau de Thiès. La partie Ouest subit les influences maritimes alors que la partie Est les reçoit difficilement. Cela explique les variations climatiques plus brutales à Thiès qu'à Dakar.

Les variations saisonnières et journalières de la température sont importantes. La moyenne annuelle est de 30° c. On note cependant l'existence d'une période chaude de

LOCALISATION DE LA VILLE DE THIES



- Limite de la région
- - - Limite de département
- Chef lieu de région
- Chef lieu de département

ECHELLE : 0 5 10 15 20

30

marçà juin. Le mois de juin étant la période de transition avec l'hivernage avec 700 mm par an. Les extrémités annuelles sont de 400 et 800 mm de précipitation.

1.2.3 - Evolution de la trame urbaine

Les premiers traits d'urbanisme moderne sont apparus à Thiès à partir de 1885 avec la création du quartier Escale (quartier des colons), autour duquel allaient se former des quartiers dits irréguliers.

La majorité des quartiers a existé bien avant l'indépendance et parmi les plus anciens : les quartiers Nguinth, Keur Mame El Hadj (1894), le quartier DVF (1) 1900 ; le quartier Keur Cheikh (1909), le quartier Randouléné (1950)

La ville prenait au départ, la forme d'un noyau compact articulé autour de la gare, de la résidence, du quartier commercial et du camp militaire. A ces facteurs polarisant, sont venus s'ajouter des équipements nouveaux créés dans les années 1950, autour de la place de France, comme la mairie, le palais de justice, le service des contributions et l'ancien hôpital.

L'expansion de la ville se fera surtout vers le Sud le long des axes routiers : route de Khombole, route de Dakar et route de M'Bour.

Aujourd'hui, nous dénombrons 19 quartiers à Thiès dont 11 quartiers sont implantés dans une zone irrégulière couvrant une superficie de 499 ha soit 38,38% de la superficie totale de la ville.

Le développement urbain futur prévu par le plan d'urbanisme de 1970 et celui de 1981 se fera suivant les dispositions ci-après :

- l'extension des infrastructures industrielles au Sud-Ouest, sur la route de Dakar et la récupération des installations à caractère industriel du camp Faidherbe.
- La restructuration et la densification des quartiers d'habitation existants.
- La création d'un secteur parcelles assainies sur les plateaux situés à l'Est et derrière la cité Ballabey.⁽²⁾

Notre choix des zones devant servir d'échantillon pour notre enquête a été guidé par deux critères :

- * La date de création du quartier
- * Le niveau de vie de la zone.

(1) : Derrière la voie ferrée

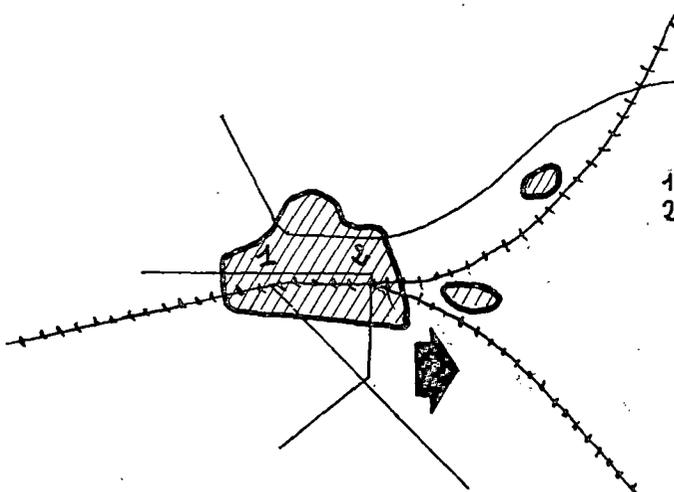
(2) Le secteur parcelles assainies a été créé finalement au sud de la ville

EVOLUTION DE LA TRAME URBAINE

THIES

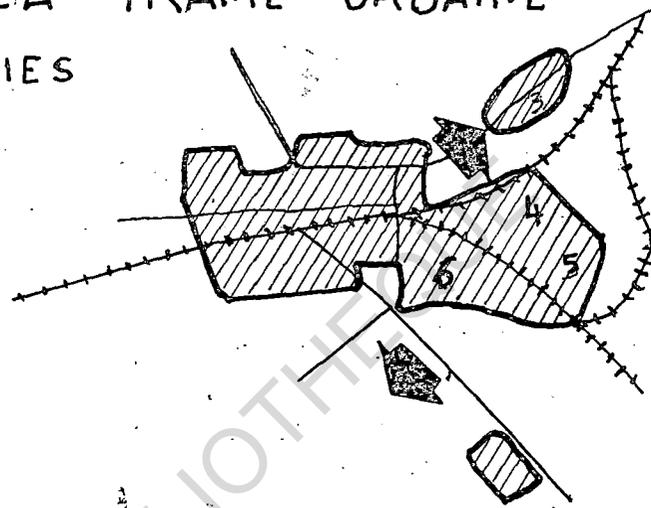
1910

- 1. DIAKHAO
- 2. NGUINT



1940

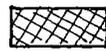
- 3. TAKHIKAO
- 4. BAMBARA
- 5. CITE BALLABEYEV
- 6. RANDOULENE



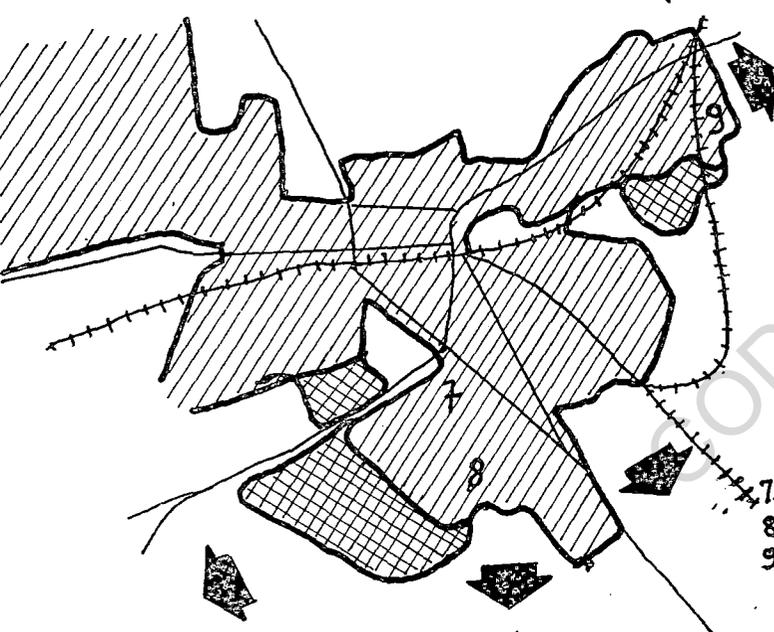
1952



1956



- 7. RANDOULENE
- 8. GRAND THIES
- 9. MEDINA FALL

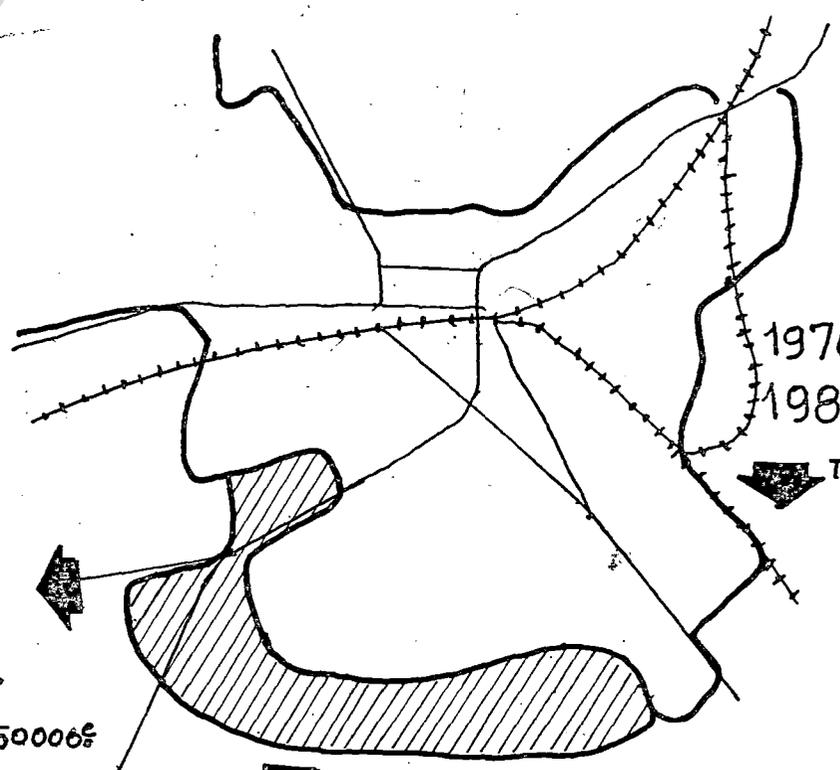


1970

1980



TENDANCE



Ech : 1/50000

Comme pour Pikine, nous avons limité notre étude à trois quartiers de la ville : les quartiers Escale, Randoulène et Keur Cheikh, Mame El Hadj, Takhikao.

- Le quartier Escale : Il est parmi les plus anciens quartiers de la ville. Cette zone est occupée régulièrement à 100% et on y trouve le niveau de vie le plus élevé par rapport au reste de la ville.

- Le quartier Randoulène (grand Thiès) : Il date de 1950 créée à la suite de l'application du plan d'urbanisme du STAGD (1). Le niveau de vie de cette partie de la ville est intermédiaire.

- Les quartiers Keur Cheikh Mame El Hadj et Takhikao : Ils font partie des premières zones occupées irrégulièrement. La population y est nombreuse et très dense. Le niveau de vie est des plus faibles de la ville.

1.2.4 - La population de Thiès

Nous avons fait recours aux résultats du dernier recensement pour une partie des données que nous n'avons pas obtenues. Notre étude ne couvre que trois parties de la ville de Thiès ce qui nous donne les caractéristiques suivantes par zone :

Le nombre de parcelles par zone et la densité par zone. Les densités les plus fortes sont à la périphérie (quartier Cheikh, Mame El Hadj-Takhikao alors que les parcelles les plus nombreuses sont à Randoulène.

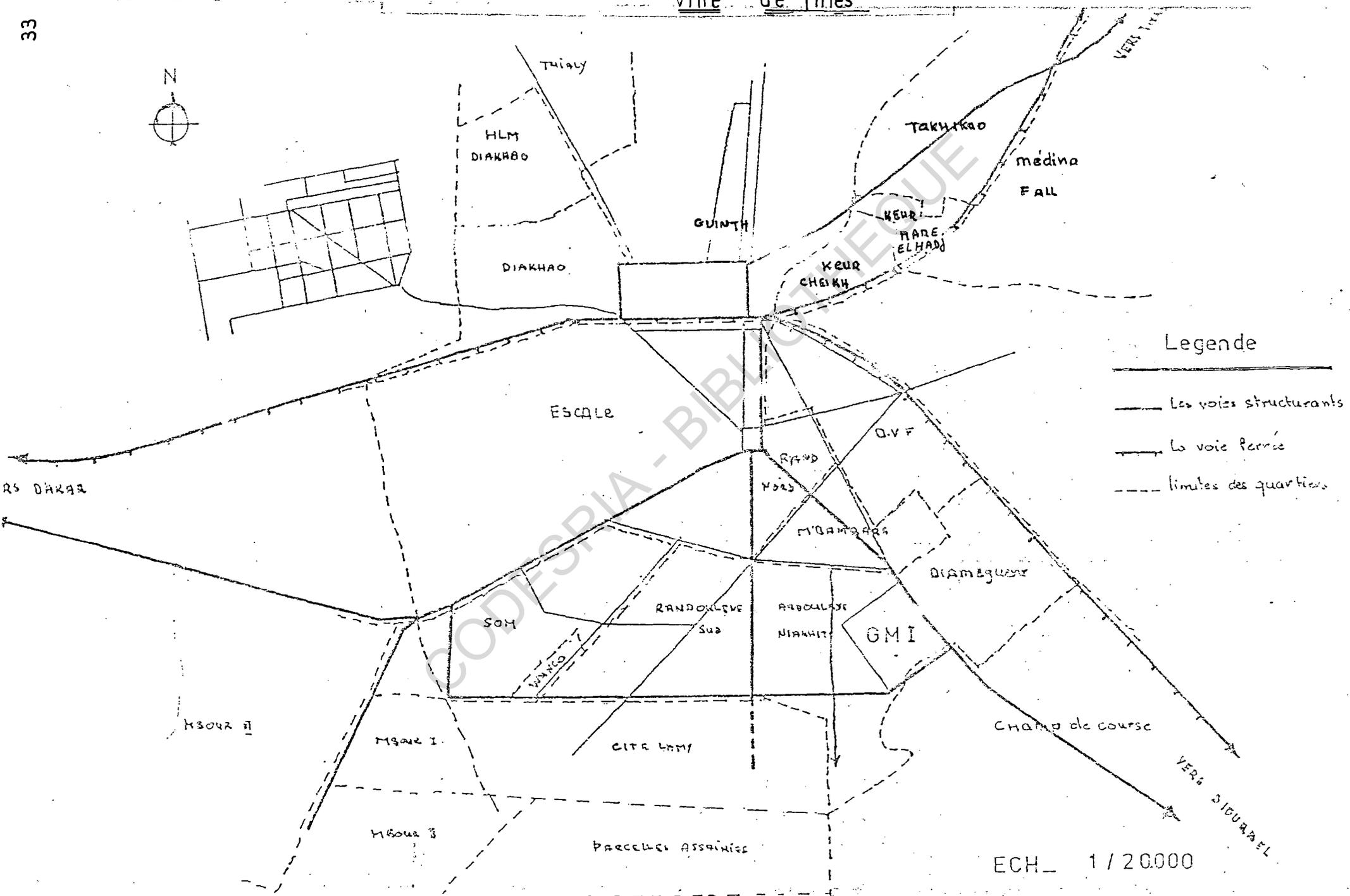
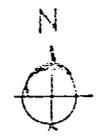
Tableau n°13 : parcelles et densité par zone

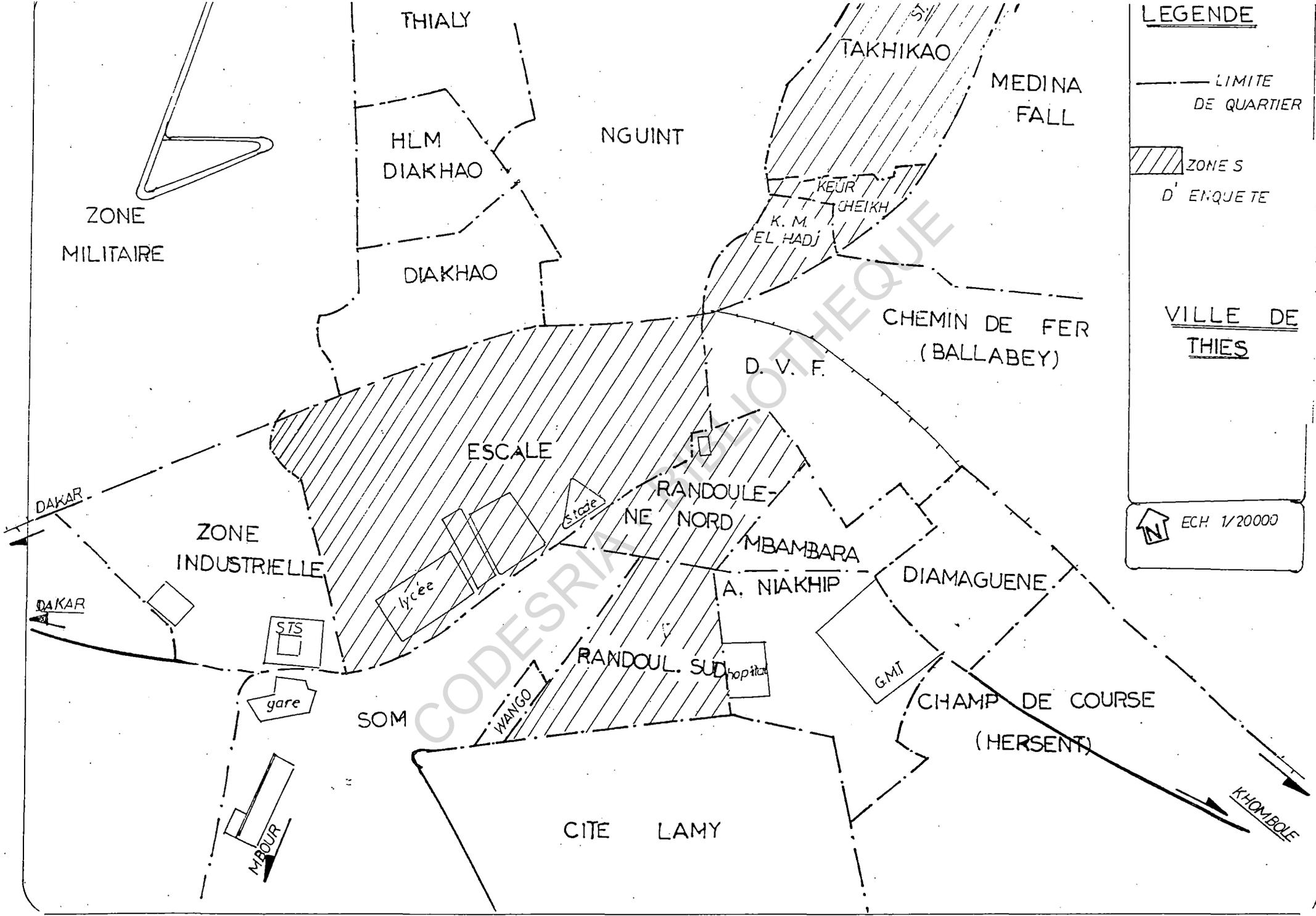
| Zones | Nombre de parcelles enquêtées | Population | Densité par Parcelle |
|--------------------------------|-------------------------------|------------|----------------------|
| Escale | 40 | 404 | 10,1 |
| Randoulène | 35 | 394 | 11,25 |
| K. Cheikh.-M. ElHadj Taklhikao | 35 | 489 | 13,97 |

MT

(1) STAGD : Service technique et d'aménagement du Grand Dakar (1949)

Ville de Thiès





LEGENDE

— LIMITE DE QUARTIER

 ZONE S D'ENQUETE

VILLE DE THIES

 ECH 1/20000

ZONE MILITAIRE

ZONE INDUSTRIELLE

CITE LAMY

CHAMP DE COURSE (HERSENT)

D. V. F.

CHEMIN DE FER (BALLABEY)

ESCALE

RANDOULE-NE NORD

RANDOUL. SUD

DIAMAGUENE

MBAMBARA

A. NIAKHIP

WANGO

SOM

HLM DIAKHAO

DIAKHAO

THIALY

NGUINT

TAKHIKAO

MEDINA FALL

KEUR

CHEIKH

K. M. EL HADJ

STADE

LYCEE

HOPITAL

GMT

DAKAR

DAKAR

MBOUR

KHOMBOLE

Tableau n°14 : Population des dites zones à Thiès

| Zones | Densité / zone | Nombre de parcelles / zone | population / zone |
|--------------------------------|----------------|----------------------------|-------------------|
| Escale | 10,1 | 783 | 7 909 |
| Randoulène | 11,25 | 1438 | 16 178 |
| K. Cheikh.-M. ElHadj Taklhikao | 13,97 | 1154 | 16 122 |
| Total Thiès | | 15 976 | 175 465 |

MT

La ville de Thiès est la troisième grande ville du pays après les villes de Dakar et de Pikine. En 1988, la ville de Thiès comptait 175 465 habitants contre 90 000 habitants en 1970. Le taux de croissance annuel a été de 3,1% (entre 1976 -1980) en se maintenant, la ville compterait 244 000 habitants en l'an 2000 (hypothèse retenue du PDU de Thiès).

1.2.4.1 - Répartition ethnique

La population comprend quatre grandes composantes ethniques : les wolofs, les pular, les sérère et les mandingues qui font au total 95,98% de la ville (PDU Thiès).

Tableau n°15 : Répartition ethnique de la ville.

| Ethnie | % PDU DE THIES | % (notre enquête) |
|--------|----------------|-------------------|
| Wolof | 60,75 | 63 |
| Peulh | 18,08 | 17 |
| Sérère | 10,41 | 11 |
| Diola | 1,31 | 2 |
| Autres | 9,45 | 7 |
| Total | 100 | 100 |

MT

1.2.4.2 - Répartition de la population par sexe et par âge

La population est très jeune. On compte 58% de moins de 20 ans. Les populations dites groupes cibles sont représentées par 35,5% de moins de 10 ans et par 28,47% de femmes en âge de procréer.

Tableau n°16 : Répartition par sexe et par âge de la population (département de Thiès)
 Source : Direction de la statistique (Mai 1988).

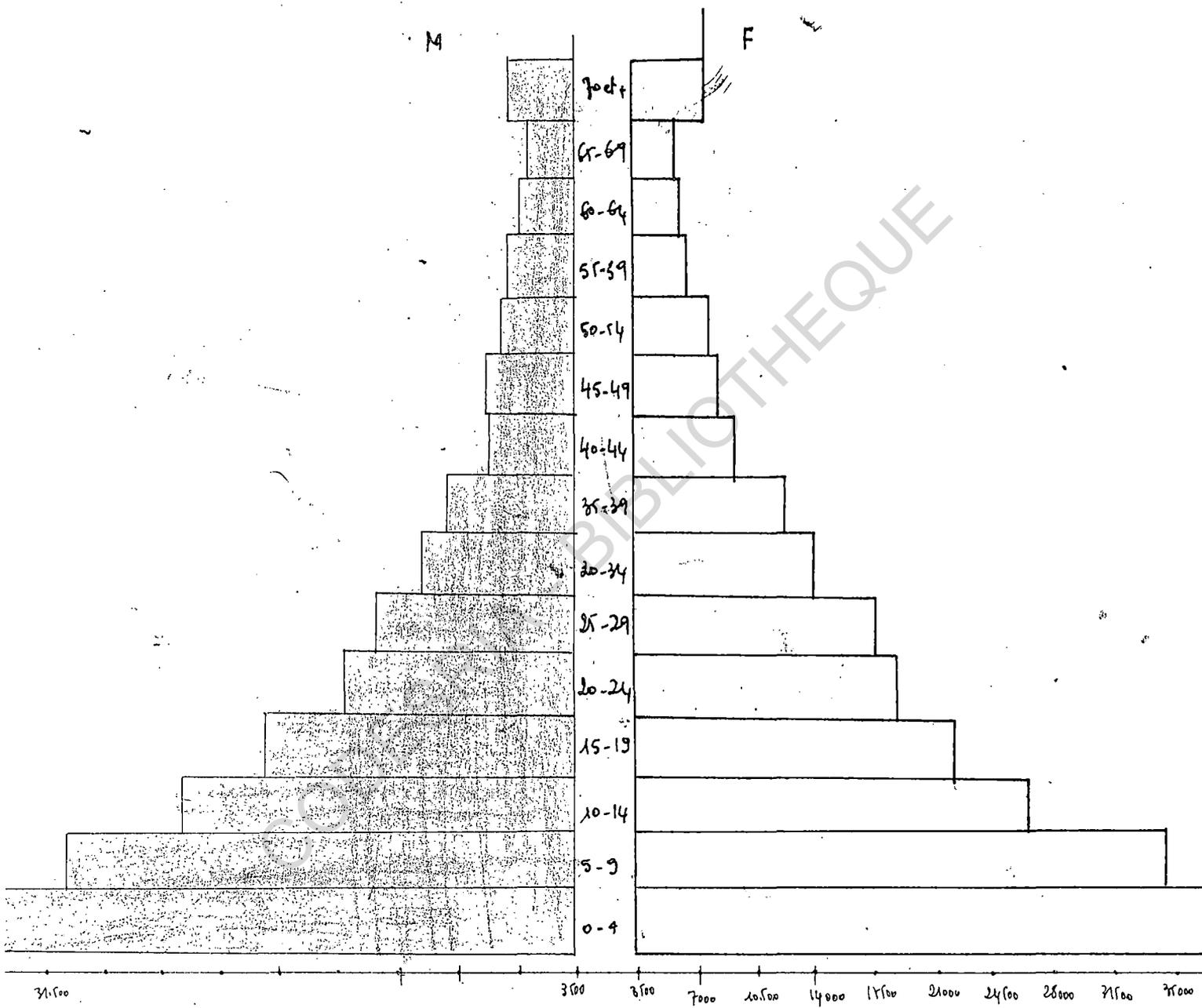
| Population Age | Total | Hommes | Femmes |
|-------------------|--------|--------|--------|
| 0-4 | 69 84 | 34 670 | 34 262 |
| 5-9 | 61 402 | 30 052 | 31 245 |
| 10-14 | 46 794 | 23 396 | 23 303 |
| 15-19 | 37 372 | 18 189 | 19 054 |
| 20-24 | 29 368 | 13 572 | 15 711 |
| 25-29 | 26 220 | 11 660 | 14 465 |
| 30-34 | 19 737 | 8 977 | 10 662 |
| 35-39 | 16 669 | 7 367 | 9 125 |
| 40-44 | 10 967 | 4 920 | 5 996 |
| 45-49 | 11 201 | 4 927 | 6 230 |
| 50-54 | 9 271 | 4 201 | 5 039 |
| 55-59 | 8 855 | 3 988 | 4 820 |
| 60-64 | 6 430 | 3 257 | 3 142 |
| 65-69 | 5 514 | 2 795 | 2 696 |
| 70 et+ | 8 545 | 4 105 | 4 364 |

On retrouve ici aussi une pyramide à base très large montrant l'importance de la population jeune. La pyramide des âges pour la ville de Thiès proprement dite est marquée par des "irrégularités" pour les tranches de 0 à 4 ans dues aux omissions fréquentes pour cette tranche d'âge.

L'importance de la population jeune entre 5-19 ans est due aux grandes possibilités offertes par la ville en matière de scolarisation.

1.2.4.3 - Répartition de la population par sexe et âge et selon l'aptitude à lire et à écrire.

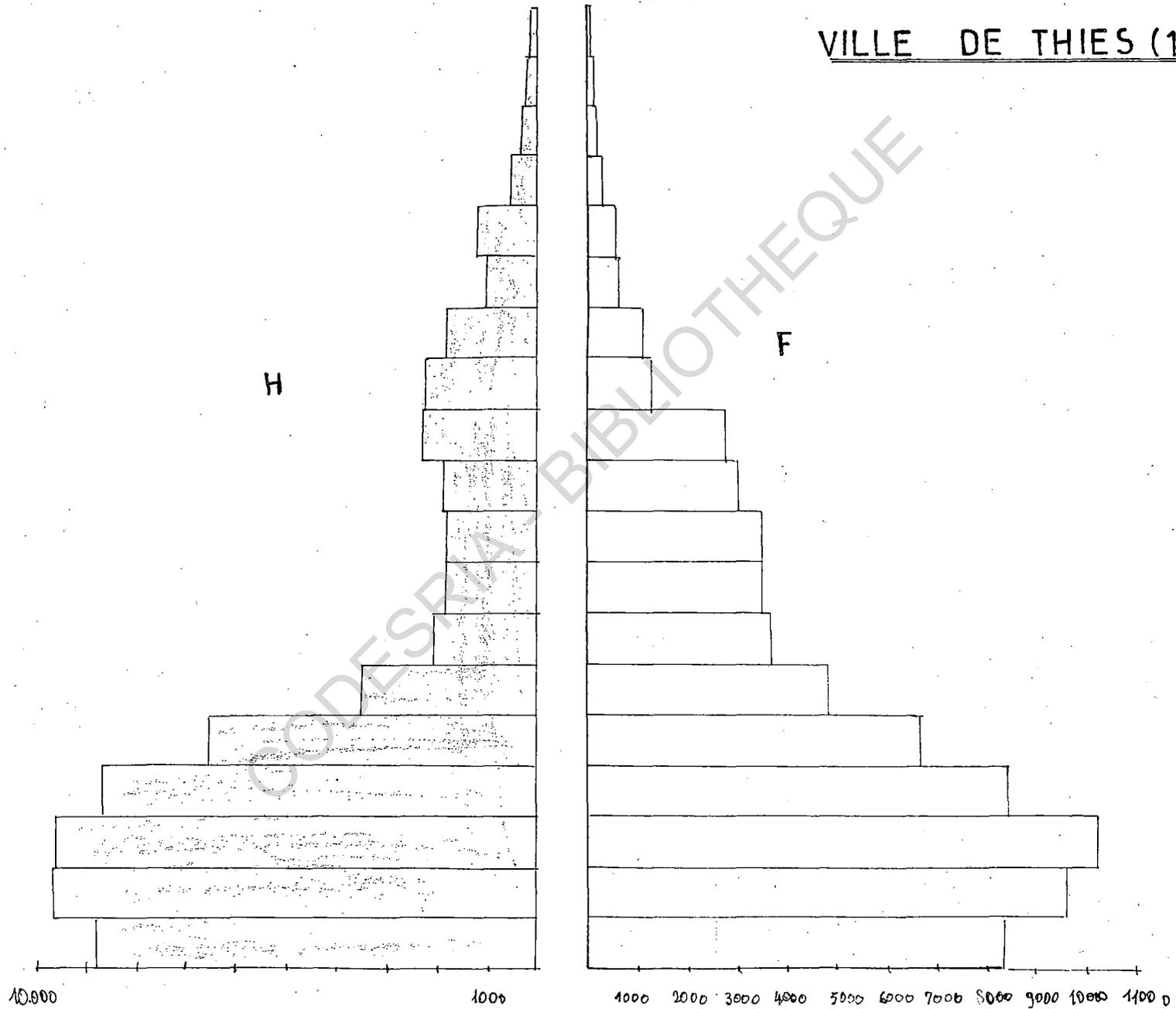
On rencontre moins de personnes analphabètes à Thiès qu'à Pikine, soit 48% contre 54%.



Département de Thiès
Mai 1988.

PYRAMIDE DES AGES

VILLE DE THIES (1980)



Les femmes analphabètes à Thiès sont encore moins importantes soit 30% de la population ne sachant ni lire, ni écrire.

Tableau n°17 : Département de Thiès

| AGE | Hommes | | | | Femmes | | | |
|---------|--------------|-----|----------|-----|--------------|-----|------------|-----|
| | Analphabètes | | Intruits | | Analphabètes | | Instruites | |
| | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % |
| 6-9 | 7 525 | 17 | 12 124 | 17 | 9 579 | 13 | 10 702 | 19 |
| 10-19 | 8 135 | 18 | 30 173 | 41 | 14 257 | 19 | 25 092 | 45 |
| 20-29 | 8 667 | 19 | 14 565 | 20 | 14 551 | 19 | 12 322 | 22 |
| 30-39 | 6 054 | 13 | 8 108 | 11 | 11 750 | 16 | 5 887 | 10 |
| 40-49 | 4 769 | 10 | 3 440 | 5 | 9 442 | 13 | 1 163 | 2 |
| 50-59 | 4 365 | 10 | 2 090 | 3 | 7 794 | 10 | 371 | 1 |
| 60 et + | 5 728 | 13 | 1 869 | 3 | 8 047 | 10 | 285 | 1 |
| Total | 44 970 | 100 | 72 345 | 100 | 75 420 | 100 | 55 828 | 100 |

* 48% de la population est analphabète

* Les femmes analphabètes font 30% de la population (soit 57% de la population féminine).

Source : Direction de la statistique (Mai 1988).

1.2.5 - Conclusion

a) Date et conditions de création

La ville de Pikine est née suite aux déguerpissements des bidonvilles des quartiers de Dakar. Ainsi, en 1952, les pouvoirs publics installent les premières populations déplacées sur un vaste terrain de ^{son} domaine privé défriché et sommairement aménagé pour la circonstance. Il n'y avait alors aucun équipement urbain.

En revanche, Thiès existait déjà en 1804 comme petit village sérére puis en 1864, le premier poste militaire allait être implanté. Les premiers traits d'urbanisme moderne apparaissent dès 1885 avec la création de quartiers lotis et aménagés (Escale).

D'importants équipements urbains vont être édifiés par la suite notamment la régie des chemins de fer, les industries, cités, lotissements etc...

on peut dire sans se tromper que Thiès s'est constituée en ville bien avant Pikine et que le processus de développement de la ville de Thiès s'est accompagné avec l'installation des équipements urbains.

b) Le site

La ville de Pikine est construite sur un terrain sableux qui cependant à certains endroits ne permet pas l'infiltration des eaux pluviales et résiduares. L'absence de voirie et réseaux divers ou leur insuffisance complique davantage l'évacuation et l'enlèvement des eaux et déchets, ce qui est un élément fondamental concourant au développement et à la multiplication de germes de toutes sortes et donc par conséquent l'expansion de la maladie.

Pour la ville de Thiès ; le site reste limoneux ce qui ne favorise pas l'infiltration des eaux. Cependant, la ville bénéficie de réseaux d'eau ; d'évacuation d'eaux usées, d'égoût et de voirie plus dense.

On peut émettre ainsi l'hypothèse que dans la mesure où il y a une relation entre le niveau d'équipement et la qualité de la vie que Thiès aurait plus d'atout que Pikine pour être une ville saine donc présentant moins de maladies.

c) La population

A Pikine, la population résidante était de 22 000 habitants en 1959 soit huit ans après sa création. En 1976, la ville comptait 5,8% de la population sénégalaise soit 212 010 habitants. Aujourd'hui Pikine au sens strict compte 317 129 habitants soit un taux de croissance entre 1976 à 1988 de 3,41%.

La population est relativement jeune : 57,34% de moins de 20^{ans}. Les groupes cibles dits groupe à haut risque en matière de santé représentent :

- 34% de la population pour les âgées de moins de 9 ans.
- 23% de la population pour les femmes âgées de 15 à 49 ans.

Le projet Belgo-Sénégalais pose comme hypothèse, une croissance de 7% par an pour Pikine soit un doublement de la population tous les 10 ans.

La population de Thiès est passée quant à elle de 117 000 habitants en 1976 à 132 700 habitants en 1980. Le dernier recensement général donne à Thiès ville une population de 175 465 habitants, soit un taux de croissance entre 1976 à 1988 de 3,43%, ce qui représente un doublement tous les 20 ans environ de la population.

La population de moins de 20 ans ~~constitue~~ 58% de la population totale. On compte 36% de moins de 9 ans et 28% de femmes d'âges 15-49 ans.

DEUXIEME PARTIE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

II - l'Assistance médicale au Sénégal

2.1 - La politique nationale de santé

2.1.1 - Fondements

Les fondements de cette politique s'appuient sur le rôle dévolu à l'Etat en matière de santé publique à savoir : "l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille" (article 14 de la constitution du Sénégal).

Le chef d'Etat définit la politique de santé alors que le gouvernement en l'occurrence le ministère de la santé publique s'attelle à son application.

La constitution du pays admet que le droit à la santé est un droit fondamental.

C'est ainsi qu'un certain nombre de textes en faveur de l'amélioration de la santé de la population ont vu le jour.

- Le code de la santé publique
- Le code de l'hygiène
- Le code de l'eau
- Le code de l'environnement

2.1.2 - Définitions des soins de santé primaires.

On entend par soins de santé primaires, des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la Communauté, par des moyens qui leur sont acceptables avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté et le pays" (OMS (1).

(1) *Organisation Mondiale de la Santé*

Les soins de santé primaires objet de ce mémoire font partie intégrante du système de santé du pays, dont ils constituent le noyau. *Ils font partie du* développement social et économique global de la communauté.

Les diverses activités qui les composent sont :

- éducatives
- préventives
- curatives

2.1.3 - L'organisation administrative de la santé au Sénégal

Le ministère de la santé publique réorganisé par le décret n°79-416 du 12 mai 1979 comprend, outre le cabinet du ministre :

- "l'inspection de la santé publique
- la direction de l'administration générale et de l'équipement
- la direction de la recherche, de la planification et de la formation
- la direction des formations hospitalières
- la direction de l'hygiène et de la protection sanitaire
- la direction de la pharmacie
- la direction de l'approvisionnement médico-pharmaceutique".

Le système de soins de santé relève plus particulièrement de la direction de l'hygiène et de la protection sanitaire qui est chargée de :

- la réglementation,
- l'application et le contrôle des mesures de l'hygiène publique, de salubrité publique et d'assainissement
- la lutte contre les grandes endémies
- la protection maternelle et infantile
- l'éducation sanitaire des populations
- contrôle sanitaire au niveau des frontières
- problèmes de nutrition et d'alimentation

4

- la surveillance et du contrôle des cliniques, formations sanitaires privées et cabinets médicaux privés

- la surveillance et du contrôle des centres et postes de santé publiques.

Le territoire national est divisé en dix régions médicales ayant les mêmes limites géographiques que les régions administratives. On trouve au niveau de chacune de ces régions administratives un service régional de la santé publique : la région médicale. Celle-ci est dirigée par un médecin-chef qui a pour tâches de coordonner les activités de l'ensemble des services de santé publique au niveau de région à l'exception des hôpitaux à caractère national.

Les régions médicales se subdivisent en circonscriptions médicales couvrant chacune le ressort territorial d'un département.

La circonscription médicale a à sa tête, un médecin placé sous le contrôle technique du médecin chef de région.

La circonscription médicale comprend les postes de santé ou dispensaires, un centre de santé au chef lieu départemental (parfois plus d'un centre si l'importance démographique d'une agglomération justifie une nouvelle implantation Pikine par exemple), des services collectifs tels que :

- PMI (1), sous-secteur des grandes endémies, sous brigades d'hygiène, service médical scolaire etc...

Les régions et circonscriptions médicales constituent donc les organes de coordination et d'exécution des activités techniques et administratives au niveau régional et départemental.

2.1.4 - Programmation et localisation des équipements de santé

La programmation et la localisation des équipements suivent une forme pyramidale :

(1) *Centre de protection maternelle et infantile.*

- A la base se trouvent les postes de santé qui supervisent un certain nombre de structures communautaires : cases de santé et maternités rurales

- Les cases et maternités rurales se trouvent au niveau des villages-centres de chaque communauté rurale.

Elles sont dirigées par l'agent de santé communautaire pour la case, la matrone pour la maternité rurale.

Le personnel des cases de santé est fixé comme suit par le ministère :

- 2 agents de santé communautaire garçons
- 2 agents de santé communautaire filles.

Selon les normes adoptées au Sénégal, on a un agent de santé pour 500 habitants alors que l'OMS fixe à 300-500 habitants la charge démographique d'une case de santé.

Les coûts d'investissement de la case de santé s'élèvent à 190 000 F (150 000 F pour les constructions et 40 000 F pour l'équipement de la case (1982)).

- Le poste de santé est l'unité opérationnelle de base du système de santé du pays, on le rencontre aussi bien en milieu urbain qu'en zone rurale. Il est créé au niveau des chefs lieux d'arrondissement, des communautés rurales et autres villages de plus de 2000 habitants.

On tient dans cette création à limiter la distance la plus proche entre deux structures à 5 km.

Le poste est dirigé par un infirmier d'Etat. Il est sans lit d'hospitalisation et assure des fonctions médico-techniques.

Le chef de poste assure les consultations, la supervision technique et les tâches administratives (gestion du personnel, des médicaments et du matériel, rédaction des rapports périodiques d'activité).

Pour être opérationnel, le poste doit disposer du personnel suivant :

- 1 infirmier major, 1 sage femme d'Etat, 1 agent sanitaire, 2 infirmiers(ères) adjoints (es) ou agents sanitaires communautaires, 1 commis, 2 manoeuvres.

Les coûts d'investissement s'élèvent à 40 millions de francs (variable suivant l'activité du poste) Projet Belge 1986.

L'OMS fixe la charge démographique à 10 000 habitants pour un poste de santé en milieu rural alors qu'en zone urbaine, le rayon d'action du poste est fixé à 500 mètres.

- Le deuxième niveau correspond aux centres de santé qui sont les références des postes au plan préventif, curatif et administratif.

Le centre de santé est un complexe ayant une capacité théorique d'hospitalisation d'environ 40 lits (hospitalisation élémentaire et de courte durée). Il offre des soins polyvalents, avec normalement une prédominance de la prévention.

Le centre de santé est plus facile à gérer que l'hôpital et possède l'essentiel des services. Il est dirigé par le médecin qui a sous son autorité plusieurs agents dont : les infirmiers d'Etat, l'Assistant social, les sage-femmes, les laborantins, les techniciens supérieurs, (chauffeurs, personnel entretien qui varient suivant la taille de l'infrastructure).

Le centre de santé est créé au niveau des chefs lieu de département et localité justifiant de part leur taille démographique, une nouvelle création (Guinguinéo (Sine-Saloum), Pikine-Guédiawaye).

L'OMS fixe la taille démographique de cette infrastructure à 100 000 habitants et son rayon d'action à 2000 mètres.

- Le troisième niveau, l'hôpital régional s'intègre à la région médicale et correspond au niveau intermédiaire.

- Au sommet de la pyramide, se trouve le centre hospitalier universitaire (CHU) qui regroupe l'ensemble des hôpitaux nationaux.

On peut noter qu'à côté des infrastructures sanitaires publiques, il y a :

- le système privé :

* privé lucratif (cliniques, cabinets infirmeries..).

* privé non lucratif (le privé catholique, cabinet d'entreprise...)

- la médecine traditionnelle : C'est un système informel et non reconnu par le code de déontologie médicale. Néanmoins, il joue un rôle important dans la santé des populations et des efforts sont consentis pour une intégration dans le système de santé.

Système de santé

Niveau administratif

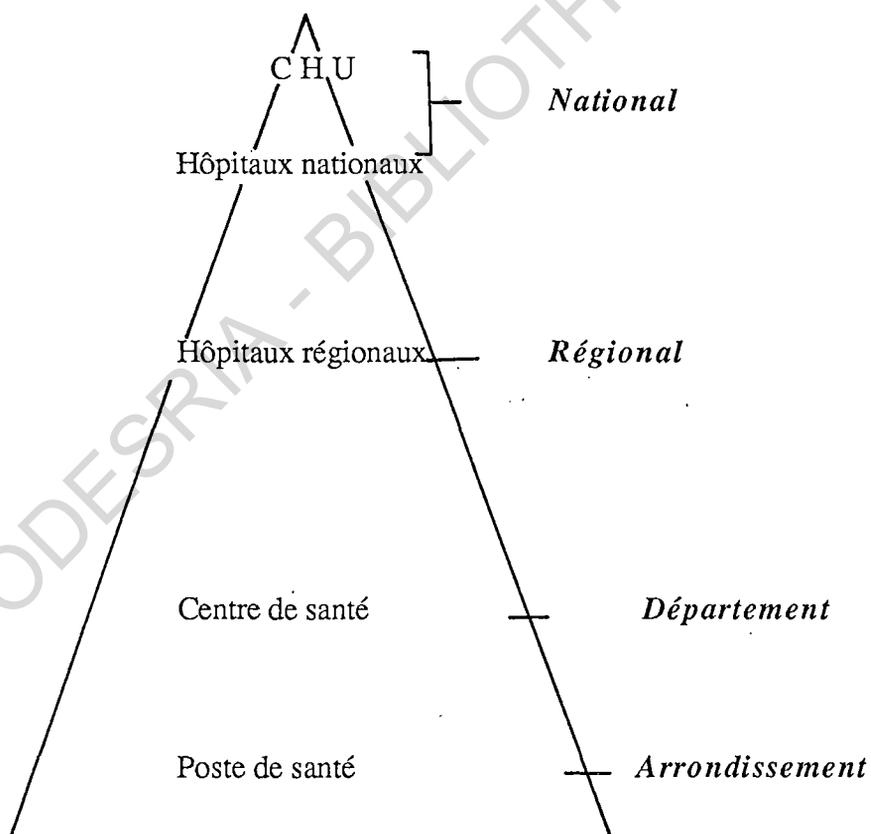
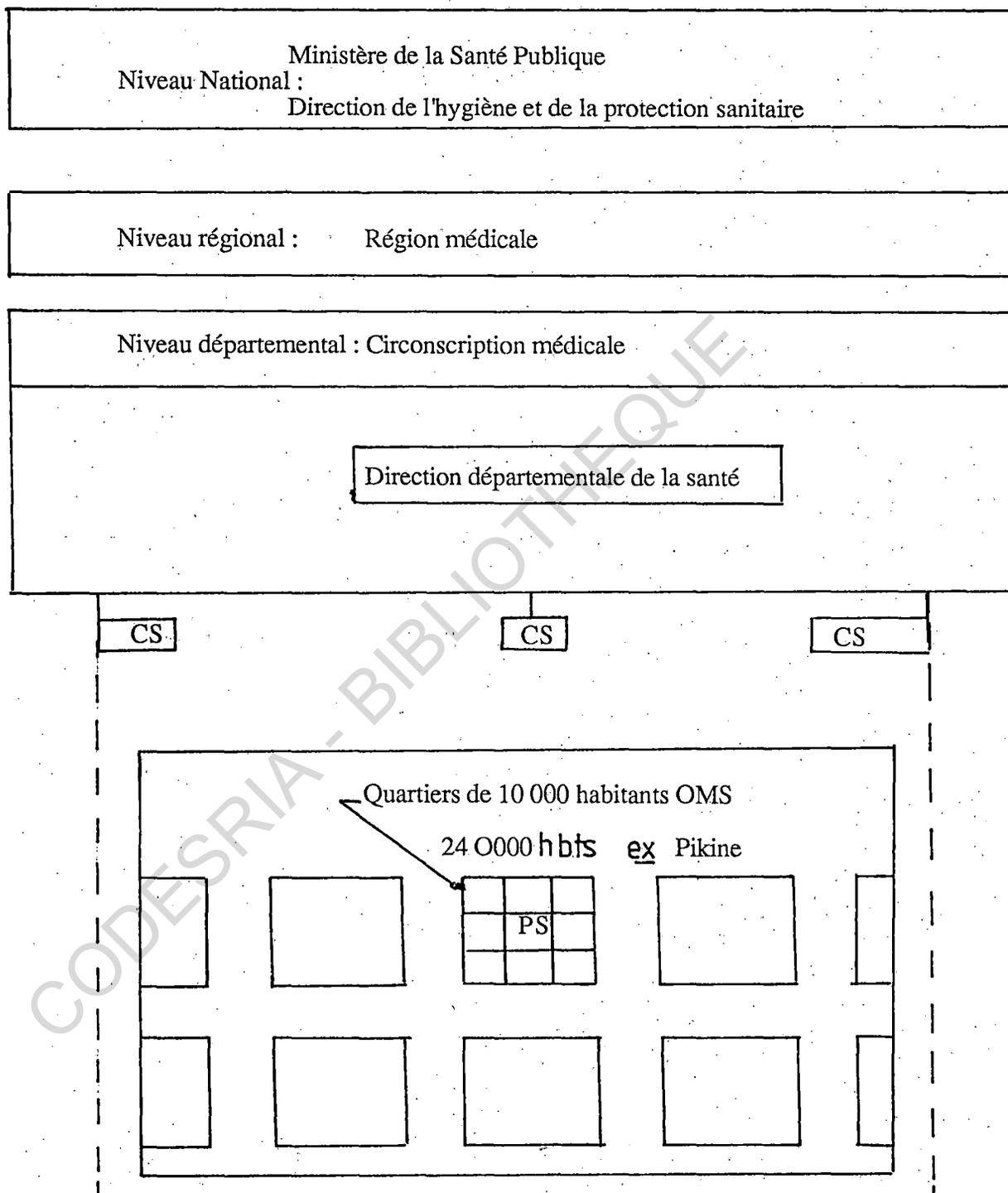


Schéma de la position hiérarchique des infrastructures sanitaires



2.2 - L'assistance médicale à Pikine et à Thiès

2.2.1 - L'assistance de Pikine

2.2.1.1 - L'équipement médical de base à Pikine

Pikine est une circonscription administrative (département et commune) et médicale en même temps. Les différents services de la santé de la ville relèvent de cette circonscription médicale qui s'attèle à développer des stratégies pour l'application des programmes de santé venant du niveau central (ministère de la santé publique).

La circonscription médicale joue ainsi un rôle de supervision des équipements de santé afin que soient améliorées les prestations données par ceux-ci. Ce service de supervision a en même temps la tâche de dresser des bilans périodiques au moment des évaluations pour que tout soit mis en oeuvre pour atteindre les objectifs déjà fixés aux équipements de santé par le niveau central.

Un budget de 8 millions de francs cfa (1) est alloué à la circonscription médicale et destiné aux seuls services de santé de l'Etat et de la municipalité d'après les autorités de la circonscription médicale).

Les équipements de santé composant les structures de la circonscription sont :

- les trois centres de santé étatiques :

* le centre de Dominique à Pikine ancien

* le centre Baudoin à Guédiawaye

* le centre Sicap M'Bao (ce centre vient d'être fini de construction et

n'est pas encore inauguré)

(1) Dans ce budget, n'est pas compris les recettes faites par les associations pour la promotion de la santé (APS)

- les 27 postes de santé :

* 12 postes de l'Etat

* 11 postes de la municipalité

* 4 postes privés (mission catholique)

- les 2 cases de santé (construites par les populations).

2.1.1.1 - Les centres de santé

A Pikine, on dénombre trois centres de santé. Seuls deux centres sont en état de fonctionnement (celui de Pikine et celui de Guédiawaye) et le troisième n'est pas encore inauguré (celui de M'Bao). Distant d'environ 2 km 600 ; les centres de Pikine et de Guédiawaye couvrent le département soit 317 455 habitants par centre de santé. Les normes OMS fixent la charge démographique de cet équipement à 100 000 personnes et son rayon d'action à 2000 mètres.

a) Le centre de santé de Pikine

C'est un poste de santé créé par l'Etat en 1958, qui a été transformé en centre de santé grâce la coopération étrangère et au concours de la mairie et de la population de Pikine. Le centre est implanté dans la zone de Pikine ancien et devait répondre aux besoins en soins de qualité des populations, qui pour le recours de second niveau devaient se déplacer jusqu'à Dakar à 15 km de la ville.

Le centre, grâce à ses différents services, assure les soins de premier et de second niveau. On y trouve les médicaments nécessaires malgré des ruptures fréquentes.

L'hospitalisation est assurée seulement au niveau de la maternité. On déplore par ailleurs que l'antenne de chirurgie ne couvre que la petite chirurgie.

b) Le centre de santé de Guédiawaye

Le centre Baudoin 1er de Guédiawaye a été financé par la coopération Belge. Il a débuté ses activités en 1984, allégeant ainsi la surcharge du centre de Pikine. Sa création s'insère dans le programme de déconcentration et d'amélioration de la couverture sanitaire dans le département de Pikine.

Dans la création du centre de Guédiawaye, on trouvera la solution à l'hospitalisation en médecine générale, ce qui fait toujours défaut au niveau du centre de Pikine.

L'équipement du centre Baudoin en matériel est offert par la coopération Belge et est donné de façon progressive, ce qui empêche pour le moment certains services d'être assurés notamment la chirurgie.

c) Caractéristiques des centres de santé de Pikine et de Guédiawaye

La ville de Pikine ne compte pas un seul hôpital, ce qui met en tête de l'échelon des équipements de santé à Pikine, les deux centres de santé :

Tableau n°18 : Caractéristiques des centre de santé Pikine-Guédiawaye.

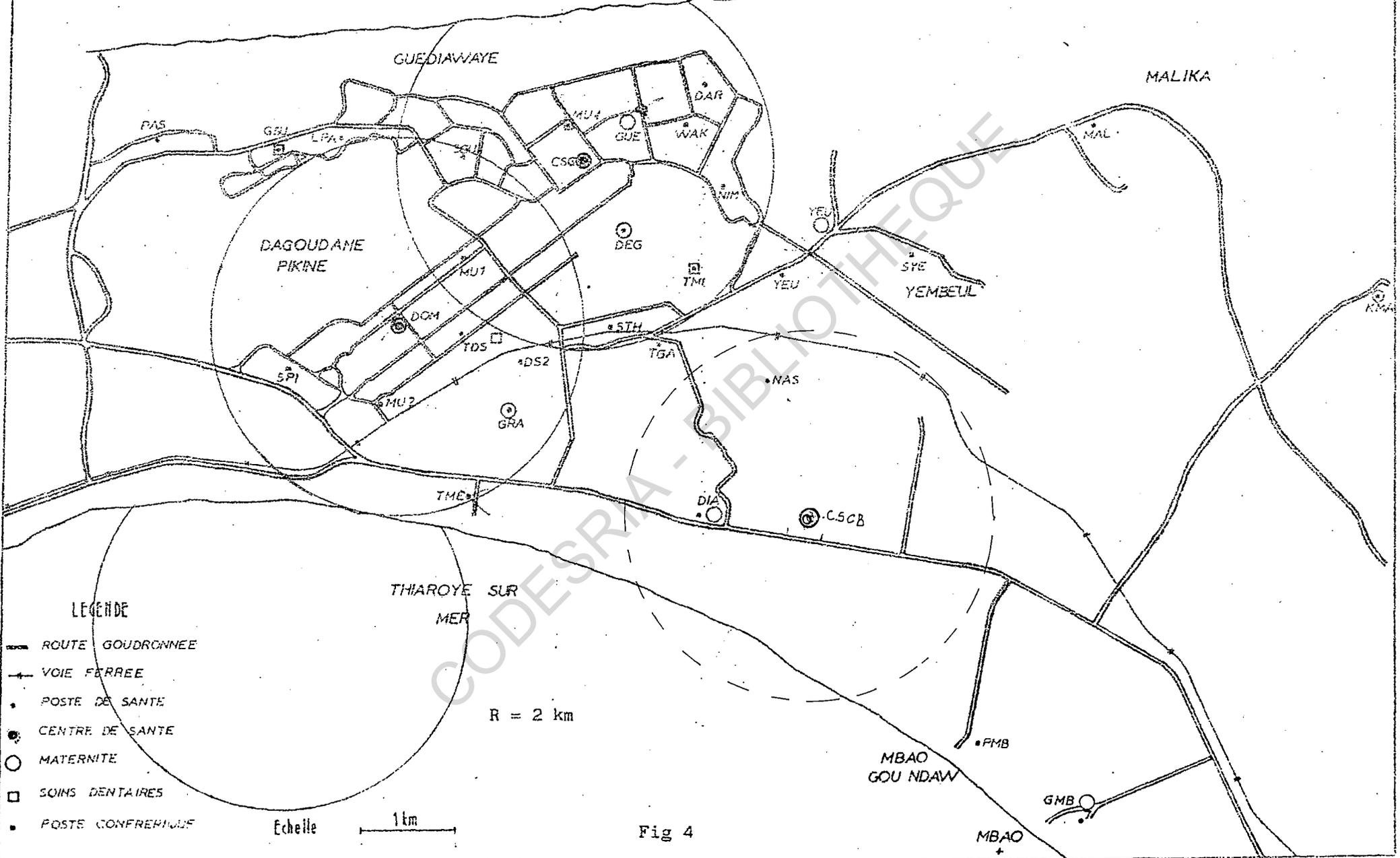
| Caractéristiques | Centre de Pikine | Centre de Guédiawaye |
|------------------|---|----------------------------|
| Personnel | On trouve le personnel nécessaire pour faire fonctionner le centre. Il y a toutefois des plaintes sur le nombre limité de spécialistes (1) | Même remarque |
| Services | On note absence de : - l'hospitalisation en médecine générale | Mêmes problèmes |
| Services | - l'antenne de grande chirurgie - l'évacuation des malades en urgence. | |
| Médicaments | On trouve l'essentiel des médicaments pour les soins primaires. Il y a toutefois des ruptures de temps en temps. Des ordonnances sont prescrites dans ce cas. | Mêmes problèmes |
| Consultations | 2200/mois en moyenne | 2870/ mois en moyenne |
| Consultants | 1100/mois | 1770/mois |
| Cas référés | - | 20/mois |
| Recettes | 5 889 900 F (1er trimestre 1989) | 15 070 100 F/ an (1989) |
| Dépenses | 5 542 444 F (1er trimestre 1989) | 13 685 737F/an (1989) |
| Disponibles | 347 456 F (1er trimestre 1989) | 1 384 363 F/an (1989). |

Source : circonscription médicale de Pikine

(1) Le personnel d'un centre de santé varie suivant l'importance de l'équipement

DEPARTEMENT DE PIKINE

Couverture de la zone par les centres de santé.



86/10/STR-COUV/ 5

Les problèmes les plus urgents posés aux centres de santé sont :

- Le manque de personnel qualifié
- Les problèmes logistiques
- L'absence d'antenne de chirurgie
- Le budget de fonctionnement jugé faible
- Les ruptures de médicaments.

2.2.1.1.2 - L'admission dans les centre de santé

Comme nous l'avons dit précédemment, le centre de santé comprend des services hospitaliers élémentaires (maternité, pavillon d'hospitalisation de courte durée) ; mais aussi les services offerts par un poste de santé. C'est la raison pour laquelle le centre de santé est en même temps premier et second point de contact entre le malade et les structures de santé.

L'admission est accordée à tous par l'acquittement d'un ticket vendu par les comités de santé (150 F pour les adultes et 100 F pour enfants qui sont les montants de la consultation).

Le malade est ensuite conduit vers l'infirmerie où l'on procède au tri et à l'orientation des malades vers les différents services compétents. Le malade est ainsi guidé vers la sage femme, vers le médecin dans le cas où cela est nécessaire. Ces deux derniers sont les seuls habilités à prescrire le traitement ou à procéder à l'hospitalisation du malade.

L'hospitalisation coûte 3000 francs par semaine et par personne pour les 15 premiers jours et 300 F par jour après ce délai.

Toutes les études menées au niveau de ces centres de santé et toutes les plaintes reçues du personnel soignant, insistent sur le manque de logistique et de matériel et/ou de médicaments plus particulièrement.

Dans la politique nationale de santé, il est dit que l'activité préventive doit prédominer sur les autres activités des centres de santé, ce qui n'est malheureusement pas le cas. D'ailleurs ; faute de moyens adéquats, les activités préventives et éducationnelles sont laissées au second rang. Cette situation s'explique en partie par l'importance de l'activité curative mais aussi, il existe un conflit de compétence entre le personnel soignant et les comités et associations pour la promotion de la santé.

Chacune des deux parties met au compte de l'autre, le travail qui doit être fait dans ce sens.

Une étroite coopération entre ces deux parties est pourtant nécessaire et la preuve en est donnée pour la réussite des campagnes élargies de vaccination initiées depuis quelques temps par ces deux parties.

2.2.1.1.3 - Les distances parcourues entre les centres de santé et les différents quartiers.

La distance qui sépare l'équipement aux habitations est très importante dans la fréquentation des équipements. Il a été vérifié qu'au delà de 2000 m, norme fixée par l'OMS, on a une baisse et une certaine retenue dans la fréquentation des unités de soins.

Tableau n°19 : Distances centres de santé-quartiers de Pikine

| ZONES \ C. S | C.S Pikine : ID = 0,59 | | C.S Guédiawaye : ID = 0,50 | |
|------------------|------------------------|----------|----------------------------|----------|
| | % des provenances | Distance | % des provenances | Distance |
| Guédiawaye | 13 | 3100 m | 73 | 2200 m |
| Pikine | 60 | 1800 " | 17 | 3100 " |
| Thiaroye/Mer | | | 7 | 3900 " |
| Homa V | | | | |
| Golf Nord et Sud | | | | |
| Yeumbeul | 13 | 4450 " | 3 | 2700 " |
| keur Massar | | | | |
| Guinaw-rail | 3 | 1500 " | | |
| Thiaroye/Gare | 10 | 3330 " | | |

MT

Pourcentage des provenances : ce sont les provenances durant 12 mois des malades ayant fréquenté l'un des centre.

Distance : c'est la distance du centre de santé au centre des quartiers

I.D : Indice de diversification dans les provenances des malades.

Les malades du centre de Pikine font à 63% la distance fixée comme norme à savoir jusqu'à 2000 m alors que les 36 autres font plus. La distance la plus grande est faite par les malades de Yeumbeul à 4.450 m.

A Guédiawaye, ce sont 59% des malades qui font moins de 2000 m, les autres faisant plus, notamment ceux de Thiaroye/Mer à 3.900 m. Nous disons que 36 à 41% des malades à Pikine font plus de 2000 m pour se faire traiter dans les centres de santé

2.2.1.1.4 - Les postes de santé

Le département de Pikine compte 27 postes de santé dont :

- 12 postes de l'Etat
- 11 postes de la municipalité
- 4 postes confessionnels.

d'équipement. Depuis l'instauration des soins de santé primaires (SSP) ; le traitement est devenu payant dans les services.

On note souvent un manque de médicaments et de personnel qualifié au niveau des postes étatiques, ce qui oblige les services à fournir un personnel bénévole formé sur place.

Le matériel et les locaux sont rarement entretenus et ne suivent pas l'évolution scientifique de l'heure.

Les populations n'affluent plus comme par le passé au niveau de ces services de santé (voir chapitre fréquentation).

b) Les postes de santé de la municipalité.

Ils ont été construits par les municipalités et dans la plupart du temps sur la demande de l'Etat. Les pouvoirs publics y affectent un personnel composé généralement d'infirmier et de sage-femme. Les postes de la municipalité fonctionnent de la même façon que ceux de l'Etat et on y retrouve les mêmes problèmes de fonctionnement.

On peut ajouter à ces problèmes, celui du recrutement d'agent de santé sur des bases électoralistes et non par expérience ou compétence en matière d'assistance médicale.

c) Les postes privés catholiques

Ces postes sont construits et gérés sous l'égide des missions catholiques et ont un but non lucratif. L'Etat peut participer à cette oeuvre de bienfaisance en y affectant du personnel sur demande des missions concernées.

En dehors des recettes reçues dans la vente des tickets de consultations, la mission prend en charge le paiement du personnel, du matériel de santé et des médicaments. Le matériel est payé et entretenu par la mission. On note une bonne fréquentation de ces postes privés où les malades affichent une grande satisfaction pour la consultation que pour les facilités et l'accueil qui leur aient réservés.

Au niveau départemental, la charge démographique du poste de santé se situe à 23 516 habitants contre une norme OMS de 10 000 habitants. Le rayon d'action sur le terrain varie d'un poste à un autre alors que la norme théorique est de 500 m.

Pikine pris au sens strict, compte 317 129 habitants et 13 postes de santé soit 24 395 habitants par poste de santé.

A Thiaroye sur mer, le poste de santé de la zone couvre une population de 22 129 habitants.

A Pikine, la zone de Guédiawaye compte plus d'équipements médicaux que les autres parties de la ville. C'est le quartier récent de la ville où on peut encore posséder des réserves foncières pour la construction de nouveaux équipements.

^{Bis}
Tableau n°19 : Equipements par zone

| Pikine ancien : | Pikine irrégulier | Guédiawaye | Thiaroye/Mer |
|--|---|--|--------------------------------------|
| 1 centre de santé | - | 1 centre de santé | - |
| 4 postes de santé *Municipal 1 * Municipal 2 * Touba Diaksao * Soeur de Pikine | 2 postes de santé * Deggo * Guinaw-rail - - | 7 postes de santé *Nimzat * Wakhinane * Daroukhane * Las Palmas * Golf-Sud * Municipal 4 * Soeur Guédiawaye | 1 poste de S. *Thiaroye - - |

MT

a) Les postes de santé de l'Etat

Ces postes sont construits par l'Etat depuis plus de dix ans car depuis cette date, les pouvoirs publics n'investissent plus dans la construction de ce type

DEPARTEMENT DE PIKINE

Couverture de la zone par les postes de santé.

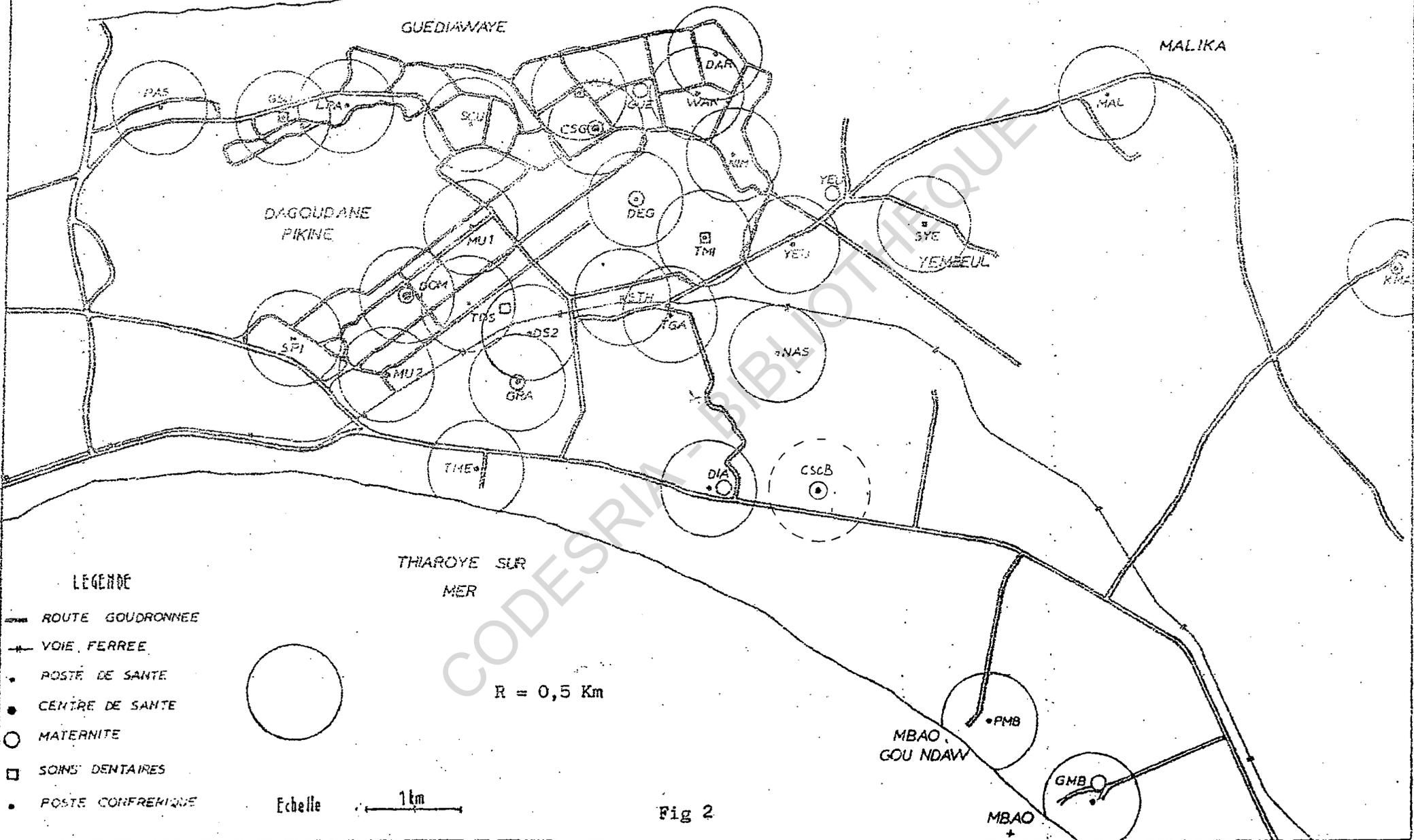
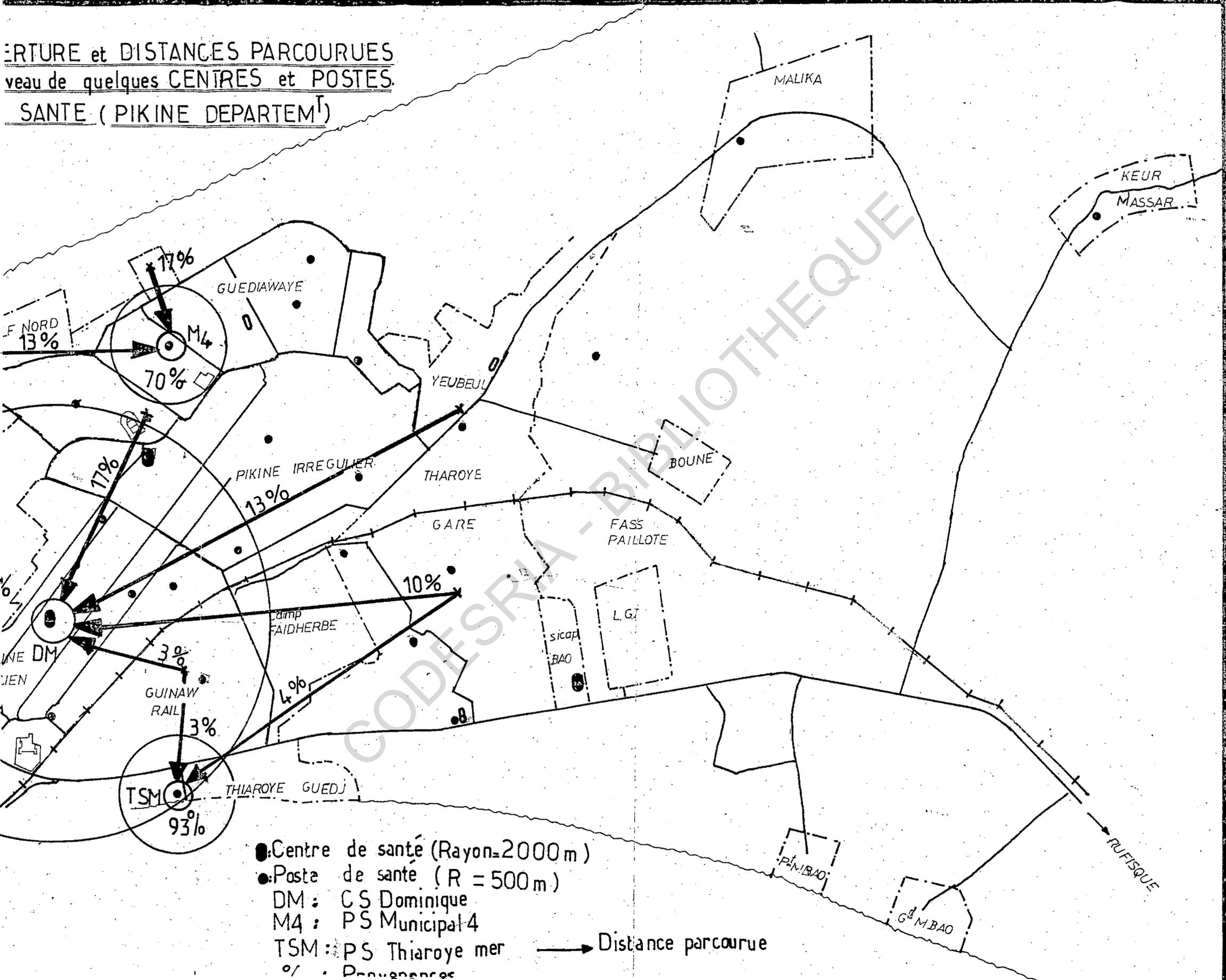


Fig 2

Projet PIKINE

ARTURE et DISTANCES PARCOURUES
veau de quelques CENTRES et POSTES.
SANTE (PIKINE DEPARTEM^T)



2.2.1.1.5 - L'admission dans les postes de santé.

Les postes de santé constituent la première unité de contact entre le malade et les services de santé. Les malades sont reçus ici comme dans les centres de santé après l'acquittement d'un ticket de consultation vendu par les comités de santé.

Le malade est consulté par l'infirmier chef de poste ou alors par la sage-femme. Le patient est orienté par la suite dans les salles de soins ou alors il se voit le plus souvent délivrer une ordonnance pour la suite du traitement.

Si le recours à un niveau supérieur l'exige, le malade reçoit un bulletin de consultation ou d'hospitalisation en fonction de la gravité de l'affection.

Tableau n°20 : Caractéristiques des postes de santé de Pikine.

| Caractéristiques \ P.S | Postes de l'Etat-Postes municipaux | Postes privés catholiques |
|------------------------|---|---|
| Personnels | Il y a souvent l'absence de techniciens supérieurs et de sage-femme. Le chef de poste est la seule personne qualifiée pour le poste | On y trouve plusieurs infirmiers et techniciens de la santé |
| Matériel | Le matériel est vétuste et non entretenu | Le matériel est souvent en place et entretenu régulièrement |
| Médicaments | Des ruptures très fréquentes : les ordonnances sont prescrites à la place | Seuls les médicaments très rares sont prescrits |
| Consultations | 12370/mois (consultations+consultants) soit 60 malades jour | 6500/mois (\approx 400/j) Le jour de l'enquête 330 cas |
| Consultations | Le jour d'enquête 57 à 63 dans ces postes dans ces postes | 3 000/mois |
| Recettes | 190 000F/mois | 1 200 000/mois |
| Dépenses | Variabiles suivant les recettes | Variable car la mission utilise ses propres fonds s'il y a lieu |
| Disponibles | Il arrive qu'il ait déficit | |

MT

Les postes de santé de l'Etat et ceux de la municipalités présentent les mêmes caractéristiques et les mêmes problèmes. La comparaison se fera avec les postes privés catholiques.

Les postes de l'Etat et de la municipalité sont composés souvent du seul service infirmerie et quelques rares fois, une sage-femme peut assurer deux fois par semaine les consultations pré-natales.

Les problèmes urgents à ces équipements sont :

- Le manque de personnels qualifiés, de matériels et surtout de médicaments
- Le budget est faible pour couvrir les besoins
- La localisation de certains postes causant des gênes aux malades devant les regards indiscrets (on trouve des postes de santé abritant les mêmes locaux que d'autres services urbains (cas du P.S de Thiaroye/Mer).

2.2.1.1.6 - Distances équipements-centre de quartier

Le rayonnement du poste de santé est fixé à 500 m autour de l'équipement. Compte tenu de l'insuffisance des postes de santé à Pikine, ce rayon est largement dépassé.

Tableau n°21 : Distance postes de santé-quartier

| Postes Provenance | PS Muni.1 Pikine ID = 23% | | PS Muni.4 Guédiawaye ID = 46% | | PS Thiaroye/mer ID = 13% | | PS Soeur Guéd. ID = 61% | |
|----------------------|------------------------------|----------|----------------------------------|----------|-----------------------------|----------|----------------------------|----------|
| | % | Distance | % | Distance | % | Distance | % | Distance |
| Guédiawaye | 10 | 2600 m | 70 | 500m | | | 53 | 2400 m |
| Pikine | 87 | 480 " | | | | | 27 | 1700 " |
| Thiaroye/mer | | | | | 93 | 800m | | |
| Hamo V | | | 17 | 800 " | | | | |
| Golf Nord et Sud | | | | | | | | |
| Yembeul | 3 | 4200 | 14 | | | | 17 | 3600 |
| Keur Massar | | | | | | | 3 | 9500 " |
| Guinaw-Rail | | | | | 3 | 1400 " | | |
| Thiaroye/Gare | | | | | 3 | 1800 " | | |

MT

On remarque le pourcentage élevé de l'indice de diversification (ID) des différentes provenances des malades, au niveau des services privés catholiques.

L'unicité du poste de Thiaroye dans sa zone explique le faible pourcentage dans les provenances des malades.

Les pourcentages les plus grands dans les provenances des malades sont des zones au niveau desquelles l'équipement est localisé. La seule exception est trouvée au niveau du poste privé catholique. Le rayonnement des postes de santé au niveau de Thiaroye et de Guédiawaye (poste des soeurs) dépassent la norme de 500 m.

On a dans les deux cas un rayonnement qui va de 800 à 3600 m pour le Poste de santé des soeurs.

2.2.1.2 - Le choix de l'unité de soins par le malade.

Ce choix s'établit selon les facteurs suivants :

- La confiance au bon traitement : Il est vérifié que cette confiance reconforte le malade ce qui l'encourage à revenir pour la suite du traitement. Le malade ainsi satisfait, pousse ses proches vers ces équipements qui donnent des soins de qualité.

Si le premier jour de traitement n'est pas concluant, on remarque une certaine retenue de la part de certains malades.

- L'argent à payer pour le traitement : C'est un facteur déterminant dans la fréquentation et le recours à d'autres équipements, voire à d'autres formes de médecine.

Malgré un coût de consultation plus élevé dans certains postes à savoir les postes privés la fréquentation peut être meilleure auprès de ces équipements qui fournissent souvent des médicaments gratuitement et offrent un accueil jugé exemplaire par les malades.

- La distance : Les problèmes liés au transport (coût-temps d'attente-confort et régularité des transports en commun) jouent un rôle important dans la fréquentation des équipements.

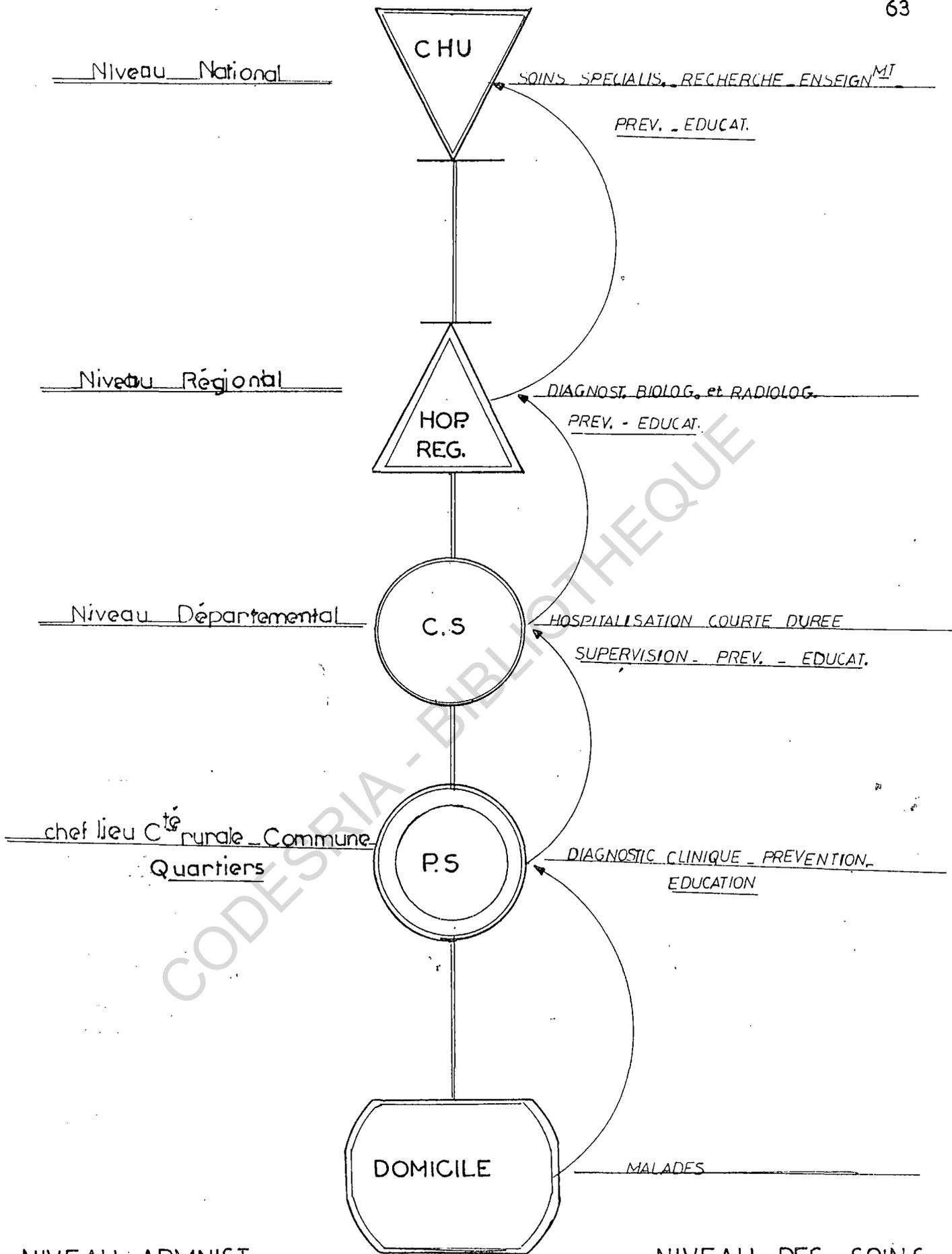
A Pikine les infrastructures et moyens de transport font toujours défaut malgré les efforts consentis par les pouvoirs publics.

Une des doléances du corps médical et de la population reste encore la grande difficulté de l'évacuation des malades vers d'autres équipements comme vers les équipements des quartiers les plus proches.

- Le temps d'attente au niveau des structures de santé est important. Plus l'attente est longue et moins l'équipement est fréquenté.

Dans une ville comme Pikine où les femmes sont appelées par plusieurs tâches (domestiques, ménagères...) ; le temps est précieux dans la matinée. C'est pourquoi les malades accompagnés généralement par les femmes sont obligés d'aller au niveau des structures de santé très tôt le matin (5 h ou 6 h) pour se libérer tôt, ou alors les malades passent ^{en} fin de matinée ce qui ne plaît pas au personnel médical puisque l'arrêt du travail est à midi.

C'est ce qui explique en partie la fréquentation des équipements confessionnels où la consultation va jusqu'à 15 h dans l'après midi.



NIVEAU ADMNIST

NIVEAU DES SOINS

pyramidal
SCHEMA DU CIRCUIT DU MALADE

2.2.1.3 - Fréquentation et utilisation des équipements de santé

La ville de façon générale et Pikine en particulier, se caractérisent par une diversité dans l'offre de soins. On y trouve différents niveaux de soins dits scientifiques et les représentants les plus divers de la médecine dite traditionnelle.

Cette diversité de l'offre en terme de moderne et de traditionnelle mais aussi en terme de public et de privé, explique la difficile maîtrise des chiffres concernant la couverture sanitaire à Pikine.

Néanmoins, on peut sans se tromper dire qu'autant la médecine moderne, la médecine traditionnelle est mise à contribution par la population pour traiter une grande diversité de désordres biologiques psychologiques et sociaux.

L'association de ces deux médecines est aussi fréquente que souhaitable dans de nombreux cas.

Nous donnerons au cours des chapitres suivants les pourcentages de malades mettant à profit ces médecines.

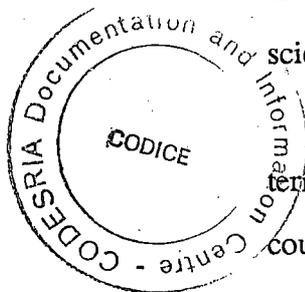
2.2.1.3.1 - L'assistance à Pikine ancien

Le quartier de Pikine ancien a été la première zone occupée de la ville. Il a un statut régulier et est loti et mieux équipé par rapport au reste de la ville. Le revenu mensuel par ménage y est le plus élevé de la zone à savoir : 88 675 F cfa (d'après notre enquête (1))

2.2.1.3.1.1 - Répartition ethnique

Le quartier est essentiellement composé de oulofs et de peulhs qui constituent 74% de la population. L'indice de diversification ethnique est de 59%.

(1) Nous avons reconstitué le revenu mensuel par ménage à partir des dépenses journalières faites dans le ménage et des éventuelles participations reçues ou données par le chef de ménage au cours du mois.



La répartition ethnique laisse voir que le quartier est habité essentiellement par les ethnies ouolofs et peulhs (74%) de la population.

Nous avons pour l'ensemble :

- Ouolof 57%
- Peulhs 17%
- Sérère 3%
- Diola 2%
- Autres 20%

L'indice de diversification $ID = 1 - \frac{\sum x^2}{(\sum x)^2}$ est de 0,59

2.2.1.3.1.2 Répartition par catégorie socio-professionnelle

La ville de Pikine a constitué depuis sa création une cité dortoir. Même si pour la première décennie de son existence, elle a été peuplée par des habitants déguerpis de Dakar, la plupart de ceux-ci et ceux qui sont venus par la suite de l'intérieur du pays étaient en quête de travail. La répartition socio-professionnelle de cette population qui figure ci-dessous doit être examinée en tenant compte à la fois de cet aspect et d'autre part de la jeunesse de celle-ci dont les moins de 20 ans constituent 58% pour l'ensemble et 52% pour le cas de Pikine ancien.

Il n'est donc pas étonnant d'y trouver 27% d'élèves et étudiants et 51% de gens sans occupation. Les catégories actives sont dominés par les artisans et les commerçants. En effet, le secteur informel est largement dominant à Pikine. La répartition par catégorie socio-professionnelle de la population est :

- élèves/étudiants 27%
- Commerçants 6%
- Artisans 4%
- Employeurs 3%
- Salariés 3%
- Sans occupation 51%.

2.1.3.1.3 - Répartition par sexe et par âge

Il y a lieu de prendre avec précaution ces chiffres en raison du pourcentage élevé de gens qui n'ont pas donné leur âge, des omissions et des âges approximatifs donnés en l'absence des personnes concernées.

C'est la raison pour laquelle, nous nous sommes réservés de dégager des conclusions sur la répartition des populations au niveau des quatre parties de la ville.

Les absents sont les personnes dont on a pu avoir leur âge même approximatif

Tableau n° 22 : Répartition de la population à Pikine ancien (%)

| age sexe | 0-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60 et + | Absent |
|-------------|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|--------|
| H | 13 | 16 | 10 | 11 | 11 | 8 | 5 | 8 | 2 | 2 | 2 | 1 | 4 | 8 |
| F | 12 | 16 | 14 | 11 | 8 | 8 | 11 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 5 | 4 |
| Total | 13 | 16 | 12 | 11 | 10 | 8 | 8 | 6 | 3 | 2 | 2 | 1 | 4 | 6 |

2.2.1.3.1.4 - Equipements et fréquentations

a) Equipements :

Le quartier de Pikine ancien compte 95 470 habitants pour quatre postes de santé soit 23 867 personnes par poste de santé. En considérant le centre de santé présent dans le quartier et qui peut lui aussi donner des soins de premier rang, la charge par poste de santé peut être ramenée à 19 094 habitants.

Si l'on considère la norme de l'OMS fixée à 10 000 personnes par poste et un rayon de 500 m, il est évident qu'il se dégage de cette zone un sous-équipement tout à fait notoire.

b) La fréquentation

Nous avons tiré des résultats de notre enquête, le nombre de malades enregistrés au cours des 12 mois qui l'ont précédé et le nombre de malades trouvés le jour de l'enquête.

3% de la population étaient malades le jour de l'enquête et 10% ont été décomptés pour les 12 derniers mois. Ces résultats figurent aux tableaux ci-dessous.

Tableau n°23 : Répartition par sexe et âge des maladies des 12 mois précédent l'enquête et des malades le jour de l'enquête

| pop | age | 0-1 | | 1-4 | | 5-9 | | 10-14 | | 15-19 | | 20-24 | | 25-29 | | 30-34 | | 35-39 | | 40-44 | | 45-49 | | 50-54 | | 55-59 | | 60 et + | | Total | |
|-----|-----|-----|---|-----|----|-----|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|---|-------|---|-------|----|-------|----|-------|---|---------|----|-------|-----|
| | | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % |
| H | Po | 3 | 2 | 24 | 12 | 33 | 17 | 20 | 10 | 23 | 12 | 24 | 12 | 16 | 8 | 11 | 6 | 16 | 8 | 5 | 3 | 4 | 2 | 5 | 3 | 2 | 1 | 8 | 4 | 194 | 100 |
| | ME | 1 | 6 | 2 | 11 | 1 | 6 | - | - | 2 | 11 | 3 | 18 | 4 | 24 | 1 | 6 | 1 | 6 | - | - | 1 | 6 | - | - | - | - | 1 | 6 | 17 | 100 |
| | mje | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 12 | 2 | 25 | 3 | 38 | - | - | - | - | - | - | 1 | 12 | - | - | - | - | 1 | 12 | 8 | 100 |
| F | Po | 2 | 1 | 21 | 11 | 31 | 16 | 27 | 14 | 22 | 12 | 16 | 8 | 16 | 8 | 21 | 11 | 8 | 4 | 6 | 3 | 4 | 2 | 5 | 3 | 3 | 2 | 8 | 4 | 190 | 100 |
| | me | - | - | 3 | 14 | - | - | 3 | 14 | - | - | 2 | 10 | 4 | 19 | 3 | 14 | - | - | - | - | - | - | 2 | 10 | 1 | 5 | 3 | 14 | 31 | 100 |
| | mje | - | - | - | - | - | - | 1 | 20 | - | - | - | - | 2 | 40 | 1 | 20 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 20 | 5 | 100 |

M.T

Po = Population

ME= Maladie durant 12 mois précédent l'enquête

MJE= Malades le jour de l'enquête

Va = Valeur absolue (Pour l'échantillon enquêté)

% = Pourcentage horizontalement

En raison de la qualité discutable (1) des résultats de l'enquête sur les malades des 12 derniers mois que nous donnons simplement pour mémoire, nous avons réservé notre interprétation des résultats aux données se rapportant aux malades trouvés le jour de l'enquête.

(1) Il peut être difficile de se souvenir de l'ensemble des maladies contractées au cours des 12 derniers mois

Nous avons retenu en même temps les éléments relatifs aux populations cibles à savoir celles des deux sexes d'un âge compris entre 0-9 ans et celles des femmes dont l'âge est compris entre 15-49 ans. Ces deux populations sont considérées comme les plus vulnérables aux maladies.

Population de 0-9 ans ayant présenté des incapacités physiques, le jour de l'enquête.

Nous remarquons que dans le cas de Pikine ancien, il n'a pas été recensé de malade dans cette catégorie d'âge le jour de l'enquête. La présence des équipements et la fréquentation meilleure de ceux-ci par les populations de ce quartier peut expliquer partiellement ce constat.

Tableau n°24 : Population de 0-9 ans ayant présenté des incapacités physiques le jour de l'enquête et les 12 derniers mois.

| Age Pop | 0-1 an | | | 0-4 ans | | | 0-9 ans | | | 9 ans et + | | | total | | |
|------------|--------|-----|----|---------|-----|----|---------|-----|---|------------|-----|----|-------|-----|----|
| | VA | % | ‰ | VA | % | ‰ | VA | % | ‰ | VA | % | ‰ | VA | % | ‰ |
| ME | 1 | 3 | 20 | 6 | 16 | 12 | 7 | 18 | 6 | 24 | 63 | 11 | 38 | 100 | 10 |
| MJE | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 13 | 100 | 6 | 13 | 100 | 3 |
| Pop | 5 | 100 | | 50 | 100 | | 114 | 100 | | 215 | 100 | | 384 | 100 | |

M.T

‰ : Malades dans la tranche d'âge parmi les malades des 12 mois précédents et des malades le jour de l'enquête

% : Malades dans les tranches d'âge parmi la population totale de chaque classe d'âge.

La classe d'âge de 0 à 9 ans qui ne présente aucun malade le jour de l'enquête a été affectée pour 6% au cours des 12 derniers mois précédent notre enquête.

Population âgée de 15 à 49 ans et de 15 à 55 ans ayant présenté une incapacité physique le jour de l'enquête et les 12 derniers mois.

Ce tableau nous révèle entre autres renseignements que :

- 60% des femmes malades le jour de l'enquête sont âgées de 15 à 49 ans. La vulnérabilité de cette catégorie de femmes en âge de procréation explique en partie ce phénomène.

88% des hommes malades le jour de l'enquête font partie de la population active. La sensibilité de celle-ci est pour une bonne part tributaire des facteurs d'environnement dont le transport occupe la première place.

Tableau n°25 : Répartition des malades de 15-55 ans

| Pop \ Age | | 15 - 49 ans | | | 15 - 55 ans | | |
|-----------|-----|-------------|----|----|-------------|----|----|
| | | VA | % | % | VA | % | % |
| H | ME | 12 | 71 | 12 | 12 | 71 | 12 |
| | MJE | 7 | 88 | 7 | 7 | 88 | 7 |
| F | ME | 9 | 43 | 10 | 11 | 52 | 11 |
| | MJE | 3 | 60 | 3 | 3 | 60 | 3 |
| Total | ME | 21 | 55 | 11 | 23 | 74 | 11 |
| | MJE | 10 | 77 | 5 | 10 | 77 | 5 |

M.T

Nous faisons remarquer que la notion de malade reste ambiguë dans certains esprits. Certaines personnes atteintes de maladies chroniques peuvent se déclarer malades ou pas suivant qu'elles traversent une période de crise ou pas (cas des hypertendus, asthmatiques etc...). Ce qui explique aussi le point de vue déjà exprimé au début de ce paragraphe à savoir le caractère discutable des malades enregistrés au cours des 12 derniers mois.

c) Part relative des différentes ethnies parmi les malades et dans la population de Pikine ancien

En examinant le tableau n°26 on peut remarquer que les oulofs, les Diola et les sérères sont en surnombre parmi la population malade quand on considère la part relative qu'ils représentent dans la population totale.

Tableau n°26 : Répartition des malades par ethnies.

| Ethnie \ Pop | malades au C.S Pikine | populat. Pikine ancien |
|--------------|-----------------------|------------------------|
| Olof | 63 | 58 |
| Peulh | 17 | 17 |
| Serère | 7 | 3 |
| Diola | 7 | 2 |
| Autre | 7 | 20 |
| Total | 100 | 100 |
| ID | 55 | 59 |

MT

Cependant dans la catégorie des ethnies autres qui représentent 20% de la population, on rencontre moins de malades. En raison du caractère tout à fait composite et fragmentaire des éléments qui constituent cette catégorie, nous n'avons pas jugé utile de pousser les investigations en son sein.

d) Répartition par ethnie et par médecine pratiquée

L'ethnie oulof occupe le premier rang dans la fréquentation de la médecine moderne avec 52% alors que sa part relative dans la population totale est égale à 58%. Il se dégage ainsi une sous-fréquentation qui pourrait être considérée parmi les hypothèses explicatives du nombre plus élevé des oulofs parmi les malades enregistrés au centre de santé de Pikine.

Tableau n°27 : Répartition ethnique-médecine

| Ethnie \ Médecine | Olof | | | Peulh | | | Serere | | | Diola | | | Autre | | | Total | | |
|------------------------------|------|-----|-----|-------|----|-----|--------|---|---|-------|---|-----|-------|----|-----|-------|-----|-----|
| | VA | % | ‰ | VA | % | ‰ | VA | % | ‰ | VA | % | ‰ | VA | % | ‰ | VA | % | ‰ |
| Moderne | 13 | 52 | 62 | 4 | 16 | 66 | - | - | - | 1 | 4 | 100 | 7 | 28 | 70 | 25 | 100 | 66 |
| Traditionnelle ^{le} | 1 | 25 | 5 | 1 | 25 | 17 | - | - | - | - | - | - | 2 | 50 | 20 | 4 | 100 | 10 |
| Mod. + Trad. | 6 | 75 | 28 | 1 | 13 | 17 | - | - | - | - | - | - | 1 | 13 | 10 | 8 | 100 | 21 |
| Sans traitement ^t | 1 | 100 | 5 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 100 | 3 |
| Total | 21 | 55 | 100 | 6 | 16 | 100 | - | - | - | 1 | 3 | 100 | 10 | 26 | 100 | 38 | 100 | 100 |

VA = Valeur absolue (taille de notre échantillon)

‰ = répartition ethnique par médecine fréquentée

% = répartition des différentes médecines dans une ethnies.

La part de la médecine traditionnelle dans l'ensemble des malades représente 10%. Elle est fréquentée à part égale par les ouloofs et les peulhs soit 25% pour chaque ethnies.

e) Attitude des malades et résultats des médecines pratiquées

Nous donnons ici le comportement des malades du début du traitement à la fin du traitement et les résultats d'une médecine à une autre c'est à dire le nombre de patient, effectivement guéri en pratiquant une médecine déterminée.

Si le nombre de malade ayant commencé son traitement avec la médecine moderne est de 66% contre 11% pour la médecine traditionnelle, le pourcentage de cas guéri est cependant beaucoup plus élevé dans cette dernière où il est de 75%. Il se dégage ainsi de ces résultats des constatations tout à fait surprenantes qui seront examinées plus loin dans la conclusion de ce chapitre.

Tableau n°28 : Comportement et résultats de la médecine

| Medecine | Debut traite ^m | | En cours trait. | | | Fin de trait ^{mt} | | | Total % |
|---------------------------|---------------------------|-----|-----------------|-----|----|----------------------------|-----|----|------------|
| | VA | % | VA | % | % | VA | % | % | |
| Moderne | 25 | 66 | 9 | 69 | 36 | 16 | 67 | 64 | 100 |
| Traditionnelle | 4 | 11 | 1 | 8 | 25 | 3 | 13 | 75 | 100 |
| Mod. + Trad. | 8 | 21 | 3 | 23 | 38 | 5 | 21 | 62 | 100 |
| Sans traitem ^t | 1 | 3 | - | | | - | | | - |
| Total | 38 | 100 | 13 | 100 | 34 | 24 | 100 | 66 | 100 |

M.T

Au début du traitement, on a les personnes qui ont contacté une maladie au cours de 12 mois qui ont précédé notre passage.

En cours du traitement, on retrouve les malades du jour de l'enquête. En traitement déjà fini, nous avons les malades rétablis avant notre passage. Pour la ligne sans traitement, on retrouve des malades qui ne se sont jamais traités ou qui ne se font plus traités par l'une des deux médecines.

f) Equipement fréquentés par les malades de Pikine ancien

Tableau n°29 : Equipement fréquentés/malades

| Equipement | Pourcentage | I D |
|------------|-------------|------|
| Hop Dakar | 39 | 0,64 |
| CS Pikine | 29 | |
| PS Pikine | 32 | |
| Autres | 13 | |

M.T

Les équipements les plus fréquentés sont d'abord ceux de Dakar même situés à 15 km avec 39% des malades. Parmi ceux-ci, 26% se sont adressés directement sans passer par les services de Pikine. Ce constat peut être en relation avec la qualité du service rendu. Au sein de Pikine même, la fréquentation semble se répartir presque à part égale entre le centre de santé et les postes de santé ce qui

corrobore la conclusion déjà tirée à savoir le rôle déterminant de la qualité du service rendu dans la fréquentation des équipements.

2.2.1.3.2 - La zone de Guédiawaye

Son occupation est récente et a été programmée par les pouvoirs publics. Des cités et habitats planifiés continuent de voir le jour dans ce quartier. De notre enquête, il se dégage un revenu mensuel par ménage de 58 800 F cfa ce qui est l'un des plus faibles de la ville.

2.2.1.3.2.1 - La répartition ethnique

Le quartier est très diversifié avec la présence des différentes ethnies ce qui se traduit par un indice de 68% (l'un des plus élevés de la ville et à égalité avec le quartier Pikine irrégulier) . Les ouolofs et les peulhs forment l'essentiel des ethnies de la zone (76%). La répartition ethnique pour l'ensemble de la population :

| | |
|----------|-----|
| - Ouolof | 43% |
| - Peulh | 33% |
| - Sérère | 10% |
| - Diola | 1% |
| - Autres | 13% |

2.2.1.3.2.2 - La répartition par catégories socio-professionnelles

La zone de Guédiawaye bien que programmée dans son occupation, a vu l'arrivée massive de ruraux en quête de travail. Il faut rappeler que Guédiawaye née en 1971 a été créé deux ans avant la première grande sécheresse des années 1970 (précisément en 1973).

La répartition par catégories socio-professionnelles permet de décomposer la population ainsi qu'il suit :

| | |
|--------------------|-----|
| - élèves/étudiants | 30% |
|--------------------|-----|

- artisans 7%
- employeurs 3%
- commerçants 3%
- salariés 1%
- sans occupation 56%

En somme, nous avons 86% de la population qui est non productive donc prise en charge par le reste de la population. Ceci reflète en partie l'importance des moins de 20 ans dans la population totale.

2.2.1.3.2.3 - La répartition par sexe et par âge (%)

La même remarque faite au niveau de Pikine ancien, s'applique dans ce cas à savoir, notre retenu de tirer des conclusions sur un tableau incomplet.

Tableau n°30 : Répartition/sexe/et âge

| Age Pop | 0-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60 et + | Absent |
|------------|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|--------|
| H | 22 | 15 | 14 | 6 | 7 | 10 | 4 | 3 | 4 | 1 | 2 | 1 | 5 | 5 |
| F | 11 | 16 | 17 | 15 | 5 | 7 | 5 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 7 |
| Total | 16 | 16 | 16 | 11 | 6 | 8 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 5 | 6 |
| | | | | | | | | | | | | | | |

M.T

2.2.1.3.2.4 - Equipement et fréquentation

a) Equipement

La zone de Guédiawaye regroupe un centre de santé et sept postes de santé pour une population de 140 497 habitants. La charge par poste de santé est de l'ordre de 20 071 habitants alors qu'en considérant le centre de santé comme un poste de santé en plus, la charge par poste serait de 17 563 habitants. Dans tous les cas la norme de 10 000 habitants par poste est dépassée.

b) Fréquentation des équipements

Nous donnons la répartition par sexe et par âge des personnes ayant présenté une incapacité physique au cours des 12 mois précédents notre enquête et pendant le jour de l'enquête. Nous tirons de cette répartition la part des populations cibles. 6% de la population totale de Guédiawaye était malade le jour de l'enquête soit deux fois plus qu'à Pikine ancien.

Tableau n°31 : Répartition par sexe et âge des malades

| Age | 0-1 | | 1-4 | | 5-9 | | 10-14 | | 15-19 | | 20-24 | | 25-29 | | 30-34 | | 35-39 | | 40-44 | | 45-49 | | 50-54 | | 55-59 | | 60 et | | Total | | |
|-----|-----|----|-----|----|-----|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|-----|-----|
| | Pop | VA | Pop | VA | Pop | VA | Pop | VA | Pop | VA | Pop | VA | Pop | VA | Pop | VA | Pop | VA | Pop | VA | Pop | VA | Pop | VA | Pop | VA | Pop | VA | | | |
| H | PO | 8 | 6 | 25 | 18 | 23 | 16 | 21 | 15 | 9 | 6 | 10 | 7 | 15 | 11 | 6 | 4 | 5 | 4 | 6 | 4 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 7 | 5 | 141 | 100 |
| | ME | 1 | 5 | 4 | 20 | 3 | 15 | 4 | 20 | 2 | 10 | 2 | 10 | 1 | 5 | 1 | 5 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 10 | 20 | 100 |
| | MJE | - | - | 2 | 29 | 2 | 29 | 1 | 14 | - | - | - | - | 1 | 14 | 1 | 14 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 7 | 100 |
| F | PO | 3 | 2 | 16 | 10 | 29 | 18 | 30 | 18 | 26 | 16 | 9 | 6 | 12 | 7 | 8 | 5 | 8 | 5 | 4 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 8 | 5 | 163 | 100 |
| | ME | - | - | - | - | 4 | 17 | 3 | 13 | 3 | 13 | 3 | 13 | 3 | 13 | 1 | 4 | 1 | 4 | - | - | 1 | 4 | 2 | 9 | - | - | 1 | 4 | 22 | 100 |
| | MJE | - | - | - | - | 1 | 8 | 1 | 8 | - | - | 3 | 25 | 3 | 25 | 1 | 8 | - | - | 1 | 8 | 1 | 8 | 1 | 8 | - | - | - | - | 12 | 100 |

M.T

Po = Population

ME = Malade durant 12 mois précédent enquête

MJE = malade jour enquête

VA = Valeur absolue pour l'échantillon

% = lire horizontalement

Du tableau ci-dessus, trois autres sont extraits et consacrés séparément aux éléments relatifs à la population à savoir le groupe cible des enfants, celui des femmes en âge de procréation et les hommes actifs.

Tableau n°32 : Population de 0-9 ans ayant présenté une incapacité physique le jour de l'enquête

| Age Pop | 0 - 1 | | | 0 - 4 | | | 0 - 9 | | | 9 et + | | | total | | |
|----------------|-------|-----|---|-------|-----|----|-------|-----|----|--------|-----|----|-------|-----|----|
| | VA | % | % | | | | | | | | | | VA | % | % |
| ME | 1 | 2 | 9 | 5 | 12 | 10 | 12 | 28 | 12 | 31 | 72 | 16 | 43 | 100 | 14 |
| MJE | - | - | - | 2 | 11 | 4 | 5 | 26 | 5 | 14 | 74 | 7 | 19 | 100 | 6 |
| P ₀ | 11 | 100 | | 52 | 100 | | 104 | 100 | | 200 | 100 | | 304 | 100 | |

MT

% = Malade dans les tranches d'âge parmi la population de chaque classe d'âge.

Le jour de l'enquête, les enfants de 0-9 ans malades ont constitué 26% des malades alors que pour la même classe d'âge, il n'a pas été enregistré de malades dans le cas de Pikine ancien. On trouve pourtant plus d'équipements médicaux à Guédiawaye et le seul institut de pédiatrie de la ville. La faiblesse des revenus de la zone de Guédiawaye et la fréquentation plus faible de la médecine moderne par rapport à Pikine ancien peuvent justifier cette situation.

Population de 15-49 ans et de 15-55 ans malades le jour de l'enquête. On relève :

- 67% des malades le jour de l'enquête sont d'âge 15-49 ans et de sexe féminin.

Les hommes malades le jour de l'enquête constituent 29% de ceux qui sont âgés de 15 à 55 ans alors que les femmes de la même classe font 75%. C'est dire que les femmes sont beaucoup plus affectées que les hommes.

Tableau n°33 : Répartition Malade de 15-55 ans

| Pop | Age | 15 - 49 | | | 15 - 55 | | |
|-------|-----|---------|----|----|---------|----|----|
| | | VA | % | % | VA | % | % |
| H | ME | 6 | 30 | 12 | 6 | 30 | 11 |
| | MJE | 2 | 29 | 4 | 2 | 29 | 4 |
| F | ME | 12 | 52 | 17 | 14 | 61 | 19 |
| | MJE | 8 | 67 | 11 | 9 | 75 | 12 |
| Total | ME | 18 | 42 | 15 | 20 | 47 | 16 |
| | MJE | 10 | 53 | 8 | 11 | 58 | 9 |

c) Part relative des différentes ethnies parmi les malades et dans la population de Guédiawaye.

On peut faire la même remarque qu'à Pikine ancien à savoir : les ouolofs en surnombre dans la population malade comparés à leur poids dans la population. C'est le cas des diolas aussi. Les peulhs, comme à Pikine ancien conservent les mêmes pourcentages et la catégorie autre le même phénomène que précédemment.

Tableau n° 34 : Répartition malade/ethnie

| Ethnie | Malade du CS Guéd.. | Population |
|------------------------|---------------------|------------|
| Ouolof | 60% | 43% |
| Peulh | 33% | 33% |
| Sérère | 3% | 10% |
| Diola | 3% | 1% |
| Autres | - | 13% |
| Total | 100 | 100 |
| Indice diversification | 0,52 | 0,68 |

MT

d) Répartition par ethnie et par médecine pratiquée

L'ethnie Peulh occupe le premier rang dans la pratique de la médecine moderne alors que par la population, elle est la deuxième après l'ethnie ouolof.

On remarque que les ouloofs pratiquent moins la médecine moderne dans cette zone de Guédiawaye.

On retrouve plus les ouloofs et les sérères dans la mise à profit de la médecine traditionnelle.

Tableau n°35 : Répartition ethnique-médecine

| Ethnie Medecine | Olof | | | Peulh | | | Sérere | | | Diola | | | Autre | | | Total | | |
|--------------------|------|----|-----|-------|----|-----|--------|----|-----|-------|---|---|-------|----|-----|-------|-----|-----|
| | VA | % | % | | | | | | | | | | | | | VA | % | % |
| Moderne | 8 | 32 | 57 | 13 | 52 | 72 | 2 | 8 | 67 | - | - | - | 2 | 8 | 25 | 25 | 100 | 58 |
| Traditionnelle | 2 | 67 | 14 | - | - | - | 1 | 33 | 33 | - | - | - | - | - | - | 3 | 100 | 7 |
| Mod.+Trad. | 4 | 27 | 29 | 5 | 33 | 28 | - | - | - | - | - | - | 6 | 40 | 75 | 15 | 100 | 35 |
| Sans trait | - | | | - | | | - | | | - | | | - | | | - | | |
| Total | 14 | 33 | 100 | 18 | 42 | 100 | 3 | 7 | 100 | - | - | - | 8 | 19 | 100 | 43 | 100 | 100 |

M.T

VA = Valeur absolue

% = Répartition ethnique par médecine

% = Répartition des différentes médecines dans une ethnique.

Au total, 58% des malades fréquentent la médecine moderne, 7% la médecine traditionnelle et 35% pratiquent les deux médecines.

e) Comportement des malades pendant la durée du traitement

Au début des traitements, plus de malades consultent la médecine moderne et les résultats de celle-ci paraissent plus satisfaisants dans cette partie de la ville. Comme pour Pikine ancien, nous donnerons à la fin de ce chapitre, les conclusions qu'on peut tirer à partir de ces résultats.

Tableau n°36 : Comportement des malades et résultats de la médecine

| Medecine | Debut traitem ^t | | En cours trait. | | | Fin de trait. | | | Total |
|-----------------|----------------------------|-----|-----------------|-----|----|---------------|-----|----|-------|
| | VA | % | VA | % | % | VA | % | % | % |
| Moderne | 25 | 58 | 8 | 42 | 32 | 17 | 71 | 68 | 100 |
| Traditionnelle | 3 | 7 | 2 | 11 | 67 | 1 | 4 | 33 | 100 |
| Mod + Trad | 15 | 35 | 9 | 47 | 60 | 6 | 25 | 40 | 100 |
| Sans traitement | | | | | | | | | |
| Total | 43 | 100 | 19 | 100 | 44 | 24 | 100 | 56 | 100 |

M.T

f) Equipements de santé fréquentés par les malades de Guédiawaye

Tableau n°37 :

| Equipement | Pourcentage | ID |
|------------|-------------|------|
| Hôp. Dakar | 20% | 0,61 |
| C.S Pikine | 29% | |
| P.S Pikine | 53% | |
| Autres | 13% | |

M.T

On compte 20% des patients fréquentant les services hospitaliers de Dakar. Parmi eux, 6% sont allés directement sans pour autant passer par le premier point de contact entre le malade et les équipements de santé.

On note 53% de patients qui fréquentent les postes de santé de Pikine dont 37% aux postes catholiques.

2.2.1.3.3 - La zone de Pikine irrégulier

Elle est considérée par les pouvoirs publics comme zone irrégulière parce que n'ayant pas été lotie par les services officiels. Dès lors, il n'est pas étonnant qu'elle soit la moins équipée car pendant longtemps aucun investissement n'y a été réalisé ni par la commune ni par les services de l'Etat. La raison principale

avancée par les services techniques est liée au Site constitué d'une dépression inter-dunaire (Niayes) dont la nappe phréatique pouvait affleurer avec la fin du cycle de sécheresse. En 1989, la plupart des terrains de cette dépression transformée en zone d'habitat de manière imprudente par les populations ont été inondés les mettant ainsi devant les périls que cherchaient à éviter les autorités.

Le revenu mensuel par ménage de la zone se situe environ à 66 000 F (notre enquête).

2.2.1.3.3.1 - La répartition ethnique de la population

Nous avons déjà souligné que Pikine irrégulier est parmi les zones les plus diversifiées de la ville de Pikine du point de vue ethnique (68%). Toutefois, on note la prédominance des peulhs qui constituent avec les ouolofs 73% de la population.

La répartition ethnique pour l'ensemble de la zone est la suivante :

| | |
|----------|-----|
| - Ouolof | 26% |
| - Peulh | 47% |
| - Sérère | 13% |
| - Diola | 1% |
| - Autres | 13% |

2.2.1.3.3.2 - La répartition par catégorie socio-professionnelle

La zone de Pikine irrégulier a été habitée au départ par des déguerpis de la ville de Dakar qui n'ont pas été relogés par l'Etat. Cette population était en majorité démunie et pour certains en quête d'emploi.

L'occupation de la zone s'est poursuivie avec l'arrivée progressive de personnes exposées aux mêmes problèmes et venues de l'intérieur du pays.

La répartition par catégorie socio-professionnelle est la suivante :

| | |
|--------------------|-----|
| - élèves/étudiants | 22% |
| - commerçants | 2% |
| - artisans | 14% |

- employeurs 3%
- salariés 1%
- sans profession 58%

Cette faiblesse des activités de la population a une conséquence sur la fréquentation des équipements médicaux. En effet parmi ceux qui ne s'y rendent pas, certains se fondent sur la faiblesse de leur moyen qui n'arrivent même pas à leur assurer deux repas par jour. Et pourtant ils n'ont pas le revenu moyen par habitant le plus faible de la ville localisé à Guédiawaye.

2.2.1.3.3.3 - La répartition de la population par sexe et par âge.

Ici, comme à Pikine ancien et à Guédiawaye, les données relatives au sexe et à l'âge peuvent être entachées, comme nous l'avons souligné plus loin.

Tableau n°38 : Répartition population/sexe/âge

| Age Pop | 0-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-35 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60 et + | Absents |
|------------|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|---------|
| H | 16 | 15 | 16 | 10 | 8 | 6 | 5 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | -- |
| F | 17 | 12 | 12 | 14 | 10 | 5 | 6 | 2 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | - |
| Total | 16 | 13 | 14 | 12 | 9 | 6 | 5 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | - |

MT

2.2.1.3.3.4 - Equipements médicaux et fréquentation

a) Equipements

Avec une population de 81 162 habitants, Pikine irrégulier compte deux (2) postes de santé soit 40 581 habitants par poste de santé. Le statut de l'occupation explique en grande partie, le manque d'équipement collectif, notamment les postes de santé. Aujourd'hui encore, le manque d'espace libre par la non réservation foncière dans la zone empêche d'éventuelles possibilités de création d'équipements.

b) Fréquentation des équipements

A Pikine irrégulier, on a trouvé sur place le jour de l'enquête 5% de la population qui présentait une incapacité physique.

Dans les tableaux ci-dessous, nous donnons le comportement et l'attitude des malades au cours de leur traitement.

Tableau n°39 : Répartition par sexe et par âge des malades

| Age Pop | 0-1 | | 1-4 | | 5-9 | | 10-14 | | 15-19 | | 20-24 | | 25-29 | | 30-34 | | 35-39 | | 40-44 | | 45-49 | | 50-54 | | 55-59 | | 60 et + | | Total | | |
|------------|-----|----|-----|----|-----|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|---|-------|----|-------|----|-------|----|-------|---|---------|---|-------|-----|-----|
| | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | |
| H | Po | 13 | 4 | 41 | 13 | 51 | 16 | 54 | 17 | 33 | 11 | 27 | 9 | 22 | 7 | 16 | 5 | 9 | 3 | 11 | 4 | 8 | 3 | 11 | 4 | 5 | 2 | 9 | 3 | 310 | 100 |
| | ME | . | . | 8 | 19 | 4 | 9 | 6 | 14 | 6 | 14 | 4 | 9 | 2 | 5 | 1 | 2 | 3 | 7 | 2 | 5 | 1 | 2 | 2 | 5 | 1 | 2 | 3 | 7 | 43 | 100 |
| | MJE | . | . | . | . | 2 | 15 | 2 | 15 | 1 | 8 | 2 | 15 | . | . | . | . | 1 | 8 | 2 | 15 | . | . | 2 | 15 | 1 | 8 | . | . | 13 | 100 |
| F | Po | 9 | 3 | 52 | 16 | 41 | 13 | 44 | 14 | 49 | 15 | 34 | 11 | 17 | 5 | 20 | 6 | 8 | 3 | 17 | 5 | 12 | 4 | 4 | 1 | 7 | 2 | 6 | 2 | 320 | 100 |
| | ME | 1 | 3 | 3 | 8 | 4 | 11 | 4 | 11 | 2 | 6 | 3 | 9 | 4 | 11 | 5 | 13 | 2 | 6 | 2 | 6 | 3 | 9 | 3 | 9 | 1 | 3 | 1 | 3 | 38 | 100 |
| | MJE | 3 | 6 | 2 | 13 | 1 | 6 | 1 | 6 | . | . | . | . | 3 | 19 | 1 | 6 | 2 | 13 | 1 | 6 | 2 | 13 | 2 | 13 | . | . | . | . | 18 | 100 |

Po = population

Me = malades des 12 mois précédent l'enquête

Mje = malades jour enquête

VA = valeur absolue échantillon

% = horizontalement

On compte 21% des malades du jour de l'enquête qui sont de la classe 0-9 ans. Ce pourcentage est parmi les plus élevés des enfants malades de la dite classe d'âge au niveau de la ville. Le statut irrégulier de la zone et la faiblesse des revenus sont quelques facteurs pouvant expliquer cette situation. Et pourtant, la ferme détermination des populations à demeurer sur ces terrains pour en faire leur habitat a permis d'y surmonter bien des déboires. Cette même détermination a permis ainsi la création des premières bornes fontaines, le durcissement du cadre de vie et finalement la reconnaissance par les autorités qui ont commencé à équiper la zone. Ainsi, la plupart des grands axes qui aboutissaient devant Pikine irrégulier ont été prolongés permettant ainsi de le désanclaver. Dans le même ordre d'idées, des équipements collectifs : écoles, poste de santé, centre secondaire d'Etat civil, marché y ont été aménagés.

Tableau n°40 : Population de 0-9 ans malade les 12 mois derniers et le jour de enquête

| Age Po | 0 - 1 | | | 0 - 4 | | | 0 - 9 | | | 9 et + | | | Total | | |
|-----------|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|--------|-----|-----|-------|-----|----|
| | VA | % | % | | | | | | | | | | VA | % | % |
| ME | 1 | 1 | 5 | 12 | 15 | 10 | 20 | 25 | 10 | 61 | 75 | 14 | 81 | 100 | 13 |
| MJE | 1 | 3 | 5 | 3 | 10 | 3 | 6 | 21 | 3 | 23 | 79 | 5 | 29 | 100 | 5 |
| Σ | 22 | 100 | 115 | 100 | 207 | 100 | 423 | 100 | 630 | 100 | 630 | 100 | 630 | 100 | 13 |

M.T

% = Malades dans les tranches d'âge parmi la population de chaque classe.
Les tranches d'âge 15-49 et 15-55 malades le jour d'enquête se composent comme suit :

- 56% des femmes en âge de procréer présentaient des incapacités physiques.
Les hommes de la tranche d'âge 15-55 malades le jour d'enquête faisaient 62% des malades masculin de cette tranche d'âge. Pikine ancien et Pikine irrégulier ont cette particularité qui concerne la prédominance de malade dans la population active

Tableau n°41 : Répartition malades 15-55 ans

| Age Pop | | 15 - 49 | | | 15 - 55 | | |
|------------|-----|---------|----|----|---------|----|----|
| | | VA | % | % | VA | % | % |
| H | ME | 19 | 44 | 15 | 21 | 48 | 15 |
| | MJE | 6 | 46 | 5 | 8 | 62 | 6 |
| F | ME | 21 | 55 | 13 | 24 | 63 | 15 |
| | MJE | 9 | 56 | 6 | 11 | 69 | 7 |
| Total | ME | 40 | 49 | 14 | 45 | 56 | 15 |
| | MJE | 15 | 56 | 5 | 19 | 66 | 6 |

M.T

c) Part relative des différentes ethnies parmi les malades et dans la population

Pour des raisons propres aux services médicaux, nous n'avons pas pu réaliser notre enquête dans les deux équipements localisés dans cette zone de Pikine, ce qui nous empêche d'avoir les éléments sur leur fréquentation par les différentes ethnies par conséquent toutes nos données sont tirées de l'enquête ménage.

d) Répartition par ethnie et par médecine

L'ethnie peulh qui domine la population avec 47% des habitants conserve également le premier rang dans la pratique de la médecine moderne avec un taux écrasant de 60%. Les ouolofs tout en occupant le deuxième rang aussi bien dans la population (26%) que dans la consultation de la médecine moderne (17%) ont cependant un taux de fréquentation plus faible en valeur relative.

La médecine moderne est plus sollicitée avec 59% de fréquentation, suivie de la pratique des deux médecines 31% et enfin la médecine traditionnelle 7%.

f) Equipements de santé fréquentés par les malades de Pikine irrégulier

On compte 20% de malades fréquentant les hopitaux de dakar. Parmi eux, 12% vont directement vers ces équipements.

L'indice de diversification dans la fréquentation des équipements est le plus élevés de la ville. On peut lier cette situation à la faiblesse du nombre de l'équipement médical de la zone.

Tableau n°42 : Equipements fréquentés

| Equipements | Pourcentage | ID |
|-------------|-------------|------|
| Hop. Dakar | 20% | 0,66 |
| C.S Pikine | 23% | |
| P.S Pikine | 49% | |
| Autres | 4% | |

2.2.1.3.4 - La zone de Thiaroye sur Mer

C'est un village traditionnel lébou ayant existé bien avant la ville de Pikine. Pour l'intérêt apporté à cette étude, et pour mieux cerner ce qu'est l'assistance médicale dans une ville comme Pikine, qui en s'étendant dans sa zone irrégulière a constitué avec les "villages traditionnels lébou," une réalité urbaine, nous nous sommes proposés d'étudier cette partie de la commune.

Le revenu mensuel par ménage est parmi les plus faibles de la ville : 65 260 F

2.2.1.3.4.1 - La répartition ethnique

Thiaroye est la zone la moins diversifiée à cause de son caractère de "village Lébou". L'indice est de 25%. Les ouolofs forment à eux seuls 85% de la population.

Nous avons pour l'ensemble :

- Ouolof 85%
- Peulh 4%
- Sérère 7%
- Diola 1%
- Autres 2%.

2.2.1.3.4.2 - La répartition par catégorie socio-professionnelle

Thiaroye est une zone où la population pratique essentiellement la pêche et l'agriculture. On y trouve le nombre le plus faible de personnes sans occupation. Néanmoins, les revenus de la zone sont des plus faibles. Il faut signaler la difficulté d'évaluer ces revenus provenant du secteur informel très développé dans cette partie de la ville :

Répartition par catégorie socio-professionnelle

- élèves/étudiants 25%
- artisans 19%
- commerçants 6%
- employeurs 2%
- Salariés 3%
- Sans occupations 45%.

On note l'importance des catégories socio-professionnelles prise en charge par les travailleurs soit 70% de la population.

2.2.1.3.4.3 - Répartition de la population par sexe et par âge.

Comme signalé plus haut pour les mêmes raisons, ce tableau est donné pour mémoire.

Tableau n°43 : Répartition population sexe/âge %

| Age Pop | Age | | | | | | | | | | | | | Absent |
|------------|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|--------|
| | 0-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60 et + | |
| H | 19 | 14 | 12 | 10 | 8 | 10 | 5 | 4 | 3 | 2 | 3 | 1 | 5 | 3 |
| F | 17 | 14 | 13 | 8 | 8 | 9 | 10 | 6 | 4 | 3 | 3 | 1 | 4 | 5 |
| Total | 18 | 14 | 12 | 9 | 9 | 10 | 6 | 4 | 4 | 3 | 3 | 1 | 3 | 4 |

M.T

2.2.1.3.4.4 - Equipements médicaux et fréquentationa) Equipements

Il existe à Thiaroye sur Mer un poste de santé pour les 22 129 habitants que compte la zone. Un infirmier d'Etat permanent et une sage-femme qui passe deux fois par semaine assurent la consultation pour cette partie de la ville. La norme de 10 000 habitants est deux fois dépassée dans cette partie de la ville.

b) Fréquentation des équipements

Dans cette zone 4% de la population était atteinte d'une maladie le jour de notre passage.

Tableau n°44 : Répartition des malades par sexe et par âge.

| Age Pop | Age | | | | | | | | | | | | | Total | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-----|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-----|---|----|---|----|----|----|----|---|---|---|---|----|----|-----|-----|-----|
| | 0-1 | 1-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | | 60 et + | VA% | | | | | | | | | | | | | | | | |
| H | Po | 12 | 4 | 52 | 16 | 48 | 14 | 40 | 12 | 34 | 10 | 29 | 9 | 36 | 11 | 18 | 5 | 15 | 6 | 12 | 4 | 7 | 2 | 9 | 3 | 3 | 1 | 18 | 15 | 333 | 100 | |
| | ME | - | - | 5 | 26 | 3 | 16 | 2 | 11 | 3 | 16 | 2 | 11 | 1 | 5 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 11 | 19 | 100 |
| | MJE | - | - | 4 | 57 | 1 | 14 | - | - | - | 1 | 14 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 14 | 7 | 100 | |
| F | Po | 10 | 3 | 47 | 14 | 50 | 15 | 43 | 13 | 28 | 9 | 31 | 10 | 33 | 10 | 22 | 7 | 14 | 4 | 13 | 4 | 11 | 3 | 9 | 3 | 4 | 1 | 11 | 3 | 326 | 100 | |
| | ME | 3 | 9 | 3 | 9 | 4 | 12 | - | - | - | - | - | - | 7 | 21 | 2 | 6 | 1 | 3 | 5 | 15 | 3 | 9 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 9 | 35 | 100 | |
| | MJE | 2 | 10 | 3 | 3 | 1 | 5 | - | - | - | - | 1 | 5 | 5 | 24 | - | - | 1 | 5 | 5 | 24 | 2 | 10 | - | - | - | 1 | 5 | 21 | 100 | | |

M.T

Po = population

Me = malade durant les 12 mois précédents l'enquête

Mje = malades jour enquête

VA = valeur absolue pour enquête

% = lire horizontalement

Population de 0-9 ans malades le jour de l'enquête

Les enfants de 0-9 ans malades le jour de l'enquête sont parmi les plus malades de cette même tranche au niveau de la ville. Il représente 39% des malades le jour de l'enquête. L'absence de PMI et de maternité dans la zone contribuent en partie à la cause de cette situation.

Tableau n°45 : Population 0 - 9 ans malades le jour d'enquête

| Age Pop | 0-1 | | | 0-4 | | | 0-9 | | | 9 et + | | | Total | | |
|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|----|---|-------|-----|---|
| | VA | % | % | | | | | | | | | | VA | % | % |
| ME | 3 | 36 | 14 | 11 | 21 | 9 | 18 | 35 | 8 | 34 | 65 | 8 | 52 | 100 | 8 |
| MJE | 2 | 7 | 9 | 9 | 32 | 7 | 11 | 39 | 5 | 17 | 61 | 4 | 28 | 100 | 4 |
| Σ | 22 | 100 | 121 | 100 | 219 | 100 | 440 | 100 | 659 | 100 | | | | | |

MT

% = malade dans les tranches d'âge parmi la population des dites classes d'âge

Population de 15-49 ans et de 15-55 ans malades le jour d'enquête

Nous relevons 67% des femmes en âge de procréer parmi les malades du jour de l'enquête.

La population active chez les hommes est malade pour 14% parmi les malades trouvés sur place.

Tableau n°46 : Population de 15 à 55 ans malades le jour d'enquête

| Age Pop | | 15 - 49 | | | 15 - 55 | | |
|------------|-----|---------|----|----|---------|----|----|
| | | VA | % | % | VA | % | % |
| H | ME | 7 | 36 | 5 | 7 | 36 | 4 |
| | MJE | 1 | 14 | 1 | 1 | 14 | 1 |
| F | ME | 18 | 55 | 12 | 21 | 64 | 13 |
| | MJE | 14 | 67 | 9 | 14 | 67 | 9 |
| Total | ME | 25 | 48 | 8 | 28 | 54 | 9 |
| | MJE | 15 | 54 | 5 | 15 | 54 | 5 |

MT

Tableau n°47 : Répartition/ethnie/médecine

| Ethnie Medecine | Olof | | | Peulh | | | Sérere | | | Diola | | | Autre | | | Total | | |
|---------------------------|------|----|-----|-------|----|-----|--------|----|-----|-------|---|---|-------|----|-----|-------|-----|-----|
| | VA | % | % | | | | | | | | | | | | VA | % | % | |
| Moderne | 8 | 17 | 47 | 29 | 60 | 67 | 6 | 13 | 55 | - | - | - | 5 | 10 | 50 | 48 | 100 | 59 |
| Traditionnelle | 2 | 33 | 12 | 3 | 50 | 7 | 1 | 17 | 9 | - | - | - | | | | 6 | 100 | 7 |
| Mod + Trad | 6 | 24 | 35 | 11 | 44 | 26 | 4 | 36 | 36 | - | - | - | 4 | 16 | 40 | 25 | 100 | 31 |
| Sans traitem ^t | 1 | 50 | 6 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 50 | 10 | 2 | 100 | 2 |
| Total | 17 | 21 | 100 | 43 | 53 | 100 | 11 | 14 | 100 | - | - | - | 10 | 12 | 100 | 81 | 100 | 100 |

M.T

VA = Valeur absolue

% = Répartition ethnique par médecine

% = Répartition des différentes médecines par ethnie.

e) Comportement des malades pendant la durée du traitement.

Dans le choix du traitement, on s'aperçoit que plus de malades se sont dirigés vers la médecine moderne au début de leur traitement (59%) contre (7%) pour la médecine traditionnelle.

A la fin du traitement, la médecine moderne guérit 71% alors que la médecine traditionnelle satisfait pour sa part 67%. La pratique des deux médecines fait 48% de satisfactions.

Tableau n°48 : Comportement des malades et résultats de la médecine

| Medecine | Début trait | | En cours trait | | | Finis trait | | | Total |
|--------------|-------------|-----|----------------|-----|----|-------------|-----|----|-------|
| | VA | % | VA | % | % | VA | % | % | % |
| Mod. | 48 | 59 | 14 | 48 | 29 | 34 | 68 | 71 | 100 |
| Trad. | 6 | 7 | 2 | 7 | 33 | 4 | 8 | 67 | 100 |
| Mod. + Trad. | 25 | 31 | 13 | 45 | 52 | 12 | 24 | 48 | 100 |
| S. Trait. | 2 | 2 | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | 81 | 100 | 29 | 100 | 36 | 50 | 100 | 64 | 100 |

M.T

c) Part relative des ethnies parmi les malades et dans la population

Les diolas qui constituent 1% de la population représentent 10% des malades. Alors que les sérères 7% de la population ne figurent pas sur la liste des malades.

Dans la conclusion du chapitre, nous tenterons de donner des explications à ces phénomènes.

Tableau n°49 Répartition des malades/ethnie

| Ethnies | P.S Thiaroye | Population % |
|---------|--------------|--------------|
| Ouolof | 80% | 86% |
| Peulh | 7% | 4% |
| Sérère | - | 7% |
| Diola | 10% | 1% |
| Autres | 3% | 2% |
| Total | 100 % | 100 % |
| I.D | 0,34 | 0,25 |

M.T

d) Répartition par ethnie et par médecine pratiquée

Les ouolofs, 86% de la population pratiquent à 72% la médecine moderne, ce qui est un peu faible compte tenu de leur poids démographique.

Les sérères 7% de la population optent à 21% pour la médecine moderne.

Tableau n°50 : Répartition ethnique-médecine

| Ethnie Medecine | Olof | | | Peulh | | | Sérere | | | Diola | | | Autre | | | Total | | |
|--------------------|------|-----|-----|-------|----|-----|--------|----|-----|-------|--|--|-------|----|-----|-------|-----|-----|
| | VA | % | % | | | | | | | | | | | | VA | % | % | |
| Mod. | 21 | 72 | 58 | 1 | 3 | 17 | 6 | 21 | 86 | | | | 1 | 3 | 33 | 29 | 100 | 56 |
| Trad. | 4 | 40 | 11 | 3 | 30 | 50 | 1 | 10 | 14 | | | | 2 | 20 | 67 | 10 | 100 | 19 |
| Mod.+ Trad. | 10 | 83 | 28 | 2 | 17 | 33 | | | | | | | | | | 12 | 100 | 23 |
| Sans trait. | 1 | 100 | 3 | | | | | | | | | | | | | 1 | 100 | 2 |
| Total | 36 | 69 | 100 | 6 | 12 | 100 | 7 | 13 | 100 | | | | 3 | 6 | 100 | 52 | 100 | 100 |

MT

Va = Valeur absolu

% = Répartition ethnique par médecine

% = Répartition des différentes médecines par ethnique

56 % des malades pratiquent la médecine moderne, 19% la médecine traditionnelle et 23% les deux médecines.

e) Comportement des malades pendant la durée du traitement.

Les premières consultations des malades sont plus nombreuses au niveau de la médecine moderne alors qu'au niveau des guérisons, la pratiques des deux médecines parallèlement donne plus de succès. La médecine moderne et la médecine traditionnelle donnent presque le même résultat.

Tableau n° 51 : Comportement des malades et résultats de la médecine

51

| Medecine | Debut trait | | En cours trait | | | Fini trait | | | Total |
|-------------|-------------|-----|----------------|-----|----|------------|-----|----|-------|
| | VA | % | VA | % | % | VA | % | % | % |
| Mod. | 29 | 56 | 19 | 68 | 66 | 10 | 43 | 34 | 100 |
| Trad. | 10 | 19 | 7 | 25 | 70 | 3 | 13 | 30 | 100 |
| Mod Trad | 12 | 23 | 2 | 7 | 17 | 10 | 43 | 83 | 100 |
| Sans trait. | 1 | 2 | | | | | | | |
| Total | 52 | 100 | 28 | 100 | 54 | 23 | 100 | 46 | 100 |

MT

f) Equipements médicaux fréquentés

Les services de santé de Dakar sont plus fréquentés par les patients que les centres de santé de la ville.

Tableau n°52 : Equipements fréquentés

| Equipements | Pourcentage | I.D |
|--------------|-------------|------|
| Hop. Dakar | 36% | 0,59 |
| C.S. Pikine | 8% | |
| P.S Thiaroye | 52% | |
| Autres | 4% | |

MT

2.2.2 - L'Assistance médicale à Thiès

2.2.2.1 - L'équipement médical de base à Thiès

Comme Pikine, la ville de Thiès est chef lieu d'une circonscription administrative et médicale qui couvre tout le département de Thiès. La circonscription médicale compte :

- un (1) centre de santé
- trente trois (33) postes de santé dont
 - * 20 postes de l'Etat
 - * 4 postes de la municipalités
 - * 9 postes privés.

On dénombre dans la ville de Thiès proprement dit :

- 1 centre de santé
- 8 postes de santé dont :
 - * 1 poste de l'Etat
 - * 4 postes municipaux
 - * 3 postes privés (Régie-armée-mission catholique).

Nous nous intéresseront au centre de santé et aux postes de santé publics qui relèvent de notre étude.

2.2.2.1.1 - Le centre de santé de Thiès

C'est le seul qui existe pour tout le département de Thiès. Situé dans le quartier résidentiel (Escale), le centre de santé se trouve dans les anciens locaux de l'ex-hôpital de l'armée française (le RIAOM).

Aujourd'hui, le centre de santé se trouve excentré par rapport à l'ensemble de la ville qu'il doit couvrir et déborde par ses activités pour servir les 367 429 habitants que compte le département de Thiès. Le centre de santé de Thiès a hérité de vieux locaux mais aussi du matériel vétuste ce qui rend d'autant plus la tâche difficile. Malgré l'unicité du centre de santé, l'hospitalisation de courte durée n'est pas assurée à ce qui ^{explique le} recours à l'hôpital régional ou autres équipements de Dakar.

Présentation du centre de santé de Thiès

Tableau N° 53

| CS Caractéristiques | Centre de santé de Thiès |
|-----------------------------|---|
| Personnel | Il comprend comme personnel qualifié (1) - 1 médecin - 12 sage-femmes d'Etat - 5 infirmiers d'Etat |
| Services | - Absence service hospitalisation - Absence service chirurgie - Absence service évacuation |
| Médicaments | Les ruptures sont fréquentes Les stocks sont monolithiques (Sipoa) |
| Consultations + Consultants | 2 372/mois |
| Recettes | 418 400 F par mois |
| Dépenses | 95% recettes (60% médicaments + 15% personnel + 15% frais divers + 5% APS). |
| Disponibles | 5% |

Source : circonscription médical de Thiès.

(1) Le personnel est variable suivant la taille de l'équipement et des activités du centre.

Les problèmes quotidiens du centre de santé se résument à :

- Rupture de stock en médicaments
- Non renouvellement du matériel
- Budget jugé insuffisant.
- Absence du service hospitalisation

2.2.2.1.2 - L'admission au centre de santé

Elle se fait de la même manière qu'à Pikine à l'exception qu'au niveau du centre de Thiès, l'admission à l'hospitalisation n'est pas assurée. On peut déplorer aussi, dans le centre de Thiès, l'absence du service de tri des malades afin que ceux-ci soient orientés comme il faut dans les différents services. Le malade après s'être acquitté de son bulletin de consultation, cherche par lui-même l'endroit où il va recevoir le soin.

2.2.2.1.3 - Les distances centre de santé-zones d'habitations

Tableau n° 54

| Quartiers | % origines malades | Distances CS/quartier |
|---------------------|--------------------|-----------------------|
| HLM 10e (Escale) | 17 | 1300 m |
| Diakhao | 17 | 1000 " |
| Keur Cheikh | 6 | 1700 " |
| Grand Thiès | 6 | 1200 " |
| Diamaguène | 6 | 1800 " |
| Medina Fall | 3 | 2600 " |
| Ilim Rte M'bour | 3 | 2100 " |
| HLM Thialy | 3 | 1400 " |
| K. M El Hadj | 3 | 1200 " |
| Parcelles assainies | 3 | 2200 " |
| DVF | 2 | 1200 " |
| Gouye Sombel | 2 | |
| Som | 14 | 1600 " |
| Hersent | 9 | 2000 " |
| Takhikao | 6 | 2000 " |
| Total | 100 | |

MT

Source : notre enquête

Les malades proviennent de l'ensemble du département. On trouve un indice de diversification pour les provenances de 0,89.

On compte aussi 74% des gens qui proviennent dans un rayon de 2000m, rayon fixé par l'OMS. Le 26% restant viennent de zones plus éloignées. La charge démographique fixée à 100 000 personnes est dépassée car le centre sert les 367 429 habitants.

En plus du non respect de ces normes, on trouve en même temps aux problèmes posés par le centre de santé de Thiès :

- L'absence du service d'hospitalisation (en médecine générale comme en maternité)
- La vétusté du matériel et des locaux datant du temps colonial.
- Les ruptures et le caractère monolithiques des médicaments.

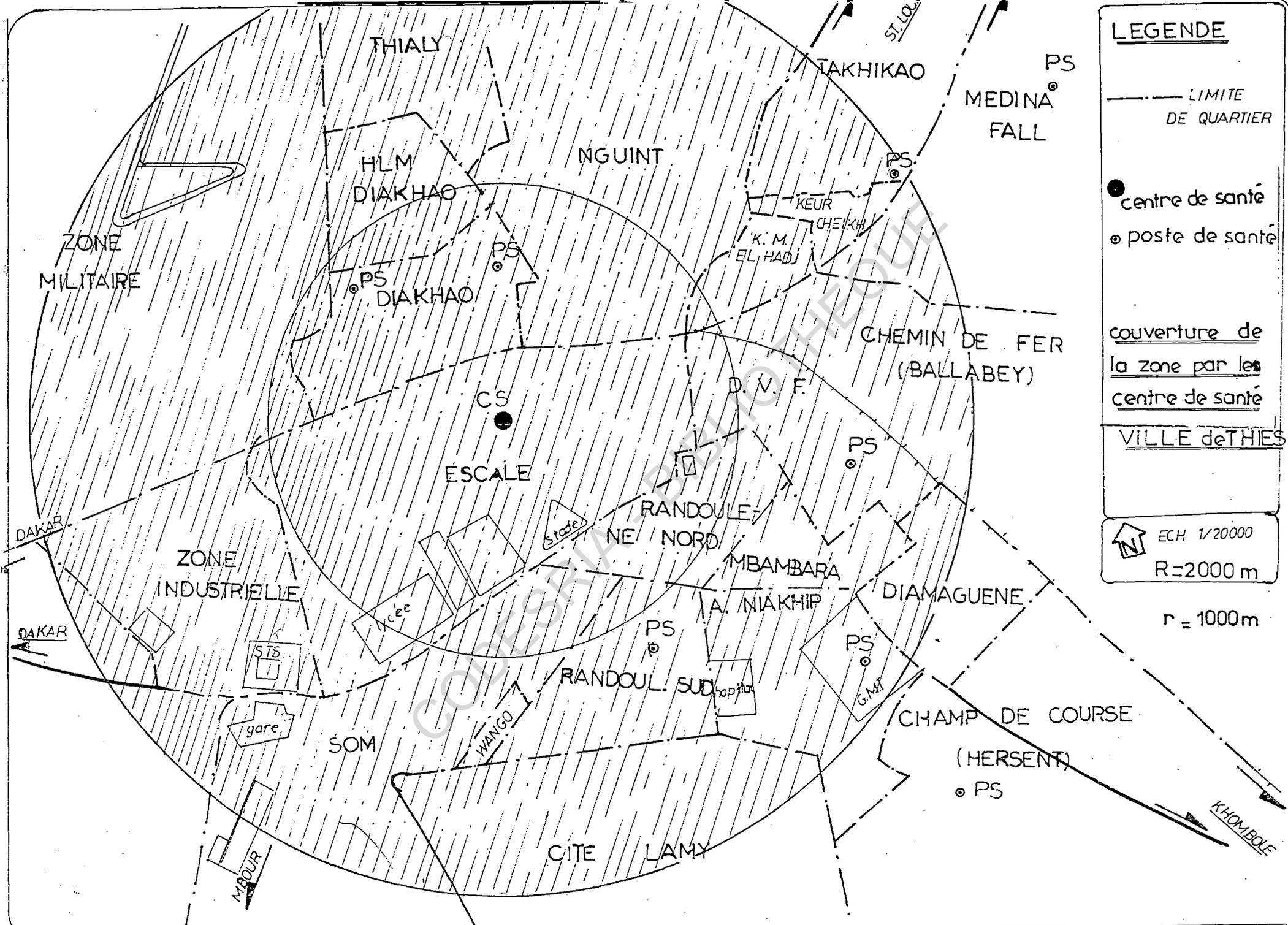
2.2.1.4 - Les postes de santé

La ville de Thiès compte 8 postes de santé soit un poste de santé pour 21 933 habitants (en comptabilisant les deux postes de santé de la régie des chemins de fer et celui de l'armée). La norme fixe la charge par poste de santé à 10 000 habitants.

a) Equipements médicaux par zone

Tableau n°55

| Quartiers | Nombre |
|---------------|-----------------------------------|
| Escale | 1 CS (étatique) |
| Grand (Thiès) | 1 PS (municipal) |
| Hersent | 1 PS (municipal) |
| Takhikao | 1 PS (étatique) |
| Diakhao | 2 PS (municip. et confessionnel). |
| DVF | 1 PS (régie) |
| Abdou Niakhip | 1 PS (armée) |
| Médina Fall | 1 PS (municipal) |



LEGENDE

— — — LIMITE DE QUARTIER

● centre de santé

○ poste de santé

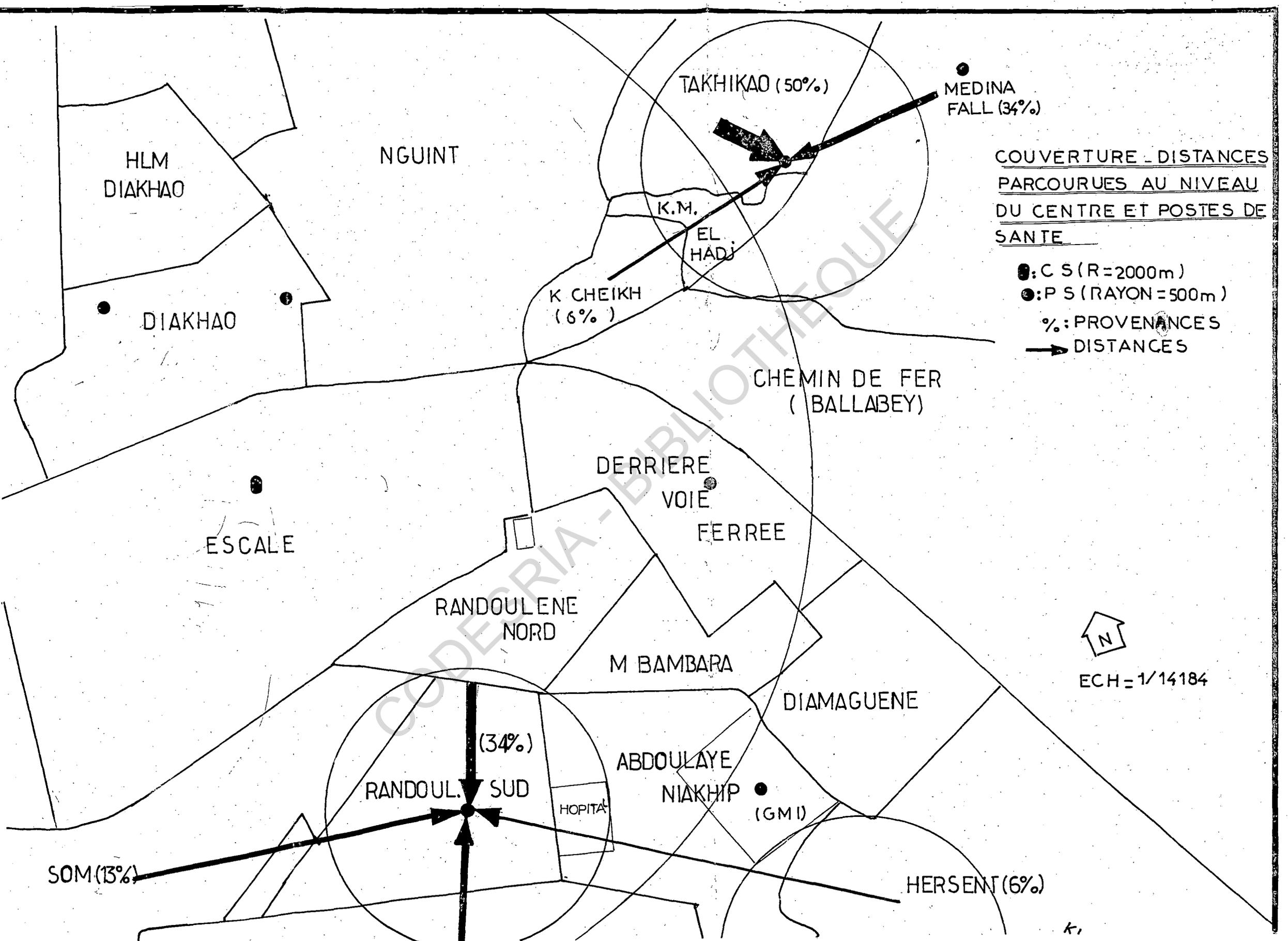
couverture de la zone par les centre de santé

VILLE de THIES

⬆ ECH 1/20000

R=2000 m

r = 1000 m



HLM
DIAKHAO

NGUINT

TAKHIKAO (50%)

MEDINA
FALL (34%)

COUVERTURE - DISTANCES
PARCOURUES AU NIVEAU
DU CENTRE ET POSTES DE
SANTE

- : C S (R=2000m)
- : P S (RAYON=500m)
- %: PROVENANCES
- DISTANCES

DIAKHAO

K CHEIKH
(6%)

K.M.
EL
HADJ

CHEMIN DE FER
(BALLABEY)

ESCALE

DERRIERE
VOIE
FERREE

RANDOULENE
NORD

M BAMBARA



ECH = 1/14184

DIAMAGUENE

(34%)
RANDOUL. SUD

ABDOULAYE
NIAKHIP

(GMI)

HOPITAL

SOM (13%)

HERSENT (6%)

La charge par poste de santé serait de 29 244 habitants sans les deux postes privés.

A Thiès, on remarque que la majorité des postes est réalisée sur financement municipal.

L'Etat participe à cet effort en octroyant à chaque poste de santé un budget de fonctionnement et si possible du matériel médical donné par les pays amis et organismes spécialisés. La municipalité pour sa part ne s'acquitte même plus du taux de son budget destiné à la promotion de la santé.

Il est à noter que l'effort fourni par les populations est très apprécié ici car c'est ce qui fait fonctionner les structures de base. C'est ainsi qu'on a pu voir des chefs de poste en accord avec les populations, augmenter le taux de participation de la population pour faire face au problème de fonctionnement de leurs équipements de santé. C'est notamment le cas du poste de santé de Takhlikao où la participation est fixée à 100 F cfa pour toutes les personnes, enfants et adultes.

2.2.2.1.5 - Admission dans les postes de santé

L'admission des malades au poste de santé se fait de même manière dans toutes les structures du pays. L'infirmier chef de poste dirige le service et procède par lui-même à la consultation de malades.

On trouve aux problèmes les plus aigus des postes de santé de Thiès :

- L'insuffisance et la mauvaise répartition des postes de santé sur l'ensemble de la ville
- L'accessibilité de certains postes de santé, faute ~~de~~ d'infrastructures de transport et de moyen de déplacement
- Les postes de santé n'ont pas de service PMI
- Le manque et l'insuffisance du personnel et de matériel et médicaments.

a) Présentation de quelques postes de santé

Tableau n°56

| Postes Caractéristiques | P.S Takhikhao | PS Randoulène (Gd Thiès) | P.S Hersent |
|----------------------------|---|--|---|
| Personnel | Il manque : - 1 sage-femme - 1 infirmier-adjoint - 2 manoeuvres | Il faut en plus : - 1 sage femme - 1 agent sanitaire | Il faut encore - 1 sage-femme - 1 infirmier adjoint - 2 manoeuvres |
| Matériel | *Incomplet et pas satisfaisant. | Incomplet | Incomplet |
| Médicaments | Ruptures fréquentes | Ruptures fréquentes | Ruptures fréquentes |
| Consultations+Cons. | 1300/mois (50/j) | 1170/mois (41 malades le 20.02.90) | 1300/mois (12 malades le 20.02.90) |
| Recettes | 110 à 140 000 F/mois | 60 à 120 000 F/mois | 40 à 50 000 F/mois |
| Dépenses | -60% médicaments -20% entretien -10APS -10% divers | | |
| Disponible. | Variable parfois même déficitaire (environ ile ne dépasse pas 10% de recettes). | | |

* Le matériel est en général vétuste et il reste incomplet. Il y a une variété de matériel réclamé.

Les autres problèmes restent liés au transport des malades et aussi aux moyens de communication comme le téléphone qui est absent dans les postes de Thies. On s'aperçoit de la faible fréquentation des postes ^{aussi}.

Les recettes sont très faibles pour couvrir les besoins en médicaments essentiels. Cette situation explique l'afflux de malades vers les postes de santé privés qui ont plus de moyens. En 1980, les postes de santé et de la mission faisaient en moyenne 1800 à 2000 consultations par mois (PDU).

Les ménages aux revenus élevés ont tendance à s'orienter vers les hôpitaux et cabinets de Dakar (voir fréquentation des équipements).

Tableau n° Distance postes de santé - quartiers

| Provenance | P.S Hersent | | P.S Takhikao | | P.S Grand Thiès Randoulène Sud | |
|--------------|-------------|----------|--------------|----------|-----------------------------------|----------|
| | % | Distance | % | Distance | % | Distance |
| Hersent | 100 | 500 m | | | 6 | 1500 m |
| Takhkao | | | 50 | 600 m | | |
| Medina Fall | | | 34 | 600 m | | |
| Keur Cheikh | | | 6 | 450 m | | |
| Kawsara | | | 9 | | | |
| Grand-Thiès | | | | | 34 | 1000 m |
| Cité Lammy | | | | | 22 | 600m |
| Cité Senghor | | | | | 19 | |
| Som | | | | | 13 | 1200 |
| Silmany | | | | | 3 | |
| Keur Djeub | | | | | 3 | |

MT

% = Pourcentage des provenances des malades durant le mois ayant précédé notre enquête (résultat obtenu des registres au niveau des différents postes de santé.)

Le rayon d'action réel des postes de santé est variable par zone on trouve 500 m à Hersant ; 600 m à Takhikao et jusqu'à 1000 m à Grand Thiès.

2.2.2.2 - Fréquentation et utilisation des équipements

2.2.2.2.1 - Le quartier de l'Escale

Cette zone est le quartier résidentiel de la ville. On y rencontre la plus grande partie des équipements collectifs et le niveau de vie le plus élevé. Le revenu mensuel par ménage atteint 91 655 F. L'occupation du quartier est régulière à 100%.

2.2.2.2.1.1 - La répartition ethnique de la population

Cette partie de la ville est la plus diversifiée. On y retrouve la plupart des fonctionnaires et les élèves venant de l'intérieur de la région. Les ouolof sont au premier rang soit 63% de la population.

La répartition pour l'ensemble de la zone est la suivante :

| | | |
|----------|-----|----------|
| - ouolof | 63% | |
| - Peulh | 17% | |
| - Sérère | 11% | ID = 56% |
| - Diola | 2% | |
| - Autres | 7% | |

Comme nous l'avons souligné plus haut, on rencontre un grand nombre d'élèves dans cette zone venus de l'intérieur du pays pour accomplir leurs études grâce aux possibilités que leur offre la ville de Thiès.

La part des personnes productives reste faible 17%, qui doivent nécessairement prendre la charge des autres.

La répartition donne :

| | |
|--------------------|-----|
| - élèves/étudiants | 57% |
| - artisans | 3% |
| - commerçants | 1% |
| - salariés | 9% |
| - employeurs | 4% |
| - sans occupation | 26% |

2.2.2.2.1.3 - La répartition de la population par sexe et par âge.

La même observation faite plus haut à savoir l'importance de la population jeunes (les moins de 20 ans est confirmée ici. Il est particulièrement important pour la classe d'âge 15-19 ans constituée par les lycéens aussi bien les garçons que les filles.

Tableau n°58 : Répartition population/sexe/âge %

| Age Pop | 0-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60 et + | Total |
|------------|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|
| H | 11 | 15 | 11 | 21 | 13 | 4 | 5 | 1 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 100 |
| F | 10 | 15 | 16 | 20 | 12 | 7 | 3 | 4 | 4 | 5 | 3 | 1 | 2 | 100 |
| Total | 11 | 15 | 14 | 21 | 12 | 5 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 100 |

MT

2.2.2.2.1.4 - Equipements médicaux et fréquentation

a) Equipements

Le quartier Escale compte 7909 habitants. On y trouve comme équipements médicaux :

- un centre de santé
- une inspection médicale des élèves
- un service d'hygiène
- quatre cliniques et cabinets privés.

Dans le cadre de notre étude, seuls les postes de santé et centres de santé à caractère public sont retenus. La zone d'Escale est couverte par un centre de santé (centre qui est à l'échelle du département).

En considérant le poste de santé compris dans les centres de santé, nous pouvons dire que la couverture est correcte dans cette zone car la norme fixe la charge de l'équipement à 10 000 habitants et l'Escale n'en compte que 7909 habitants.

b) Fréquentation des équipements

Comme pour la ville de Pikine, nous avons procédé à Thiès à des enquêtes au niveau des malades et des équipements pour mieux saisir la fréquentation des équipements (1) d'une part et les pratiques des populations en matière d'assistance médicale d'autre part.

Dans la zone d'Escale, nous avons trouvé le jour de l'enquête 4% de la population atteinte d'incapacité physique.

Tableau n°59 : Répartition des malades par sexe et par âge

| Age | 0-1 | | 1-4 | | 5-9 | | 10-14 | | 15-19 | | 20-24 | | 25-29 | | 30-34 | | 35-39 | | 40-44 | | 45-49 | | 50-54 | | 55-59 | | 60e+ | | Total | | |
|-----|-----|----|-----|-----|-----|----|-------|----|-------|-----|-------|----|-------|----|-------|-----|-------|---|-------|----|-------|-----|-------|----|-------|----|------|-----|-------|-----|-----|
| | Pop | VA | % | Pop | VA | % | Pop | VA | % | Pop | VA | % | Pop | VA | % | Pop | VA | % | Pop | VA | % | Pop | VA | % | Pop | VA | % | Pop | VA | % | |
| H | Po | 3 | 2 | 19 | 10 | 29 | 15 | 22 | 11 | 42 | 22 | 24 | 13 | 8 | 4 | 10 | 5 | 2 | 1 | 5 | 3 | 5 | 3 | 6 | 3 | 8 | 4 | 9 | 5 | 192 | 100 |
| | ME | - | - | 4 | 20 | 2 | 10 | 1 | 5 | 1 | 5 | - | - | 2 | 10 | 1 | 5 | - | - | 1 | 5 | 2 | 10 | - | - | 4 | 20 | 2 | 10 | 20 | 100 |
| | MJE | - | - | - | - | - | - | 1 | 20 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 40 | 2 | 40 | - | - | 5 | 100 |
| F | Po | 3 | 1 | 18 | 8 | 31 | 15 | 33 | 16 | 42 | 20 | 23 | 11 | 14 | 7 | 7 | 3 | 9 | 4 | 8 | 4 | 10 | 5 | 7 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 210 | 100 |
| | ME | - | - | - | - | 2 | 8 | 1 | 4 | 3 | 13 | 3 | 13 | - | - | 1 | 4 | 2 | 8 | 1 | 4 | 4 | 17 | 4 | 17 | - | - | 3 | 13 | 24 | 100 |
| | MJE | - | - | - | - | 1 | 9 | - | - | 1 | 9 | 2 | 18 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 18 | 2 | 18 | - | - | 3 | 27 | 11 |

MT

Po = Population

ME = Malades des 12 mois précédents enquête.

MJE = Malades du jour de l'enquête.

(1) L'expression fréquentation des équipements est réservée à la médecine moderne.

De ce tableau nous avons extrait les résultats concernant les groupes cibles comme déjà expliqué dans la partie consacrée à Pikine.

Population d'âge 0-9 ans malade le jour de l'enquête.

Le jour de l'enquête, les enfants de 0-9 ans malades s'élèvent à 6% des malades. On l'a déjà souligné, L'Escale est la zone de résidence où la plupart des fonctionnaires de la ville habitent. Cette catégorie socio-professionnelle fait avec les élèves 66% de la population. Il existe sans doute une relation entre l'éducation et la santé (vérifiée par l'OMS), ce qui peut expliquer ce constat chez les enfants de 0 à 9 ans.

Tableau n° 60: Répartition des enfants de 0-9 ans malades

| Age Pop | 0-1 | | | 0-4 | | | 0-9 | | | 9 et + | | | Total | | |
|----------------|-----|-----|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|-----|----|-------|-----|----|
| | VA | % | ‰ | | | | | | | | | VA | % | ‰ | |
| ME | | | | 4 | 9 | 9 | 8 | 18 | 8 | 36 | 82 | 12 | 44 | 100 | 11 |
| MJE | | | | | | | 1 | 6 | 1 | 15 | 94 | 5 | 16 | 100 | 4 |
| P ₀ | 6 | 100 | | 43 | 100 | 103 | 100 | 301 | 100 | 404 | 100 | | | | |

MT

% = Malades dans la tranche d'âge parmi les malades des 12 mois précédents l'enquête ou du jour de l'enquête

% = Malades dans les tranches d'âge parmi la population de chaque classe.

Malades âgés de 15 à 49 ans et de 15 à 55 ans.

On a compté parmi les malades du jour de l'enquête 45% de femmes en âge de procréer et 56% pour la population active (15-55 ans) les deux sexes compris.

40% des hommes malades ce jour sont des actifs. Comme pour Pikine on remarque là aussi le pourcentage élevé d'hommes actifs malades.

Tableau n°61 : Répartition par sexe et âge des malades de 15-49 ans et 15-55)

| Pop | Age | 15 - 49 | | | 15 - 55 | | |
|-------|-----|---------|----|----|---------|----|----|
| | | VA | % | % | VA | % | % |
| H | ME | 5 | 25 | 5 | 7 | 35 | 7 |
| | MJE | | | | 2 | 40 | 2 |
| F | ME | 14 | 58 | 12 | 18 | 75 | 15 |
| | MJE | 5 | 45 | 4 | 7 | 64 | 16 |
| Total | ME | 19 | 43 | 11 | 25 | 57 | 11 |
| | MJE | 5 | 31 | 4 | 9 | 56 | 4 |

MT

c) Part relative des différentes ethnies parmi les malades et dans la population

Les ouolofs qui constituent 63% de la population ne sont représentés au niveau des malades qu'à 49%. Inversement, les peulh qui sont 17% de la population sont un peu plus représentés au niveau des malades. Les sérères sont équilibrés dans les deux cas alors que les diolas et les ethnies résiduelles sont en surnombre parmi les malades si l'on considère leur poids démographiques.

Tableau n°62 : Répartition par ethnie des malades

| Ethnies | Malades au CS | Population |
|---------|---------------|------------|
| Ouolof | 49% | 63% |
| Pular | 20% | 17% |
| Sérère | 11% | 11% |
| Diola | 6% | 2% |
| Autres | 14% | 7% |
| ID | 0,68 | 0,56 |

M.T

On trouve une plus grande diversification dans les malades que dans la population.

d) Répartition par ethnie et par médecine

Les ethnies peulh et sérère qui occupent les 2e et 3ème rangs selon leur population occupent le 2ème rang parmi les malades qui fréquentent la médecine moderne. Cependant ces rangs pondérés par leur poids démographiques, permet de déclarer que ces deux groupes ethniques fréquentent cette même médecine mieux que les oulofs.

Tableau n°63 : Répartition par ethnie et par médecine.

| Ethnie Médecine | Olof | | | Feulh | | | Serere | | | Diola | | | Autre | | | Total | | |
|--------------------|------|----|-----|-------|----|-----|--------|----|-----|-------|---|---|-------|----|-----|-------|-----|-----|
| | VA | % | % | | | | | | | | | | | | | VA | % | % |
| Mod. | 13 | 45 | 68 | 7 | 24 | 54 | 7 | 24 | 100 | - | - | - | 2 | 7 | 40 | 29 | 100 | 66 |
| Trad. | 1 | 33 | 5 | 1 | 33 | 8 | - | - | - | - | - | - | 1 | 33 | 20 | 3 | 100 | 7 |
| Mod+Trad | 5 | 42 | 26 | 5 | 42 | 38 | - | - | - | - | - | - | 2 | 17 | 40 | 12 | 100 | 27 |
| Sans trait. | - | | | - | | | - | | | - | | | - | | | - | | |
| Total | 19 | 43 | 100 | 13 | 30 | 100 | 7 | 16 | 100 | - | - | - | 5 | 11 | 100 | 44 | 100 | 100 |

MT

VA = Valeur absolue échantillon

% = Répartition par médecine des ethnies

% = Répartition des différentes médecines dans les ethnies

On a 66% des patients qui consultent la médecine moderne contre 7% en médecine traditionnelle et 27% les deux médecines.

e) Comportement des malades pendant la durée du traitement

Les malades en début de traitement sollicitent plus les services de la médecine moderne. En terme de guérison, on retrouve aussi, cette médecine qui fait plus de guéris. On peut noter que la médecine traditionnelle guéri 33% de ses patients et la pratique des deux médecines font 58% de satisfaction.

Tableau n° 64 : Comportement malades pendant le traitement

| Médecine | Début trait. | | En cours trait. | | | Fini trait. | | | Total |
|------------|--------------|-----|-----------------|-----|----|-------------|-----|----|-------|
| | VA | % | VA | % | % | VA | % | % | % |
| Mod. | 29 | 66 | 9 | 56 | 31 | 20 | 71 | 69 | 100 |
| Trad. | 3 | 7 | 2 | 13 | 67 | 1 | 4 | 33 | 100 |
| Mod + Trad | 12 | 27 | 5 | 31 | 42 | 7 | 25 | 58 | 100 |
| Total | 44 | 100 | 16 | 100 | 36 | 28 | 100 | 64 | 100 |

MT

f) Equipements médicaux fréquentés par les malades

Il y a 18% des malades qui font 70 km pour venir à Dakar se faire soigner. Parmi ceux-ci ; la moitié seulement des patients ont consulté avant un service médical de la ville. 36% de malades se soignent dans les équipements à caractère privé.

Tableau n°65 : Equipements fréquentés

| Equipement | Pourcentage | I.D |
|---------------|-------------|-----|
| Hôp. de Dakar | 18% | 79% |
| Hôp. de Thiès | 18% | |
| C.S de Thiès | 11% | |
| Autres | 36% | |

MT

2.2.2.2.2 - La zone de Grand-Thiès

Cette zone constitue le centre-ville. Elle a été occupée régulièrement malgré quelques poches irrégulières. Le niveau de vie de la zone est intermédiaire par rapport à l'ensemble de la ville. Le revenu mensuel par ménage est de l'ordre de 62626 F.

2.2.2.2.1 - La répartition ethnique de la population

Le quartier est essentiellement habité par les ouolofs (82% de la population) ce qui lui donne un faible indice de 0,31.

La répartition par ethnie est la suivante :

| | |
|----------|-----|
| - Ouolof | 82% |
| - Peulh | 5% |
| - Sérère | 1% |
| - Diola | 4% |
| - Autres | 8% |

2.2.2.2.2 - La répartition par catégorie socio-professionnelle

Dans cette partie de la ville, on peut remarquer l'importance des élèves et étudiants qui constituent avec la catégorie socio-professionnelle des sans occupation 86% de la population, soit une lourde charge supportée par les travailleurs. Dans le détail, cette population se décompose comme ci-après :

| | |
|--------------------|-----|
| - élèves/étudiants | 41% |
| - artisans | 5% |
| - commerçants | 2% |
| - salariés | 6% |
| - employeurs | 2% |
| - sans occupation | 44% |

2.2.2.2.3 - La répartition de la population par sexe et par âge.

Cette répartition laisse entrevoir l'importance de la population de moins de 20 ans caractéristique des pays sous-équipés . . .

Tableau n°66 : Répartition population/sexe/âge

| Age \ Pop | 0 - 4 | 5 - 9 | 10 - 14 | 15 - 19 | 20 - 24 | 25 - 29 | 30 - 34 | 35 - 39 | 40 - 44 | 45 - 49 | 50 - 54 | 55 - 59 | 60 et + |
|-----------|-------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| H | 19 | 14 | 18 | 13 | 7 | 6 | 6 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 5 |
| F | 18 | 13 | 18 | 15 | 7 | 6 | 8 | 9 | 2 | 2 | 2 | 2 | 5 |
| Total | 14 | 14 | 18 | 14 | 7 | 6 | 7 | 6 | 3 | 3 | 2 | 2 | 5 |

MT

2.2.2.2.4 - Equipement de santé et de fréquentationa) Equipement

Dans cette partie de la ville on compte un seul poste de santé pour une population de 16478 habitants, alors que la norme est de 10 000 habitants.

b) FréquentationRépartition par sexe et âge des malades

Le jour de l'enquête, 5% de la population s'est déclarés malades.

Tableau n°67 : Répartition des malades/sexe/âge

| Age \ Pop | 0-1 | | 1-4 | | 5-9 | | 10-14 | | 15-19 | | 20-24 | | 25-29 | | 30-34 | | 35-39 | | 40-44 | | 45-49 | | 50-54 | | 55-59 | | 60 et + | | Total | | |
|-----------|-----|---|-----|----|-----|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|---------|----|-------|-----|-----|
| | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | | | |
| H | P | 6 | 3 | 32 | 16 | 28 | 14 | 36 | 18 | 26 | 13 | 14 | 7 | 11 | 6 | 11 | 6 | 4 | 2 | 4 | 2 | 6 | 3 | 5 | 3 | 3 | 3 | 21 | 6 | 197 | 100 |
| | ME | 1 | 6 | 1 | 6 | 1 | 6 | - | - | 3 | 17 | 2 | 11 | 1 | 6 | - | - | 2 | 11 | - | - | 1 | 6 | 1 | 6 | - | - | 5 | 28 | 18 | 100 |
| | MJE | - | - | 1 | 13 | - | - | - | - | 1 | 13 | 2 | 25 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 13 | - | - | 3 | 38 | 8 | 100 |
| F | P | 1 | 1 | 15 | 8 | 26 | 13 | 35 | 18 | 30 | 15 | 13 | 7 | 12 | 6 | 16 | 8 | 18 | 9 | 8 | 4 | 5 | 3 | 5 | 3 | 4 | 2 | 9 | 6 | 197 | 100 |
| | ME | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | - | - | 2 | 10 | - | - | 2 | 10 | 3 | 15 | 2 | 10 | 2 | 10 | - | - | 1 | 5 | 2 | 10 | 3 | 15 | 20 | 100 |
| | MJE | - | - | 1 | 13 | 1 | 13 | - | - | 1 | 13 | - | - | 1 | 13 | 2 | 25 | 1 | 13 | - | - | - | - | - | - | 1 | 13 | - | - | 8 | 100 |

MT

PO = Population enquêtée

ME = Malade des 12 mois précédents l'enquête

MJE = Malade le jour de l'enquête

VA = Valeur absolue échantillon

% = Lire horizontalement

Répartition des malades de 0-9 ans par sexe et âge.

Le jour de l'enquête ; 19% des malades avaient entre 0 et 9 ans. Il faut rappeler que ni le seul centre de santé de la ville et encore moins les postes de santé à Thiès n'offrent un service de maternité c'est pourquoi les patientes se font traiter à l'hôpital de la ville

Tableau n°68 : Population de 0-9 ans malade le jour de l'enquête

| Age | 0-1 | | | 0-4 | | | 0-9 | | | 9 et + | | | Total | | |
|----------------|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|----|----|-------|-----|----|
| | VA | % | % | | | | | | | | | | VA | % | % |
| ME | 2 | 5 | 29 | 4 | 11 | 7 | 6 | 16 | 6 | 32 | 84 | 11 | 38 | 100 | 10 |
| MJE | - | - | - | 2 | 13 | 4 | 3 | 19 | 4 | 13 | 81 | 5 | 16 | 100 | 5 |
| P _o | 7 | 100 | 54 | 100 | 108 | 100 | 286 | 100 | 394 | 100 | | | | | |

MT

% = Malades dans les classes d'âge.

% = Malades dans les classes d'âge parmi chaque population d'une classe.

Répartition des malades âgés de 15-55 ans le jour de l'enquête

On trouve 63% des femmes malades le jour de l'enquête parmi celles qui sont en âge de procréer. 56% des malades du jour de l'enquête sont des actifs alors que les hommes malades le même jour constituent 22% de la tranche masculine.

Tableau n°69 : Répartition malades 15-55 ans.

| Age | Pop | 15-49 | | | 15-55 | | |
|-------|-----|-------|----|----|-------|----|----|
| | | VA | % | % | VA | % | % |
| H | ME | 9 | 50 | 11 | 10 | 55 | 12 |
| | MJE | 3 | 17 | 4 | 4 | 22 | 5 |
| F | ME | 11 | 55 | 11 | 12 | 60 | 11 |
| | MJE | 5 | 63 | 5 | 5 | 63 | 5 |
| Total | ME | 20 | 53 | 11 | 22 | 58 | 12 |
| | MJE | 8 | 50 | 4 | 9 | 56 | 5 |

M.T

c) Part relative des différentes ethnies parmi les malades et dans la population

Les oulofs qui représentent 82% de la population ne sont présents qu'à 50% parmi les malades. Tel n'est pas le cas pour les autres ethnies où leur part relative parmi les malades est plus élevée que leur poids dans la population et plus particulièrement pour les sérères.

Tableau n° 70: Malades dans les différentes ethnies

| Ethnie | Malades du P.S | Population |
|--------|----------------|------------|
| Ouolof | 50% | 82% |
| Peulh | 19% | 5% |
| Sérère | 13% | 1% |
| Diola | - | 7% |
| Autres | 19% | 4% |
| ID | 0,66 | 0,31 |

d) Répartition par ethnie et par médecine fréquentée

MT

Cette répartition indique qu'à Grand-Thiès, la fréquentation de la médecine moderne est sensiblement équilibrée pour les oulofs par rapport à leur poids démographique et assez importante pour les peulhs.

On constate aussi qu'une part importante 40% des malades pratiquent l'association des deux médecines.

Tableau n° 71: Répartition ethnie/Médecine

| Ethnie Médecine | Olof | | | Peulh | | | Serere | | | Diola | | | Autre | | | Total | | |
|--------------------|------|----|-----|-------|----|-----|--------|--|---|-------|-----|---|-------|-----|-----|-------|-----|----|
| | VA | % | ‰ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mod. | 16 | 84 | 52 | 3 | 16 | 75 | | | | | | | | | | 19 | 100 | 50 |
| Trad. | 2 | 50 | 6 | | | | | | | | | | 2 | 50 | 100 | 4 | 100 | 10 |
| Mod+Trad | 13 | 87 | 42 | 1 | 7 | 25 | | | 1 | 7 | 100 | | | | 15 | 100 | 40 | |
| Sans Trait. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 31 | 82 | 100 | 4 | 11 | 100 | | | 1 | 3 | 100 | 2 | 5 | 100 | 38 | 100 | 100 | |

MT

% = Répartition ethnique par médecine

% = Répartition ethnique des différentes médecines dans une ethnie

e) Comportement des malades pendant la durée du traitement.

Les patients se dirigent en début de traitement vers la médecine moderne pour moitié. Cependant, la performance en fin de traitement est sensiblement égale à 53% pour la médecine moderne et 50% pour la médecine traditionnelle. Elles sont toutes deux précédées par l'association des deux médecines qui se situe à 67%.

Tableau n° 72: Attitude des malades et résultats de la médecine

| Médecine | Début trait. | | En cours trait. | | | Fin. trait. | | | Total |
|------------|--------------|-----|-----------------|-----|----|-------------|-----|----|-------|
| | VA | % | VA | % | % | VA | % | % | % |
| Mod. | 19 | 50 | 9 | 56 | 47 | 10 | 45 | 53 | 100 |
| Trad. | 4 | 11 | 2 | 13 | 50 | 2 | 9 | 50 | 100 |
| Mod + Trad | 15 | 39 | 5 | 31 | 33 | 10 | 45 | 67 | 100 |
| Total | 38 | 100 | 16 | 100 | 42 | 22 | 100 | 58 | 100 |

MT

f) Equipements fréquentés

Le même nombre de patients fréquentent l'équipement de quartier que les hôpitaux de Dakar. Dans ce quartier de Grand-Thiès, le poste de santé est mal fréquenté à cause de la proximité de l'hôpital régional (50% de patients s'y rendent)

Mais aussi le poste militaire qui polarise la zone.

Tableau n° 73: Equipements fréquentés

| Equipements | Pourcentages |
|--------------------|--------------|
| Hôp. Dakar | 13% |
| Hôp. de Thiès | 50% |
| C.S de Thiès | 11% |
| P.S de grand Thiès | 13% |
| Autres | 32% |

MT

2.2.2.2.3 - La zone de Keur Cheikh M. El Hadj-Takhikao

Cette partie de la ville se situe sur la route de Tivaouane un peu à l'écart du centre. Elle a été occupée quelques années après la création du quartier résidentiel (Escale). Le statut de l'occupation est irrégulier. Le niveau de vie est l'un des plus faible de la ville : le revenu moyen mensuel est de 40 866F.

2.2.2.2.3.1 - La répartition ethnique de la population

La zone est essentiellement habitée par les ouolofs (88%), il n'est donc étonnant que l'indice de diversification soit l'un des plus faibles des zones de Thiès.

La répartition par ethnie est la suivante :

| | | |
|----------|-----|----------|
| - Ouolof | 88% | |
| - Peulh | 7% | |
| - Sérère | 2% | ID = 22% |
| - Diola | 1% | |
| - Autres | 2% | |

2.2.2.2.3.2 - La répartition par catégorie socio-professionnelle

Le poids des personnes non productives est encore très important soit 85%, qui sont prises en charge par les travailleurs.

La répartition se présente comme suit :

| | |
|--------------------|-----|
| - artisans | 9% |
| - élèves/étudiants | 38% |
| - commerçants | 3% |
| - employeurs | 2% |
| - salariés | 1% |

2.2.2.2.3.3 - La répartition par sexe et âge.

Les enfants de moins de 10 ans représentent 30% de la population. Les femmes représentent plus de sa moitié alors que les jeunes de moins de 20 ans font 57% de la population.

Tableau n°74 : Répartition de la population/sexe/âge %.

| Age \ Pop | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 et + |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------|
| H | 11 | 21 | 15 | 12 | 10 | 5 | 5 | 4 | 5 | 3 | 2 | 2 | 4 |
| F | 13 | 17 | 14 | 12 | 8 | 7 | 5 | 8 | 4 | 3 | 2 | 2 | 5 |
| Total | 13 | 17 | 15 | 12 | 9 | 6 | 5 | 6 | 4 | 3 | 2 | 2 | 5 |

MT

2.2.2.2.3.4 - Equipements médicaux et fréquentation

a) Equipement

La zone compte 16 122 habitants pour un poste de santé. La norme étant de 10000 habitants polarisée autour d'un rayon de 500 m.

b) Fréquentation

La répartition des malades par sexe et âge :

Dans cette partie de la ville, 3% de la population ont déclaré être malades le jour de l'enquête.

Tableau n°75 - Répartition malade/sexe/âge

| Age \ Pop | 0-1 | | 1-4 | | 5-9 | | 10-14 | | 15-19 | | 20-24 | | 25-29 | | 30-34 | | 35-39 | | 40-44 | | 45-49 | | 50-54 | | 55-59 | | 60 et + | | total | | |
|-----------|-----|----|-----|----|-----|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|---|---------|----|-------|-----|-----|
| | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | VA | % | | | |
| H | PO | 6 | 2 | 26 | 11 | 50 | 21 | 36 | 15 | 29 | 12 | 23 | 10 | 11 | 5 | 12 | 5 | 10 | 4 | 13 | 5 | 7 | 3 | 4 | 2 | 4 | 2 | 10 | 4 | 231 | 100 |
| | ME | - | - | 1 | 6 | 1 | 6 | 3 | 17 | - | - | - | - | - | - | 2 | 11 | 1 | 6 | 1 | 6 | - | - | 1 | 6 | 1 | 6 | 7 | 37 | 18 | 100 |
| | MJE | - | - | - | - | - | - | 1 | 17 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 17 | 4 | 67 | 6 | 100 |
| F | PO | 10 | 4 | 23 | 9 | 41 | 17 | 35 | 14 | 30 | 12 | 20 | 8 | 18 | 7 | 13 | 5 | 19 | 8 | 9 | 4 | 7 | 3 | 4 | 2 | 4 | 2 | 15 | 7 | 248 | 100 |
| | ME | 1 | 5 | 1 | 5 | - | - | 1 | 5 | 1 | 5 | 4 | 21 | 1 | 5 | 1 | 5 | - | - | 3 | 16 | 2 | 11 | 1 | 5 | - | - | 3 | 15 | 19 | 100 |
| | MJE | - | - | 1 | 13 | - | - | - | - | - | - | 1 | 13 | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 25 | 2 | 25 | - | - | - | - | - | 2 | 25 |

MT

PO = Population enquêtée

ME = Malade jour enquête

MJE = Malade jour enquête

VA = Valeur absolue échantillon

% = Lire horizontalement

Répartition des malades de 0-9 ans le jour de l'enquête

On compte 7% des malades le jour de l'enquête dans la tranche d'âge 0-9. Il faut rappeler que des omissions interviennent très souvent dans le recensement des enfants. On peut ajouter à cela, le caractère tabou chez certaines personnes, de parler d'enfants malades.

Cette partie de la ville ne compte ni maternité, ni pédiatrie.

Tableau n° 76 : Répartition des enfants de 0-9 ans malade

| Age Pop | 0-1 | | | 0-4 | | | 0-9 | | | 9 et + | | | Total | | |
|------------|-----|-----|----|-----|-----|---|-----|-----|---|--------|-----|----|-------|-----|---|
| | VA | % | % | | | | | | | | | | VA | % | % |
| ME | 1 | 3 | 36 | 3 | 8 | 5 | 4 | 11 | 3 | 33 | 89 | 10 | 37 | 100 | 8 |
| MJE | | | | 1 | 7 | 2 | 1 | 7 | 1 | 13 | 93 | 4 | 14 | 100 | 3 |
| Σ | 16 | 100 | | 65 | 100 | | 156 | 100 | | 333 | 100 | | 489 | 100 | |

MT

% = Malades des classes d'âge

% = Malades des classes d'âge parmi la population de chaque classe d'âge.

Répartition des malades de 15 à 55 ans le jour de l'enquête

Parmi les femmes de 15 à 49 ans, 63% étaient malades le jour de l'enquête. En revanche aucun homme actif n'était malade ce jour.

Tableau n° 77 : Répartition malade de 15-55 ans.

| Age Pop | VA | 15-49 | | 15-55 | | | |
|------------|-----|-------|----|-------|----|----|----|
| | | % | % | VA | % | % | |
| H | ME | 4 | 22 | 4 | 5 | 28 | 5 |
| | MJE | - | - | - | - | - | - |
| F | ME | 12 | 63 | 10 | 13 | 68 | 11 |
| | MJE | 5 | 63 | 4 | 5 | 63 | 4 |
| T | ME | 16 | 43 | 7 | 18 | 49 | 8 |
| | MJE | 5 | 36 | 2 | 5 | 36 | 2 |

MT

c) Part relative des différentes ethnies parmi les malades et dans sa population

Les ouolofs qui constituent 88% de la population ne sont présents qu'à 53% parmi les malades alors que ^{pour} le reste de la population, la part relative parmi les malades est plus importante que le poids ~~respectif~~ dans la population. Le cas des peulhs est plus remarquable.

Tableau n° 78: Répartition des différentes ethnies parmi les malades

| Ethnie | Malade Ps Takhikao | Population |
|--------|--------------------|------------|
| Ouolof | 53% | 88% |
| Peulh | 22% | 7% |
| Sérère | 9% | 2% |
| Diola | 3% | 1% |
| Autres | 13% | 2% |
| I.D | 0,64 | 0,21 |

MT

d) Répartition des malades par ethnies et par médecine

La faiblesse des ouolofs parmi les malades et l'importance de celles des autres constatée plus haut, se reflète aussi dans la consultation de la médecine moderne. Il en est de même en ce qui concerne la médecine traditionnelle.

La présence d'un seul poste de santé dans la zone, les difficultés que connaît celui-ci et particulièrement en matière de médicaments semble expliquer la faible adhésion à la médecine moderne.

Tableau n° 79: Répartition malade/ethnie/médecine

| Ethnie Médecine | Olof | | | Peulh | | | Sérère | | | Diola | | | Autre | | | Total | | | | |
|--------------------|------|----|-----|-------|----|-----|--------|----|-----|-------|--|--|-------|--|----|-------|-----|----|-----|-----|
| | VA | % | % | | | | | | | | | | | | VA | % | % | | | |
| Mod. | 17 | 81 | 65 | 2 | 10 | 40 | 1 | 5 | 33 | | | | | | 1 | 5 | 33 | 21 | 100 | 57 |
| Trad | 4 | 67 | 15 | 1 | 17 | 20 | | | | | | | | | 1 | 17 | 33 | 6 | 100 | 16 |
| Mod Trad | 5 | 56 | 19 | 2 | 22 | 40 | 2 | 22 | 67 | | | | | | | | | 9 | 100 | 24 |
| Sans trait | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 33 | 33 | 1 | 100 | 3 |
| Total | 26 | 70 | 100 | 5 | 14 | 100 | 3 | 8 | 100 | | | | | | 3 | 100 | 100 | 37 | 100 | 100 |

MT

% = Répartition ethnique par médecine

% = Répartition des différentes médecines dans une ethnies.

e) Comportement des malades durant le traitement

Si la part de la médecine moderne est très importante en début de traitement avec 57%, en ce qui concerne les guérisons, toutes les performances sont ^{égales ou} supérieures à 50% même si la médecine moderne enregistre quand même un petit record avec 67%.

Tableau n°80 : Attitude et résultats de la médecine

| Médecine | Debut trait. | | En cours trait. | | | Fin trait. | | | Total |
|------------|--------------|-----|-----------------|-----|----|------------|-----|----|-------|
| | VA | % | VA | % | % | VA | % | % | % |
| Mod | 21 | 57 | 7 | 50 | 33 | 14 | 64 | 67 | 100 |
| Trad | 6 | 16 | 3 | 21 | 50 | 3 | 14 | 50 | 100 |
| Mod Trad | 9 | 24 | 4 | 29 | 44 | 5 | 23 | 56 | 100 |
| Sans trait | 1 | 3 | | | | | | | |
| Total | 37 | 100 | 14 | 100 | 38 | 22 | 100 | 60 | 100 |

MT

f) Equipements fréquentés

Le nombre des patients se rendant à Dakar soit 70 km est le même que celui qui fréquente le centre de santé de la ville. L'explication donnée tout à l'heure à savoir les difficultés du poste de santé de Takhikao, est confirmée par ce tableau qui laisse entrevoir la faible fréquentation de l'équipement.

Tab 81 Equipements fréquentés

| Equipement | Pourcentage |
|--------------|-------------|
| Hôp. Dakar | 14% |
| Hôp. Thiès | 24% |
| C.S Thiès | 14% |
| P.S Takhikao | 6% |
| Autres | 28% |

M.T

2.2.3 Conclusion

L'équipement collectif de façon générale et l'équipement médical en particulier doivent être fonctionnels afin que les objectifs qui leur sont assignés, soient atteints dans les meilleures conditions.

Trois niveaux sont à définir dans le cas de l'équipement de santé pour que celui-ci arrive à répondre aux attentes de la collectivité.

- Premier niveau : l'infrastructure :

C'est le lieu où le service est rendu aux patients. Il devra exister ainsi une bonne harmonisation entre la programmation de l'équipement, sa localisation et le milieu qui doit le recevoir. Les stratégies adoptées par la politique de santé doivent pouvoir s'y passer notamment les activités curatives, préventives et éducatives.

- Deuxième niveau : l'équipement interne :

Il concerne le personnel et le matériel qu'on doit trouver dans tout équipement de santé pour que celui-ci puisse fonctionner normalement. Il y a lieu de souligner qu'en l'absence de personnel qualifié ou de médicaments on remarque une désertion des services de santé.

- Troisième niveau : la population :

Elle joue l'un des rôles les plus importants dans l'atteinte des objectifs assignés à la création des équipements de santé. Ceux-ci lui sont destinés et c'est par la fréquentation que le service médical peut jouer son rôle. Pour ce faire, certains facteurs liés à la population doivent être étudiés :

- L'importance démographique, le niveau d'instruction, la répartition socio-professionnelle, la structure par âge et par sexe, le mode de vie, le pouvoir d'achat etc...des populations.

Ces différents paramètres peuvent mesurer le niveau de santé et aider à déterminer les causes et origines des maladies. C'est la raison pour laquelle, notre étude a tenté d'analyser quelques paramètres relatifs à la population afin de mieux cerner les problèmes liés à l'assistance médicale dans le cas de Pikine et de Thiès.

L'identification de ces problèmes permet d'apporter des solutions afin que l'équipement médical soit mieux fréquenté et mieux utilisé et en définitive pour une meilleure planification des services de santé.

A) La ville de Pikine

Dans cette ville, la zone de Guédiawaye est la plus peuplée et l'une des plus diversifiées sur le plan ethnique. On y trouve en même temps le plus grand nombre d'équipements de santé.

On peut souligner que le statut du quartier intervient dans la planification des équipements. En effet, les zones les mieux équipées sont celles qui ont un statut régulier (Guédiawaye et Pikine ancien).

Le jour de l'enquête, nous avons trouvé plus de malades à Guédiawaye (6%) que dans n'importe quelle autre zone à savoir Pikine irrégulier (5%), Thiaroye sur mer (4%) et Pikine ancien (3%).

On voit donc que le nombre de malades par zone le jour de l'enquête n'est pas lié au nombre des services de santé par zone, mais on peut cependant dire que l'importance des malades par zone est inversement corrélée aux revenus par zone. Ainsi, plus le revenu est élevé moins il y a de cas d'incapacité le jour de l'enquête(1)

Le cas de Thiaroye sur mer où il n'y a moins de malade le jour de l'enquête alors que les revenus sont parmi les plus faibles s'explique par la difficile estimation de ces revenus provenant pour la plupart du secteur informel (la population de Thiaroye pratique la pêche et l'agriculture dans sa grande majorité).

Les enfants de 0 à 9 ans malades le jour de l'enquête le sont plus à Thiaroye (39%) puis Pikine irrégulier (26%), Guédiawaye (21%) et 0% à Pikine ancien.

Les femmes en âge de procréer malades le jour de l'enquête sont trouvées en plus grand nombre à Guédiawaye et à Thiaroye.

Les malades dans la population active sont plus nombreux à Pikine ancien. Ce phénomène est également signalé dans la thèse de M.T. Wade en 1984.

a) Pratique et performance de la médecine fréquentée.

Ici nous examinons les rapports dialectiques entre le milieu, sa dotation par une médecine déterminée et le degré de performance de cette médecine pour l'ensemble des zones de Pikine.

Tab.n°82: Corrélation entre la présence de tradipraticiens et d'équipements de santé dans une zone donnée et les résultats d'une médecine donnée.

(1) Voir tableau 88; annexe 1

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----------------------|-------------------|----------------------------|------------------------|-------------------|---------------------------|------------------------|
| Caractérist. Zones | % tradipraticiens | % malades guéris med. trad | r | nbre d'eq moderne | % malades guéris med. mod | r |
| Pikine anc. | 17,6 | 75 | | 14 | 64 | |
| Guédiawaye | 10,4 | 33 | | 17 | 68 | |
| Pikine irrég | 22,9 | 67 | | 2 | 71 | |
| Thiaroye/Mer | 7,1 | 30 | | 1 | 34 | |
| r | | | r _{2/3} =0,89 | | | r _{5/6} =0,51 |

M.T.

med = médecine
 trad = traditionnelle
 eq = équipement
 mod = moderne

r, est le coefficient de corrélation linéaire entre Xi et Yi

$$\text{où } r = \frac{\sum X_i Y_i}{\sqrt{\sum X_i^2 \sum Y_i^2}} = \pm 1$$

$$X_i = x_i - \bar{x}$$

$$Y_i = y_i - \bar{y}$$

où xi représente un élément de la première série
 \bar{x} = moyenne de cette série

yi représente un élément de la deuxième série
 \bar{y} = moyenne de cette deuxième série

Le pourcentage de tradipraticiens est donné par les travaux de la commission technique de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle. Pikine C.T Thiam, ORSTOM UR 401 J.F Werner 1987

La corrélation entre les colonnes 2 et 3 est égale à 0,89. Cette situation peut signifier que plus les tradipraticiens sont présents dans une zone et plus performants sont les résultats obtenus. Lorsque ces tradipraticiens sont organisés comme c'est le cas à Pikine ancien, on a moins de charlatans d'où peut être le bon résultat de cette zone.

La corrélation entre les colonnes 5 et 6 s'élève à 0,51. Elle est de 0,99 en excluant la zone Pikine irrégulier. Plus l'équipement de santé est présent et plus les résultats sont performants. Le cas particulier de Pikine irrégulier s'explique par la polarisation de cette zone par les différents équipements de Pikine ancien et de Guédiawaye entre lesquels elle est insérée.

La corrélation entre la pratique de la médecine moderne et l'indice de diversification ethnique est égale à 0,99. C'est dire que plus le milieu est diversifié et plus la médecine moderne est mise à profit. En effet, le phénomène de l'urbanisation favorise l'hétérogénéité des populations, l'interpénétration des cultures et l'acceptation d'autres systèmes de pensées et de traitements telle que la pratique de la médecine moderne introduite dans le pays par le colonisateur.

b) Plaintes et souhaits des populations

A la lumière de ce qui a été dit plus haut, on peut dire que l'assistance médicale à Pikine est plus aisée au niveau de la zone de Pikine ancien malgré la supériorité numérique en équipements de santé de la zone de Guédiawaye. En examinant les plaintes recueillies au niveau des populations des différentes zones, on arrive à situer quelques raisons à ce phénomène :

- Dans le quartier Pikine ancien, les plaintes sont liées au mauvais fonctionnement des équipements de santé.

Alors que dans les autres zones en plus de ces mêmes problèmes évoqués, on a :

- 35% des chefs de ménage à Guédiawaye qui affirment désertier les services de santé faute d'avoir de quoi payer les médicaments qu'on aura à leur prescrire .

- 27% des chefs de ménage à Pikine irrégulier déclarent ne pas avoir de quoi manger la journée ce qui les empêche de fréquenter les services de santé. Dans cette zone, à l'insuffisance d'équipements de santé, s'ajoute le coût de transport pour aller vers ces derniers ce qui fait recourir plusieurs patients vers d'autres pratiques telle que la médecine traditionnelle supposée moins chère.

- A Thiaroye sur mer, on a les mêmes plaintes constatées à Pikine irrégulier.

Malgré ces difficultés pré-citées, les populations restent favorables à 70% à une augmentation du coût des consultations à condition que les médicaments leur soient assurés chaque fois que cela est nécessaire. Certains en revanche, notamment 19% ne croient pas qu'une augmentation du coût de la consultation pourrait changer quelque chose à la difficile question des médicaments. Le reste des gens ne se ~~sait~~ prononcés.

B - La ville de Thiès

- Dans cette ville, le quartier Escale bien que le moins peuplé est pourtant la zone la plus diversifiée sur le plan ethnique. La population de ce quartier composée en majorité de fonctionnaires et d'élèves et étudiants, perçoit mieux la notion de malade. Il n'est donc pas étonnant que le jour de l'enquête, nous enregistrons plus de malades.

Cependant, les enfants de 0 à 9 ans et les femmes en âge de procréer malades le jour de l'enquête sont moins nombreux que dans le reste de la ville. Cela revient à dire qu'à Thiès comme à Pikine, les hommes actifs malades le jour de l'enquête, le sont plus dans les zones les mieux loties en équipements en général et aux revenus les plus élevés.

Au niveau de ce quartier Escale, la pratique de la médecine moderne est mise plus à profit qu'ailleurs. On compte 39% des patients qui font le déplacement pour venir se faire traiter à Dakar.

Au niveau des plaintes de la population, le manque d'équipements spécialisés ou de personnels et de matériels est le plus souligné.

- Le quartier de Grand-Thiès ou Randoulène est le plus peuplé de la ville. Sa position de centre-ville lui procure ainsi la facilité à l'utilisation de tous les équipements de santé de la ville par sa population. On trouve dans cette zone autant de malades le jour de l'enquête que dans le quartier Escale.

Les enfants de 0 à 9 ans et les femmes de 15 à 49 ans malades le jour de l'enquête sont les plus nombreux de la ville.

La population fréquente à 50% la médecine moderne, 40% les deux médecines et 10% la médecine traditionnelle. Les résultats de la pratique des deux médecines sont plus performants avec 67% de guéris.

Le seul poste de santé du quartier est loin de satisfaire la population. 23% des gens enquêtés n'ont pas été capables de le situer. Cela se comprend par la présence de l'hôpital régional et du poste militaire qui accueillent la plupart des patients de ce quartier.

- Les quartiers Keur Cheikh, Keur Mame El Hadj et Takhikao sont à la sortie de la ville sur la route de Tivaoune. Cette zone est très dense et mal équipée : aucune infrastructure routière, aucun réseau d'assainissement. Les revenus des populations sont très faibles, de même que le nombre d'actifs productifs.

Le jour de l'enquête, on a compté moins de malades que dans le reste de la ville, ce qui laisse entendre une fois encore que la notion de malade paraît plus ambiguë dans les zones de périphérie.

Les femmes en âge de procréer malades le jour de l'enquête, sont les plus nombreuses de la ville.

Il y a moins de malades chez les actifs le jour de l'enquête.

Les patients de ces quartiers fréquentent à 57% la médecine moderne et mettent en même temps plus à profit la médecine traditionnelle.

Les difficultés économiques de la population, l'insuffisance des moyens de transport et les coûts du transport sont autant de plaintes des populations que de facteurs qui peuvent nous permettre de dire que l'assistance médicale est plus difficile dans cette partie de Thiès.

Cette assistance est plus facile au quartier Escale pour les raisons déjà précitées.

C) - La pratique de l'association de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle ou la pratique de la médecine traditionnelle tout court.

Face aux nombreuses difficultés des populations dans la pratique de la médecine moderne, les patients trouvent recours dans la médecine traditionnelle. Déjà à l'époque précoloniale, le guérisseur était le seul à prêter assistance à la population pour ses problèmes de santé.

*** La pratique des deux médecines :**

La grande majorité la pratique même si tout le monde ne le déclare plus. Il s'agit de pratiquer les deux traitements parallèlement : le malade voit le médecin et le guérisseur ou marabout en même temps.

Le système référence-recours existe entre certains chefs de poste et guérisseur (voir paragraphe suivant). C'est dans cette optique qu'on peut demander aux malades de prendre quelques préparations traditionnelles à la place d'un antibiotique qui coûterait beaucoup plus cher.

On trouve dans cette pratique un phénomène social et même psychologique car certains malades ne sont rassurés qu'après avoir été consulté par leur marabout ou guérisseur.

A Pikine, on compte 28% des malades qui fréquentent cette médecine associée. A Thiès, c'est 30% de patients qui la pratiquent.

* La médecine traditionnelle

L'OMS la définit comme l'ensemble de toutes les connaissances pratiques explicables ou non pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation transmise de génération en génération oralement ou par écrit.

La médecine traditionnelle traite :

- les maladies infantiles (maladies diarrhéiques)
- les affections de sein et troubles de grossesses
- les fractures
- les maladies mentales
- etc

Depuis l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires, une coopération existe entre les chefs de poste et les tradipraticiens où un système de référence-recours permet d'orienter les cas pour lesquels l'efficacité de la thérapie a été dûment établi chez l'une ou l'autre.

C'est ainsi que Pikine s'est doté d'un cercle de tradipraticien (1228 guérisseurs en 1987) qui attendent d'être reconnus par les pouvoirs publics.

De l'avis des malades, plusieurs raisons expliquent le recours à cette pratique :

- la tradition d'abord parce que cette médecine a toujours fait partie des valeurs culturelles et qu'elle a su faire ses preuves.

- la discrétion : on trouve plusieurs personnes atteintes de maladies dites "honteuse" ou "maléfiques" qui préfèrent aller chez le guérisseur du quartier.

- le coût : la consultation est souvent gratuite. On a même la possibilité d'essayer le premier traitement pour s'apercevoir qu'il est concluant. Il y'a aussi l'exemple des antibiotiques qui coûtent chers en pharmacie alors que certaines préparations donnant de bons résultats sont à un coût moindre chez le guérisseur.

- l'attente : le malade est encouragé par ce facteur, car dans ce cas elle n'est pas longue et la consultation peut avoir lieu à toutes heures.

- la recherche de la satisfaction : si dans la pratique de la médecine moderne, les premiers contacts ou le traitement prescrit ne sont pas concluants, le malade se tourne vers la médecine traditionnelle.

D) - Les plaintes du personnel soignant

Le personnel médical fait remarquer d'abord les conditions difficiles dans lesquelles il travaille : budget de fonctionnement insuffisant, matériel absent et inadéquat s'il existe, des locaux non entretenus depuis longtemps et des ruptures fréquentes de stocks de médicaments, face à des villes à forte croissance démographique et à des populations à très faibles revenus.

L'Etat n'investit plus dans la construction d'équipements médicaux de base. Les municipalités sont pauvres et ne s'acquittent même plus du pourcentage de leur budget destiné à la promotion de la santé (soit 8% du budget communal).

L'Etat a arrêté le recrutement de personnel qualifié et même le remplacement du personnel démissionnaire, décédé ou retraité. Les municipalités, parfois, recrutent des agents de santé mais sans qualification à partir de critères plus politiques que pour la promotion de la santé.

Il est déploré par ailleurs que l'esprit des soins de santé ne soit pas compris par les populations. Les S.S.P. préconisent la prise en charge intégrale par les populations de leur propre santé alors que celles-ci confondent l'effort à la participation c'est à dire le prix de la consultation avec la prise en charge totale du malade.

Les malades viennent se traiter souvent quand leur état de santé devient critique. Ils passent parfois chez le guérisseur qui peut ne pas avoir le traitement qu'il faut à temps. Une plainte du personnel médical concerne aussi la plupart des malades qui reviennent avec les mêmes maladies parcequ'ils n'ont pas pris le traitement jusqu'à son terme ou parceque le médicament n'ajamais été payé.

Il est reproché aux comités de santé qui ont failli à leur devoir de sensibilisation, de mobilisation et d'éducation de la population en matière de santé et d'hygiène. Les comités se réduisent en général à la gestion des recettes de consultations et malheureusement cette gestion est souvent archaïque et remise en question par le personnel médical.

Le syndicat de la santé revendique pour sa part la revalorisation du secteur. On trouve sur leur plate-forme les problèmes liés :

- aux heures supplémentaires impayées
- à l'indemnité de risque qui n'est toujours pas étendue à tous
- aux indemnités de suggestion
- aux indemnités d'itinérance
- au logement
- au budget faible consenti à la santé.

C'est dire que la motivation laissera encore à désirer comme on l'observe dans les services de santé.

Les fréquentations devenant faibles au niveau de l'équipement médical, les recettes diminuent. Et ainsi, le personnel bénévole payé au pourcentage des recettes faites, se trouve démuné au fur et à mesure que dure cette situation. On trouve ainsi parmi ce personnel le plus souvent qui demande des pourboires et arrangements afin de rendre service aux patients.

Ceux-ci peuvent attendre longtemps pour avoir un lit d'hospitalisation parcequ'il faut payer le service pour être pris en charge immédiatement.

Le personnel prétend ainsi arrondir les fins de mois difficiles. C'est dans ce sens que le personnel qualifié s'arrange à donner des prestations dans le privé.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

TROISIEME PARTIE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

III COMPARAISON ENTRE LES VILLES DE PIKINE ET DE THIES EN
MATERIE D'ASSISTANCE MEDICALE.

3.1 - Caractéristiques des deux villes

Tab n°83 : Quelques caractéristiques des villes de Pikine et de Thiès

| Villes Caractéristiques | Pikine | Thiès |
|---|---|---|
| I) <u>Population</u> | | |
| * Population | 1980--> 275.364 hab 1988--> 317.129 hab | 1980--> 132.700 hab 1988--> 175.465 hab |
| * Taux de croissance (1980-1988) | 5,06% Commune de Pikine 1,78% Ville de Pikine | 3,55% |
| * Population âgée de moins de 20 ans | 57,34% | 58% |
| * Ethnie dominante : Olof | 54% | 63% |
| * Indice diversifica- tion ethnique(1988) | 62% | 57% |
| * Taux scolarisation | 50,8% | 57,6% |
| * Population analpha- bète(1988. départem ^t) | 54% | 60% |
| * Revenu mensuel moye par ménage | 42.000 F PDU | 40.000 F PDU (Thiès 1982) |
| II) <u>Equipements urbain</u> | | |
| * Réseau eau potable | 36% branchement indiv. 63,93% borne font. (enquête E.A.U. 1988) | 26,05% branch. ind. 63,13% borne font. 10% puits (PDU 1982) |
| * Réseau assainisse- ment | Eaux pluviales : néant Eaux usées : dans les habitations planifiées | E. P. 34,4% ⁽¹⁾ E. U. 91% (PDU) |
| * Centres de santé ⁽²⁾ | 2 CS (soit 1cs/317.455 hab. | 1CS (soit 1cs/ 367.429 hab. |
| * Poste de santé | 13 PS (soit 1PS/24.395 hab. | 6 PS (soit 1PS/ 29.245 hab. |

M.T

-
- (1) Ces chiffres sont tirés du PDU de la ville et doivent concerner
seulement le centre ville.
- (2) Les centres de santé sont programmés en fonction des
populations du département

La population de la ville de Pikine fait deux fois celle de Thiès : les taux de diversification ethnique et de croissance démographique au niveau départemental, aussi plus élevés à Pikine. Si l'on considère les villes, celle de Thiès a quand même un taux de croissance plus important.

Les revenus des ménages sont plus élevés à Pikine même si la plupart des chefs de ménage sont venus des zones rurales à la recherche d'emploi rémunérateur au niveau de Dakar.

Toutefois, la ville de Thiès est mieux lotie en équipements urbains. Ainsi, on trouve au niveau de ce vieil établissement humain après Dakar, la plupart des industries, grandes sociétés et écoles du pays.

Thiès a pu bénéficier en même temps de plusieurs plans d'urbanisme ce qui lui a permis d'organiser son développement.

En revanche, Pikine a été créée ex-nihilo par arrêté du 6/12/1946. Le plan de lotissement ainsi retenu, a été appliqué à partir du 6/4/1952

Nonobstant ce plus grand développement des équipements urbains à Thiès, Pikine reste sur le plan de l'équipement médical de base, la plus favorisée. La charge démographique des centres et postes de santé est plus grande à Thiès qu'à Pikine.

Par sa position rapprochée de Dakar, Pikine est avantagée encore une fois dans le recours aux équipements de santé de la capitale.

Il est cependant important de rappeler que contrairement à Pikine, Thiès bénéficie d'hôpitaux (l'hôpital régional, l'hôpital Saint-Jean de Dieu) mais aussi d'autres structures privées plus nombreuses.

3.2 - Fréquentation des équipements de santé à Pikine et à Thiès

Tab n°84: Populations malades et fréquentation

| Villes | Pikine | Thiès |
|---|---|---|
| Caractéristiques | | |
| -Malades au cours des 12 mois précédents notre enquête..... | 10,06% population | 9% pop. |
| -Malades jour enquête | 4,18% population | 3,57% pop. |
| -Malades âgés de 0 à 9 ans jour enquête | 1,23% population de 0 à 9 (soit 25% de l'ens des malades jour enq.) | 1,08% pop. 0-9 (soit 9% ens. des malades jour enq.) |
| -Femmes de 15 à 49 ans malades jour enquête | 7% des femmes 15-49ans soit 63% ensemble des malades jour enquête | 5% des femmes 15-49ans soit 56% ens. malades jour enquêt. |
| -Fréquentation au niveau des malades : | | |
| * Médecine moderne | 59% | 58% |
| * Médecine tradition. | 11% | 11% |
| * les 2 médecines | 28% | 30% |
| * aucun traitement | 2% | 1% |

M.T

Notre enquête nous révèle qu'il y a plus de malades au niveau de la ville de Pikine. Dans la répartition de ceux-ci par âge, il est à noter qu'à Pikine, les populations dites à haut risque c'est à dire les enfants de moins de 4 ans et les femmes en âge de procréer, sont les plus affectés.

Nous pouvons faire remarquer que la fréquentation des équipements de santé dans les deux villes est presque identique. La médecine moderne est sensiblement plus sollicitée à Pikine qu'à Thiès soit 59% contre 58%.

On n'en déduit que malgré la concentration d'une forte proportion de gens venus du monde rural à Pikine, ce qui lui vaut l'expression de "ville" entre l'urbain et le rural, les pratiques en matière d'assistance médicale sont identiques à celle d'une vieille ville comme Thiès.

On trouve aussi une identité dans les difficultés que traversent les équipements de santé dans les deux localités.

Nous pouvons insister sur le cas de Thiès où l'équipement médical est plus faible (centre de santé et postes de santé) mais aussi les recettes insuffisantes pour donner ne serait ce que les médicaments essentiels de base.

Ces difficultés que traversent aujourd'hui les équipements de santé de nos villes, empêchent les activités préventives et éducatives de se dérouler normalement.

A côté de ces problèmes et difficultés précités, la population fait face à un personnel peu qualifié et qui n'est pas souvent disponible et accueillant. Les patients ne cessent de se plaindre de l'importance du coût pour la consultation et surtout des ordonnances à payer pour le traitement.

Le personnel médical pour sa part, déplore l'attitude des populations face, à l'esprit des soins de santé primaires qui est mal compris, aux traitements non accomplis comme il le faut et à la faiblesse des budgets alloués aux services de santé.

IV PROPOSITIONS ET SUGGESTIONS

4.1 - La politique nationale de santé

Il doit exister une politique claire et adaptée aux réalités nationales afin que la planification des équipements soit facile et soit évité le coup par coup. Ainsi, on a tendance à privilégier les équipements de thérapie plus visibles au détriment des actions préventives et éducatives qui tout en étant moins spectaculaires constituent les supports indispensables à tous les programmes de santé publique. On se trouve ainsi dans un cercle vicieux où les problèmes de santé ne sont pas résolus au niveau des causes mais uniquement au niveau des conséquences et ces dernières, en raison de leur prolifération ne sont pas à la portée des maigres budgets des pays sous-équipés. Il faudrait donc procéder à un changement fondamental dans l'application de la politique et de la stratégie définies par les textes officiels qui, comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, mettent l'accent sur le préventif par le biais de l'éducation, de la prévention et de la politique d'environnement etc...

4.1.1 - La programmation des équipements de santé

Une meilleure planification de la santé veut qu'on tienne compte des variables démographiques qui influent directement sur les besoins potentiels au niveau des prestations sanitaires.

Les contraintes résultant de l'accroissement soutenu de la population doivent nécessiter un effort important d'équipement pour le maintien du taux de couverture sanitaire.

La programmation de l'équipement de santé de base est mise en oeuvre comme suit :

- Une case de santé dans les villages et communautés rurales (2000 habitants).
- Un poste de santé dans les villages chef lieu d'arrondissements (+ 2000 habitants).
- Un centre de santé dans les communes.

Il en découle les normes suivantes :

Tab. n°85: Les normes de l'équipement médical.

| Norme Equipement | Sénégal-1988 | Ville de Pikine | Ville de Thiès | OMS |
|------------------|--------------|-----------------|----------------|----------------|
| Case de santé | 5.200 hbt | - | | 300 à 500hbt |
| Poste de santé | 11.500 hbts | 24.395 hbts | 29.245 hbts | 2000 à 10000hb |
| Centre santé | 142.300 hbts | 158.564hbts | 175.465 hbts | 50 à 100.000hb |

M.T

Les normes de l'OMS que nous donnons concernent le milieu rural. En zone urbaine, il est affecté un rayon d'action théorique pour les centres de santé (2000 m) comme pour les postes de santé (500 m).

Au Sénégal, les centres de santé sont à l'échelle du territoire départemental. Toutefois, Pikine en raison de l'importance de sa population plus de 600.000 habitants pour son département, un seul équipement n'arriverait pas à couvrir ses besoins. (2 centres de santé desservent la ville).

Si on s'aligne sur les normes de l'OMS, on constate un déficit en centres et postes de santé évalué dans le tableau suivant :

Tab n°86: Situation des équipements à Pikine et à Thiès Tab n°87: Prévission d'équipement dans 20 ans (2010)

| Situat° Villes | C.S et P.S existants | déficit |
|---|-------------------------|---------|
| <u>Pikine</u> 643.910 hab département 1988 | 3 C.S | 3 C.S |
| 317.129 hab ville de Pikine 1988 | 13 P.S | 19 P.S |
| <u>Thiès</u> 367.429 hab. départ. 1988 | 1. C.S | 2. C.S |
| 175.465 hab. Ville de Thiès 1988 | 6. P.S | 11 P.S |

| Equip villes | C.S | P.S |
|-----------------|----------------|----------------|
| Pikine | 10 au Total | 38 au Total |
| Thiès | 5 au Total | 25 au Total |

Pour les centres de santé, la population est estimée à partir du taux de croissance du département, alors que pour les P.S on a utilisé les taux de croissance des villes au sens strict.

MT

MT

Il faut rappeler ^{à propos de} ce déficit en équipement, ^{que} l'Etat s'est aussi retiré dans la réalisation de nouveaux postes et centres de santé, il y a quelques dix ans. Les municipalités n'ont également pas les moyens pour faire face à ce manque d'infrastructure.

4.1.2 - Localisation et implantation des équipements

La création d'un équipement doit être fondée sur la demande justifiée de la population, la disponibilité du terrain qui doit recevoir l'équipement et celle des moyens financiers.

L'insertion de cet équipement dans le quartier doit être faite de façon judicieuse car la fréquentation de la structure par la population en dépendra. L'utilité d'un équipement se mesure par la fréquentation et par l'atteinte des souhaits de ses utilisateurs.

On remarque que plus l'équipement est petit et plus il est près de la population et en particulier des couches les moins favorisées et les moins instruites, mais les plus nombreuses.

C'est dire que les collectivités et les populations qui décident de l'ouverture de postes de santé dans des maisons d'habitation ou qui construisent les équipements sans consultations d'experts et de spécialistes de la santé, doivent revoir le problème que pose cet état de fait (mauvaise fréquentation, insertion et desserte etc...).

La création de l'équipement sur un site donné, reste tributaire de certains facteurs pour que le plus grand nombre puisse être satisfait c'est notamment la connaissance de la population dans son nombre, dans ses pratiques et coutumes et de son pouvoir d'achat...

Quant à l'implantation de l'équipement, elle doit répondre aux exigences de l'urbanisme, de l'architecture et de l'hygiène (bonne disposition par rapport au vent et au soleil, bonne disposition des salles pour que le malade soit guidé facilement surtout dans les cas d'urgence et enfin l'hygiène par la facilité d'évacuer les déchets etc...)

4.1.3 - Le fonctionnement de l'équipement médical

Les activités de toutes les structures de soins de santé primaires comprennent les volets curatifs, préventifs et éducatifs. Ces trois volets sont indissociables, les séparer revient à diminuer l'efficacité des efforts de la collectivité.

Hors dans les structures de santé étudiées à Pikine et à Thiès, par manque de moyens en personnels et comme en finances, les volets préventifs et éducatifs sont délégués au second plan si ce n'est la période des programmes élargis de vaccination.

En matière de prévention par exemple, l'urbanisme a un rôle important à jouer car une bonne organisation du tissu urbain et des équipements a des effets sûrs et permanents.

On peut ainsi réduire les nuisances (bruits, pollutions, odeurs..), les écarter des zones d'habitat. On peut aussi étendre les réseaux d'adduction d'eau, d'assainissement et répartir les emplois et l'habitat de façon à limiter le temps de transport. Il est possible de localiser les activités, l'habitat et les équipements pour les rendre plus facilement accessibles. C'est dire qu'une bonne organisation urbaine, devrait réduire les affections infectieuses, parasitaires, psychiatriques et les traumatismes physiques.

L'éducation sanitaire devrait se passer à tous les niveaux. Un service central structuré et équipé pourrait être créé où un animateur serait chargé de diriger des opérations au niveau des maisons.

La plupart des ministères devraient jouer un rôle et particulièrement celui de l'information et de la communication (la radio - la télévision - la presse).

4.2 - La population dans l'utilisation de l'équipement de santé

La population joue un rôle de premier plan dans la fréquentation et l'utilisation des équipements médicaux. En effet on ne peut planifier l'équipement sans tenir compte de la variable

population dans son nombre et ses comportements. Il est important de tenir compte des facteurs de satisfaction et de non satisfaction dans la programmation des équipements.

C'est ainsi que les facteurs de satisfaction ont été exprimés au niveau des structures privées (missions catholiques) et se caractérisent par :

- L'octroi le plus souvent de médicaments et rarement d'ordonnances.
- Le soutien moral et matériel aux malades particulièrement les personnes indigentes.
- Les horaires de travail qui s'étendent, tard en fin de matinée, permettant à plusieurs personnes de vaquer très tôt à leurs occupations pour passer par la suite au dispensaire.

Ces facteurs qui manquent au niveau des équipements étatiques et municipaux doivent être pris en considération pour améliorer la fréquentation et la satisfaction des populations.

On trouve parmi les facteurs de non adhésion de la population :

- L'inexistence et les ruptures de stocks fréquents de médicaments
- Le personnel insuffisant et/ou non qualifié
- La localisation de l'équipement qui ne protège pas des regards indiscrets par exemple
- La distance assez réduite entre un équipement de premier recours et un autre de deuxième recours.

Par ailleurs, du côté de la population, l'esprit animé par les soins de santé primaires n'a pas été saisi. Celui-ci préconise une prise en charge intégrale par la population de sa propre santé, mais à des coûts moindres. Les maigres revenus des populations, l'ignorance et la pauvreté rendent difficile cette prise en charge dans les villes de Pikine et de Thiès. Des méthodes beaucoup plus appropriées peuvent être trouvées notamment celle exprimée par la majorité des gens à savoir, augmenter le coût de la consultation pour recevoir tous les médicaments gratuitement et avec garantie.

A côté de la médecine moderne, subsiste la pratique de la médecine traditionnelle ce qui n'est pas contradictoire mais complémentaire. Les tradipaticiens sont d'un apport important pour la population et l'intégration de ceux-là au niveau des postes de santé, contribuerait considérablement dans la fréquentation des équipements médicaux.

4.3 - Le rôle du personnel soignant

Son rôle doit être très clair et il doit être mis dans les meilleures conditions pour qu'il puisse remplir ce rôle. Une satisfaction des plates - formes revendicatives des syndicats de la santé va certainement dans le sens d'une motivation du personnel soignant, d'où l'amélioration des prestations données et à la fois une véritable adhésion et une participation de la population à l'effort pour la promotion de la santé.

4.4 - Recommandations

4.4.1 - Au niveau local

- Une autonomie financière au niveau régional et départemental de la santé devrait permettre une meilleure planification des équipements de base.
- Une clarification des rôles et des responsabilités des différents acteurs pour l'éducation et la prévention en matière de santé devra être recherchée.
- Une responsabilisation des populations en les consultant et en les associant aux prises de décision est plus que nécessaire.
- Un accord devrait être trouvé entre experts de la santé, les autorités publiques et la population pour une participation significative à l'effort de la santé, garantissant la gratuité des médicaments et soins pour une bonne fréquentation et utilisation des équipements.

A côté de cette autonomie financière, l'Etat doit :

- Convaincre les municipalités à participer et s'acquitter de leur taux de participation à l'effort pour la promotion de la santé.
- Associer à la gestion des fonds des APS, des spécialistes et experts en la matière.
- Améliorer l'information sanitaire, le recyclage du personnel et son statut.
- Répartir de la façon la meilleure, le personnel qualifié.

4.4.2 - Au niveau national

Le développement de la santé doit s'insérer dans l'environnement physique, social et culturel du pays.

L'exercice de la médecine demande une technicité appropriée et des modes d'exercices adoptés. De façon générale, il est sûr que la santé est améliorée avec la croissance du pouvoir d'achat des populations, de l'extension des réseaux divers et de l'éducation des populations.

ANNEXES

Tab n°88 Corrélation entre le nombre de malades du jour enquête et les revenus et le recours aux équipements de Dakar

| Variables à corréler | 1 popul. malades jour enquête % | 2 revenu men- suel ménage (F CFA) | 3 r (r 1/2) | 4 pop. dont revenu \geq 80.000 F | 5 r (r 1/4) | 6 malades ayant recours aux équipm ^t de DKR | 7 r (r 2/6) | 8 r (r 4/6) |
|----------------------|--|--|-------------------|---|-------------------|---|-------------------|-------------------|
| Pikine Ancien | 3 | 88.675 | r = -0,88 | | | 39 % | r = 0,73 | |
| Guédiawaye | 6 | 58.800 | | | | 20 " | | |
| Pikine Irrégulier | 5 | 66.000 | | | | 20 " | | |
| Thiaroye Mer | 4 | 65.260 | | | | 36 " | | |
| Escale | 4 | 91.655 | r = 0,43 | 11,5 % | r = -0,61 | 18 " | r = 0,81 | r = 0,88 |
| Randoulène | 5 | 62.626 | | 1,6 " | | 13 " | | |
| K.M.cheikh_Takhikar | 3 | 40.866 | | 7,9 " | | 14 " | | |

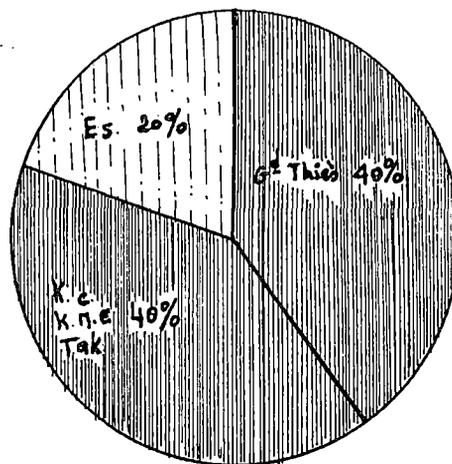
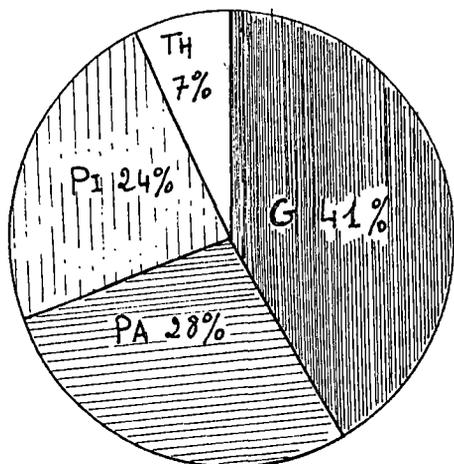
MT

La colonne n°4 est donnée par les résultats enquêtes auprès des ménages de la ville de Thiès
résultats statistiques BCEOM 1974.

A titre de comparaison nous avons utilisé ces résultats pour faire des corrélations.

PIKINE

THIES



Gueddiawaye
 : Thiaraye / Neu
 : Pikine regulier
 : Pikine ancien

Pop. Tot. 339258 hab

G^d TH = Grand Thies

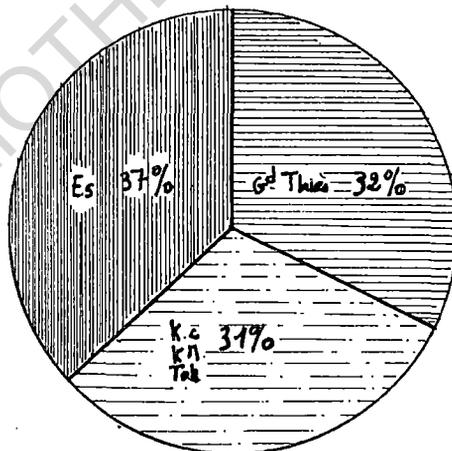
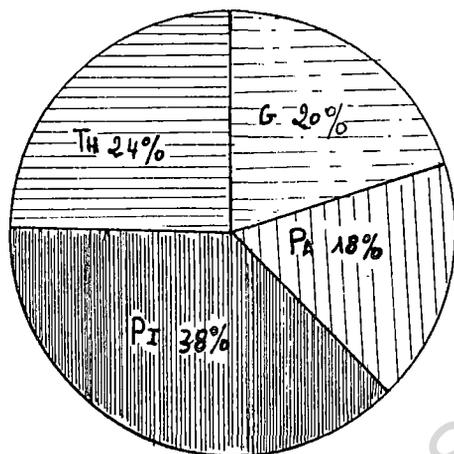
Es = Escala

K.C. } Keur cheikh.
 K.N.E }
 Tak } K. Nane EL Houtj

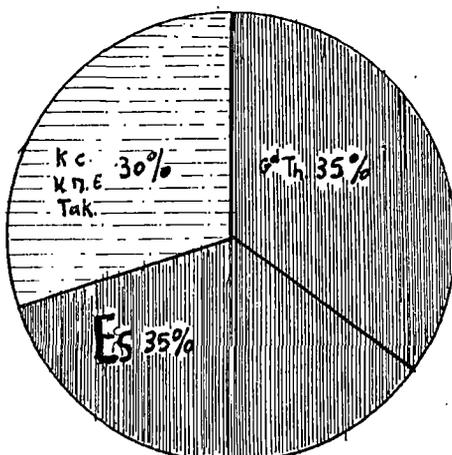
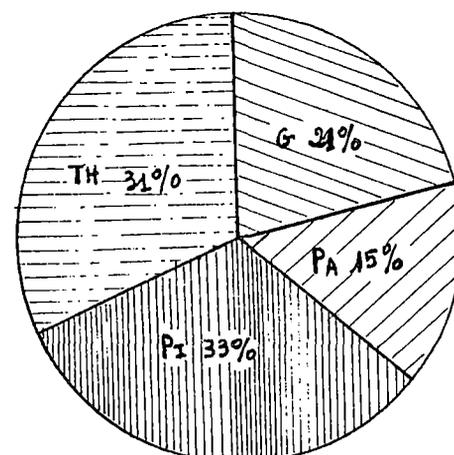
Pop des 3 zones 40.203 hab.

Pop Totale 175.465 hab

REPARTITION / ZONE DES MALADES : 12 MOIS PASSE

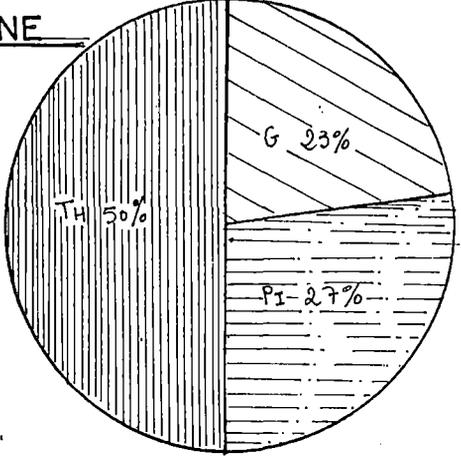


REPARTITION ZONE MALADES : JOUR ENQUETE



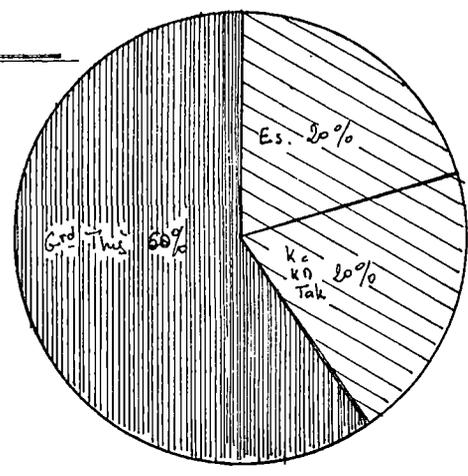
REPARTITION/ZONE MALADES DE 0-9 ans: JOUR ENQ.

IKINE

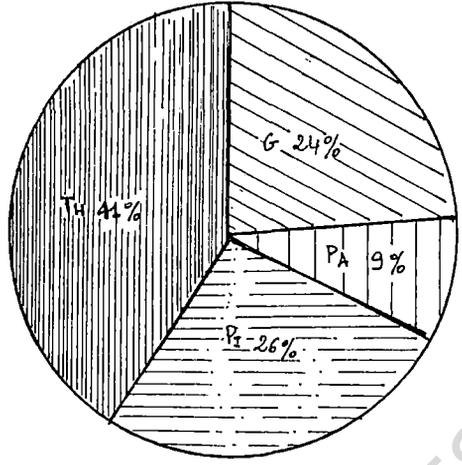


Total = 25% des Malades du jour d'enquête

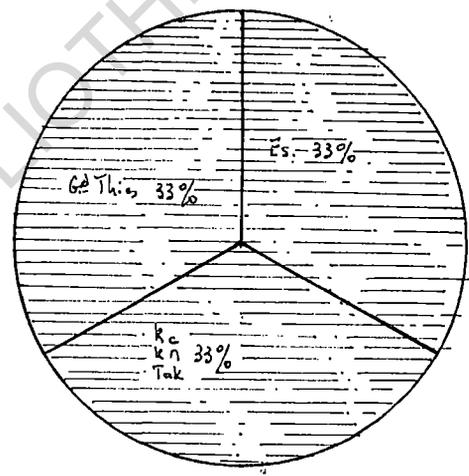
THIES



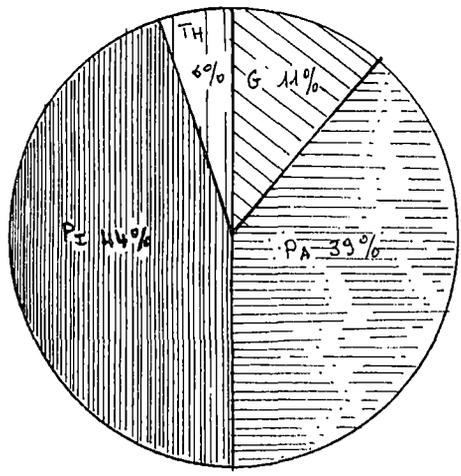
FEMM. MALADES JOUR ENQ AGEES DE 15-49ans



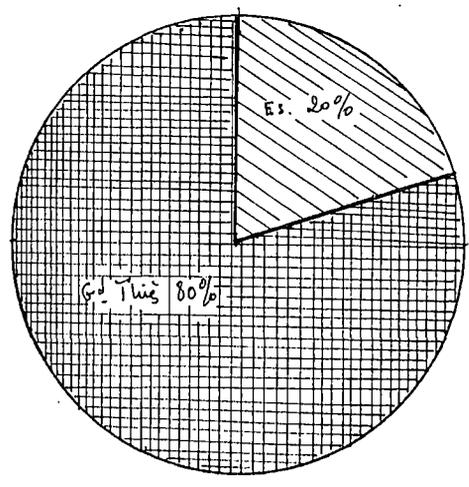
Total = 38% des Malades le jour de l'enquête



HOMMES DE 15-55ans MALADES JOUR ENQ

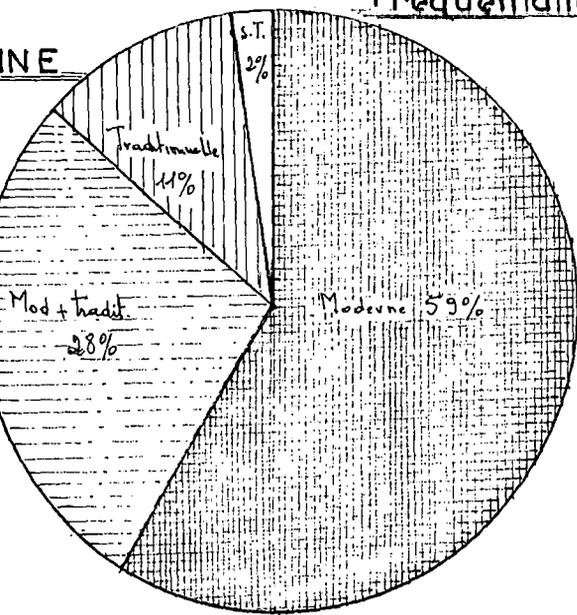


Total = 20% malades jour enq

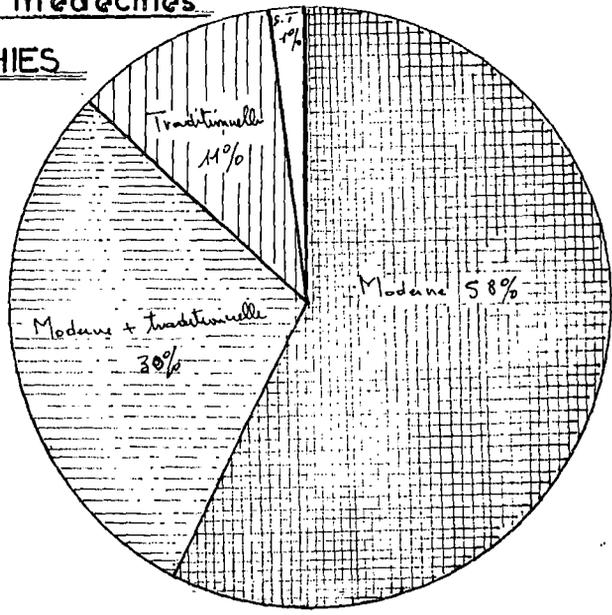


Fréquentation des ≠ médecines

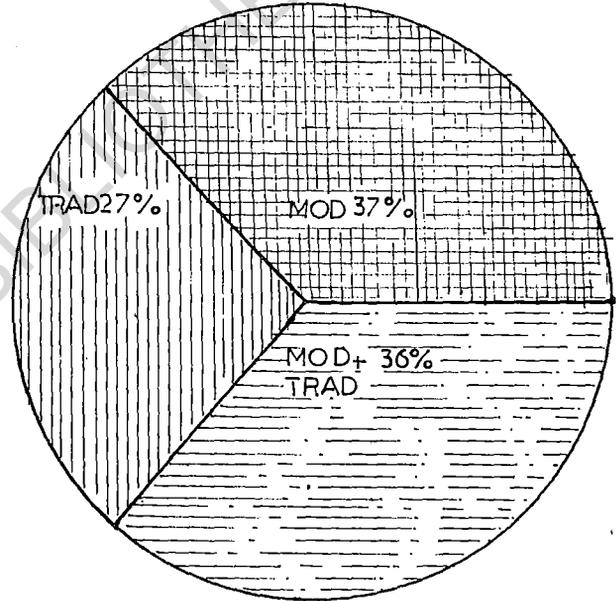
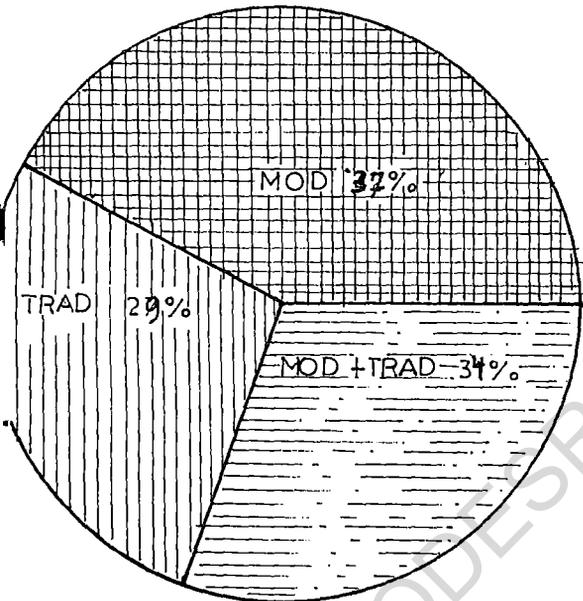
INE

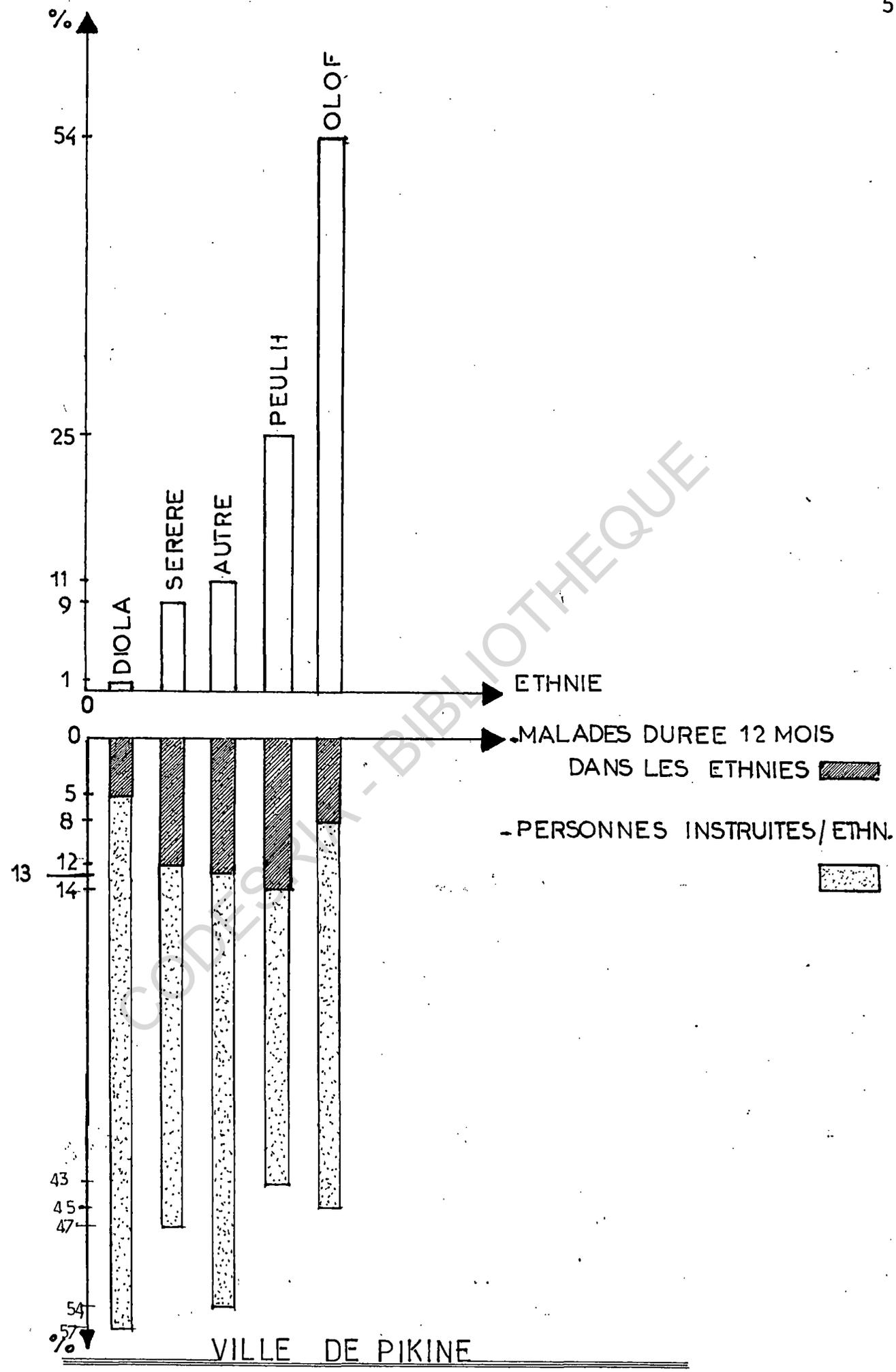


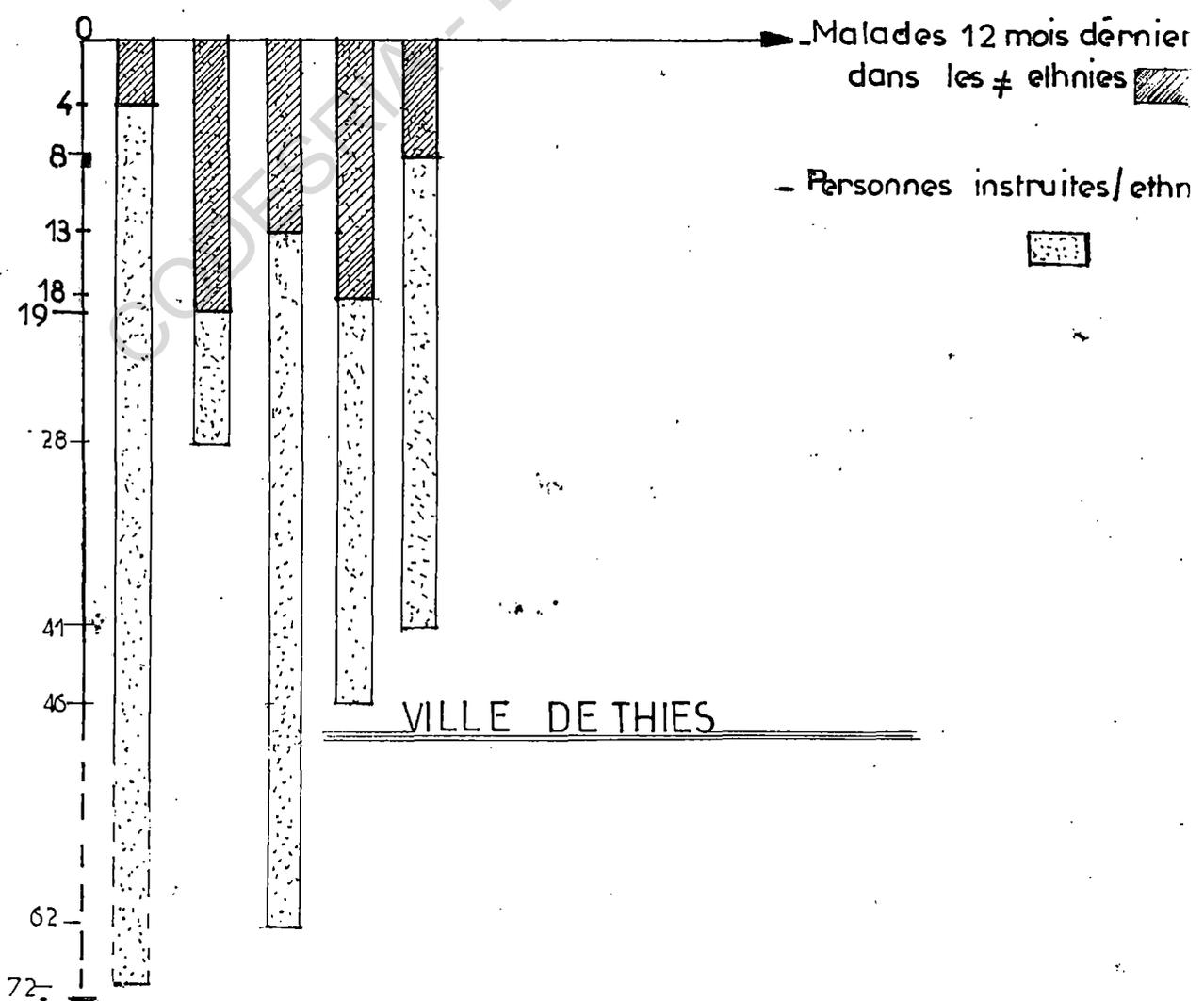
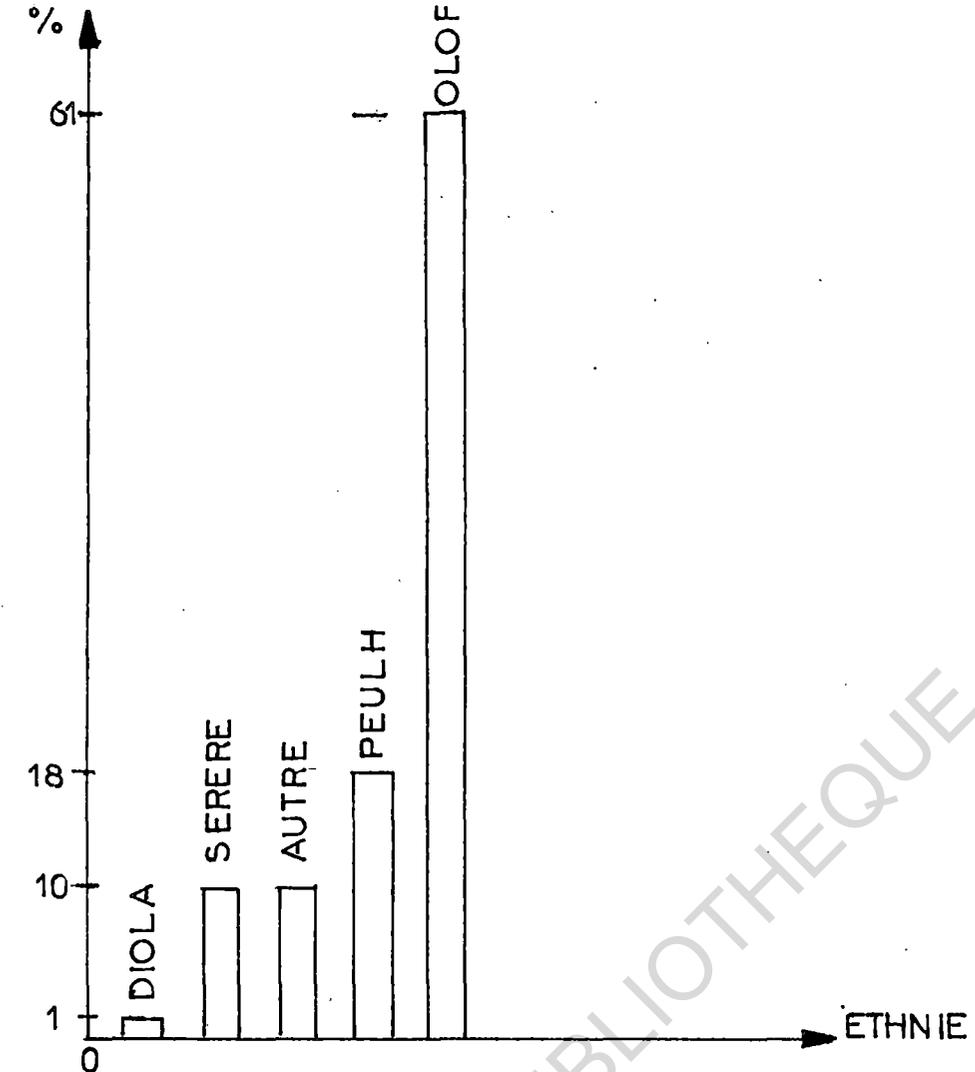
THIES



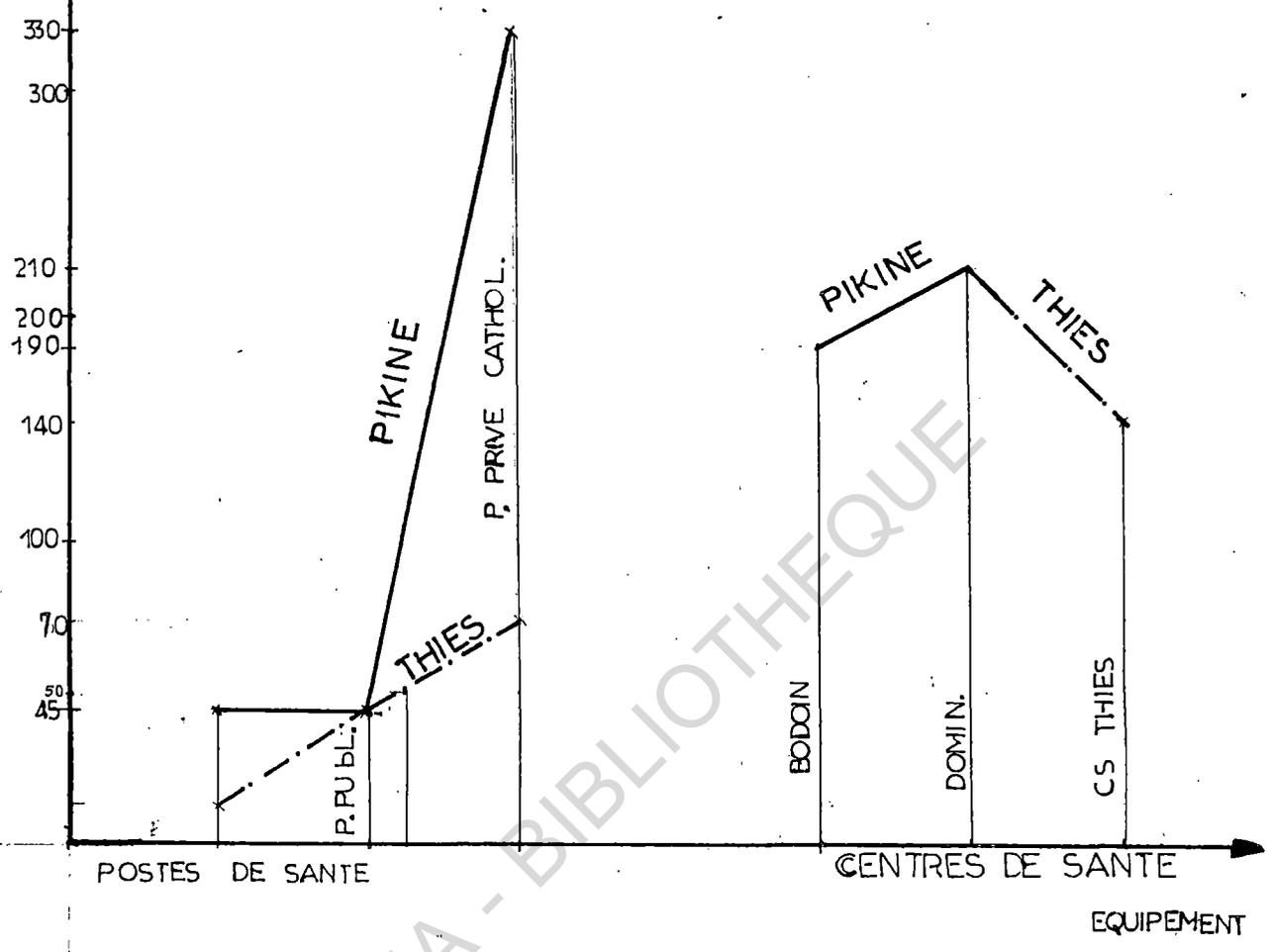
% de malades guéris / médecine les 12 derniers mois



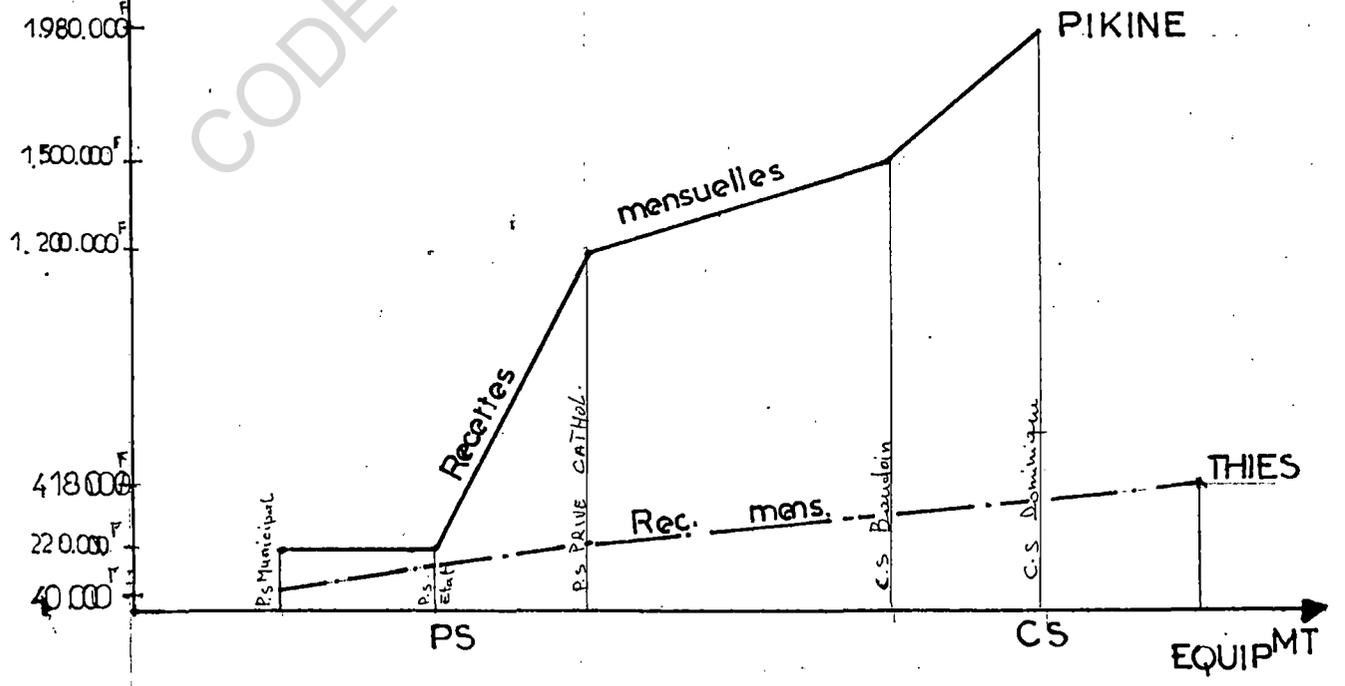




MALADES LE
JOUR ENQUETE

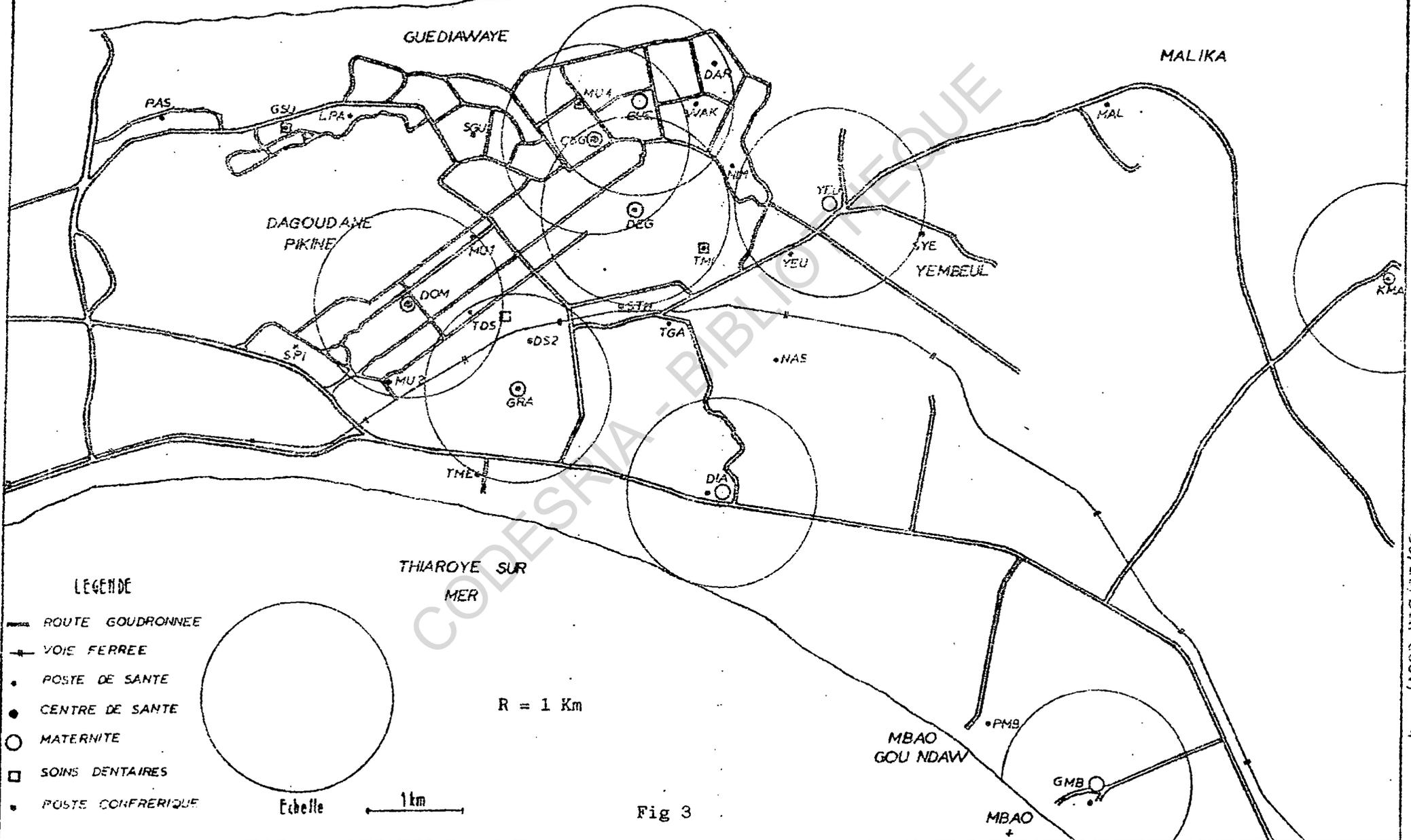


RECETTES
MOIS

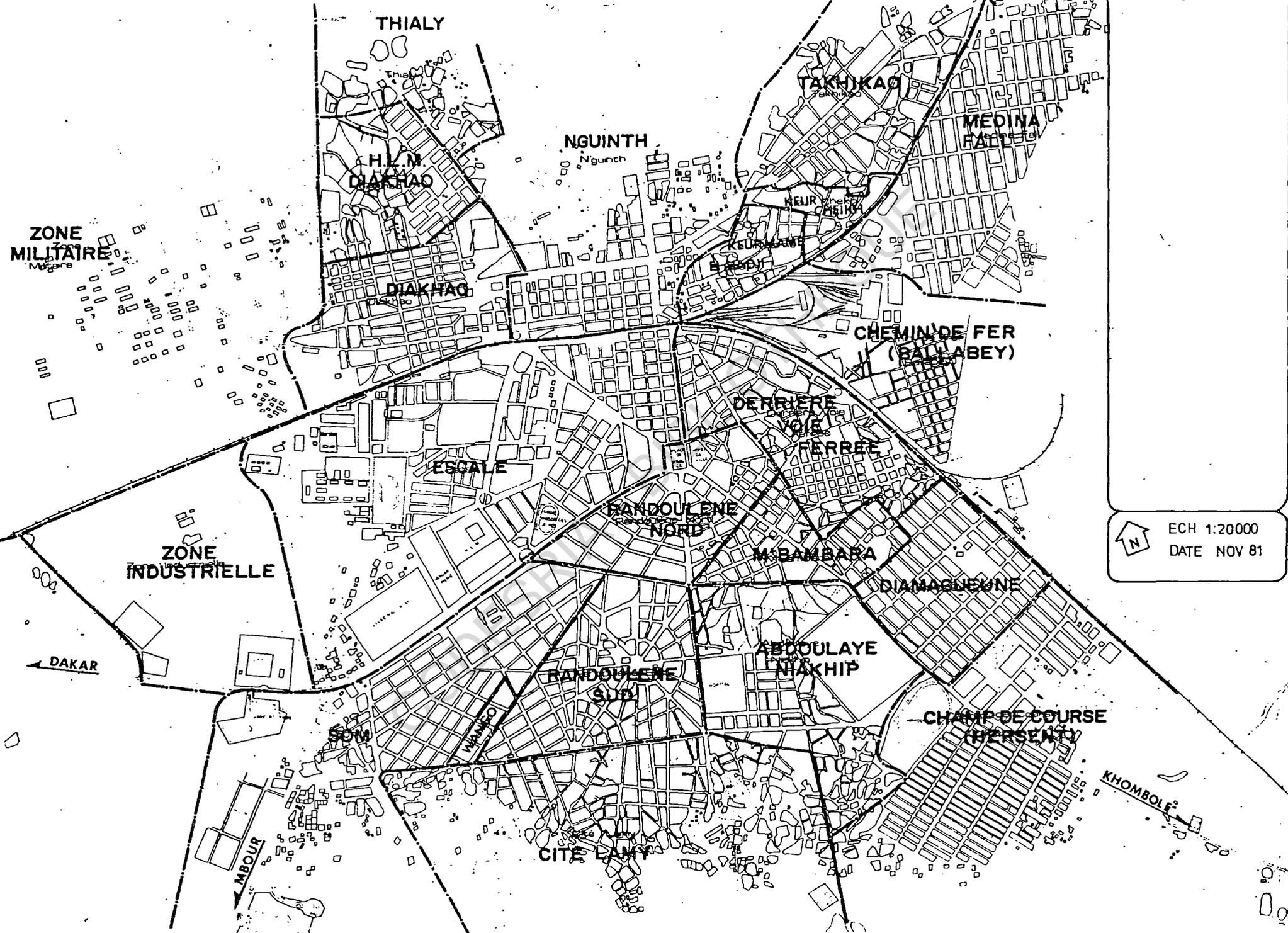


DEPARTEMENT DE PIKINE

Couverture de la zone par les maternités.



86/10/SIR-COUV. 4




 ECH 1:20000
 DATE NOV 81

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Guy ANKERL, "Urbanisation rapide en Afrique tropicale"
- 2 - P. Antoine, P.D DIOUF, Urbanisation, scolarisation et mortalité des enfants ORSTOM - (1986).
- 3 - M.S.P (Sénégal) Anonyme, "Projet de déclaration de la politique nationale de Santé" (1989).
 "Aperçu sur la stratégie des soins de santé primaires au Sénégal (1988).
- 4 - Bureau Régional pour l'Afrique (OMS), "Médecine traditionnelle et son rôle dans le développement des services de santé en Afrique" Brazzaville (1978).
- 5 - CHRUA, Université Montréal, "Croissance et gestion urbaine en Afrique. Les équipements urbains à Dakar (1986).
- 6 - E. JEANNEE, G. SALEM, S. GUINDO, "Urbanisation et santé" vol 1,2,3,4 ORSTOM (1987).
- 7 - Thiécouta N'GOM ; "Les équipements urbains des capitales régionales au Sénégal" (Paris 1976).
- 8 - Projet Pikine, "Les soins de santé primaires en milieu urbain" (1984).
- 9 - Revue Marocaine de médecine et santé, "Santé et développement socio-économique" (1983).
- 10 - A.P RASENBERG, "L'habitat du grand nombre. Les équipements médicaux Pikine - Sénégal" - Projet Sénégal Rul 12 IFAN, DKR 1973.
- 11 - Gerard SALEM, Colloques et séminaires. "Urbanisation et santé dans le 1/3 monde" ORSTOM 1987.
- 12 - M SANKALE, LUTHOMAS, PFOUGEYROLLAS, "Dakar en devenir" présence africaine 1968.
- 13 - UNICEF - MSP ; Conférence atelier sur les SSP au Sénégal-1980.
- 14 - UNICEF, L'urbanisation et ses incidences sur la vie de l'enfant.
- 15 - Villes - Horizon 2000, Financer les soins de santé des citoyens pauvres.
- 16 - M.T. WADE, "Espace urbain et éco-santé, le cas de Pikine". ISE université de DKR 1983.