

Polarisation des structures de soins de la Haute Casamance : entre construction nationale des systèmes de santé et recours aux soins transfrontalier

Ibrahima Dione

▶ **To cite this version:**

Ibrahima Dione. Polarisation des structures de soins de la Haute Casamance : entre construction nationale des systèmes de santé et recours aux soins transfrontalier. Géographie. Université d'Angers, 2013. Français. NNT : . tel-00945314

HAL Id: tel-00945314

https://theses.hal.science/tel-00945314

Submitted on 12 Feb 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

l'université nantes angers le mans
PÔLE DE RECHERCHE ET D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

université angers

Thèse de Doctorat

Ibrahima Dione

Mémoire présenté en vue de l'obtention
du grade de Docteur de l'Université d'Angers
Sous le label de l'Université Nantes Angers Le Mans

Discipline : *Géographie*
Spécialité : Géographie de la santé
Laboratoire : ESO-ANGERS

Soutenue le 02 juillet 2013

École doctorale : DEGEST

Thèse N° 1320

Polarisation des structures de soins de la Haute Casamance : entre construction nationale des systèmes de santé et recours aux soins transfrontalier

JURY

Présidente :	**Mme. Raymonde SECHET,** Professeure, Université de Rennes 2
Rapporteurs :	**M. Emmanuel ELIOT**, Professeur, Université de Rouen
	Mme Virginie CHASLES, Maître de conférences, Université Jean Moulin Lyon 3
Examinateur :	**M. Laurent BRUTUS,** Docteur en Médecine, Chargé de recherche à l'IRD
Directeur de Thèse :	**M. Sébastien FLEURET**, Directeur de recherche, UMR ESO-ANGERS
Co-directeur de Thèse :	**M. Christian PIHET**, Professeur, Université d'Angers

Remerciements

Mes remerciements vont à celles et à ceux qui ont contribué de près ou de loin à cette merveilleuse aventure intellectuelle. Ainsi je tiens à réaffirmer ma profonde reconnaissance à :

Sébastien Fleuret qui m'a mené dans cette tache ardue, initié à la recherche, encadré dans la méthodologie, accompagné sur le terrain avec des échanges fructueux, soutenu dans les moments de doute et présent tout au long de la préparation ;

Christian Pihet qui a cru à mon projet de thèse et de s'être engagé sans préjugés à la codirection nonobstant l'absence de financement.

Mes remerciements s'adressent aussi aux membres du jury : Raymonde Sechet qui a bien voulu le présider, à Emmanuel Eliot et Virginie Chasles qui ont consenti de rapporter cette thèse, à Laurent Brutus qui a bien voulu y participer comme examinateur.

Je remercie également toute l'équipe du laboratoire ESO-ANGERS particulièrement Philippe Duhamel et Noémie Lebrun. Je ne cesserai de leur témoigner ma gratitude pour l'appui financier dont j'ai pu bénéficier lors de mes recherches de terrain.

J'adresse ma profonde gratitude à Christine Chauviat qui m'a apporté le soutien et l'encadrement nécessaire dans la réalisation de la cartographie.

Je salue l'engagement de Béatrice Chaudet, Anne-Cécile Hoyez, Emmanuel Bioteau, Tahirou Mballo pour les échanges scientifiques, leurs conseils m'ont été très précieux.

Je remercie profondément mon épouse Mariame pour la compréhension dont elle a fait preuve dans les moments où je me suis permis d'être égoïste ; mes enfants Malik, Pape et Sidy qui ont enduré mes absences répétées.

Je rends hommage à feu mon père Mamadou Dione et à ma mère Mignelle Bâ qui m'ont permis d'aller à l'école et de m'avoir inculqué la valeur du travail dans la persévérance, l'abnégation et l'attachement à aller jusqu'au bout de mes ambitions quels que soient les obstacles. Je me rappellerai toujours d'eux en cette phrase « s'il n'y a pas de solutions, c'est qu'il n'y a pas de problèmes ».

Je témoigne ma reconnaissance à Daouda Barro, Sidy Alpha Ndiaye, Loulou Diallo et Mamadou Selly Ly qui ont consacré leur temps précieux à la relecture ;

Souleymane Kandé et son épouse Fatou Dione qui m’ont mis dans des conditions optimales lors de mes travaux de terrain ;
Pape Gora Dieng qui a participé de manière dévouée à l’administration du questionnaire d’enquête ;
Néma Baldé, Daouda Baldé et Anna Diaïté qui ont bien voulu nous servir de guides dans cette zone où les déplacements sont difficiles dans un contexte d’impraticabilité des routes et d’insécurité ;
Les autorités sanitaires de la région de Kolda ainsi que les professionnels de la santé qui nous ont facilité l’accès à l’information recherchée notamment le directeur de l’hôpital de Kolda, le médecin chef de région et le médecin chef de district de Vélingara.

« Ce ne sont pas les territoires ou les pays qui se limitent (délimitent) mutuellement mais leurs habitants qui exercent une action réciproque. La frontière devient alors une cristallisation, une spatialisation des processus psychiques de délimitation. (…) cet aspect de mitoyenneté, dans ce qu'il a de part et d'autre. Ce qui fait sens est ainsi l'interaction »

Marion Segaud

Table des Matières

REMERCIEMENTS 1

TABLE DES MATIERES..... 4

INTRODUCTION GENERALE 8

PARTIE I: ANALYSE CONCEPTUELLE, METHODOLOGIQUE ET GEOGRAPHIQUE 23

I.1 Analyse conceptuelle..... 24

I.1.1 La Géographie des frontières : notre axe de réflexion..... 24

I.1.1.1 La frontière comme objet et espace de recherches : positionnement conceptuel 24

I.1.1.2 Perception et évolution du concept de frontière en Afrique 29

I.1.2 Double problématique santé/frontière 33

I.1.3 Santé et Equité territoriale en Afrique de l'ouest 38

I.2 Analyse méthodologique..... 40

I.2.1 Protocole de recherche 40

1.2.1.1 La recherche bibliographique 40

I.2.1.1 Les différentes méthodes utilisées sur le terrain..... 41

1.2.1.1.1 Critères de sélection des unités spatiales..... 41

1.2.1.1.2 Outils utilisés et organisation dans le temps de la collecte des données 46

I.2.1.1.3 Problèmes rencontrés et solutions apportées 51

I.3 Analyse géographique: La Haute Casamance entre rupture et continuité d'un espace de vie commun au Sénégal, à la Gambie, à la Guinée Bissau et à la Guinée..... 54

I.3.1 Une histoire ponctuée de regroupement et d'émiettement dans un contexte d'homogénéité socioculturelle 54

I.3.2 De la colonisation à l'édification des frontières actuelles : un décalage entre l'espace vécu et les nouvelles formes d'organisation territoriale 57

I.3.3 Une instabilité politique « endémique » : entre rébellion et guerre civile..... 59

I.3.4 Un cadre physique propice à l'économie primaire dans un contexte d'échange transfrontalier permanent..... 62

I.3.5 Un contexte physico-naturel également propice à la propagation des maladies endémiques . 64
I.3.6 Des coutumes et croyances qui influencent fortement la santé des populations 65

PARTIE II: CARACTERISATION DU POTENTIEL SOCIO SANITAIRE DU BASSIN DE SANTE DE LA HAUTE CASAMANCE 68

II.1 Politiques nationales de santé: une formalisation identique à l'ensemble des pays du bassin de santé de la Haute Casamance 69
II.1.1 Politiques de santé en Afrique de l'Ouest : la stratégie des soins de santé primaires 74
II.1.1.1 Processus de mise en place de la politique de santé en Afrique de l'Ouest dès l'époque coloniale 75
II.1.2.2 L'impact de la politique internationale de santé sur l'organisation des systèmes de soins en Afrique de l'Ouest 80
II.1.2.3 Organisation actuelle des systèmes de soins en Afrique de l'ouest à travers la théorie de la pyramide sanitaire 91

II.2 Offre de soins et stratégie de promotion de la santé en Haute Casamance 99
II.2.1 Desserte et densité médicale en Haute Casamance: une offre inférieure et inadaptée à la demande 100
II.2.1.1 Théorisation de l'identification des besoins de santé en Afrique de l'Ouest 100
II.2.1.2 Capacités sanitaires en Haute Casamance: une insuffisance ponctuée de disparités dans la répartition 109
II.2.1.3 Situation sanitaire et rupture de desserte en Haute Casamance 120

II.3 Dépenses de santé : une contribution publique et privée en décalage avec l'ambitieuse politique sanitaire 124
II.3.1 Financement central : une évolution positive des dépenses publiques de santé 125
II.3.2 Autres sources de financement : une participation à l'effort de santé diversifiée 127
II.3.3 Répartition des dépenses par échelon de la pyramide sanitaire 128
II.3.4 Répartition géographique des dépenses : la périphérie oubliée 129
II.3.5 Dépenses privées de santé : une source peu conséquente mais non négligeable 131
II.3.5 Une participation relativement importante des partenaires extérieurs 136

PARTIE III: CARACTERISATION DU RECOURS AUX SOINS EN HAUTE CASAMANCE : UNE AIRE DE RECRUTEMENT TRANSFRONTALIER . 138

III.1 Polarisation du Centre hospitalier Régional de Kolda: une attractivité relative à la qualité des soins 146
III.1.1 Contexte sanitaire du Centre Hospitalier Régional de Kolda 146
III.1.2 Aire effective de polarisation du CHRK 151

III.2 Polarisation des postes de santé de Salikégné et Saré Konko : deux structures de soins accessibles de part et d'autre des frontières 159
III.2.1 Desserte médicale, volume d'activités et polarisation effective des postes de santé de Salikégné et Saré Konko 160
III.2.2 Déterminants de la de la polarisation effective des poste de santé de Salikégné et Saré Konko 170
III.2.2.1 Le vécu socio spatial et historique 170
III.2.2.2 L'accessibilité physique 173

III.3 Polarisation des structures de soins de Kolda sous l'effet des dynamiques socio-économiques à travers les loumo : l'exemple de Diaobé, Pata et Saré Yoba 174
III.3.1 Le cas de Diaobé 178
III.3.1.1 Situation sanitaire de la zone médicale de Diaobé 179
III.3.1.2 Polarisation sanitaire effective de Diaobé 180
III.3.2 Le cas de Pata 183
III.3.2.1 Contexte sanitaire 183
III.3.2.2 Aire effective de recrutement du poste de santé de Pata 184
III.3.3 Le cas de Saré Yoba 187
III.3.3.1 Contexte sanitaire 187
III.3.3.2 Aire effective de recrutement du poste de santé de Saré Yoba 188

PARTIE IV: ENJEUX, ETATS DES LIEUX D'UNE COOPERATION SANITAIRE TRANSFRONTALIERE EN HAUTE CASAMANCE 190

IV.1 Décentralisation, Rupture de desserte médicale et Recentralisation dans le bassin de santé de la Haute Casamance 191

IV.2 La coopération sanitaire dans le bassin de santé de la Haute Casamance 199
IV.2.1 Cadre institutionnel de la coopération sanitaire à l'échelle transfrontalière 201
IV.2.2 Les Initiatives Frontières et Intégrations en Afrique de l'Ouest 203

IV.3 De la conception d'une coopération transfrontalière à sa mise en œuvre : des résultats mitigés en décalage avec l'ambition première 208
IV.3.1 L'intervention des pouvoirs publics dans une politique commune de coopération transfrontalière : entre volonté d'agir et réalités des capacités 208
IV.3.2 La coopération décentralisée : le partenariat ONG/Collectivités territoriales/ Services de santé 212

CONCLUSION GENERALE 218

BIBLIOGRAPHIE **225**

SUPPORTS NUMERIQUES **233**

SIGLES ET ABREVIATIONS **235**

TABLE DES TABLEAUX **237**

TABLE DES CARTES **238**

TABLE DES GRAPHIQUES **238**

TABLE DES SCHEMAS **239**

TABLE DES ILLUSTRATIONS **239**

GLOSSAIRE, INDEX **241**

RESUME FRANÇAIS **244**

RÉSUMÉ ANGLAIS **245**

Introduction Générale

Contextualisation sociogéographique et géopolitique : entre construction nationale et espace vécu

La tendance à la mondialisation, au développement des moyens de communication et à la mobilité sans cesse grandissante des personnes et des biens réduit fortement les distances et uniformise les rapports socio-économiques à l'échelle planétaire. Les frontières sont aujourd'hui souvent considérées et vécues comme de « *simples discontinuités dans une logique de partage des compétences territoriales* » Moullé (2010). Cette dernière s'accompagne de mouvements permanents auxquels sont sujets les frontaliers dans le sillage des places centrales périphériques. Celles-ci font l'objet d'une attraction déterminée par l'offre de service proposée dans un rayon de mobilité donné. Dans certains cas, ce rayon de polarisation peut dépasser les limites nationales d'un Etat suivant la porosité des frontières, l'espace vécu et la configuration d'un tissu urbain frontalier homogène dans les relations économiques. Cette uniformisation des rapports socio-territoriaux engendrent une régionalisation qui peut apparaître sous deux aspects. Elle peut prendre le sens d'une structuration *politico-formelle* ou d'une construction *politico-passive*. Toutefois, ces deux aspects peuvent, se confondre, se compléter ou entrer en conflits sous la forme d'un antagonisme des pratiques territoriales. Dans le premier type, le regroupement supranational comme dans l'exemple de l'Europe abolit la frontière politico-économique et rapproche les peuples séparés par les stigmates de la seconde guerre mondiale et de la guerre froide dans une logique d'union politique volontariste et formelle. Dans le deuxième type, une réunification territoriale comme dans le cas de l'Afrique de l'Ouest, reconstitue un vaste ensemble de vie homogène composé de plusieurs Etats sans réelle union politique. A la différence du premier regroupement, celui-ci est fabriqué à travers une résurgence des pratiques territoriales du passé précolonial et dont les acteurs exclusifs sont les populations. Ces pratiques territoriales avaient été défaites par les mutations de l'espace qui sont survenues à la colonisation et à la décolonisation. Ces deux types de construction à la fois politique et sociale impliquent une réorganisation des zones de partage transfrontalières au gré

des représentations[1] que peuvent se faire à la fois le politique et le citoyen entre espace construit et espace vécu. Dans cette logique de conception, les rapports sociaux, spatiaux et économiques se jouent entre couture et coupure des espaces de vie dans un eternel recommencement de construction spatiale liée aux impératifs géopolitiques du moment et à l'appropriation territoriale de l'espace par les populations locales et ceci dans tous les domaines.

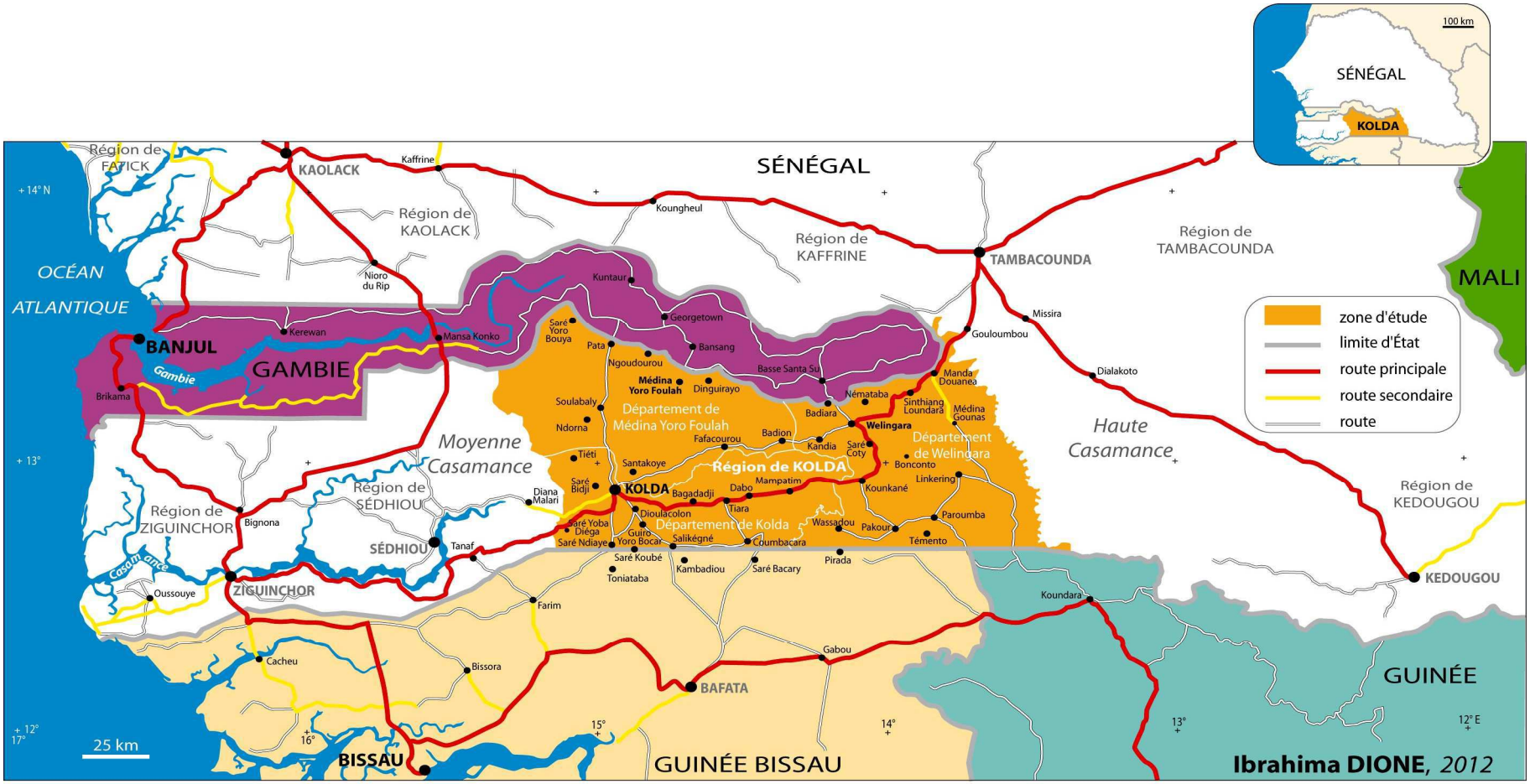
Le secteur de la santé, dans sa globalité entre l'offre et le recours aux soins vit cette évolution à travers un accroissement des mobilités de soins. Du tourisme médical facilité par l'offre de plus en plus compétitive de certains pays au simple recours aux soins permis par une mobilité aisée de part et d'autre des frontières, les faits de santé sont fortement tributaires de la recherche de soins de qualité à un meilleur coût quelles que soient l'origine et la destination. Toutefois, dans certaines parties du globe, une offre de soins dérisoire et désarticulée associée à une accessibilité physique[2] réduite et un vécu commun de l'espace partagé entre différents pays dessinent des situations complexes de recours aux soins. Celles-ci sont souvent inscrites dans un registre transfrontalier où foisonnent des mouvements de populations d'une origine très diversifiée. L'ensemble constitué par le **Sénégal**, la **Gambie**, la **Guinée Bissau** et la **Guinée** est configuré dans cette dernière logique de pratique sanitaire qui entretient une polarisation transfrontalière des structures de soins à partir de la région naturelle de la **Haute Casamance** au sud du Sénégal. D'où l'objet de notre thèse de doctorat qui s'applique à un cadre géographique composé du Sénégal (dans sa partie Sud), de la Gambie (dans sa partie Sud), de la Guinée Bissau (dans sa partie Nord) et de la Guinée (dans sa partie Nord-Ouest) avec comme centre d'intérêt la région de **Kolda** sur trois niveaux d'échelle : Kolda dans sa région, Kolda dans le Sénégal et Kolda dans le bassin de santé transfrontalier de la Haute Casamance[3] (*cf. carte1 page 8*).

[1] C'est l'une des raisons qu'on a pu évoquer pour refuser l'intégration de la Turquie dans l'Union Européenne à ce jour considérée comme faisant partie de l'Asie Mineure. Par ailleurs, la Guinée Bissau a intégrée l'UEMOA et la CEDEAO malgré son appartenance portugaise du fait qu'elle faisait partie historiquement du bloc homogène de l'Afrique de l'Ouest précoloniale.

[2] Les facteurs distance, temps de trajet, état des routes, moyens de transport déterminent la fréquentation en ce sens qu'ils traduisent la proximité ou l'éloignement d'une structure de soins.

[3] La Haute Casamance est une région naturelle du sud du Sénégal qui regroupe les régions administratives de Sédhiou et Kolda. Nous l'employons comme un bassin de santé transfrontalier polarisant à partir des structures de Kolda une partie du Sénégal, de la Guinée Bissau, de la Guinée et de la Gambie.

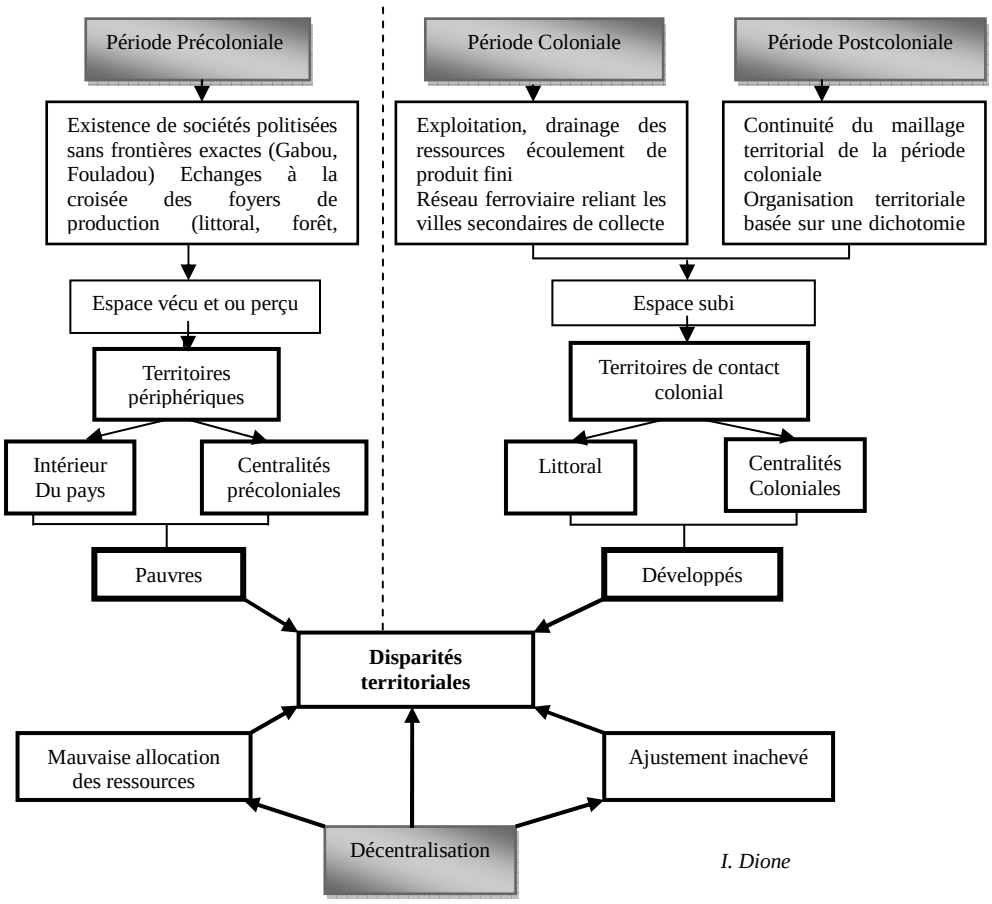
Carte 1 : Situation géographique du bassin de santé de la Haute Casamance



Source : Sénégal, 1: 1 000 000, IGN Paris, DTGC Dakar, collection Pays et villes du Monde, 1993

La spécificité à laquelle renvoie cet espace et objet de recherche relève d'une structuration territoriale sans cesse flottante entre espace vécu, perçu, construit et subi au cours d'une chronologie historique de phases tendant tour à tour à façonner les territoires. Ainsi, la construction des espaces communs transfrontaliers et les dynamiques socio sanitaires qu'elle implique aujourd'hui, trouve son origine aussi loin que l'on remonte dans l'histoire de cette partie de l'Afrique de l'ouest. La structuration des territoires avant pendant et après la colonisation a déterminé le destin géopolitique et socio-économique de la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest à l'image du Sénégal, de la Gambie, de la Guinée Bissau et de la Guinée.

Schéma 1 : Mutation de l'espace au cours des périodes précoloniale, coloniale, postcoloniale et d'ajustement des années 90



La Haute Casamance, qui s'intègre dans l'espace transfrontalier à cheval sur ces quatre Etats, a ainsi subi de profondes mutations dans la construction des dynamiques liées à l'utilisation de l'espace et au maillage des lieux centraux. En

effet, les représentations spatiales se sont faites dans le temps et au gré de manipulations volontaires ou sociétales de l'espace survenues au cours d'une succession de quatre périodes: précoloniale, coloniale, post coloniale et plus récemment celle liée à la décentralisation administrative et à la régionalisation.

La période précoloniale jusqu'en 1884[4] est représentative d'une configuration politique axée sur l'existence de royaumes comme le *Gabou* et le *Fouladou*[5]. Ces deux royaumes se sont succédé sur les mêmes contours et suivant une série de confrontation, d'alliance et de métissage entre les différentes ethnies. Cette situation politique et socioculturelle a établi un bloc homogène de pratique spatiale caractéristique d'une organisation socioéconomique aux centres de gravité localisés à l'intérieur du pays à la croisée des foyers de production. La spécialisation de ces derniers en matière de production économique primaire était déterminée par les opportunités naturelles offertes (forêt, sahel, littoral). Le réseau d'échange s'articulait à travers le commerce transsaharien[6] sur un maillage reliant un ensemble de places centrales situées sur des voies méridiennes à l'intérieur des terres. C'est à partir de ces dernières que s'organisait une satellisation de centres secondaires au rôle important dans la collecte des produits alimentant ce commerce.

La période coloniale à partir de 1884 et jusqu'en 1960, en opposition à la précédente, est caractérisée par une désintégration des anciennes structures politiques à la suite de conquêtes militaires. Elle a instauré de nouvelles formes d'organisation et de gestion politique. Elles se sont traduites par une centralisation des pouvoirs plus ou moins stricte d'un colonisateur à l'autre selon le mode d'administration directe [France, Portugal] ou indirecte [Angleterre]. Sur le plan économique, la trame d'organisation était assujettie aux impératifs de l'économie coloniale sous la forme de drainage des ressources vers la métropole et d'écoulement de produits finis à partir de positions géostratégiques dans les territoires colonisés. L'objectif de cette

---

[4]Correspond à la conférence de Berlin 1884 qui marque un tournant fondamental dans l'histoire de l'Afrique : elle fixe en effet les règles du jeu et les conditions du partage, permet une série d'accords bilatéraux sur des litiges frontaliers franco-allemands notamment.

[5]Le royaume de Gabou vit le jour vers 1240 et connut son plein développement entre le XIII^{ème} et le XIX^{ème} siècle. Il regroupait les actuelles républiques de Guinée Bissau, du Sénégal, de la Gambie et de la Guinée. Le royaume de Fouladou, crée au XIX^{ème} siècle à la suite de la révolte des peuls contre le Gabou, couvrait les actuels départements de Kolda et Vélingara (Sénégal), Bassé (Gambie) Farim et Bafata (Guinée Bissau) avec les mêmes composantes ethniques que l'ancien royaume de Gabou.

[6]Le commerce transsaharien désigne le commerce à travers le Sahara entre les pays méditerranéens et l'Afrique subsaharienne à partir du XIII^{ème} siècle.

nouvelle trame à l'origine des divisions territoriales était le contrôle administratif des hommes et de l'espace ainsi que la domination militaire des Etats. Les populations locales se sont adaptées ou du moins ont subi ce maillage territorial orienté sur l'économie coloniale. La colonisation a ainsi fabriqué un découpage sur la base d'un réseau de villes, de marchés d'échanges et de circulation (voies fluviales, routes, voies ferrées) qui ont stérilisé les anciens établissements humains et économiques. Par conséquent, elle a impliqué un déplacement des centralités constituées à la période précoloniale vers le littoral (établissement de port maritime et des services de l'administration coloniale) au détriment de l'intérieur. Les zones de l'intérieur ont ainsi perdu leur position centrale dans les échanges et se sont appauvries. La conséquence est le début de la création d'inégalités territoriales sous la forme d'une dichotomie villes/campagnes où la satellisation rationnelle (par rapport à l'intérieur) reste inachevée car il n'existe pas de retour profitant aux campagnes pour leur développement. Ainsi, l'établissement de ces nouvelles centralités associé à l'attraction qu'elles proposent en termes d'offres de services implique un accroissement urbain remarquable. On note une forte concentration en zone littorale occupée par les plus grandes villes. C'est ainsi que par exemple au Sénégal, les zones à l'ouest et au centre respectivement le littoral et le bassin arachidier, sous l'impulsion des politiques de gestion de l'espace colonial, ont vu la création de pôles urbains (Dakar) renfermant l'ensemble des services administratifs, socio sanitaires et économiques d'une part. Les localités particulièrement celles de l'intérieur, d'autre part, sont laissées pour compte et subissent un désœuvrement en termes de desserte en infrastructures de base, voies et réseaux divers et surtout en offre de services de santé.

La période postcoloniale de 1960 à 1996, dans la continuité de la seconde, correspond à la gestion de l'espace au lendemain des indépendances, pour les pays nouvellement émancipés. Elle a suivi l'orientation des dynamiques politiques, spatiales et économiques de la colonisation sous la forme d'un centralisme étatique. Celui-ci a continué d'entretenir les écarts de développement apparus à la période coloniale. Par conséquent, les marques de construction du territoire colonial sont aujourd'hui visibles dans l'aménagement des espaces dans le domaine économique mais également dans la planification des services socio-sanitaires. Cette reconduction d'une croissance urbaine disparate, à l'origine de la macrocéphalie urbaine en

Afrique, s'est largement nourrie de mouvements de population en provenance du monde rural. On remarque aujourd'hui que les villes en Afrique de l'Ouest ont absorbé 55% du croît démographique enregistré entre 1960 et 2005[7] alors que les campagnes se vident. Cet état de fait a instauré durablement une dichotomie typique d'inégalités socioéconomiques de deux sous ensembles représentés par les villes d'une part et les campagnes d'autre part. Ce dualisme entre le monde rural et le monde urbain a créé une urbanisation à deux vitesses qui s'articule profondément sur des disparités notables à la défaveur des territoires ruraux. Cette situation est aussi visible en Guinée Bissau et en Gambie avec les centralités de Bissau et de Banjul qui bénéficient le plus amplement des structures socio administratifs par rapport à d'autres localités de l'arrière pays comme les régions de Bafata et de Brikama (*cf. carte page 8*). Banjul est peuplé de plus du tiers de la population totale gambienne sur seulement 1% de la superficie totale du pays et c'est la même logique à Bissau où vivent 25% de la population totale de la Guinée Bissau.

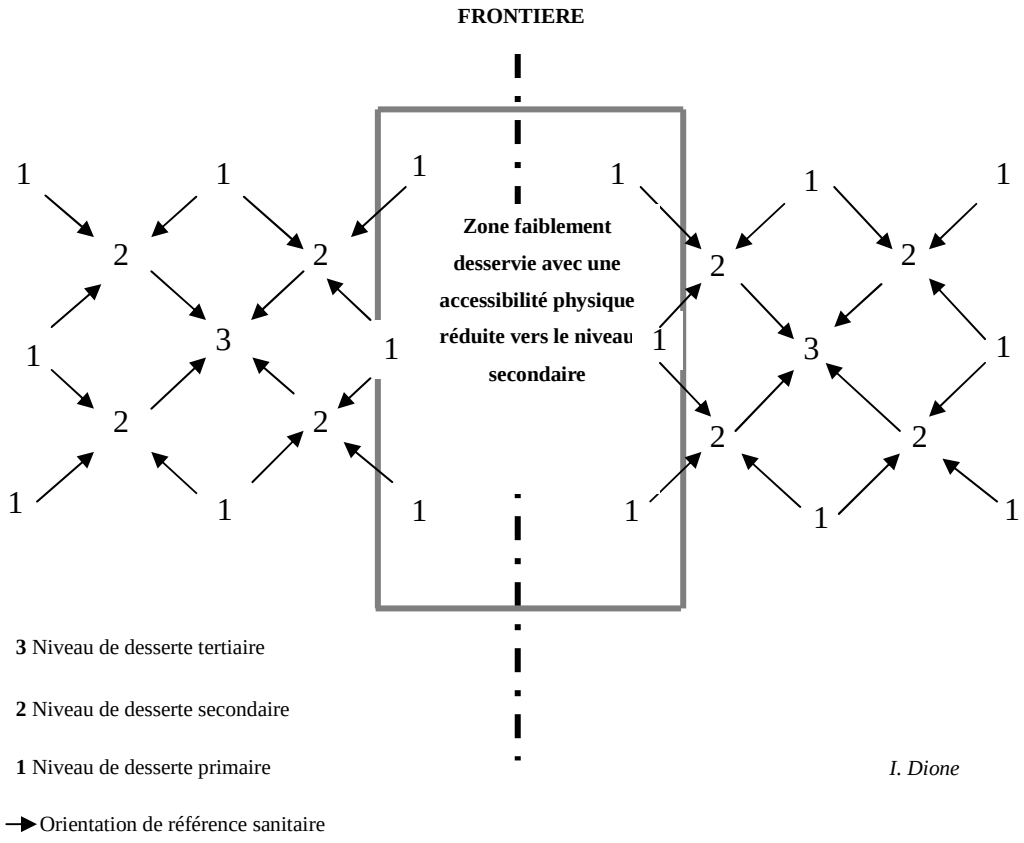
La période de réajustement territorial de 1996 à nos jours, est marquée par l'impulsion de la politique de décentralisation et de régionalisation à partir de 1996 et généralisée dans les Etats du bassin de santé. Il s'agit d'une perspective de glissement d'un centralisme étatique à une dévolution administrative. Dans le principe, il s'agit de donner plus d'autonomie aux collectivités locales dans la gestion des offres de services publics. Toutefois, le contrôle du pouvoir central n'est pas altéré car les décisions politico-administratives lui reviennent ainsi que la distribution des ressources allouées aux démembrements territoriaux par un système de financement vertical. Ce dernier est caractérisé par une focalisation des investissements de développement humain et économique sur les grandes villes. On assiste ainsi à une décentralisation inachevée corroborée par ces disparités dans un contexte d'insuffisance des subventions étatiques, de l'absence de mécanismes de responsabilisation des collectivités territoriales périphériques dans l'autofinancement et la coopération décentralisée et sans doute d'un énorme écart de développement entre le centre et la périphérie qu'il est difficile de rattraper.

[7] Les ruralités en mouvement en Afrique de l'Ouest, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture Mars 2007

L'évolution de l'espace et les impacts sur les pratiques sanitaires

L'organisation territoriale du bassin de santé de la Haute Casamance s'explique aujourd'hui par le socle d'aménagement mis en place suivant la série de mutations qui est intervenue pendant les trois dernières périodes. La distribution spatiale des structures de soins entretient des inégalités territoriales frappantes, une désarticulation dans leur liaison mais surtout un dénuement dans les espaces de partage frontaliers. L'offre de soins tertiaire est concentrée dans les grandes villes tandis que dans les périphéries, elle s'amenuise rendant l'accès aux soins de santé primaires difficiles.

Schéma 2 : Maillage des services de santé et système de référence sanitaire dans le bassin de la Haute Casamance



D'un point de vue du recours aux soins, la survivance des habitudes de vie et de perception de l'espace par les populations des zones de partage détermine fortement des dynamiques territoriales spécifiques et des trajectoires de fréquentation des structures qui font fi du maillage administratif et de l'existence des frontières.

Cette double tendance crée une rupture entre l'espace construit par la politique de gouvernance et l'espace vécu par les acteurs locaux. Dans les dynamiques de santé,

cette rupture se matérialise par la construction d'aires théoriques de recrutement obéissant à la planification sanitaire d'une part et d' aires effectives de recours aux soins façonnées par les trajectoires de recours aux soins des populations d'autre part. Dans cette logique, l'organisation territoriale du secteur socio-sanitaire et les dynamiques de recours aux soins qu'elle entraine présente une situation complexe qui obéit à un ensemble de faits structurels ou informels dont :

- une répartition spatiale inachevée avec comme corollaire le dénuement des périphéries ;
- une absence de jonction des systèmes de santé des différents pays qui se partagent l'espace transfrontalier ;
- des trajectoires de recours aux soins qui ignorent les frontières et le cadrage théorique et territorial de l'offre de santé dans les infimes parties des subdivisions sanitaires.

Concrètement dans ces pratiques territoriales de la santé, les centralités périphériques et/ou frontalières couvrant l'arrière pays sont peu ou mal desservies en infrastructures sanitaires. Cependant, celles-ci entretiennent des aires de recrutement dont les limites empiètent dans les Etats voisins. Dans cette logique, les localités les plus aptes à accueillir des patients grâce à une desserte médicale relativement acceptable attirent dans leur sillage de polarisation des territoires d'émission de patients, la plupart dépourvus d'une couverture sanitaire satisfaisante. Il se crée ainsi une enveloppe transfrontalière de recours aux soins dans un enchaînement de flux caractérisé par le rapport répulsion/émission/réception. Dans cette enveloppe, c'est à partir d'un noyau transfrontalier que s'organise l'orientation de recrutement des structures de soins. Les facteurs structurants se résument à la fonctionnalité ou non de structures de soins dans les zones de partage frontalières, aux déplacements économiques d'envergure internationale, aux liens de parenté de part et d'autre de la frontière, à l'accessibilité physique et à l'instabilité politique ; indépendamment de l'appartenance nationale.

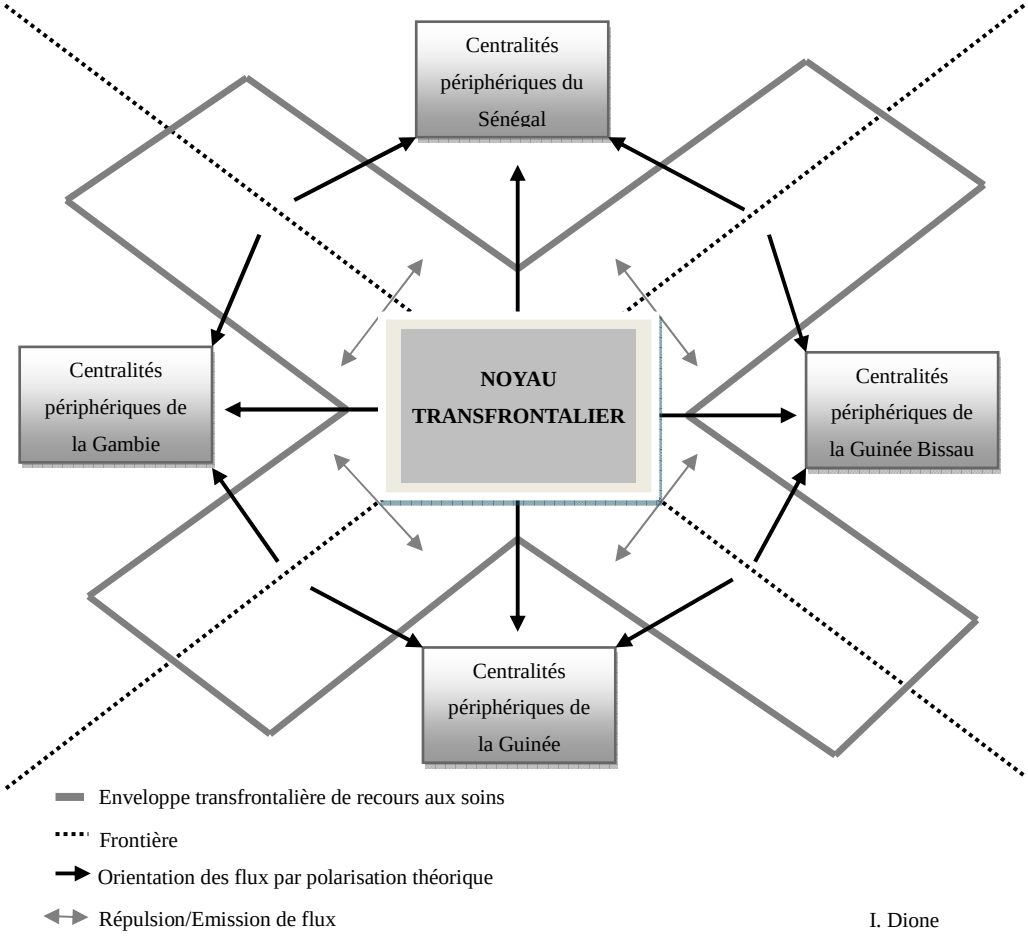
La réunion de ces facteurs structurants favorise l'éclosion d'un bassin de santé transfrontalier dont la constitution repose sur la complémentarité de plusieurs mini bassins de santé sur lesquelles nous porterons une analyse par rapport au niveau et à l'étendue de leur polarisation transfrontalière. Le choix de ces unités spatiales repose sur un ensemble de paramètres tels que :

- la position géostratégique comme les cas des zones médicales de Salikégné et Saré Konko desservis en postes de santé et relativement accessible car intégrant un poste frontière ;

- le rayonnement économique à travers les *loumo*[8] comme Diaobé, Pata et Saré Yoba[9] qui entretiennent un déplacement régulier de personnes pour échanger et dont les jours de tenue favorise la disponibilité en moyens de transport ;

- la fonction administrative et la hiérarchisation des structures de soins avec la région de Kolda qui dispose d'une structure de référence tertiaire, le Centre Hospitalier Régional, avec un plateau technique acceptable pour dispenser des soins de qualité dans plusieurs spécialisations (*cf. carte 2, page 17*).

Schéma 3 : Fonctionnalité territoriale et enveloppe transfrontalière de recours aux soins



[8] Signifie marché périodique et non sédentaire et en général hebdomadaire
[9] Autrement appelé Saré Yoba Diéga

Tableau 1 : Centralités frontalières du Sénégal, de la Guinée Bissau et de la Gambie

	Centralités périphériques ou frontalières
GAMBIE	Brikama Ba, Bansang, Bassé Santa Su
GUINEE BISSAU	Farim, Mansaba, Bafata, Gabou
SENEGAL	Kolda, Vélingara, Médina Yoro Fullah, Saré Yoba Diéga, Salikégné, Diaobé

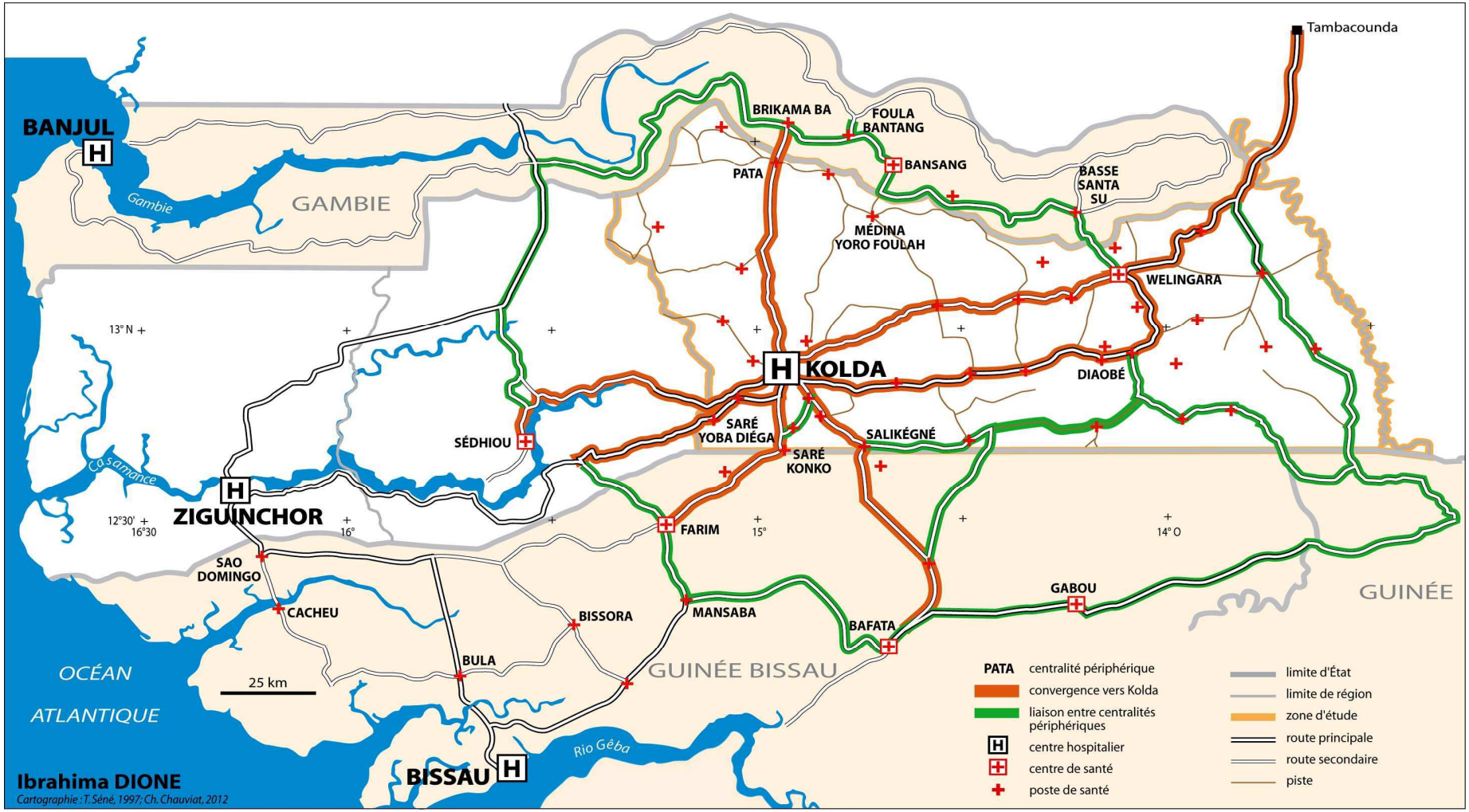
Questionnements, Hypothèses, objectifs et plan de travail

Dans cette thèse, l'essentiel pour nous est de comprendre les dynamiques qui ont mené à la construction de ce bassin de santé à cheval sur quatre Etats frontaliers. Dans cet ensemble la complexité des mobilités de soins engendre un territoire de partage où tout se joue au gré d'une perception de la frontière contraire à la conception *intra-muros* des limites d'Etat.

La complexité des mobilités de soins et les dynamiques auxquelles ces dernières sont liées façonnent un paysage sanitaire original et intéressant dans l'étude des faits de santé. Cela traduit également la nécessité d'aborder les questions de santé suivant une vision transversale qui prend en compte, en plus de l'aspect purement médical, la portée non moins importante des déterminants sociaux sur l'état de santé des individus.

Par conséquent, nous étant inscrits dans une dynamique de réflexion sur la géographie des systèmes de santé depuis notre travail de recherche en master, avons remarqué que faisant fi des partitions spatiales officielles, les besoins en soins polarisent vigoureusement un espace compris entre les quatre pays frontaliers que sont le Sénégal, la Gambie, la Guinée et la Guinée Bissau. C'est dans la logique de pousser une réflexion sur les dynamiques des mobilités de soins dans les espaces partagés que nous entreprenons de travailler sur cet aspect que nous n'avons pas pu aborder et qui est relatif à la desserte médicale théoriquement destinée à la Haute Casamance, déjà caractérisée par des insuffisances notables, et à un recours aux soins qui dépasse les frontières nationales du Sénégal.

Carte 2 : Centralités périphériques de la Guinée Bissau, du Sénégal et de la Gambie



La situation sanitaire de la Haute Casamance contrecarre la politique nationale de santé du Sénégal (politique de planification sanitaire de 1988) qui veut qu'une région médicale soit la référence de son équivalent administratif, limitant à celui-ci l'aire théorique de recours aux soins. En effet, l'aire effective de recours aux soins dépasse les frontières nationales au point d'atteindre certaines localités au-delà des frontières comme Brikama, Bassé santa su en Gambie ainsi que Bafata, Farim, Mansaba en Guinée Bissau (*cf. carte 2, page 17*). Cet état de fait laisse entrevoir une aire transfrontalière de recours aux soins avec la Gambie, la Guinée, et la Guinée Bissau, Etats limitrophes du Sénégal.

Cette analyse d'une *internationalisation*, (entendons un bassin de santé à cheval sur quatre frontières), du recours aux soins dans un contexte où la desserte médicale n'est pas encore au même stade, constitue un immense champ de réflexion à explorer. Cela suscite un certain nombre de questionnements dont :

- quel est le niveau de desserte médicale de la Haute Casamance ?
- est-il optimal et adéquat aux besoins de santé de la population de la région et des aires extérieures ?
- l'accessibilité physique des structures répond-t-elle à la localisation des populations ?
- quelle est l'origine des consultants et pourquoi consultent-ils à Kolda ?
- quelles sont les trajectoires de recours aux soins dans l'espace transfrontalier ?
- quelles sont les dynamiques définissant le recours aux soins transfrontalier ?
- quelles sont les aires théorique et effective de recours aux soins de la région médicale de Kolda ?
- quels acteurs, pour quelles stratégies dans l'amélioration du système de santé ?
- quelle est le niveau de coopération sanitaire transfrontalière en matière d'offre de soins entre les quatre Etats du bassin de santé de la Haute Casamance ?

Autant de questions que répondront un certain nombre d'hypothèses de départ :

- l'offre de soins que reflète la politique de décentralisation ne répond pas à la demande des populations cible vu l'espace polarisé ;
- les différents systèmes de santé des quatre pays ne sont pas joints aux extrémités où l'offre de soins s'amenuise également ;
- l'aire effective de recrutement des structures sanitaires de Kolda et des autres

régions frontalières englobe quatre pays frontaliers alors que celles-ci sont à caractère intra-étatiques ;

- l'accessibilité physique, les mécanismes socioéconomiques et culturels, l'homogénéité socio-spatiale, la qualité des soins expliquent le recours aux soins dans les structures étrangères pour les populations non prévues des autres pays.

Dès lors, l'objectif général de ce travail de recherche est d'analyser à travers l'exemple type d'un cadre transfrontalier à cheval sur le Sénégal, la Guinée, la Gambie et la Guinée Bissau en Afrique de l'Ouest, les interactions santé et territoires dans une logique de constitution d'un bassin de santé sur la base d'importants flux transnationaux dans le recours aux soins.

De manière spécifique, il s'agit d'abord de spatialiser les mobilités de soins et les trajectoires qu'elles impliquent autour des structures régionales de santé de la Haute Casamance avant de déterminer les tenants des déplacements de population de part et d'autre des frontières.

Ainsi, notre travail de recherche est articulé suivant un plan en quatre parties.

La première partie est constituée d'une analyse conceptuelle, méthodologique, et géographique en fonction de notre thème et espace de recherche afin de faire la synthèse sur l'état des connaissances, décliner l'organisation théorique et pratique de la collecte de l'information et définir les spécificités sociogéographiques de la Haute Casamance.

La deuxième partie traitera des systèmes de santé nationaux et de la desserte médicale avec le cas type du Sénégal [qui a la même politique de santé que les autres Etats] tout en mettant en exergue les particularités des autres systèmes de santé. Cette analyse permet de percevoir les capacités d'offre de soins et de définir les aires théoriques de recours aux soins.

La troisième partie consistera à analyser l'aire effective de recours aux soins par l'examen de l'origine des consultants d'abord et ensuite à une réflexion sur les déterminants des mobilités de soins.

La quatrième partie est consacrée aux stratégies entreprises dans le cadre d'une coopération sanitaire transfrontalière entre les Etats, au sein des populations locales et des organisations non gouvernementales.

PARTIE I: ANALYSE CONCEPTUELLE, METHODOLOGIQUE ET GEOGRAPHIQUE

I.1 Analyse conceptuelle

I.1.1 La Géographie des frontières : notre axe de réflexion

I.1.1.1 La frontière comme objet et espace de recherches : positionnement conceptuel

S'accorder sur une définition stricte et unanime du concept de frontière demeure relativement âpre dans la mesure où le concept en lui-même, largement débattu, a connu une évolution épistémologique qui a finit par lui octroyer plusieurs attributs. La frontière devient un concept *fourre-tout* et plusieurs disciplines se sont emparées des questions soulevées sur sa construction, son vécu, sa perception, son histoire, son évolution, son tracé, ses fonctions etc. Les interrogations qu'elle suscite sont ainsi applicables à une large palette de thématiques comme objet et espace de recherches. Inscrits en géographie sociale intégrant une approche socio-territoriale des questions de santé, nos propos sur la frontière, dans cette thèse, se placent dans une contextualisation sociogéographique tout en mettant en avant un regard croisé en rapport avec toutes les visions émanant des autres disciplines. Cette démarche nous amène à l'aborder suivant une logique de typologie dans une conception multiscalaire de l'espace. Dans cette démarche, il est mis en évidence un ensemble de cas particuliers dépendants de la conception individuelle, de l'histoire, du milieu physique, des mutations socioéconomiques, de la fonctionnalité territoriale, des continuités et discontinuités de la pratique spatiale et géopolitique. Frontière naturelle, artificielle, communautaire, géopolitique, culturelle, sociale, économique autant de qualificatifs qui peuvent être employés dans plusieurs contextes : la communauté, la ville, la région, le pays, l'organisation supra étatique, la planète. Toutefois, la définition sur la quelle on pourrait s'attarder aujourd'hui est celle qui consiste à considérer la frontière non pas seulement comme une ligne de démarcation physique mais également comme une zone de partage et un espace à cheval sur plusieurs entités territoriales avec des fonctionnalités complémentaires qui supposent des mouvements de population de part et d'autre de la dite ligne de séparation. On peut ainsi affirmer avec certitude que c'est l'homme qui façonne la frontière selon l'utilisation qu'il peut faire de l'espace, de la territorialisation qui en découle et des rapports tissés avec les *voisins*. C'est sans doute dans cette dynamique que réside

l'importance de la mobilité suivant l'intérêt que le frontalier porte sur certaines localités de part et d'autre de la frontière. Cette attraction suit une logique de satisfaction des besoins exprimés par les populations face à des offres spécifiques dans une hiérarchisation fonctionnelle du tissu urbain transfrontalier. On parle ainsi de mobilités transfrontalières qui peuvent être assimilées au travail, à la santé, aux activités économiques etc. Aujourd'hui, cette banalisation des limites d'Etat[10] crée des espaces communs dont la formalisation favorise l'éclosion de *Grandes Régions*[11] intégrant un partage de compétences territoriales.

Néanmoins, si la prise en compte des espaces communs est primordiale dans l'étude des interactions espaces/sociétés où ces derniers présentent un intérêt scientifique indiscutable, ils n'ont de sens que dans l'existence d'une frontière identifiée et représentée par une limite physique. A ce propos Jean Pierre Renard (2007) évoquait qu'une « *frontière totalement ouverte pour tous n'est plus une frontière* ». Donc, il ne s'agit aucunement dans cette thèse de repenser la frontière ou de remettre en cause son existence. Elle existera toujours parce que la nature humaine le veut. Le fait de dire seulement « *mon* » définit une possession ou une appartenance dont la caractéristique principale est d'instaurer une limite qui soit éloigne soit rapproche l'autre au gré de la nature des relations entretenues. Simplement il faut retenir que dans tous les cas, la frontière peut être changeante ou figée, large ou linéaire, continue ou discontinue, sociale et/ou politique en rapport avec les soubresauts de son édification et des règles du jeu qui la définissent à un moment donné. C'est là où réside l'originalité de l'approche de ce concept et l'immense champ de réflexion qu'il crée et au cœur duquel tout se joue entre espace partagé et tracé suivant un regard pluridisciplinaire alliant toutes les sciences qui s'intéressent à l'homme et à son espace géographique.

Ainsi, la prise en compte de la frontière comme espace de recherche suppose la nécessité, pour le chercheur, d'avoir une appréhension qui permet de disséquer les

---

[10] A considérer strictement en rapport avec le contexte de la *grande régionalisation* et du regroupement communautaire car parallèlement, on assiste aujourd'hui à une tendance au retour de la frontière encadrant plus ou moins fermée comme dans le cas de l'Union Européenne du fait de l'immigration mal maîtrisée et d'une prévalence plus ou moins implicite de la préférence nationale selon les pays.

[11] La Grande Région est une entité regroupant plusieurs pays. Elle a pour but d'améliorer la coopération politique, économique et les partenariats entre les différents acteurs d'un vécu transfrontalier de l'espace.

territoires de partage frontalier dont la construction dépend de l'évolution spatio-temporelle des faits de sociétés.

Comprendre ainsi le vécu de la frontière passe par une démarche typologique qui part de l'ensemble des faits historiques, géopolitiques, socioéconomiques etc. qui interagissent simultanément ou non dans l'édification de la frontière. Le positionnement du géographe dans son espace de recherche s'enrichit d'un cadre plus hétérogène dans lequel l'approche spatiale de la frontière quelle qu'elle soit ne renvoie plus à une séparation des Etats mais à une succession horizontale d'un ensemble de faits [transposable dans n'importe quelle partie du globe] à un instant donné alliant ruptures et continuités.

Emmanuel Bioteau et Yann Calberac (2005)[12] soutenaient à ce propos que :

> « *L'approche méthodologique d'un objet transfrontalier confronte le chercheur aux représentations et aux pratiques d'un espace partagé par une frontière d'Etats. La genèse d'un tracé est le fruit d'une décision politique et le témoignage d'un rapport de force à un instant donné. L'évolution des espaces frontaliers peut être abordée, depuis cette genèse jusqu'à la composition de territoires transfrontaliers* »

Ainsi, comprendre le concept de frontière et les dynamiques qu'elle suscite nécessite de prime abord une analyse de l'évolution de ses formes de représentation dans le temps et dans l'espace en rapport avec les réalités géopolitiques, socioculturelles et économiques qui accompagnent sa construction.

Dès l'époque antique, grecque et romaine, la frontière est définie comme une limite de souveraineté associée d'abord à la notion de « *zone frontière* ». Celle-ci désigne alors, selon Valérie Cordon (1998) un « *territoire d'épaisseur variable séparant le monde connu ou espace vécu du monde extérieur ou espace perçu comme sauvage et qui effraie* »[13]. Cette définition renvoie clairement à son caractère mouvant dans le

[12] Emmanuel Bioteau, Yann Calberac, 2005, la géographie face à son objet. Distanciation et méthodes à travers l'exemple d'un terrain frontalier publié dans Géographie timisiensis vol. XIV pp. 55 à 73

[13] Valérie Codron, 1998, Mémoire professionnel d'histoire géographie Institut, Universitaire de

sens où les barrières de l'inconnu peuvent être franchies et repoussées conformément aux progrès sociétaux et à l'ouverture car nul n'est sensé vivre en autarcie et se suffire à lui même.

Au moyen âge, la frontière se conçoit comme une zone de confrontation militaire pour désigner selon Lucien Fèbvre (1962), une « *limite temporaire et fluctuante séparant deux armées lors d'un conflit* »[14]. La frontière prend ainsi la forme d'une ligne de rivalités éphémère. Cependant, son affirmation dans le temps finit par établir une séparation stricte et durable avec l'édification de murailles pour protéger les cités ou les châteaux forts des attaques ennemies.

Plus tard au XVI^{ème} siècle, l'apparition des remparts, qui constituent un élément de fortification entourant un bourg, une ville ou une citadelle, repousse la frontière sur une plus grande échelle. Mais son édification demeure toujours liée aux confrontations militaires qui perpétuent son caractère changeant.

Au XIX^{ème} siècle, la construction des Etats-nations donne à la frontière un tracé beaucoup plus précis et dans une plus grande échelle. Pendant cette période, la notion de frontière naturelle a été utilisée de manière fréquente afin de discuter l'étendue du territoire des différents Etats. Qu'ils soient constitués à la suite de guerre, d'alliance ou de formalisation d'un commun vouloir de vie commune à travers des règles juridico-géopolitiques. Sous cet angle, le concept de frontière renvoie à un caractère naturel de séparation par des limitations physiques (cours d'eau, chaîne de montagne etc.) et à un caractère régional dans une typologie historique, géographique et socioéconomique des peuples. D'ailleurs la géographie régionale incarnée par Paul Vidal de la Blache s'empare de la définition des limites frontalières et promeut une méthode qui repose sur:

> « *La délimitation de régions selon leur physionomie et leur personnalité car elles sont le fruit d'une interaction complexe qui se fond dans les paysages entre les conditions naturelles, l'histoire, les formes de mise en valeur par*

[14] Lucien Fèbvre, 1962, pour une histoire des frontières, Paris SEVPEN

l'homme[15] ».

Cette conception, longtemps mise en avant par les régimes totalitaires pour justifier leurs conquêtes territoriales, est par la suite remise en cause. La frontière n'est plus définie comme un obstacle infranchissable d'une enveloppe hermétique de souveraineté et de compétence territoriale d'un Etat. Elle apparaît de plus en plus comme « *un territoire à part entière aux effets ambivalents, qui tantôt sépare, tantôt attire* »[16]. Ce double caractère d'unification et de rupture est sous-tendu par les continuités et discontinuités que supposent les dynamiques socioéconomiques des centres urbains frontaliers. Ces derniers refaçonnent l'organisation territoriale et entretiennent une polarisation dont l'étendue dépasse les frontières nationales.

Aujourd'hui, le concept de frontière traduit une situation d'appropriation et d'organisation de l'espace par l'homme dans une multitude de relations sociales confinées dans une délimitation plus ou moins précise. Ainsi, elle établit un cadre de pratique territoriale souvent dictée par un vécu que se partage un ensemble d'individus dans un espace de vie donné. A juste titre, Albert Demangeon disait de la frontière qu' « *elle est un cadre où l'essentiel n'est pas le cadre mais les hommes qui sont encadrés* »[17]. Il s'agit, dans ce sens, d'une matérialisation physique de rapports socio-spatiaux entretenus. Au cœur de ces relations, l'homme est le centre d'intérêt dans un ensemble de constructions sociales et/ou politiques spécifiques applicables à un territoire homogène ou non. Son tracé est de ce point de vue sujet à une fluctuation alternant des continuités et discontinuités dans l'espace construit et vécu. Cette fluctuation tient des processus historiques et géopolitiques des constructions territoriales et des mutations spatio-temporelles. Mais plus que tous autres facteurs, c'est l'émergence de nouveaux pôles centraux frontaliers proposant des alternatives d'accès à certains services auparavant inexistants dans un rayon de part et d'autre de la frontière qui détermine sa circonscription ou non. La conséquence est l'établissement de nouveaux rapports territoriaux qui rendent la frontière « *mouvante et refaçonne sans cesse le visage social et ethnique* »[18] des pays en rapport avec la

[15] Emmanuel Bioteau et Yann Calberac, 2005, la géographie face à son objet. Distanciation et méthodes à travers l'exemple d'un terrain frontalier.
[16] Valérie Cordon, 1998, Mémoire professionnel d'histoire géographie Institut, Universitaire de Formation des Maîtres de l'Académie de Lille.
[17] Albert Demangeon, 1941 « Géographie des frontières » in Annales de Géographie, n°281 pp. 58-60.
[18] Maxime Boutry, 2011, les frontières « mouvantes » de la Birmanie.

migration, la mobilité professionnelle et économique ainsi que les brassages qui en découlent. Vu sous cet angle, on est tenté d'appréhender la frontière suivant une dimension sociale qui implique une perception en soi de tout ce qui est autour dans un rapport attirance/répulsion/couture/coupure dans les zones de partage.

Ainsi, si des paradigmes ont longtemps conçu la frontière, dans la construction des Etats-nations, comme une logique de séparation naturelle, une dimension socioculturelle cadre ce concept suivant une séparation de groupes culturels. La littérature anglaise permet de différencier ces tendances en utilisant les concepts de « *frontier* » pour la vision sociale et de « *border* ou *boundary* »[19] pour celle politique.

Par conséquent, dans l'épistémologie du concept frontière on remarque un glissement de sa définition dans le temps et au fil des mutations des rapports entre l'homme et le territoire dans lequel il évolue. D'une conception essentiellement physique et géopolitique, elle est passée à une conception plus large intégrant, en plus de ces dernières caractéristiques, les aspects social et culturel. En conséquence, la frontière est caractérisée par la manière dont le territoire de vie se représente dans l'imaginaire de l'individu acteur[20]. Elle prend le sens d'une limite virtuelle, fluctuante au gré de mutations sociogéographiques, géopolitiques et économiques dans un ensemble qui va au-delà du concept d'Etat.

I.1.1.2 Perception et évolution du concept de frontière en Afrique

La matérialisation de la frontière en Afrique a connu des vicissitudes au cours de son histoire entre constructions autochtones et cadrage colonial. Cette évolution est ainsi caractérisée par une triple tendance qui s'articule sur la conception des populations d'abord, sur l'organisation des sociétés politiques précoloniales ensuite, et sur la pénétration coloniale enfin. L'influence de ces trois déterminants majeurs a conditionné l'existence des frontières actuelles (physiques) dans sa représentation géopolitique. Dans les faits, si les présentes limitations de souveraineté sont héritées de la colonisation, elles ont été confirmées ultérieurement à la décolonisation. Cependant, sa conception et son vécu par les acteurs locaux demeurent

[19] Barth F., 1969, Ethnic groups and boundaries : the social organisation for cultural difference, Boston, Little Browne

[20] Du décideur (dimension géopolitique) au citoyen (dimension socioculturelle) en passant par le planificateur (dimension de l'aménagement).

intrinsèquement liés aux représentations séculaires de l'espace et des constructions politiques du passé comme les empires et les royaumes.

Comme partout ailleurs, l'Afrique ancienne a produit des sociétés politisées bien organisées. Cependant, ces dernières n'étaient pas inscrites dans une logique de traçage d'une ligne de séparation mais de « *rapports socio culturels dans une relation de groupe qu'il s'agisse de villages ou d'un ensemble de villages liés de façon horizontale et non sur une hiérarchisation verticale*[21] ». La frontière était perçue dans une structuration essentiellement déterminée par l'établissement d'une zone de contact, d'échanges et de rivalités. Ainsi, elle revêt une limitation aux multiples fonctions dont la construction a toujours échappé aux pouvoirs considérés comme centraux de l'époque. L'emprise de ces derniers ne renvoyait pas à un territoire physique délimité et intangible. Ce territoire symbolisait plutôt un rapport de contrôle entre ce pouvoir et des dépendants qui ne demeurent pas forcément dans l'espace de domination. Cette situation de discontinuités territoriales marquées par l'aspect irrégulier du peuplement a rendu invisibles les frontières de ces sociétés politisées. Par conséquent, les frontières des anciens empires ne peuvent pas être placées avec exactitude dans le sens où elles sont inscrites dans une pratique territoriale continue fortement caractérisée par les échanges économiques dans le cadre du commerce transsaharien. Par ailleurs, l'existence de plusieurs poches de peuplement constituées des mêmes ethnies dans une occupation discontinue de l'espace inscrivent ces dernières dans une identité territoriale plus vaste que les supposées limites des sociétés politisées. Ainsi, l'identité territoriale en Afrique occidentale ancienne se résume à un conglomérat de relations imbriquées de façon horizontale dans une logique d'alliances socio-ethniques indépendamment d'un cadrage fermé. Cependant, il faut préciser qu'aujourd'hui cette reconnaissance d'une identité territoriale plus élargie que les contours actuels des Etats constitués à la décolonisation n'est pas l'objet d'une contestation identitaire allant dans le sens d'une couture des territoires précoloniaux. En effet, la frontière comme séparation est intégrée par les populations. Ce sont l'utilisation de l'espace et les pratiques de vie qui remettent passivement en cause le cadrage frontalier actuel.

---

[21] Catherine Coquery-Vidrovitch, 1999, Des frontières en Afrique du XII au XVI^{ème} siècle, Symposium régional d'historiens africains sur *Histoire et perception des frontières en Afrique du XII e au XXe siècle dans le cadre d'une culture de la paix*, réunis à Bamako, République du Mali, du 15 au 19 mars 1999.

Au XIX^{ème} siècle, la ferveur de domination et d'acquisition de territoires pour satisfaire notamment la demande industrielle en matières premières change la donne géopolitique en Afrique de l'Ouest. La conquête coloniale a imposé une nouvelle partition des territoires colonisés à la manière d'une entente entre les différentes puissances occidentales. Celles-ci ont édifié des lignes de démarcation pour conserver leurs domaines d'influence. La conférence de Berlin de 1884 finit le partage des territoires entre les différentes forces impérialistes suivant un découpage géométrique. Le cadrage qui s'en est suivi a instauré durablement les frontières séparant les pays conquis.

Cette fragmentation a porté un coup sur l'homogénéité socio spatiale en particulier en Afrique extrême occidentale selon Boubacar Barry (1999).

> « *Au sud, les Diola*[22]*, les Manding22 et les Peul22 appartenant à l'ancien territoire de Gabou sont partagés entre les deux Guinée, la Gambie et le Sénégal. Et encore pire la situation de la Gambie qui coupe la colonie du Sénégal en deux, créant ainsi entre le sud et le nord de ce pays un déséquilibre majeur qui est une des causes de la rébellion Diola en Basse Casamance* »[23].

Ces déséquilibres engendrés irritent également bon nombre d'autres détracteurs de la séparation provoquée par la colonisation. Ils ont porté de sévères critiques sur le partage de l'Afrique et l'établissement des nouvelles frontières. Le concept de frontières artificielles, en opposition binaire avec le concept de frontières naturelles, prend une signification d'injustice sociale et territoriale. Dès lors une dichotomie, décalée dans le temps, apparait entre la frontière vue d'*en haut* par les pouvoirs impérialistes et la frontière vue d'*en bas* par les chercheurs. Des critiques acerbes ont remis en cause la légitimité des nouveaux tracés. Certains auteurs, d'après Sauter (1982) soutiennent que :

---

[22] Ethnies vivant essentiellement dans la Région naturelle de la Casamance.

[23] Boubacar Barry, 1999, Des frontières en Afrique du XII au XVI^{ème} siècle, Symposium régional d'historiens africains sur *Histoire et perception des frontières en Afrique du XII e au XXe siècle dans le cadre d'une culture de la paix*, réunis à Bamako, République du Mali, du 15 au 19 mars 1999.

> « *Les frontières tracées par les colonisateurs sont absurdes et constituent la source première des difficultés et des ingérences dont souffre l'Afrique. Le concept fait donc référence au refus supposé des négociateurs de prendre en compte la réalité historique, culturelle, sociale de l'espace ainsi partagé par la frontière* ».

Ainsi, il s'agit de voir les conséquences de ce découpage sous l'angle d'un décalage créé entre l'espace vécu par les autochtones et l'espace construit par le colonisateur. Le résultat est sans doute un antagonisme entre ces deux types d'utilisation de l'espace. Dans cet antagonisme, les structurations territoriales découlant de l'aménagement de l'espace à la colonisation sont supplantées par les pratiques de vie en rapport avec les représentations propres à l'espace perçu par les populations locales.

> « *Les frontières imposées par l'histoire coloniale peuvent apparaître comme des barrières restreignant la liberté des sociétés […]. Le territoire ne se crée pas sur la base d'un morceau d'espace clairement délimité et borné mais en revanche sur le fonctionnement très fluide de réseaux sociaux et d'alliances de communautés* » *(Renard 2007).*

Cette tournure marque une nouvelle perception dans la définition de la frontière appliquée aux pays issus de la colonisation. Elle s'oriente vers une construction culturelle dont la caractéristique essentielle fait référence à une approche multiscalaire allant d'un groupe d'individus à un pouvoir politique.

> « *La frontière est le résultat d'un processus de socialisation et d'appropriation, le territoire est un espace de reconnaissance et d'identification. Il est un concept applicable à différentes échelles, et qui se conçoit autant pour des groupes socio-ethniques que pour une collectivité nationale ou un pouvoir politique* » *(M. Le Berre, 1992).*

Dans ce contexte, les espaces communs en Afrique de l'ouest sont configurés dans une logique d'homogénéité socio-ethnique. Les faits qui s'y passent restent liés à l'identification des individus par rapport à des pratiques de vie qui éliminent les clivages physiques créés par les frontières. Toutefois, cette situation ne peut être assimilée aux incessants mouvements de rébellion et de sécession endémiques en Afrique de l'Ouest. En effet, si l'intangibilité des frontières, fondement des Etats-Nations et mise en avant aux indépendances, est sans cesse remise en cause, il faut se départir de l'amalgame qui fait prévaloir des revendications sous-tendues par une appartenance ou une identité territoriale quelconque. Il faut percevoir ces revendications armées comme une sorte d'affirmations géopolitiques, stratégiques et économiques mettant souvent au premier plan le contrôle des ressources naturelles tant entendu que ces dernières suscitent des convoitises au sein des anciens colonisateurs.

En conclusion, les dynamiques territoriales des zones de partage frontalières et les mutations qui l'accompagnent en Afrique de l'Ouest dépassent le simple cadre d'un vécu de l'espace par les populations locales. L'empreinte des dynamiques géopolitiques introduit un eternel redéfinition de l'utilisation de l'espace et bouleversent sans cesse les pratiques socioéconomiques. Cependant, le vécu et la perception séculaires de l'espace permettent à ces populations de s'inscrire dans une pratique spatiale stable sans remettre en cause les frontières mais en les défonctionnalisant par rapport à leur attribution de limitation d'une souveraineté nationale.

I.1.2 Double problématique santé/frontière

Comme évoqué précédemment, l'évolution des processus sociaux tend à façonner l'espace en ignorant les réalités officielles des juridictions différentes caractérisées par des limites physico-naturelles et/ou artificielles. La notion de frontière tend à perdre son sens originel. A ce propos, l'espace, dans la géographie des frontières, n'est plus considéré comme une « *enveloppe des structures étatiques* » selon François Moullé, (2010). Il est plutôt perçu comme un ensemble territorial où s'entrecroisent des flux dans des bassins à cheval sur plusieurs Etats.

Les liens sociaux de tout ordre, notamment en santé, ne sont plus confinés dans le seul contexte national mais sont inscrits dans un cadre plus général avec, dans bien

des cas, une polarité transfrontalière.

Aujourd'hui, l'étude des interrelations santé et territoires est révélatrice de la façon dont les barrières étatiques se banalisent par rapport à la conception classique *intra-muros* du cadre qu'elles délimitent. En effet, la porosité des frontières, dans une logique d'ouverture à l'autre marquée par la mondialisation et le regroupement communautaire, est certainement la voie la plus rapide de propagation des maladies en générale (même endémiques). Elle propose également l'opportunité d'un choix de recours aux soins qui va au-delà des frontières. Ainsi, l'aisance et la multiplication des flux de populations à la recherche de soins impliquent un système complexe d'orientation dans le recours aux soins. Des aires de recrutement transfrontalières se forment alors naturellement autour de structures nationales avec une polarisation de populations non prévues. Ce recours aux soins est défini par la qualité de l'offre de santé, l'accessibilité physique, les relations socioéconomiques, les mutations des espaces urbains périphériques entre autres.

Cette problématique, si fertile, a fait l'objet de recherches tendant à aborder les faits de santé dans une dynamique de processus socio-spatiaux en mettant en valeurs les paramètres de continuités et de discontinuités. Ces dernières dépendent de l'espace vécu socialement en rapport avec les multiples échanges entretenus. Ces échanges s'opèrent dans un foisonnement de flux incessants que supposent l'attractivité de certaines centralités. Des auteurs se sont attelés à réfléchir sur la question, et notamment dans l'espace européen. A ce sujet, Christian Lamour (2010) a étudié la « *polarité hospitalière et l'intégration européenne* ». Il évoque le cas de l'agglomération du Pôle Européen de Développement (PED) avec les mobilités transfrontalières de soins qu'elle engendre autour de structures nationales en Belgique, en France en Allemagne et au Luxembourg[24]. Sandra Perez et Alessandro Balli (2010) se sont intéressés aux Alpes du Sud[25] où ils ont mis en évidence les dissemblances, dans les systèmes de soins italien et français à travers les provinces de Cuneo, Imperia en Italie et le département des Alpes-Maritimes en France. Ces dissemblances génèrent un accès aux soins différentiel dans le bassin de santé transfrontalier à travers « *une logique nationale qui juxtapose des systèmes de santé*

[24] Grande Région englobant la Wallonie, la Lorraine, le Luxembourg, la Sarre et la Rhénanie-Palatinat
[25] Département des Alpes-Maritimes en France, Province de Cuneo et d'Imperia en Italie

à l'héritage différent ». François Moullé (2010) s'est penché sur la santé sous l'angle d'une « *situation d'accident lié à la pratique des sports de montagne impliquant une intervention d'urgence* » dans l'exemple du massif du Mont Blanc. Les réseaux transfrontaliers d'organisation des interventions d'urgence y sont interprétés comme de puissants révélateurs de la coopération transnationale dans le cadre d'un bassin de santé à cheval sur la Suisse et la France. Selon lui, la frontière y « *est devenue une simple discontinuité fonctionnelle dans une logique de partage des compétences territoriales* ». Ces discontinuités dans l'espace sanitaire ont aussi été abordées par Sébastien Fleuret et Emmanuel Bioteau (2010). Leurs analyses ont porté sur la « *gestion territorialisée* ». Ils perçoivent les discontinuités dans le contexte d'une « *multiplication et d'une superposition de territoires* » d'une part, et d'autre part, d'une « *variation dans la manière dont le territoire est vécu par les planificateurs et les acteurs* ». Ils mettent ainsi en évidence une lecture participative dans les questions de gestion de l'espace où la santé doit constituer un « *enjeu d'aménagement de l'espace* ».

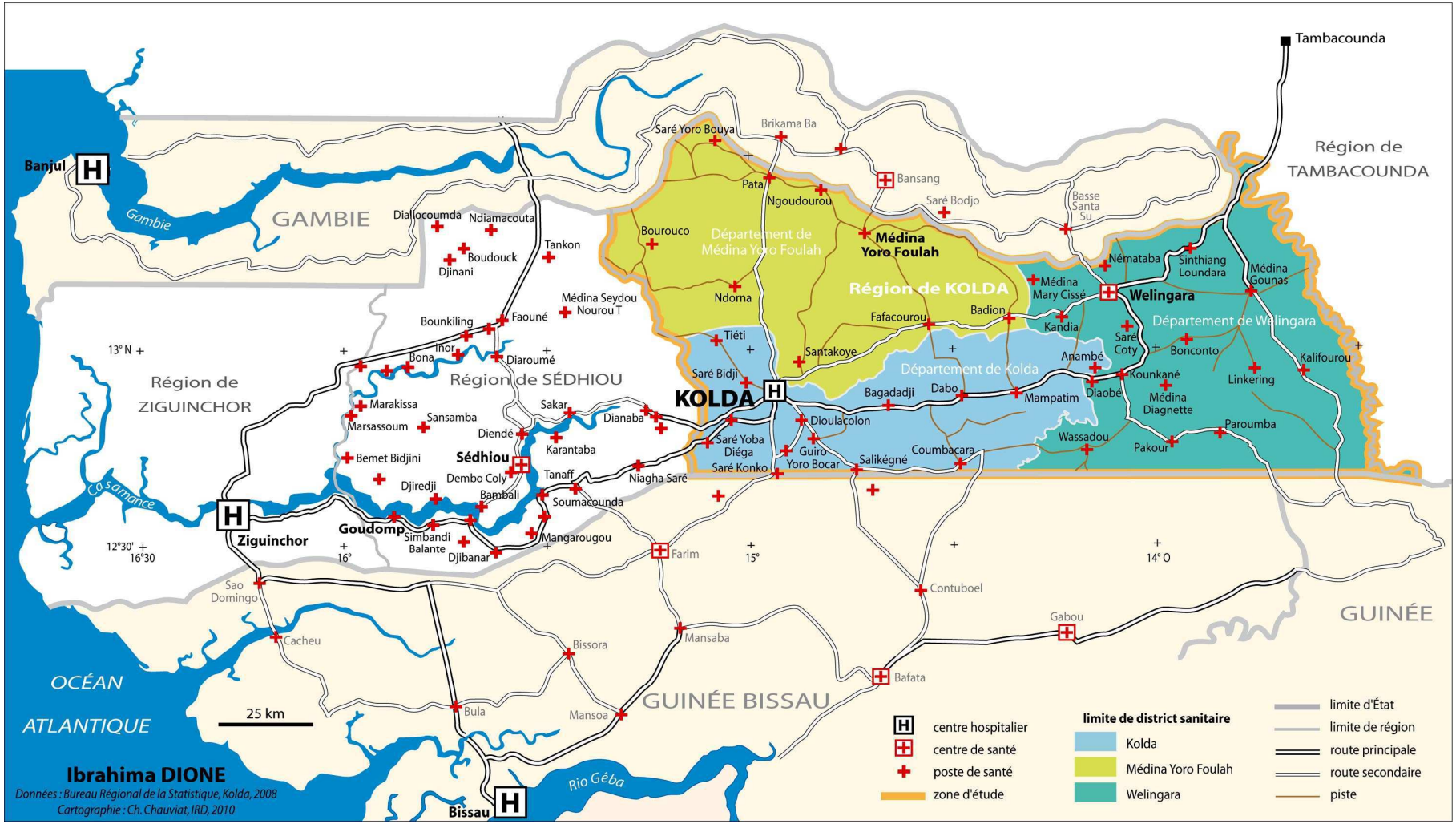
D'autres auteurs ont suggéré cette lecture dans les pays émergents comme Audrey Bochaton (2010) notamment, dans l'espace transfrontalier lao-thaïlandais. Elle y voit la construction d'un « *hub sanitaire à la fois régional et mondial* » dont le centre est constitué par la Thaïlande. Cette dernière a su produire un système de soins performant pour drainer des patients d'origine diverse (Laos, Cambodge, Myanmar). Toutes ces études évoquent la transnationalisation de l'offre de santé et du recours aux soins que Virginie Chasles (2010) aborde sous la forme d'une « *mondialisation des savoirs et des pratiques sanitaires ; émergence et la mondialisation des maladies ; mobilité des populations et des malades* ».

Ce schéma du caractère international des bassins de santé est également visible dans les pays d'Afrique en général, notamment dans l'espace transfrontalier constitué par le Sénégal, la Gambie, la Guinée Bissau et la Guinée. Toutefois, on note l'absence de recherches et de publications traitant les interactions santé et territoires dans cet espace transfrontalier.

La constitution d'un bassin de santé transfrontalier, dans l'exemple du Sénégal, de la Gambie, de la Guinée et de la Guinée Bissau, s'inscrit dans une dynamique socio-spatiale et économique complexe. Théoriquement, l'attraction des structures de soins dépend de la façon dont le système de santé est conçu et organisé suivant une

déclinaison de niveaux de desserte. Cette échelle d'offre de soins est calquée sur une hiérarchisation des lieux centraux en fonction du statut administratif, de l'importance démographique etc. Cependant, ce schéma valable dans les conditions normales de recours aux soins est bouleversé par une orientation effective du recours aux soins qui fait fi de cette circonscription formelle des espaces sanitaires initiée par le planificateur. Les raisons attenantes à cette contradiction entre le recours aux soins des populations et l'offre de santé relèvent de plusieurs facteurs qui peuvent être d'ordre institutionnel, social, économique, culturel, historique etc. En effet, si l'organisation du système de santé est identique pour les quatre Etats (Sénégal, Gambie, Guinée Bissau et Guinée), les ramifications, que ce maillage implique, ne couvrent pas efficacement les zones frontalières et traduisent une nette discontinuité dans l'offre de santé. D'un autre côté, les dynamiques socio-économiques sont vécues dans une continuité spatiale sans considération des limites étatiques. Cet état de fait est illustré par les mouvements de populations autour des axes économiques symbolisés par les *loumo*. Dans cette partie de l'Afrique de l'ouest, l'espace vécu tend vers l'effacement institutionnel de la théorie de polarisation des services de santé. En effet, la formalisation de l'offre de soins proposée dans le cadre des politiques nationales de santé est supplantée par les trajectoires de recours aux soins qui sortent de ce circuit classique. Il en résulte une fréquentation de part et d'autre des frontières définie par l'accessibilité physique, la qualité des soins proposés, le statut des structures et l'espace vécu dans les relations sociales propres à l'ensemble de cette partie du continent. Les systèmes de santé des quatre Etats, caractéristiques d'une gestion centralisée, présentent des écarts de santé aux zones frontalières où la desserte a tendance à s'amenuiser. La réalité du recours aux soins repose sur la recherche de meilleurs soins dans une accessibilité physique raisonnable quelle que soit la provenance et la destination par rapport aux frontières. Par ailleurs, la configuration géographique laisse le choix aux populations à cheval sur la frontière de solliciter la structure de soins qui convient le mieux quelle que soit l'appartenance nationale (*cf. page 35 carte 3*).

Carte 3 : Distribution des lieux des structures de soins dans les zones transfrontalières



I.1.3 Santé et Equité territoriale en Afrique de l'ouest

L'équité territoriale est un concept ambigu que l'on peut placer dans plusieurs contextes. Dans les problématiques santé et frontière, nous l'appréhendons en termes d'inégalités d'offre de services publics entre les différentes composantes territoriales à l'intérieur d'un Etat d'une part et d'autre part de disparités des capacités de desserte aux terminaisons frontalières entre les Etats.

- Dans le premier cas on peut l'aborder comme « *traduisant l'aspiration à une relative égalité de traitement entre les citoyens d'un même Etat, les habitants d'une même région ou les contribuables locaux d'une même commune* »[26]. Toutefois, la question doit être posée en termes de desserte adaptée à des besoins changeants d'un endroit à l'autre et non d'égalité. Si on adopte cette définition en relativisant sur la conception d'égalité, l'ensemble des Etats du bassin de santé de la Haute Casamance ont pris un énorme retard sur l'éradication des inégalités territoriales d'offre de soins. Comme évoquée dans l'introduction générale, la logique de pratique territoriale découlant des périodes coloniale et postcoloniale a fabriqué des inégalités gigantesques entre les villes et les campagnes. Elle a aussi instauré durablement des écarts de développement entre les zones de contact, de pénétration coloniale et les périphéries frontalières. Ces disparités se sont fortement manifestées dans le secteur sanitaire qui obéit ni plus ni moins à la centralisation des services tertiaires dans les grandes villes. Par conséquent, les terminaisons sont oubliées dans la planification sanitaire relativement aux besoins exprimés par les populations qui y vivent. Cet écart soulève plusieurs questions dont la plus importante reste poser aux autorités étatiques et sanitaires[27]. Quelle place l'équité territoriale occupe dans la planification sanitaire dans la mesure où aucune tentative de rééquilibrage n'a pu résorber les inégalités d'accès aux soins ?

Malgré la volonté politique affichée de réduire les écarts de santé, le fossé ne cesse de se creuser et la situation économique de plus en plus dégradante n'arrange pas la situation. C'est ainsi que la Haute Casamance au cœur de ce vaste ensemble territorial (comme Bafata et Brikama en Guinée Bissau et Gambie, *cf. carte 3 page*

[26] Derycke P.H., Offner J.M, 1997, Réseaux et équité territoriale : Introduction, FLUX n° 27/28.

[27] Qu'il ne faut certainement pas distinguer dans les pays en développement car quelle que soit la politique de décentralisation et de déconcentration tout se décide par ligne verticale.

35) est confrontée à une carence à l'égard de la desserte médicale devant la forte demande nationale et frontalière.

- Dans le deuxième cas, l'équité s'inscrit dans une logique de cohésion territoriale qui est perçu dans un cadre supranational où « *les Territoires se développant harmonieusement et en synergie les uns avec les autres, visant des priorités et des objectifs communs, en mettant en œuvre des stratégies à l'aide de moyens et d'outils adaptés à leur capital territorial, et offrant à tous les citoyens […] un accès égal aux services et opportunités* »[28]. Ainsi, cette problématique suppose un certain niveau de coopération transfrontalière aussi bien dans un cadre communautaire (Union Européenne) que dans un contexte où plusieurs Etats se partagent un espace commun (Haute Casamance en Afrique de l'ouest). Dans l'espace de partage entre les quatre Etats de notre zone d'étude la question a été longtemps soulevée et débattue dans le cadre de l'OOAS[29]. Mais les actes de coopération posés à ce jour sont souvent minimes et méconnus des populations concernées. Dans ce contexte ces dernières sont livrées à elles mêmes et s'inscrivent dans une logique d'adaptation et de recherche d'alternatives. Aux zones frontalières, l'insuffisance de structures de soins associée à une absence d'harmonisation de l'offre de soins et d'accessibilité physique réduite, traduisent fortement des complexes territoriaux qui supposent des mobilités de soins.

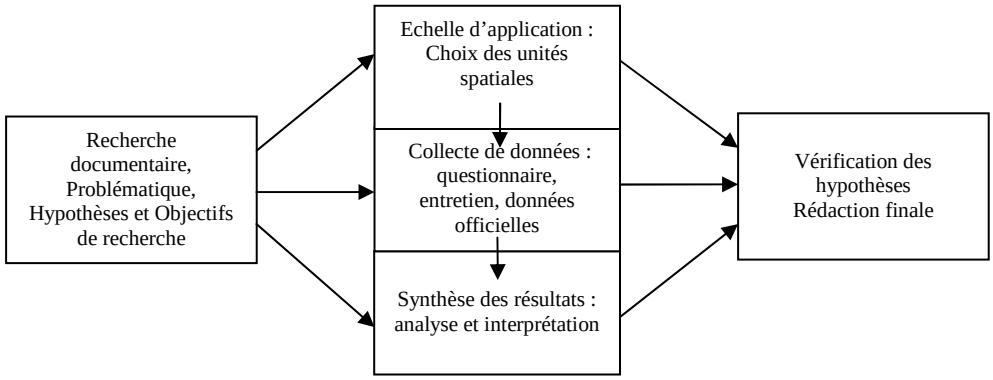
[28] Définition donnée par l'Assemblée des Régions d'Europe, 2008
[29] Organisation Ouest Africaine de la Santé

I.2 Analyse méthodologique

I.2.1 Protocole de recherche

Nous nous proposons dans ce chapitre de cerner le cadre méthodologique de recherche que nous avons adopté suivant un modèle opératoire qui se décline à plusieurs niveaux, de la recherche bibliographique à la rédaction finale en passant par le choix des unités spatiales, l'élaboration d'un échantillonnage d'application des enquêtes socio sanitaires, les résultats, le traitement des données et les analyses et interprétations qui en découlent.

Schéma 4 : Protocole de recherche



1.2.1.1 La recherche bibliographique

La recherche bibliographique s'est déroulée tout le long du déroulement de la thèse, de l'énoncé de la problématique à la méthodologie adoptée, aux recoupements théoriques ou encore au traitement des résultats de terrain effectué par d'autres chercheurs. Nous avons recueilli les contributions les plus en phase avec notre thème de recherche dans les revues et ouvrages et également les mémoires, thèses et documents administratifs suivant des supports papiers et numériques. C'est un travail qui s'est effectué en France et au Sénégal dans des centres de documentation dont les principaux sont :

- Au Sénégal, la bibliothèque universitaire de Dakar, la bibliothèque de l'Institut Fondamental d'Afrique Noire (IFAN), les centres de documentation du Ministère de la Santé et de la Prévention, de la direction de la Prévision et de la Statistique, d'ENDA tiers monde, de l'OMS etc.
- En France, les bibliothèques universitaires d'Angers, d'Orléans, de l'ex IRD

d'Orléans etc.

Cette recherche exploratoire a permis de faire une analyse conceptuelle et un positionnement méthodologique sur le fonds des problématiques soulevées et la façon de les aborder dans le contexte de notre espace de recherche.

I.2.1.1 Les différentes méthodes utilisées sur le terrain

La complexité et l'immensité du terrain de recherche nous amènent à édifier une échelle d'étude en choisissant des unités spatiales traduisant au mieux nos objectifs et hypothèses de recherche. Ces unités spatiales ont été définies en rapport avec les notions de zone frontalière, espace partagé, discontinuités territoriales, bassin de santé, mobilités de soins, déplacement économique, importance et hiérarchisation des lieux centraux etc. Cette classification a eu pour objectif de synthétiser la pratique spatiale d'un point à un autre suivant une caractérisation de fonctions territoriales spécifiques et du rôle des unités spatiales dans la construction du bassin de santé transfrontalier. Une fois élaborés, les critères de sélection des unités spatiales, des enquêtes de terrain sont appliquées aux populations afin d'avoir un aperçu de l'intérieur des complexités frontalières en matière de recours aux soins.

1.2.1.1.1 Critères de sélection des unités spatiales

Le caractère transfrontalier de ce travail de recherche implique un vaste ensemble constitué de quatre Etats. L'application exhaustive de la collecte de l'information demeure ainsi relativement compliquée dans la mesure où le risque de s'éparpiller peut amener à passer à côté de l'essentiel. Toutefois, dans l'ensemble le caractère, en général, homogène et continu de l'espace[30] de partage peut faciliter la démarche méthodologique et nous amener à faire le choix d'une classification en unités spatiales représentatives et transposables à plusieurs endroits de l'espace commun.

Pour cela, nous avons établi une typologie de localités qui met en avant plusieurs paramètres déterminants dans la construction des centralités périphériques (*cf. page 43, carte 4*) impliquant un déplacement transfrontalier en ce qui concerne le recours aux soins. Ces paramètres, qui incluent tous l'existence d'une structure de soins, sont d'ordre :

[30] En référence à l'homogénéité socio spatiale et ethnique qui prévaut dans l'espace sénégambienne particulièrement dans les régions naturelles de la Basse, Moyenne et Haute Casamance.

- géostratégique : il prend en compte le positionnement à cheval sur la frontière l'accessible physique. Ce sont les points de passage frontalier ;
- socioéconomique : il s'agit de points de rencontre économique proposant une affluence de populations d'origine diverse dans l'espace commun. Ce sont les localités de tenue de marché hebdomadaire ;
- sanitaire : il se résume à la distribution spatiale des structures de soins en générale, de la localisation et de l'accessibilité dont elles font l'objet.

Ainsi, nous avons débouché sur une échelle du local au global partant du simple village le plus reculé à la capitale régionale introduisant des dynamiques spatiales au-delà du seul champ socio-sanitaire. Cette démarche a abouti en une identification des unités spatiales dans l'espace transfrontalier de la Haute Casamance. Ainsi, nous avons :

-Les zones frontalières avec des villages à cheval sur la frontière comme **Salikégné** et **Saré Konko** : elles sont dotées de structures de soins fonctionnelles et présentent une accessibilité physique à l'échelle transfrontalière et une homogénéité sociale, spatiale et ethnique par rapport aux vis-à-vis étrangers. Le choix de ces localités permet de pouvoir cerner la zone frontière suivant la contradiction entre espace subi et l'espace vécu pratiqué. L'espace subi fait référence à l'édification d'une ligne de partage frontalière imposée par la colonisation et confirmée après les indépendances. L'espace vécu et pratiqué renvoie aux habitudes de vie séculaires des populations héritées du passé précolonial et dont l'application aujourd'hui fait fi des frontières. Ainsi, ces espaces sont typiques d'une configuration où les mouvements de population s'inscrivent dans une logique où même si la frontière existe, les relations tissées relèvent d'une pratique territoriale qui découle de l'organisation précoloniale de l'espace.

Ces configurations sociale, culturelle, géopolitique et territoriale impactent fortement sur les mobilités de soins. Celles-ci s'orientent naturellement vers ces localités à cheval sur la frontière et qui disposent de structures de soins relativement acceptable et dont l'accessibilité physique permet une polarisation d'un arrière pays de part et d'autre de la frontière mal couvert sur le plan sanitaire.

-Les zones frontalières avec tenue de *loumo* comme **Saré Yoba** et **Pata** au rôle socioéconomique central : elles attirent des populations par l'offre de services socio

sanitaires et l'opportunité de déplacement qu'elle propose au jour de marché. La configuration sociogéographique a impliqué une organisation économique sur la base du maillage d'un réseau d'échange impliquant une structuration bipolaire. D'une part nous avons des foyers de production primaires qui jouent également un rôle de point de collecte des ressources naturelles. D'autre part, des points de rupture de charges constituent des zones d'échange incontournables souvent localisés sur une position accessible dans la zone frontière. Ces derniers constituent des centralités qui attirent par rapport à d'autres domaines comme dans le secteur de la santé. En effet, ils disposent d'une offre de soins relativement acceptable et permettent une disponibilité en moyens de transport fréquents surtout le jour de *loumo*.

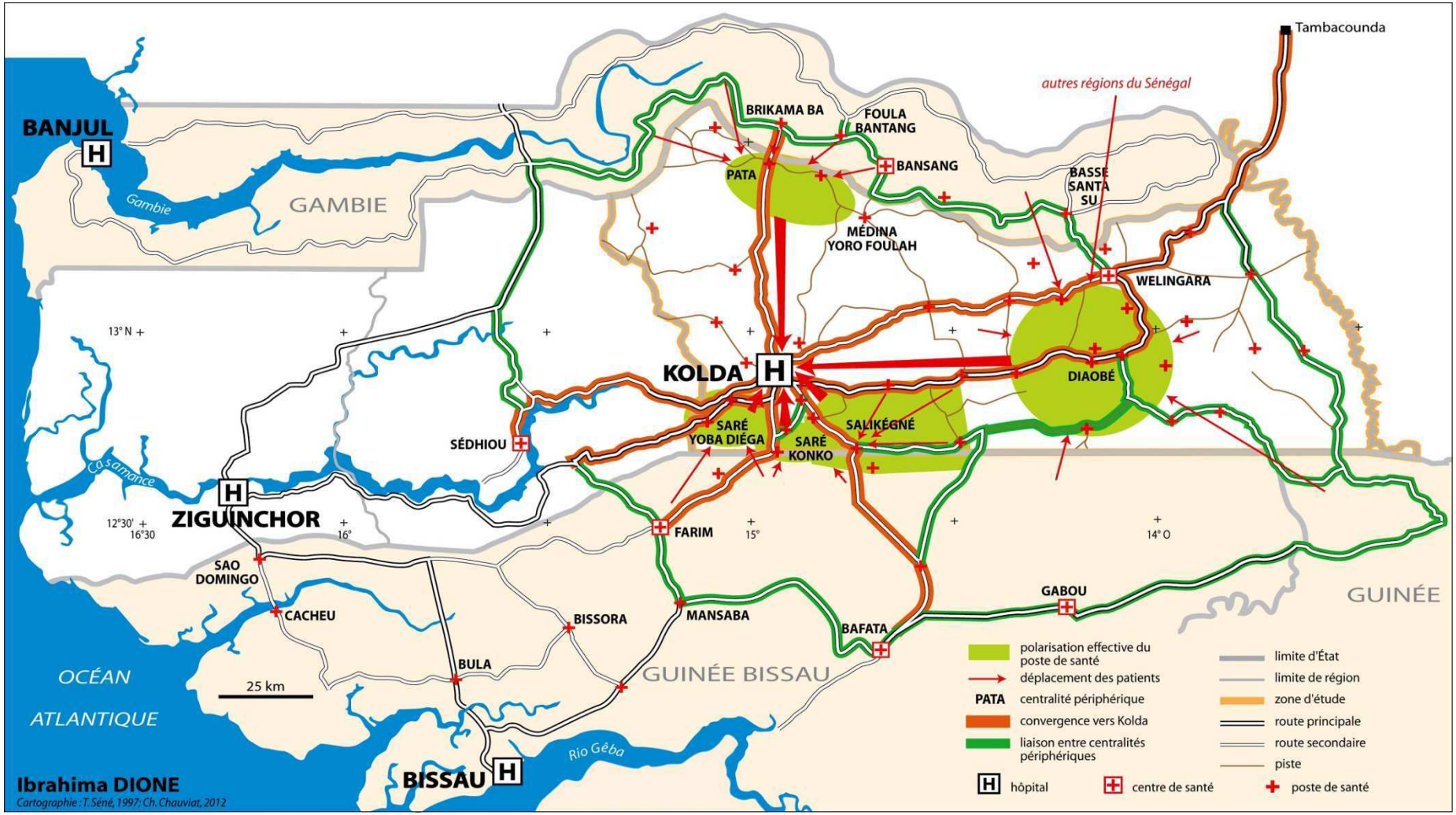
-Les zones abritant des *loumo* hors zones frontalières comme **Diaobé** : elles sont relativement éloignées de la frontière mais présentent une importance de par la liaison qu'elles proposent entre les localités frontalières et la capitale régionale dotée d'une offre de soins de niveau tertiaire. Nous les avons différenciées des localités de marché hebdomadaire précédentes car elles n'ont pas les mêmes caractéristiques de localisation. Si les premiers se tiennent en zone exclusivement frontalière, le *loumo* de Diaobé par exemple se situe relativement éloigné de la frontière dans une position carrefour avec une certaine facilité d'accès géographique par rapport aux pays limitrophes. Il s'agit d'un point de rencontre économique d'obédience internationale, le *loumo* le plus populaire, qui relie tous les autres *loumo* et attire des populations des pays limitrophes ou non (Gambie, Guinée, Guinée Bissau, Mali, Niger, Côte d'Ivoire etc.). Il a également la spécificité d'être un point de collecte des produits manufacturés destinés aux zones les plus reculés par le biais des *loumo* intermédiaires. L'afflux de populations de divers horizons lui octroie la place de lieu central dont dépend un ensemble de satellites. Toutefois, Diaobé est le symbole typique d'une localité importante dans les dynamiques transfrontalières de par les échanges économiques qu'il centralise. Cependant, il reste oublié dans les stratégies de développement humain comme la desserte en infrastructures de soins tandis que le recours aux soins transfrontalier favorise une sur fréquentation.

-Des villages étrangers frontaliers abritant des *loumo* ou non comme **Kambadiou**, **Toniataba**, **Saré Mali**, **Kuntima** : ils ont la spécificité d'être mal couverts par les infrastructures de soins. Il s'agit de localités situées dans les autres Etats et qui sont particulièrement émettrices de patients. Ils jouent un rôle primordial dans la

définition des mobilités de soins transfrontalières. En effet, ils constituent des *zones tampon* dont la tenue de *loumo*, dans certains cas, permet d'accéder plus facilement à d'autres localités mieux pourvues en infrastructures sanitaires par une disponibilité en moyens de transport plus aisée. Dans d'autres cas il s'agit simplement de localités dépourvues de structures de soins que d'autres zones étrangères proposent un accès aux soins grâce à une certaine accessibilité physique.

-Les capitales régionales avec une structure de soin de référence comme **Kolda**, **Vélingara** et **Médina Yoro Foulah** : elles disposent de structures secondaires et tertiaires de soins. Ce statut de desserte fait de ces localités les derniers maillons de la chaîne de référence sanitaire. Elles reçoivent ainsi des patients de toute la zone transfrontalière avec une origine diverse en fonction de la localisation géographique, de l'accessibilité physique, et des urgences.

Carte 4 : Localisation des unités spatiales dans le bassin de santé de la Haute Casamance



1.2.1.1.2 Outils utilisés et organisation dans le temps de la collecte des données

Les outils utilisés dans la collecte des données sont de deux ordres. D'abord une administration de questionnaire auprès des populations et des professionnels du secteur socio-sanitaire. Ensuite un recueil de données médicales officielles à partir des structures de soins de nos unités spatiales. L'objectif de ce choix est d'avoir une vision sur la perception des acteurs suivant une orientation qualitative d'une part. D'autre part, il s'agit de mesurer le volume d'activités des structures de soins en rapport avec l'âge, l'origine, la pathologie des consultants par une approche quantitative.

Ces deux méthodes adoptées s'inscrivent dans la logique d'obtenir à partir d'un échantillon représentatif des informations extrapolables à l'ensemble des cibles du recueil d'opinions. Ainsi, nous avons représenté la population globale sur un échantillon de 248 personnes ciblées par l'administration du questionnaire et de 2016 patients répertoriés dans les registres de tri des différentes structures de soins de nos unités spatiales.

L'application du questionnaire a été faite suivant un sondage aléatoire simple en prenant toutefois en compte les signes extérieurs d'aisance par rapport à l'habitat urbain ou rural (en dur ou en paille) dans une alternance de choix.

Les entretiens menés auprès des patients sénégalais à l'étranger ou des patients étrangers au Sénégal sont exécutés au hasard des rencontres dans les structures de soins et dans les marchés hebdomadaires. Pour ceux réalisés dans les marchés hebdomadaires, on a choisi de partir d'une question subsidiaire posée. Cette question porte sur la fréquentation éventuelle de l'enquêté à une structure de soins étrangère au cours des deux dernières années. C'est suivant un retour affirmatif que nous poursuivons sur le questionnaire en tant que tel. Il nous est par contre arrivé de poursuivre les entretiens dans un autre registre, même si la réponse est négative, devant la loquacité de l'interlocuteur pour des informations aussi importantes que révélatrices sur les mobilités transfrontalières de soins.

Par contre dans les structures de soins cette question subsidiaire était occultée. Cependant, il fallait recueillir les témoignages de tous les patients et/ou des personnes accompagnantes trouvées sur place et partir ensuite sur une séparation

entre populations théoriquement desservies (aux quelles la structure de soins est destinée selon la politique de santé de l'Etat concerné) et populations effectivement desservies (ne provenant pas du domaine d'influence théorique).

L'échantillonnage adopté pour la collecte des données médicales officielles s'inscrit dans un cadre beaucoup plus structuré. En effet, à défaut de pouvoir exploiter l'ensemble des observations des registres, nous avons pris une part proportionnelle, entre 2010 et 2011, au volume d'activités global de chaque structure sur un échantillon de 2016 observations choisies en fonction d'un pas de sondage. Ce pas de sondage représente 1/100 de l'ensemble des consultants.

Tableau 2: Part de chaque unité spatiale dans l'échantillon des fiches de collecte

Structure	Observations	Fréquences
Kolda	408	20,20%
Diaobé	398	19,70%
Pata	350	17,40%
Saré Yoba	343	17,00%
Salikégné	270	13,40%
Saré Konko	247	12,30%
Total	2016	100,00%

Sources : enquêtes sur les données médicales 2010-2011

Pour le bon déroulement des enquêtes au niveau des structures de soins, nous avons sollicité de la part des autorités administratives et sanitaires des autorisations afin d'accéder facilement aux données sanitaires.

Pour l'administration du questionnaire nous avons eu recours à un traducteur maitrisant les langues parlées dans la zone notamment le mandingue et le peul[31], d'un chauffeur connaissant bien la zone et d'une personne se chargeant d'une partie des questionnaires.

La réalisation de ces enquêtes socio sanitaires est faite par le canal du logiciel sphinx dans l'élaboration du questionnaire, la collecte des réponses et les traitements et analyses des résultats obtenus.

[31] Les deux principales langues de communications pratiquées dans notre zone d'étude.

Après une prise en compte de l'étendue du terrain d'application et de la méthode de collecte, nous avons scindé les travaux en deux phases entre 2010 et 2012.

-La première phase, qui s'est effectuée du 3 décembre 2010 au 14 janvier 2011, a consisté à une administration de questionnaire visant les ménages, d'un guide d'entretien ciblant les professionnels de la santé, les patients étrangers à Kolda et les patients sénégalais à l'étranger (Gambie, Guinée Bissau et Guinée). Une collecte de données est aussi réalisée au niveau des structures sanitaires à l'aide de fiche de collecte définie selon les informations recherchée sur le recours aux soins transfrontaliers.

- La deuxième phase, destinée à remédier aux insuffisances de la première, a été réalisée du 15 décembre 2011 au 13 janvier 2012. Elle a porté sur une démarche d'enquête participative au moyen de la méthode des focus groupe[32] dans les zones frontalières. Elle a été utilisée afin de cerner la perception des populations de part et d'autre des frontières sur la satisfaction des problèmes de santé et la coopération sanitaire transfrontalière. Ainsi, nous avons pu faire des rencontres à Saré Ndiaye, Saré Konko, Diaobé, Saré Yoba, Pata (au Sénégal), Kuntima, Toniataba, Saré Mali (Guinée Bissau), Bassé, Bansang, Brikama (Gambie). Mais avant de procéder à l'application des questionnaires nous avons jugé opportun de faire un pré enquête de faisabilité.

Pré enquête de faisabilité du recueil des données

La méthode de collecte des données implique des outils d'application à travers l'administration d'un questionnaire, d'un guide d'entretien, d'une fiche de collecte des données médicales officielles. Le but recherché est d'administrer ces enquêtes le plus clairement avec une lisibilité accessible aux populations concernées. Cet exercice a supposé par conséquent un test avant l'application des enquêtes sur le terrain. C'est dans cette logique que nous avons procédé à un travail exploratoire concernant ces supports respectivement appliqués aux populations cible et aux professionnels de la santé. Ce test a été fait du 16 au 20 aout 2010. Cependant, il ne constitue pas une restitution représentative de la perception générale. Cette phase

[32] Un focus group est un type d'entretien de groupe composé de personnes concernées par une politique de développement ou une intervention. Il est destiné à obtenir des informations relatives à leurs opinions, attitudes et expériences ou encore à expliciter leurs attentes vis-à-vis de cette politique ou de cette intervention. Il s'agit donc d'une méthode d'enquête qualitative rapide.

avait plus pour but de nous édifier sur :
-la faisabilité du projet dans son application méthodologique sur le terrain,
-l'adéquation entre nos hypothèses de départ et l'information obtenue,
-l'orientation des enquêtes de terrain, les rubriques de questionnaire à valider à libeller autrement ou à supprimer,
-l'identification des populations cible à enquêter aussi bien locales qu'immigrantes.

Notre démarche première a été de tester les enquêtes en France avant de faire le déplacement. Mais nous avions jugé plus judicieux d'appliquer ce test directement aux populations ciblées par nos enquêtes afin de voir si nos questions sont compréhensibles dans le contexte des réalités locales. Ne pouvant pas nous déplacer uniquement au titre d'un test, nous avons procédé à l'envoi de questionnaires par courriel à notre répondant local. Les réponses nous sont parvenues par retour de courriel.

Cette pré-enquête nous a permis de nous imprégner de la situation sur le terrain et de parfaire les intitulés des questions. Ensuite nous avons procédé à l'expérimentation du traitement de données sur sphinx de la saisie des réponses à l'analyse des résultats obtenus. Ce traitement de données expérimental a permis de nous édifier par rapport à la perception des chefs de ménage interrogés sur la notion de frontière (réelle ou vécue), l'homogénéité socioculturelle et ethnique en fonction de la zone et du milieu de résidence urbain ou rural.
Ce test a également permis de voir la perception du système de santé par les chefs de ménage sur l'accessibilité physique et financière des structures de soins.

Un guide d'entretien a également été testé sur un infirmier du centre de santé de Kolda. Cet entretien a répondu à nos attentes sur l'information recherchée quant aux avis du corps médical.

Cette pré-enquête, dans son ensemble, adhère, par ses résultats, à nos hypothèses de départ. Par ailleurs, il a permis la refonte du questionnaire en enlevant les répétitions inutiles et en reformulant les intitulés de certaines questions pour les rendre plus compréhensibles. Ainsi, nous avons pu ficeler la méthode de recueil de données en fonction des hypothèses de départ.

Questionnaires et entretiens auprès de la population cible

Le questionnaire, destiné aux ménages et appliqué à l'ensemble de la région de Kolda et des aires extérieures (extra frontalières comprises), a eu pour but de nous édifier sur la vision des populations cible par rapport à :

- leur état de santé,
- la desserte et la densité médicale perçues et vécues,
- les choix et les raisons de recours aux soins en fonction des structures,
- les problèmes de santé auxquelles elles sont confrontées ainsi que les besoins exprimés,
- la perception qu'elles ont du bassin de santé théorique et réel,
- la frontière vécue dans le contexte des mobilités de soins,
- la relation entre les mobilités économiques et les mobilités de soins,
- le rapport entre la situation socio-économique et les dépenses de santé,
- les stratégies transfrontalières de recours aux soins.

Les entretiens auprès des professionnels de la santé et de l'action sociale ont eu pour objet de nous renseigner sur la perception des populations par rapport :

- aux capacités sanitaires de leur structure
- à l'origine des consultants nationaux et des consultants non prévus (autres régions et pays frontaliers),
- aux raisons pour les quelles des populations franchissent les frontières pour des soins,
- aux prestations des structures par rapport aux besoins de santé de la population ciblée ou non,
- au recours aux soins de la population koldoise dans les Etats concernés par notre étude,
- à la définition de l'aire théorique et effective de recours aux soins,
- aux stratégies transfrontalières initiées par les autorités sanitaires sur le recours aux soins.

Des entretiens sont également faits avec les patients étrangers et les patients sénégalais à l'étranger rencontrés dans les structures de soins de Kolda et des pays frontaliers lors de l'administration du questionnaire, sur :

- l'offre de soins locale comparée à celle du pays d'origine,

- la raison à l'alternative de traverser la frontière pour des soins de santé,
- les parcours de soins des structures de base aux structures centrales,
- la perception de la frontière dans son aspect vécu et/ou réel.

Recueil de données médicales à par d'une fiche de collecte

Une collecte de données est réalisée auprès des structures de santé aussi bien au Sénégal, en Gambie, en Guinée et en Guinée Bissau. Il s'agit d'une exploitation des registres d'émargement des consultations et des hospitalisations qui sont disponibles au niveau des structures de soins à l'aide de fiches de collecte. Ces fiches contiennent des rubriques relatives aux pathologies, à l'origine, à l'âge, et à la nationalité des consultants. Cette démarche vise à évaluer :
- le volume d'activité et la polarisation des formations sanitaires suivant le niveau de fréquentation et l'origine des consultants,
- l'ampleur de la fréquentation étrangère,
- la prévalence des pathologies suivant l'âge, le sexe afin de définir les couches les plus vulnérables et les maladies les plus courantes.

Dans la collecte des données médicales, nous avons aussi exploité les rapports d'activité des structures de santé afin de déterminer :
- la synthèse de la fréquentation pour les structures choisies,
- le suivi et l'évaluation des activités socio sanitaires des structures.

I.2.1.1.3 Problèmes rencontrés et solutions apportées

Les recherches de terrain ont été difficiles à plusieurs niveaux :
- L'étendue de la zone d'étude (à cheval sur quatre Etats) a nécessité de longs déplacements harassants sur des sentiers chaotiques desservant des villages reculés. Cependant, il était primordial pour nous d'y aller afin de collecter les informations au plus prés des infimes découpages de notre espace de recherche. Cette démarche motivée par le souci de travailler à partir du micro local nous a fait douter par moments sur la faisabilité du projet et le risque de passer à côté de l'essentiel. Mais l'abnégation à aller jusqu'au bout, la disponibilité et la connaissance du terrain des personnes qui nous ont accompagné ont permis de surmonter les obstacles.

- L'accès à l'information sanitaire par les professionnels de la santé nous a été très difficile. A cause du retrait de certains professionnels de la santé et la rétention des

données[33], nous avions eu des problèmes à exploiter les registres de consultations et même à interroger les patients hospitalisés. Par exemple, à Diaobé[34], malgré l'autorisation officielle du médecin chef de région de Kolda à exploiter les données sanitaires, l'infirmier chef de poste, par ailleurs, syndicaliste, nous a refusé de mener des enquêtes. C'est au bout de trois déplacements que nous avons pu réaliser la collecte des données par l'intervention du médecin chef de région qui a compris notre démarche de doctorant et la portée intéressante du *loumo* de Diaobé dans la recherche sur les mobilités de soins en Haute Casamance.

- Une fois accédé aux sources de données, nous avons été confrontées à un système d'information qui comporte plusieurs insuffisances quant à l'exhaustivité des données. Par exemple, l'origine des consultants n'est pas toujours précisée en fonction du pays d'origine. S'il s'agit du Sénégal, sauf pour l'hôpital régional de Kolda, le montant du ticket modérateur est le même pour les étrangers et les nationaux. Par conséquent, pour les professionnels de la santé, la question de connaître l'origine étrangère des consultants ne se pose pas et c'est le nom du village qui est uniquement mentionné. Seulement on ne peut pas porter une différenciation précise de l'appartenance de ces villages à un quelconque Etat vue l'homogénéité socio ethnique des territoires de part et d'autre des frontières. En effet, les noms de village représentent les mêmes choses d'un côté comme de l'autre. La plupart de ces appellations commence par *Saré* ou *Sinthiang* qui signifient village. Elles sont ensuite suivies du prénom de la personne qui les a fondées. Ainsi, pour connaître l'origine exacte des consultants, nous avons procédé à une identification des villages de part et d'autre des frontières afin d'avoir une origine précise. Ce travail a été difficile et long car il n'existe pas de base cartographique répertoriant tous les villages que nous avions identifiés au niveau des registres de tri. Ainsi, nous avions sollicité la collaboration d'un inspecteur des eaux et forêts. Ce dernier avait cartographié certaines communautés rurales[35] dans le cadre d'un projet de reboisement pour procéder à l'identification selon le pays d'origine des consultants.

[33] Il s'agissait d'un mouvement de grève initié par le Syndicat Unique des Travailleurs de la Santé et de l'Action Sociale (SUTSAS) pour l'amélioration des conditions de travail et la reconsidération des salaires entre autres revendications.

[34] C'est l'un de nos unités spatiales très déterminantes dans la corrélation entre déplacements économiques autour des marchés hebdomadaires et mobilités de soins.

[35] Subdivisions administratives qui regroupent un certains nombre de villages situées dans l'arrière pays des villes.

Nous avons également été aidés dans cette tâche par certains infirmiers chefs de poste qui connaissent bien leur domaine théorique de polarisation et l'origine étrangère des patients fréquentant leur structure.

- Il nous a été difficile par endroits, impossible dans d'autres de recueillir des données aux points de rencontre économique et structures de soins des pays limitrophes car relevant d'une juridiction différente. A Kambadiou en Guinée Bissau lors de nos enquêtes au marché hebdomadaire, nous avons failli nous retrouver en prison suite à l'intervention d'un agent de la Brigade Mobile de Sécurité (BMS) de la Guinée Bissau alors que nous avions l'autorisation du chef de poste frontière nous permettant de réaliser les enquêtes. Le problème a été résolu par notre chauffeur. En effet, il est peul, l'agent de la BMS aussi et ils se sont entendus après une demi heure de discussion. Cependant, il fallait qu'on parte de Kambadiou. Heureusement que nous avions pu réaliser la totalité des questionnaires destinée au village de Kambadiou.
Mais les endroits où on a vu le gouverneur de région, le commandant du poste frontière comme Kuntima en Guinée Bissau tout s'est relativement bien passé.

- A cause de l'instabilité politique et de l'insécurité, des endroits où sévissent des coupeurs de routes[36] à la frontière (Gambie et Guinée Bissau) nous ont été d'accès impossible. Nous avons été même dissuadés par l'armée de s'aventurer dans les zones où elle n'était pas présente. L'armée fermait systématiquement les routes dangereuses comme celle reliant Kolda à Diaobé à partir de 19 heures. Par conséquent, il nous fallait partir le plutôt possible de ces zones en milieu d'après midi pour être sûr de rentrer en toute sécurité et sans le risque de passer la nuit au *cheik point*[37].

[36] Il s'agit de bandes armées qui dépouillent les populations revenant ou partant des marchés hebdomadaires. On ne peut pas porter une origine précise de ces bandits. Mais certains évoquent (la presse) qu'il s'agisse de rebelles du MFDC en Casamance, d'anciens mercenaires provenant de la Sierra Léone ou de personnes armées et profitant de l'instabilité.
[37] Point de contrôle militaire souvent institué dans des zones de conflits.

I.3 Analyse géographique: La Haute Casamance entre rupture et continuité d'un espace de vie commun au Sénégal, à la Gambie, à la Guinée Bissau et à la Guinée

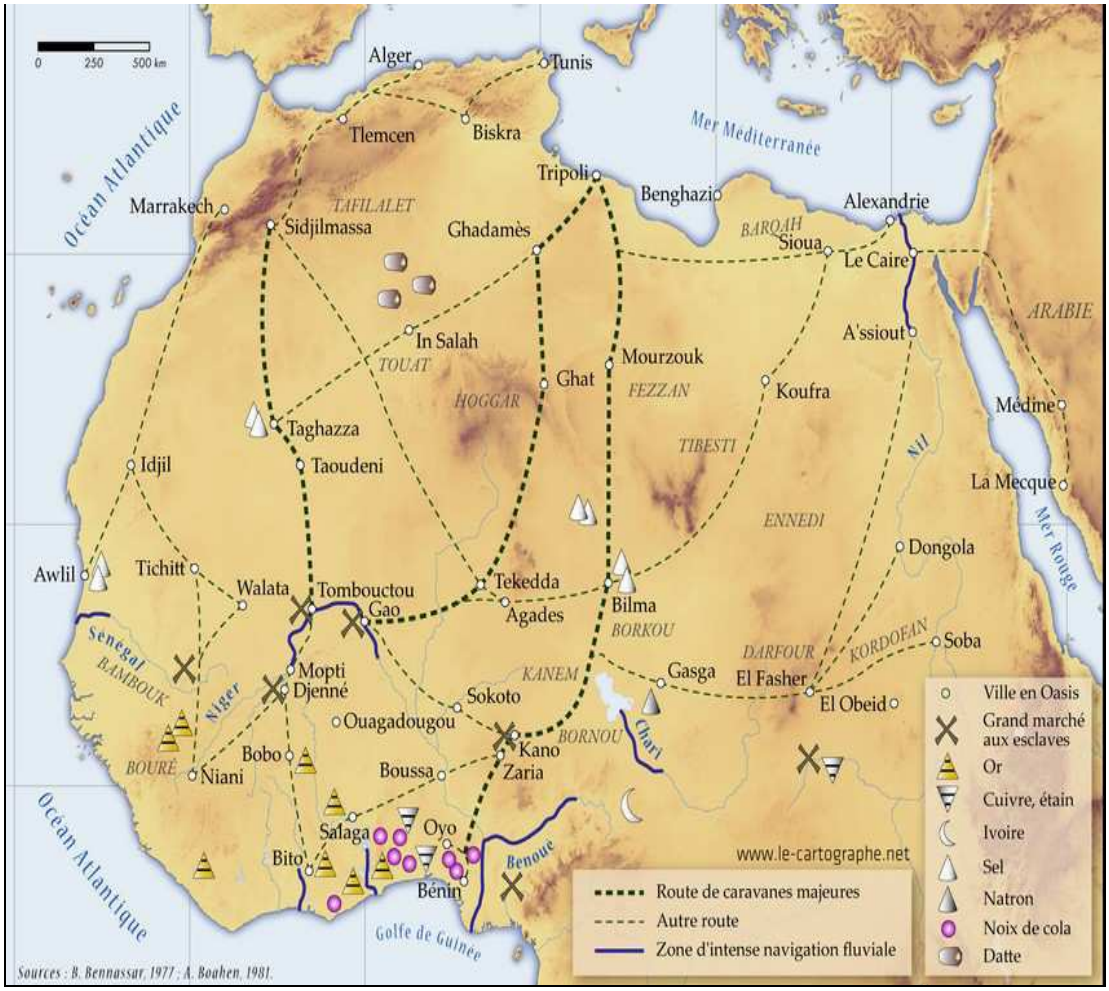
Ce travail de recherche s'inscrit dans un registre géographique transfrontalier, par conséquent, les opinions formulées restent relatives à la définition orientée de l'espace étudié en fonction de notre thème de recherche. En effet, la prise en compte des caractéristiques et des réalités propres à cette région nous semble importante pour une connaissance la plus exhaustive possible avant de procéder à l'analyse des interactions santé et territoires. Il s'agit donc de permettre une perception claire des spécificités de la région[38] tant aux plans historique, physique, démographique, économique et socioculturel en insistant sur les interrelations de ces facteurs par rapport aux besoins de santé des populations, aux mobilités de soins, au caractère transfrontalier de la zone d'étude et à la définition des bassins de santé.

I.3.1 Une histoire ponctuée de regroupement et d'émiettement dans un contexte d'homogénéité socioculturelle

L'histoire de l'Afrique précoloniale, en général, est caractérisée par l'existence de plusieurs royaumes qui se sont succédé parfois sur les mêmes contours au cours de différentes époques. Ces royaumes sont souvent fondés sur des principes de regroupement ethnique et/ou religieux, de conquête, d'alliance, de métissage et de sécession. Les mécanismes d'édification et d'élargissement de ces entités souveraines se basaient également sur les multiples rapports entretenus dans un cadre économique florissant à travers le commerce transsaharien. Ce dernier a façonné un paysage économique avec des centres de gravités (comme Niani, Mopti, Walata, Djénné, Tombouctou, Gao, Kano etc. *cf. page 53 carte 5*) souvent dominés par de puissants royaumes. Ces centres de transactions économiques ont su par époque fédérer les différentes ethnies à travers les innombrables mobilités économiques suscitées. C'est ainsi que plusieurs royaumes ont subsisté particulièrement en Afrique de l'ouest dans la partie correspondant au bassin de santé de la Haute Casamance. Parmi ceux-ci on a le Gabou et le Fouladou qui constituent les deux principales formations politiques antérieures à la colonisation de la région.

[38] Fait référence à l'ensemble constitué par le Sénégal, la Gambie, la Guinée et la Guinée Bissau.

Carte 5 : Villes et routes de commerce transsaharien à la fin du XV^{ème} siècle



Le royaume de Gabou vit le jour vers 1240 et connut son plein développement entre le XIII^{ème} et le XIX^{ème} siècle. Il regroupait les actuelles républiques de Guinée Bissau, du Sénégal, de la Gambie et jusqu'en Guinée. De source oral, le royaume de Gabou a été fondé par un *malinké* du nom de Tiramakan Traoré un des généraux de l'armée de Sundiata Keita, le fondateur de l'empire du Mali[39]. C'est après la chute de l'empire du Mali au XIII^{ème}, que Gabou jusque là vassal de ce dernier, allait devenir un royaume. Avant l'arrivée des conquérants *malinké,* la région était déjà habitée par des ethnies diverses comme les *diolas*, les *peuls*, les *manjaques*, les *balantes*, les *sossés*, les *soninkés* et les *baïnounks*. Ces derniers avaient constitué de puissantes chefferies qui devinrent par la suite vassales du royaume de Gabou. Le royaume

[39] L'Empire du Mali est un empire africain du Moyen Âge. Il a été créé au XIII^{e} siècle par Soundiata Keita et connut son apogée au XIV^{e} siècle. Il est le berceau de la charte du Manden. Il s'étendait entre le Sahara et la forêt équatoriale, l'Océan Atlantique et la Boucle du Niger soit sur les actuels Mali, Burkina Faso, Sénégal, Gambie, Guinée, Guinée Bissau, Mauritanie et une grande partie de la Côte d'Ivoire.

vivait d'une agriculture florissante de l'élevage et du commerce avec les *dioulas* et les européens qui établirent plusieurs comptoirs commerciaux.

A la fin du XIX^{ème} siècle, les *peuls* se révoltèrent avec l'aide du Fouta-Djalon[40] pour faire chuter le royaume de Gabou. C'est la naissance du royaume du Fouladou qui couvrait les actuels départements de Kolda et Vélingara (Sénégal), Bassé (Gambie) Farim et Bafata (Guinée Bissau) avec les mêmes composantes ethniques que l'ancien royaume de Gabou. Le royaume du Fouladou domina la Haute Casamance jusqu'à l'arrivée des colonisateurs.

Aujourd'hui, le peuplement actuel de la Haute Casamance est une conséquence de toute une série de migrations et d'affrontements qui ont entrainé d'importants déplacements de population d'Est en Ouest. Ainsi, les *baïnounks* occupent le Pakao et le Boudié (département de Sédhiou), tandis que les *peuls* et les *foulahs* se retrouvent dans le Fouladou (département de Kolda) venus par petits groupes du Macina du Khasso[41] et du Bundu[42] après avoir successivement franchi le fleuve Sénégal en amont de Bakel et le fleuve Gambie. De la Guinée Bissau, arriveront les *Balantes*, ensuite les *Mancagnes* et les *Mandjaques* qui s'installèrent sur la rive droite dans l'actuel département de Sédhiou.

Avec la succession de ces deux principaux royaumes sur le même territoire, la structure socioculturelle, qui était bâtie sur une cohabitation en situation de vassal ou d'allié, était représentative d'une homogénéité socio spatial caractérisée par le métissage et le brassage ethnique. La construction de l'espace était aussi intrinsèquement liée aux échanges dans toutes ces formes. Chaque ethnie était spécialisée dans un domaine précis (par exemple *peul* pour l'élevage, *diola*, *mandingue* pour l'agriculture etc.). Le troc déterminait essentiellement les activités économiques à des points de rencontre érigés dans certaines zones carrefour. Ces

---

[40] Le Fouta-Djalon, parfois orthographié *Fouta Djallon* notamment en anglais, est un massif montagneux situé en Guinée (ou Guinée Conakry), surnommé « le château d'eau de l'Afrique de l'Ouest »[1] pour sa pluviométrie importante. La région est principalement habitée par des populations peules.

[41] Le Royaume du Khasso s'est constitué sur un territoire aujourd'hui à cheval sur le Sénégal et la région de Kayes au Mali. Des Peuls ont immigré dans la région et se sont mélangés avec des Malinkés présents sur place, fondant ainsi les Khassonkés, appartenant au groupe des Mandingues et qui parlent le khassonké.

[42] Le Bundu est une région du Sénégal oriental, fondé au 15ème siècle, fut le premier état théocratique au Sud du Sahara. Il constitue une région frontalière et véritable carrefour économique en Afrique de l'Ouest.

dernières sont ensuite devenues ce que représentent aujourd'hui les marchés hebdomadaires communément appelés *loumo*.

L'espace était ainsi vécu dans une continuité due aux relations entretenues et aux liens de parenté tissés. Seules les différences culturelles, qui se manifestaient plus en avançant vers l'Afrique centrale, entretenaient une rupture de l'espace politique, culturel et ethnique. Le sens de la notion de frontière à cette époque était perçu dans ce contexte de différences culturelles. Au Sénégal par exemple on appelle péjorativement les peuples de l'Afrique Centrale «*Niak*» qui signifie «*habitants de la forêt*».

I.3.2 De la colonisation à l'édification des frontières actuelles : un décalage entre l'espace vécu et les nouvelles formes d'organisation territoriale

Durant toute la période d'unification, de rupture et de conflits entre les différentes sociétés politisées, les colonisateurs étaient déjà présents sur les côtes. Ils ont établi des comptoirs commerciaux pour échanger avec les habitants des royaumes entre matières premières et produits manufacturés. Ces relations ont permis un établissement durable des puissances européennes dont la suite fût la conquête militaire, l'appropriation et le partage de l'Afrique.

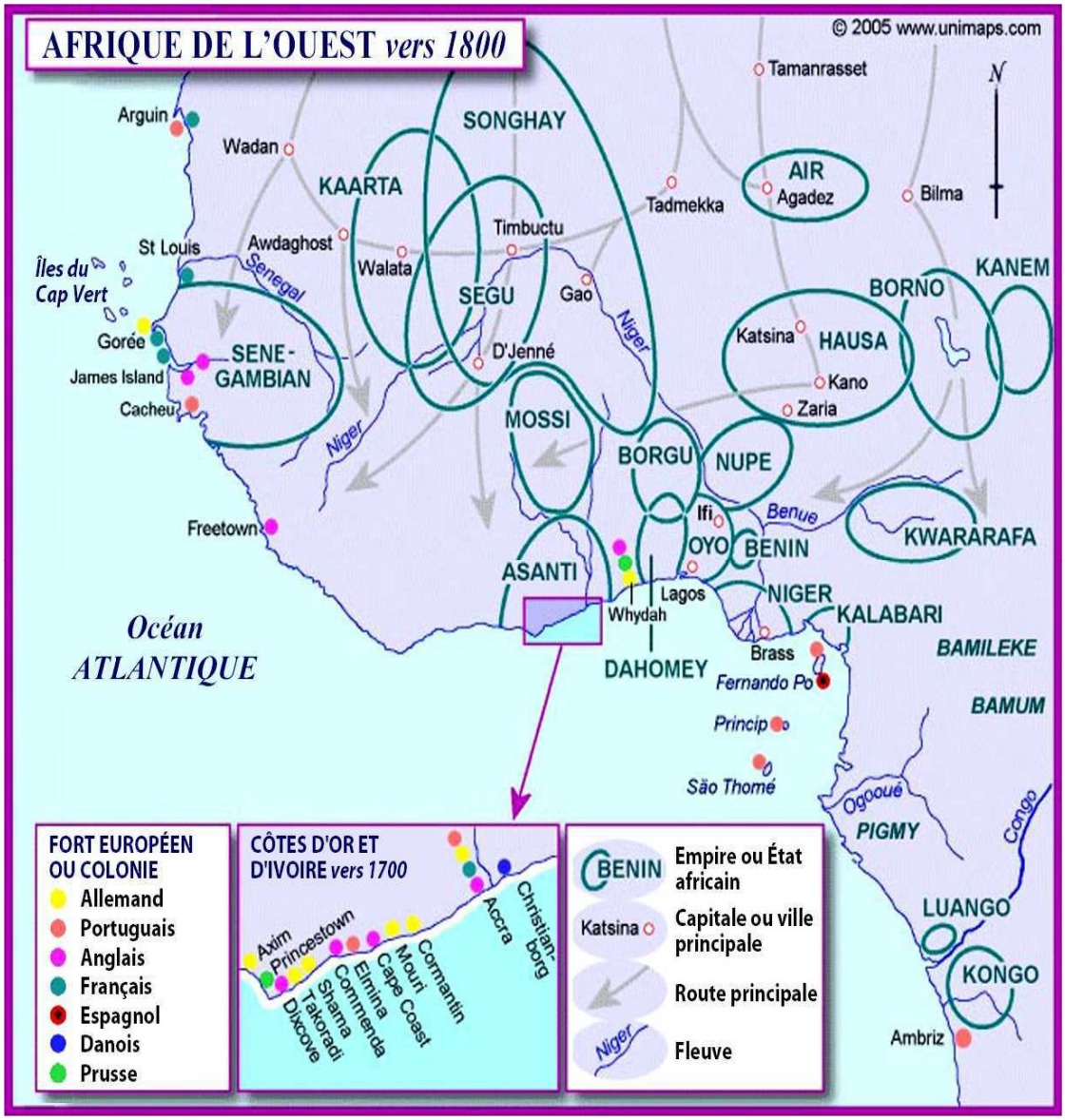
Déjà en 1783, en prélude de la conquête de cette partie de l'Afrique de l'ouest, le traité Versailles avait déjà cristallisé définitivement les possessions françaises sur le Sénégal et anglaises sur la Gambie. Cependant, les français s'installèrent en 1836 sur les bords de la Casamance à Karabane (Basse Casamance). On situe généralement les premiers contacts officiels entre les français et la Haute Casamance en 1838.

La Gambie et la Guinée Bissau étaient respectivement convoitées par l'Angleterre et le Portugal. De cette période succéda la conquête coloniale à l'initiative des puissances européennes. Celles-ci étaient orientées vers une recherche de matières premières pour l'industrialisation et de débouchés pour l'écoulement de produits finis. La conquête coloniale a pris la forme d'une domination militaire et les territoires conquis dépendaient exclusivement de la métropole. C'est en 1884, lors de la conférence de Berlin que le destin de la Haute Casamance fut scellé avec la création des colonies du Sénégal, de la Guinée Bissau, de la Guinée et de la Gambie. Non seulement on assiste à un découpage qui ne prend pas en compte les réalités locales au point de morceler des territoires au peuplement identique. C'est le cas de

la Casamance historiquement portugaise qui était rattachée à la colonie du Sénégal par la suite. C'est d'ailleurs l'une des raisons avancées par la rébellion casamançaise pour légitimer leur revendication de sécession. Mais également émergent de nouveaux types de gestion socio spatiale qui diffèrent selon le colonisateur. A cela s'ajoute une assimilation culturelle à travers le prétexte de civiliser les populations indigènes. A partir de ce moment, l'anglais, le français et le portugais deviennent les langues officielles en Haute Casamance pratiquées respectivement en Gambie, au Sénégal, et en Guinée Bissau. Cependant, les différences d'héritage linguistique (en fonction du colonisateur) sont largement atténuées par la survie des langues locales d'intégration comme le *mandingue*, le *diola*, le *balante*, le *wolof*, le *puular*. On assiste également à la naissance du créole[43] qu'on qualifie d'adaptation locale des langues officielles. Ainsi, de fait les habitants de la Haute Casamance sont souvent polyglottes. Dans la même logique, les habitudes de vie demeurent profondément liées aux relations séculaires et à l'espace vécu avant la colonisation et non aux nouvelles formes d'organisation territoriale. Les tentatives d'aménagement de l'espace n'ont pas pris en compte ces réalités et ont imposé des disparités notables qui voient le jour en fonction des intérêts que suppose l'économie coloniale.

[43] En linguistique, un créole (*créole* en anglais, *criollo* en espagnol, *crioulo* en portugais) désigne une langue issue des transformations subies par un système linguistique utilisé de façon imparfaite comme moyen de communication par une communauté importante, ces transformations étant vraisemblablement influencées par les langues maternelles originelles des membres de la communauté. Ainsi, le français parlé par les esclaves noirs aux Antilles, en Guyane, en Louisiane et dans l'Océan Indien a donné respectivement naissance aux créoles antillais, louisianais, guyanais et mascarins (bourbonnais).

Carte 6: Présence européenne en Afrique de l'ouest vers 1800

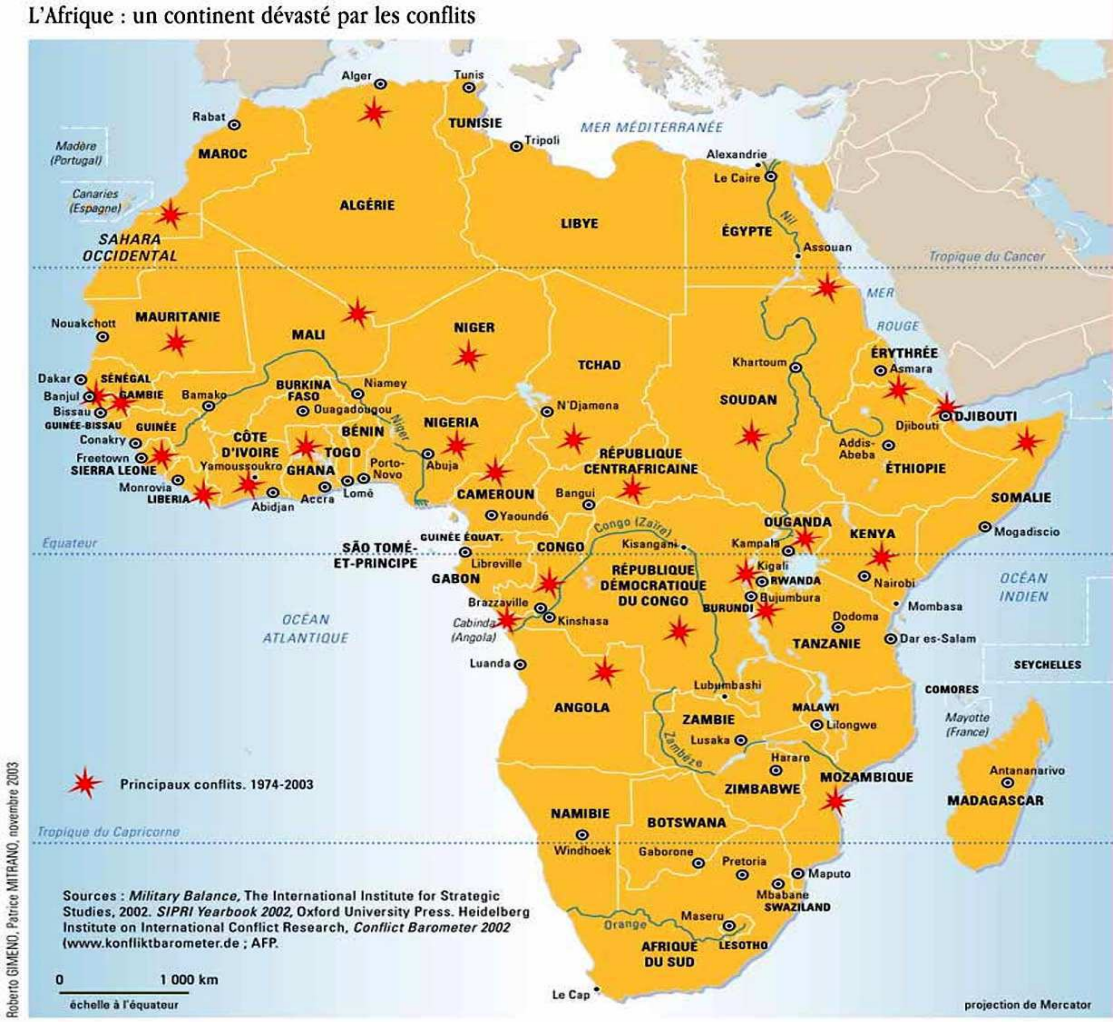


Source:http://unimaps.com 2005

I.3.3 Une instabilité politique « endémique » : entre rébellion et guerre civile

L'Afrique de l'Ouest en général est frappée par une instabilité politique «endémique» qui trouve son origine aussi loin qu'on remonte dans son propre histoire. Toutefois, la source primaire est relative à un découpage moderne des Etats qui a consacré une redéfinition des appartenances territoriales des peuples à leur insu. Aujourd'hui, ces derniers essaient de contourner les Etats pour se rassembler tout en remettant en cause l'inviolabilité et l'intangibilité des frontières héritées de la colonisation.

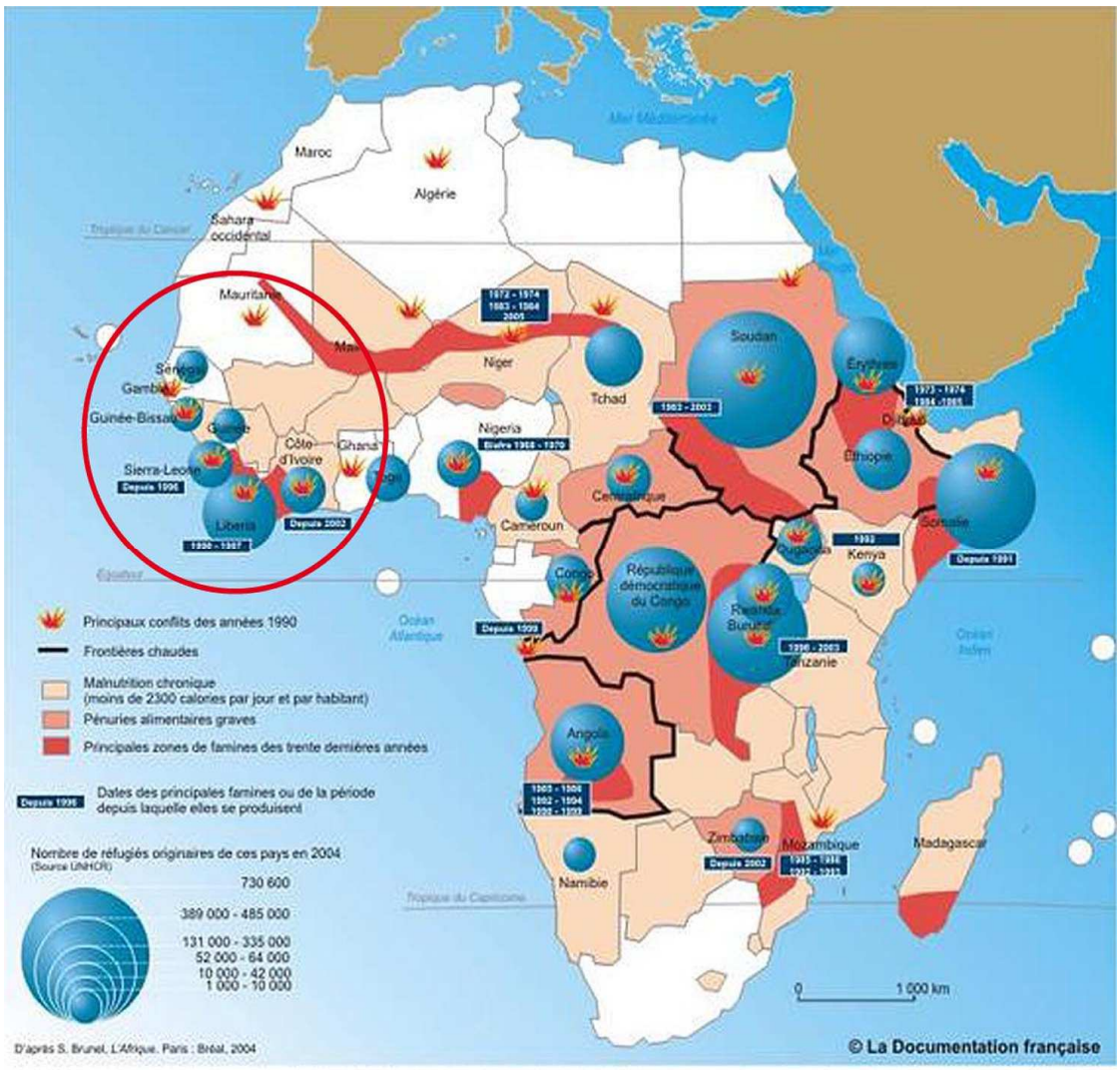
Carte 7 : Différents foyers de tension en Afrique de 1974 à 2003



© *Questions internationales*, numéro 5, La Documentation française, Paris, janvier-février 2004. http://www.ladocfrancaise.gouv.fr/revues/qi/sommaires/5/sommaire5.shtml

Le paysage géopolitique de la partie de l'Afrique de l'Ouest qui intègre le Sénégal, la Gambie, la Guinée et la Guinée Bissau est secoué par une instabilité permanente entre rébellion et coup d'état militaire. Le Sénégal est frappé par un mouvement de rébellion qui gangrène la région naturelle de la Casamance. Le bassin de santé de la Haute Casamance est affecté par ce conflit qui a fait beaucoup de victimes et continue de provoquer des mouvements de refugiés de la Basse Casamance vers la Moyenne et Haute Casamance. Sur le plan économique, cette région qui se particularise par une importante activité agricole subit une perte de rendement dans la mesure où les rizières sont abandonnées. La Gambie est relativement stable mais subit les conséquences collatérales de la rébellion casamançaise. Par ailleurs, en Guinée Bissau et en Guinée, les guerres civiles se succèdent depuis leur accession à l'indépendance.

Carte 8: Principaux conflits des années 1990 en Afrique, famines et populations réfugiées



AFRIQUE - Principaux conflits des années 1990, famines et populations réfugiées — Source : Documentation photographique n°8048

Source : *Documentation photographique n° 8048 : L'Afrique dans la mondialisation (auteur : Sylvie Brunel)*

Devant ces remous géopolitiques, l'organisation spatiale est sans cesse redéfinie en fonction de l'ampleur des confrontations. Les foyers de tensions comme la Basse Casamance, les capitales au cœur des insurrections militaires, sont abandonnées au profit de zones relativement calmes. Cette dynamique influe sur la vie socio-sanitaire des populations de plusieurs manières avec des conséquences désastreuses. Parmi celles-ci on note :

- Un déplacement de population qui suppose le gonflement des localités réceptrices, et la sur fréquentation des structures de soins. La guerre civile en Guinée Bissau en 1998 ainsi que l'irrédentisme en Basse Casamance ont créé d'importants

mouvements de réfugiés vers la région de Kolda.

- Une destruction des structures de soins qui favorise le sevrage souvent brutal des populations pour un recours aux soins de proximité en particulier en Guinée Bissau. Ainsi, on note une réorientation du recours aux soins vers d'autres localités comme Kolda.

Photo 1 : Poste de santé à l'abandon en Guinée Bissau



- Des difficultés de circulation des personnes et des biens avec la limitation des marches de manœuvre des populations pour le libre déplacement et le choix du lieu de recours aux soins.

Tous ces facteurs en concordance favorisent un eternel recommencement de définition territoriale dans une logique d'adaptation des populations par une réorientation des demandes en soins de santé vers d'autres centres de gravité périphériques.

I.3.4 Un cadre physique propice à l'économie primaire dans un contexte d'échange transfrontalier permanent

Au milieu des influences océaniques et continentales, des ensembles géomorphologiques sénégalo-mauritanien et du Fouta Djallon, la Haute Casamance est caractérisée par un contexte naturel propice à l'exploitation agricole, pastorale et forestière.

Le réseau hydrographique se conjugue avec un climat pluvieux[44] et des conditions pédologiques favorables[45] pour former un ensemble doté d'importantes potentialités agricoles (1 100 000 ha de terres cultivables) et de nombreuses ressources forestières et halieutiques. On note une palette élargie de produits qui regroupe l'anacarde, le coton, l'arachide, les agrumes, les produits forestiers, le bétail etc.

Cependant, on relève des spécialités et des modes de production différents suivant la position géographique et en lien avec les traditions ancestrales de pratique agricole suivant les ethnies. Historiquement, on détermine deux axes de flux de produits du nord au sud et des côtes vers l'intérieur. Les céréales des zones de savanes en Gambie et en Haute Casamance alimentent les régions forestières du Sud. Les produits forestiers, comme l'huile de palme ou le bois empruntent la direction inverse. Parallèlement, les différences, entre le système agro-sylvo-pastoral de l'intérieur et la zone de mangrove sur les côtes, conditionnent l'orientation est-ouest des flux de produits d'élevage et celle des produits halieutiques en sens inverse.

De sa situation de grenier avec une large gamme de produits, la Haute Casamance est le lieu où se tissent des réseaux d'échange entretenus de manière informelle. Des centres de collecte aux points de rupture de charge et d'écoulement, d'importants mouvements de populations déterminent le paysage économique. Des zones stratégiques comme Kolda, Saré Yoba, Kambadiou, Diaobé, Pata, Brikama, Toniataba entre autres deviennent les plaques tournantes des échanges. Ils acquièrent ainsi un statut urbain de plus en plus important: Ce sont les *loumo*. D'envergure internationale, ils constituent des récepteurs, à travers des déplacements transfrontaliers qui concernent d'autres secteurs comme la santé.

Cette économie primaire implique des activités commerciales importantes dans des installations sédentaires ou périodiques comme les *loumo*. Les zones frontalières comportent un grand nombre de marchés plus ou moins importants et durables dont Diaobé, Saré Yoba et Pata. Dans ces marchés, des relations sociales et des relations d'affaires sont imbriquées, plusieurs ethnies de l'Afrique de l'Ouest se côtoient.

[44] Climat de type soudanien avec des précipitations de 800 à 2 000 mm/an
[45] Zone de sédimentation

I.3.5 Un contexte physico-naturel également propice à la propagation des maladies endémiques

La géographie de la Haute Casamance se caractérise par un relief qui présente une physionomie de plateaux relativement bas sans accidents majeurs, mais incisé par des vallées et par des axes de drainage saisonnier. Ce plateau marque le prolongement vers l'Ouest du plateau du Sénégal Oriental[46] lui-même faisant suite des plateaux de la Guinée. Le réseau hydrographique est composé d'Ouest en Est du fleuve Casamance avec ses affluents du Soungrougrou et du Singher, de la Kayanga et son affluent l'Anambé et de deux affluents du fleuve Gambie : le Sofaniama et le Koulonto. Il existe aussi de nombreux marigots disséminés dans toute la région. Les femmes y pratiquent la riziculture pendant la saison des pluies et le maraîchage pendant la saison sèche. Ces étangs d'eau stagnante sont également des lieux de loisirs (baignades) très fréquentés par les enfants avec toutes les implications d'exposition aux maladies diarrhéiques, à l'onchocercose, au paludisme etc. que cela suppose. Avec l'érection du barrage de l'Anambé et la réalisation de mini-barrages dans la région de Kolda, le réseau offre des possibilités de culture irriguée sur 24 500 ha tout en favorisant la recrudescence de la bilharziose urinaire.

La végétation, typique du climat soudanien à l'ensemble de la Haute Casamance, est caractérisée par une savane arborée et de nombreuses forêts-galeries protégées le long des cours d'eau où circule le virus amaril responsable de la fièvre jaune. Le couvert herbacé est abondant surtout dans les versants des vallées et des cuvettes.

La pluviométrie obéit à une alternance de saison pluvieuse et de saison sèche. La saison des pluies ou hivernage dure de juin à septembre. Pendant cette période où pullulent les vecteurs des maladies endémiques, toutes les formations prestataires de soins enregistrent des pics de consultation. La saison sèche qui occupe le reste de l'année fait alterner fraicheur (de décembre à février) et canicule (de mars à juin). La pluviométrie annuelle avoisine 1 000 mm ce qui fait de Kolda la deuxième région la plus arrosée après Ziguinchor.

Ces facteurs naturels (chaleur, humidité, pluviométrie, eaux stagnantes) agissent simultanément dans la vie des populations en matière de santé. En effet, cette situation favorise un niveau de morbidité et de mortalité élevé dans un contexte où

[46] Sénégal oriental correspond géographiquement à la région de Tambacounda situé au Sud-est.

les services de santé sont dans un état de dénuement avancé.

I.3.6 Des coutumes et croyances qui influencent fortement la santé des populations

La religion dominante est l'islam avec 90% de la population suivie du christianisme et de l'animisme. L'animisme est en étroite symbiose avec l'islam et le christianisme et porte une forte influence sur la pratique religieuse. En effet, les deux premières religions ont été adoptées à la suite de conquêtes de soumission et d'évangélisation qui ont accompagné les guerres saintes et la colonisation. Les pratiques de l'animisme déteignent fortement sur le comportement sanitaire des populations de la Haute Casamance. Il s'agit de croyances occultes qui poussent les populations à consulter la médecine traditionnelle pour certaines pathologies.

Les coutumes et croyances sont ainsi fortement conditionnées par la tradition animiste que se sont partagées les populations bissau guinéennes, sénégalaises, gambiennes et guinéennes. Le christianisme et l'Islam ont été adaptés aux coutumes locales. On retient dans plusieurs de ces pratiques :

L'**excision**[47] beaucoup courante dans cette région et qu'on assimile à des pratiques initiatiques faisant partie des étapes qui jalonnent la vie de la jeune fille. L'excision concerne 87% des jeunes filles dans la commune de Kolda, ce qui constitue une proportion très élevée. L'excision est une pratique séculaire considérée aujourd'hui comme dégradante au regard des conséquences désastreuses que cela entraine sur la vie des jeunes filles. Il s'agit également d'une pratique générale à toute la Haute Casamance où elle s'est fortement implantée et toutes les ethnies sont concernées. Les conséquences sur la santé des jeunes filles sont graves et des complications surviennent toute la vie de l'excisée. Elle peut engendrer des troubles psychologiques aux répercutions négatives sur la vie sexuelle des sujets. Elle est aussi la conséquence d'infections vaginales à répétition, de la stérilité, de dysfonctionnements rénaux graves, de complications aux accouchements menant à la mortalité maternelle.

[47] L'**excision** est une mutilation génitale féminine qui consiste en une ablation du gland du clitoris, souvent associée à une ablation d'une partie des petites lèvres de la vulve. Dans certaines ethnies, on y ajoute une infibulation, sorte de couture des deux berges de la vulve entre elles, qui a pour conséquence de rétrécir l'entrée du vagin.

Tableau 3 : Prévalence de l'excision dans le bassin de santé de la Haute Casamance

Pays	% femmes/filles excisées
Sénégal	28
Gambie	60
Guinée Bissau	50
Guinée	96

Source : Extrait de pratique et fréquence de l'excision dans le monde UNICEF 2010

La **polygamie** est très développée dans cette zone. Selon le rapport de l'ANDS en 2006 sur la région de Kolda, elle est vécue par 54,4% des femmes et 34% des hommes. Elle est permise par la religion musulmane et l'animisme fortement présents en Haute Casamance. Avec le système d'héritage du type **lévirat**[48], la propagation du virus VIH relativement facile.

L'**endogamie**[49] est très fréquente à Kolda à l'image de l'ensemble du bassin de santé transfrontalier. Elle s'accompagne dans la plupart des cas de mariages précoces au sein d'une même famille ou du groupe ethnique. L'âge médian au premier mariage à Kolda se situe à 16 ans. Pour l'ensemble des femmes entre 20 et 49 ans, une femme sur cinq est entrée en première union à l'âge de 15 ans alors que la contraception est suivie par une infime partie des femmes en âge de reproduction. La maternité est ainsi précoce et ces femmes sont exposées aux avortements à risques et à la mortalité maternelle dans un contexte où le suivi médical approprié fait défaut.

L'**hématurie urologique**[50] considérée socialement comme signe de virilité chez les hommes est largement minimisée et ses symptômes ne motivent pas une consultation médicale dans cette zone. Pourtant, il s'agit d'une maladie parasitaire souvent dangereuse, due à un ver appelé *schistosoma hoematobium,* dont la contamination est favorisée par la baignade dans les eaux infestées en Haute Casamance.

---

[48] Le **lévirat** est un type particulier de mariage où le frère d'un défunt épouse la veuve de son frère, afin de poursuivre la lignée de son frère. Les enfants issus de ce remariage ont le même statut que les enfants du premier mari.

[49] Par opposition à l'exogamie, l'**endogamie** est observable dans les sociétés où l'on choisit son partenaire à l'intérieur du groupe (non seulement social - homogamie - mais aussi géographique, professionnel, religieux), à l'exclusion des personnes touchées par un interdit. L'endogamie ne concerne jamais la famille mais pousse à un mariage préférentiel dans le clan, à un parent proche, comme le cousin ou la cousine.

[50] L'**hématurie urologique** correspond à une lésion anatomique mettant en communication des vaisseaux sanguins et un conduit urinaire (du fond d'un calice jusqu'à l'urètre prostatique). L'hématurie peut être la conséquence d'une affection urologique ou d'une maladie du parenchyme rénal (hématurie glomérulaire).

Ces coutumes et croyances qui influent fortement sur le comportement sanitaire (impliquant un manque de reflexe à solliciter les structures de santé) des populations s'accompagne d'un niveau d'instruction assez faible dans l'ensemble. Le taux d'analphabétisme s'estime à 80% dans la région pour une moyenne nationale de 42% selon l'UNESCO. Il est plus élevé chez les femmes que chez les hommes avec respectivement des fréquences de 90% et 73%.

Conclusion partielle

Le regard sur les spécificités de la région est un aspect essentiel dans la définition des relations entre les quatre pays. Ces relations sont déterminantes dans différents domaine comme dans celui de la santé. Ce secteur est caractérisé par des mobilités importantes dépendantes des disparités d'offre de soins entre ces pays et d'absence de connexion des différents systèmes de santé. Dès lors, il est primordial de cerner la zone réelle de recrutement du bassin de santé de la Haute Casamance avec les flux de populations qui s'y déroulent à la recherche de meilleurs soins et de comprendre les dynamiques qui poussent à ces mobilités de soins. Mais il demeure nécessaire de procéder à une caractérisation du potentiel socio sanitaire de la région de Kolda à partir de la quelle rayonne l'aire effective de recrutement de la Haute Casamance sans occulter l'offre de soins des pays frontalier.

PARTIE II: CARACTERISATION DU POTENTIEL SOCIO SANITAIRE DU BASSIN DE SANTE DE LA HAUTE CASAMANCE

Introduction

Une politique de santé est conçue comme l'attitude exprimée par un gouvernement au sein de documents de planification visant une meilleure offre de soins élargie à l'ensemble des composantes territoriales. Son processus de formalisation nécessite de prime abord la formulation d'un ensemble de paramètres visant l'identification des besoins et des priorités d'action pour dégager des objectifs. Ensuite elle porte sur le choix des instruments et la mise en place d'une infrastructure institutionnelle accompagnée d'une allocation spécifique de fonds. Partout dans le monde, à des degrés d'efforts différents, des politiques de santé sont mises en œuvre en fonction des sensibilités idéologiques et des modèles de gestion politico-sociale. Mais aujourd'hui tous les Etats, réunis autour d'organisations internationales telles que l'OMS, s'accordent sur la nécessité d'adopter une politique de santé rationnelle. Celle-ci doit aller dans le sens de satisfaire les besoins de santé et de résorber les disparités d'accès aux services de santé. Les pays en développement qui ont accusé du retard dans la rationalisation de leur système de santé tentent aujourd'hui de relever le défi de la santé pour tous. Le Sénégal, la Guinée, la Guinée Bissau et la Gambie ont porté des choix dans ce sens suivant un long processus qui a débuté pendant la période coloniale et qui s'est poursuivi après les indépendances des années 60.

II.1 Politiques nationales de santé: une formalisation identique à l'ensemble des pays du bassin de santé de la Haute Casamance

L'accès à la santé pour tous a toujours été l'une des préoccupations majeures des gouvernements qui se sont succédé dans les pays du bassin de santé de la Haute Casamance. Ces pays l'ont acté dans leur constitution[51] où le droit à la santé est garanti pour tous. L'Etat et les collectivités territoriales ont l'obligation de veiller à la santé physique et morale de la famille, des personnes handicapées et des personnes âgées. Ils doivent aussi garantir aux familles en général et à celles vivant en milieu

[51] Article 14 de la constitution du Sénégal ; Article 15 en Guinée Bissau ; Article 19 en Gambie ; article 15 et 19 en Guinée.

rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien-être.

Egalement, le Sénégal, la Guinée, la Gambie et la Guinée Bissau ont ratifié des textes internationaux, tels que la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Charte de l'Union Africaine (UA) et la convention des droits de l'enfant. Dans ces textes, la bonne santé est conçue comme un élément primordial contribuant au bien-être et à l'épanouissement de l'individu. Le renforcement des systèmes de santé et la réduction des écarts de santé deviennent ainsi l'un des objectifs majeurs du XXIème siècle. Car aujourd'hui il est communément admis que l'amélioration des conditions économiques et sociales d'un pays donné va de pair avec les progrès en matière de protection et d'amélioration de la santé. Le niveau de santé constitue l'un des éléments essentiels du niveau de vie. Il importe par conséquent, lorsqu'on cherche à promouvoir l'élévation du niveau de vie qui représente l'objectif essentiel de toute politique de développement, de ne pas se limiter à des critères et à des calculs qui n'envisageraient que les aspects exclusivement économiques. S'il est aujourd'hui acquis que le capital humain joue un rôle central dans le processus de développement, il a fallu plusieurs années pour se rendre compte que la productivité de ce capital humain a jusqu'ici été sous-estimée en faveur du capital physique. Ce dernier canalisait la majeure partie des investissements. En élargissant les capacités humaines, le développement disqualifie les approches par lesquelles le progrès n'est mesuré qu'à la quantité de biens et des services produits. Ainsi, le concept de développement humain trouve sa pertinence dans le constat qu'il n'y a pas de correspondance simple entre le développement économique mesuré par le Produit National Brut (PNB) et le développement des capacités humaines mesurées par les Indices de Développement Humain (IDH). L'objectif dès lors de tout développement devrait être recentré sur l'amélioration constante des capacités des individus afin de leur permettre de mener des vies pleines, heureuses et productives.

C'est suivant cette ligne directrice qu'une série de stratégies a été élaborée en accord avec les politiques de santé initiées par les organisations internationales œuvrant pour l'éradication des problèmes de santé dans le monde comme l'UNICEF, le PNUD et l'OMS. Le Sénégal, la Guinée, la Guinée Bissau et la Gambie ont ainsi adhéré, à l'instar de tous les pays du tiers monde, à un certain nombre d'engagements tels que la nécessité de mettre en avant les Soins de Santé Primaires (SSP), les Objectifs du

Millénaire pour le Développement (OMD)[52] entre autres.
Des stratégies « verticale[53] », « horizontale[54] » et « diagonale[55] », incluant tous les pans du système socio sanitaire, ont été mises en place pour parfaire son fonctionnement et résorber les écarts de santé.

Toutefois, au Sénégal comme en Guinée, en Guinée Bissau et en Gambie, le bilan reste mitigé du fait de tâtonnements sur les priorités d'action, de la méconnaissance des besoins réels des populations, de l'insuffisance des ressources allouées au secteur de la santé, de la mauvaise gouvernance, et de l'instabilité politique. A cela s'ajoute une politique de décentralisation et de déconcentration inachevée qui est à l'origine d'une désarticulation sévère des entités territoriales administratives[56]. Ces dernières sont souvent enlisées dans des conflits entre elles sur l'étendue administrative de leur domaine d'influence et sur la distribution des ressources provenant du pouvoir central. Ces conflits d'intérêts affectent également les initiatives de rationalisation touchant les subdivisions sanitaires qui ont exactement les mêmes contours que ces embranchements territoriaux administratifs.

D'un autre côté, l'orientation de satisfaction des normes internationales est privilégiée dans les stratégies de desserte et densité médicale. Cela traduit évidemment un manque de considération des perceptions des populations sur les besoins réels de santé en relation avec les spécificités locales.
Cependant, il faut dire que ces pays n'ont pas d'autre choix que d'aller dans le sens de suivre ces normes. En effet, l'adhésion à ces « *prototypes* » de développement humain constitue sans nul doute le gage d'assistance ou plutôt d'assistanat et de financement de la communauté internationale.
Ces normes considérées en modèles de référence sont conçues au départ par et pour

---

[52] Les OMD ont été adoptés en 2000 par 191 Etats membres du système des Nations Unies dont le Sénégal, la Gambie, la Guinée Bissau et la Guinée. Il s'agit de 8 objectifs à atteindre d'ici 2015 dont l'éradication de l'extrême pauvreté et de la faim; la généralisation de l'éducation primaire; la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes; la réduction de la mortalité de l'enfant de moins de cinq ans; l'amélioration de la santé maternelle; la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies; la promotion d'un environnement durable; la mise en place d' un partenariat mondial pour le développement.
[53] Il s'agit d'un renforcement du système dans toutes ses composantes.
[54] Renvoie à une approche spécifique d'une maladie donnée à travers des programmes spéciaux.
[55] Stratégie intermédiaire qui privilégie une approche transversale alliant les stratégies verticales et horizontales.
[56] La décentralisation n'est pas accompagnée d'une politique d'intercommunalité ou de regroupement au sein de communautés d'agglomération. Ces stratégies ne sont encouragées ni par le pouvoir central ni par les collectivités locales entre elles-mêmes.

les pays développés dont les priorités d'action ne correspondent pas forcement à celles des pays en développement. Déjà en 1946, lors des travaux préparatoires devant aboutir à la définition de la santé par l'OMS, un seul pays africain (l'Egypte) était représenté[57].

Dans cette logique de préoccupations différentes selon le niveau de développement, aujourd'hui le contenu du concept de bien-être doit être revisité non pas dans sa quête mais plutôt dans sa conception. Dans ce sens il faut le relativiser selon l'individu et son milieu socioculturel et économique et la vision que ce dernier a du bien-être. Il s'agit par conséquent de le détacher d'une standardisation des besoins humains suivant un ensemble de paramètres prédéfinis comme les organisations internationales le suggèrent dans les pays en développement. En effet, ces paramètres n'ont pas la même représentation d'un vécu sociétal à un autre. Par exemple en Afrique de l'Ouest la nécessité de mettre en place des latrines[58] (souvent promue dans les politiques des organisations non gouvernementales) n'a pas la même urgence en milieu rural et en milieu urbain. Si en milieu urbain l'individu dispose de peu d'espace avec l'augmentation de la population associée à une bidonvilisation généralisée, il est sans doute primordial de promouvoir un assainissement cohérent et lutter contre l'insalubrité. En milieu rural, la question ne se pose pas à ce niveau. En effet, cette nécessité est atténuée par le fait que l'individu dispose d'un espace plus élargi. Il passe plus de temps dans les exploitations agricoles ou les endroits de collecte des produits de la nature. Il a ainsi la latitude d'utiliser cet espace pour les besoins au quotidien sans favoriser l'insalubrité dans les espaces de vie où il n'y a pas d'assainissement.

Toutefois, si l'on aborde la santé dans un cadre purement médical et infrastructurel en rapport avec l'étendue du territoire vécu et perçu aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain le problème se pose en terme d'accessibilité physique. En effet, la

---

[57] Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

[58] Les latrines sont un endroit aménagé de telle sorte qu'un être humain puisse s'y soulager de ses déjections corporelles, notamment par la défécation. Par rapport à une toilette, les latrines possèdent une technologie moindre. Les latrines sont le mode d'assainissement de base le plus utilisé dans le monde. Le but d'une latrine est à la fois d'assurer la santé de ses usagers en contenant ou en évacuant les excréments, et de protéger l'environnement.

concentration en milieu urbain peut traduire une relative aisance d'offre de soins facilitée par l'existence de moyens de transport plus ou moins adéquats. Par contre en milieu rural l'organisation territoriale est caractéristique d'un étirement des distances par une carence de moyens de transport et l'existence de « *no mens land* » entre les espaces de vie qui bloquent toutes possibilités d'ouverture et de déplacement.

Ceci pour aboutir sur le fait que le concept de bien-être doit être rattaché à un certain nombre de spécificités appliquées à une échelle plus fine en partant du micro local. La démarche méthodologique, comme nous la concevons dans les interactions territoires et santé, doit s'inscrire dans un contexte de « *relativisme culturel*» [sans pour autant se départir de l'*universalisme* des droits humains] qui peut se résumer d'un endroit à l'autre par un certain nombre de questions qui s'appliquent au bassin de santé de la Haute Casamance:

- Faut-il standardiser l'offre de soins en fonction de l'importance démographique et du statut administratif des localités ?
- Faut-il désenclaver une zone pour permettre une accessibilité physique raisonnable au niveau de référence supérieur ou y installer une structure de soins au risque qu'elle soit sous fréquentée ?
- Faut-il concevoir l'offre de soins par la mise en place d'unités mobiles de soins intervenant sur le curatif et le préventif et lutter contre les endémies au cœur des endroits où elles font moins l'objet de consultation et de traitement?
- Faut-il choisir un point stratégique et y installer une structure de soins de référence et favoriser une polarisation efficace d'un ensemble de localités ?
- Faut-il prendre en considération les déterminants socio environnementaux dans le comportement sanitaire des individus et y adapter l'offre de soins ?
- Faut-il aller dans le sens de l'espace vécu socialement et faire fi des frontières pour favoriser une coopération sanitaire transfrontalière d'autant plus les problèmes de santé sont communs aux pays frontaliers ?

Autant de questions qu'il nous appartiendra de répondre en analysant la formalisation des systèmes de santé en Afrique de l'Ouest.

Ainsi, ce chapitre traite des processus qui ont amené à la mise en place de la politique actuelle de santé en Afrique de l'Ouest, du maillage territorial des structures de santé, et des capacités en termes de satisfaction des besoins de santé en desserte et

densité médicale autour de notre axe physique de recherche : la Haute Casamance spécifiquement représentée par la région de Kolda et ses dépendances sanitaires.
Il s'agit également de voir d'une part l'adaptabilité entre ces politiques de santé et les besoins réellement exprimés par les populations. Egalement, nous tenterons d'appréhender l'évolution des efforts de santé à travers les dépenses publiques et privées consenties dans le contexte des capacités étatiques et individuelles pour soutenir les exigences de l'offre et du recours aux soins.

II.1.1 Politiques de santé en Afrique de l'Ouest : la stratégie des soins de santé primaires

L'analyse des dynamiques de mobilité de soins autour du bassin de santé de la Haute Casamance suppose la connaissance des systèmes de santé des pays sur lesquels il est à cheval. Dans le fond, les quatre pays ont une construction identique de planification sanitaire avec comme socle la promotion des soins de santé primaires. Dans tous les pays du bassin de santé, l'Etat chapeaute l'organisation du système de santé. Ce dernier y est étroitement dépendant de l'héritage colonial, de l'absence de mécanismes de sécurité sociale, de volonté programmatique dans le temps et de l'empreinte des institutions internationales. Ce dernier aspect fait que les Etats adhèrent tous (Etats) à une perspective normative de la santé publique à travers un arsenal de théorie de desserte indiquée par l'OMS. C'est la cause d'une tendance à la simplification des systèmes de production sanitaire qui font abstraction des réalités proprement vécues par les populations locales.

Nous allons voir comment la politique de santé initiée a abouti à une insuffisance de desserte, des disparités territoriales, des ambigüités dans l'attribution des compétences territoriales et de la confusion institutionnelle qui en découle. Mais avant d'entamer cette analyse il nous semble intéressant de rappeler les mécanismes historiques qui ont conduit à l'édification des systèmes actuels de santé pour les quatre pays à travers les processus coloniaux de gestion de l'offre de soins et plus récemment l'influence des orientations de politique internationale de santé.

II.1.1.1 Processus de mise en place de la politique de santé en Afrique de l'Ouest dès l'époque coloniale

La politique de santé en Afrique extrême occidentale[59] a été mise sur pied suivant un long processus coïncidant avec les étapes des différentes réformes administratives initiées depuis l'accession à l'indépendance. Cependant, le socle actuel des différents systèmes de santé a suivi une logique de continuité par rapport à la politique de santé mise en place pendant l'époque coloniale.

En effet, c'est à partir du XIXème siècle que les bases d'une politique sanitaire élargie à l'Afrique Occidentale Française (AOF) sont mises en place avec une série de stratégies élaborées en vue de lutter contre les endémies locales. Toutefois, la réalité de l'offre de soins de l'armée coloniale obéissait plus à l'impératif de protection de la santé des troupes et de l'administration présente dans les colonies jugées hostiles. A ce sujet Alonou, (2002) pensait de l'hôpital colonial que son « *objectif principal fut de promouvoir la réussite de la conquête coloniale en préservant la santé des troupes qui sillonnèrent l'Afrique* ». Les premières disparités apparurent à cette époque car dans la plupart des villes coloniales « *la ségrégation raciale était considérée comme un moyen de préserver la santé des blancs* » (Swanson 1977). Il démontre par ailleurs, que les relations entre « *la maladie et la ségrégation dans les espaces résidentiels urbains sont marqués par le syndrome sanitaire* ».

> *« Le syndrome sanitaire renvoie à des sentiments de crainte de contamination associés à une représentation de la maladie considérée comme essentiellement causée par des agents pathogènes proliférant dans les espaces résidentiels habités par les non-européens »*
>
> *(Swanson 1977).*

[59] L'Afrique de l'Ouest en générale au sens géographique comprend 14 Etats, mais on s'accorde généralement à ce que l'ouest soit constitué de deux sous ensembles : l'Afrique extrême occidentale où l'on intègre le Sénégal, la Gambie, la Guinée et la Guinée Bissau d'une part et le Golfe de Guinée d'autre part.

La division du système de santé en espaces réservés aux européens et d'autres réservés aux africains était pratiquée dans les colonies françaises (Sénégal, Guinée), portugaise (Guinée Bissau) et anglaise (Gambie).

Cependant, progressivement ce système de santé colonial a étendu sa mission pour s'occuper de plus en plus des indigènes. Ainsi, en 1905, la structuration du système de santé intègre la création d'un service d'Assistance Médicale Indigène (AMI). L'AMI s'octroyait la tâche d'apporter gratuitement aux populations des soins médicaux, de prodiguer des conseils d'hygiène et de promouvoir la vaccination et la protection maternelle et infantile. En 1912 l'hôpital Aristide Le Dantec a été édifié à Dakar pour servir de référence sanitaire. Cette organisation s'accompagne d'un dispositif alliant non seulement le curatif et le préventif mais aussi la recherche et la formation. C'est dans cette démarche que des laboratoires comme l'Institut Pasteur à Dakar a été crée en 1923. La mise en place de structures formatrices de professionnels de la santé comme l'Ecole de Médecine de l'Afrique Occidentale Française est survenue en 1918.

C'est en 1942, que l'organisation sanitaire de l'AOF prend effectivement la forme d'un système avec des embranchements centralisés à Dakar (actuelle capitale de la république du Sénégal).

Le système de santé de l'époque est caractéristique de l'essentialisation d'une couverture territoriale en structures de soins reliées les unes des autres à l'échelle de l'Afrique Occidentale Française. Le système est coordonné à partir de la capitale située à Dakar dans la colonie du Sénégal. Dans cette optique, des formations sanitaires fixes sont joints par des unités mobiles créées. Cette démarche de rationalisation basée sur la prophylaxie tient de la doctrine de Jamot[60] . Celle-ci s'oriente dans une logique qui consiste à :

> *« A aller au devant du malade et ne plus attendre qu'il ne vienne de lui-même se présenter au médecin et que l'action médicale doit se ramifier comme les branches d'un arbre» Alonou (2002).*

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

Ainsi, la constitution des équipes mobiles de prophylaxie reste le moyen le plus adéquat pour assurer une couverture géographique élargie. Dans ce sens il faut reconnaitre que la complémentarité des points fixes et des unités mobiles d'offre de soins réduisait fortement les disparités d'accès aux soins. Les zones les plus reculées ont pu bénéficier d'une assistance médicale appropriée pour les soins de santé primaires. Mais toujours est-il aussi que le traitement relevant de soins plus spécialisés ne pouvait être assuré dans ces zones du fait de l'éloignement des centres de référence sanitaire et de l'inexistence d'un réseau routier pouvant faciliter les évacuations. Cependant, cette organisation rationnelle mais également perfectible à l'échelle de l'ensemble de l'Afrique de l'Ouest a été désintégrée en 1957 avec l'application de la *loi cadre Defferre*[61] qui morcelait les services fédéraux de l'AOF en autant de fragments qu'il y a de colonies.

La structuration globale de l'offre de soins à l'échelle macro régionale a subi une mutation sans précédent menant à une désorganisation du maillage territorial du système de santé colonial.

Par conséquent, au moment des indépendances, chaque pays disposait d'un service général d'hygiène mobile et de prophylaxie existant sur son territoire sans relation directe avec les autres du même ordre. De ce point de vue, des inégalités frappantes apparaissent suivant deux niveaux d'échelle.

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

Le deuxième en rapport avec la gestion interne des différents pays concerne les écarts de santé constatés entre les territoires de contact particulièrement localisés sur le littoral et les territoires de l'intérieur éloignés des centres de référence. En effet, l'approche de Jamot prônant la desserte de la périphérie par des unités mobiles de

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

prophylaxie a été abandonnée. Elle n'a été pas été palliée par la construction de nouvelles structures de soins dans les localités desservies auparavant.

Cet héritage ponctué de discontinuités nettes dans le territoire colonial en matière d'offre de soins et en rapport avec d'autres facteurs (décolonisation séparée des différents démembrements territoriaux anglais, français et portugais) a ainsi marqué les prémices de l'inexistence d'une coopération sanitaire transfrontalière constatée aujourd'hui. Celle-ci aurait pu être facile au regard de l'homogénéité socio spatiale et ethnique. Sauf que la colonisation, aux acteurs différents entre anglais, français et portugais en Afrique de l'Ouest, a laissé des lambeaux de territoires à la gestion politique différente du fait de la diversité des systèmes d'administration laissés en héritage aux nouveaux Etats constitués.

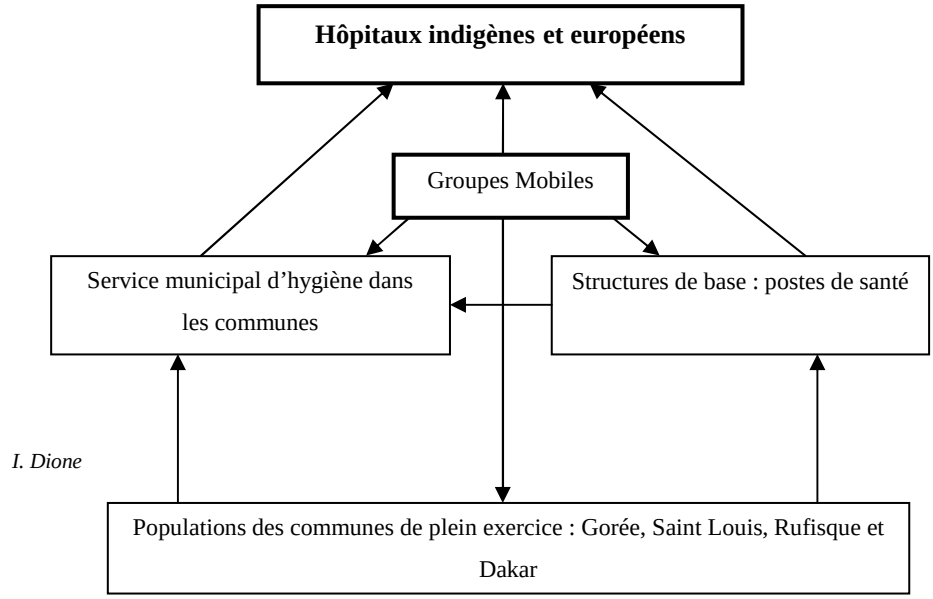
Sur le plan de la hiérarchisation des niveaux de soins, la colonisation française s'est accompagnée de la mise en place d'un service de santé de type pyramidal. Au sommet, les hôpitaux indigènes et européens de Dakar et Saint Louis étaient les principales références. Un service municipal d'hygiène dans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

Si nous en revenons à la pratique de l'organisation sanitaire coloniale comme dans le cas du Sénégal, la desserte médicale privilégiait les populations des communes de plein exercice[62] où l'administration coloniale était implantée. La périphérie et les zones de l'intérieur étaient exclues ou du moins délaissées par ce système en ce qui

[62] Au Sénégal les premières communes ont été créées à la fin du XIX^{ème} siècle par l'administration coloniale, notamment celles désignées par l'appellation « quatre communes » c'est-à-dire Saint-Louis, Dakar, Gorée et Rufisque.

concerne l'implantation des structures d'envergure. Cet état de fait entretenait ainsi des disparités notables dans la couverture sanitaire. Les écarts régionaux de santé (en distribution spatiale des structures de soins) se sont dessinés en ce moment et la tendance, dans les politiques de santé initiées plus tard à l'émancipation coloniale des pays de l'Afrique de l'Ouest, a suivi cette logique. Après les indépendances en 1960 jusqu'au milieu des années 70, le système de santé répondait à ce modèle d'organisation en général.

Schéma 5: Organisation du système de soins pendant la période coloniale en AOF



Dans les colonies britanniques comme la Gambie, la planification sanitaire étatique n'est pas à la hauteur de la contribution de la France dans ses colonies, du moins au début de la période coloniale. L'intervention gouvernementale prend appui sur les initiatives locales des missions et des compagnies privées. Contrairement aux colonies françaises, l'armée a eu peu d'influence dans la constitution du service médical colonial notamment dans l'offre de soins. Les premiers médecins britanniques n'étaient pas des fonctionnaires mais des missionnaires ou des médecins engagés par des compagnies privées. Toutefois, comme dans le cas de l'AOF, les objectifs premiers de l'offre de soins proposée étaient de l'ordre d'entretenir les ressortissants de la métropole. Les gouvernements coloniaux britanniques ont commencé à structurer le service de santé à partir des années 1920, s'appuyant sur les structures de soins des missions médicales et des compagnies privées. Durant l'entre-

deux-guerres, les hôpitaux urbains se renforcent mais on voit également se multiplier des hôpitaux de brousse et dispensaires en zone rurale, répondant à une demande de soins médicaux modernes qui commence à croître. Ceci est notamment rendu possible par la formation de personnel indigène. Car une autre caractéristique du pouvoir colonial britannique est d'avoir formé plus tôt en plus grand nombre du personnel de santé autochtone, ainsi que de manière générale des cadres et fonctionnaires. Il est généralement admis que, parmi toutes les puissances coloniales, ce sont les Britanniques qui ont légué à leurs colonies les services et administrations les mieux organisés, pourvus de cadres bien formés, nombreux et expérimentés. Ceci rappelle les politiques non-interventionnistes dans la métropole, comblant les lacunes des services privés et coordonnant en entérinant les institutions préexistantes, y compris lors de la création du National Health Service. La médecine moderne s'est donc construite, en Afrique particulièrement en Gambie, dans le cadre du secteur gouvernemental colonial.

II.1.2.2 L'impact de la politique internationale de santé sur l'organisation des systèmes de soins en Afrique de l'Ouest

- Alma Ata ou le défi de la « santé pour tous en l'an 2000 »

Les systèmes de santé jusque là érigés en continuité de la politique sanitaire coloniale ont montré des limites de fonctionnement relatives à une iniquité de l'offre de soins. Celle-ci entretenue par la centralisation de l'Etat est caractérisée par une mobilisation des ressources autour des soins les plus spécialisés accessibles à une minorité de privilégiés au détriment d'une plus grande partie de la population vivant en milieu rural.

S'appuyant sur les difficultés d'accès aux soins de base voire l'échec d'un système de santé centralisé surtout dans les pays en développement comme en Afrique de l'Ouest, une nouvelle approche privilégie une plus large diffusion de l'offre soins par la stratégie des soins de santé primaires lors d'un consensus internationale à travers la conférence d'Alma Ata. En effet, en 1978 à Alma Ata[63], la santé n'est plus définie

[63] La déclaration d'Alma-Ata a été établie à l'issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, (Alma-Ata, du 6 au 12 septembre 1978). Elle souligne la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde.

comme seulement l'absence de maladies. Elle doit traduire un état de bien être physique, mental et social et devient ainsi un droit fondamental.

> *« La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie et d'infirmité. Elle constitue un droit fondamental de l'être humain. L'accession au niveau de santé le plus élevé possible est également un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé ».*
>
> *Déclaration d'Alma Ata en 1978 sur les SSP*

Le principe de la déclaration d'Alma Ata suppose la conception d'une offre de soins en partant du micro local et en mettant en avant les soins essentiels. A partir de ce moment les paramètres de Soins de Santé Primaires sont intégrés dans les politiques de planification. La priorité est de rapprocher le plus possible les services de santé des lieux où les gens vivent et travaillent avec les principes d'équité, de participation communautaire, de technologie appropriée, de promotion de la santé et de gestion décentralisée. Par conséquent, le Sénégal, la Guinée, la Guinée Bissau et la Gambie se sont engagés dans la réalisation de l'objectif « santé pour tous en l'an 2000 » conformément au dispositif général dégagé à Alma Ata. En s'inscrivant dans la logique de l'application des principes d'Alma Ata, un certain nombre de reformes administratives au sein des Ministères de la Santé et au sein des collectivités territoriales ont été mises en place. L'idée générale était de procéder à un transfert de compétences dans un processus de décentralisation pour assurer une gestion efficace et rapprochée des structures de soins. Il s'agit d'une structuration horizontale visant à donner plus d'autonomie aux collectivités territoriales et aux structures de soins dans la gestion de ces dernières. C'est dans ce sens que le district sanitaire[64] a été mis en place pour organiser les soins de santé primaires avec une échelle référence à partir

[64] Selon l'OMS : « le district sanitaire est une zone décentralisée relativement autonome économiquement viable et couvrant l'essentiel des besoins de santé des populations résidant dans ses limites géographiques, on y trouve les autres services connexes et les partenaires au développement sanitaire entretenant une collaboration intersectorielle »

de la base pour accéder aux soins les plus spécialisés et dispensés par le centre de santé.

Ainsi, du centralisme étatique on est passé à un mouvement de dévolution vers les communautés de base avec une logique d'autonomie des professionnels de la santé constituant les forces internes. L'Etat central a en charge l'élaboration de programmes sectoriels qui s'appliquent verticalement. Parmi ceux-ci on peut relever en Afrique de l'Ouest le programme élargi de vaccination, de lutte contre les diarrhées, le paludisme, de promotion de la santé reproductive, de lutte contre la malnutrition etc. Dans leur financement, en plus de l'apport de l'Etat, la coopération décentralisée entre en jeu avec les forces externes que sont les organisations internationales, les organisations non gouvernementales.

Cependant l'application des conclusions d'Alma Ata n'a pas apporté les résultats escomptés puisque les changements annoncés lors de la conférence n'ont pas été mis en œuvre concrètement par les Etats sur toutes les composantes initialement fixées. Le système de santé est toujours géré de manière verticale dans la mesure où on assiste à une décentralisation partielle qui limite les domaines d'intervention des collectivités locales. En effet, Alma Ata a été plus une déclaration d'intentions sans aller plus loin dans les principes d'application. Les méthodes de mise en œuvre concrètes des soins de santé primaires, de la desserte médicale au financement, sont limitées et demeurent inefficaces. La réalisation de cette politique des SSP est également enfreinte par l'absence de moyens suffisants pour la soutenir dans un contexte où les pays en développement s'appauvrissent de plus en plus sous le poids de la dette. Par ailleurs, les Etats concernés n'ont pas défini une politique claire pour répondre aux ambitions indécises d'Alma Ata. A ce propos Hours (1992) soutient qu' « *Alma Ata est principalement une déclaration de principes et les intentions seraient générales et abstraites et les composantes exhaustives banales* ».

Les pays du bassin de santé de la Haute Casamance, comme la quasi-totalité des autres pays en développement qui ont soutenu ce programme, n'ont pas été à la hauteur des ambitions d'Alma Ata. Au Sénégal par exemple selon Diop, Ndiaye et Grundmann (2001) « *la formation et le renforcement des capacités institutionnelles ne répondirent pas à l'immense besoin de restructuration ni à la fragmentation des prestations de services. Il n'est pas surprenant que certaines améliorations dans le domaine de la santé aient été suivies d'une période de stagnation et qu'il ait eu*

besoin d'améliorations plus profondes. Les réformes vers un système basé sur le district et une planification qui part de la base ont connu un succès mitigé ».

En Guinée Bissau le dysfonctionnement du système de santé dans le cadre SSP relève du contexte des guerres civiles qui gangrène la rationalisation de l'offre de soins. La guerre civile de 1998 a entrainé la destruction des structures de soins surtout de base dans les zones rurales alors que 100 000 réfugiés et migrants internes doivent reprendre le chemin de leurs foyers sans l'assurance d'une offre de soins essentiels.

En Gambie, le manque de personnel du à une fuite des cerveaux ne permet pas d'avoir une densité médicale appréciable pour les soins de santé communautaires. Selon l'OMS, en Gambie 63 % des professionnels ont choisi l'exode.

Mais en réalité la principale raison pour laquelle ces réformes n'ont pas atteint les espérances réside dans la situation macro-économique délétère qui ne permet pas de soutenir un tel programme nécessitant un appui financier et organisationnel pérenne. En effet, Les années soixante dix et quatre vingt ont été marquées par des crises économiques qui ont eu des répercussions sans précédent sur l'économie des pays d'Afrique de l'Ouest. L'augmentation de la dette extérieure et les programmes d'ajustement mis en place par le Fond Monétaire International pour y remédier ont entraîné des coupes dans les dépenses publiques qui n'ont pas épargné le secteur de la santé.

Ainsi, le bilan global de la Stratégie des soins de santé primaires en Afrique conduit fortement au pessimisme. L'Afrique au sud du Sahara n'est pas parvenu à atteindre l'objectif de la Santé pour tous en l'an 2000 préconisé lors de la Conférence d'Alma-Ata (dont l'un des indicateurs devait être un niveau d'espérance de vie à la naissance de 60 ans) et réitéré par la suite à l'issue des Assemblées mondiales pour la santé successives. Seulement 15 des 51 pays de la région ont atteint le seuil des 60 ans d'espérance de vie à la naissance en l'an 2000, selon les estimations les plus récentes des Nations unies. L'Organisation mondiale de la santé évalue que dans 12 pays africains sur 25 pour lesquels les données sont disponibles, plus de la moitié de la population habite à plus d'une heure de marche d'un centre de soins de santé local. Pour l'ensemble de l'Afrique au sud du Sahara, seulement un quart de la population rurale et les deux-tiers de la population urbaine ont un accès à l'eau potable à moins de 15 minutes de marche. A peine un enfant africain sur trois est couvert par un

programme de surveillance nutritionnelle. Moins de la moitié des femmes enceintes reçoit des soins prénataux ou accouche en présence de personnel qualifié. A peine une femme sur dix est vaccinée contre le tétanos. Pour l'ensemble de l'Afrique, seulement 32% des enfants ont reçu le BCG, 17% le DTC-3 et 31% le vaccin contre la rougeole et dans des pays comme le Burundi, le Cameroun, le Tchad, l'Éthiopie, Madagascar et le Mali, à peine 10% des enfants de moins d'un an ont reçu les trois doses de vaccin anti-poliomyélite.

- L'Initiative de Bamako ou la tentative de perfectionnement de la stratégie des Soins de Santé Primaires

Devant l'échec inavoué mais perceptible de l'application des directives d'Alma Ata, l'OMS, sur l'initiative du Fond International de Secours à l'Enfance (FISE/UNICEF) en 1988, organise la conférence de Bamako au Mali où est née l'Initiative de Bamako (IB).

L'IB a le souci de promouvoir avec plus d'efficacité l'accès à la santé pour tous. Il s'agissait d'une relance de la stratégie des soins de santé primaires défini à Alma Ata et permettre une accessibilité universelle aux SSP avec une participation des usagers à l'effort de santé. La caractéristique essentielle de l'IB se résume à un ensemble de principes d'orientation défini à travers deux volets : un volet financier ou recouvrement des coûts et un volet organisationnel ou prolongement de la déclaration d'Alma Ata. Le volet financier s'articule autour d'une gestion autonome dans la mesure où les ressources produites localement doivent être gérées par les communautés concernées d'une part. D'autre part l'IB promeut la contribution substantielle des gouvernements aux soins de santé primaires et de prévoir suffisamment de fonds à l'intention des services de santé locaux. Il s'agit également d'exiger une participation de la population tout en mettant en place un système d'exonération et de subvention pour garantir l'accès aux couches sociales les plus démunis aux soins de santé.

Le volet organisationnel repose sur la confirmation de la stratégie de décentralisation de la prise de décisions aux districts de santé notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires. Dans ce volet il est également mis en évidence l'introduction d'indicateurs clairs pour mesurer les progrès accomplis.

Dans le souci de l'application de l'IB, le Sénégal, la Gambie, la Guinée Bissau et la Guinée ont engagé une série de reformes avec l'élaboration d'une politique de santé

à la fin des années 80. Cette nouvelle politique de planification sanitaire est accompagnée d'une dévolution administrative qui consiste à adopter la stratégie de transfert de compétences avec plus de responsabilités des collectivités territoriales dans la gestion des affaires socio sanitaires.

Dans l'ensemble de ces quatre pays, relativement à l'articulation du système de santé (hiérarchisation verticale) et à l'environnement mis en place par les réformes administratives (décentralisation administrative), trois réformes interviennent dans la rationalisation de l'accès aux soins de santé primaires.

Il s'agit de la mise en place de la réforme du système de planification, du financement de la santé et de la fonctionnalisation effective des districts sanitaires qui sont confortés dans leurs prérogatives. A travers ces innovations, les Ministères de la Santé engagent un mouvement de décentralisation plus élargie, combinant des aspects de déconcentration et de délégation de fonctions et des tâches aux districts sanitaires et aux comités de santé.

Sur les recommandations de l'OMS, l'organisation et la gestion des services de santé est revue. Les Ministères de la Santé ont découpé sur la base de critères démographiques et géographiques les circonscriptions médicales. Les circonscriptions administratives comme les départements se superposent aux districts sanitaires pour rationnaliser la supervision et la coordination des interventions sanitaires au niveau local. Cependant, dans la logique du découpage des unités opérationnelles du système de santé, la cohérence des cadres de planification et de gestion des services locaux de santé avec les cadres institutionnels de l'environnement administratif et politique a été rompue du moins théoriquement. Depuis lors, le système de santé prend une trajectoire vers plus d'autonomie pour les professionnels. Les structures de santé s'érigent en services parallèles aux circonscriptions administratives. La gestion devient horizontale sans altérer le schéma vertical car le financement et le recrutement des fonctionnaires sont toujours gérés par les services centraux de l'Etat.

Par ailleurs, le processus de planification sanitaire s'appuie sur l'élaboration de plans nationaux de développement sanitaire en Afrique de l'Ouest. Ces derniers s'appuient sur les plans de régionaux de développement sanitaire élaborés à partir des districts sanitaires sur la base des plans locaux de développement sanitaire.

Cet échelonnement des compétences privilégiant une échelle fine de détection des

besoins de santé à partir du local pose cependant des problèmes d'ordre institutionnels, fonctionnels mais surtout financier en ce qui concerne le partage des ressources. Par exemple, l'exécution des premiers plans de 1991-1995 au Sénégal a connu plusieurs insuffisances, dont la faiblesse de la maîtrise des sources de financement, la mauvaise allocation des ressources aux différents démembrements territoriaux de la santé.

Dans cette logique, des réformes sont engagées pour renforcer le financement décentralisé des services de santé dans la mesure où les efforts de santé des collectivités locales au lendemain des réformes de décentralisation n'ont pas été soutenus ni coordonnés par un financement public central qui était en crise. Les Etats ont introduit une dérogation au principe de l'unicité de compte de la comptabilité publique en faveur d'une gestion décentralisée des recettes des formations sanitaires par les comités de santé au niveau de chaque structure. Dés lors, la participation des usagers a favorisé le renforcement des capacités des comités de santé au financement des charges récurrentes des structures sanitaires.

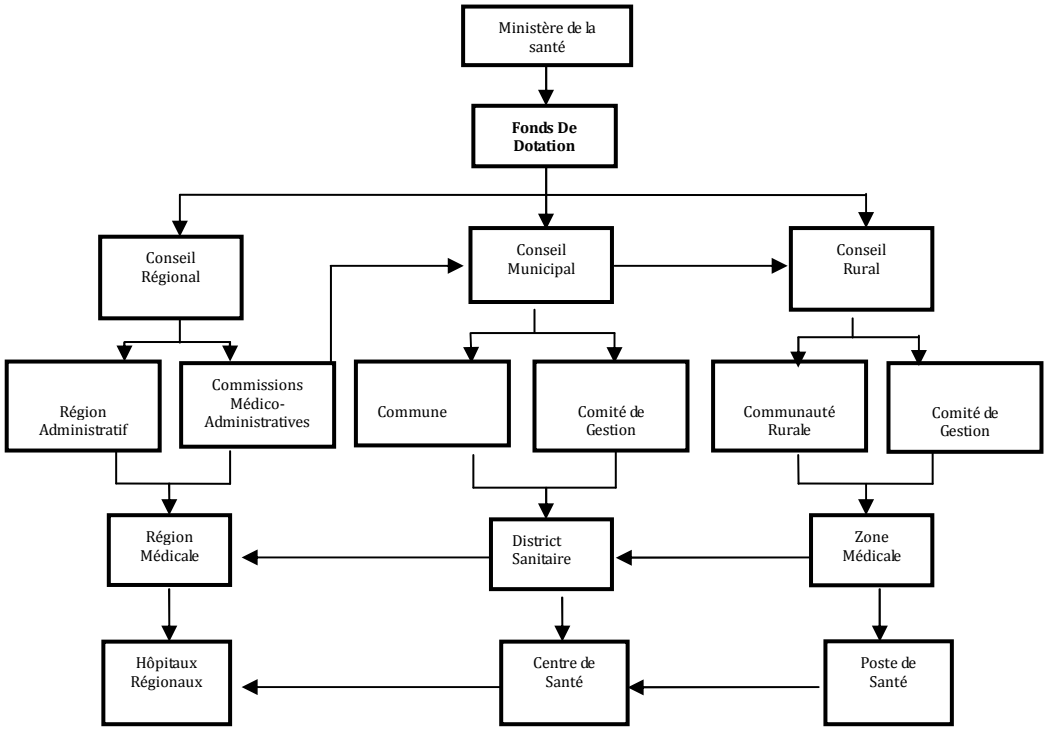
En résumé, les réformes engagées par les ministères de la santé dans le cadre du renforcement de la décentralisation au niveau du système de santé se sont inscrites dans une logique d'une plus grande autonomie et d'une plus grande flexibilité des services de santé de base. La mise en place des districts sanitaires a été dirigée dans cette perspective ce qui, dans plusieurs départements, a rompu la cohérence avec le cadre institutionnel de l'administration territoriale. Ainsi, le système de planification sanitaire de la base au sommet, introduit avec les premiers plans des districts sanitaires, s'inscrit dans cette logique. L'augmentation des crédits alloués aux districts sanitaires et la plus grande autonomie des médecins-chef des districts dans le cadre de la délégation de crédits ont contribué au renforcement du mouvement d'autonomisation.

Mais plus que toute autre réforme, c'est la mise en œuvre de l'IB et le renforcement des capacités des comités de santé à partir de 1992 qui vont plus contribuer à l'autonomie des services de santé de base, introduisant ainsi plus de flexibilité dans le financement et la gestion des services de santé locaux. Toutefois, malgré les réformes de décentralisation, la gestion des ressources humaines et financières continuent de relever des services centraux des ministères de la Santé. Le recrutement et l'affectation du personnel du système de santé publique reste

nominalement une prérogative des services centraux du ministère.

A partir des années 1990 on s'est acheminé vers une politique plus élargie de décentralisation envers les collectivités locales qui ont reçu plus de compétence en matière de santé. La région s'est vu attribuée la gestion et l'entretien des hôpitaux régionaux et départementaux, des centres de santé ruraux au niveau des communautés rurales, la mise en œuvre de mesures de prévention et d'hygiène.

Schéma 6 : Organigramme du financement central des structures de soins à travers l'exemple du Sénégal



I. Dione

La région assure la première compétence à travers les Commissions Médico-Administratives (CMA) présidée par le président du conseil régional qui délibère sur le projet de budget, les comptes, le fonctionnement, les travaux de réparation, l'approbation du règlement intérieur et des statuts et les activités sociales des hôpitaux.

Au niveau des centres de santé ruraux, la compétence transférée est assurée à travers un comité de gestion, présidée par le président du conseil régional, et comprenant parmi ses membres le trésorier du comité de santé et le médecin chef du centre de santé. Le comité de gestion délibère sur le projet de budget (sur proposition du

médecin-chef de district), les comptes, le fonctionnement, les travaux de réparation, et les activités sociales du centre de santé.

La commune a en charge la gestion, l'entretien et l'équipement des centres de santé urbains et des postes de santé urbains. Elle pilote le comité de gestion présidé par le maire, le président et le trésorier du comité de santé et le responsable de la structure de santé. Elle assure par ailleurs, l'élaboration du Plan d'Investissement de la Commune (PIC) qui doit être intégré dans le Programme Régional de Développement intégré (PRDI).

La communauté rurale reçoit les compétences de construction, de gestion et d'équipement des postes de santé ruraux, des maternités rurales et des cases de santé. Elle assure ses compétences à travers des organes de gestion semblable à celles que l'on retrouve au niveau des communes. Elle a aussi en charge l'élaboration du Plan Local de Développement (PLD), une composante du PRDI au niveau régional.

Dans cet ensemble de réattribution des compétences, l'exercice des collectivités locales en matière de planification est toujours au contrôle du représentant de l'Etat par le biais du gouverneur de région du préfet de département et du sous-préfet d'arrondissement.

Les transferts de compétences en matière de santé sont accompagnés d'un transfert des ressources financières du ministère de la santé et de la prévention aux collectivités locales. Cette délégation s'est effectuée à travers la mise en place de Fonds de Dotation de la Décentralisation (FDD) pour compenser les charges induites par les transferts de compétence. Les régions ont reçu dés lors les budgets de fonctionnement des hôpitaux régionaux et départementaux et les budgets de fonctionnement des districts sanitaires en compensation des compétences qui leur ont été transférées en matière de santé. Les communes, sites des centres de santé de référence des districts sanitaires, ont reçu les budgets de fonctionnement des districts sanitaires. Les communautés rurales, par contre, n'ont reçu aucune part du budget santé. Ce qui va certainement déboucher sur des inégalités spatiales dans la répartition des équipements et des personnels de santé.

Ce schéma de fonctionnement du système de santé basée sur une politique de redistribution des compétences à travers la décentralisation suppose plusieurs inquiétudes. Dans plusieurs pans du mécanisme de fonctionnement, on relève plusieurs insuffisances relatives à son application et à la satisfaction des objectifs

fixés pour l'accès efficace de tous à la santé. Ces dysfonctionnements se traduisent ainsi :

- plusieurs communes récipiendaires du FDD santé l'ont grevé au profit d'autres secteurs à d'autres fin, réduisant ainsi les ressources financières publiques disponibles au niveau du district sanitaire ;
- les retards dans la mise en place des FDD (qui peuvent prendre plusieurs mois) ont aggravé les insuffisances du financement public des services locaux de santé ;
- l'administration des ressources réduites affectées à la santé par les secrétaires municipaux s'est traduite par la réduction des ressources publiques réelles disponibles pour supporter les charges du district sanitaire ;
- les collectivités locales non récipiendaires du FDD santé, les comités de santé et l'équipe cadre du district du district ont été frustrés par les réformes créant ainsi les conditions d'une fragmentation effective du district sanitaire ;
- aucun des cadres de gestion (comités de gestion des centres de santé et des postes de santé) ou de coordination (convention entre les collectivités locales et l'Etat) n'a été mis en place.

Par ailleurs, plusieurs problèmes quant aux prérogatives des acteurs du système de santé affaiblissent le bon fonctionnement des méthodes de financement des structures de soins. Car au niveau de la gestion, la politisation du processus de prise de décision en matière santé génère des conflits d'intérêt entre les techniciens de la santé et les collectivités concernant la destination des ressources allouées. En effet, les administratifs ont compris que les FDD alloués aux collectivités locales pour la santé pouvaient être utilisés sous le principe de libre administration. Par conséquent, ils pouvaient les réallouer à convenance sur d'autres secteurs. C'est sans prendre en considération les dispositions portant sur les dépenses obligatoires des collectivités locales. Celles-ci stipulent que le budget, pour supporter les services du district sanitaire et inscrit dans les FDD, doit être affecté à la santé par la collectivité locale récipiendaire.

Egalement au niveau des attributs du corps médical sur la gestion, les médecins-chef de région ont eu du mal à gérer leurs nouvelles prérogatives. En effet aucun chef médical n'avait été formé ou assez informé sur les réformes de la décentralisation de 1996. Les médecins-chefs de districts, à qui le MSP avait délégué l'administration des crédits du district sanitaire avant 1996, se sont retrouvés sans budget prédéfini. Il

fallait ainsi aller négocier son budget au niveau de la mairie. Ces médecins-chefs étaient assez bien formés en santé publique, en planification en particulier, mais ils avaient toujours reçu leur budget bien contrôlé par ligne budgétaire du niveau central. La majorité des médecins-chefs n'avaient jamais eu l'opportunité d'élaborer un budget et encore moins de l'utiliser comme moyen de négociation pour obtenir des ressources.

En somme, le transfert du FDD santé à la commune où est localisé le centre de référence du district a été une source de conflits entre les différentes organisations et acteurs du district sanitaire : le maire et le médecin-chef d'autre part, la mairie et le comité de santé du district d'autre part. En même temps, on observe une source de conflit entre la commune qui est récipiendaire du FDD santé et les autres collectivités locales couvertes par le district sanitaire dans la gestion et la redistribution du FDD.

Parmi les collectivités locales couvertes par le district sanitaire, celles qui n'avaient pas reçu de FDD santé sont laissées pour compte et victimes d'une application inéquitable du principe de compensation. L'Etat leur avait transféré la compétence santé, mais ne leur avait transféré aucune ressource pour les compenser des charges induites par le transfert de compétence. A l'Etat, les communautés rurales et les communes qui n'avaient pas reçu le FDD santé demandaient tout simplement de réparer l'injustice en allouant un FDD santé à leur collectivité locale. Cependant le MSP a refusé un nouvel éclatement du FDD santé car le risque qui allait être crée par un tel éclatement était la fragmentation effective du district sanitaire. Celui-ci a déjà été juridiquement fragmenté par le transfert de compétences en matière de santé aux collectivités locales.

Finalement, les conséquences les plus immédiates des réformes de 1996 sont de nature institutionnelle.

- Premièrement, le secteur public de santé a maintenant une structure verticale et horizontale caractérisée par l'implication de plusieurs entités politico-administratives à différents niveaux dans l'allocation des ressources sanitaires : l'Etat au niveau central, les régions au niveau intermédiaire et les communes et communautés rurales au niveau périphérique.

-Deuxièmement, les transferts de responsabilités et des ressources n'ont pas tenu compte de l'organisation des services locaux de santé et de l'organisation du district sanitaire mis en place durant les années 90 par le ministère de la santé et de la

prévention en particulier. Par ailleurs, dans le contexte de la complexité des relations fiscales entre l'Etat et les collectivités locales, cette nouvelle structuration du secteur sanitaire s'est traduite par une plus grande complexité de la coordination des interventions publiques en matière de santé.

-Troisièmement, les centres de santé et les lignes de responsabilité sont très dispersés et mal définis au point de générer des conflits permanents sur les attributs des différents acteurs de la politique de santé.

Ainsi, même si la politique de santé actuelle présente certains succès sur son principe général de résorption des disparités de distribution spatiale, son application demeure difficile du fait de sa mise en place brutale. Il aurait fallu observer une transition et une formation adaptée des nouveaux acteurs du système de santé dans tous les secteurs du curatif à la prévention en passant par le pilotage du financement.

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

II.1.2.3 Organisation actuelle des systèmes de soins en Afrique de l'ouest à travers la théorie de la pyramide sanitaire

Dans la logique de continuité des politiques coloniales de santé et suivant les recommandations de l'OMS, de l'initiative de Bamako et de la déclaration d'Alma Ata, les Etats du bassin de santé de la Haute Casamance ont procédé à un découpage territorial. Ce dernier est caractérisé par une hiérarchisation des structures de soins suivant des niveaux d'échelle administrative. Cependant, la gestion relève toujours du niveau central contrairement à la politique de dévolution administrative qui prône une plus large autonomie des districts sanitaires. Ce découpage a permis d'établir une

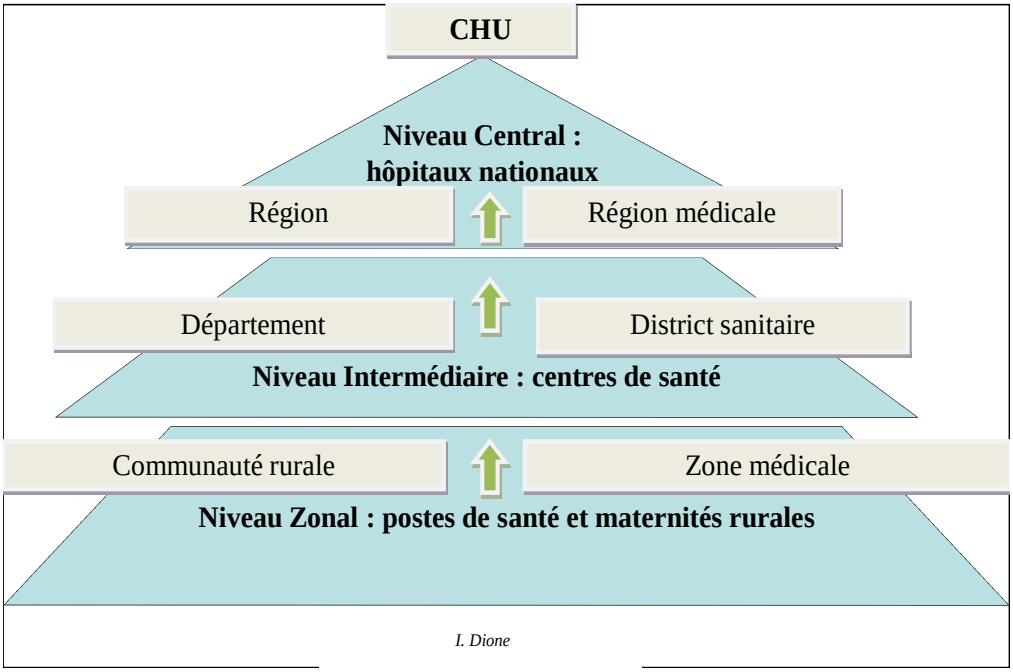
typologie spatiale où les faits de santé se déroulent suivant une graduation des niveaux de responsabilité. On parle ainsi d'espace sanitaire qui se définit comme étant un territoire de santé dans lequel les dynamiques de recours aux soins en rapport avec la qualité de l'offre de soin façonnent un paysage sanitaire spécifique. Il renvoie ainsi à l'aire de recrutement qui peut être théorique ou effective. L'aire théorique de recrutement renvoie exclusivement aux normes internationales et nationales par le rapport entre la distribution spatiale des structures et les populations cible pour l'accès aux soins. L'aire effective de recrutement est, par ailleurs, définie suivant les parcours de recours aux soins des populations en fonction de l'accessibilité physique et financier, de la qualité des soins et de plusieurs autres facteurs sociaux que nous aborderons par la suite. Il s'agit de la polarisation réelle d'une structure de soins faisant fi des politiques et normes de santé sur la fréquentation.

Les pays du bassin de santé de la Haute Casamance ont opté pour la nécessité de concevoir l'action sanitaire par le développement des infrastructures des capitales régionales et départementales, des services de santé de base et des structures d'éducation sanitaire et sociale. Ainsi, une hiérarchisation a été observée et ceci dans le sens de définir des niveaux de référence médicale en fonction de l'importance des populations cible de la base au sommet.

Les systèmes de soins actuels sont constitués de services administratifs et de formations sanitaires placées sous la direction des ministères de la Santé. Le système de référence est de type pyramidal à quatre niveaux où exercent des professionnels de la santé: le niveau local (zone médicale), le niveau départemental (district sanitaire), le niveau régional (région médicale) et le niveau central ou national.

Schéma 7 : Pyramide Sanitaire et hiérarchie de référence des structures des systèmes de santé des pays du bassin de santé

Pyramide Sanitaire et hiérarchie de référence des structures des systèmes de santé des pays du bassin de santé



- ✓ **Le niveau central**

Le niveau central, chapeauté par le ministère de la santé, est le lieu de définition des politiques et stratégies, de la sélection des technologies efficaces et appropriées aux soins de santé, de la promotion de la santé et de la documentation de l'information sanitaire, démographique et de la recherche.

Il doit mobiliser les ressources internes et externes et les répartir équitablement dans les différents démembrements. Il doit coordonner également les interventions et appuis des organismes, organisations publiques et privées et les faire travailler en harmonie. Il s'agit de promouvoir des objectifs communs et de s'assurer de la collaboration avec les autres secteurs socio-économiques par le truchement de liens intersectoriel pour renforcer leurs interactions avec la santé.

Le niveau central est représenté par le Centre Hospitalier National Universitaire (CHNU) et les hôpitaux nationaux. Le CHU jouit d'une convention particulière entre le département de la santé et celui de l'éducation nationale. Il est le lieu de soins hautement spécialisés, de la recherche et de la formation des cadres de santé.

Photo 2 : Centre Hospitalier National Universitaire de Dakar au Sénégal



- ✓ **Le niveau régional**

La région médicale qui peut être considérée comme la base du niveau central, est chargé de l'appui technique et managérial pour assurer la mise en œuvre, au niveau des districts, des politiques et stratégies définies au niveau central. Elle est renforcée au plan institutionnel par la mise en place d'une équipe d'experts pluridisciplinaire constituée de planificateurs, de statisticiens, d'épidémiologistes d'inspecteurs de la pharmacie et de spécialistes de la communication entre autres.

La région médicale supervise, par l'autorité du médecin-chef, l'ensemble des districts sanitaires de la région. L'hôpital régional s'intègre dans la région médicale. Celle-ci est chargée d'exécuter la politique de santé définie au niveau supérieur en coordonnant la mise en œuvre de toutes les activités au niveau de la région, y compris celles relatives à la collaboration intersectorielle (différents niveau et structures des traitements curatifs et préventifs) en faveur de la santé. Les fonctions et les activités principales d'une équipe régionale de santé comprennent entre autres: la planification régionale, la supervision, le suivi et l'évaluation dans les aires sanitaires ainsi que l'appui logistique, notamment: la maintenance et l'approvisionnement en médicaments essentiels, la formation continue des cadres de la région et enfin l'Information Education et Communication (IEC).

Ces deux niveaux constituent le troisième échelon ou niveau tertiaire suivant le plateau technique (capacités matérielles d'une structure).

Photo 3 : Centre Hospitalier Régional de Kolda au Sénégal



- ✓ **Le niveau du district**

Le district représente le niveau opérationnel de l'application des programmes et de l'organisation de la mise en œuvre des activités promotionnelles, préventives et curatives de santé. Il est responsable des soins de santé de base, c'est-à-dire qu'il est chargé d'organiser un paquet minimum de services de soins conformes à la politique nationale en matière de santé pour répondre aux problèmes et aux besoins de santé de la population locale. Le district sanitaire comprend deux échelons opérationnels qui sont le niveau primaire et le niveau secondaire. Ces deux niveaux sont supervisés, coordonnés et soutenus par une équipe-cadre. Le système couvre également des activités au niveau du village et de la collectivité, ainsi que des programmes verticaux. Le district sanitaire correspond à l'aire théorique d'un centre de santé et dessert 150 000 à 300 000 habitants.

Photo 4 : Centre de santé de Kolda



- ✓ **Le niveau des zones médicales**

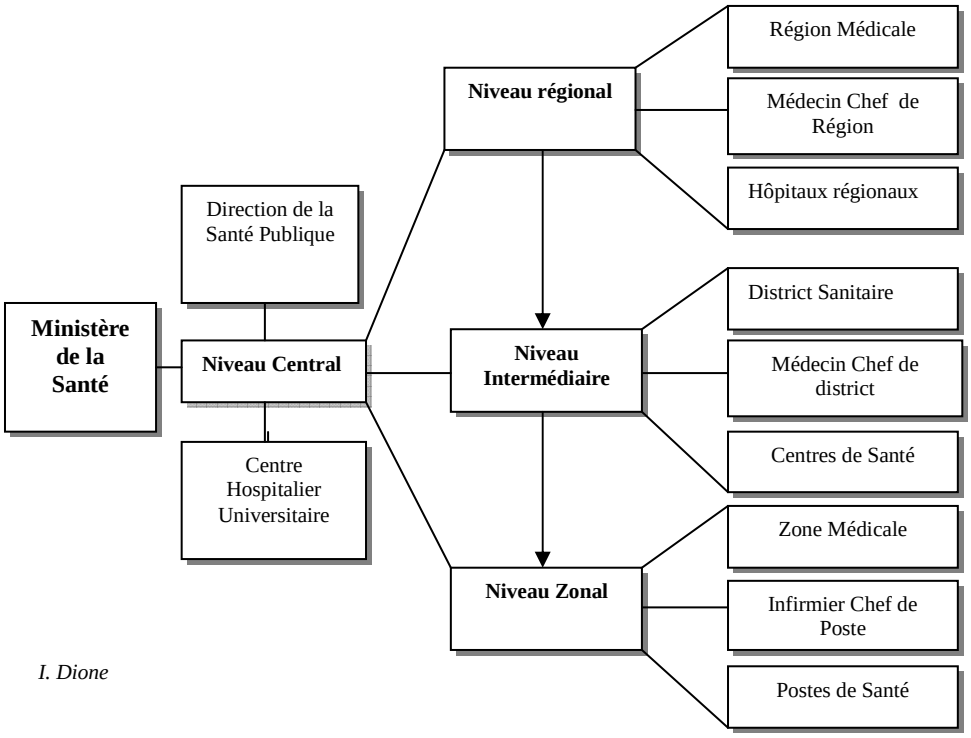
En bas de l'échelon nous avons la zone médicale qui est une subdivision du district sanitaire autour des postes de santé. Elle correspond théoriquement à l'aire de polarisation d'un poste de santé, qui est constituée des villages situés dans un rayon de 15 km. Les postes de santé supervisent les structures communautaires (cases de santé et maternités rurales). La zone médicale est le premier contact entre la personne malade et les services de santé. Pour améliorer la qualité de prestations des soins, les communautés locales ont été vivement encouragées à participer à la définition des services et des activités sanitaires, surtout dans le domaine de la santé communautaire (santé de base) conformément à l'Initiative de Bamako.

Cette subdivision administrative des services de santé correspond aux limites spatiales théoriques dans lesquelles les populations sont appelées à satisfaire leurs besoins de santé. La répartition géographique des services de santé répond à des impératifs administratifs, économiques et politiques. Les structures primaires ont une diffusion maximale car elles doivent permettre l'accessibilité aux soins de la population. Les structures secondaires et tertiaires sont concentrées dans quelques pôles stratégiques ou jugés tels par les pouvoirs publics.

Photo 5 : Poste de santé de Gadapara à Kolda



Schéma 8 : Organigramme de fonctionnement des échelons et niveau de responsabilité



De nombreux problèmes entravent le bon fonctionnement de la politique de Décentralisation des Services de Santé (DSS) dont le credo est la gestion concertée et participative des structures sanitaires. On note une absence de complémentarité entre la décentralisation des institutions et celle des services de santé publique (tiraillement entre le Médecin chef régional et le président du conseil régional sur la gestion de l'hôpital de Kolda). La mise en œuvre de la DSS dans le contexte du transfert de compétences des collectivités locales a buté sur l'absence de conformité entre les territoires décentralisés et ceux des districts sanitaires. La résultante en est l'existence de difficultés criardes dans la gestion des fonds qui sont domiciliés dans les collectivités locales, les communes en particulier, dont l'aire géographique de compétence coïncide rarement avec les districts sanitaires aux quels les fonds sont destinés.

Le Sénégal, la Gambie, la Guinée Bissau et la Guinée ont un système de santé de type pyramidal chacun, avec une centralisation aux ministères de la santé. L'élargissement à la base est normalement caractérisé par une densification des structures de premier contact comme les postes de santé, les cases de santé et les

maternités rurales. Cependant, contrairement à ce schéma, on note une tendance à voir l'offre de soins s'amenuiser à la base et surtout dans les périphéries nationales. La conséquence en est une désertification sanitaire des zones transfrontalières. Cette situation préoccupe d'autant plus que les différents systèmes de santé des quatre pays ne sont pas imbriqués dans ces périphéries. On remarque ainsi à ces endroits une couverture sanitaire réduite avec toutes les implications que cela suppose dans la satisfaction des besoins de santé des populations concernées. Par ailleurs, devant les mutations socio-économiques, on remarque la prise d'importance de certains villages grâce à la position centrale qu'ils se sont construits dans les échanges économiques. Ainsi, on remarque une nouvelle forme d'organisation dans ces espaces de partage où un jeu de centralité périphérique caractérise un nouveau maillage. Cependant, il existe un décalage entre l'importance prise par ces localités de manière informelle et le niveau d'aménagement qui devrait aller avec cette dynamique. Sur le plan sanitaire, les planificateurs n'ont pas pu adapter la modernisation des services de santé à cette tendance. Par ailleurs, la situation d'instabilité politique qui prévaut dans cette zone surtout en Guinée Bissau, et au sud du Sénégal complique la situation d'autant plus que d'importants mouvements de réfugiés ont amené à la désertification de certaines localités (sous l'emprise de forces rebelles en Basse Casamance par exemple). D'autres zones ont pris une importance démographique relative à l'afflux des déplacés sans aucune amélioration des services de santé préexistants.

Malgré les multiples efforts de redressement par le biais de nombreuses tentatives de rééquilibrage, à travers la décentralisation de l'offre de soins, l'organisation du système de santé montre des insuffisances notables.

II.2 Offre de soins et stratégie de promotion de la santé en Haute Casamance

Une bonne offre de soins relève d'abord d'une répartition rationnelle des structures de santé dans l'espace et ensuite d'un plateau technique proposant une palette élargie de services du préventif au curatif. La combinaison de ces deux facteurs déclenche en retour une polarisation efficace autour des structures de soins. Ainsi, elle prend normalement en compte la localisation des populations pour permettre la meilleure accessibilité possible et favoriser un niveau de fréquentation optimal. Toutefois, la forte fréquentation d'une structure de soins donnée ne traduit pas forcément une importante morbidité de la population polarisée mais surtout une bonne accessibilité physique et économique pour cette dernière. Une faible fréquentation témoigne plus d'une insuffisance d'efficacité et d'une accessibilité physique réduite que d'une bonne santé de la population. Une bonne offre de soins tient aussi d'un important dispositif rationnel de financement du secteur qui assure et pérennise la viabilité des services offerts ainsi que le meilleur accès possible des populations surtout les plus pauvres à tous les stades de recours aux soins par ou avec un régime de sécurité sociale performant.

L'offre de soins dans le bassin de santé de la Haute Casamance obéit à une trame calquée sur le découpage administratif en niveau de desserte territoriale. Cependant, l'offre de soins, en général en Afrique de l'Ouest, est non seulement caractéristique d'une inégale répartition en termes de desserte et densité médicale mais également d'un manque d'articulation dans la chaîne de référence sanitaire. Cette situation de déséquilibre est traduite aussi bien entre les démembrements territoriaux sanitaires au niveau national qu'entre les différents pays limitrophes ayant des espaces de partage communs. Ces inégalités territoriales d'offre de soins sont exacerbées par l'absence de couverture conjointe dans les zones transfrontalières où les dynamiques socio spatiales et économiques sont s'inscrites dans la continuité de l'espace vécu en dépit des limites frontalières.

Dans ce chapitre, nous allons analyser la desserte et densité médicale ainsi que des dépenses de santé dans une situation comparative entre les pays du bassin de santé de la Haute Casamance. Cette démarche, qui vise à caractériser le maillage territorial des structures socio-sanitaires et la répartition du personnel de santé et les dépenses

publiques et privées consenties, est sans doute primordiale dans la compréhension des orientations de recours aux soins et le choix porté en certains endroits. Ainsi, nous procédons par une approche globale dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest pour aboutir sur les spécificités socio-sanitaires du bassin de santé de la Haute Casamance coïncidant avec la région de Kolda au sud du Sénégal.

Mais avant de décliner la matérialisation territoriale des politiques de santé (rappelons qu'elle est identique aux quatre pays avec la logique de la pyramide sanitaire) nous porterons un regard critique sur les dysfonctionnements des schémas de recours aux soins imputables à l'offre globale de soins en ce sens que certains paramètres intrinsèques d'une bonne distribution ne sont pas pris en compte dans l'identification des besoins de santé.

II.2.1 Desserte et densité médicale en Haute Casamance: une offre inférieure et inadaptée à la demande

Cette section constitue un éclairage sur les capacités de dispense de soins pour une population cible bien définie dans un espace donné en d'autres termes il s'agit de passer en revue la desserte et la densité médicale dans notre zone d'étude par rapport aux contextes régional, national et transfrontalier. La desserte médicale se définit comme la répartition spatiale des structures socio-sanitaires et se traduit en nombre de structure pour une population cible. Elle renvoie également à la polarisation des structures de soins et permet de mesurer l'accessibilité physique de ces dernières pour les populations auxquelles elles sont destinées. Par conséquent, la desserte médicale reflète l'aire théorique de recrutement d'une structure dans un rayon moyen d'action bien défini et selon les milieux de résidence urbain ou rural.

La densité médicale est le ratio qui rapporte les effectifs du personnel socio-sanitaire à la population d'un territoire donné. Elle s'exprime en nombre de médecins (par exemple) pour 100 000 habitants.

Ces ratios s'appliquent à l'ensemble des pays de notre zone d'étude dans l'identification des besoins de santé.

II.2.1.1 Théorisation de l'identification des besoins de santé en Afrique de l'Ouest

L'amélioration de la santé de la population et la promotion de son bien-être ont été un souci constant pour les quatre pays du bassin de santé de la Haute Casamance qui ont

consacré à ce secteur des ressources relativement importantes. Deux grands principes commandent leur politique sanitaire: le droit à la santé pour tous les citoyens et le caractère indivisible de la médecine qui s'appuie sur l'unicité du système de santé depuis la case de santé au bas de l'échelle jusqu'au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) au sommet. Cette ligne de conduite a déterminé la voie à suivre pour un fonctionnement optimal des services socio-sanitaires afin d'atteindre l'objectif de la santé pour tous sans disparités.

C'est dans cette optique que l'élaboration de la carte sanitaire a été mise en avant dans l'identification des besoins. Elle constitue un instrument susceptible de renforcer les cadres et outils dans la planification et la régulation de l'offre de soins. La carte sanitaire repose sur une approche globale qui tendrait à organiser d'une manière rationnelle, participative et équitable l'offre de soins sur l'ensemble d'un territoire national. Sa matérialisation consisterait ainsi, à analyser les besoins de santé, en déduire l'offre requise qui est comparée à l'offre de soins existante pour identifier les écarts de couverture ainsi que les mesures à prendre. Il s'agit d'une démarche à la fois quantitative et qualitative de régulation de l'offre de soins en s'appuyant sur les besoins de santé de la population et leurs tendances, l'évolution des données géographiques ainsi que les progrès de la médecine et de la technologie médicale.

La carte sanitaire est établie en Afrique de l'Ouest suivant des normes prédéfinies et indiquées par l'OMS comme :

Pour la desserte médicale :

- 10 000 habitants pour un poste de santé urbain,
- 5 000 habitants pour un poste de santé rural,
- 150 000 habitants pour un centre de santé,
- 300 000 habitants pour un hôpital régional.

Pour la densité médicale :

- 1 médecin pour 10.000 habitants
- 1 infirmier pour 3000 habitants
- 1 Sage Femme d'Etat pour 6000 Femme en Age de Reproduction.

L'application de ces ratios permet une répartition tenant en compte la concentration démographique et le milieu de résidence urbain ou rural. Ainsi, l'aire théorique de recours aux soins d'une structure dépend de la polarisation de cette dernière selon le

cas de norme de desserte préétablie en fonction du nombre d'habitants dans les conditions normales de recours aux soins. Il s'agit d'une approche globale visant à standardiser les besoins de santé. La principale caractéristique de cette appréhension de la desserte médicale est de réduire le recours aux soins sous l'angle d'une approche géographique. Cette démarche est sans doute pertinente car elle se base sur l'organisation formelle du système de santé suivant une graduation du local au global alliant spécificités démographiques et géographiques. C'est sans doute et inéluctablement la première étape d'organisation et d'institutionnalisation des services sanitaires au sens que le découpage en unités spatiales épouse le maillage territorial par entités administratives. Cela est d'autant plus logique que la politique de transfert des compétences au sein des démembrements territoriaux octroie une certaine légitimité dans l'implication et la gestion des services de santé contrairement au centralisme. En effet, avec le marasme économique qui secoue l'Afrique de l'Ouest, les marches de manœuvre du pouvoir central sont réduites. La conséquence demeure une répercussion cruelle sur le fonctionnement des services de santé qui subissent en retour une diminution importante des ressources allouées.

Cependant, la prise en compte de ce seul paramètre est réductrice d'autant plus que plusieurs facteurs sociaux peuvent bouleverser le fonctionnement du système de santé au point de le rendre inefficace par un déséquilibre de l'offre et de la demande. Le fossé entre les besoins spécifiés et la réalité de l'offre de soins tendrait à fragiliser le système de santé et à favoriser certaines localités au détriment d'autres si l'on considère la répartition sous la seule condition de l'importance géographique, démographique ou urbaine. Par conséquent, l'approche des faits de santé nécessite un glissement vers une analyse plus transversale prenant en compte d'autres volets comme le contexte socioculturel, économique, ethnique, religieux *etc*. pour une analyse conjointe des dynamiques spatiales suivant différents niveaux du local au global. Car, la différentiation entre la représentation (découpage administratif) et le concept (étendue de territoire sur la quelle se manifeste réellement les faits de santé) permet de déterminer les paysages sanitaires suivant des unités spatiales spécifiques.

Malgré les multiples efforts consentis pour résorber les insuffisances relatives à l'offre de soins, le problème reste entier dans la satisfaction de la demande. En effet, la façon globale de penser la santé, par un cadre importé et transposé purement et simplement, ne permet pas de voir les spécificités locales par rapport à l'espace

vécu, aux déterminants régionaux de morbidité et aux réalités socioculturelles.
En ce sens, plusieurs indicateurs intrinsèques sur l'identification des besoins ne doivent être occultés. Parmi ceux-ci nous pouvons relever :

- L'épidémiologie spatiale : elle permet d'évaluer les risques sanitaires par l'analyse spatiale d'indicateurs de santé avec la description des variations à degrés différents d'une part, et d'autre part, la mise en évidence des associations entre ces variations et celles d'exposition à des facteurs de risques environnementaux. Le bassin de santé transfrontalier de la Haute Casamance, étant situé dans une zone endémique des maladies liées à l'environnement (paludisme, tuberculose, onchocercose etc.), présente un niveau de risque élevé.

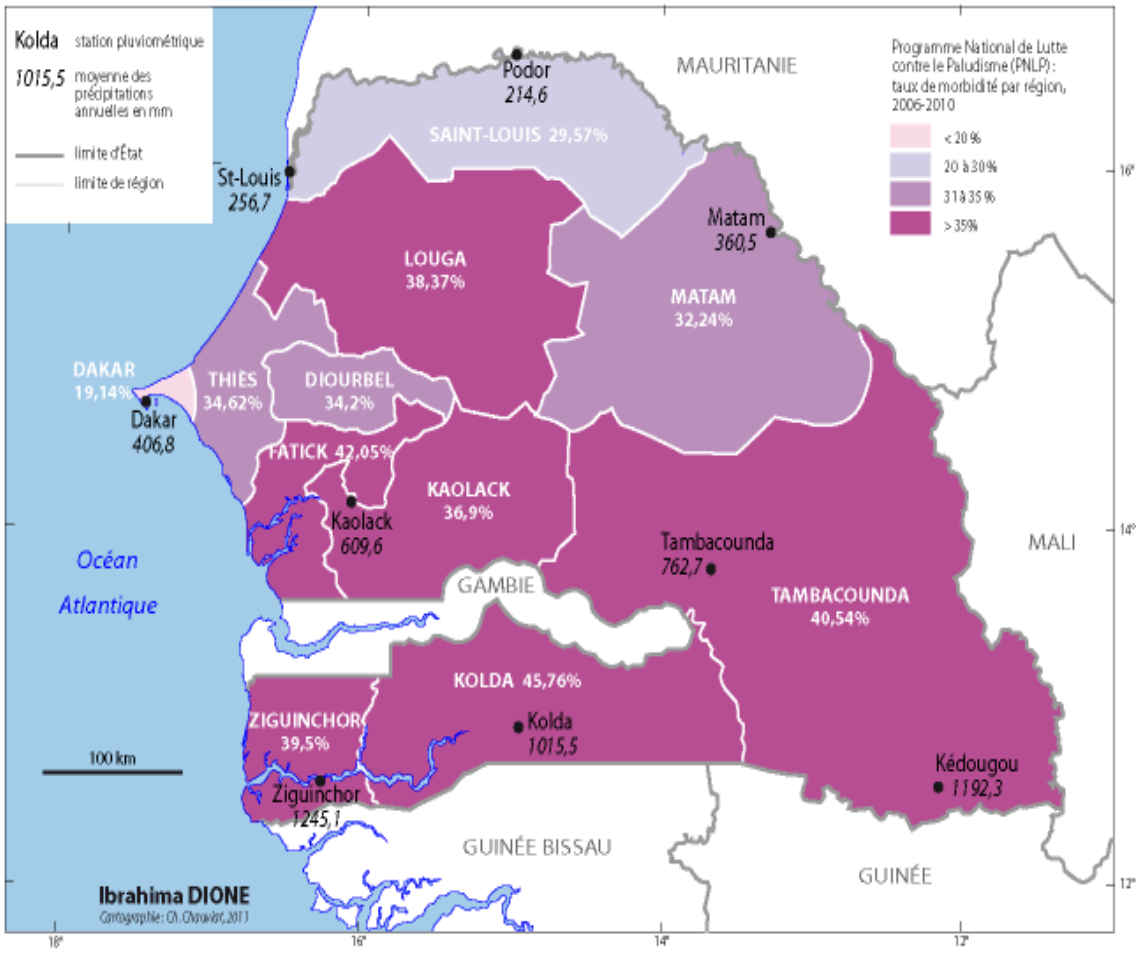
Les maladies comme le paludisme constituent sans doute le fléau qui affecte la santé des populations et fait plus l'objet de sollicitation des services de santé moderne. En effet, il est la première cause de morbidité et de mortalité générale, surtout chez les enfants de moins de 5 ans. Plus de 50% de la demande des services de santé au niveau des pays d'Afrique de l'Ouest tout au long de l'année sont liés au paludisme selon le PNUD. Malgré les nettes améliorations dans l'éradication de cette maladie par l'introduction de nouveaux médicaments et la distribution des moustiquaires imprégnées, elle connait une recrudescence importante. Les résultats de recherche menée par l'IRD[65] dans le village de Dielmo au Sénégal indiquent (de janvier 2007 à décembre 2010 avec des thérapies à base d'artérmisinine[66] et de moustiquaires distribuées) un rebond de la maladie en particulier chez les adultes et les enfants de plus de 10 ans. Selon ces chercheurs, l'introduction de nouveaux médicaments combinés à la mise à disposition de moustiquaires imbibées d'insecticides contribuent à une perte d'immunité des sujets et une augmentation de la résistance des anophèles[67] aux insecticides.
Dans ce contexte la prise en compte des déterminants environnementaux de propagation des vecteurs de ces maladies est sans doute primordiale en Haute Casamance. La corrélation entre la pluviométrie et la prévalence du paludisme, dans

[65] Publié dans la revue *the lancet infectious diseases* par l'IRD, aout 2011
[66] L'artémisinine, extraite de la plante Artemisia annua, est la matière première des nouveaux traitements antipaludéens.
[67] Les *Anophèles* sont responsables de la transmission du paludisme ; 464 espèces d'anophèles sont actuellement identifiées mais seules 68 d'entre elles sont des espèces vectrices responsables de la transmission du parasite *Plasmodium* à l'être humain.

le cas du Sénégal, montre que plus les zones sont pluvieuses plus les conditions d'existence de l'anophèle femelle vecteur du paludisme sont réunies et plus cette maladie est présente.

Dans la région de Kolda on retrouve une prévalence de 45,76% du paludisme par rapport à l'ensemble des affections pour une pluviométrie de 1015,5 mm. C'est la troisième région la plus arrosée après Kédougou et Ziguinchor qui enregistrent respectivement 1192,3 et 1245,1 mm pour une prévalence du paludisme de 40,54 et 39,5%.

Carte 9 : Corrélation entre pluviométrie et prévalence du paludisme au Sénégal



L'impact négatif de la pluviométrie sur la prévalence du paludisme est exacerbé par le manque d'assainissement. De manière générale, dans l'ensemble des pays du bassin de santé de la Haute Casamance 40 % de la population ont accès à un système d'assainissement. Etant héritées de la période coloniale, ces installations sont aujourd'hui vétustes. La plupart des canalisations sont à ciel ouvert non entretenues et servant le plus souvent de dépotoir d'ordures pour les populations.

Tableau 4 : Population utilisant des installations d'assainissement

Pays	% total	Urbain	Rural
Gambie	67	68	65
Sénégal	51	69	38
Guinée Bissau	21	49	9
Guinée	19	34	11

Source : Fiche d'information des Statistiques sanitaires 2010, OMS

Par ailleurs, cette tendance globale cache des disparités avec environ 30% de couverture en milieu rural et 55% en milieu urbain.

L'inexistence d'un système d'évacuation des eaux pluviales et des eaux usées entretenu renforce les conditions optimales du développement du vecteur.

- Les spécificités socioculturelles comme l'espace vécu : la définition de la carte sanitaire, même si la position géostratégique y est prise en compte, se limite à une superposition entre le découpage administratif existant et la distribution spatiale des structures de soins. Si l'on considère l'organisation territoriale comme subie du fait de la colonisation alors que le passé historique (dans le contexte de l'organisation de l'espace précoloniale) exprime réellement l'espace vécu, l'élément essentiel à retenir dans toute politique sanitaire est l'homogénéité socio spatiale et culturelle qui va au-delà des réalités politiques actuelles. La réalité de juridictions différentes schématisée par les frontières n'a pas l'effet de circonscrire l'offre de soins à l'échelle nationale. Dans le cas de la Haute Casamance, le vécu historique en rapport avec les mutations socio-économiques de l'espace en cours[68] prime sur toutes formes de différenciation des nationalités dans ce territoire de partage. La typologie physico-humaine est relative aux relations sociales construites antérieurement à l'édification des Etats modernes et à celles tissées dans l'économie informelle. Les populations vivent dans la continuité des représentions socio-spatiales qu'elles ont héritées du passé dans le cadre de l'organisation des anciens royaumes comme le Gabou[69] et le Fouladou[70]. Donc, l'identification des besoins dans cet espace transfrontalier devrait associer les

[68] Prise d'importance internationale de certaines localités de tenue de loumo qui nécessite des flux fréquents de personnes et biens.

[69] Le **Gabou** est un ancien royaume mandingue du Sénégal et de la Guinée-Bissau.

[70] Le Fouladou est le dernier royaume créé au Sénégal, entre le milieu et la fin du XIX^{e} siècle. Aujourd'hui, le **Fouladou** (ou **Fouladougou** ou **Fulaadu**) est une région historique de la Haute-Casamance, dans le sud du Sénégal, à proximité de la frontière avec la Guinée, la Gambie et la Guinée Bissau.

quatre Etats qui se partagent les aires réelles de recrutement des structures de soins. Cela reviendrait à penser des stratégies de satisfaction des besoins plus fédératrices des politiques de santé et moins basées sur des programmes nationaux limités dans l'espace national pour chacun des Etats. Tant que ce paramètre ne sera pas pris en compte dans la modernisation des systèmes de santé, le problème restera entier et les Etats les plus avancés, en terme couverture et de qualité des soins, seront condamnés à supporter le poids de l'affluence des populations de toute la Sous-région.

- **Les réalités socio économiques** : La Haute Casamance accueille plusieurs marchés hebdomadaires (appelés « *loumo* ») dont les plus populaires sont Diaobé[71], Saré Yoba[72] et Pata[73] (*cf. Carte 10, page 106*). La particularité de ces localités réside dans le fait qu'elles sont des lieux de rencontre d'abord de toutes les régions du Sénégal, mais aussi de tous les pays frontaliers. Leur position géographique en font de véritables carrefours commerciaux où l'on rencontre des gambiens des guinéens, des Bissau guinéens, des maliens, des burkinabés, des ivoiriens etc. Toutes ces nationalités y convergent pour commercer, négocier et échanger des produits de toutes sortes. Ces marchés se sont spécialisés dans des domaines spécifiques : Diaobé est incontournable dans les fruits et légumes, l'huile de palme, l'habillement ; Saré Yoba s'est spécialisé dans le commerce de bétail et à Pata, les produits manufacturés sont dominants. Sur le plan socio-sanitaire, le niveau de desserte médicale, dans ces localités, correspond à la zone médicale. Elles disposent d'un poste de santé avec un infirmier chef de poste, il n'y a pas de sage femme et ces structures ne sont pas dotées d'ambulances pour les évacuations (Diaobé, Saré Yoba et Pata se situent respectivement à 60, 30, et 70 km de Kolda). Paradoxalement, leur statut de commune couvrant de nombreux village et la position géostratégique qu'elles occupent voudraient qu'elles soient associées à un centre de santé secondaire comme le préconise la carte sanitaire.

---

[71] **Diaobé-Kabendou** est une commune du sud du Sénégal située dans le département de Vélingara et la région de Kolda, en Haute-Casamance. Elle a été créée en juillet 2008. Outre les localités de Diaobé et Kabendou, elle inclut dans le périmètre communal une dizaine d'autres villages.

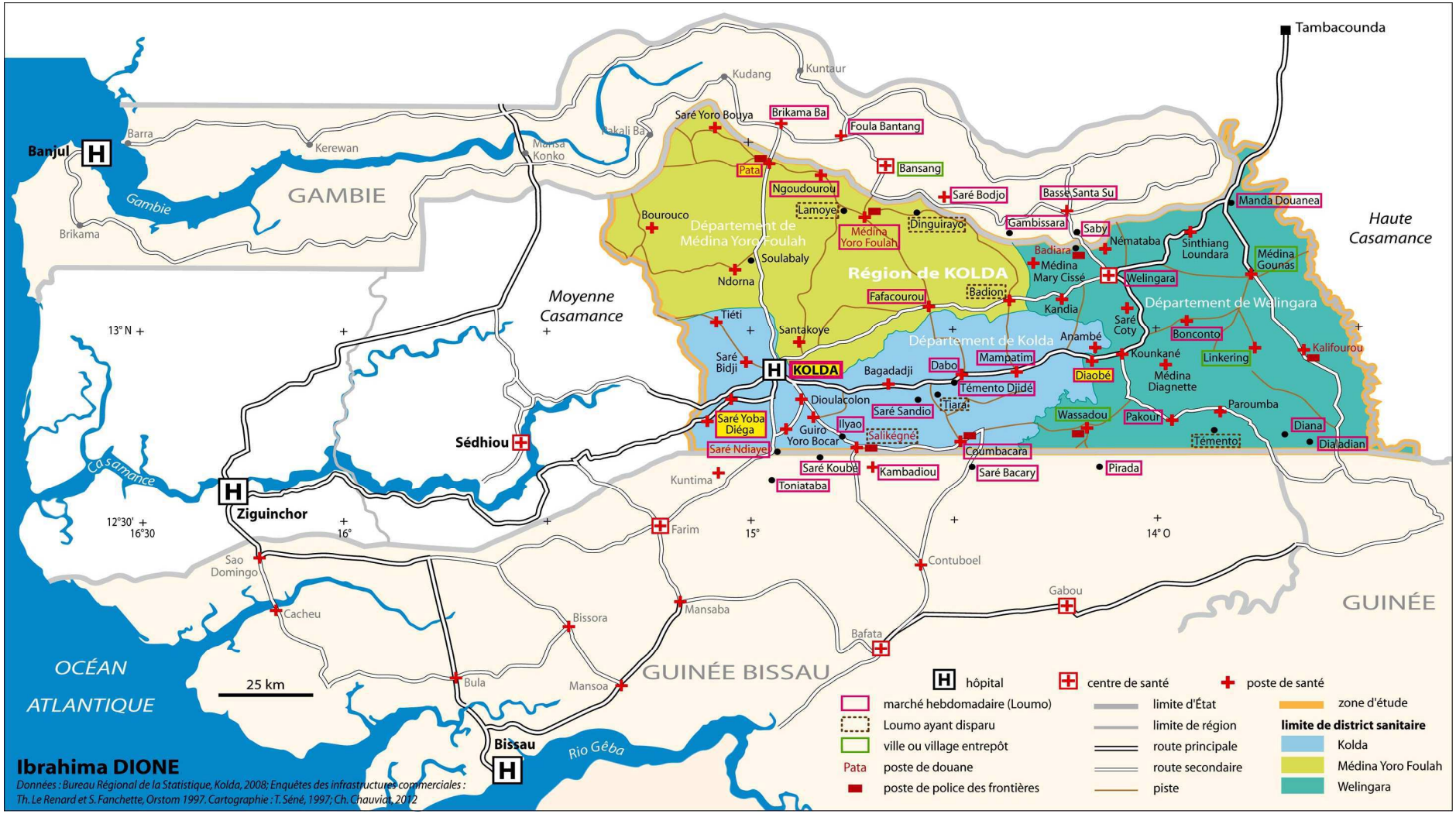
[72] Saré Yoba (ou Sare Yoba Diega) est une localité du sud du Sénégal située dans le département de Kolda et la région de Kolda, en Haute-Casamance. Le village a été érigé en commune en juillet 2008.

[73] Pata est une localité du Sénégal située dans le nord-ouest du département de Médina Yoro Foulah et la région de Kolda, en Haute-Casamance. Elle est proche de la frontière avec la Gambie. Pata fait partie de la région historique du Fouladou. Le village a été érigé en commune en juillet 2008.

Cette situation paraît paradoxale si l'on met en considération la stratégie de la carte sanitaire visant à favoriser les zones d'affluence économique avec une position carrefour entre les Etats frontaliers de notre zone d'étude. En conséquence, toute politique sanitaire rationnelle voudrait qu'on se fie à ces réalités économiques qui caractérisent des appels de regroupement. Ces localités devraient être dotées de structures à la hauteur de leur importance de polarisation et non de leur statut administratif ou démographique.

Cette méthode d'organisation, dans le cadre de la carte sanitaire, est sans doute pertinente dans l'intention pour l'organisation territoriale de la desserte médicale. Cependant, elle demeure inefficace dans son application à cause du tâtonnement dans son élaboration et du manque de maîtrise des outils de gestion d'une politique sanitaire autant dans le contexte des attributs administratifs et institutionnels que dans le contexte du management interne des structures de soins.

Carte 10: Distribution spatiale des marchés hebdomadaires dans le bassin de santé transfrontalier



II.2.1.2 Capacités sanitaires en Haute Casamance: une insuffisance ponctuée de disparités dans la répartition

Le bassin de santé de la Haute de la Casamance est frappée par de fortes carences comme le laisse apparaitre la difficulté à mettre en place une organisation théorique de planification sanitaire. Cet état fait peut être expliqué naturellement et de façon simpliste par un contexte général de pauvreté gangrénant les efforts de développement humain. Cependant, aujourd'hui le problème, sans doute le plus handicapant, reste le manque d'innovations et de perspectives en rapport avec l'évolution démographique et les mutations sociogéographiques en cours. Si le legs de la politique sanitaire instaurée pendant la colonisation a contribué à l'édification de bases dans la desserte en infrastructures, la consolidation de ces acquis n'a pas pu se faire. D'une part ce dispositif n'a pas été ou du moins peu renforcé dans l'élévation des plateaux techniques internes des services de soins. D'autre part il n'a pas été accompagné de la mise en place d'autres structures dans les espaces où le besoin se fait sentir au regard de la construction de nouvelles centralités. Ainsi, le paysage sanitaire actuel, en termes d'orientation de recours aux soins et de niveau de fréquentation, est fabriqué dans une situation de déséquilibre territorial. Toutefois, dans les situations d'exception de construction de nouvelles structures (on peut se permettre de l'évoquer ainsi par rapport au peu d'initiatives dans ce sens) comme la mise en service de l'hôpital régional de Kolda au Sud du Sénégal, des situations complexes se dessinent autour d'un espace caractéristique d'un désert médical où des mobilités structurent un schéma de recours aux soins transfrontalier.

Dans ce chapitre, nous aborderons l'organisation de la desserte et de la densité médicale dans la localité de Kolda qui polarise le bassin de santé de la Haute Casamance. Mais avant d'entamer cette réflexion il nous semble primordial d'étudier la situation générale en Afrique de l'Ouest entre l'offre et l'état de santé des populations.

Disparités de l'offre de santé entre les Etats du bassin de santé de la Haute Casamance

L'Afrique extrême occidentale a connu au cours de son histoire trois chocs démographiques qui ont été à l'origine d'une croissance de la population sous la

forme d'une structure en dents de scie.

- Elle a d'abord été secouée par la traite transatlantique[74] qui lui a privé des hommes et femmes les plus vigoureux. Cette traite transatlantique a ainsi largement contribué au dépeuplement des différents pays du continent africain.
- Pendant la colonisation, cette tendance a été perpétuée sous la forme de grandes pertes humaines découlant des guerres de conquête coloniale. Cependant, l'établissement d'une administration coloniale et l'introduction d'un système de santé a largement favorisé la reprise d'une croissance démographique. C'est grâce à la mise en place de structures de soins accompagnée d'une stratégie de prévention par la lutte contre les grandes endémies que la mortalité a reculé et la fécondité relancée.
- Le XX^{ème} siècle a été marquée par une récupération démographique exceptionnelle dont la conséquence est cependant une croissance mal maîtrisée. Aujourd'hui la transition démographique est amorcée mais connait une progression lente du fait d'un niveau de fécondité élevé. On note 5,5 enfants par femme en Afrique extrême occidental.

En 2010, sa population générale s'élevait à plus de 25 millions de personnes répartis entre le Sénégal, la Guinée, la Gambie et la Guinée. L'évolution de la population est caractérisée par des mouvements démographiques complexes. Ces mouvements indiquent que les recompositions du peuplement ne sont pas achevées, loin s'en faut, car la mobilité de la population est le corollaire d'une forte croissance démographique. Celle-ci est évaluée entre 2 et 3 % selon les pays. La Gambie présente le taux de croissance le plus élevée suivie respectivement du Sénégal, de la Guinée Bissau et de la Guinée.

[74] La traite transatlantique des esclaves est, dans l'histoire, le plus vaste mouvement forcé de personnes innocentes qui s'est étalé sur plus de 400 ans. D'après les estimations de l'UNESO, cette traite a déraciné 15 à 20 millions d'Africains qui ont été séquestrés et trainés de force dans les Amériques et les Caraïbes.

Tableau 5 : Distribution de la population et croissance démographique en 2008

Pays	**Taille de la population en millions d'habitants**	**Taux de croissance démographique en %**
Guinée Bissau	1 575 000	2,3
Sénégal	12 210 000	2,6
Guinée	9 833 000	2
Gambie	1 660 000	3,1
Total	25 278 000	10

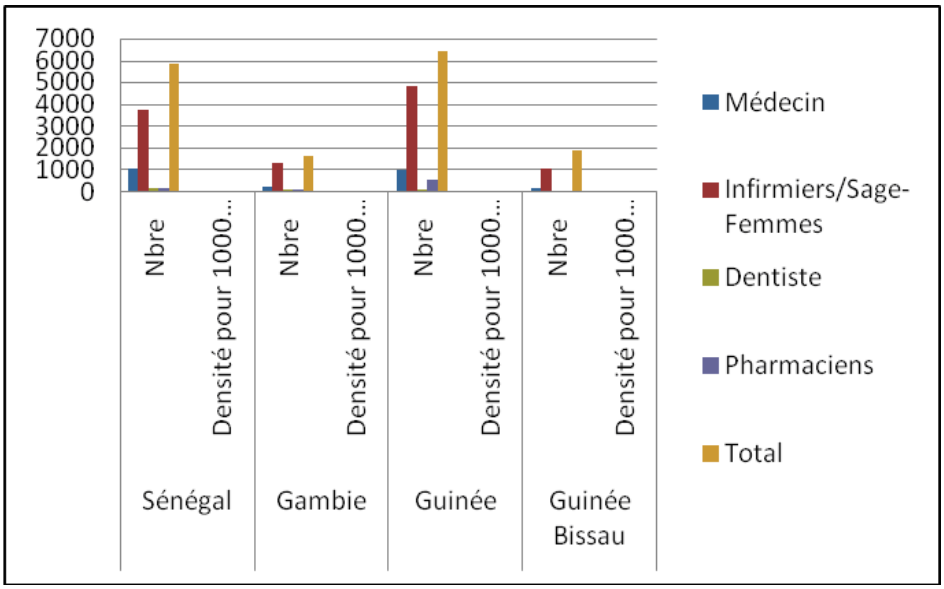
Source : Extrait de la fiche d'information sanitaire de l'OMS sur la Guinée Bissau en 2010

Les projections d'ici 2036 montrent un doublement de la population. Cette progression laisse entrevoir l'ampleur des efforts que ces pays devront consentir en matière d'accès à la santé d'autant plus qu'ils sont frappés par une situation sanitaire peu reluisante.

En effet, cette démographie galopante ne va pas de pair avec les disponibilités en moyens matériels et humains dans le domaine de la santé. Ainsi, en termes de densité médicale la situation générale montre non seulement des insuffisances relativement à la population desservie mais aussi présente des écarts entre les différents pays.

Le Sénégal et la Guinée font figure d'une meilleure représentation sans pour autant que cette position les place dans un niveau de ratio optimal. La Gambie et la Guinée Bissau sont les moins pourvues.

Graphique 1 : Densité médicale comparée des quatre pays en 2010

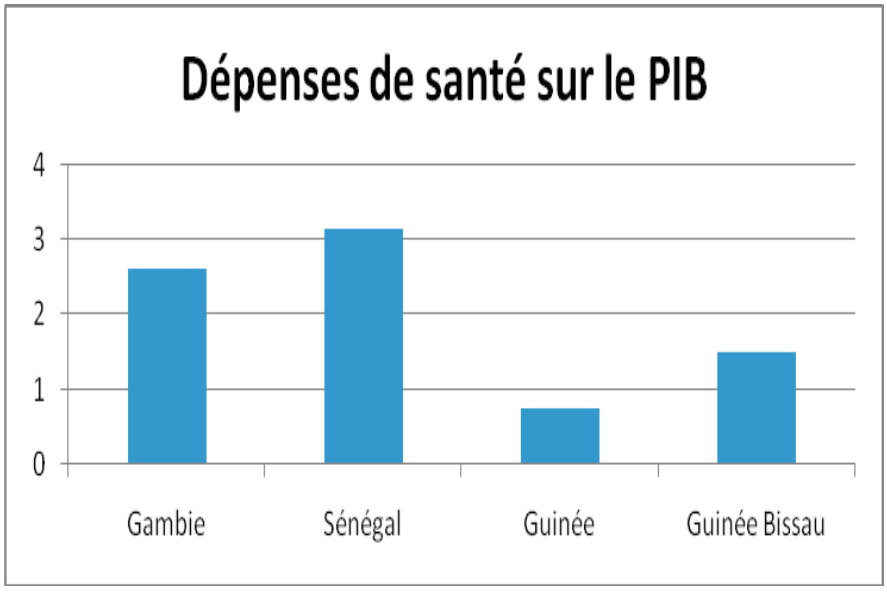


Sources : extrait de l'observatoire des ressources humaines en santé, Afrique de l'Ouest-2010

La densité médicale dans cette partie de l'Afrique de l'Ouest est limitée de manière qualitative et quantitative. La formation et le recrutement des professionnels de la santé est difficilement soutenable à cause des mesures d'ajustement structurel prônant la réduction de la masse salariale de la fonction publique qui n'épargne pas le secteur hospitalier. On observe par ailleurs une fuite des cerveaux vers les pays développés et le pays le plus touché par ce fléau est la Gambie. A cela s'ajoute un environnement de travail peu propice à la pratique de certains actes médicaux du fait de l'absence d'infrastructures dotées de plateau technique à la hauteur de certaines spécialités.

Ce manque en personnel de soins est en grande partie du à des problèmes conjoncturels dans les quels les Etats se sont embourbés. Cela se traduit par une faiblesse des subventions allouées au secteur de la santé. La part du PIB consacrée à la santé est relativement faible (loin des objectifs de 15% conformément à l'engagement des Etats de la CEDEAO) pour l'ensemble des pays. Cependant, des disparités s'observent entre les Etats sur les efforts de santé. La Guinée et la Guinée Bissau soutiennent de façon relativement faible le financement de la santé publique. Par ailleurs, il s'agit de deux pays fortement affectés par une instabilité politique endémique du fait de nombreux coups d'état militaires. Cette faible allocation se répercute sur les politiques de santé aussi bien termes curatif que préventif.

Graphique 2 : Part du PIB consacrée aux dépenses de santé selon les pays du bassin de santé



Sources : extrait de l'observatoire des ressources humaines en santé de l'Afrique de l'Ouest-2010

Dans ces conditions, l'état de santé des populations se dégrade avec la forte prévalence de certaines maladies comme le paludisme, la tuberculose, le VIH. Cette morbidité est d'autant plus importante que les populations sont en perpétuel mouvement de part et d'autre des frontières du fait de la porosité qu'elles supposent et des échanges socio économiques. Ainsi, la propagation des maladies fait du bassin de santé de la Haute Casamance un espace comprenant quatre Etats aux problèmes de santé communs.

Tableau 6 : Prévalence du paludisme en 2008

Pays	**Cas de paludisme notifiés**
Guinée Bissau	149 000
Sénégal	70 000
Guinée	42 000
Gambie	509 000
Total	770 000

Source : extrait de la fiche d'information sanitaire de l'OMS sur la Guinée Bissau en 2010

Tableau 7 : Prévalence et taux de mortalité de la tuberculose en 2008

Pays	**Prévalence de la tuberculose pour 100 000 habitants**	**Taux de mortalité due à la tuberculose en %**
Guinée Bissau	220	20
Sénégal	560	12
Guinée	550	13
Gambie	390	17
Total	1720	

Source : extrait de la fiche d'information sanitaire de l'OMS sur la Guinée Bissau en 2010

Tableau 8 : Prévalence et taux de mortalité du VIH

Pays	**Personnes vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral en %**	**Taux de mortalité due au VIH/100 000 habitants**
Guinée Bissau	46	65
Sénégal	72	15
Guinée	56	48
Gambie	28	Non déterminé
Total		128

Source : extrait de la fiche d'information sanitaire de l'OMS sur la Guinée Bissau en 2010

Les couches les plus vulnérables subissent plus les défauts de fonctionnement du système de santé. Les femmes et les enfants sont les plus touchés avec une assistance

curative et préventive très basse du fait non seulement du manque de personnel qualifié mais aussi d'un système de santé qui n'arrive pas à couvrir l'ensemble des territoires de demande. Ainsi, le pourcentage de naissances assistées par un personnel médical qualifié est notoirement bas en l'occurrence dans les Etats comme la Guinée Bissau et la Guinée.

Tableau 9 : Pourcentage de naissances assistées par un personnel de santé qualifié dans les quatre pays en 2008

Pays	**Naissances assistées par personnel de santé qualifié en %**
Guinée Bissau	39
Sénégal	52
Guinée	38
Gambie	57

Source : extrait de la fiche d'information sanitaire de l'OMS sur la Guinée Bissau en 2010

Dans ce contexte, le niveau de mortalité est relativement élevé pour l'ensemble de la population mais aussi pour la mortalité maternelle et infantile.

Tableau 10 : Taux de mortalité pour 1000 habitants dans l'ensemble des quatre pays en 2008

Pays	**Taux de mortalité pour 1 000 hbts**
Guinée Bissau	403
Sénégal	269
Guinée	336
Gambie	276
Total	1284

Source : extrait de la fiche d'information sanitaire de l'OMS sur la Guinée Bissau en 2010

Tableau 11 : Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes et de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes en 2008

Pays	**Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes**	**Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes**
Guinée Bissau	115	1 000
Sénégal	51	410
Guinée	88	680
Gambie	78	400
Total	332	2 490

Source : extrait de la fiche d'information sanitaire de l'OMS sur la Guinée Bissau en 2010

L'espérance de vie à la naissance offre un niveau mitigé selon les pays.

Tableau 12 : Espérance de vi à la naissance pour les quatre pays en 2008

Pays	**Espérance de vie à la naissance**
Guinée Bissau	49
Sénégal	59
Guinée	54
Gambie	59

Source : extrait de la fiche d'information sanitaire de l'OMS sur la Guinée Bissau en 2010

Disparités territoriales internes dans les pays du bassin de santé de la Haute Casamance

On observe une grande disparité dans la distribution spatiale entre les grands centres urbains concentrés sur le littoral en opposition avec l'intérieur des pays fortement rural. Au Sénégal, la capitale Dakar et la région de Thiès (les plus grandes agglomérations) concentrent 37 % des structures de soins alors qu'elles occupent 3,7% de la superficie du territoire. En Guinée Bissau la capitale Bissau concentre la quasi-totalité des infrastructures sanitaires (surtout tertiaires) alors que les zones à l'intérieur comme Bafata, Farim, (frontaliers à Kolda) sont mal pourvues. La situation est plus mitigée en Gambie du fait d'une couverture relativement acceptable qui s'explique plus par une faible superficie à couvrir (11300 km^2) mais sans pour autant l'épargner d'une inégale répartition. Banjul concentre les structures tertiaires au détriment d'importants centres urbains comme Bansang et Bassé Santa Su. Le point commun entre les différentes structurations territoriales des services de santé des différents pays est ainsi le privilège que les agglomérations coloniales souvent concentrées sur le littoral ont pu bénéficier au détriment de l'arrière pays. Les disparités territoriales d'offre de soins communes à l'ensemble des Etats frontaliers du bassin de santé de la Haute Casamance, sont perpétuées avec les nouvelles politiques de santé au lendemain des indépendances. Il s'agit aujourd'hui d'une orientation qui est en déphasage avec l'équilibre recherché dans la distribution spatiale pour résorber les écarts de santé. La nette illustration est donnée par la région de Kolda où se trouve la commune de Diaobé, plaque tournante de l'économie ouest africaine, qui accueille des milliers de personnes et dont la desserte médicale se résume à un poste de santé, sans sage femme, ni ambulance par exemple. Alors que le poste de santé enregistre à priori un des pics de consultation les plus importants du

Sénégal surtout aux jours de marché avec l'affluence des populations non prévues. C'est également le cas de certaines localités comme Kambadiou en Guinée Bissau et Brikama en Gambie. En effet, les populations non prévues profitent de la disponibilité en moyens de transport desservant ces localités de tenue de *loumo* pour solliciter les soins de santé modernes offerts par un minimum de desserte. Cette alternative reste intrinsèquement liée, non pas à une capacité optimale d'offre de soins dans les localités réceptrices des mobilités de soins mais surtout au dénuement sanitaire dans lequel sont noyées les zones émettrices de patients. Ces dernières sont le plus souvent situées en zone frontalière où la desserte a tendance à diminuer au fur et à mesure qu'on s'éloigne des capitales d'Etat.

Hormis les différentiels de desserte entre milieu rural et milieu urbain, on remarque en Afrique de l'Ouest que l'étendue des territoires ruraux associée à une faible densité de peuplement augmente considérablement les distances. Ainsi, l'optimisation de l'accessibilité physique est difficile d'autant plus encore que l'état des routes ne permet pas une fluidité de déplacement. Si on prend l'exemple du Sénégal, La Région de Kédougou est la localité la plus desservie avec un ratio de 59 461 habitants par centre de santé (normes OMS : 1CS/150 000). Toutefois, la question primordiale que l'on pourrait se poser est de savoir si la localisation permet une bonne accessibilité physique en ce sens que cette région occupe 8,6% du territoire avec une densité de population de 7 habitants/km². Nous imaginons bien qu'à l'instar des zones rurales de tout le Sénégal, nous avons une répartition éparpillée des villages avec une absence totale d'infrastructures de desserte routière. Alors plusieurs facteurs entrent en jeu comme la distance, l'état des routes, la disponibilité en moyen de transport, l'organisation des parcours de soins en fonction des milieux de résidence, l'incidence de la pauvreté *etc*. Il s'agit bien évidemment d'autant de facteurs qui peuvent changer du tout au tout le niveau de polarisation des structures et leur efficacité dans la chaine de référence sanitaire. Selon l'enquête ESAM II[75], seuls 57,4% des populations sont à moins de trente minutes d'un service de santé, avec une très forte disparité entre la Capitale Dakar et les régions de l'intérieur. Ce taux est 86,5 % à Dakar contre seulement 41,2 % en milieu rural, du fait notamment des difficultés de transport liées aux longues distances et la mauvaise

[75] Rapport définitif de l'Enquête Sénégalaise auprès des Ménages (**ESAM II**) –2005, Sénégal

qualité des infrastructures routières. Plus d'un malade sur deux se trouvent à moins d'un kilomètre d'un service de santé en milieu urbains alors que pratiquement le tiers de la population rurale 32,9% est situé à plus de 5 km d'un service avec des conditions de transport souvent difficiles.

Ces disparités sont aussi visibles dans la densité médicale où hormis, le manque de personnel en général et le non remplacement des départs à la retraite, l'intérieur du pays est moins doté en personnel qualifié.

Cela découle de plusieurs situations :

- La désertion des zones rurales par les professionnels de la santé ; ceux-ci s'inscrivent dans une logique de fuir les conditions de vie plus contraignantes à l'intérieur des terres. C'est sans doute également pour retrouver la ville qui offre le plus de services en termes d'assainissement, d'éducation ou de toutes autres commodités que la vie urbaine propose. L'attractivité des grandes villes est liée aussi à l'opportunité pour les professionnels de la santé de basculer partiellement ou totalement vers le secteur médical privé. Ce dernier est en plein essor et parvient à drainer une classe moyenne. Celle-ci formule une forte demande en rapport avec une certaine autonomie financière, une qualité des soins proposée dans les cabinets privés et certainement une méfiance vis-à-vis du service public. D'après la carte sanitaire, 90% des cabinets de spécialistes, 61% des cabinets de généraliste et 60% des cliniques privées se situent dans la région de Dakar.
- L'absence de perspectives professionnelles pour les agents de santé installés en zones rurales. Sur l'ensemble du personnel sanitaire interrogé, exceptés ceux qui sont proches de la retraite, la plupart (73% du personnel soumis au guide d'entretien) souhaite rejoindre les grandes agglomérations principalement Thiès et Dakar.
- Les conditions climatiques drastiques marquées par une forte chaleur et une pluviométrie importante font de la Haute Casamance une région répulsive.
- Le peu d'effort consenti par le gouvernement pour recruter des agents sachant qu'il est limité dans ses marges de manœuvre par des finances déficitaires et des contraintes d'ajustement structurel[76] et de politique d'austérité. La conséquence est une limitation des dépenses du secteur public en réduisant le nombre de

[76] Avec l'adoption des programmes d'ajustement, le marché du travail est l'un des secteurs qui ont le plus ressenti les effets de cette politique. Depuis 1980, la crise s'est traduite par de nombreuses pertes d'emplois et une réduction sensible des recrutements de l'État, principal employeur.

fonctionnaires.

- L'organisation pyramidale incite une offre de soins et une spécialisation dégressive à mesure que l'on s'éloigne du centre névralgique constitué par les capitales d'Etat comme Banjul, Dakar, Conakry et Bissau au détriment des zones frontalières. Ainsi, du point de vue théorique, il faudrait intégrer cela dans la planification sanitaire et plus largement désenclaver cette zone en la considérant plus comme une centralité impliquant d'autres ramifications que comme un « *terminus* ».

Les autorités sanitaires ont tenté d'apporter des réponses en mettant en œuvre un plan d'encouragement et de motivation qui se base sur l'attribution de logements de fonction, la prise en charge par l'Etat des charges de consommation (eau, électricité) et la hausse des forfaits de garde. Malheureusement cela ne suffit toujours pas à attirer les professionnels de la santé vers ces localités enclavées comme Kolda. Cette situation n'abonde pas dans le sens d'une satisfaction des besoins de santé quand on sait que le contexte sanitaire de cette région reste marqué par une morbidité importante à cause de l'endémicité de certaines maladies et une affluence internationale de population pour des soins de santé.

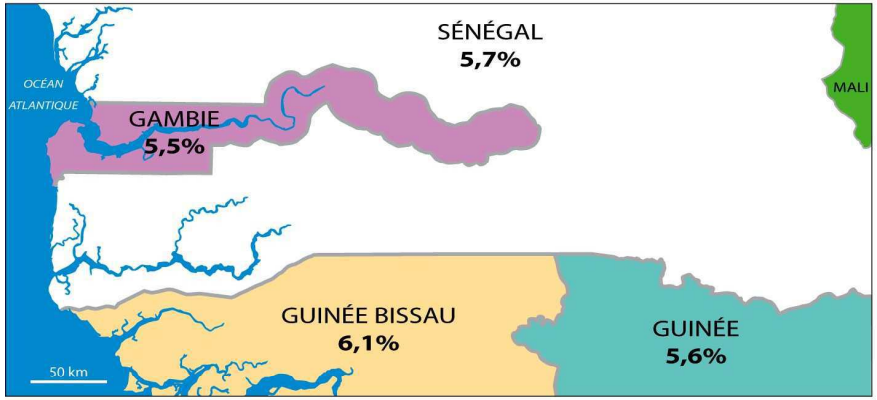
La grande majorité du personnel soignant par exemple au Sénégal se retrouve principalement dans les grandes villes comme Dakar, Thiès, Kaolack et Saint Louis qui regroupent 48% des médecins.

Cet état de fait, consistant à ignorer les zones d'intervention prioritaire dans les politiques de santé, traduit la continuité de la gestion de l'aménagement post indépendance qui a privilégié ces zones au détriment de la périphérie. Ainsi, l'accès aux services de santé reste difficile dans le bassin de santé de la Haute Casamance surtout en cas d'urgence dans les zones rurales et surtout dans les espaces de partage transfrontaliers.

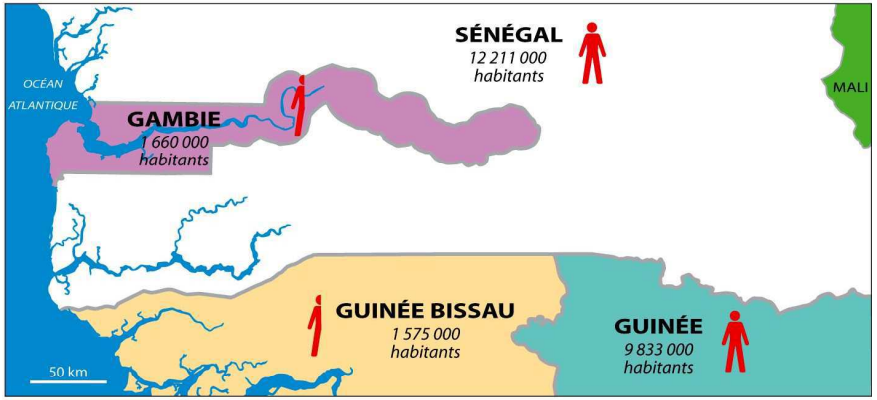
Cette tendance globale d'insuffisance et de disparité dans la desserte est tout autant caractéristique des systèmes de santé des différents pays du bassin de santé transfrontalier. Entre ceux-ci on observe une rupture de desserte aux zones périphériques qui est à l'origine d'une redéfinition perpétuelle des trajectoires de recours aux soins.

Carte 11 : Desserte, densité médicale et dépenses publiques de santé comparées des quatre pays

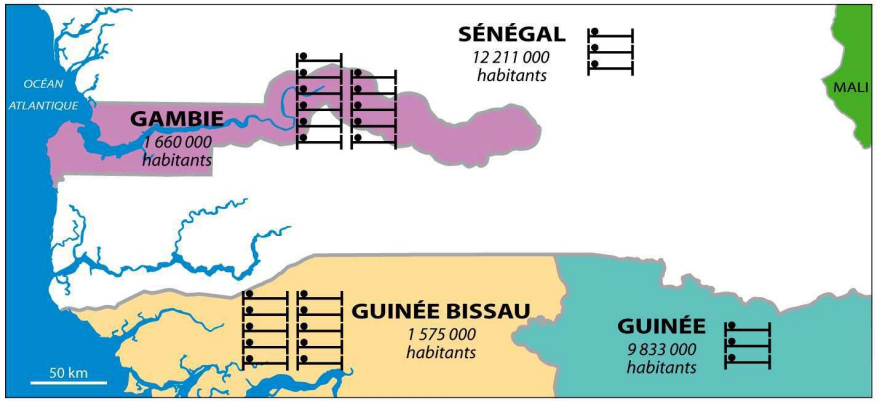
Dépenses publiques de santé en % du PIB



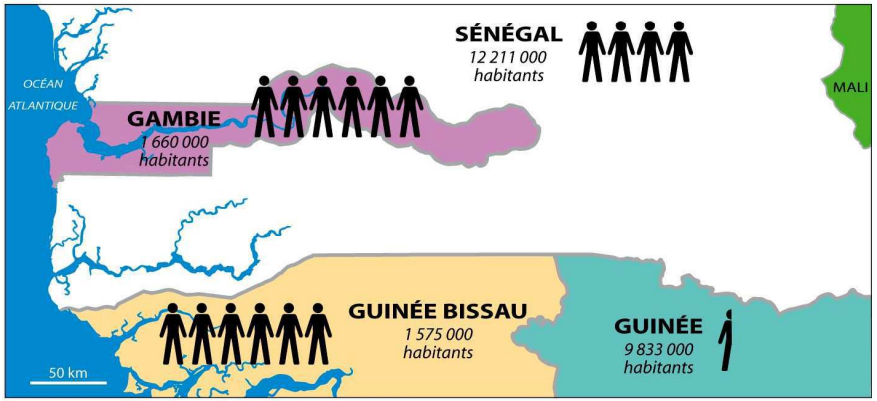
Nombre de médecins pour 10 000 habitants



Nombre de lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants



Nombre d'infirmiers et de sages-femmes pour 10 000 habitants



Ibrahima DIONE *Source : fiche d'information des statistiques sanitaires, 2010, OMS. Cartographie : Ch. Chauviat, 2013*

II.2.1.3 Situation sanitaire et rupture de desserte en Haute Casamance

La Haute Casamance, à l'image de l'offre globale de santé en Afrique extrême occidental, est mal servie en termes de distribution spatiale des structures de soins. La région de Kolda au Sud du Sénégal, au cœur de ce bassin de santé et où se tissent d'innombrables mouvements de population à la recherche de soins, occupe le niveau de région médicale suivant la hiérarchisation de la pyramide sanitaire. Elle correspond à la région administrative divisée en 3 départements que sont Kolda, Vélingara, et Médina Yoro Foulah (MYF), 9 arrondissements, 1 Conseil Régional, 31 communautés rurales et 09 communes et environ 1562 villages officiels. La région médicale est composée de 3 districts sanitaires qui correspondent aux 3 départements avec comme structures de soins les centres de santé au dessus des quels nous avons l'hôpital régional de Kolda. Elle est entourée d'Est en Ouest respectivement par les régions médicales de Sédhiou (sans hôpital régional) et de Tambacounda. Au Sud, elle est limitée par les subdivisions sanitaires de l'Oio, de Bafata et de Gabou en Guinée Bissau. Si Bafata et Gabou sont desservis par un hôpital régional, l'Oio en est dépourvu comme la région de Sédhiou au Sénégal. Au Nord, la région gambienne *Upper River* et *Central River*, dont la structure sanitaire phare est l'hôpital de Bansang, délimite la région médicale de Kolda. Ces localités frontalières ont la même structuration de la pyramide sanitaire que la région de Kolda.

La desserte médicale de la région fait état de deux centres de santé localisés dans le département de Kolda et de Vélingara. Le département de Médina Yoro Foulah n'est pas desservi en centre de santé. Ce chainon manquant dans l'échelle de référence consacre un déséquilibre dans l'offre de soins et bouleverse profondément les parcours de soins. Dans ce département les populations, pour des soins de santé secondaires, fréquentent les structures de Kolda dans des conditions pénibles de déplacement dues à au mauvais état des routes et à l'absence de moyens mobiles d'évacuation comme dans la commune de Ngoundourou et de Pata.

Le système de santé est ainsi, fortement perturbé dans son fonctionnement normal et la conséquence en est une forte affluence vers le centre de santé de Vélingara et l'hôpital régional de Kolda d'une part et d'autre part un recours aux soins en territoire gambien. Le district sanitaire de Médina Yoro Foula est mitoyen à celui de

Bansang qui a la particularité de présenter une relative acceptabilité de l'offre de soins et une accessibilité physique acceptable.

Photo 6 : Ambulance et route en mauvais état



Tableau 13: Desserte en infrastructures sanitaires dans la région de Kolda

	Kolda		Vélingara		Médina Yoro Foula	
	Nombre	Ratio	Nombre	Ratio	Nombre	Ratio
CSR	0		0		0	
CS	1	340 306	1	227 482	0	
PSC	20	17015	13	17498	4	23 473
PSSM	6	56717	3	75 827	3	31298
MI	0		0		0	
H	1	340 306	0		0	
Total	28		17		7	

CSR : Centre de Santé de Référence ; CS : Centre de Santé ; PSC : Poste de Santé Complet ; PSSM : Poste de Santé Sans Maternité ; MI : Maternité Isolée ; H : Hôpital

Source : carte sanitaire 2008

Le ratio de la desserte en centre de santé est 1/276 854 habitants pour l'ensemble de la région de Kolda. La Gambie est au même niveau avec un ratio atteignant 1/300 000 habitants. Il ne paraît pas acceptable si l'on considère la norme qui est de 1/150 000 habitants par centre de santé. Ces ratios cachent des disparités suivant la couverture de chaque district sanitaire. Le centre de santé de Kolda dessert 340 306 habitants, celui de Vélingara 227 482 habitants, à Médina Yoro Foulah il n'existe pas

de centre de santé. En Gambie la desserte est évaluée 185 000 habitants dans le *western region* contre 300 000 dans la subdivision *Upper River*.

La desserte en poste de santé avec ou sans maternité n'est guère plus reluisante. Alors que la norme est de 1/10 000 en milieu urbain et 1/5 000 en milieu rural, aussi bien à Kolda que dans les districts frontaliers de la Guinée Bissau et de la Gambie, on a une polarisation de 17 015 et 56 717 habitants respectivement pour un poste de santé complet et un poste de santé sans maternité. La situation est plus compliquée à Vélingara où on relève un poste de santé sans maternité rurale pour 75 827 habitants. Cependant, dans l'ensemble, le département de Médina Yoro Foula au Sénégal et le secteur de l'Oio en Guinée Bissau sont les moins dotés en infrastructures. Pour le premier, il s'agit d'une transition inachevée d'un statut administratif d'arrondissement (qui correspond à la zone médicale avec un niveau de desserte médicale attaché au poste de santé) à celui de département (dont la référence sanitaire est le centre de santé). Alors que cette logique n'a pas été suivie d'un aménagement du territoire adéquat surtout en termes de planification sanitaire car il ne dispose toujours pas d'un centre de santé. Pour le deuxième, c'est dans le même cas à la simple différence que le secteur de l'Ohio n'a jamais bénéficié d'une structure sanitaire correspondant à son statut administratif. Cela s'explique aussi par la relative proximité avec le secteur de Bissau où sont concentrés les services de santé. Dans cette logique la localité de Farim au nord du secteur de l'Ohio et frontalier avec Kolda présente une accessibilité limité par à Bissau. Ainsi, l'alternative la plus adéquate pour les populations de Farim est de se référer à l'hôpital régional de Kolda plus facilement accessible.

La densité médicale de la région de Kolda n'est guère plus satisfaisante par rapport à la population desservie. Pour l'ensemble de la région, on relève 4 médecins à la solde du secteur public. Le ratio de densité qui est de 1/138 427 habitants est loin de la norme qui veut qu'un médecin soit destiné à 10 000 patients. La situation pour les sages femmes est dans la même logique de dénuement avec au total 2 pour l'ensemble des femmes en âge de reproduction dans la région. Ces sages femmes sont dans des structures comme Salikégné où elles sont les seules professionnelles sanitaires à remplir également le rôle d'infirmier chef de poste. Ainsi, elles n'ont pas la latitude d'accomplir pleinement leurs taches surtout en ce qui concerne les consultations prénatales. Dans la zone périphérique, les femmes en âge de

reproduction sont suivies par des matrones[77] formées pour remplacer les sages femmes dans les zones éloignées où l'accès aux structures de référence reste difficile. Le problème majeur auquel elles sont confrontées reste le manque de matériel. Souvent les accouchements se font dans des locaux insalubres et le matériel dont elles disposent n'est pas stérilisé. C'est l'une des causes de la forte mortalité maternelle estimée selon les statistiques de l'Enquête de Développement Sanitaire II (EDS II, 1992) à 510 décès pour 10 000 accouchements. L'autre fait marquant reste le recours aux accoucheuses traditionnelles ou à l'entourage familial. Seulement 26% des accouchements sont assistés par un professionnel de santé dans la région de Kolda d'après l'EDS II.

Photo 7 : Salle d'accouchement de Saré Mali et salle de soins de Salikégné,



Le dénuement dans lequel la région de Kolda est plongée dans le cadre de la desserte et de la densité médicale montre sans doute que le secteur sanitaire au Sénégal peine à relever le défi de la santé pour tous.

Du fait de sa position carrefour, qui en fait un pôle de convergence dans le recours aux soins suivant une multitude d'interconnexion, cette région est normalement destinée à engranger une palette importante de services de santé. Or ce n'est pas le cas. Elle représente plus une enclave où le recours aux soins engendre un flux important de population non prévues dans un contexte transfrontalier alors que l'offre de soins infléchit. La situation des pays limitrophes intégrant le bassin de

[77] Femmes sans aucune connaissance théorique préalable sur l'accouchement et formées sur le tas pour assurer les accouchements en zones rurales.

santé de la Haute Casamance est identique, toutefois, pendant que la région de Kolda fait figure de récepteur, ces derniers jouent un rôle d'émetteurs dans les mobilités de soins. Si ce rapport est à sens unique avec l'émission exclusive de patients venant de la Guinée Bissau vers le Sénégal, il existe des trajectoires à double sens entre le Sénégal et la Gambie. Nous y reviendront plus amplement dans la troisième partie destinée à la spatialisation des mobilités de soins.

II.3 Dépenses de santé : une contribution publique et privée en décalage avec l'ambitieuse politique sanitaire

Les pays en développement ont eu le souci constant de mettre en place l'ensemble des politiques ratifiées dans le cadre des directives internationales sur le développement humain notamment en santé publique. Celles-ci ont suggéré une politique de santé à travers la préconisation de plans nationaux de développement sanitaire. L'effort dans les dépenses de santé engage les différents acteurs publics, privés du secteur socio-sanitaire suivant une participation proportionnelle aux engagements et à l'implication de ces derniers dans chaque pan du système de santé.

Le financement principal du système public de santé, à l'ensemble des quatre pays du bassin de santé, tient de quatre sources que sont l'Etat, les collectivités locales, les populations à travers leur contribution au financement des prestations, et les partenaires extérieurs. De l'investissement sur de nouvelles structures et leur plateau technique à la mise en place de budgets de fonctionnement des services de santé, des efforts ont sans doute été fournis pour parfaire l'offre de soins au Sénégal, en Gambie, en Guinée et en Guinée Bissau.

Mais, toujours est-il que cette ambition est freinée par plusieurs facteurs liés à une situation générale de participation des pouvoirs publics qui est limitée par rapport à l'effort de santé d'abord. Ensuite la contribution communautaire proposée par l'IB peu conséquente freine le bon fonctionnement des comités de santé dans la gestion interne des structures. Enfin l'insuffisance des marges financières des collectivités locales constitue un obstacle à assumer la dévolution[78]. Mais, de façon générale, cette marge de manœuvre limitée est suspendue à un contexte général de sous financement

[78] Réforme de la décentralisation en 1996 : du centralisme étatique avec une gestion directe et verticale des structures de santé, on est passé à un transfert des compétences vers les communautés de base avec une logique d'autonomie des professionnels de la santé.

et de mal gouvernance dans l'élaboration des stratégies de promotion socio-sanitaire. En effet, le maintien du système de fonctionnement du dispositif sanitaire souffre de l'absence de ressources suffisantes consacrées à l'investissement et de l'incohérence dans la mise en application des mesures prises. Il s'agit :

- premièrement, le manque de moyens sur le plan macro-économique, qui se traduit par une situation de déficit budgétaire, ne permet pas de dégager des ressources importantes sur le PIB pour le secteur de la santé.
- deuxièmement, le peu de volonté à consacrer les ressources requises pour la satisfaction des besoins en soins de santé ne favorise pas l'investissement d'autant plus que les priorités sont axées sur d'autres secteurs jugés par leur plus grande productivité.
- troisièmement, l'absence de politique sanitaire cohérente définie de façon spécifique pour et par la population dans le sens de la demande réelle et suivant les spécificités de recours aux soins dans l'espace.
- quatrièmement, une politique de transfert des compétences incomplète du sommet à la base du fait de l'insuffisance des fonds de dotation à la décentralisation qui rend incapables les districts sanitaires à assumer une partie des dépenses.
- cinquièmement, une absence totale de coopération sanitaire et de perspectives d'entente transfrontalière sur le financement des problèmes de santé communs à ces quatre Etats.

II.3.1 Financement central : une évolution positive des dépenses publiques de santé

Dans les quatre pays composant le bassin de santé de la Haute Casamance, le financement du système de santé est majoritairement public, parce que les structures de soins le sont. La part allouée au secteur de la santé est composée du budget de fonctionnement des structures non décentralisées, des fonds de dotation à la décentralisation des structures déléguées et du Budget Consolidé d'Investissement[79] (BCI).

[79] Le Budget Consolidé d'Investissement (BCI) couvre l'ensemble des programmes et projets d'investissements retenus par le Gouvernement, et pour lesquels les financements sont acquis ou dont les actions sont déjà en cours de mise en œuvre. Il englobe l'ensemble des dépenses en capital de l'Etat et des Etablissements publics.

Tableau 14 : Total des dépenses en pourcentage du PIB entre 2000 et 2007

Pays	2000	2007
Sénégal	4,4	5,7
Guinée Bissau	6,2	6,1
Gambie	5,8	5,5
Guinée	5,3	5,6

Source : extrait de la fiche d'information sanitaire de l'OMS sur la Guinée Bissau en 2010

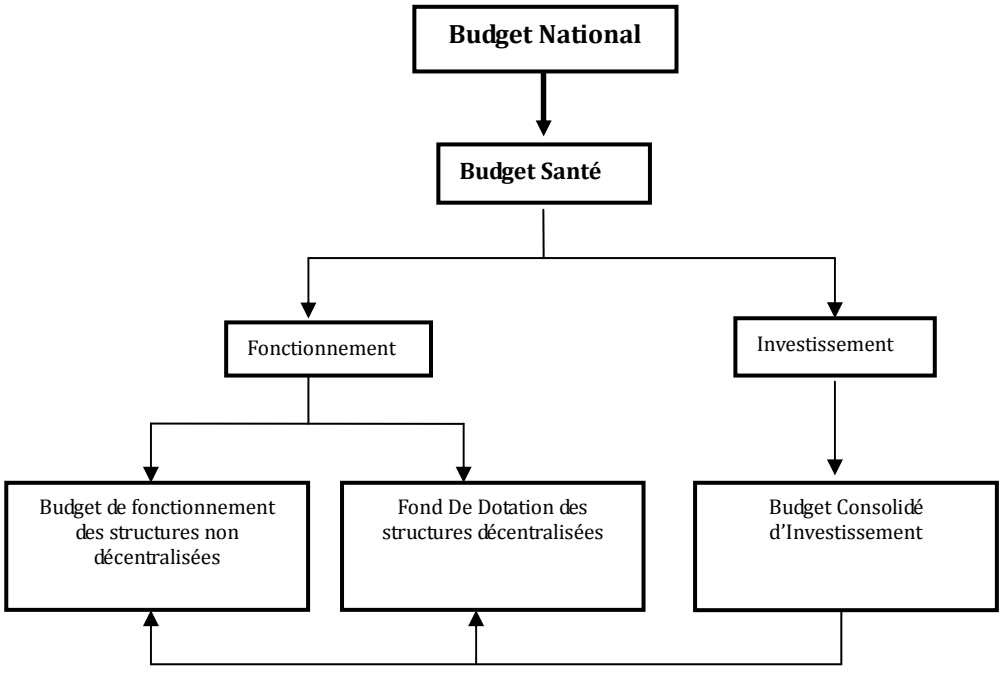
Tableau 15 : Dépenses publiques de santé par habitants ($) entre 2000 et 2007

Pays	2000	2007
Sénégal	57	99
Guinée Bissau	35	33
Gambie	56	71
Guinée	46	62

Source : extrait de la fiche d'information sanitaire de l'OMS sur la Guinée Bissau en 2010

De façon générale, les dépenses de santé en Afrique de l'Ouest ont connu une évolution marquée par des inégalités entre les différents Etat. Si la part du PIB allouée au secteur de la santé a connu une hausse relativement importante au cours des dernières années au Sénégal et en Guinée entre 2000 et 2007, elle a suivi une baisse en Guinée Bissau et en Gambie. Par ailleurs, dans la même période, les dépenses de santé par habitant ont évolué dans le bons sens sauf en Guinée Bissau.

Schéma 9: Organisation verticale de répartition du budget Santé



Toutefois, malgré cette volonté considérable d'augmenter la participation des pouvoirs publics, la part du budget de la santé reste en deçà des objectifs de 9% recommandé par l'OMS et revus à la hausse lors du sommet d'Abuja des chefs d'Etat africains qui la porte à 15%, objectifs sur lesquels les gouvernements se sont vivement engagés.

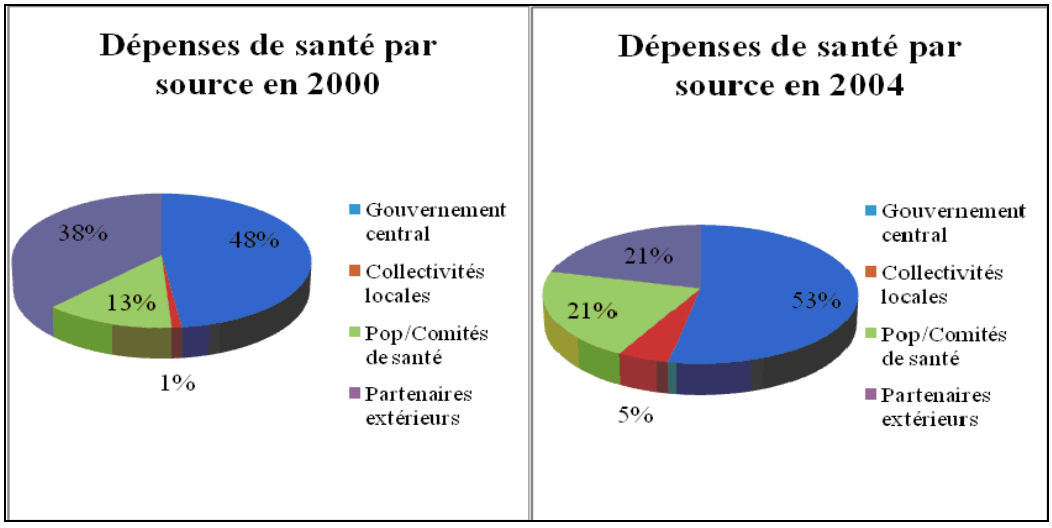
Les dépenses de fonctionnement du secteur de la santé, qui viennent de l'Etat, sont constituées des salaires, des dépenses autres de fonctionnement et des transferts. Les transferts représentent les fonds qui sont virés sur le compte d'organismes de santé qui disposent d'une autonomie juridique comme les établissements publics de santé (hôpitaux, pharmacie nationale d'approvisionnement etc.). Elles ont toutes trois connu une croissance importante mais inégale au cours des dernières années. On note au Sénégal que les dépenses récurrentes de santé représentent une portion encore faible du total de la dépense récurrente de l'Etat, soit 6,1% en moyenne.

II.3.2 Autres sources de financement : une participation à l'effort de santé diversifiée

Dans ses efforts consentis en vue d'améliorer le système de santé, les Etats du bassin de santé de la Haute Casamance sont accompagnés par les collectivités locales avec des ressources propres et le fond de dotation à la décentralisation, les comités de santé financés par les populations et les partenaires au développement comme les ONG. Ces composantes s'activent dans le financement et participent tant bien que mal à la consolidation de la politique sanitaire. Cependant, ils sont dépourvus de moyens conséquents dans la mise en œuvre des impératifs auxquels ils sont tenus. On note tout de même, au Sénégal, une évolution des dépenses entre 2000 et 2004. L'Etat reste le principal pourvoyeur de fonds avec 48% en 2000 et 53% en 2004. La part des comités de santé a connu une meilleure progression en passant de 13% à 21%. Il s'agit des bénéfices tirés la vente du ticket modérateur et des médicaments. En retour ils sont injectés dans les frais relatifs à la rémunération des salariés contractuels et à l'approvisionnement en médicaments. L'apport des partenaires extérieurs a suivi une baisse de 38% à 21%. Il est principalement axé sur le financement du renforcement des capacités du personnel non qualifié, des campagnes de prévention et d'information à la santé, des dons de matériels etc. Ce sont les collectivités locales qui jouent les mauvaises élèves avec des dépenses de 1% en

2000 à 3% en 2004. Cette mauvaise performance est imputable au peu de moyens dont elles disposent d'une part et à un redécoupage administratif fréquent d'autre part. Ce dernier aspect constitue à ériger le plus souvent des localités à l'échelon administratif supérieur avec les seules prérogatives de responsabilité sans accompagnement soutenu de moyens financiers. En général ces localités promues, la plupart du statut de communautés rurales à celui de communes par exemple, n'ont au préalable aucun moyen de s'autofinancer alors que les fonds de dotation à la décentralisation alloués n'arrivent pas.

Graphique 3: Dépenses de santé par source entre 2000 et 2004



Sources : Revue des dépenses de santé 1995-2004 au Sénégal

II.3.3 Répartition des dépenses par échelon de la pyramide sanitaire

La répartition des ressources allouées aux financements et aux investissements sur la santé suit la ligne verticale de la pyramide sanitaire en partant du niveau central qui concentre la quasi-totalité des fonds. Tandis que la périphérie, (en majorité rurale) qui concentre les structures de soins de proximité, reçoit une part infime du budget central. Cette orientation ne favorise pas la stratégie des soins de santé primaires visant à promouvoir l'accès aux services médicaux des pauvres, à développer les services de santé communautaire et à améliorer les conditions sanitaire et d'hygiène en zones rurales et suburbaines.

Les ressources financières allouées sont répartie dans les différents échelons de la pyramide sanitaire suivant un dispositif où le secteur tertiaire est le mieux doté. Il concentre 45% des ressources allouées contre 24% au niveau secondaire et 31% au

niveau primaire. Cette situation est encore plus remarquable dans le budget de fonctionnement non décentralisé où la part du niveau central atteint 50% des dépenses totales. Dans la même optique, le Budget Consolidé d'Investissement (BCI) est largement englouti par les structures de santé secondaires et tertiaires avec une part de 74%. A partir de 2004, le gouvernement du Sénégal a suivi une ligne de correction des déséquilibres des allocations en réduisant la part des secteurs tertiaire et secondaire à 59,5% du budget. Toutefois, le quota du secteur primaire passent à 40% sans pour autant le favoriser car il est inclut, dans cette contribution, les subventions des programmes verticaux. Seulement 9% est destiné exclusivement à la réhabilitation et la construction de postes de santé. L'analyse du BCI-Etat du projet de budget ne montre aucun infléchissement sur cette tendance. Sur 17 milliards de FCFA prévus, les opérations en faveur des structures du niveau de base comme les postes de santé, cases de santé et maternités rurales ne représentent que 7% alors que les hôpitaux de niveau 2 et 3 mobilisent 38% dont une large part pour les établissements ne reflétant pas une priorité pour l'amélioration de l'accès aux soins hospitaliers en concordance avec la carte sanitaire.

Tableau 16: Répartition des dépenses de l'Etat sénégalais de 1998 à 2002, en milliards de FCFA

	Administration	Primaire	Secondaire	Tertiaire	Total	Pourcentage
Central	30	0	0	37	67	45
Périphérique	6	46	0	0	52	24
Régional	6	0	31	0	37	31
Total	42	46	31	37	156	100
Pourcentage	27	29	20	24	100	

Sources : Revue des dépenses de santé 1995-2004

II.3.4 Répartition géographique des dépenses : la périphérie oubliée

En 1996, la décentralisation finit de consacrer la primauté de l'horizontalité dans l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé. Cette initiative s'est caractérisée par une augmentation des prérogatives des conseils régionaux et des communes dans le domaine de la santé, (sans toutefois se départir de l'Etat-

Providence), par un transfert de compétences. Des fonds de dotation à la décentralisation, mis en place en 1997, sont destinés à couvrir les dépenses inhérentes à ces transferts de responsabilités au niveau local.

Dans la réalité cette stratégie de dévolution n'a pas su relever le défi de l'autonomisation des structures de santé avec un fonctionnement intégré dans le sens où les montants attribués ne correspondent pas aux ressources utiles pour la prise en charge des compétences transférées. Par ailleurs, la multiplication des acteurs et des procédures entraîne quasiment un allongement des délais d'obtention des allocations ou une rétention de celles-ci au niveau des régions ou des communes. La répartition des dépenses à l'échelle du territoire national semblent fortement marquée par des disparités notables. Les efforts sont concentrés vers le niveau central et la ville de Dakar. Les régions les plus pauvres comme Kolda bénéficient d'une contribution de l'Etat très inférieure à leur poids démographique.

Dans un contexte où la décentralisation ne s'accompagne pas encore de ressources publiques importantes, la comparaison entre la dépense publique et le profil de pauvreté des régions permet de voir que ce ne sont pas les régions les plus pauvres qui bénéficient le plus de ressources publiques. En 2003, les régions de Diourbel, Kaolack, Kaffrine, Sédhiou et Kolda, qui présentent les taux de population pauvre les plus élevés et qui pèsent pour 36% de la pauvreté nationale ont reçu une part des dépenses de l'Etat très inférieure à leur part dans la population sénégalaise. A l'inverse, Fatick ou St Louis, dont le taux de pauvreté est moins élevé, ont bénéficié de dépenses proches de leur part dans la population. Ainsi, la région de Diourbel qui regroupe 10,6% de la population sénégalaise n'a reçu que 3,27% des dépenses de l'Etat tandis que la région de St Louis, qui regroupe 6,9% de la population a bénéficié de 6,3% des dépenses de l'Etat.

L'analyse des recettes auto générées par les comités de santé au niveau des régions traduit aussi les disparités constatées entre les régions les plus pauvres qui bénéficient le moins des surplus potentiels de ressources apportées par les populations et les régions privilégiés par l'apport étatique.

Cette autonomie de gestion financière, dans la forme en ce sens que le financement est minime par rapport aux exigences, fait apparaitre une incapacité notoire à favoriser, dans les régions oubliées, une accumulation de bénéfices pour un auto-fonctionnement optimal. Cela traduit évidemment un cercle vicieux dans lequel elles

se sont embourbées et dont la rupture passera forcément par un rééquilibrage du partage des fonds.

Tableau 17: Répartition de la dépense publique de santé par région

Région	**Montant reçu en millions de FCFA**	**Part des dépenses publiques de santé**	**Taux de pauvreté de la région**
Dakar	**1 633**	**43%**	**34%**
Diourbel	418	11%	62%
Fatick	114	3%	46%
Kaolack/Kaffrine	266	7%	46%
Kolda/Sédhiou	**114**	**3%**	**67%**
Louga	228	6%	36%
Tamba/Kédougou	152	4%	56%
Thiès	380	10%	49%
St Louis/Matam	304	8%	41%
Ziguinchor	190	5%	67%

Source : rapport analytique santé et pauvreté au Sénégal- Banque Mondiale 2006

II.3.5 Dépenses privées de santé : une source peu conséquente mais non négligeable

Les dépenses privées de santé englobent deux sources que sont le paiement direct des usagers lors des sollicitations aux services de santé, les comités de santé et les assurances.

Compte tenu de l'établissement des comités de santé pour une autogestion des structures de santé, aujourd'hui au Sénégal, la participation communautaire est devenue la principale source de financement du secteur de la santé notamment dans le secteur primaire.

Le secteur public a connu dans les années 80 des difficultés à assumer les exigences financières verticales de l'Etat pour la santé. Il fallait donc penser à alléger le poids

de plus en plus lourd des finances publiques. C'est dans ce contexte et conformément à l'Initiative de Bamako que la participation financière des usagers, symbolique au début, a été instaurée. C'est l'émergence d'une culture participative à l'effort de santé par la mise en place de conseils d'administration auprès des structures de soins avec des représentants des populations, soutenue par la suite de façon plus formelle par la réforme hospitalière en 1998.

Les résultats de l'enquête sénégalaise auprès des ménages pour les années 2001-2002 montraient que environ 39 milliards de FCFA[80] ont été consacrés par les ménages aux frais de santé soit 1,9% des dépenses de consommation. Ces dépenses varient selon la configuration géographique du territoire. Pour la région de Dakar, elles représentent 10 300 FCFA par an par habitant, tandis que dans les autres régions, elles sont comprises entre 4 000 et 6 000 FCFA. Ainsi, la seule ville de Dakar participe pour près de 40 % des dépenses de consommation en santé des ménages, avec 15 453 millions de FCFA, quasiment à la même hauteur de participation que le milieu rural où elles atteignent 15 894 millions de FCFA. Cependant, la part des dépenses de santé privées sur le revenu est plus consistante pour les ménages ruraux qui consacrent 2,4% contre 2% pour les ménages urbains. Cela tient de la faiblesse des revenus généralement constatée en milieu rural dans un contexte où la grille tarifaire du recours aux soins est uniforme pour l'ensemble du territoire.

La consommation médicale des ménages concerne les médicaments qui représentent 60,6% devant les services médicaux extra hospitaliers 29,7% et les services des hôpitaux 9,8%. Le milieu de résidence agit sur la structure de la consommation. Dans les villes, les dépenses sont plus orientées vers les soins hospitaliers (12,2%). Dans les zones rurales, les ménages dépenses plus pour l'achat de médicaments (64,3%).

Cette participation communautaire à l'effort de santé est gérée par les comités de santé qui exploitent le produit de la facturation individuelle des actes médicaux et des médicaments que les patients payent. En théorie, ils sont autonomes dans la gestion des fonds générés dont ils peuvent décider de l'utilisation. La participation des populations au financement du secteur public de santé est estimée entre 1998 et 2002 globalement à 15% de la dépense publique consolidée. Cette ressource, principalement orientée vers le niveau des soins de santé primaires, prend en charge

[80] 1 euro équivalent à quasiment 655 FCFA

la presque totalité des dépenses de fonctionnement non salariales.

Là aussi, l'importance des recettes varie en fonction du milieu de résidence urbain ou rural. Dans le Plan de Développement Intégré pour la Santé (PDIS) en 2000, le niveau des recettes est plus élevé dans les régions les plus riches (Dakar, St Louis) que dans les régions considérés comme pauvres (Kolda, Ziguinchor). La conséquence en est la réduction de la marge de manœuvre des comités de santés en milieu rural qui sont obligés de faire des sacrifices dans certaines domaines de réinvestissement des marges comme la motivation du personnel et l'achat de médicaments.

De façon générale l'évolution des recettes au cours des dernières années a accru les disparités au détriment de régions pauvres comme Kolda. Ces dernières ont vu diminuer leurs recettes par habitant du fait d'une faible fréquentation liée à la pauvreté individuelle.

Le système de modernisation et de généralisation de l'assurance maladie est sans doute une source importante pour permettre un meilleur accès aux soins et une garantie pour le bon fonctionnement des comités de santé.

Le **financement assurantiel**, même s'il constitue un aspect non négligeable visant à soutenir la consommation médicale, concerne une faible proportion de la population bénéficiant d'un emploi stable dans le secteur formel. Une partie de ces ressources est imputable au budget de l'Etat pour couvrir les fonctionnaires. Une partie est assurée par le secteur privé par le biais des grandes entreprises.

L'assurance maladies des fonctionnaires en activité et retraités et leur ayant droits couvre 331 325 personnes, 3,31% de la population pour 66 265 contributeurs. L'Etat, en tant qu'employeur, prend en charge 80% des frais d'hospitalisation, de consultation ou d'examen effectués dans des structures publiques ou privées conventionnées. Par contre, les médicaments ne sont pas pris en charge.

Les salariés du secteur privé formel peuvent bénéficier de deux types de couverture. La première est liée à l'obligation faites aux grandes entreprises, par la loi du 1 décembre 1997, de créer un service de médecine ou d'infirmerie d'entreprise pour la prévention des maladies professionnelles et qui assurent souvent aussi des prestations de soins. La deuxième répond à l'obligation de la création des Institutions de Prévoyance Maladies (IPM) pour toutes entreprises de plus de 100 personnes. Ces IPM couvrent partiellement les frais médicaux à hauteur de 50 à 80% selon les

institutions. Les cotisations sont fixées à 3% du salaire fiscal et la part de l'employeur doit être au moins égal à celle de l'employé.

Les retraités du secteur privé et agents non fonctionnaires de l'Etat doivent cotiser à hauteur de 2% de leur pension de retraite. Ils sont couverts à 80% pour les frais d'hospitalisation dans le secteur public et obtiennent des prestations médicales gratuites dans le centre médico-social de l'institution.

Par ailleurs, les personnes âgées bénéficient d'un plan dénommé SESAME[81]. Ce plan vise à rendre entièrement gratuits les soins de santé pour les personnes de 60 ans et plus de toutes catégories socio professionnelles confondues. Il porte sur un budget de 1 milliards de FCFA dont une participation de 300 000 millions de l'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) et le reste supporté par l'Etat. Ce plan qui fait obligation aux structures sanitaires d'administrer des soins gratuits aux personnes âgées, est aussi en quelque sorte la reconnaissance par l'autorité de la difficulté de cette frange vulnérable à accéder à des soins de qualité compte tenu de leurs ressources.

Cependant, bien qu'elle soit de bonne intention d'autant plus qu'il s'agit d'un plan visant à renforcer l'accès aux soins de santé primaires, son application a subi un échec. On relève une absence de mécanismes de contrôle. Son succès auprès des personnes âgées (utilisation à 70% de ces dernières) a favorisé considérablement le gonflement de son enveloppe. Cependant, l'Etat est très lent dans ses procédures de remboursement. Cela essouffle sensiblement les structures déjà affectées par des problèmes financiers comme l'hôpital régional de Kolda.

Encadré 1 : Témoignage du directeur de l'hôpital de Kolda sur le plan SESAME

> « *Le plan SESAME pose plus de problème qu'il n'en résout car au cours de l'année 2010 sur 130 000 000 FCFA dus, l'Etat n'a pu ou n'a voulu s'acquitter que de 15 000 000 de FCA environ* ».

Source : Enquêtes auprès des professionnels de la santé 2009-2012

[81] Il s'agit d'un plan de couverture médicale initié par l'ancien président Abdoulaye Wade en 2006. Il devrait permettre aux personnes âgées de bénéficier de soins gratuits dans des hôpitaux, centres et postes de santés sélectionnés sur l'ensemble du territoire national.

Cette situation entraine évidemment des dysfonctionnements dans les structures hospitalières, déséquilibre les finances, entame l'offre de soins de qualité et limite l'accès aux soins hospitaliers de cette couche cible.

Le **financement par les mutuelles** est perçu comme « un système d'assurance volontaire, à but non lucratif, élaborée sur la base d'une éthique d'aide mutuelle, de solidarité et de prise en charge collective des risques sanitaires et dont les membres participent effectivement à la gestion et au fonctionnement »[82]. Le développement de ces organismes associatif de couverture en consommation médicale est encore au stade de gestation. Pour l'heure son expansion ne permet pas de dire que l'absence de protection pour les couches les plus vulnérables dans les structures traditionnelles des pouvoirs publics est palliée par cette initiative. Au Sénégal, la situation en 2003 montre une faible présence et une disparité notable dans l'ensemble du territoire. Les régions de Dakar et Thiès concentrent l'essentiel des mutuelles de santé pour 60% de la totalité. Les régions les moins pourvus sont Kolda et Sédhiou où on ne relève pas de mutuelles de santé fonctionnelles. Par conséquent dans l'ensemble du territoire son impact reste assez faible sur le financement du secteur de la santé. en 2005, seuls 4,21% de la population sénégalaise était couverte par un régime d'assurance volontaire. Selon le rapport « Equité et Mutualité au Sénégal » d'octobre 2004, l'ensemble des mutuelles a mobilisé des ressources financières estimées à 1,27 millions de FCFA en 2003, dont 96% viennent des cotisations des membres. Globalement, les mutuelles complémentaires représentent 79% de cette contribution, les mutuelles professionnelles 17% et les mutuelles de type communautaire couvrant au premier franc seulement 4%.

[82] MSP, 2003, rapport d'évaluation finale du PDIS et des PRDS/PDDS 1998-2002

Tableau 18 : Répartition des mutuelles par région en 2003

Région	**Fonctionnelles**	**En gestation**	**En projet**	**En difficulté**	**Total**
Dakar	23	9	8	4	44
Diourbel	4	5	0	1	10
Kaolack/Kaffrine	8	1	1	1	11
Kolda/Sédhiou	0	0	1	0	1
Louga	6	2	0	0	8
St Louis/Matam	7	2	0	0	9
Tamba/Kédougou	1	1	2	1	5
Thiès	27	6	4	2	39
Ziguinchor	3	3	2	0	8
Fatick	3	1	0	0	4
Total	82	30	18	9	139

Source : Inventaire de la concertation en Afrique, 1997, 2000 et 2003

II.3.5 Une participation relativement importante des partenaires extérieurs

Les bailleurs de fonds étrangers, aussi bien gouvernementaux que non-gouvernementaux participent de manière active dans la consolidation des dépenses de santé. Ils contribuent au financement des investissements en appuyant des projets de développement intégré ou en intervenant directement dans le secteur.

Le système de santé sénégalais, au regard des différentes formes de financement, est fortement dépendante du financement extérieur. 32% des dépenses de santé sont dérivés de ressources extérieures dont 45% exclusivement destinés aux dépenses non salariales. Cependant, les dépenses d'appui extérieur remettent en question la pérennité des actions conduites dans la mesure où l'analyse de la contribution des partenaires extérieurs montre une instabilité des flux d'une année à l'autre d'une part. D'autre part, la mise à disposition des ressources extérieures ne concerne que 50%

des prévisions de départ[83].

L'évolution des dépenses de santé au Sénégal a connu une progression significative dans le souci de permettre une meilleure accessibilité aux soins de santé. Toutefois, il reste beaucoup de chemin à parcourir dans la rationalisation des dépenses de santé et le rééquilibrage du partage des ressources entre les zones les plus pauvres et qui en ont le plus besoin et les grandes villes. La région de Kolda est dans la catégorie des régions pauvres et oubliées dans les efforts tendant soutenir l'accès aux soins équitable.

Conclusion partielle

Le tableau de l'offre de soins à Kolda fait ressortir des carences notables et des disparités selon les zones rurale ou urbaine. Les chiffres dont nous disposons sur l'offre de soins très inférieurs aux normes de l'OMS. Il va de soi que cette mauvaise desserte (ressources matérielles) et densité médicale (ressources humaines) constitue un frein à la bonne santé de la population quand on sait que la région de Kolda constitue un espace de rencontre sous régional qui fait que la fréquentation des structures sanitaires revêt un caractère international.

Plusieurs questions se posent :

Quelle est cette aire effective de recours aux soins ?

À quelles dynamiques tiennent-elles ?

Ces mobilités de santé ont-elles un caractère d'échange multilatéral entre les quatre pays ou sont-elles à sens unique ?

Nous tenterons d'y voir plus en profondeur dans l'analyse de l'aire effective de recours aux soins des structures de Kolda en analysant le volume d'activités des structures et l'origine des consultants.

[83] Le Programme de Développement intégré de la santé (PDIS) 1998- 2002 : Il s'agit de la phase 1 du PNDS (1998-2007) et 1er plan sectoriel du Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP) et de l'Etat : la santé a donc été prise comme champ d'expérimentation de l'approche programme ou SWAPS pour son extension dans tous les secteurs.

PARTIE III: CARACTERISATION DU RECOURS AUX SOINS EN HAUTE CASAMANCE : UNE AIRE DE RECRUTEMENT TRANSFRONTALIER

Introduction

Si l'évaluation de l'efficacité d'un système de santé tient d'abord de la qualité des soins proposés en termes de desserte et de densité médicale, elle demeure ensuite fortement liée au niveau de fréquentation et à l'étendue de la polarisation des infrastructures qui le compose. Le niveau de fréquentation, ou autrement considéré comme un indice de mesure du volume d'activités d'une structure de soins, est la traduction quantitative du recours aux soins. La polarisation renvoie à la capacité d'une infrastructure à attirer dans son sillage un territoire de demande, c'est l'espace sanitaire ou aire de recrutement qui peut être théorique ou effective. Ces deux éléments varient selon plusieurs paramètres dont le plus déterminant est l'accessibilité physique. Dans le cas du bassin de santé de la Haute Casamance l'accessibilité physique peut se concevoir, au regard des spécificités socioéconomiques locales, comme la réunion des facteurs distance/moyens de locomotion/état des routes/temps de trajet qui donne une appréciation de la jonction aisée ou non d'un point de recours aux soins. En conséquence, l'offre de service, le niveau de fréquentation et l'étendue de la polarisation façonnent, en symbiose, un paysage sanitaire dans lequel la loi de l'offre et de la demande en soins de santé se joue entre continuité et rupture. L'établissement du bassin de santé de la Haute Casamance s'inscrit dans cette logique territoriale fortement déterminée par la distribution spatiale des structures, l'accessibilité physique et les besoins de santé exprimés sans tenir compte des limites frontalières. Ainsi, les mobilités de soins s'opèrent dans un contexte global où le système de santé publique, comme propriété exclusive (dans sa conception *ipso facto*) d'un Etat et destiné aux seuls nationaux, devient obsolète. La notion de frontière perd de sa substance et renvoie plus à une limitation imaginaire, elle-même appréciée au gré de la manière dont les populations vivent l'espace.

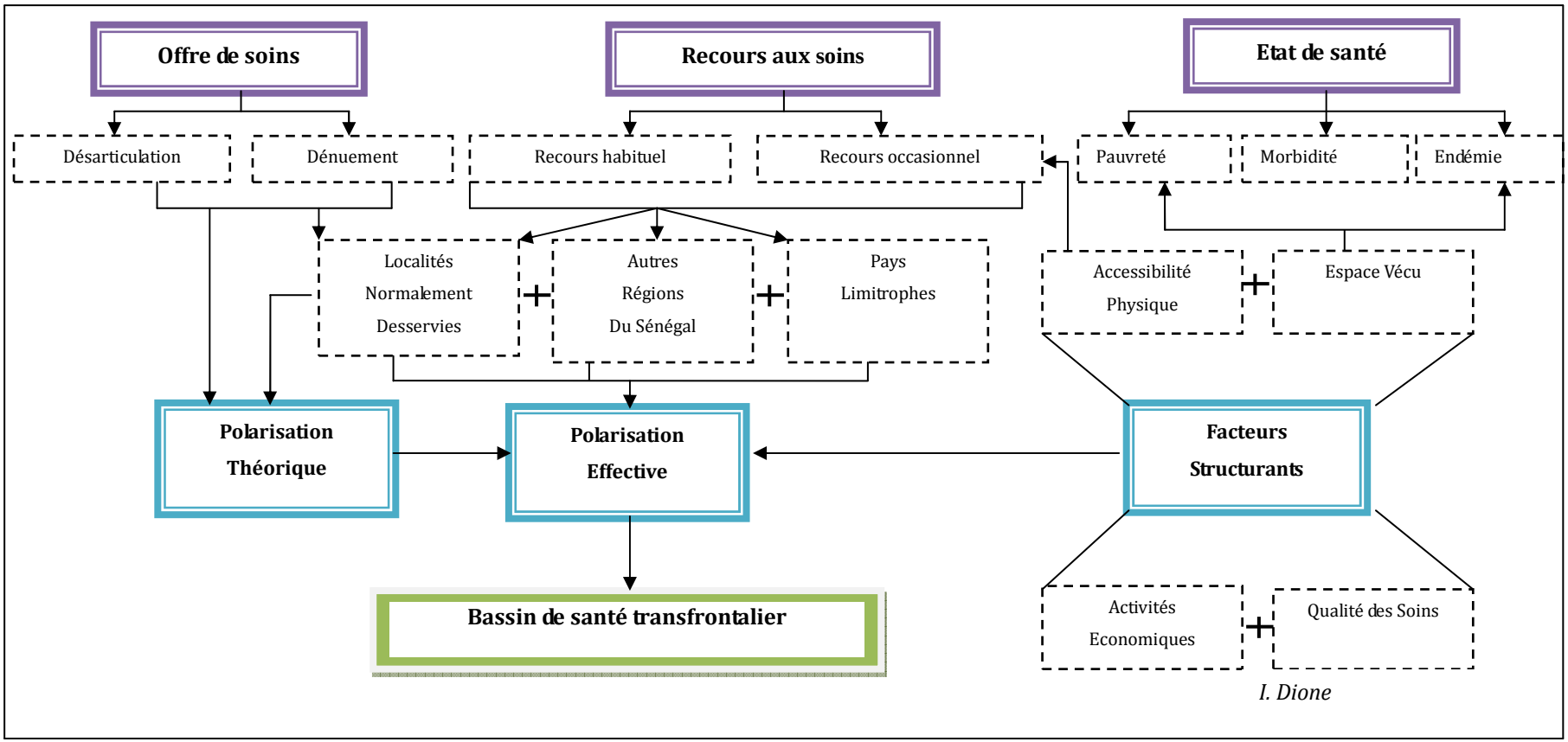
Dans l'exemple du bassin de santé de la Haute Casamance, il se tisse un maillage complexe au cœur duquel une dualité émetteur/récepteur détermine les liens socio-sanitaires et spatiaux dans un territoire couvrant quatre Etats. Les zones les mieux dotées en infrastructures acquièrent le statut de pôle de convergence en drainant des populations de tous horizons et dans la limite d'une accessibilité optimale. Cet appel

des flux sanitaires tient de la qualité des soins dans un cadre général de dénuement sanitaire des localités émettrices et d'offre de soins relativement acceptable des structures réceptrices.

Cependant, on ne peut considérer que la constitution du bassin de santé frontalier soit exclusivement conditionnée par l'accessibilité physique, dans le sens où elle détermine les dynamiques de recours aux soins dans l'orientation et le choix du lieu. Les relations de tout ordre que peuvent entretenir les populations de part et d'autre des frontières, et notamment dans la situation de porosité des barrières étatiques, tendent à définir des flux plus marqués vers certaines zones que d'autres. L'existence d'un système d'échange mis en place par le vécu historique et économique de l'espace fonde également des relations d'interconnexion de manière régulière et détermine fortement les mobilités de soins. La considération de la notion de frontière dans l'imaginaire populaire reste immuable en ce sens que les populations la perçoivent comme elles l'ont toujours vécue dans le passé. Les relations tissées par le brassage, tendant à une homogénéisation ethnique[84], et les échanges socio-économiques, favorisant un incessant déplacement pour commercer, sont les seules réalités valables dans la circulation des biens et des personnes (*cf. Schéma 10 page 141*).

[84] La barrière de la langue n'existe pas réellement dans le bassin de la Haute Casamance ; chaque ethnie maîtrise la langue de l'autre et toutes se retrouvent dans la langue officielle, le français. Par ailleurs la langue wolof est devenue sans conteste la première langue de communication surtout avec la tenue des loumo.

Schéma 10: Dynamique de constitution du bassin de santé de la Haute Casamance



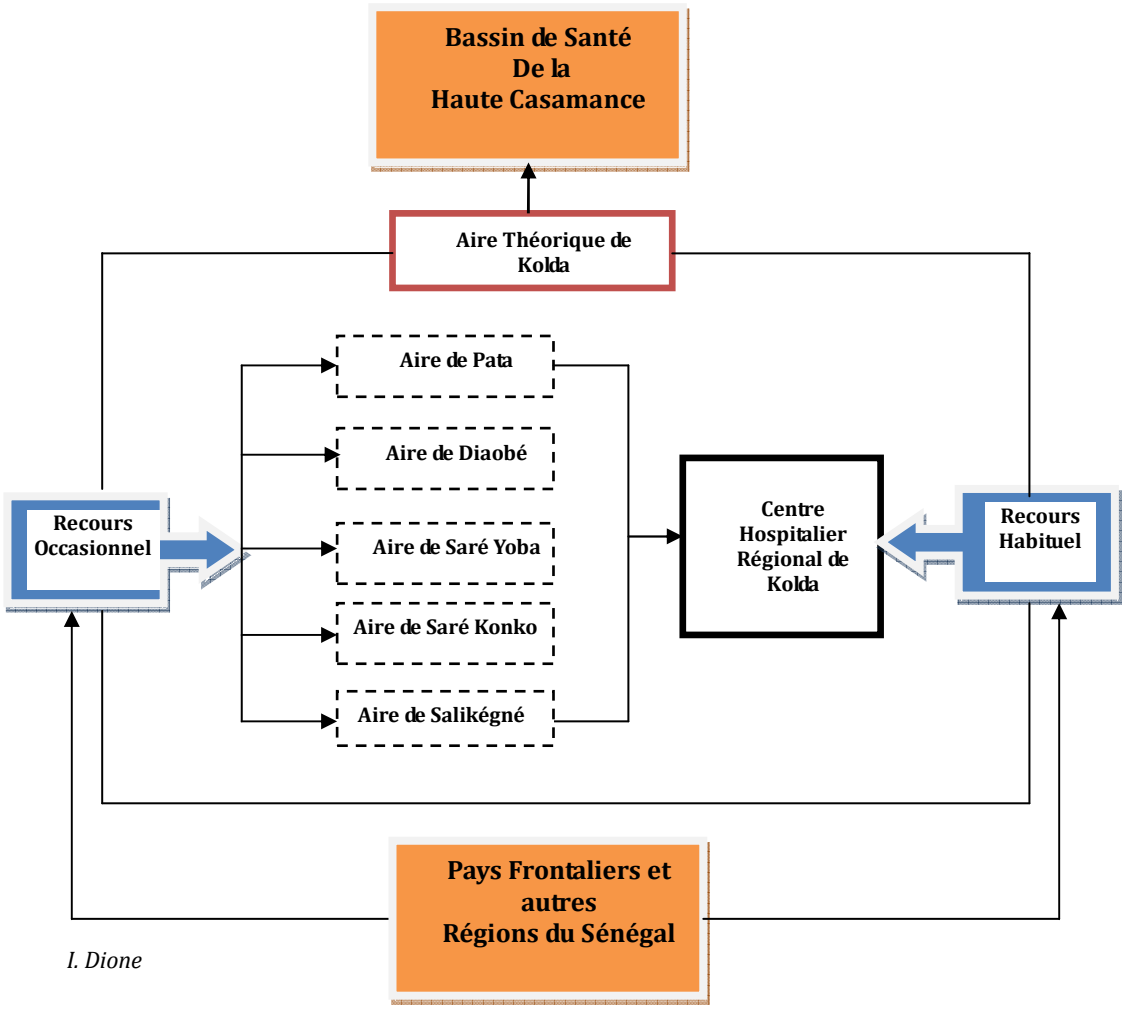
Dans l'optique de ce scénario d'ensemble, cette partie de notre travail de recherche est consacrée dans un premier temps à l'étude du recours aux soins dans le bassin de santé de la Haute Casamance et les mobilités de soins aux quelles sont soumises les populations. Il s'agit, dans ce sens, de spatialiser les paysages sanitaires dans cet ensemble en procédant à une détermination du volume d'activités et de la polarisation effective de chaque structure sanitaire choisie. Ensuite, il nous appartiendra d'apporter des éléments de réponse à cette dynamique transfrontalière. Nous portons ainsi un regard sur les schémas de recours aux soins autour des structures sanitaires de Kolda à travers les cas du centre hospitalier régional et de certains postes de santé périphériques. Ainsi, une analyse spatiale est privilégiée sur l'origine des consultants. Cette démarche permet de cerner la polarisation effective des structures de soins dans l'espace transnational et les variations dans le choix du lieu de recours en fonction des facteurs cités précédemment. Le choix de ces localités répond à un cadre physique de recherche que nous avons établi à partir d'unités spatiales ciblées conformément à notre méthodologie de travail. Le procédé utilisé se caractérise par une typologie des unités spatiales en intégrant des critères qui permettent de faire un maillage où sont définis les mobilités de santé et les axes de convergence du recours aux soins dans le bassin de santé. Cette catégorisation a permis d'axer nos recherches sur des localités spécifiques et incontournables dans la détermination de l'orientation du recours aux soins. Ces critères sont définis sur la base des réalités de l'organisation territoriale administrative, du contexte socio économiques avec les flux engendrés, de l'accessibilité physique des structures de soins de part et d'autre des frontières au-delà de l'organisation des systèmes nationaux de santé des pays constituant le bassin de santé.

Si nous concevons a priori le bassin de santé frontalier sous une vision globale, il n'en demeure pas moins que dans cet ensemble il existe *a posteriori* plusieurs bassins de santé construits autour de localités attractives. Ces dernières portent une marque structurante des relations diverses entretenues et vécues spontanément par les acteurs de la vie socio économique sans considération des barrières étatiques. Ainsi, Les choix sont portés sur la capitale régionale Kolda avec la structure de soin de référence tertiaire que constitue le Centre Hospitalier Régional de Kolda (CHRK) ; les zones frontalières avec villages à cheval sur la frontière comme Salikégné et Saré Konko ; les zones frontalières avec tenue de *loumo* comme Saré Yoba et Pata ; les

zones abritant des *loumo* hors zones frontalières comme Diaobé**.**

Cette typologie spatiale du recours aux soins permet de définir physiquement le bassin de santé transfrontalier et d'élaborer un maillage des mobilités de santé. Cette compréhension physique des mobilités de soins consacre l'analyse des déterminants du recours aux soins contribuant à dessiner les contours des aires inter frontalières de recours aux soins.

Schéma 11 : Bassin de santé de la Haute Casamance



Suivant la logique de desserte médicale préconisée par l'organisation du système de soins à l'ensemble des pays du bassin de santé de la Haute Casamance, la région médicale doit être dotée d'une structure de niveau tertiaire. Cette dernière chapeaute l'ensemble des autres structures de niveau secondaire et primaire. Ainsi, Kolda (région médicale) est polarisée par un Centre Hospitalier Régional: le CHRK. Il en est de même des régions frontalières de Bafata en Guinée Bissau et de Bansang en

Gambie qui en sont dotées. Ces hôpitaux régionaux jouent également le rôle de structures centralisatrices du recours aux soins dans le bassin de santé de la Haute Casamance. Ils entretiennent ainsi autour de leur zone d'influence une multitude de flux de population d'origine très diversifiée dont les sollicitations relèvent de la qualité des soins offerts. Ces mobilités de soins s'effectuent dans un cadre territorial caractérisé par un jeu de continuités et de discontinuités construit en rapport avec l'établissement de zones sanitaires de premier contact. Ces dernières dominent chacun un territoire sanitaire qui s'intègre dans le système global de polarisation du bassin de santé de la Haute Casamance. Si leur rôle principal est d'assurer les soins de santé de base à la périphérie, elles sont également les principales pourvoyeuses de patients vers les établissements de niveau tertiaire ou secondaire comme les hôpitaux régionaux ou les centres de santé conformément à la stratégie de référence sanitaire. Ainsi à Kolda, le CHRK est le réceptacle de flux de patients d'une provenance très diversifiée dans une logique de parcours de soins qui commence à partir des postes de santé périphériques. La dynamique du recours aux soins autour du CHRK est le facteur structurant d'un vaste ensemble territorial qui comprend quasiment toute l'Afrique extrême occidentale (Sénégal, Gambie, Guinée Bissau et Guinée) avec des émissions plus marquées de la Guinée Bissau et dans une moindre mesure de la Gambie et de la Guinée.

Dans la pratique du recours aux soins autour du CHRK, nous pouvons distinguer une réalité à double tenant qui est également valable pour les structures sanitaires régionales des autres pays.

D'une part un **recours aux soins habituel** caractérisé par :

- l'utilisation de la population koldoise à laquelle cette structure est théoriquement destinée
- La sollicitation aux soins faite de manière ponctuelle avec un besoin exprimé par les accidents de la route nécessitant une intervention sérieuse en urgence hors de sa zone de couverture.
- Toutes prises en charge médicale (nécessitant une urgence ou non) qui concernant une minorité aisée des pays limitrophes dont le choix est toujours porté sur la qualité des soins dispensée quelle que soit la desserte proposée au niveau local.

D'autre part, on peut constater un **recours aux soins occasionnel** motivé par :

- la présence de personnes non prévues lors des marchés hebdomadaires et qui en

jouissent pour la qualité des soins dispensés.

- la nécessité d'évacuer des patients à partir de la périphérie quant les structures sollicitées auparavant ne peuvent pas assumer les interventions.
- les visites familiales qui le plus souvent constituent une opportunité de solliciter la structure de la localité de destination.

Dans les deux réalités, la frontière ne constitue pas une barrière au choix porté sur le lieu de recours aux soins. Seule l'appréciation de l'offre de soins associée à l'accessibilité physique et l'espace vécu déterminent les mobilités de santé.

La portée de l'analyse de tous ces facteurs s'imbriquant pour déterminer la polarisation effective, nécessite de prime abord une réflexion sur l'offre de soins du CHRK, autour de laquelle s'organise la polarisation sanitaire de la Haute Casamance, et la situation sanitaire vue sous l'angle purement médical avec la prévalence des pathologies.

III.1 Polarisation du Centre hospitalier Régional de Kolda: une attractivité relative à la qualité des soins

Photo 8 : Centre Hospitalier Régional de Kolda au Sénégal



III.1.1 Contexte sanitaire du Centre Hospitalier Régional de Kolda

Le CHRK offre l'exemple typique d'une polarisation transfrontalière à la hauteur de son plateau technique qui est relativement élevé par rapport aux structures de soins de la Haute Casamance. De rang établissement public de santé de niveau II[85] (mis en service en 2002), il offre une gamme relativement élargie de prestation en médecine générale, chirurgie générale, gynécologie obstétrique, pédiatrie, service d'urgence et de réanimation, ophtalmologie, odontostomatologie *etc*. Cette offre de soins, bien qu'en dessous des normes préétablies[86], place le CRHK dans le groupe des structures les plus performantes avec les centre hospitaliers régionaux de Ziguinchor et de Tambacounda.

[85] Dans la pyramide sanitaire du Sénégal, l'EPS II correspond au niveau tertiaire où le niveau d'offre de soins est le plus élevé de la région médicale

[86] L'efficacité d'un système de soins ne se mesure pas uniquement à la satisfaction de normes préétablies mais aussi et surtout la capacité de répondre aux besoins de soins suivant les réalités de recours aux soins dans l'espace de polarisation.

Tableau 19 : Offre de soins du centre hospitalier de Kolda

Desserte et Densité Médicale	**Nombre**	**Ratio**
Médecins	13	1/42 593
Techniciens Supérieurs de la santé	9	1/61 523
Infirmiers	16	1/34 606
Sages-femmes	6	1/92 284
Lits	143	1/3 872
Bloc opératoire	1	1/553 708
Laboratoire	1	1/553 708
Radiologie	1	1/553 708
Banque de sang	1	1/553 708
Pharmacie	1	1/553 708

Source : Centre Hospitalier Régional de Kolda - 2010

Il attire ainsi des populations d'une origine très diversifiée suivant un rayon qui dépasse largement sa couverture théorique qui est la région administrative de Kolda. La particularité de l'attraction de la région médicale de Kolda tient de sa situation géographique qui lui confère une position carrefour où l'hôpital rayonne dans un « *hub sanitaire »*[87] constitué de quatre Etats composant le bassin de santé de la Haute Casamance. Toutefois, cette couverture transfrontalière favorise en même temps une forte affluence dont la conséquence est la saturation de l'offre de soins. Cette situation se complique avec l'absence d'un hôpital de ce niveau dans la région de Sédhiou[88] et d'un centre de santé dans le département de Médina Yoro Foula[89]. Ainsi, l'offre de soins de la région médicale est exclusivement centrée sur le CRHK. Cette situation va à l'encontre de l'exigence de la carte sanitaire sur la distribution spatiale des structures de soins et instaure un déséquilibre dans les dynamiques de polarisation. C'est ce déséquilibre qui engendre une rupture de desserte théorique et complique l'application de la santé de proximité comme le suggère la stratégie des

[87] Définition qu'on peut donner à un bassin de santé de grande envergure ; Audrey Bochaton dans « construction d'un espace sanitaire transfrontalier : le recours aux soins des laotiens en Thaïlande – 2009.

[88] Anciennement département de Kolda, érigé en région en 2008 théoriquement doté d'un centre régional hospitalier.

[89] Ancien arrondissement de Kolda, promu en département en 2008 normalement desservi par un centre de santé.

soins de soins primaires. A cela il faut ajouter d'autres facteurs externes qui interagissent pour déterminer des trajectoires de recours aux soins qui se joignent au CRHK. Parmi ceux-ci, on peut souligner le système de santé de la Guinée Bissau en faillite depuis 1998 en cause la guerre civile qui a favorisé la destruction de plusieurs structures de soins périphériques. Par ailleurs, on note également l'augmentation de la population koldoise par une forte croissance naturelle (3% d'accroissement naturel) et un déplacement massif de réfugiés (à ce jour non évalué puisque les populations ont été souvent reçues par des familles).

Cette carence (absence de structures renforçant le CHRK) préoccupe aussi dans la mesure où le bassin de santé de la Haute Casamance est au cœur d'une zone endémique où la morbidité reste élevée par rapport à certaines pathologies comme le paludisme et les maladies diarrhéiques. Les deux représentent 32% des consultations dans l'échantillon concernant le volume d'activité et la prévalence des pathologies à l'hôpital régional de Kolda. Les affections non classées font l'objet de plus de consultations et d'actes médicaux avec une fréquence de 59%. Il s'agit des interventions comme les actes chirurgicaux, ophtalmologiques, dentaires, les accouchements à risque etc. La fréquence de chacun de ces dernières pathologies n'est pas évaluée individuellement dans la fiche de collecte des données sanitaires. Elles sont groupées dans la rubrique, autres affections non classées, suivant une grille de classification méthodologique. Elles concernent le plus souvent un recours pour des soins que seul l'hôpital régional est en mesure de traiter et dont les patients sont référés de la périphérie où ces spécialités n'existent pas.

Tableau 20 : Prévalence des pathologies selon la consultation dans l'ensemble des unités spatiales

Hôpital de Kolda

pathologies	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	19	4,7%
paludisme	110	27,0%
tuberculose	0	0,0%
malnutrition	0	0,0%
méningite	0	0,0%
rougeole	0	0,0%
maladies appareil digestif	21	5,1%
IST	2	0,5%
Autres affections non classées	241	59,1%
IRA	15	3,7%
TOTAL OBS.	**408**	**100%**

Toutes les unités spatiales réunies

pathologies	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	21	1,0%
paludisme	876	43,5%
tuberculose	6	0,3%
malnutrition	3	0,1%
méningite	0	0,0%
rougeole	0	0,0%
maladies appareil digestif	105	5,2%
IST	20	1,0%
Autres affections non classées	793	39,3%
IRA	192	9,5%
TOTAL OBS.	**2016**	**100%**

Source : Enquêtes socio sanitaires des structures de soins de nos unités spatiales à l'aide des fiches de collecte 2009-2010 - La rubrique non réponse concerne les pathologies qui ne sont pas renseignées

Dans l'échantillon total, incluant les zones périphériques néanmoins, la prévalence du paludisme atteint presque 43,5 %. Cette fréquence est fortement dépendante de la mauvaise qualité de vie en milieu rural. L'absence d'un assainissement idoine favorise les conditions de développement des vecteurs de ces maladies. Mais plus que tous autres facteurs c'est la désertification sanitaire de ces zones qui ne permet pas une offre adéquate face à une accessibilité physique réduite.

Concernant les affections liées à l'appareil digestif, elles présentent une prévalence moindre dans les deux exemples. Cette situation trouve son explication dans le fait qu'elles font moins l'objet d'une consultation en milieu rural avec en alternative un choix porté sur la médecine traditionnelle. Une faible fréquentation ne traduit pas forcément l'absence de maladie. Elle peut être la conséquence d'une sous utilisation des structures de soins résultant de l'inaccessibilité physique et/ou financière. Elle peut aussi être largement dépendante des habitudes de recours aux soins selon la pathologie et les préjugés que les patients peuvent se faire sur son origine. Dans ce cas de figure, les populations rurales ont tendance à se tourner vers la médecine traditionnelle. Cette médecine prend une place importante dans le recours aux soins en Haute Casamance. Même si elle ne fait pas aujourd'hui l'unanimité dans l'efficacité des prestations proposées par les guérisseurs, elle joue psychologiquement un effet positif sur la santé des individus qui la sollicite. Dans ce sens aujourd'hui la médecine douce attire de plus en plus de monde dans le traitement de ce qu'on peut appeler les « *maladies de l'esprit* » comme le stress. Toutefois, à nuancer avec les pratiques traditionnelles qui parfois tendent à prétendre éradiquer des maladies comme le VIH. Cette tendance aujourd'hui d'actualité en Afrique de l'Ouest n'est plus ni moins synonyme d'aggravation de ces maladies en ignorant les antirétroviraux qui sont les seules sources d'inhibition du virus du VIH à ce jour. Cette utilisation de la médecine traditionnelle sur d'autres maladies comme le paludisme pose également problème. Si dans le bassin de santé de la Haute Casamance, le paludisme fait beaucoup plus l'objet de sollicitation à la médecine moderne, il n'échappe pas à un recours aux soins orienté vers la médecine traditionnelle.

La large campagne portant sur sa dangerosité, les stratégies de prévention et l'introduction de test comme le frottis-goutte épaisse[90] encourage les populations à se tourner vers la médecine moderne. Mais toujours est-il que les croyances subsistent sur la considération mystique de l'évolution de cette maladie. Au stade de délire, elle est considérée comme relevant de forces surnaturelles et la guérison ne pouvant advenir que par la méthode traditionnelle. C'est en partie la cause des décès liés à l'accès pernicieux palustre[91] dont le traitement ne se fait pas souvent à temps à cause de la primauté d'un traitement traditionnel et qu'on le rappelle n'est toujours pas efficace concernant l'éradication du paludisme.

Tableau 21 : Type de recours aux soins

Type de recours aux soins	**Nb. Cit.**	**Fréquence**
Non réponse	1	0,70%
Médecine moderne	148	97,40%
Médecine traditionnelle	34	22,40%
Automédication	7	4,60%
Total	152	

Question à choix multiple avec plusieurs réponses possible
Source : enquêtes socio-sanitaire 2009-2010

Encadré 2 : Appréciation du type de recours aux soins selon le cas d'affection

> *« Je suis persuadé que le meilleur choix reste la médecine moderne. Mais il existe des réalités qui font que la médecine moderne ne vient pas à bout de certaines maladies. Dans ces cas on se tourne vers la médecine traditionnelle. »*
> *Cheikh Baldé, habitant de Pata*

Source : enquêtes socio-sanitaire 2009-2010

[90] Le test du frottis-goutte épaisse est utilisé pour faire rapidement le diagnostic de paludisme et mettre en route le traitement adapté sans tarder. Une goutte de sang prélevée au bout du doigt du malade est étalée sur des lames de verre. La différence entre le frottis (mince) et la goutte épaisse est dans l'épaisseur de l'étalement de la goutte de sang sur la lame. Le but est de visualiser les plasmodiums, de les compter, de déterminer l'espèce responsable de l'accès palustre.

[91] accès pernicieux palustre autrement appelé neuro-paludisme s'observe chez des sujets non immunisés atteints du paludisme classique tardivement traités comme les jeunes enfants, expatriés, sujets vivant en zone d'hypoendémie. La physiopathologie de cette forme grave de paludisme reste mal connue, malgré de nombreuses recherches.Ce tableau représente une souffrance multiviscérale, en particulier cérébrale, rénale et hépatique.

III.1.2 Aire effective de polarisation du CHRK

Nos enquêtes socio sanitaires ont permis de mesurer l'importance et la polarisation effective de cette structure qui draine des patients non prévus. La dynamique de recours aux soins implique des taux de fréquentation différents (pour les localités polarisées) en fonction de la proximité, du dénuement sanitaire dans le quel se trouvent les zones émettrices de consultants. Elle tient également des mobilités liées aux flux économiques vers la région de Kolda, de l'homogénéité socio-spatiale mais surtout de la qualité des soins proposés.

Cependant, le volume d'activités de cette structure n'est pas réellement mesuré dans la collecte de données officielles. Le système d'information sanitaire ne permet pas de retracer les trajectoires physiques ni les parcours de soins (dynamique de référence d'une structure de la base à une structure de rang supérieur dans la desserte médicale). Néanmoins, c'est la seule structure de la région qui relève, dans ses registres de tri, l'origine étrangère des consultants même si cela est fait de manière inachevée et discontinue dans le temps. La tarification des prestations est différente selon qu'on soit sénégalais ou étranger pour le CHRK. La participation est normalement plus importante pour les personnes qui viennent des pays voisins. Cette différenciation de participation aux frais médicaux n'est pas appliquée dans les structures de soins secondaires et primaires. En effet, la contrepartie financière exigée aux patients dans ces structures est homogène quelle que soit l'origine.

Déjà en 2003, un an après sa mise en service, le premier rapport d'activités semestriel du CRHK faisait état d'une forte fréquentation de population venant principalement de la Guinée Bissau et d'autres lieux non prévus.

Tableau 22: Répartition des malades hospitalisés en Chirurgie selon la provenance : 1er semestre 2003

Provenance	Dpt de Kolda	Dpt de Sédhiou[92]	Dpt de Vélingara	Guinée Bissau	Autres lieux non prévus[93]	Total
Nombre	85	26	35	21	115	282
%	30%	9%	13%	8%	40%	100%

Sources : rapport d'activités du premier trimestre 2003 - hôpital régional de Kolda

[92] Ces données statistiques de 2003 prends en compte le département de Sédhiou érigé en 2008 en Région et le département de Médina Yoro Foulah alors arrondissement est inclus dans le département de Kolda

[93] Renvoient aux autres régions du Sénégal, à la Gambie, à la Guinée etc.

Tableau 23: Répartition des malades hospitalisés en Médecine selon la provenance : 1er semestre 2003

Provenance	Dpt de Kolda	Dpt de Sédhiou	Dpt de Vélingara	Guinée Bissau	Autres lieux non prévus	Total
Nombre	157	20	37	36	123	373
%	42%	5%	10%	10%	33%	100%

Sources : rapport d'activités du premier trimestre 2003 - hôpital régional de Kolda

Toutefois, c'est le premier et le dernier rapport enregistré par le service de collecte de l'information du CRHK. Pourtant, cette origine est mentionnée dans les registres de consultations quand elle est déterminée. Cela pose un réel problème dans la quantification officielle du volume d'activités et de la polarisation effective de la structure d'une part. D'autre part, les données officielles existantes ne permettent pas de mesurer le parcours de soins des patients étrangers. Ces derniers dissimulent assez souvent aux structures d'accueil leur point de départ si c'est de l'autre côté de la frontière. Par ailleurs, dans la plupart des cas, la première structure périphérique de contact ne fait pas mention dans les registres et rapports d'activités des patients conseillés à voir les structures plus performantes comme le CRHK.

C'est sans doute un des sérieux handicaps de fonctionnement des structures de soins du bassin de santé de la Haute Casamance sur lesquels bute la rationalisation de la politique sanitaire. C'est également l'une des raisons pour lesquelles la carte sanitaire met uniquement en avant la satisfaction des normes théoriques de desserte. Elle ignore ainsi le volume d'activités réel[94] des établissements de santé dans l'espace et ne peut pas donner une appréciation précise des besoins en soins de santé. Dans ces cas de dysfonctionnement, il est aussi quasiment impossible de mesurer l'impact de la fréquentation étrangère. Celle-ci ne peut être ignorée dans les stratégies de développement sanitaire pour tous les pays du bassin de santé de la Haute Casamance. C'est autant valable pour les localités réceptrices que pour celles émettrices.

Dans le premier rapport semestriel, on relevait que presque la moitié (48%

[94] Le volume d'activité réel prend en compte les patients provenant des localités non prévues alors que dans la politique sanitaire traduite par la carte sanitaire, c'est la desserte théorique (qui correspond aux limites administratives) qui permet d'évaluer les besoins de santé.

originaires de Guinée Bissau et d'autres lieux non prévus) des malades hospitalisés en Chirurgie provenant de zones non prévues pour l'offre de soins de l'hôpital. La répartition des malades hospitalisés en Médecine abonde dans le même sens avec une fréquentation hors zone de 43%. Toutefois, ces données ne traduisent pas effectivement la réalité du recours aux soins transfrontalier dans la mesure où, rappelons-le, l'origine n'est toujours pas identifiée. Les consultants étrangers ont, dans la majorité des cas, des points de chute au Sénégal par le biais d'une partie de la famille installée sur place. Aussi, l'homogénéité ethnique de part et d'autre des frontières et la porosité de ces dernières rendent encore plus difficile cette identification. Dans cette logique, on ne peut pas porter une différenciation précise tant les échanges sont permanents et la barrière linguistique inexistante. L'exigence de la pièce d'identité ou de toute autre forme d'identification par la nationalité n'est pas soumise aux patients et ces derniers peuvent être soignés quelle que soit la provenance. C'est l'une des contradictions de la politique consistant à spécifier la contrepartie financière des étrangers normalement plus importante que celle des nationaux. L'hôpital compte ainsi sur la bonne foi des patients étrangers pour appliquer la grille tarifaire des sollicitations qui leurs sont soumises et en même temps déterminer la fréquentation étrangère. Par ailleurs l'absence d'un régime de sécurité sociale élargie à toutes les couches de la population limite les moyens de contrôle.

Pour avoir une quantification beaucoup plus précise, nous avons porté un intérêt à exploiter les registres et procéder à identifier l'origine des patients. Ces enquêtes sont complétées par un entretien direct avec les patients étrangers trouvés dans les structures ou ceux rencontrés dans nos unités spatiales et qui ont eu à les solliciter dans le passé. Cet entretien nous a permis d'avoir une appréciation plus clarifiée sur la provenance et les motivations des patients étrangers quant aux sollicitations en soins de santé modernes dans les structures de soins de Kolda.

Les résultats traduisent toutefois la même tendance avec cependant une origine beaucoup plus diversifiée.

Tableau 24: Origine des patients fréquentant l'hôpital régional de Kolda

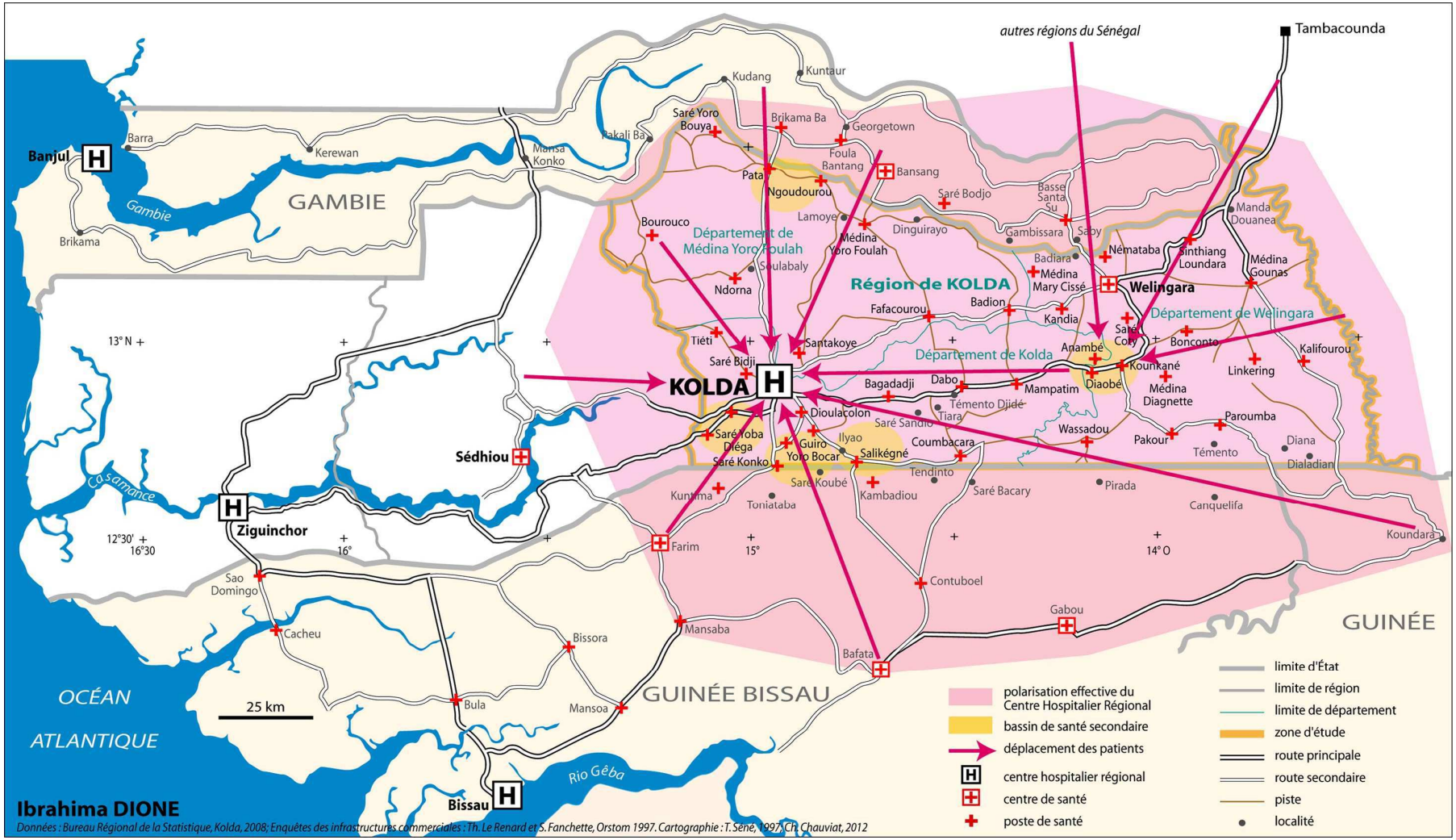
Origine	**nb. Cita.**	**Fréquence**
Kolda	182	45%
Guinée Bissau	119	29%
Guinée	40	10%
Vélingara	29	7%
Autres Régions du Sénégal	20	5%
Gambie	17	4%
Mauritanie	1	0%
Total	408	100%

408 : la part de l'hôpital régional dans l'échantillon calculée sur la base de sa représentativité sur l'ensemble des consultants
Source : enquêtes socio-sanitaire – 2010-2010

La synthèse des données recueillies suivant l'exploitation des registres, montre que le rayon effectif d'action de l'hôpital atteint les localités dans la zone frontalière des pays limitrophes comme la Gambie, la Guinée Bissau et la Guinée.

Les zones étrangères sont identifiées particulièrement en Guinée Bissau avec l'affluence de population venant de Pirada, Kambadiou, Saré Bakary, Toniataba, Saré Kobe, Farim, Kuntima et jusqu'à Bafata à l'intérieur.

Carte 12 : Polarisation effective du Centre Hospitalier Régional de Kolda



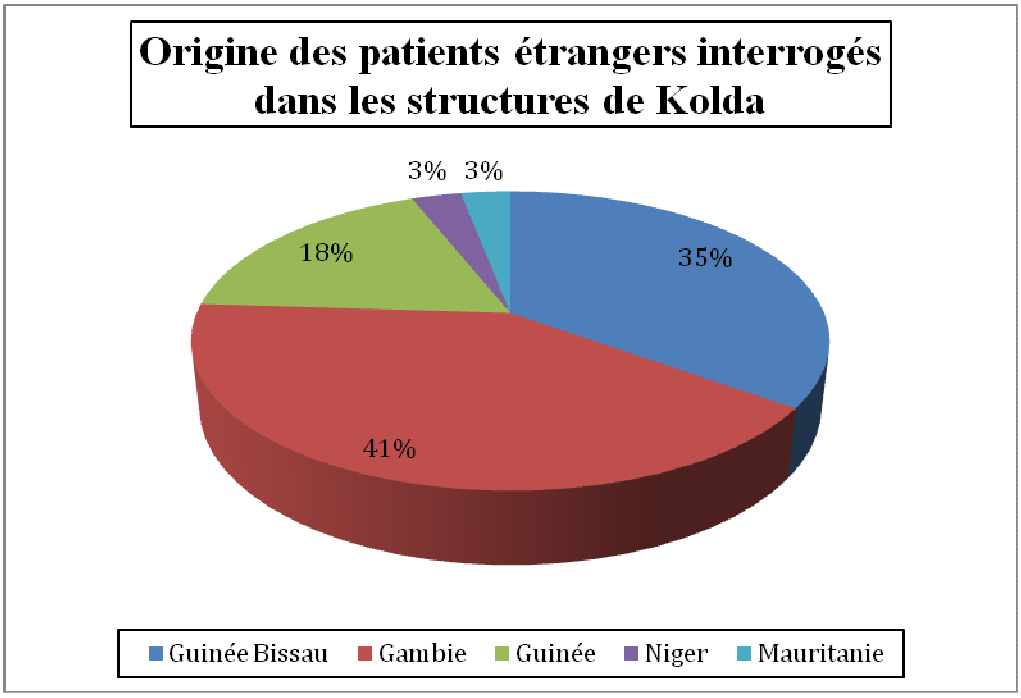
Ce recours aux soins est essentiellement déterminé par des recommandations à solliciter l'hôpital de Kolda de la part des structures intermédiaires. Parmi celles ci on relève Salikégné, Coumbacara et Saré Konko pour les patients originaires de Kambadiou, Saré Kobe, Toniataba, Saré Bakary, Kuntima et Saré Mali. Pour les zones émettrices comme Farim et Bafata la sollicitation aux soins de santé à Kolda est directe en ce sens que ces les localités abritent des structures relativement acceptables pour des soins de santé primaires. Il s'agit d'une attraction fortement déterminée par la qualité des soins et concerne une minorité capable de soutenir la contrepartie financière des soins, les frais de séjour et de transport.

Les localités gambiennes concernent surtout Gambissara, Saré Bodio, Foulabatang, Bassé Santa Su, Brikama Ba, Saby et Bansang dans une moindre mesure. Les structures « *tampon* » à la frontière sont Pata, Ngoundourou, Médina Yoro Foula et Némataba qui accueillent des patients gambiens venant des zones émettrices citées précédemment.

Pour la Guinée, la particularité des mobilités de soins vers le Sénégal ne concernent pas spécialement les zones frontalières mais surtout la classe aisée qui porte un choix de premier ordre sur la qualité des soins dispensés à Kolda. En effet, dans ce cas de figure l'accessibilité physique qui n'est pas optimale du fait de l'éloignement relatif des localités frontalières ne permet pas de faire le premier choix pour l'hôpital régional de Kolda. Koundara qui constitue la première ville guinéenne à la frontière avec le Sénégal est distante de 200 km de Kolda.

L'entretien réalisé au sein des structures et concernant les patients étrangers tend à confirmer les données précédemment évoquées. Cependant, ces données doivent être prises en compte avec précaution car elles résultent d'un entretien réalisé de manière ponctuelle lors de notre présence dans les structures de soins en direction des patients étrangers trouvés sur place. En d'autres termes cet entretien n'est pas réalisé suivant un échantillonnage et n'est pas étalé dans le temps pour une appréciation plus globale. Toutefois, on peut le faire prévaloir à titre indicatif d'autant plus qu'il a tendance à conforter l'exploitation élargie des données médicales que les rapports d'activités des services médicaux n'ont pas pu donner.

Graphique 4: Origine des patients étrangers interrogés dans les structures de Kolda



Sources : Enquêtes socio-sanitaires (entretien aux patients étrangers)2010-2010

Les résultats de l'entretien auprès des patients étrangers interrogés en décembre 2010, témoignent, de la plus grande affluence de populations venant de la Gambie avec une fréquence de 41%. La Guinée Bissau est également bien représenté (35%), devant la Guinée 18%. La fréquentation gambienne est largement imputable à la qualité des soins dispensés à Kolda. Les patients interrogés sont dans une logique de recours aux soins à l'hôpital de Kolda du fait de la large gamme de services proposés et plus particulièrement de la capacité des professionnels sénégalais à traiter au mieux certaines affections comme l'hypertension artérielle, les opérations chirurgicale, les dermatoses etc.

Si l'on considère l'accessibilité physique dans le territoire gambien pour les populations locales par rapport à leurs structures nationales de référence, celle-ci est relativement acceptable du fait de l'existence d'hôpitaux régionaux à la frontière d'avec le Sénégal comme celui de Bansang. Pour le choix du CHRK, les mobilités de soins s'effectuent en rapport avec la qualité des soins qui y sont dispensés et s'inscrivent dans un recours aux soins à la fois habituel et occasionnel avec comme catalyseur le poste de santé de Pata.

Le recours aux soins des populations Bissau guinéennes à Kolda obéit en même

temps à l'accessibilité physique et à la qualité des soins. Le système de soins de la Guinée Bissau est caractéristique d'une organisation sanitaire mal articulée dans un contexte de dénuement profond en matière de desserte médicale. Depuis la guerre civile de 1998, le pays est plongé dans une phase de reconstruction sans trop y parvenir. Plusieurs structures de soins ont été détruites pendant la guerre, surtout en périphérie. Par ailleurs les hôpitaux régionaux comme celui de Bafata qui essaient tant bien que mal à maintenir une offre de soins adéquate, n'est pas accessible pour les localités à la frontière avec le Sénégal. De plus le pays est plongé dans une instabilité permanente ponctuée de coups d'état et de mutineries. Les marges de manœuvre des régimes de gouvernement qui se sont succédé, sont réduites par l'absence de pérennité des mandats. Dans ces conditions, il s'avère difficile de mettre en place une projection de planification sanitaire à long terme. Des zones comme Kuntima, desservies par un poste de santé sans électricité ni médicaments à la hauteur de la demande, ne répondent pas à l'attente sanitaire des populations. L'alternative de recours aux soins transfrontalier constitue la solution pour ces populations pour se soigner d'autant plus que Kolda se trouve à 40 km. L'hôpital régional de Kolda offre ainsi à ces populations la possibilité de recourir aux soins de santé moderne pour les infections les plus aigues qui nécessitent souvent une hospitalisation et un suivi soutenu.

Photo 9 : Chaîne de froid et matériel utilisé - poste de santé de Kuntima en Guinée Bissau



Si le CRHK draine des patients de toute la sous région, sa zone de polarisation englobe des paysages sanitaires particuliers qui jouent un rôle « filtrant » dans les trajectoires de recours aux soins. Il s'agit de localités avec position géographique transfrontalière et dotées de structures de soins primaires comme Salikégné et Saré Konko.

III.2 Polarisation des postes de santé de Salikégné et Saré Konko : deux structures de soins accessibles de part et d'autre des frontières

Photo 10 : Poste de santé de Salikégné



Les mobilités de soins, construites autour de Kolda à travers la fréquentation du centre hospitalier régional, sont pour l'essentiel dépendantes de la qualité des soins qui y sont proposés. Le réseau de recours aux soins se tisse en répondant à une dynamique de sollicitation pour des soins de « haut niveau » que seul le CHRK offre dans un rayon d'accessibilité physique raisonnable[95]. Cependant, cette structure, qui constitue le dernier maillon de la chaine de référence sanitaire, est également le lieu de dernier recours après un parcours qui commence à la base de la stratification des soins de santé primaires.

Ainsi, d'autres localités jouent un rôle de premier contact et polarisent un bassin de santé en raison de la fonctionnalité de la structure dont elles disposent et de leur accessibilité physique. Dans cette logique de transversalité entre le socio-spatial et le

[95] Disponibilité de routes praticables et de moyens de transport pour un ralliement adéquat.

sanitaire, on observe plusieurs bassins de santé établis le long de la frontière. L'affluence de ces derniers est conditionnée par le vécu des liens historiques d'une part et d'autre part par l'accessibilité physique des structures desservant les Etats composant le bassin de santé de la Haute Casamance. Il s'agit là de considérer ce bassin de santé sous l'angle d'une discontinuité territoriale. Celle ci est largement tributaire de la configuration du système de soins définie suivant une distribution spatiale des structures. La structuration des territoires sanitaires s'effectue dans le contexte d'une satellisation conditionnée par la présence de pôles de convergences secondaires. Ces entités, fédératrices dans le recours aux soins, se sont ainsi érigées dans des zones stratégiques principalement aux points de passage frontalier. Même si elles ne jouent pas un rôle économique prépondérant dans les échanges car n'abritant pas de *loumo*, sur le plan sanitaire elles centralisent cependant dans le territoire bissau guinéen certains villages qui revêtent une importance économique. Ces derniers sont caractérisés par une attraction à travers les *loumo* qu'ils accueillent. Mais ils restent profondément noyés dans un dénuement sanitaire profond du fait de la désarticulation du système de soins de la Guinée Bissau et de l'inexistence de structures capables de résorber les besoins de santé des populations. C'est le cas de Kambadiou et Toniataba polarisés respectivement par Salikégné et Saré Konko.

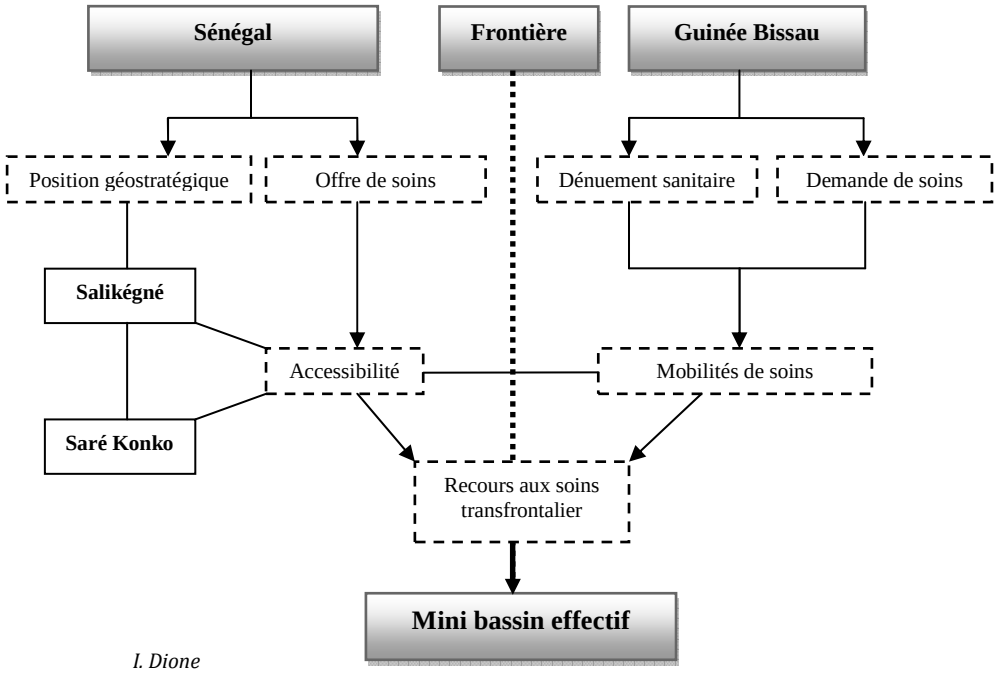
Les exemples caractéristiques de la situation ainsi décrite concernent principalement la commune de Salikégné et la communauté rurale de Saré Konko au sud de Kolda. De par leur localisation géostratégique (à cheval sur le Sénégal et la Guinée Bissau), elles ont une position privilégiée qui leur attribue le rôle de « localités relais » de part et d'autre des frontières. Sur le plan sanitaire, dotées d'un poste de santé, elles représentent également le premier maillon de la référence sanitaire depuis la base dans la stratégie des soins de santé primaires. Ainsi, elles polariseraient l'ensemble des villages le long de la frontière dans un rayon d'action de 20 km.

III.2.1 Desserte médicale, volume d'activités et polarisation effective des postes de santé de Salikégné et Saré Konko

L'offre de soins dans ces localités est caractérisée par une desserte primaire au cœur de la quelle la structure de référence est le poste de santé qui a sous sa coupole la maternité rurale et la case de santé. Cependant dans le cas de Salikégné et de Saré Konko il n'existe pas de maternité rurale ni de case de santé fonctionnelle. Le poste

de santé dirigé par un infirmier chef de poste assure les services de soins de base. Ainsi, la situation sanitaire est peu reluisante au regard de la desserte théorique avec un manque aigu de moyens matériels et humains. C'est dans ce contexte que s'effectue un recours aux soins subi par ces localités car présentant des services de santé relativement « acceptables »[96] dans un ensemble territoriale transfrontalier oublié du système de santé aussi bien de la Guinée Bissau que du Sénégal. Car le maillage territorial des deux pays ne couvre pas assez les espaces communs aux zones frontalières.

Schéma 12: Dynamique de polarisation des structures de Saliégné et de Saré Konko



La particularité de la dynamique de polarisation de Saliégné et de Saré Konko se trouve dans une contradiction entre l'espace vécu par les populations en termes de recours aux soins et l'espace organisé par les différents Etats en termes d'offre de soins. Les populations, de part et d'autre des frontières, s'intègrent dans un schéma typique de vécu spatial homogène où l'orientation du recours aux soins suit la logique de la recherche des meilleurs soins quelles que soient la provenance et la destination. Ainsi, elles ne s'associent pas au cantonnement théorique instauré par la fabrication de paysage sanitaire suivant les politiques de santé. Cela suppose d'une

[96] Dans une situation générale d'insuffisance en terme d'offre de soins, ces localités offrent le minimum et constituent la seule alternative pour les populations prévues ou non.

part une continuité dans la pratique du recours aux soins en relation avec l'appropriation de l'espace global au-delà des frontières. D'autre part une cassure s'observe sur les réalités officielles de desserte médicale centrées sur des politiques de santé identiques dans les principes d'organisation pour les deux Etats sans se retrouver sur une jonction au bout du quadrillage dans les espaces communs. La constitution de ces mini bassins de santé répond exclusivement à un contexte socio sanitaire qui façonne un paysage dans lequel l'accessibilité physique et la qualité des soins proposés définissent les mobilités autour des structures. En effet l'éloignement des structures de référence (concentrées en milieu urbain) par rapport à ces zones exclusivement rurales oblige la population à trouver des moyens de substitution en privilégiant logiquement les localités environnantes les plus pourvues comme Salikégné et Saré Konko. Ces dernières occupent une position géostratégique car se situant dans les points de passage frontaliers desservis en infrastructures routières avec une offre de soins relativement « acceptable ». Ils polarisent, en plus de leur aire théorique de recrutement, des zones émettrices de patients dont la demande est importante (en ce sens qu'elles constituent des polarités transfrontalières dans les circuits d'échanges économiques à travers les *loumo*) mais insatisfaite par le manque de structures adéquates. Cependant, l'important volume d'activité de ces structures du fait de l'apport de populations étrangères non prévues les précipite dans une faillite exacerbée par le manque de ressources, de personnel qualifié, de renouvellement des médicaments et d'une absence de fonctionnement formel des comités de santé à la charge de la gestion.

Photo 11: Salle d'hospitalisation du poste de santé de Salikégné



L'état inquiétant de la salle d'hospitalisation, dans une profonde insalubrité et de non respect des règles élémentaires d'hygiène médicale, montre la situation dans laquelle cette structure, qui attire des patients par la force du minimum offert, est soumise.
Ce poste de santé fait également partie d'un système général de santé mal articulé dans le sens de l'accessibilité physique à l'image d'une route de liaison chaotique et souvent impraticable en période de saison des pluies et une ambulance hors d'usage.

Photo 12 : Etat de la route desservant Salikégné à Kolda et son ambulance hors d'usage



Tableau 25: Desserte et densité médicale à Salikégné et Saré Konko

Désignation	**Nombre**		**Recours (km)**	
	Salikégné	Saré Konko	Salikégné	Saré Konko
Ambulance	1	0		25
Laboratoire	0	0	33	25
Lits	9	1[1]		
Médecin	0	0	33	25
Infirmier	0	0	33	25
Sage femme	1	0		25
Agents communautaire	7[2]	2[2]		
matrones	3	0		25

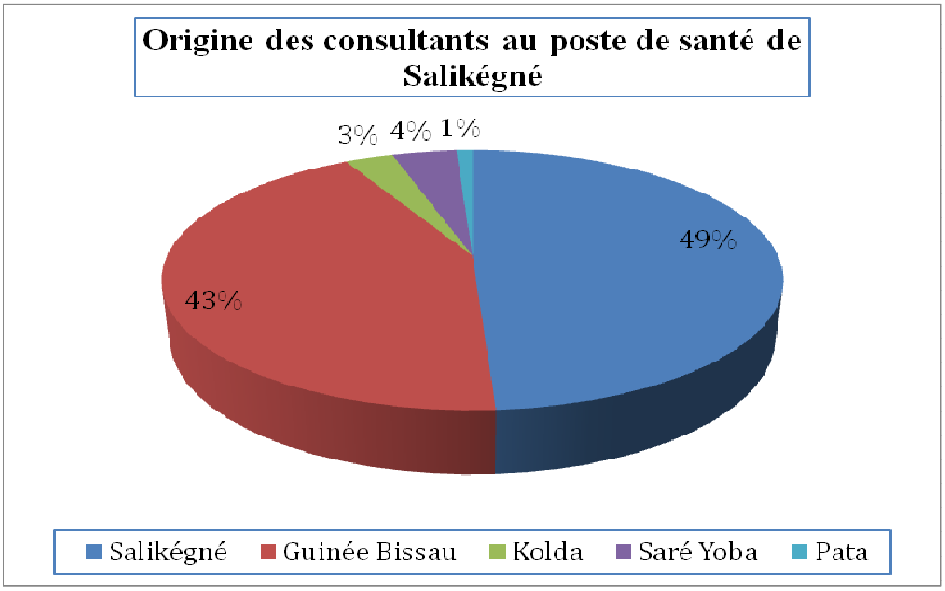
[1] lits fabriqués à l'initiative de l'infirmier chef de poste sans appui des pouvoirs publics
[2] fait référence aux professionnels engagés par le comité de santé qui est en charge de la rémunération
Source : entretien auprès de l'infirmier chef de poste 2009-2010

La densité médicale conforte le dénuement dans lequel est plongé le poste de santé. Sans infirmier, c'est une sage femme qui assure toutes les consultations prénatales, assiste les accouchements et s'occupe des consultations générales. C'est une surcharge de travail issue du désengagement de l'Etat au recrutement du personnel médical. Le comité de santé intervient en renforçant le dispositif par l'emploi de personnel communautaire. Mais le plus souvent c'est une main d'œuvre peu ou pas qualifiée.

Cependant, l'importance de ces deux postes de santé réside sans doute sur l'aspect de rapprochement des peuples de la Guinée Bissau et du Sénégal avec l'établissement d'un bassin de santé à cheval sur les deux pays. Les populations locales suivent une mobilité de soins en fonction des dispositions offertes par la desserte médicale quel que soit le pays d'origine. Mais la gestion concertée formalisée de cet espace de partage entre les planificateurs des différents Etats est absente des processus de développement sanitaire. Ces derniers sont souvent initiés de façon unilatérale par les pays.

Le volume d'activités des postes de santé de Salikégné et de Saré Konko montre une origine relativement diversifiée des patients. Hormis les populations normalement desservies suivant la polarisation théorique et conformément à la carte sanitaire, de nombreux patients traversent la frontière pour des soins de santé dans ces structures.

Graphique 5: Polarisation du poste de santé de Salikégné



Sources : collecte de données suivant les registres de tri du poste de santé de Salikégné – 2009-2010

Le poste de santé de Salikégné polarise effectivement un territoire incluant une partie de la Guinée Bissau et d'autres localités sénégalaise non prévues comme Kolda, Pata et Saré Yoba. Cette distribution spatiale des patients n'obéit pas forcément à la règle de l'accessibilité physique en ce sens que certaines localités comme Pata sont relativement éloignée. En effet, les patients originaires de Kolda peuvent bénéficier de soins adéquats au CHRK et au centre de santé. Ainsi, il s'agit plutôt d'une fréquention lié à la présence au *loumo* de Kambadiou en Guinée Bissau à 5 km de Salikégné.

Tableau 26 : Corrélation entre fréquentation des loumo et lieu de recours aux soins

Fréquentation *loumo* et recours aux soins	**Nb. Cita.**	**Fréquence**
Non réponse	29	19,10%
Oui	37	24,3
Non réponse	86	56,6
Total obs.	152	100%

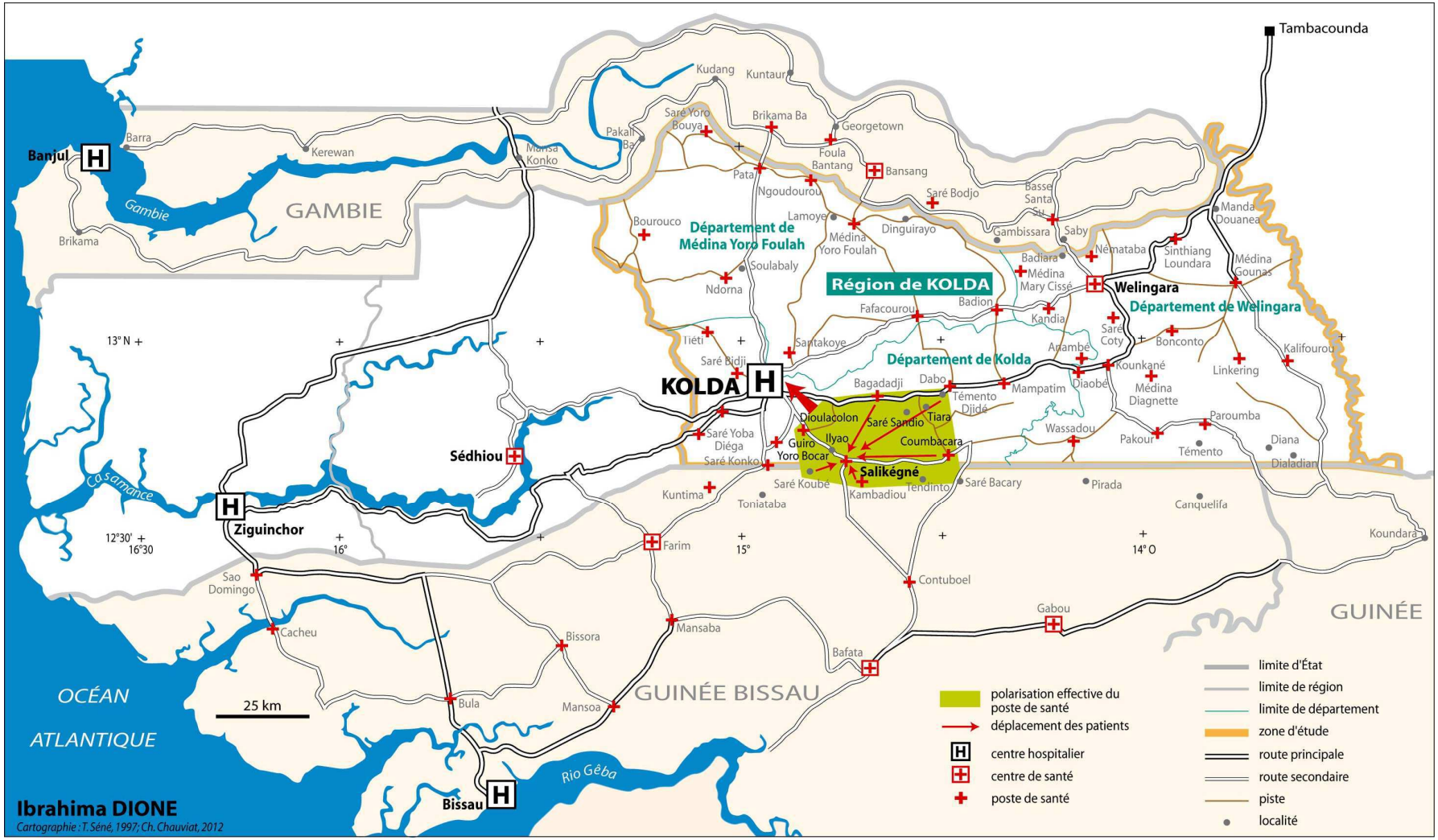
Source : enquêtes auprès des ménages 2010-2010

Tableau 27: Polarisation théorique et effective du poste de santé de Salikégné par localités

villages sénégalais		**villages Bissau guinéens**	
villages	distance	Villages	Distance
Saré Sissao	5 km	Tendinto	15 km
Sinthiang Souleymane	7 km	Soumboundou	12 km
Saré Mamadou	5 km	Kambadiou	2 km
Kamboua	4 km	Sinthiang Séni	7 km
Saré Bocar	7 km	Saré Bacary	4 km
Saré Gagna	8 km	Saré Koube	5 km
Iliao	7 km	Sinthiang Ndiaye	8 km

Sources : Entretien auprès du personnel soignant – 2009-2010

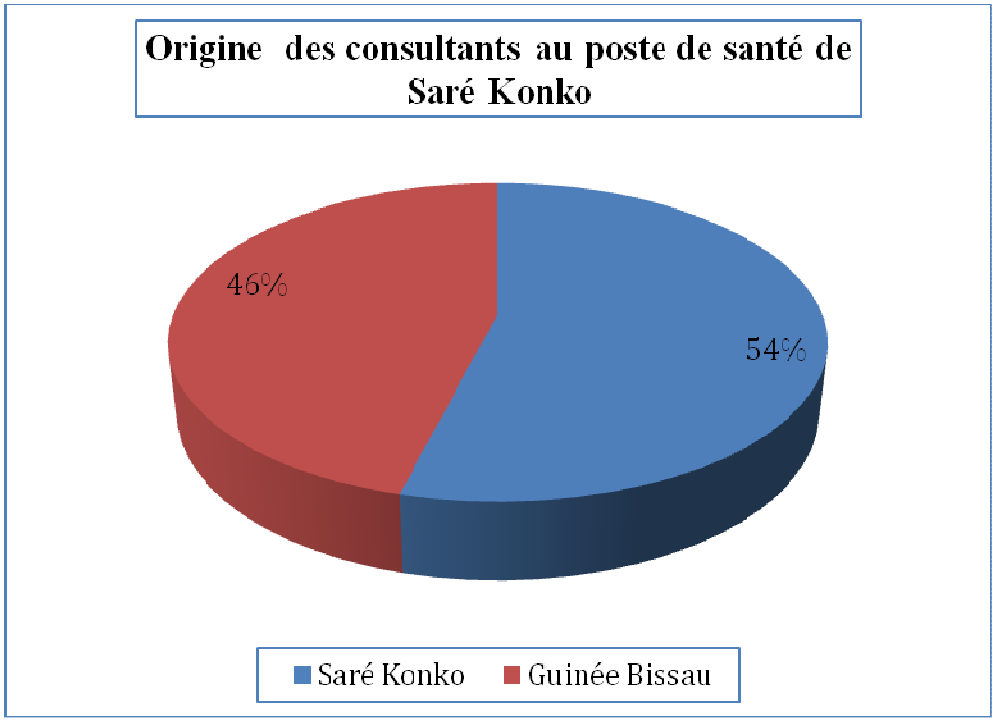
Carte 13: Polarisation effective du poste de santé de Salikégné



Hormis sa zone théorique de recrutement, Saliképné, le poste de santé couvre une aire de polarisation effective qui atteint les localités de Kambadiou, Saré Bacary, Saré Koube en Guinée Bissau à respectivement 2, 4 et 5 km. Ces dernières font partie de l'aire d'influence de l'hôpital de Bafata et du centre de santé de Farim à plus de 30 km et à un peu moins de 100 km de la capitale Bissau où est concentrée l'offre de soins. Ainsi le facteur déclenchant des mobilités transfrontalières de soins vers Saliképné reste d'abord lié à sa proximité par rapport aux zones frontalières de la Guinée Bissau fortement dépourvus de moyens sanitaires. Ensuite le regroupement économique au *loumo* de Kambadiou à 2 km de Saliképné sert de tremplin (pour les villages les plus reculées comme Tendinto et Soumboundou à 15 et 12 km) pour solliciter des soins.

La pratique du recours aux soins suit la même logique à Saré Konko avec toutefois une polarisation transfrontalière de moindre envergure qui touche exclusivement certains villages de Guinée Bissau.

Graphique 6: Polarisation du poste de santé de Saré Konko



Sources : Collecte de données suivant les régistres de tri du poste de santé de Saliképné – 2009-2010

L'exploitation des registres de tri du poste de santé de Saré Konko révèle une forte demande de populations venant de la Guinée Bissau. Le volume d'activités de la structure montre une importante fréquentation étrangère avec 46% de personnes

venant de la Guinée Bissau. Ces patients viennent exclusivement de villages proches de la frontière comme Sinthiang Bobo, Sinthiang Mali, Sinthiang Tourindi et Tendinto le reste concerne le bassin théorique normalement desservi par le poste de santé représenté par les villages sénégalais de Saré Konko, Saré Ndiaye Maoundé, Saré Ndiaye poste et Touba Lyma.

Tableau 28 : Polarisation du poste de santé de Saré Konko

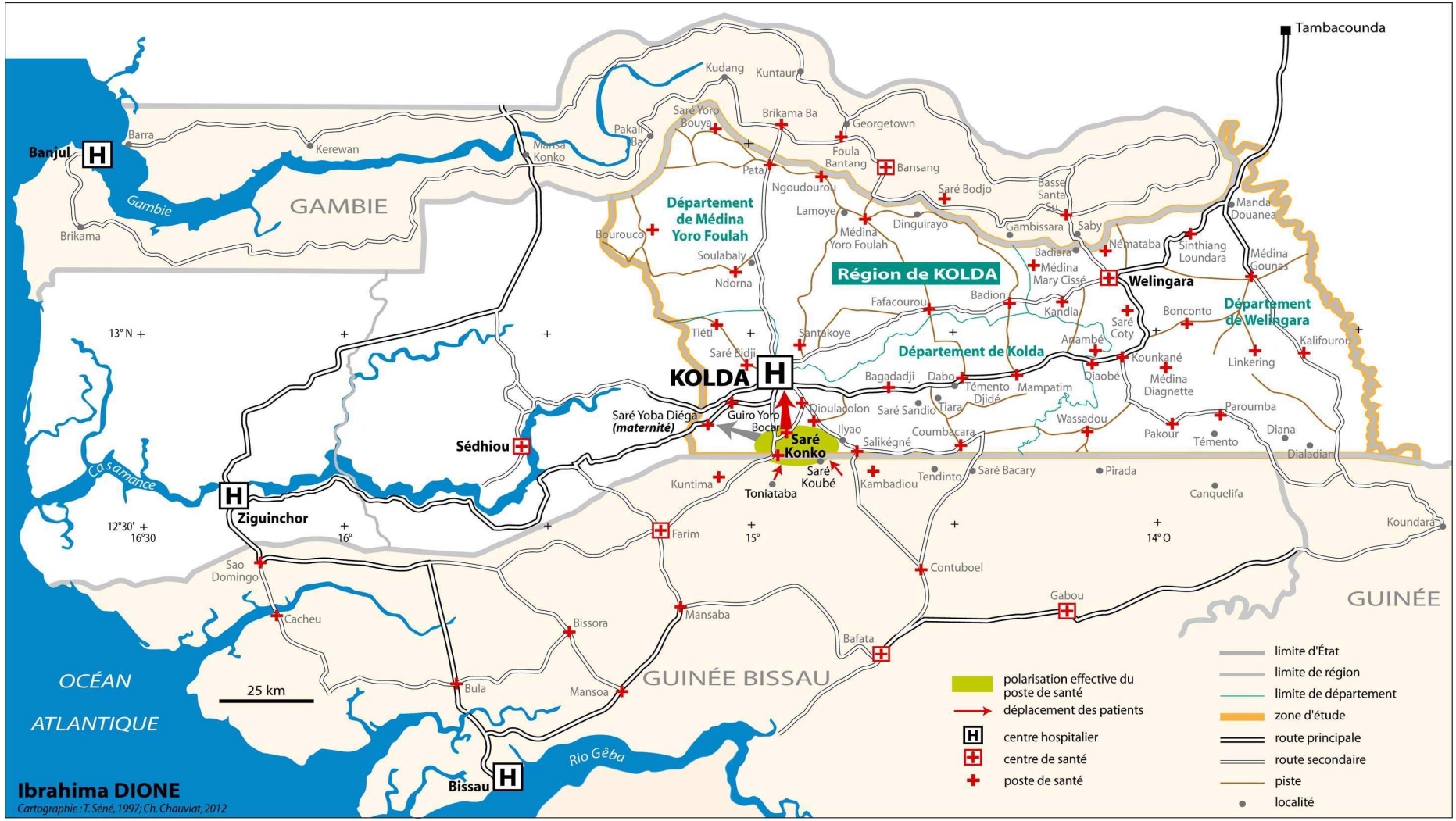
villages sénégalais		**villages Bissau guinéens**	
villages	distance	villages	distance
Saré Ndiaye Maoundé	3 km	Sinthiang Bobo	5 km
Saré Ndiaye Poste	1 km	Sinthiang Tourindi	4 km
Touba Lyma	2 km	Tendinto	7 km
Mballocounda	1 km	Sinthiang Mali	8 km

Sources : entretien auprès du personnel soignant – 2009-2010

Photo 13: Poste de santé de Saré Konko et sa salle de soins



Carte 9 : Polarisation du poste de santé de Saré Konko



III.2.2 Déterminants de la de la polarisation effective des poste de santé de Salikégné et Saré Konko

III.2.2.1 Le vécu socio spatial et historique

La façon de vivre la frontière pour les peuples des quatre Etats de notre zone d'étude est en total paradoxe avec la manière de penser le territoire sous l'angle des juridictions différentes actuelles. En effet, l'espace est vécu dans la continuité du territoire vu comme concept matériel illimité dans lequel la règle d'appartenance ne s'applique pas en fonction des Etats mais plutôt des réalités socioculturelles et ethniques héritées du passé. Entre le Sénégal, la Gambie, La Guinée Bissau et la Guinée, l'homogénéité des langues et des ethnies tend à effacer tout nationalisme véhiculé naturellement, et à juste titre, dans les politiques intérieures de santé[97].

Pour comprendre cette dynamique, on ne peut faire abstraction des faits historiques qui ont façonné cet espace. La construction d'anciens royaumes comme le Gabou (*cf. carte 14, page 181*) et le Fouladou au XVIII et XIX siècle a édifié un « certain commun vouloir de vie commune »[98] qui traduit un vécu de la nation à travers un territoire plus élargi que les contours nationaux actuels. Ces royaumes se sont construits dans une logique de cohabitation ethnique ponctuée par des alliances et des querelles intestines sans toutefois altérer les liens qui les unissent. Ce sont ces alliances qui ont consolidé et rapproché les peuples de la sous-région. L'exemple du royaume de Gabou et celui du Fouladou ont traduit cette volonté de coexistence par une coalition entre *peul* et *mandigue*, les deux principales de la Haute Casamance.

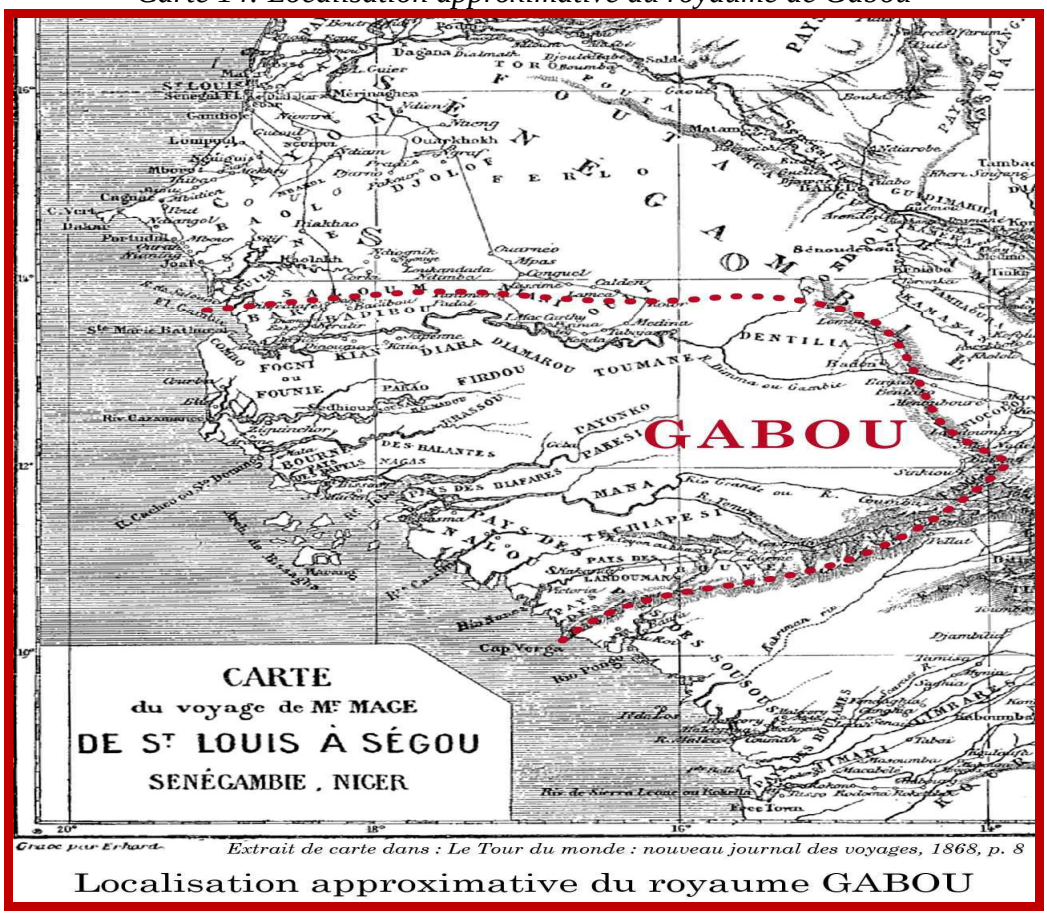
Ce sont ces deux principales formations politiques antérieures à la colonisation qui fédéralisent socialement les territoires des quatre Etats composant notre zone d'étude. L'empire du Gabou s'étendait sur une partie des territoires du Sénégal, de la Gambie, de la Guinée Bissau et de la Guinée. Celui du Fouladou sur la Moyenne et Haute Casamance. Les croyances religieuses communes, les traditions culturales sont héritées de cette période ponctuée de relations étroites entre les différentes ethnies. La période coloniale a marqué un morcellement de cet espace avec une nouvelle

[97] Pour exemple la plupart des noms de village en Guinée Bissau et au Sénégal et même en Guinée commencent par « Saré » ou « Sinthiang ». Les deux noms sont d'une propriété peulh, Saré signifie ville ou village et Sinthiang renvoie à une nouvelle création.

[98] Elément caractéristique de la définition de la nation.

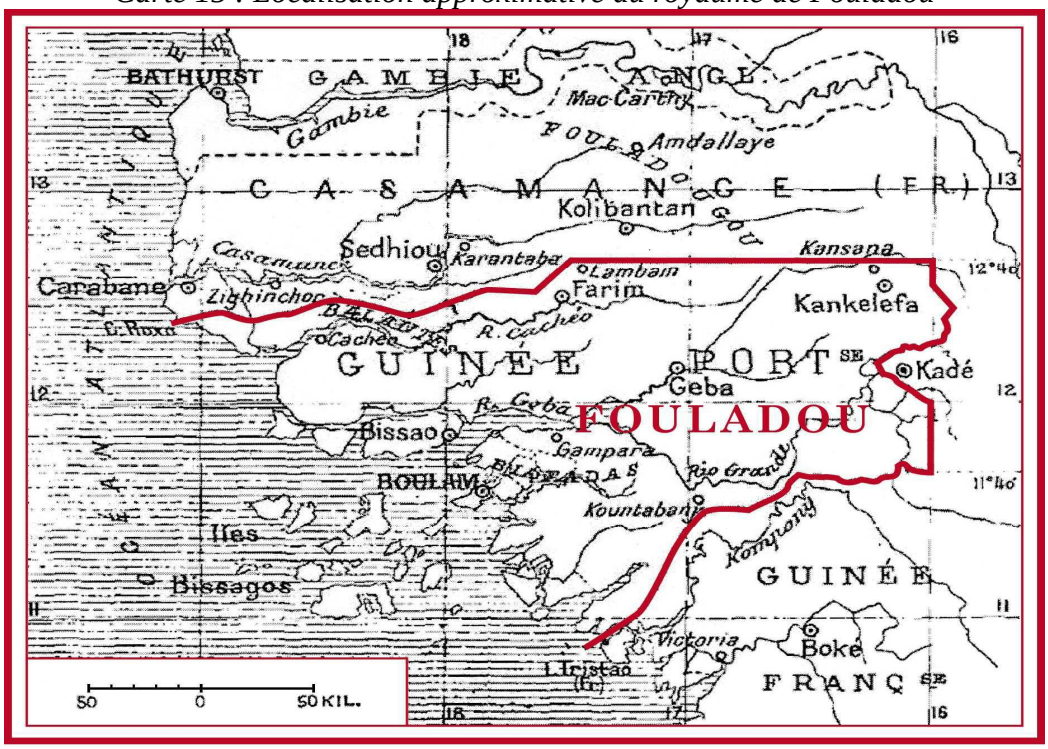
forme d'organisation de l'espace différente en fonction du colonisateur anglais, français ou portugais dans les domaines de la planification et de l'aménagement du territoire. Toutefois, la réorganisation imposée de l'espace vécu n'est pas suivie d'une altération des imbrications entre les peuples ni les échanges séculaires. Aux indépendances, ces politiques sont reconduites et l'organisation de l'espace obéit toujours à cette dynamique de structuration spatiale léguée par la colonisation. Cependant, la résurgence des pratiques du passé précolonial associées à un aménagement incomplet des espaces communs annule les limites géopolitiques. Ainsi, l'identité territoriale dans cette partie de l'Afrique de l'Ouest ne peut être abordée dans une situation d'appartenance à un pays avec sa frontière. Elle est plus la traduction d'un espace vécu qui est lui-même construit dans une logique de pratiques territoriales définie dans une complémentarité, une réadaptation à un mode de vie prédéfini par des relations aussi complexes que variées dans le domaine de la vie socioéconomique historique et culturelle. Cette identité territoriale est dans ce contexte liée à une échelle régionale caractérisée par des discontinuités et des continuités selon l'orientation des intérêts proposés par la fabrication de centralités comme Saré Konko et Salikégné aux multiples facettes avec le dénominateur commun d'une homogénéité socio-spatiale. Dans les faits de santé, cette situation engendre une continuité dans le recours aux soins en faisant fi des frontières. Aujourd'hui, les populations bafouent les règles du cadrage des systèmes de santé des différents pays du bassin de santé de la Haute Casamance pays et s'inscrivent dans une liberté de mobilités de soins. Celles-ci se conçoivent dans une indifférence totale des limites étatiques modernes.

Carte 14: Localisation approximative du royaume de Gabou



Localisation approximative du royaume GABOU

Carte 15 : Localisation approximative du royaume de Fouladou



FOULADOU : dernier royaume, XIXème siècle, règne d'Alpha Molo Baldé

III.2.2.2 L'accessibilité physique

Les ramifications du système de santé pour chacun des quatre Etats ont leurs extrémités à la frontière. Cependant, on note ce qu'on peut appeler des zones de « *désert sanitaire* » dans des territoires de part et d'autre des frontières. Il s'agit des localités frontalières peu ou non desservies en structures de soins et dont la référence sanitaire est inaccessible du fait de l'enclavement. Les populations développent ainsi des stratégies de recours aux soins et s'orientent souvent vers la structure la plus proche et qui offre des possibilités minimales d'accès à des soins décents. De ce fait, le seul paramètre pris en compte dans le choix de la structure de soins reste l'accessibilité physique indifféremment de l'appartenance à un système national donné. Par exemple certaines localités de la Guinée Bissau à la frontière avec le Sénégal comme Kuntima et Sinthiang Mali se réfèrent normalement à Bafata à 97 km. Toutefois, on assiste à une affluence de ces populations vers Saré Konko et Salikégné à moins de 5 km pour les premiers soins et ont la possibilité de recourir si cela s'avère nécessaire à l'hôpital régional de Kolda à environ 30 km.

Tableau 23 : Motivations de recours aux soins des étrangers dans les structures de soins de Kolda

Raisons	Nbre de citation	Fréquence
Proximité	138	91%
Qualité des soins	149	98%
Coût	2	1%
Indifférence aux frontières	144	95%
Famille	125	82%
Travail	91	60%
Total	152	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observation du fait de réponses multiples (7 au maximum)

Source : Enquêtes auprès des ménages, 2010-2010

Si les mobilités de soins sont, dans ces cas, largement dépendantes de l'accessibilité physique et de l'indifférence aux frontières, d'autres facteurs peuvent être également déterminants dans la construction du bassin de santé transfrontalier. Les faits économiques à travers les *loumo* constituent également des facteurs structurants des

trajectoires de recours.

III.3 Polarisation des structures de soins de Kolda sous l'effet des dynamiques socio-économiques à travers les loumo : l'exemple de Diaobé, Pata et Saré Yoba

L'époque précoloniale a été marquée sur le plan économique en Afrique extrême occidentale par une multitude de relations spécifiques aux échanges économiques à travers les frontières et à l'intérieur des terres suivant une logique de polarité. D'abord le troc et plus tard l'introduction de la monnaie ont fini de favoriser une structuration des faits économiques à travers des regroupements hebdomadaires. Des points stratégiques ont pris de l'importance en arborant le statut de pôles où se rencontrent des peuples d'une origine très diversifiée pour commercer. Ils constituent des points de rupture de charge des produits forestiers comme l'anacarde, l'huile de palme, les agrumes etc. Ils sont en même temps des foyers de collecte des produits manufacturés, venus des grandes villes, destinés à l'intérieur des terres. Pendant la période coloniale ces localités ont été confortées dans leur position de point de collecte dans le drainage des ressources vers le littoral. Au lendemain des indépendances, cette logique s'est perpétuée et confortée ensuite par différentes politiques de modernisation des composantes de l'Etat à travers la décentralisation, la régionalisation et la déconcentration. Il s'est constitué ainsi un maillage territorial dont l'implantation des infrastructures routières obéit à une logique de desserte reliant ces localités positionnées au point central des relations socio-économiques. Par effet d'entrainement, elles acquièrent ainsi une position privilégiée dans les stratégies d'aménagement du territoire. Cependant, les efforts fournis ne sont pas à la hauteur de l'importance qu'elles ont prises. En effet, la population a augmenté de manière fulgurante. La desserte médicale n'a pas suivi cette logique car ces localités bénéficient d'un strict minimum dans un contexte de dénuement général. Elles disposent de structures de soins comme le poste de santé, la case de santé et la maternité rurale. Par ailleurs, l'arrière pays de ces localités restant oublié dans ces politiques d'aménagement, pour les services, leurs populations se refèrent par conséquent aux lieux de tenue de *loumo*. Avec l'impraticabilité des routes et la non desserte permanante de cet arrière pays, l'alternative de sollicitation des services de

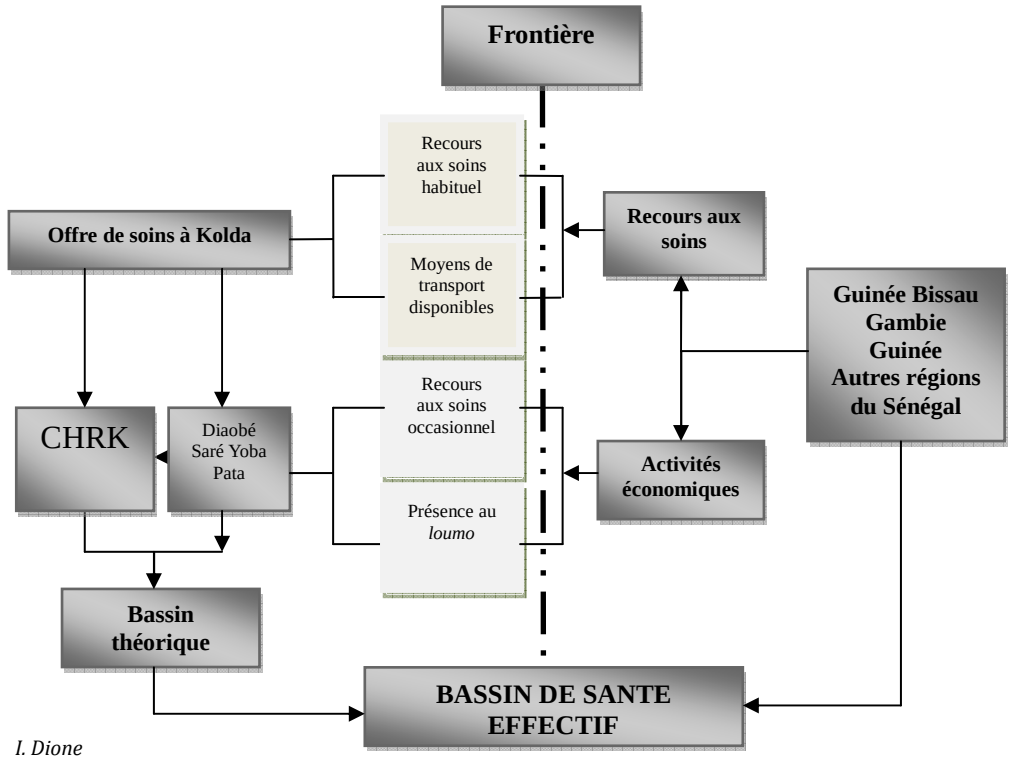
santé est offerte par la possible mobilité les jours de *loumo*.
Dans ce schema, l'évolution du paysage sanitaire tend vers un jeu de « centralités » avec la mise sur pied de nouveaux centres de gravité et un glissement de certains en rapport avec l'édification d'espaces économiques nouvellement érigés.

Diaobé, Saré Yoba et Pata constituent ainsi des points de ralliement qui structurent les mobilités socio économiques et sanitaires. Ils représente également les *loumo* les plus populaires de la Haute Casamance. Depuis 2008, en raison de la réorganisation de l'administration publique et l'agrandissement conséquent dont ils font figure, Saré Yoba, Diaobé, et Pata sont érigés en communes. Sur le plan sanitaire cette réforme n'est pas suivie d'une réadaption de l'offre de soins. Si l'on considère les normes de desserte sanitaire au Sénégal en tenant compte de l'importance démographique, de la position géostratégique et des effets de regroupement économique, ces localitées sont dans une situation de dénuement au regard de la polarisation théorique et effective de leurs services de santé. Un centre de santé devrait logiquement les desservir eu égard à la polarisation dont ils font l'objet dans le recours aux soins. La particularité de ces *loumo* tient du fait qu'ils sont caratéristiques des relations d'échange de toute sorte s'inscrivant dans un contexte territorial qui englobe quasiment toute l'Afrique de l'Ouest, avec une double tendance de continuité et de discontinuité selon leur emplacement. Ainsi, le choix porté sur ces trois *loumo* trouve sa pertinence dans leur importance dans le système économique, et leur position géographique puisqu'ils sont à cheval sur les Etats du bassin de santé transfrontalier et la desserte en structures de soins (même insuffisante) dont ces localités bénéficient par rapport au reste de l'arrière pays.

Ces zones d'affluence économique ont structuré la circulation des biens et des personnes et offrent une organisation territoriale basée sur la production, l'acheminement et l'ecoulement des produits. Ils engendrent ainsi des flux commerciaux transfrontaliers importants mais également entrainent dans ce sillage des déplacements relatifs à d'autres besoins comme le recours en soins de santé. Des mobilités de soins s'organisent dans ce schéma et déterminent des trajectoires plus ou moins dépendantes des itinéraires classiques des transactions économiques à travers les *loumo*. Ces complexes migratoires de recours aux soins tiennent en grande partie, hormis la nécessité spontanée de consulter lors de la présence aux *loumo*, de quatre impératifs :

- premièrement, la qualité des soins proposés dans le sens où la structure de santé d'accueil (endroits de tenue de *loumo*) a une desserte médicale acceptable ;
- deuxièmement, l'absence d'une couverture sanitaire satisfaisante dans les territoires pourvoyeurs de patients ;
- troisièmement, les facilités de déplacement en ces jours du fait de la disponibilité en moyens de transport ;
- quatrièmement, l'alternative que peuvent offrir ces localités à l'accès aux soins de niveau supérieur dans d'autres structures dont le plateau technique offre des soins beaucoup plus spécialisés (chirurgie, analyse, soins dentaires etc.).

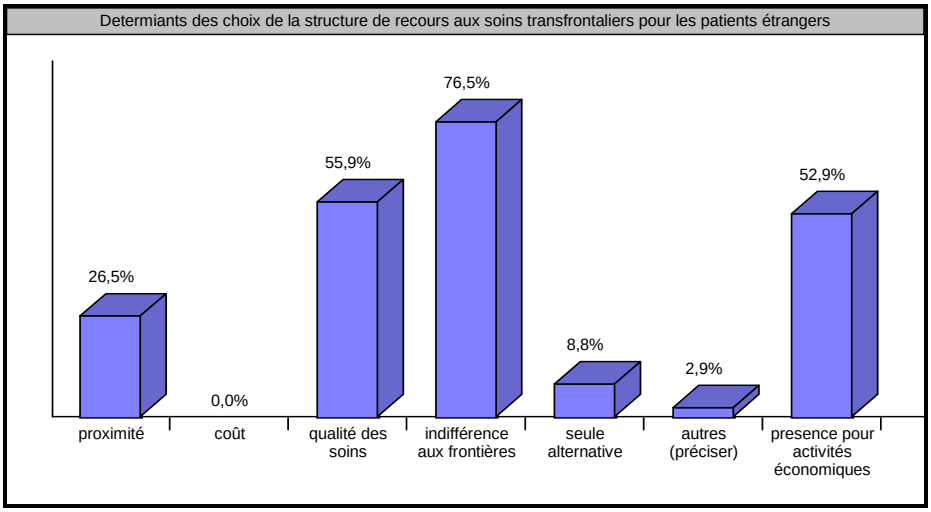
Schéma 13: Déterminants du recours aux soins dans le bassin de santé de la Haute Casamance à travers les loumo



Le bassin de santé de la Haute Casamance présente à travers les mobilités de soins un schéma de recours aux soins complexe fortement tributaire des dynamiques économiques en cours. Dans l'espace transfrontalier de la Haute Casamance, les

mobilités de soins sont en étroite relations avec les déplacements économiques autour des *loumo*. Ces derniers sont les facteurs déclenchants de recours aux soins dans un contexte de demande insatisfaite dans les localités d'origine. Ce recours aux soins peut être habituel mais largement tributaire de la disponibilité en moyens de transport les jours de *loumo*. Il peut être également occasionnel du fait seulement de la nécessité de solliciter une structure de soins lors de la présence à ces *loumo*. Dans les deux cas le parcours de soins peut atteindre le CHRK qui offre plus de possibilités en termes d'offre de soins.

Graphique 7: Determinants sociaux du recours aux soins dans le bassin de santé



Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples

Sources : entretien avec patients étrangers 2009-2010

Les mobilités transfrontalières de soins vers les localités de *loumo* dépendent exclusivement de l'importance prise par ces dernières dans les transactions économiques de la Haute Casamance de prime abord. Toutefois, les seuls déplacements économiques ne déterminent pas exclusivement ce recours aux soins. Ce dernier s'effectue dans la mesure où la zone réceptrice offre des soins acceptables (55,9% des patients étrangers intérrogés optent pour la qualité des soins) et que les localités émettrices sont dépourvues de structures de soins de base (8,8% sollicitent ces structures dans la mesure où c'est la seule alternative). Hormis ces determinants exclusivement liés à l'offre de soins, la conception que les populations peuvent se faire de la frontière joue un rôle non négligeable dans les mobilités transfrontalières de recours aux soins. Suivant l'entretien destiné aux patients étrangers, la première raison évoquée pour les mobilités de soins est relative à une de façon de considérer les limites étatiques modernes vécues dans une indifférence d'une part et d'autre part

dans une minimisation des contraintes liées aux déplacements transfrontaliers (76%). Cependant, ces mobilités se concrétisent dans le contexte des activités économiques autour des *loumo* en épousant les mêmes itinéraires. 52,9% des mobilités de santé sont intrinsèquement liées aux déplacements économiques.

III.3.1 Le cas de Diaobé

Photo 14 : Loumo de Diaobé



Le *loumo* est localisé dans le département de Vélingara, précisément dans la commune de Koukané. De part sa position carrefour entre la Gambie, le Sénégal, la Guinée Bissau, et la Guinée, il joue le rôle du regroupement économique le plus important en Haute Casamance. Il draine ainsi des populations de toute l'Afrique de l'Ouest. Cette situation économique porte également une influence collatérale sur d'autres domaines de la vie socio-spatiale notamment le recours aux soins. La particularité de ce recours aux soins demeurent dans les mobilités transfrontalières.

III.3.1.1 Situation sanitaire de la zone médicale de Diaobé

Tableau 29 : Capacités sanitaire de Diaobé

Désignation	Nombre	Recours (km)
Ambulance	0	40
Laboratoire d'analyse	0	40
Lits	28[1]	
Médecin	0	40
Sage femme	1[2]	
Infirmier	1	
Agents de santé communautaires	7[2]	
Matrone	5[2]	

[1] lits fabriques à l'initiative de l'infirmier chef de poste sans appui des pouvoirs publics
[2] fait référence aux professionnels engagés par le comité de santé qui est en charge de la rémunération
Source : entretien auprès de l'infirmier chef de poste 2009-2010

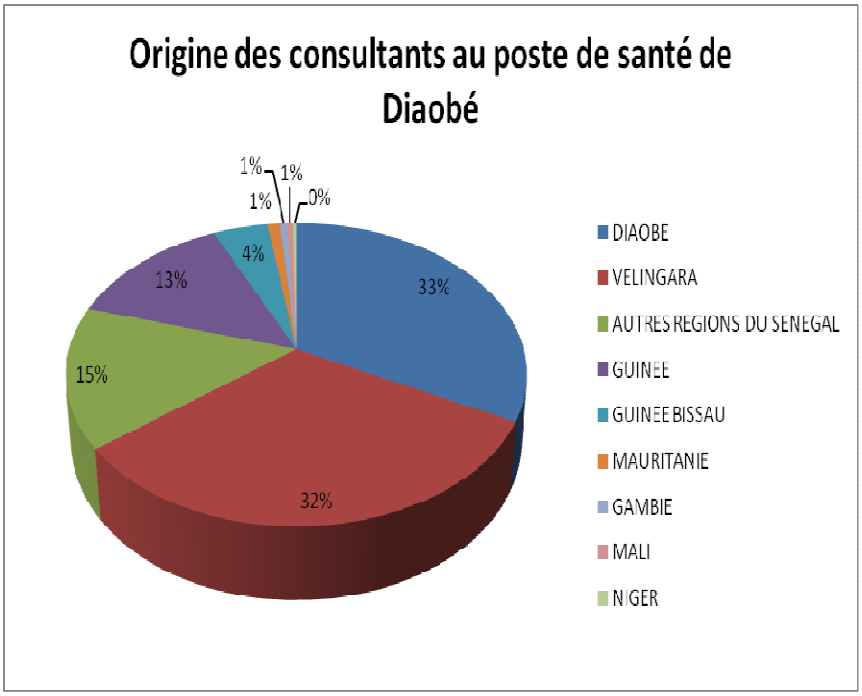
Diaobé est desservi par un poste de santé dirigé par un infirmier qui assure outre les tâches de médecine générale, toutes les autres spécialisations. C'est le seul professionnel de santé de la fonction publique de santé à y exercer. Les autres, composés de la sage femme, des agents de santé communautaires et des matrones sont des contractuels sans formation stricte des métiers de la santé[99]. Ces contractuels sont rémunéres par le comité de santé à travers les bénéfices de la vente de médicaments et des tickets de consultation. Cela traduit le désengagement des pouvoirs publics surtout en milieu rural où le besoin en soins de santé de base se fait le plus ressentir. C'est aussi la conséquence de la tendance des professionnels de la santé à vouloir exercer en milieu urbain.

L'espace théorique de polarisation du poste de santé de Diaobé englobe 10 villages pour une population de 40 000 personnes. Mais dans la réalité il faut ajouter 5 à 6000 marchands et acheteurs qui y viennent entre lundi et jeudi sans compter les zones alentours non prévues qui ont la possibilité de solliciter le poste de santé les jours de *loumo*.

[99] Il s'agit d'agents formés sur le tas sans aptitudes préalables ni diplôme en matière de santé mais souvent suivis par un renforcement des capacités à l'initiative des ONG agissant sur le secteur de la santé

III.3.1.2 Polarisation sanitaire effective de Diaobé

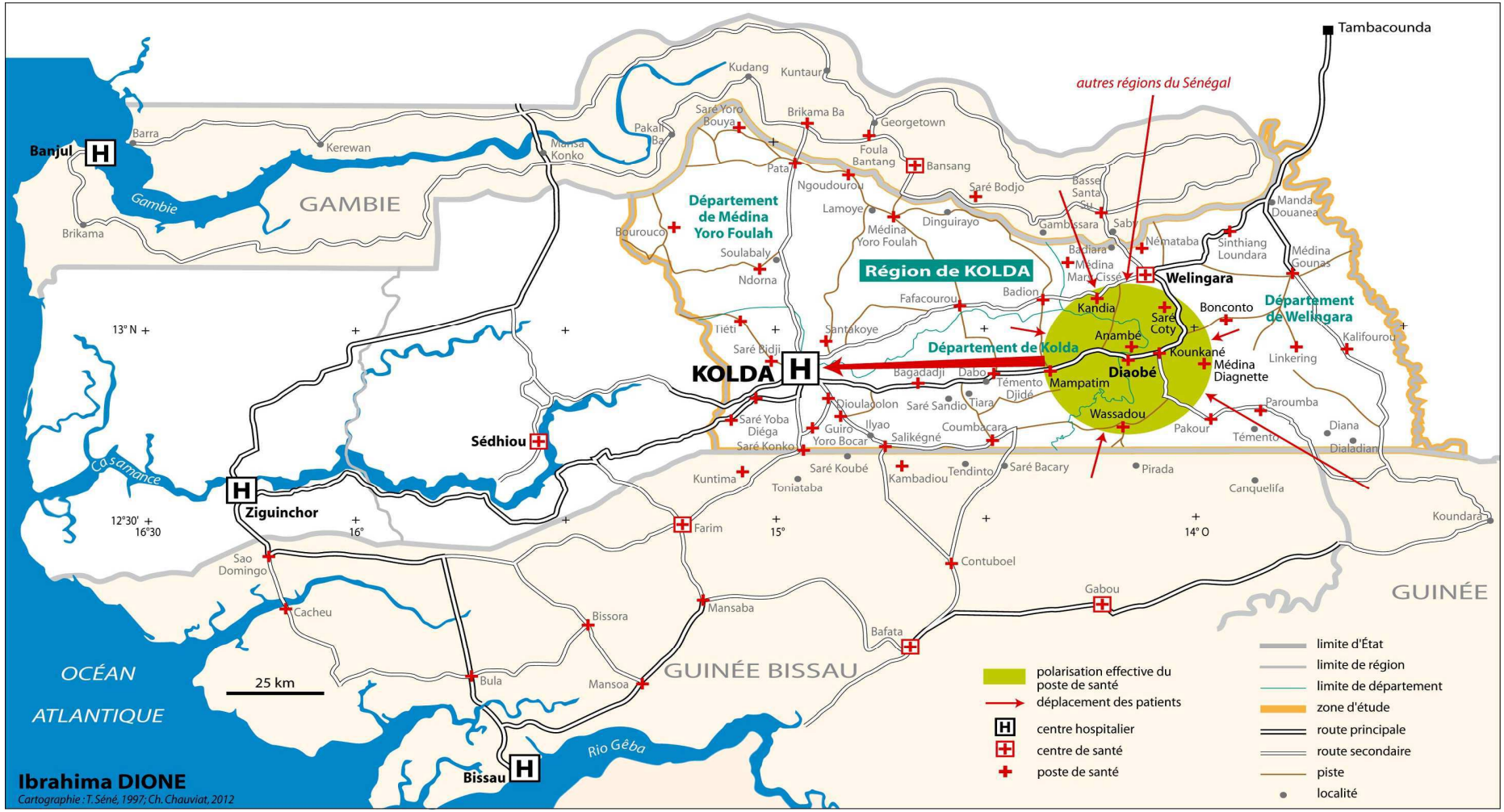
Graphique 8 : Polarisation effective du poste de santé de Diaobé



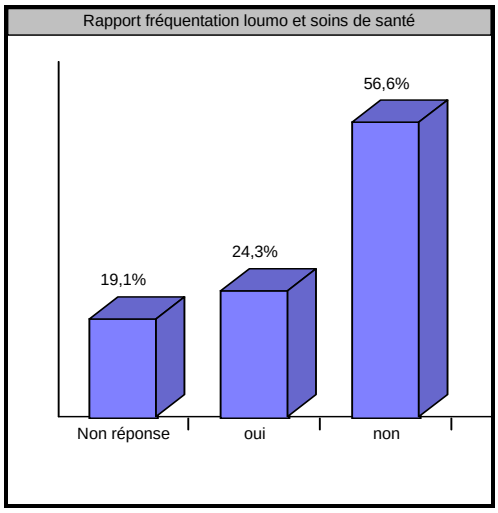
Sources : collecte de données suivant les registres de tri du poste de santé de Salikégné – 2010-2011

Dans la desserte effective, le poste de santé de Diaobé couvre un territoire relativement élargi qui atteint d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Dans l'ensemble des consultants, Diaobé qui est théoriquement desservi par le poste de santé représente 33%. La part du Département de Vélingara évaluée à 32%, (alors que celui-ci est doté d'une structure de niveau supérieur : le centre de santé), est relatif à la sollicitation de consultants venus de l'intérieur comme Pakour, Wassadou. Diaobé joue dans ce cas de figure un rôle relais par rapport au centre de santé de Vélingara (à 30 km) et l'hôpital régional de Kolda (à 60 km). Pour le reste, la fréquentation est exclusivement liée aux activités économiques car le déterminant « accessibilité physique » ne peut être pris en compte dans la mesure où les zones éméttrices comme les autres régions du Sénégal, la Guinée, la Guinée Bissau, le Niger et la Mauritanie sont non seulement éloignées mais sont dotées d'infrasctures de soins plus performantes ou au même niveau que Diaobé. On observe ainsi une polarisation discontinue car détérminée en partie par la présence des consultants au *loumo*.

Carte 16 : Polarisation effective du poste de santé de Diaobé



Graphique 9 : Corrélation entre activités économiques à Diaobé et recours aux soins



Sources : entretien avec patients étrangers dans nos unités spatiales 2010-2011

Le rapport entre la fréquentation des *loumo* et le recours aux soins montre aisément qu'il existe une dépendance entre les activités économiques et les sollicitations en soins de santé. A la question de savoir si la fréquentation du poste de santé de Diaobé est relative à leur présence aux *loumo*, un quart des personnes interrogées répondent par l'affirmatif. Il s'agit soit d'une fréquentation directe pour les zones enclavées qui peuvent bénéficier des moyens de déplacement disponibles au jour de *loumo*, soit d'une opportunité de rallier le centre de santé de Vélingara pour des soins de niveau supérieur.

Encadré 3 : Dynamique des mobilités transfrontalières en soins de santé selon l'infirmier chef du poste de santé de Diaobé

« Sur 10 patients reçus dans notre structure, les 4 viennent de l'étranger, principalement de la Guinée Bissau, de la Gambie et de la Guinée. Il s'agit de personnes fréquentant le loumo de Diaobé. Pour les zones environnantes peu desservies, les populations viennent les jours de loumo où les moyens de transport sont disponibles. En temps normal c'est l'ambulance du centre de santé de Vélingara qui assure les évacuations. Cependant, les frais répercutés aux patients sont insupportables dans un contexte de pauvreté aigüe. Ces dépenses s'élèvent pour une évacuation à Kolda à l'achat de 40 litres de carburant par le patient. Dans ce contexte, il s'avère difficile pour ces populations de recourir à l'ambulance et elles sont contraintes d'adopter d'autres stratégies qui peuvent être de renoncer aux soins ou de réduire le coût de l'évacuation en profitant des horaires de consultation au jour de loumo. »

Source : entretien infirmier chef de poste du Poste de santé de Diaobé 2009-2010

III.3.2 Le cas de Pata

Photo 15 : Loumo de Pata et la route le reliant à Kolda



La commune de Pata est une subdivision de Medina Yoro Foula, l'un des trois départements de la région de Kolda. Elle est située au nord à 70 km de Kolda, à la frontière avec la Gambie. Elle accueille un *loumo* le samedi et draine des populations de la Gambie, du Sénégal et de Guinée, avec au cœur des transactions les vêtements et les produits tropicaux. C'est l'un des « sous bassins de santé »[100] qui accueille des populations dans un contexte de mobilités transfrontalières. Ces dernières résultent d'une sollicitation de patients gambiens provenant des villages frontaliers au Sénégal.

III.3.2.1 Contexte sanitaire

La situation sanitaire, à l'instar de la desserte générale, est marquée par une insuffisance notable eu égard à la zone effectivement polarisée. Pata dispose d'un poste de santé pour une population totale de 25 000 habitants répartis sur 101 villages. Cependant, l'accessibilité physique est réduite notamment en saison des pluies. Le Sofaniama[101] coupe la commune en deux, isolant ainsi le nord du sud dans un contexte où les ponts sont hors d'usage et la route desservant Kolda est en latérite et impraticable en saison des pluies.

[100] La discontinuité territoriale des mobilités de soins est caractérisée par l'établissement de plusieurs bassins de santé dans le bassin global de la Haute Casamance.
[101] Le Sofaniama est un affluent du fleuve Gambie. Il traverse d'est en ouest toute la commune. Son écoulement est saisonnier dans le haut et le moyen bassin (6 mois à Pata)

Tableau 30: Desserte et densité médicale à Pata

Désignation	**Nombre**	**Recours (km)**	
		Kolda	Gambie
Ambulance	1		
Laboratoire	0	66	34
Médecin	0	66	34
Infirmier	2		
Sage Femme	1		
Agent communautaire*	7		
Matrone*	3		

* *fait référence aux professionnels engagés par le comité de santé qui est en charge de la rémunération*

Source : entretien auprès de l'infirmier chef de poste 2009-2010

III.3.2.2 Aire effective de recrutement du poste de santé de Pata

Contrairement à Diaobé, Pata dispose d'une ambulance qui permet l'évacuation des malades vers Kolda à 66 km. Toutefois, le caractère impraticable de la route en latérite ne facilite pas le transfert des malades. Lors de nos enquêtes de terrain nous avons du faire deux heures de route pour rejoindre Pata. Au-delà de l'aspect logistique, le problème auquel les populations sont confrontées reste l'inaccessibilité financière des consultants face aux urgences nécessitant une prise en charge à l'hôpital régional de Kolda. En effet, la participation du patient s'élève à 17 500 FCA[102] et en cas de non paiement à l'avance le patient se voit refuser l'évacuation. A cela, il faut ajouter les frais d'hospitalisation une fois à Kolda. Dans ce contexte, permettre aux populations locales de répondre aux besoins de santé s'avère difficile.

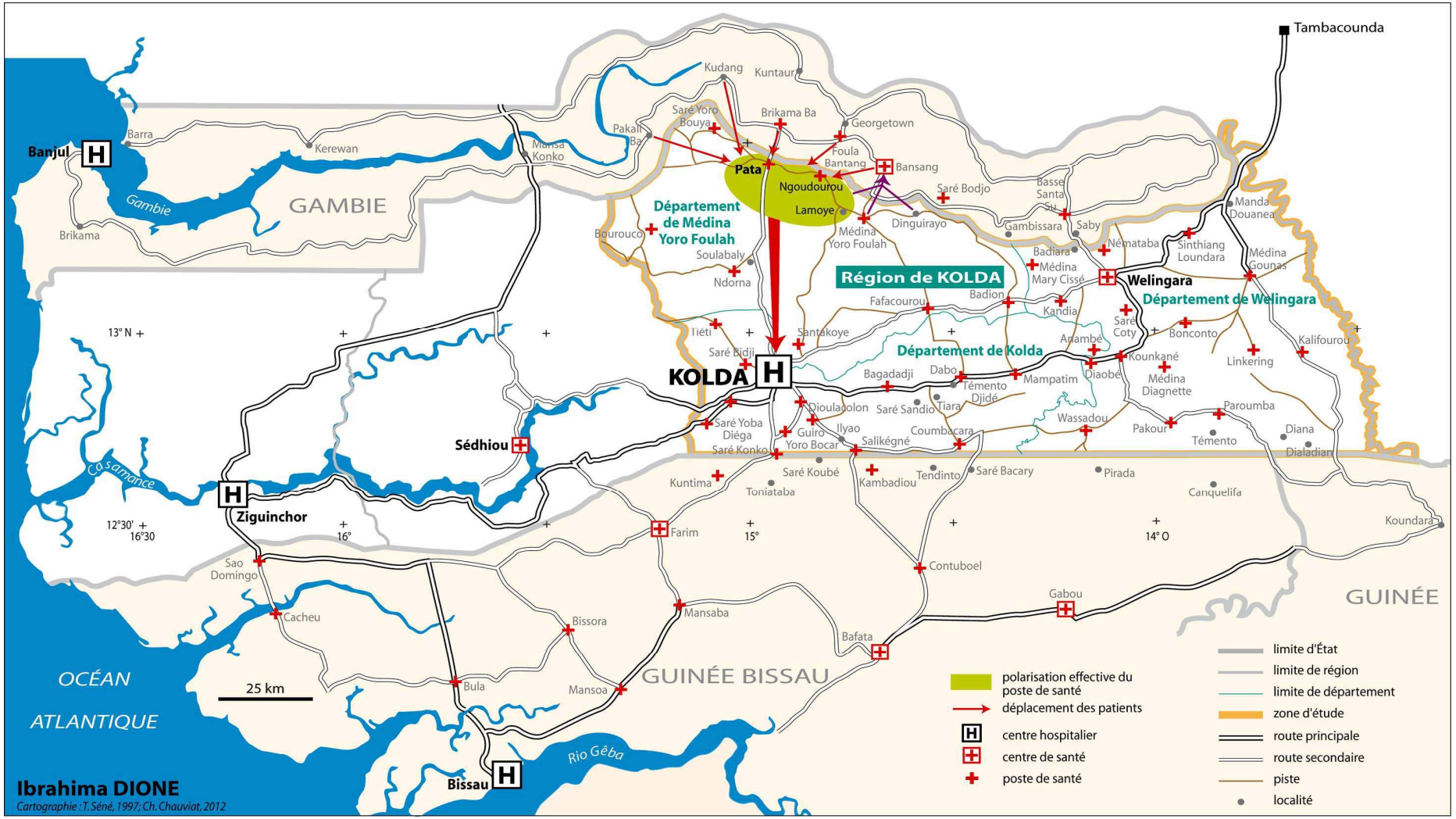
Encadré 4 : Propos de l'infirmier chef de poste de Pata

> *« La solution serait tout simplement d'ériger ce poste de santé en centre de santé avec le plateau technique nécessaire à la réalisation des actes médicaux de niveau secondaire. »*

Source : Enquêtes auprès des professionnels de la santé 2010-2012

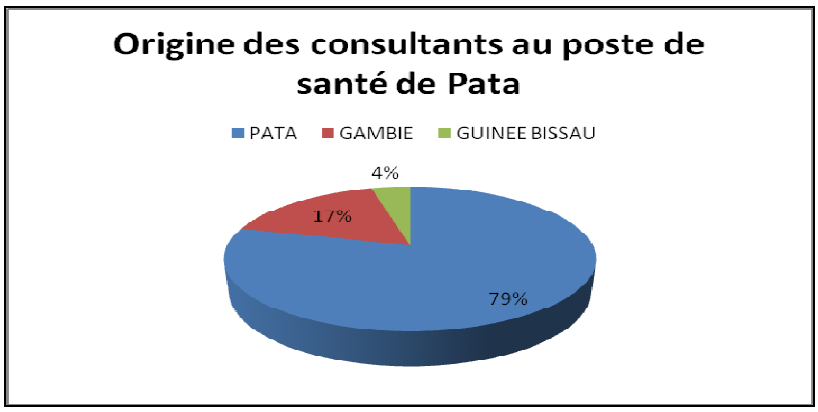
[102] 17 500 FCA équivalent à 27 Euros / le salaire minimum au Sénégal 47 700 FCFA soit 72,72 euros

Carte 17 : polarisation effective du poste de santé de Pata



Dans cette situation d'insuffisance de l'offre de soins, Pata au delà de sa polarisation théorique, attire des populations étrangères provenant de la Gambie et de la Guinée Bissau.

Graphique 10 : Origine des consultants au poste de santé de Pata



Sources : collecte de données suivant les régistres de tri du poste de santé de Salikégné – 2009-2010

Ce recours transfrontalier s'effectue en phase avec les déplacements relatifs aux activités économiques induites par le *loumo*. L'entretien, mené auprès des patients étrangers rencontrés à Pata, montre que le recours aux soins transfrontalier est fortement lié aux activités économiques ; la particularité de ces mobilités de soins réside dans son aspect spontané car strictement lié à la présence au *loumo*. Cet état de fait tient d'une situation sanitaire relativement acceptable avec la desserte de l'hôpital régional de Bansang en Gambie qui polariserait théoriquement, dans un rayon d'action de 5km, les zones émettrices de patients à Pata. Cependant, il existe un recours aux soins direct qui sort du cadre des déterminants économiques et dont la dynamique tient de la réputation positive de Pata dans le traitement des dermatoses.

Pata constitue également une zone émettrice de patients vers la Gambie, et particulièrement à Bansang. C'est la seule, parmi toutes nos unités spatiales, à être déterminée par un double sens dans les mobilités de soins. Pour les soins de niveau secondaire et tertiaire, Pata se réfère normalement au département de Médina Yoro Foula. Comme celui-ci n'est pas doté d'un centre de santé conformément à la pyramide sanitaire. Les populations doivent ainsi se tourner vers Kolda à 66 km dans les conditions normales de recours aux soins. Mais dans la réalité, le choix des populations porte sur l'hôpital régional de Bansang qui offre une accessibilité physique et financière meilleure. Cette structure de soins est à 34 km de Pata et offre un meilleur prix pour les évacuations. Au lieu de 17 500 FCFA pour Kolda, elle est

évaluée à 10 000 FCA vers Bansang. Le choix de traverser la frontière pour fréquenter l'hôpital concerne de manière stricte les accouchements avec ou sans complications. Cependant, dans l'hôpital de Bansang les sénégalais ne peuvent bénéficier des transfusions sanguines destinées uniquement aux nationaux gambiens. Les autorités sanitaires ont essayé de répondre à cette situation en recrutant une sage femme. Mais, le problème, demeure car le plateau technique du poste de santé de Pata ne permet pas de réaliser les interventions nécessaires en cas de grossesse à risque.

III.3.3 Le cas de Saré Yoba

III.3.3.1 Contexte sanitaire

Photo 16 : Poste de santé de Saré Yoba



La commune de Saré Yoba se situe au sud de Kolda à 10 km de la frontière guinéenne. Il accueil un marché hebdomadaire tous les jeudis et constitue le deuxième *loumo* le plus populaire après Diaobé. Au nombre des transactions économiques qui s'y opèrent, Saré Yoba se particularise par le commerce de bétail. Les commerçants qui séjournent le mercredi au marché international de Diaobé prolongent le plus souvent leur parcours jusqu'à Saré Yoba. De par sa position, il joue également le rôle de zone « tampon » entre le Sénégal et la Guinée Bissau. Il est ainsi le receptacle d'un vaste flux de populations, particulièrement dans un recours aux soins qui obéit à une dynamique de mobilité transfrontalière avec des patients venus principalement de la Guinée Bissau. L'offre de soins est de niveau primaire avec l'existence d'un poste de santé qui joue le rôle de premier contact dans la stratégie des soins de santé primaires. Elle répond à une desserte théorique autour de 56 villages disséminés à environ 15 km pour une population atteignant 10 000 habitants.

Tableau 31 : offre de soins à Saré Yoba

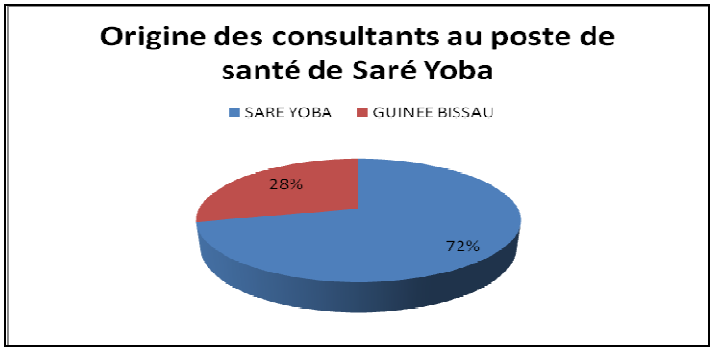
Désignation	Nombre	Recours (km)
Ambulance	0	30
Laboratoire	0	30
Lits	5	
Médecin	0	30
Infirmier	1	
Sage femme	0	30
Agents communautaire*	4	
Matrones*	5	

* *fait référence aux professionnels engagés par le comité de santé qui est en charge de la rémunération*
Source : entretien avec infirmier chef de Saré Yoba 2009-2010

III.3.3.2 Aire effective de recrutement du poste de santé de Saré Yoba

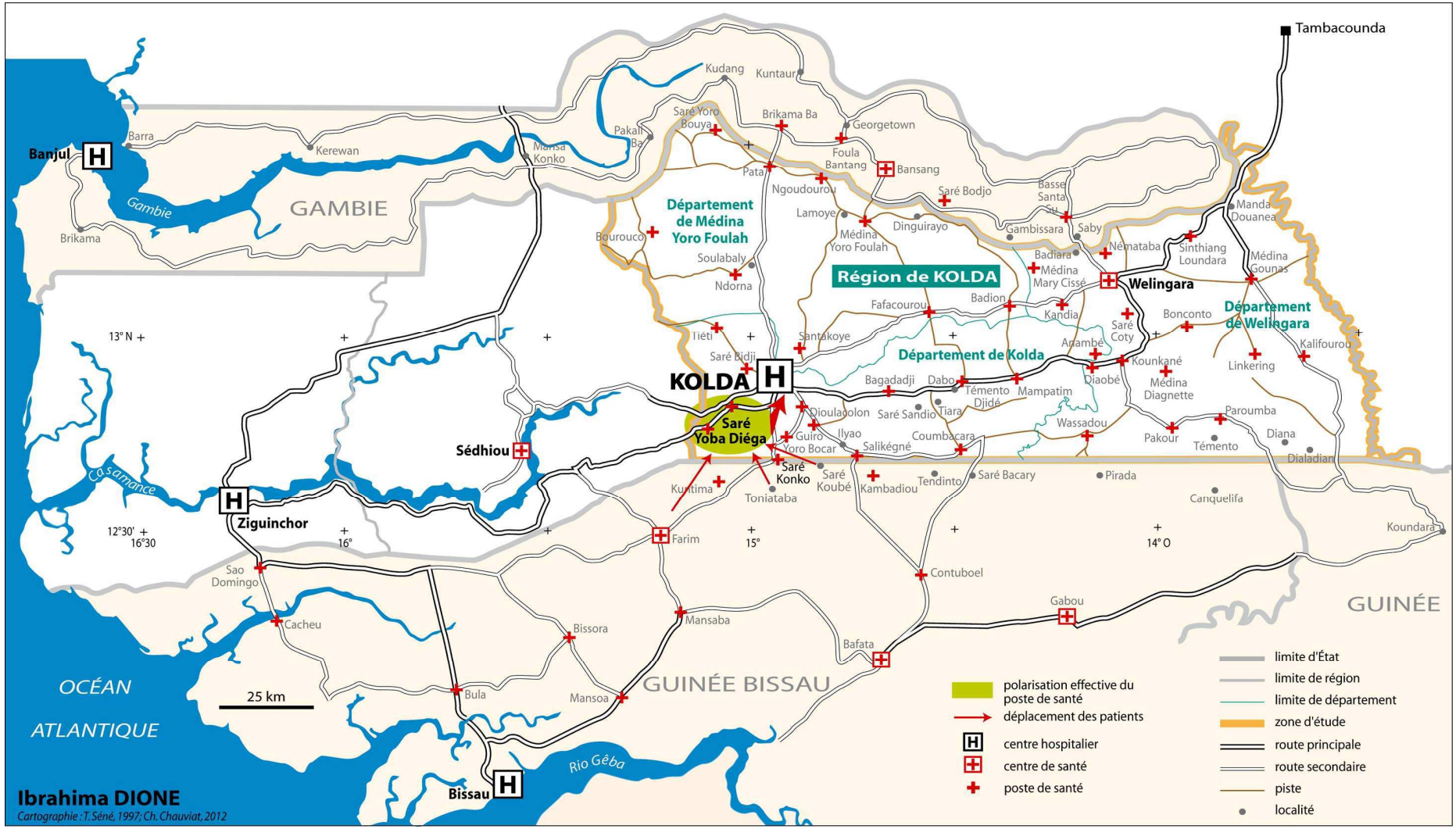
L'aire effective de recrutement dépasse la couverture théorique et atteint les villages bissau guinéens comme Samane, Saré Niadou, Saré Maoundé, Bodio, Sinthiang Yoba, Toniataba, Saré maali et Kuntima. Ces localités guinéennes dépendent des hôpitaux de Farim et Bafata à respectivement 40 et 145 km alors que la distance les séparant de Saré Yoba est de 10 km et Kolda de 40 km. Ainsi, l'accessibilité physique les conduit à solliciter les structures de soins du Sénégal. Cependant, le facteur le plus déterminant reste l'attraction provoquée par la plaque tournante dont fait figure Saré Yoba dans le vécu socio économique de cet espace. La corrélation entre la fréquentation du *loumo* et le recours aux soins transfrontalier montre que dans ce bassin de santé le fait structurant des mobilités de soins est fortement dépendant de l'opportunité d'avoir de meilleurs soins. C'est l'effet « *une pierre deux coups* » entre la présence au *loumo* et la fréquentation du poste de santé de Saré Yoba.

Graphique 11: Origine des consultants au poste de santé de Saré Yoba



Sources : collecte de données suivant les régistres de tri du poste de santé de Saré Yoba – 2009-2010

Carte 18 : Aire de recrutement effective du poste de santé de Saré Yoba



PARTIE IV: ENJEUX, ETATS DES LIEUX D'UNE COOPERATION SANITAIRE TRANSFRONTALIERE EN HAUTE CASAMANCE

Introduction

Les multitudes de relations entretenues dans le recours aux soins en Haute Casamance sont la résultante de la combinaison de plusieurs facteurs qui définissent en retour un paysage sanitaire au caractère transfrontalier. Ce territoire de partage constitue normalement la jonction des systèmes de santé des quatre pays concernés. Cependant, devant une desserte médicale non seulement ténue, des réalités de recours aux soins qui ne s'adaptent pas à cette distribution spatiale, mais surtout des besoins de plus en plus prononcés, le bassin de santé de la Haute Casamance est frappé par un dysfonctionnement du mécanisme des différents systèmes de santé. Il s'agit principalement d'un manque de liaison des territoires de demande du bassin de santé de la Haute Casamance pris dans des cadres spatiaux non reliés aux ramifications de structuration de la desserte médicale. De ce point de vue, la conséquence caractéristique de cette organisation territoriale se résume en une discontinuité frappante. Il existe en plus de l'énorme fossé entre les capacités sanitaires des Etats, une couverture incomplète dans le paysage sanitaire aux terminaisons des systèmes de santé.

Le dénouement de ces handicaps trouve sa pertinence dans une coopération sanitaire transfrontalière alliant tous les acteurs sociaux aussi bien du niveau local que global dans une volonté multilatérale de conjugaison des efforts consentis et sous l'égide des pouvoirs publics.

Dans cette partie de notre travail de recherche, l'objectif est de se pencher sur les stratégies de coopération sanitaire entreprises par les différentes composantes territoriales et sociales qui se partagent le bassin de santé de la Haute Casamance.

IV.1 Décentralisation, Rupture de desserte médicale et Recentralisation dans le bassin de santé de la Haute Casamance

Si l'on considère le bassin de santé de la Haute Casamance dans sa globalité (entre les quatre Etats frontaliers), on note l'existence d'autant de systèmes de soins qui se limitent mutuellement par les frontières géopolitiques car étant tous construits dans des logiques nationales. Ces systèmes de soins fonctionnent dans une pratique territoriale de planification sanitaire en relation avec les initiatives de décentralisation. Celles-ci sont adoptées par les différents Etat dans une ligne de

conduite de gouvernance dont l'objectif principal est d'abolir la centralisation des pouvoirs et de promouvoir l'autonomie des collectivités territoriales. Il s'agit de quatre modèles de système de santé identiques du point de vue de la théorie de planification sanitaire, elle-même définie suivant une construction pyramidale caractéristique d'un échelonnement de plusieurs étapes de desserte. Cette échelle de référence obéit à une classification par niveau sur laquelle s'appuient les parcours de soins en partant du local au national en passant par une étape intermédiaire. Ce modèle de desserte étant calqué sur la politique de décentralisation des années 90 est caractéristique d'une stratégie visant une autonomisation des embranchements territoriaux des systèmes de santé dans la gestion des structures de soins.

La définition de ce mode de fonctionnement est basée sur la stratégie des soins de santé primaires dont l'ambition première est d'élaborer un cadre d'offre de soins qui peut permettre de rapprocher davantage et au mieux les services de soins aux demandeurs dans l'ensemble des localités. Toutefois, son efficacité demeure dans la condition d'une distribution territoriale des services de santé sans disparités et accompagnée des meilleures conditions d'accessibilité physique. Le décor sanitaire de la Haute Casamance va, *a priori* dans le sens de cette organisation territoriale, mais les frontières introduisent une complexité et une logique de recours aux soins qui font que ces schémas sont en déphasage avec les réalités proprement vécues par les populations locales. La frontière officiellement considérée par les différents Etats comme la limite des systèmes de soins ne permet pas une continuité dans l'offre de soins pour les villages reculés. Ce sont les grands centres urbains qui sont dotés de structures convenables alors que ceux-ci sont coupés de la périphérie par une absence totale de connexion due à des difficultés de circulation des personnes. Par ailleurs, l'absence de concordance des différents systèmes de santé, au niveau des politiques sanitaires, pour la couverture des zones jouxtant les frontières, marque une rupture dans les possibilités de desserte médicale à ces dernières.

Les dynamiques de recours aux soins telles que les conçoivent les usagers bousculent la structuration théorique des soins de santé primaires. Car, les populations orientent leur choix de recours aux soins en fonction de la manière dont elles vivent l'espace au gré de l'histoire, des faits économiques et de l'homogénéité ethnique. Elles ne sont pas confinées dans des espaces sanitaires prédéfinis dans les politiques de santé des différents pays limitrophes, mais obéissent à une conception

particulière qu'elles se font du bassin de santé de la Haute Casamance. La frontière est, dans ce contexte, définie par les populations qui la vivent suivant une conception plus large que celle héritée de la période coloniale. Par ailleurs, les capacités sanitaires, inégalement réparties dans cette zone transfrontalière, bouleversent les schémas traditionnels de recours aux soins. Il se joue une redéfinition des aires théoriques de recrutement des structures de soins suivant une logique d'opportunités de meilleurs soins quelle que soit l'origine par rapport aux quatre Etats frontaliers. De façon générale, l'application concrète du système de santé montre une absence de concordance entre les besoins réellement exprimés et l'offre existante. En effet, si la planification sanitaire n'a pas pris en compte les pratiques ancestrales de vie dans l'espace, elle n'a pas non plus suivi les mutations des dynamiques sociodémographiques en cours en Haute Casamance. Au-delà de ce manque d'adaptabilité de l'offre et de la demande dans le temps et dans l'espace, la desserte médicale offre une situation de désolation sanitaire dans la capacité à satisfaire les besoins de santé. En outre, les efforts organisationnels et financiers de la modernisation des systèmes de santé sont moindres pour certains Etats ; ainsi, des disparités assez remarquables sont observées aux zones frontalières.

Si la logique voudrait qu'une politique nationale de santé en terme de couverture se concrétise avec en amont un maillage du territoire épousant les contours nationaux[103], il n'en demeure pas moins que l'ouverture, due à la connexion transfrontalière liée à l'histoire locale et aux habitudes de vie avant la colonisation, nécessite la prise en compte des populations non prévues, surtout « étrangères ». Dans la pratique du recours aux soins, les mouvements de population s'inscrivent dans une ouverture plus large au point de transgresser les frontières de l'offre de soins. Par ailleurs, cette ouverture est visible à travers les indicateurs de la transmission de maladies contagieuses, dans un contexte d'échange permanent à travers les *loumo*.

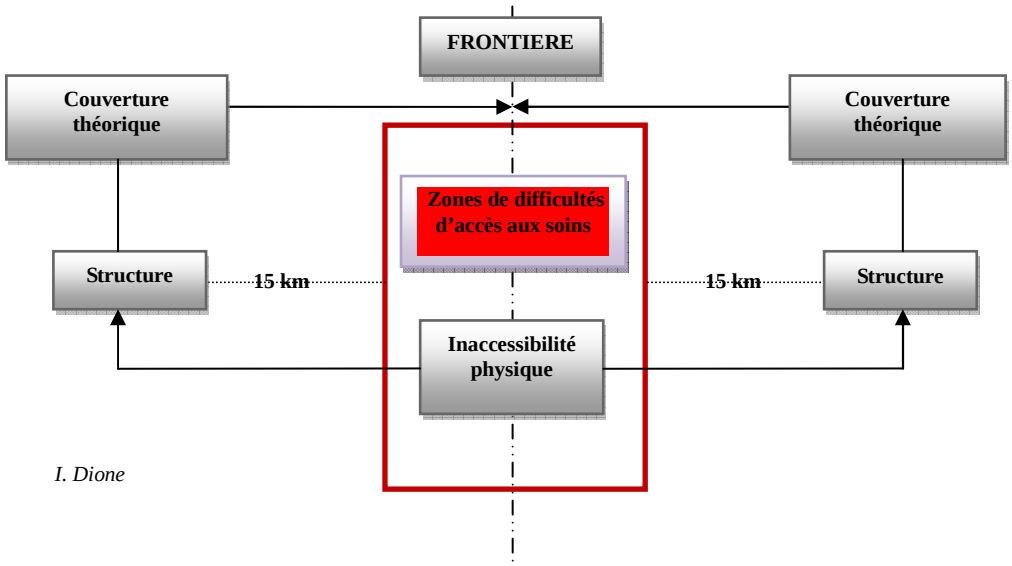
La conséquence de l'insuffisance et de la disparité des capacités sanitaires va dans le sens d'une réorientation des trajectoires de recours aux soins. Cet état de fait annule la perception de fermeture d'un système donné à l'échelle nationale. On n'est plus dans la situation où la « demande appelle l'offre » mais dans une logique

[103] Dans le sens où chaque Etat définit sa propre politique sanitaire avec un maillage territorial avec des terminaisons aux zones frontalières.

d'adaptation de la demande par rapport à une offre relativement faible. La faiblesse de couverture en général s'accompagne d'une absence de connexion entre les différents systèmes de soins aux terminaisons. Ainsi, une rupture de desserte s'observe et s'explique concrètement par la position d'une structure de santé par exemple à 15 km de la frontière et la plus proche se trouvant de l'autre côté de la frontière à la même distance. Alors que, la couverture réelle par une accessibilité physique optimale se limite dans un rayon de 5 km. On observe ainsi dans la pratique de l'offre de soins entre le Sénégal, la Guinée Bissau, la Gambie et la Guinée des territoires d'un rayon de 20 km non desservis par les services sanitaires de deux pays limitrophes. Ce dénuement s'exacerbe par l'absence de routes praticables qui annule l'accessibilité physique théorique [104] et réduit les alternatives de recourir aux soins de santé moderne.

Au-delà de cette mauvaise répartition des structures, ponctuée par des disparités notables, la densité médicale se caractérise par un manque de personnel qualifié. Les plateaux techniques des structures de soins, qui ne sont pas plus reluisants, offrent une situation de délabrement due à un manque d'entretien et de renouvellement des outils de travail.

Schéma 14 : Dynamiques tendant à une désertification sanitaire en Haute Casamance



[104] Un rayon d'action de 15 km autour d'une structure de soins est acceptable dans la mesure où l'état des routes et la disponibilité en moyens de transport permet de la rallier.

Carte 19 : Zones frontalières de difficultés d'accès aux soins

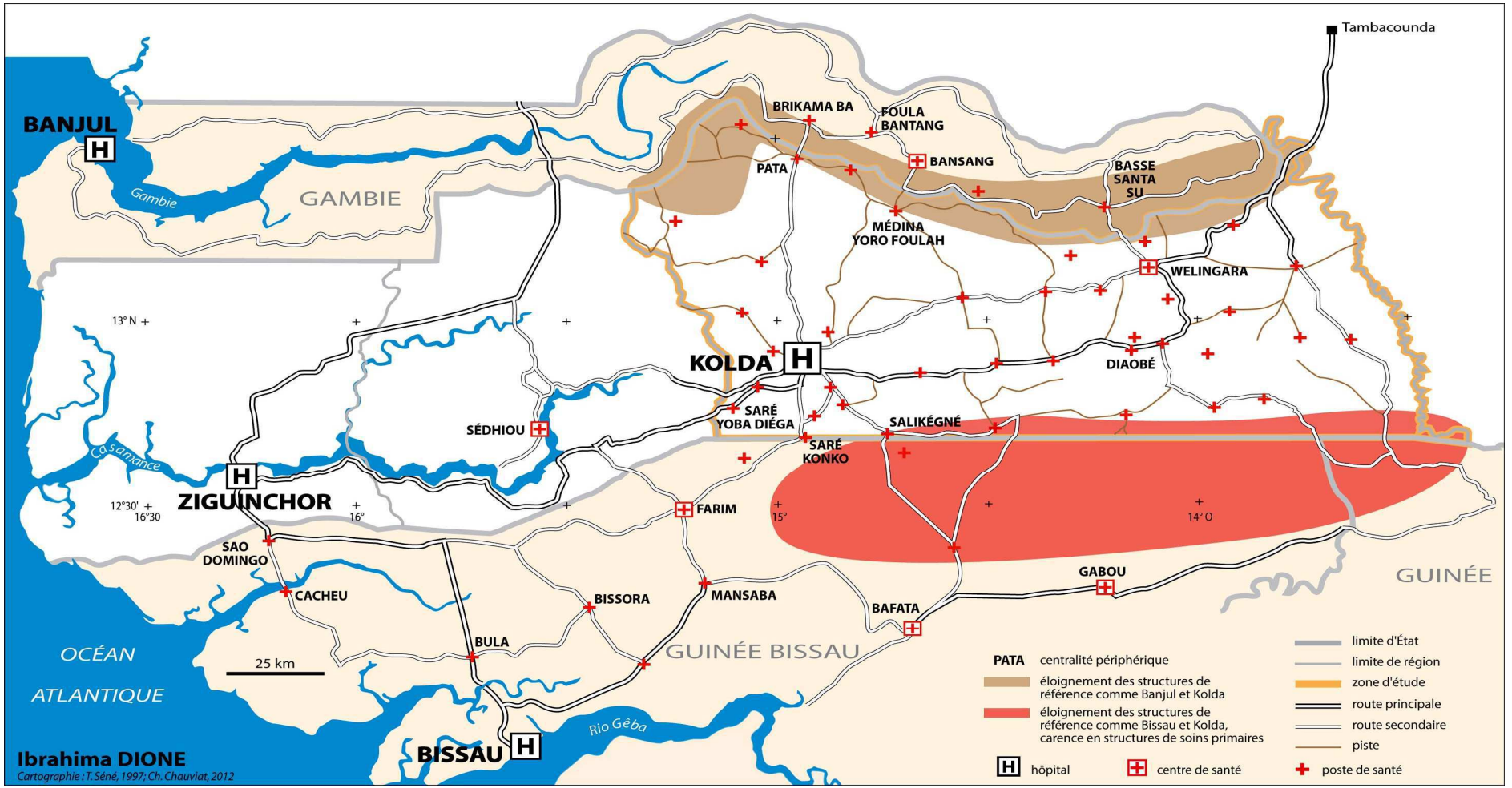


Photo 17: Salle d'hospitalisation du poste de santé de Salikégné



Les impacts sur le recours aux soins portent également sur les difficultés vécues par les populations à satisfaire leurs besoins de santé. L'absence de liaison entre les systèmes de soins associée à une situation générale de manque augmente les distances de recours aux soins. Un grand nombre de structures existantes tombent en ruine faute de personnel, de médicaments et surtout d'un financement soutenu et viable[105]. La conséquence principale demeure une distribution tronquée en matière de soins de santé qui laisse à l'écart ces zones. Ces dernières deviennent exclusivement émettrices de patients. Elles élargissent ainsi le champ d'action des structures les plus accessibles aux environs, qui vivent passivement l'étalement de leur zone d'influence. Cette dynamique est d'autant plus inquiétante que l'offre de soins des zones réceptrices ne progresse pas dans le sens d'un renforcement des capacités matérielles et humaines. Celles-ci se retrouvent ainsi face à une plus grande affluence du fait d'un apport extérieur non prévu. Il s'agit manifestement d'un fléau qui affecte profondément la qualité des soins offerts et qui entraine le déclin sanitaire de ces localités. La généralisation de cette saturation, qui concerne plusieurs localités comme nos unités spatiales, favoriserait un désastre sanitaire dans le sens où on tendrait vers un appauvrissement des « *fleurons* » du système de santé dans l'ensemble de la Haute Casamance comme le Centre Hospitalier Régionale de Kolda. Des efforts sont aujourd'hui consentis par les pouvoirs publics mais souvent assez

[105] Le financement est de plus en plus soutenu par les comités de santé aux moyens limités et sans appuis conséquents des pouvoirs publics surtout pour les structures de soins de base comme les postes de santé.

ténus au regard des besoins réellement exprimés. A l'état actuel des efforts fournis, la prise en main par les différents gouvernements va plutôt dans l'optique d'un maintien unilatéral de leur système de santé en « *survie artificielle* ». Ainsi, la mise en œuvre de la modernisation profonde à l'échelle régionale (les quatre Etats du bassin de santé regroupés) du système de santé n'apparaît pas comme une priorité.

Devant cette situation fragile, les populations essaient de trouver des stratégies pour se soigner en se contentant d'une médecine traditionnelle qui ne parvient toujours à faire ses preuves de manière empirique et efficace. Elles peuvent également choisir de se reporter sur d'autres structures qu'une accessibilité physique peut permettre si le choix se pose. L'opportunité pour se soigner ailleurs n'est pas toujours offerte par une redirection des patients car l'état des infrastructures routières, surtout en période de saison des pluies, mais aussi l'absence de moyens de transport ne facilitent pas une certaine mobilité.

Le manque d'alternatives dans lequel les populations les plus défavorisées vivent, va à l'encontre des normes de desserte théorique et de satisfaction des besoins de santé dont la conséquence est une désarticulation assez sévère de l'organisation générale de la planification sanitaire. Par ailleurs, la situation décrite est le facteur déclenchant de l'allongement des trajectoires de recours soins vers les localités où la qualité des services offerts est appréciable et où la jonction peut être aisée du fait de la disponibilité en moyens de transport et de routes carrossables.

Photo 18 : Structure de santé en ruine à Kuntima en Guinée Bissau



Tableau 32: problèmes de santé des populations en haute Casamance

Problème de santé	Nb. Cita.	Fréquence
Non réponse	2	1,30%
Services de santé inexistants	8	5,30%
Services de santé éloignés	76	50%
Services de santé non fonctionnels	5	3,30%
Médicaments non disponibles	110	72,40%
Médicaments trop chers	135	88,80%
Consultation trop chère	27	17,80%
Mauvais accueil	117	77%
Manque de personnel	62	2%
Autres	3	40,80%
Total obs.	152	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples
Sources : enquêtes auprès des ménages 2009-2010

Les limites frontalières ne constituent plus un élément contraignant dans le recours aux soins. Seule la recherche de meilleurs soins est valable quel que soit le lieu de départ. Toutefois, des systèmes complexes de recours aux soins se sont mis en place avec des dynamiques aidant à l'orientation et le choix du lieu. Les liens historiques et les réalités socioéconomiques sont entre autres les tenants qui façonnent le territoire sanitaire actuel de la Haute Casamance. Cette dynamique refaçonne le paysage sanitaire et fabrique une **recentralisation**. Celle-ci n'est pas liée à une démarche étatique mais plus à une reconstruction de l'espace suivant les dynamiques territoriales en rapport avec l'espace vécu et la fabrication spontanée de centralités transfrontalières au fil des mutations socio géographiques. Dans ce cas on peut parler d'une recentralisation passive par des situations d'adaptation et de réorientation dont les principaux acteurs sont les populations locales. Les faits de santé dans le bassin de la Haute Casamance sont inscrits dans cette recentralisation passive où il existe une hiérarchisation de places centrales suivant les situations d'accessibilité physique, d'offre de soins et de position privilégiée dans les échanges économiques. Cette hiérarchisation s'articule sur l'existence de plusieurs bassins de santé de part et d'autre des frontières qui sont liés par des mobilités transfrontalières dans tous les domaines. Dans cette logique on assiste à une opposition entre constructions territoriales officielles et fabrication spontanée d'espace de vie. Cette opposition n'est cependant pas radicale et généralisée car il existe par ailleurs une superposition

et/ou une complémentarité entre ces deux types de dynamiques territoriales. De manière générale les constructions spatiales issues de l'espace vécu et perçu sont plus étendues que celles issues des découpages administratifs. Cependant, elles les engloutissent en empiétant dans les frontières pour constituer une aire transfrontalière de recours aux soins. Cette aire transfrontalière de recours issue de l'espace vécu n'est pas en phase avec les politiques nationales de santé des différents pays du bassin de santé de la Haute Casamance. L'absence de complémentarité entre les différents systèmes de santé engendre des discontinuités dans la desserte médicale. Ces dernières créent une situation de désert médical qui ne facilite pas la satisfaction des besoins de santé et la réduction des écarts territoriaux d'offre de soins.

Devant cette situation, l'urgence nécessite une gestion transfrontalière de la satisfaction des besoins sanitaires dans le bassin de santé de la Haute Casamance, entre les différentes composantes territoriales de part et d'autres des limites étatiques.

IV.2 La coopération sanitaire dans le bassin de santé de la Haute Casamance

La situation sanitaire de la Haute Casamance montre que les différents Etats le composant ont un destin commun quant aux priorités d'intervention par rapport à l'exposition aux grandes endémies d'une part et à l'insuffisance de leur desserte en services de santé aux zones frontalières d'autre part. Ce contexte engendre une importante morbidité dans une carence d'offre de soins. La situation sanitaire peu reluisante de la Haute Casamance est la résultante d'un système de santé mal articulé et dont le fonctionnement est fortement gêné par des moyens limités en termes d'efforts à la santé. Dans l'ensemble du bassin de santé de la Haute Casamance, l'Etat est présent dans l'organisation du système de soins et assure le financement. Cependant, le manque de moyens découlant des politiques d'austérité se répercute sur la santé par une diminution des subventions allouées. La conséquence de cette situation de marasme économique reste une paralysie des services de santé dans leur fonctionnement. Dans cette logique, le système de sécurité sociale peine également à relever le défi de la protection des couches les plus vulnérables, une catégorie socioprofessionnelle, en l'occurrence dans la fonction publique, pouvant seule en bénéficier. Le secteur privé dépend de mutuelles de santé dont le fonctionnement

présente un bilan plus ou moins mitigé du fait d'une prise en charge limitée et d'une couverture réduite.

Dans la pratique du recours aux soins, la porosité des frontières et les déplacements incessants des populations ont fini par dessiner un cadre territorial dont le vécu dépasse les limites étatiques modernes au point de favoriser l'éclosion d'un espace sanitaire à l'échelle transfrontalière. Des flux de population s'entrecroisent dans une recherche de meilleurs soins avec des zones enclines à recevoir des patients du fait d'une desserte existante acceptable, et autour desquelles d'autres localités sans services de santé en émettent. A cela, s'ajoute une évolution sociodémographique et économique qui s'opère à travers la prise d'importance de certaines localités dont les éléments déclencheurs sont constitués par les activités économiques autour des *loumo*. Ainsi, certains villages comme Saré Yoba, Pata et Diaobé sont devenus de nouveaux centres d'affluence et élargissent leur emprise au-delà des frontières. Par cette dynamique de recentralisation, on tend par un effet d' « *aspiration* » vers un rapprochement de plus en plus marqué des peuples. Le secteur de la santé vit ce changement à travers une sollicitation accrue (une demande pour des populations non prévues) des structures de soins. Les espaces sanitaires deviennent ainsi de plus en plus importants au point de surpasser l'étendue de desserte théorique. Une rupture des rayons d'action entre deux structures de zone d'influence frontalière s'observe du fait de l'inactivité de l'une au profit de l'autre. Le paysage sanitaire tend vers une désertification[106] et allonge souvent les distances de recours aux soins. Ainsi, la discontinuité dans la distribution spatiale des structures de soins et dans les politiques de préventions est en déphasage avec la continuité que suppose le recours aux soins dans l'espace vécu. Il s'avère nécessaire de repenser la desserte médicale des différents systèmes de santé en favorisant leur jonction aux terminaisons des maillages entre les Etats tout en s'appuyant sur une accessibilité physique raisonnable.

Conscients de la nécessité d'une coopération sanitaire, les Etats se sont engagés ardemment dans une gestion concertée au plan transfrontalier (réunion des ministres des affaires étrangères de la CEDEAO à Accra en 2005). Il est devenu indispensable, dans une philosophie panafricaine, de penser des stratégies visant à rendre meilleure

[106] Une structure de soins qui disparaît annule son rayon d'action moyen qui est repris par la structure la plus proche suivant un report de sollicitations de ses populations cible.

l'utilisation des structures de soins et solutionner les besoins de santé dans l'espace transnational. Cette démarche s'appuie essentiellement dans l'esquisse de coopération sur:

- une gestion globale des problèmes de santé entre les différents Etats composant le bassin de santé
- une coopération entre les autorités sanitaires et les professionnels de la santé des différents Etats dans le curatif, le préventif, la gestion du système d'information sanitaire et la recherche
- une politique transfrontalière pour l'éradication des endémies comme le paludisme et de la pandémie du sida à l'échelle de l'espace entre les quatre Etats de manière collégiale

A cette fin, une coopération sanitaire transfrontalière constitue une démarche nécessaire dans l'amélioration des conditions sanitaires. La voie de sa formalisation devrait partir du principe de gestion concertée associant les pouvoirs publics, les collectivités territoriales, les professionnels de la santé, l'action sociale et les populations locales.

IV.2.1 Cadre institutionnel de la coopération sanitaire à l'échelle transfrontalière

Le rapprochement des peuples transfrontaliers, dans le domaine de la gestion concertée des territoires partagés, a toujours occupé une position centrale dans le dénouement des problèmes auxquels ces espaces communs sont livrés et également dans la défense des intérêts communs. Par exemple, la construction européenne a vu le regroupement de régions transfrontalières à travers des structures comme l'Association des Régions Frontalières en Europe (ARFE)[107] depuis 1971.

Sur le continent américain, cette stratégie est présente avec la coopération américano-mexicaine dans le domaine de l'environnement[108]. Dans le continent africain, l'idée a longtemps été émise mais dans la pratique, la mise en œuvre des

[107] Elle compte 180 membres composés de régions frontalières et de collectivités transfrontalières. Elle agit concrètement par le biais d'une commission consultative qui propose des axes de coopération dans le domaine des soins de santé de l'innovation et des sciences, des frontières extérieures européennes et de l'aménagement du territoire.

[108] La coopération américano mexicaine se matérialise par une organisation internationale créée par le Canada, le Mexique et les Etats-Unis aux termes de l'Accord nord-américain de coopération dans le domaine de l'environnement (ANACDE).

structures de pilotage sur le plan institutionnel a tardé à voir le jour. En 1987, est né au Nigéria le *National Border Commission*[109] avec l'objectif précis de favoriser une démarche décentralisée de coopération transfrontalière. En 1993, sous l'impulsion de la BM, du FMI, de l'UE et de la BAD, est mis sur pied en Afrique de l'Est et du Sud le *Cross Border Initiative*[110] qui a pour mission de faciliter les activités économiques transfrontalières. En Afrique de l'Ouest, l'idée a été abordée concrètement en 2000 par l'ancien président malien Alpha Oumar Konaré qui a intégré la notion de « Pays Frontières »[111]. Ceci marque, en Afrique de l'Ouest, le début d'un processus tendant à aborder les zones frontalières dans un cadre de gestion concertée qui inclut tous les acteurs de la vie socio-économique au regard de l'espace partagé. Ce processus est toujours en cours de formalisation avec les accords entrepris autour de la Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), de l'idée à la conceptualisation avant de mettre en place des structures de gestion panafricaine. Pourtant, l'idée d'une coopération sanitaire spécifique a germé plutôt en 1987 avec la création de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). L'objectif de cette structure met en exergue de manière explicite l'urgence « *d'offrir le niveau le plus élevé en matière de prestation de soins de santé aux populations de la sous-région sur la base de l'harmonisation des politiques des Etats membres et des pays tiers, en vue de trouver collectivement et stratégiquement des solutions aux problèmes de santé de la sous-région* ». Cette Structure fédératrice est née de la fusion de l'Organisation francophone de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE)[112] et de l'organisation anglophone West Africaine Health Community (WAHC). L'objectif primordial de l'OOAS est de se départir des scissions héritées de la période coloniale avec la prévalence des deux systèmes

[109] C'est une initiative unilatérale du Nigéria sur la gestion de ses territoires frontaliers et sur le traitement des questions touchant les frontières du pays avec les Etats voisins dans un esprit de fraternité africaine.

[110] Le Cross-Border Initiative (CBI) comprend un cadre politique commun développé par quatorze pays de l'Afrique de l'Est, de l'Afrique australe et de l'Océan Indien, avec le soutien de la Banque mondiale, de l'Union européenne (UE), et la Banque africaine de développement.

[111] Le « Pays Frontières » se définit comme un espace géographique à cheval sur les lignes de partage de deux ou plusieurs Etats limitrophes où vivent des populations liées par des rapports socio-économiques et culturels.

[112] L'Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies ou OCCGE est une structure de coopération sanitaire regroupant des états d'Afrique occidentale francophone (ex AOF) dont l'objectif est la lutte contre les grandes endémies en Afrique occidentale. Elle a exercé ses activités de 1960 jusqu'en 1998, date à laquelle elle fusionne dans l'organisation ouest africaine de la santé (OOAS).

anglais et français dans la planification sanitaire. Elle vise ainsi à favoriser une synchronisation des efforts en combinant les ressources et à instaurer un pilotage hiérarchisé qui prend en compte les attributs des différents Etats, des collectivités locales et des services de santé qui se partagent un domaine de compétence territoriale. Toutefois, il a fallu attendre 1998 pour l'émergence d'un modèle organisationnel de l'OOAS avec la nomination d'un directeur général, d'un directeur général adjoint et l'établissement du siège à Bobo Dioulasso. L'organisation a commencé ainsi à fonctionner comme autorité sanitaire de premier plan en Afrique de l'Ouest. Et c'est exactement en 2000 que les activités ont débuté avec la mise en place de cinq directions dont celle du Développement des Ressources Humaines (DRH[113]), de la Planification et l'Assistance Technique (DPAT), des Soins de Santé Primaires et lutte Contre les Maladies (DSSP/CM), de la Recherche et Système d'Information de la gestion Sanitaire (DRSIS[114]). Il s'en est suivi une succession de mesures tendant à édifier un cadre institutionnel de gestion concertée pour la satisfaction des besoins de santé dans les espaces transfrontaliers en Afrique de l'Ouest. Cependant, les intentions d'une telle structure sont méconnues des populations inter frontalières et les réalisations concrètes sur le terrain sont timides.

IV.2.2 Les Initiatives Frontières et Intégrations en Afrique de l'Ouest

En 2003 le lancement de l'Initiative Frontières et Intégrations en Afrique de l'Ouest (IFIAO) annonce la mise en œuvre de programmes d'appui à la coopération transfrontalière et de test d'opérations pilotes sur le terrain. Cette initiative renferme plusieurs programmes sectoriels qui se retrouvent exclusivement dans une démarche de retour à l'intégration régionale. Il s'agit entre autres du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) et des nouveaux accords UE-ACP.

Le NEPAD s'articule de prime abord sur une typologie de l'Afrique en cinq régions[115]. Cette caractérisation définit un ensemble de pays liés par des espaces de

---

[113] La DRHD coordonne le partage des connaissances et la formation des travailleurs de la santé par le biais du Conseil Régional pour la Formation des Professionnels de Santé (CRFPS)

[114] Cette direction réunit trois composantes d'intervention dont le Réseau Ouest Africain de Recherche pour la Santé (ROARES) ; le Plan Stratégique de Développement de la Télésanté dans les Pays Membres de la CEDEAO ; la Politique et des Stratégies de l'Information Sanitaire dans les Pays Membres de la CEDEAO.

[115] Afrique Central : Cameroun, Congo, République Démocratique du Congo et Gabon
Afrique de l'Est : Ethiopie, Madagascar, Soudan et Rwanda
Afrique du Nord : Egypte, Algérie, Libye, et Tunisie

partage dans lesquels les pratiques de vie sont identiques avec d'importants mouvements de population autant sur le plan économique que sur le plan sanitaire. Il s'agit ainsi d'une approche régionale qui part d'un regroupement de sous ensembles aux spécificités démographiques, économiques et sociales identiques. L'Afrique de l'Ouest est l'une de ces composantes dont l'homogénéité culturelle issue de son peuplement va au-delà de la catégorisation Etats Nations, Zones francophones et anglophones, territoires de forêt et espaces sahéliens. L'intervention du NEPAD sur la promotion de l'accès aux soins est déclinée à travers un programme sectoriel consistant à favoriser l' « accès aux médicaments et vaccins essentiels à des prix abordables » et à « combler le manque de ressources humaines dans les secteurs de la santé. Toutefois, le NEPAD n'a pu fédérer toutes les composantes territoriales au vécu transfrontalier commun. Pour le cas de l'Afrique de l'Ouest, des Etats comme la Guinée Bissau, la Gambie, et la Guinée ne s'associent pas à cette démarche contrairement au Sénégal. Pour comprendre le dysfonctionnement du NEPAD il faut invoquer le caractère restreint des Etats engagés lors de son édification et la vocation à tendance plus politisée de cette organisation. Dans cette logique, certains Etats s'inscrivent d'abord dans la défense de leurs intérêts stratégiques et ensuite n'adhérent pas au leadership proposé par certains présidents à l'origine de l'initiative. Dans ces conditions, le Sénégal, esseulé par rapport aux engagements transfrontaliers, ne peut en aucun cas mettre en pratique une politique transfrontalière de cet ordre sans concertation et association avec ces Etats.

Les nouveaux accords UE-ACP et des blocs régionaux voient le jour dans une échelle de coopération plus large qui impliquerait d'autres regroupements dans d'autres continents. L'Afrique de l'Ouest est relativement avancée dans ce processus puisqu'elle a d'ores et déjà déterminé le groupe de pays appelé à négocier le nouveau partenariat et par la suite, former le bloc régional constitutif des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). La place de la santé dans cette coopération repose sur l'amélioration des systèmes de santé pour permettre une meilleure offre de soins et desservir les territoires transfrontaliers.

En 2004, la mise en œuvre du Programme d'Initiatives Transfrontalières (PIT) de la CEDEAO a pour vocation de recenser, articuler, formaliser les initiatives

---

Afrique du Sud : Afrique du Sud, Malawi, Lesotho et Namibie
Afrique de l'Ouest : Sénégal, Mali, Nigéria et Benin

transfrontalières en Afrique de l'Ouest, et de favoriser la multiplication de cadres de coopération sur les frontières intra-communautaires. Le domaine de la santé intègre ce programme à travers la mise en œuvre d'un programme de santé publique améliorant l'accès aux soins des populations situées de part et d'autre des frontières. C'est seulement à partir de ce moment que la coopération sanitaire transfrontalière devient l'un des objectifs primordiaux des politiques d'intégration régionales entreprises. Dans l'article 1 de la Convention de Coopération Transfrontalière dans l'espace CEDEAO stipulant les buts et domaines, la promotion de la santé transfrontalière y occupe une place de premier ordre et pour la première fois au détriment des aspects économiques. En 2005, dans la logique d'application des conventions signées, deux projets pilotes ont été lancés en septembre 2005 à Sikasso et en octobre de la même année à Ziguinchor.

La zone transfrontalière Sikasso[116]-Korhogo[117]-Bobo Dioulasso[118]

C'est l'exemple de la construction d'un territoire par le biais de rapports entre les périphériques nationaux de la Côte d' Ivoire, du Mali et du Burkina Faso. La configuration géographique et l'histoire de leurs sociétés offrent une dynamique de mobilité sociale et spatiale complexe. Il s'agit d'un territoire commun façonné entre construction nationale et dynamiques transfrontalières sous forme d'échanges et de vécus de l'espace. Ce projet a entamé la mise en œuvre d'une stratégie de connexion beaucoup plus élargie avec la priorité d'insister sur le renforcement du potentiel transfrontalier d'axes routiers, l'extension transfrontalière d'un aménagement hydro agricole, l'équipement en réseaux et voies divers pour les centres d'intérêt transfrontalier, le renforcement des capacités des infrastructures sanitaires, la libre circulation des ambulances à travers les frontières, le lancement de radio communautaires, et l'élaboration d'un annuaire transfrontalier.

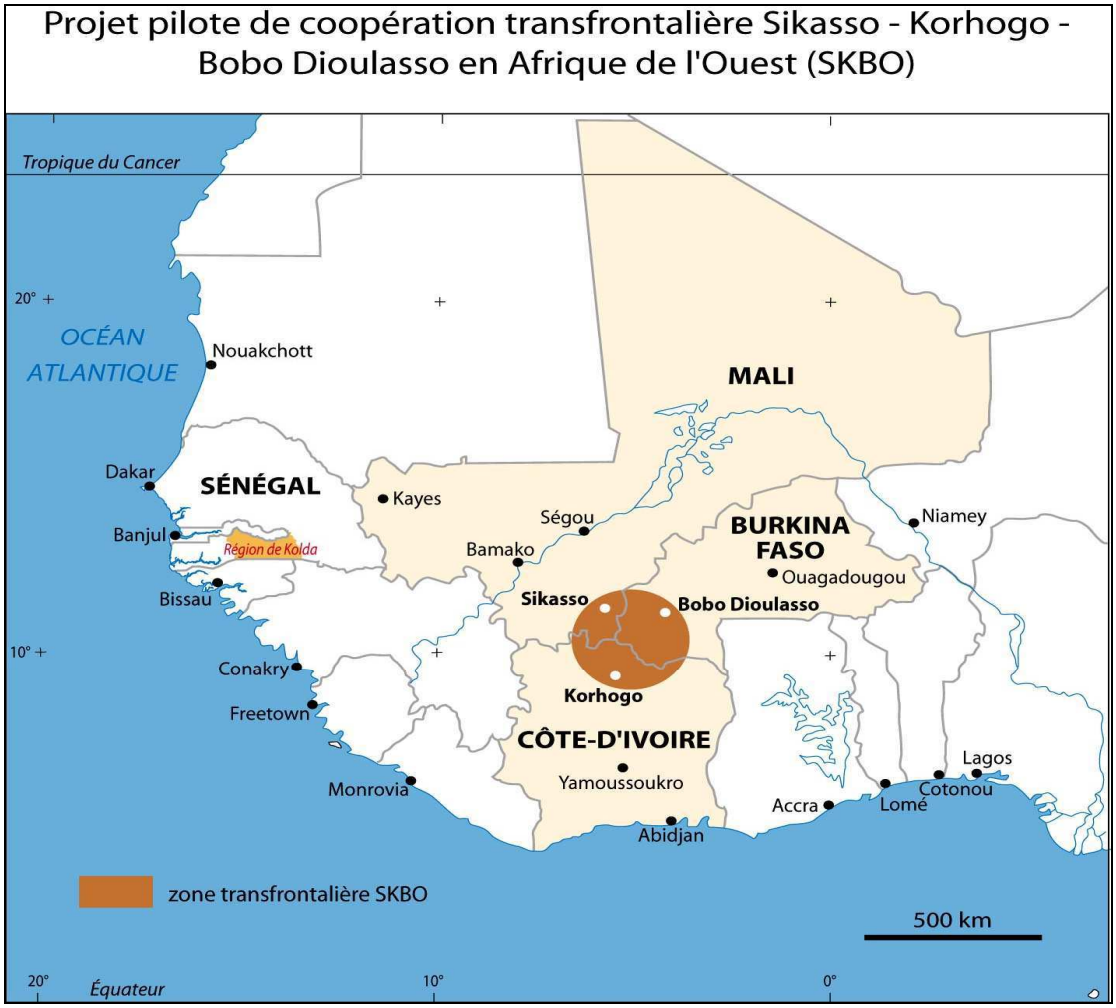
---

[116] **Sikasso** est situé à 375 km de Bamako, 100 km de la frontière de la Côte d'Ivoire et à 45 km de celle du Burkina Faso, Sikasso est une ville-carrefour entre les pays côtiers (Togo, Bénin, Ghana, Côte d'Ivoire) et les pays enclavés (Burkina Faso et Mali).

[117] **Korhogo,** en Côte d'Ivoire, fait partie de la Région des Savanes, frontalière du Mali et du Burkina Faso. Korhogo se situe à 600 km d'Abidjan, la capitale économique et plus grande ville du pays

[118] **Bobo-Dioulasso** est une ville du Burkina Faso en contact frontalier avec les deux villes citées précédemment.

Carte 20 : Projet pilote de coopération transfrontalière Sikasso-Korhogo-Bobo Dioulasso



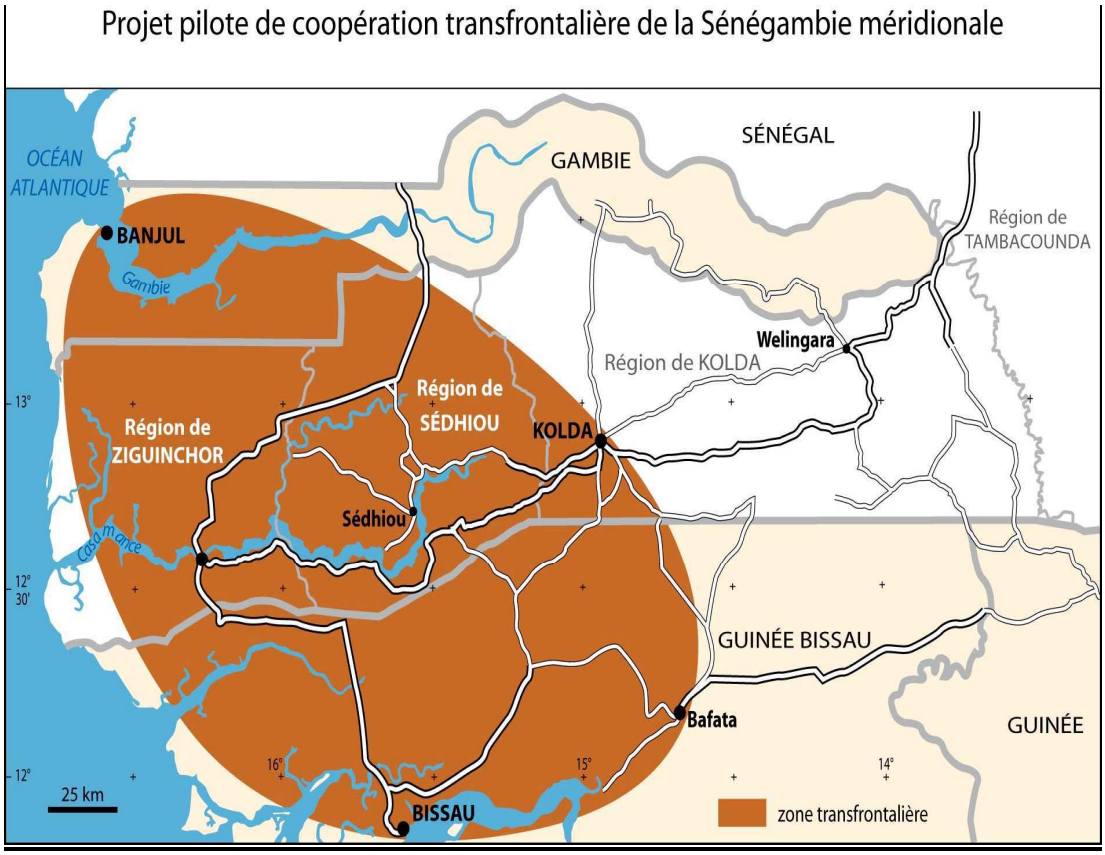
Source : ENDA DIAPOL, CRDI ; « Les dynamiques transfrontalières en Afrique de l'Ouest » adaptation Ibrahima Dione

La zone frontalière de la Sénégambie méridionale

Ce deuxième projet pilote d'application des PIT appliqué à la zone frontalière de la Sénégambie méridionale se superpose au bassin de santé de la Haute Casamance. Les objectifs de ce rapprochement s'articulent autour de la gestion des ressources naturelles dans les espaces frontaliers, le développement économique et la libre circulation des personnes et des biens, la promotion de la paix par l'action sociale et culturelle entre autres. Concrètement, sur le plan sanitaire, il s'agit d'une harmonisation des carnets de vaccination, d'une facilitation de réunions entre les professionnels de santé des pays composant la zone frontalière, de la mise en place d'une cartographie des infrastructures de santé transfrontalières et de la lutte contre

les grandes endémies comme le choléra, la méningite, la rougeole, le paludisme et les fièvres virales.

Carte 21: Projet pilote de la coopération transfrontalière de la Sénégambie méridionale



Source : ENDA DIAPOL, CRDI ; « Les dynamiques transfrontalières en Afrique de l'Ouest »
Adaptation Ibrahima Dione

Dans l'idée, ces deux projets pilote portent la marque d'une application concertée de la politique sanitaire sous régionale en vue d'une résolution des problèmes aux quels cet espace est confronté. Malheureusement, il n'existe pas d'avancées significatives dans les réalités du recours aux soins.

En effet, si on regarde d'assez près ces deux initiatives à l'échelle d'une gestion inter étatique, on remarque aisément que les mêmes politiques en matière de soins de santé sont reproduites dans des cadres institutionnels identiques avec les mêmes interlocuteurs. Il s'agit tout simplement d'une multiplication de politiques régionales dans une attribution des mêmes compétences sur les mêmes actions appliquées aux

mêmes territoires. D'ailleurs ce sont quasiment les mêmes représentants, souvent les ministres de la santé, d'une structure à l'autre avec des perspectives d'action suivant biaisées du fait de la méconnaissance des besoins des populations car n'impliquant pas ces dernières. On en revient toujours à l'éternelle standardisation des besoins de santé sans entrer en profondeur dans les spécificités et réalités socio territoriales du recours aux soins. Lors de nos enquêtes de terrain aucune des personnes interrogées n'est au courant de ces initiatives encore moins les professionnels de la santé ou les autorités des collectivités locales. De manière implicite ou explicite, il n'existe pas d'actions concrètes émanant de ces programmes et visibles sur le terrain aux bénéfices des populations locales. En somme le plus grand problème de ces initiatives reste l'approche territoriale qui est conçue sur une grande échelle au détriment du micro local. Ce dernier est d'autant plus important que l'espace vécu et l'organisation des zones de partage présentent des discontinuités remarquables du fait de l'étirement[119] des distances.

IV.3 De la conception d'une coopération transfrontalière à sa mise en œuvre : des résultats mitigés en décalage avec l'ambition première

IV.3.1 L'intervention des pouvoirs publics dans une politique commune de coopération transfrontalière : entre volonté d'agir et réalités des capacités

L'originalité du bassin de santé de la Haute Casamance réside dans son caractère homogène de par l'existence des mêmes peuples au-delà des frontières nationales. Ainsi, concevoir et appliquer une politique qui unit tous les acteurs de la vie socio sanitaire est une entreprise relativement aisée dans la mesure où toutes les conditions peuvent être réunies malgré la discontinuité instaurée par la frontière entre les pays. Car, la continuité dans les relations socio économiques dans tout le bassin de santé est sans doute l'élément clé sur lequel toute forme de politique unificatrice devrait se baser pour réussir le challenge de l'éradication globale des problèmes santé. Cependant, la coopération sanitaire est à l'agonie du fait de plusieurs divergences

[119] L'étirement des distances renvoie à l'absence d'une interconnexion routière facilitant les déplacements des personnes et des biens.

notées dans les pratiques d'organisation du système de soins. Ces désaccords de plusieurs ordres entravent fortement toute forme d'uniformisation. L'absence de cette dernière est récurrente jusque dans l'organigramme de fonctionnement des ministères de la santé des différents pays, où il n'existe pas de branche affectée à la gestion de la situation sanitaire en zone frontalière. Pourtant, dans les grands traits, les politiques de planification sanitaire entre les quatre pays de notre zone d'étude sont identiques car elles se basent sur la stratégie des soins de santé primaires. C'est le modèle de gestion qui diffère tant du point de vue de l'articulation des systèmes de santé que des efforts financiers consentis sur le secteur de la santé. D'autre part, la centralisation des systèmes de soins au niveau national ne permet pas un élargissement des champs de compétence des structures de soins. Certains Etats comme la Guinée Bissau, indépendamment de leur volonté manifeste dans un contexte de pauvreté, concentrent le minimum d'investissement sur le curatif et abandonnent toute forme de politique de prévention. Cela paraît paradoxal quand on sait que les grandes endémies affectent l'ensemble de la Sous-région et que l'action devrait être plutôt portée sur la résorption des problèmes sanitaires. Même si les pays ont entrepris, dans le cadre d'une coopération sanitaire transfrontalière au niveau de la CEDEAO, de combattre une certaine cacophonie dans la conception des priorités d'intervention, quelques aspects handicapants surgissent dans plusieurs pans du mécanisme sanitaire et se constatent sur :

- **des législations sanitaires différentes qui jouent profondément sur le recours aux soins transfrontaliers** : le coût de traitement notamment médicamenteux varie d'un pays à l'autre. L'écart constaté dans la contrepartie financière est largement tributaire de plusieurs facteurs dont les coûts d'investissement de construction des infrastructures pharmaceutiques et sanitaires, la législation pharmaceutique, la fiscalité, la provenance des médicaments (importation ou fabrication locale), la politique des prix appliquée dans le secteur santé (prix des consultations, prix des hospitalisations), de la monnaie[120] et de l'engagement des pouvoirs publics dans les subventions octroyées. Au nombre des raisons avancées par les populations sénégalaises sur leur fréquentation des structures de soins de la

[120] Même si dans le cadre de l'UEMOA, le FCFA est entrain de se généraliser, certains pays comme la Gambie la Mauritanie n'intègrent toujours pas la monnaie unique.

Gambie, hormis l'accessibilité physique, c'est le prix attractif des médicaments qui est le représentatif.

Au total, la différence des indicateurs sanitaires et les difficultés de circulation des ressources sanitaires dans la Sous-région tiennent certainement en partie aux différences dans les politiques, normes et législations. Dans le même temps la porosité des frontières favorise la transmission des maladies. L'espace sanitaire de la Haute Casamance est concerné par les mêmes problèmes de santé. L'absence de coopération sanitaire n'est pas avantageuse d'autant plus que les Etats les plus engagés ne bénéficient pas de leurs efforts. Ces derniers sont anéantis par le manque d'engagement des autres Etats frontaliers. Les meilleures politiques, normes et législations facilitent l'accès aux soins et par conséquence, une meilleure prévention et prise en charge des différentes maladies. Se soigner en Gambie offre un meilleur coût si l'on compare la contrepartie par rapport au Sénégal. Mais pour un sénégalais qui se soigne en Gambie le coût est plus important et vice versa alors que le vécu territorial conduit un recours aux soins tributaire de l'accessibilité physique et non de l'appartenance à un système national de santé donné.

- **l'absence d'une gestion d'un système d'information sanitaire global** : la détection des cas de maladies, le lancement des interventions pour prévenir la transmission ou réduire la morbidité et la mortalité, l'identification de nouveaux problèmes de santé, des maladies émergentes et/ou négligées, la mesure des tendances sanitaires et la recherche, nécessitent des données en général produites par la surveillance épidémiologique. Elle constitue un mécanisme systématique de collecte, d'analyse, d'interprétation et de dissémination des informations sanitaires. Cette surveillance est exercée par les Etats frontaliers à l'échelle nationale. Néanmoins, le caractère transmissible des maladies ayant pour conséquence la propagation au delà des frontières montre clairement la nécessité d'une surveillance au niveau régional. Il s'agit ainsi de pouvoir déclencher les interventions idoines pour circonscrire l'épidémie et pour ne pas interrompre la circulation des personnes et des biens dont les conséquences économiques négatives sont évidentes. Il n'existe pas dans le bassin de santé de la Haute Casamance une

collaboration formelle et concrète allant dans ce sens. Seule l'initiative prise unilatéralement dans le cadre d'un programme national de vaccination permet une couverture transfrontalière sans apports ni participation du pays pour lequel les frontières sont empiétées par cette campagne. Le Programme Elargi de Vaccination (PEV[121]) initié par le gouvernement du Sénégal a offert une couverture des zones frontalières de la Guinée Bissau. Toutefois, le problème de traçabilité des vaccins déjà acquis par ces populations transfrontalières se pose avec acuité dans la mesure où il demeure une opacité réelle du fait de l'absence de carnet de vaccinations. Cet état de fait révèle plus l'absence de concertation et de politique commune de prévention.

- **les bases de données sur les ressources sanitaires** (les ressources humaines, les infrastructures sanitaires, les institutions de recherche, de formation et d'enseignement, les laboratoires …) constituent un moyen efficace pour déclencher la mise en commun de ces ressources. A travers le programme d'information sanitaire, l'OOAS envisage de faciliter la circulation de l'information et des ressources sanitaires dans l'espace CEDEAO. Dans la pratique il n'existe aucune synchronisation, ou du moins formelle, tendant vers une collaboration des professionnels de la santé dans le bassin de santé de la Haute Casamance.

Ainsi, dans le fond, il n'existe pas réellement une coopération transfrontalière dans le Bassin de santé de la Haute Casamance sous l'impulsion des pouvoirs publics et autorités sanitaires des pays concernés. Cependant, des initiatives ont été mises en œuvre par des partenaires sociaux comme les ONG et les populations locales agissant dans le secteur socio sanitaire. La coopération décentralisée offre aujourd'hui des moyens d'appui non négligeables dans une situation où les pouvoirs publics se sont désengagé des stratégies d'amélioration de la santé des populations dans les territoires inter frontaliers.

[121] Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) initié au Sénégal en 1979 a pour objectif de vacciner au moins 80% des enfants avant leur premier anniversaire contre sept maladies cibles évitables par la vaccination. Ainsi, les activités de vaccination sont organisées et coordonnées pour atteinte et la protection de la cible.

IV.3.2 La coopération décentralisée : le partenariat ONG/Collectivités territoriales/ Services de santé

La centralisation des systèmes nationaux de santé freine la rationalisation des implantations sanitaires dans le bassin de santé de la Haute Casamance. L'harmonisation des politiques de santé doit trouver sa pertinence dans une perception globale du recours aux soins dans le sens transfrontalier. Par conséquent, la coopération décentralisée incarnée par les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les associations locales permet aujourd'hui de favoriser, dans cet espace sanitaire, un regard différent sur la conception des systèmes nationaux de santé. Il s'agit de pouvoir adapter, en dépit des limites étatiques, une gestion des questions de santé qui va au-delà des frontières en prenant en compte la perception locale de l'utilisation des services de soins et des réalités du vécu de l'espace.

L'action des ONG dans le bassin de santé de la Haute Casamance demeure sans doute un des facteurs tendant à réduire les disparités d'accès aux soins. Celles-ci interviennent dans plusieurs domaines de la santé. D'innombrables efforts sont consentis en particulier dans des activités de prévention, de dons de matériel, et d'études de recherches sur les grandes endémies. Leurs interventions s'inscrivent en général dans une logique de mobilité en vue de toucher le maximum de personnes vulnérables sans tenir compte des frontières. Dans le bassin de santé de la Haute Casamance, les axes d'intervention se résument en une stratégie de prise en charge mobile qui vise à améliorer la couverture sanitaire par des opérations de dépistage (surtout pour le VIH), et de dispensation des soins de proximité aux populations des localités enclavées. Ces actions sont menées de façon périodique et souvent avec un calendrier préétabli où les populations cible sont averties par le biais des autorités locales comme les chefs de village et les chefs coutumiers et religieux. En outre, les ONG soutiennent également des activités diverses de surveillance épidémiologique d'hygiène du milieu, de la lutte contre les maladies transmissibles et d'orientation des patients vers les établissements de santé. Elles jouent également un rôle primordial dans la prévention en utilisant des canaux de communication qui prennent en compte les réalités locales. Des séances d'information et d'éducation à la santé sont le plus souvent utilisées avec des supports didactiques en langues nationales. Dans la coopération sanitaire transfrontalière, la participation de ces partenaires

sociaux joue un rôle de premier plan et d'avant-garde à l'égard des désastres sanitaires en vue. L'exemple le plus significatif est donné par l'ONG 7 A[122] qui œuvre dans la zone frontalière avec 402 villages sénégalais et 70 villages Bissau guinéens. Ses actions sont réunies autour d'un plan stratégique transfrontalier dans le domaine de la sécurité alimentaire, la paix, l'éducation et la santé avec un volet spécifique de lutte contre la transmission du VIH. Elle s'appuie sur l'opportunité de regroupement à travers les *loumo* pour véhiculer des outils de prévention par des causeries ponctuelles à l'aide de mégaphone. L'ONG 7 A trouve aussi une base de communication à travers les radios locales où sont lancés des messages d'éducation à la santé par le biais de sketch dans toutes les langues locales.

D'autres ONG comme SWAA[123] (dans le dépistage du VIH, l'accompagnement des séropositifs et la lutte contre la stigmatisation des malades), Aide et Action[124] (dans l'éducation) concourent à favoriser l'éradication des difficultés socio sanitaires que vivent les populations du bassin de santé de la Haute Casamance. Dans une démarche d'étude et de recherche, ENDA DIAPOL[125] et le CRDI[126] se sont investis sur les spécificités socioéconomiques de la Haute Casamance avec un travail de fond sur les relations transfrontalières en Sénégambie méridionale. Ils analysent les potentiels d'intégration de la Gambie, du Sénégal et de la Guinée Bissau en s'appuyant sur l'interrelation des populations à travers des circuits d'échanges économiques.

Parallèlement, des initiatives participatives sont engagées par les populations locales dont des « forums de dialogue transfrontalier entre le Sénégal et la Guinée Bissau » conduits par le Mouvement des Jeunes pour la Paix et l'intégration (MJPI). Cependant, ces derniers insistent sur le volet de l'insécurité endémique relative à

---

[122] 7 A : l'**A**ppui à l'**A**utoformation des **A**dultes **A**ppliqué à l'**A**ction par l'**Al**ternance et en **Al**ternative crée à partir d'une initiative locale de lutte contre les inégalités dans le développement humain durable.

[123] SWAA : Society for Women and Aids in Africa ; il s'appuie sur le réseau de l'Alliance Nationale contre le Sida au Sénégal (ANCS) dont la particularité est d'assister toutes les organisations s'impliquant dans la lutte contre le VIH.

[124] Présente au Sénégal depuis 1988, Aide et Action conduit plusieurs projets dans ce pays. Aujourd'hui, l'organisation met l'accent sur l'éducation à la santé, l'insertion socio-économique des jeunes, les actions d'urgence face aux inondations et l'amélioration de la qualité de l'éducation.

[125] ENDA DIAPOL ou ENDA prospectives Dialogues Politique œuvre pour une convergence des organes de décisions politiques des différents en vue de soutenir la promotion des espaces frontaliers.

[126] CRDI : Le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) est une société d'État canadienne qui a vu le jour en 1970 pour aider les pays en développement à trouver des solutions à leurs problèmes. Il soutient et encourage des chercheurs et des innovateurs de ces pays en vue de trouver des solutions concrètes et viables aux problèmes sociaux, économiques et environnementaux.

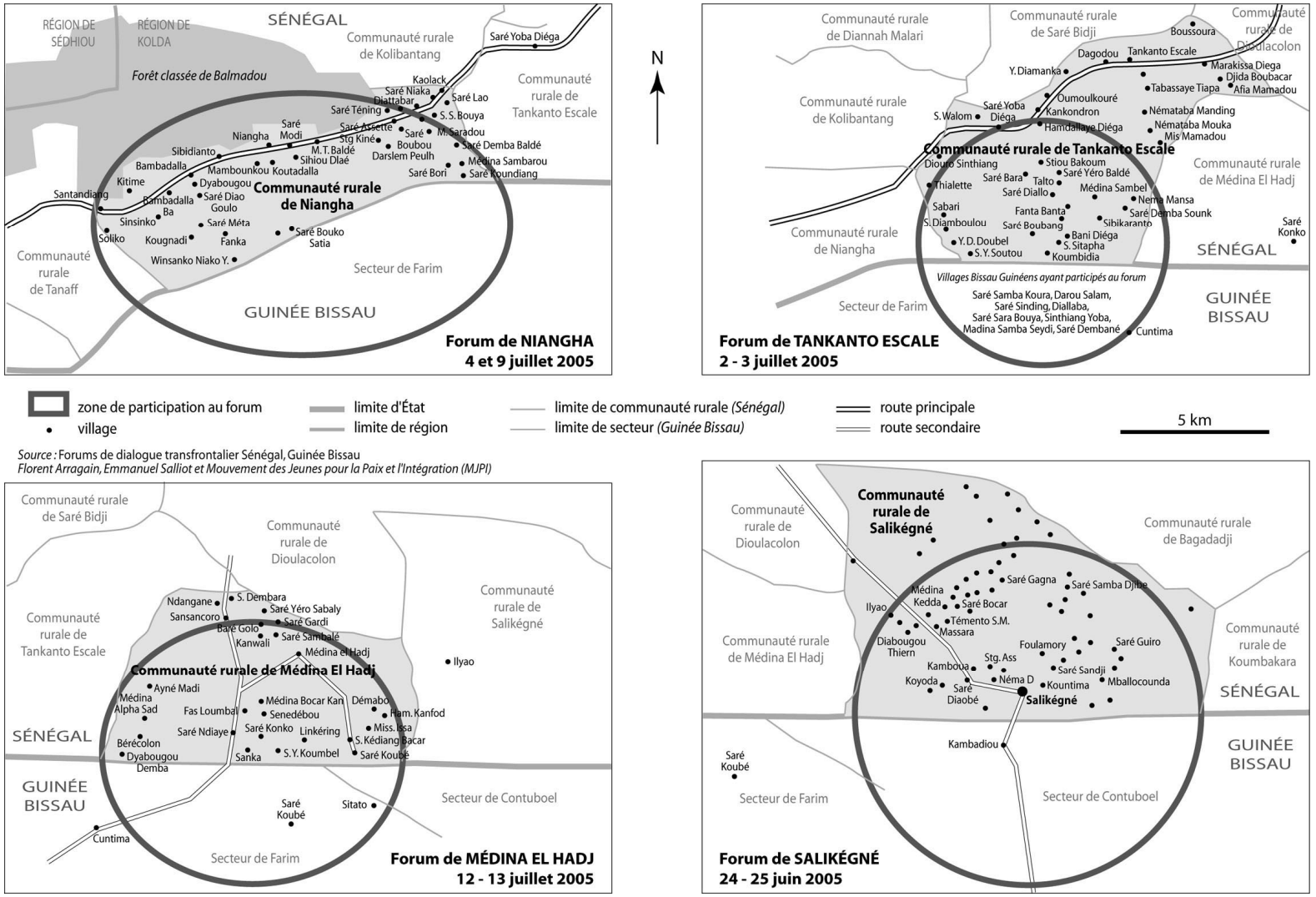
l'instabilité politique au sud du Sénégal et en Guinée Bissau. L'expérimentation de cette gestion participative a concerné quatre localités dont Salikégné, Médina El Hadji, Niangha et Tankanto Escale en vue de la mise en place de comités villageois en charge de régler les conflits. Par ailleurs, leur implication atteint d'autres domaines avec l'ambition de « développer une coopération transfrontalière autour de la santé » en promouvant l'érection de postes et centres de santé inter frontaliers afin de faciliter l'accès aux soins.

Les initiatives locales en matière de santé sont également orientées vers la création de mutuelles de santé intégrant les populations extra frontalières. Près de 80% des personnes vivant à Kolda n'ont pas accès à une couverture sociale.

Avec l'appui du programme santé de l'USAID[127] et de World Vision, l'Union régionale des Mutuelles de Santé a vu le jour à Kolda. Elle devrait regrouper sept mutuelles dont l'objectif est d'assurer 70% des frais médicaux des affiliés dans une prise en charge des examens médicaux, des analyses de laboratoires, des consultations prénatales, des hospitalisations de courte durée etc.

[127] USAID : ONG américaine soutenant des initiatives de développement local d'appui technique et financier au mouvement associatif

Carte 22 : Forum de dialogue transfrontalier Sénégal Guinée Bissau



Carte - Forums de dialogue transfrontalier Sénégal, Guinée Bissau

Conclusion partielle

La cohabitation que suggère le partage de l'espace vécu entre le Sénégal, la Guinée, la Guinée Bissau et la Gambie nécessite une gestion participative de chaque Etat dans la crise sanitaire que traverse la Haute Casamance. Toutefois, la coopération sanitaire transfrontalière qui est à ses balbutiements ne permet pas aujourd'hui de satisfaire les exigences sanitaires des populations. La tendance à l'uniformisation des politiques de planification bute sur l'engagement peu volontariste des pouvoirs publics mais surtout sur l'incapacité de ces derniers à soutenir financièrement les intentions dégagées au niveau de l'OOAS. Cependant, plusieurs acteurs sociaux participent à l'élaboration d'un cadre d'action favorisant la gestion des problèmes de santé de la Haute Casamance. Il s'agit d'un engagement des organisations non gouvernementales et des populations locales. Les premières s'investissent de manière à assurer le renforcement des capacités des professionnels de la santé et de l'action sociale tout en favorisant l'éducation et l'information à la santé. Les secondes s'affirment dans des mouvements associatifs réunissant les populations de part et d'autre des frontières dans la recherche de solutions qui pérenniseront la sécurité des populations. Elles agissent aussi par l'implication dans le système de santé en favorisant l'érection de mutuelles de santé et la participation dans la gestion de leur structure de santé en intégrant les comités de santé. Cependant, les efforts sont peu récompensés du fait d'un manque de suivi et d'appui de la part des collectivités locales.

La situation sanitaire de la Haute Casamance est dans ce contexte assez compromise si on prend en considération l'organisation des systèmes de santé et l'état de santé des populations. La vaccination de masse des enfants reste dépendante des campagnes ponctuelles dont les résultats sont sujets à discussion du fait de la nullité du respect de la chaîne de froid. L'accompagnement des femmes en âge de reproduction[128] inquiète devant une faible couverture des consultations prénatales due au manque de personnel qualifié, de la difficulté à valoriser la nécessité d'une telle prévention auprès des populations locales. Plusieurs femmes meurent souvent en couche à cause des problèmes de transfert dans un contexte d'absence de

[128] Selon l'EDS IV on relèverait une mortalité infanto juvénile 190/1000 à Kolda alors que le niveau national est 121/1000. La mortalité maternelle avoisine 1 000/100 000 naissances pour un niveau national de 400/100 000. Seuls 26% des accouchements sont assistés par un personnel de santé.

structures de soins dans les zones enclavées. La pandémie du sida atteint des proportions inquiétantes dans cet espace d'échange où la circulation des biens et des personnes favorise sa propagation à travers des maisons closes aux points de rencontres économiques et du mépris des règles élémentaires de protection. Les maladies endémiques, malgré un net recul continuent d'être un fléau sanitaire et constituent les premières responsables de la morbidité et de la mortalité. L'offre de soins montre des limites sur la couverture, et notamment dans les zones frontalières oubliées des pays cités. La densité médicale n'apporte pas la réponse à la forte demande due à une augmentation des sollicitations.

Alors, une autre forme de gestion de l'espace sanitaire de la Haute Casamance devrait être au premier plan des préoccupations dans l'éradication de la crise sanitaire qui secoue cette partie de l'Afrique de l'Ouest. Certainement, une réflexion sur l'édification de grandes structures de soins avec une gestion unilatérale ou multilatérale se pose avec acuité. Par ailleurs, l'aménagement du territoire devrait intégrer dans ces plans la planification sanitaire en favorisant le désenclavement de l'intérieur pour atteindre une accessibilité optimale des structures de soins de référence.

Conclusion Générale

Ce travail de recherche s'inscrit dans l'étude des problématiques que soulève l'association territoire et santé spécifiée à travers le recours aux soins transfrontalier et la constitution d'un bassin de santé à cheval sur le Sénégal, la Guinée Bissau, la Guinée et la Gambie.

Les dynamiques de recours aux soins et la constitution de ce bassin de santé transfrontalier, comme objet de recherche, sont fondues dans la transversalité de l'approche des questions de santé. Cette démarche interroge ainsi un ensemble de déterminants construits dans une interaction de faits touchant plusieurs phénomènes socioéconomiques. Par conséquent, cet objet de recherche permet d'inscrire la problématique de pratique sanitaire dans une logique méthodologique pluridisciplinaire. Celle-ci appelle d'autres thématiques comme l'aménagement du territoire en termes d'espace construit et les mutations socio-territoriales dans l'espace perçu, vécu agissant sur l'offre et le recours aux soins dans la constitution de paysages sanitaires. Il est admis aujourd'hui que ces caractéristiques tendent à définir des situations complexes qui sortent de l'ordinaire de la standardisation des besoins de santé suivant une approche purement médicale. Par ailleurs, l'importance de cet objet de recherche se trouve dans le fait qu'il intègre la tendance à la contradiction d'un monde qui s'ouvre par la globalisation[129] et l'universalité d'un autre monde qui se referme à travers le repli sur soi et le cadrage de la frontière à des limites physiques[130] sans liaison formelle des Etats qui ont les mêmes intérêts et les mêmes problèmes.

L'espace de recherche, comme ensemble territorial transfrontalier, abonde dans le sens des questions soulevées par la notion de frontière dans son vécu, ses fonctions et sa conception. Elle est souvent abordée dans une considération qui soulève beaucoup d'ambigüités dépendantes des vicissitudes de son édification autant sur le plan

[129] Allusion faite à l'économie de marché ouverte à l'ensemble du bassin de santé de la Haute Casamance à travers les *loumo* d'obédience internationale qui échappe au contrôle des différents Etats qui le composent et dont la construction est strictement informelle.

[130] Dans ce cas précis il s'agit des frontières qui n'épousent pas les contours historiques des sociétés politisées qui ont su fédérer et homogénéiser un vaste un ensemble de vie aux pratiques territoriales communes.

géopolitique que sur le plan de la réunion d'un ensemble d'individus se partageant un commun de vie commune antérieure à sa conception actuelle. Dans l'un ou l'autre cas elle présente des situations de pratique territoriale transposables dans divers endroits du globe ou des cas particuliers spécifiquement applicables à une seule et unique zone donnée. Cependant, nous l'avons conçu, dans une approche méthodologique conceptuelle, sous la forme d'un territoire à part entière et d'épaisseur variable qui entretient des mobilités de populations suivant l'orientation, la concentration et la qualité des offres de services proposés par les périphéries transfrontalières indépendamment de leur appartenance à un Etat donné. Elle est également le lieu où les visions proposées par les planificateurs ne coïncident pas avec la perception de l'espace par les populations. Les planificateurs introduisent une *institutionnalisation* de l'espace par des politiques d'aménagement supposées rationnaliser l'offre publique de santé dans les limites internes des Etats. Les populations quant à elles s'inscrivent dans une logique territoriale qui inclut l'espace perçu, pratiqué et vécu dans des imbrications sociales qu'on ne peut contenir dans un ensemble fermé que suppose les limites étatiques. Par conséquent, le décalage entre l'espace construit et l'espace vécu crée des dynamiques de recours aux soins qui transgressent les théories d'offre de soins. Cet état de fait crée des paysages sanitaires particuliers continus en certains endroits, discontinus en d'autres dans un contexte général de dénuement de l'offre de soins et d'absence de jonction des ramifications des systèmes de soins des différents pays aux zones frontalières.

Par conséquent, nous avons voulu comprendre et analyser les problématiques de constitution, de circonscription, d'élargissement de ces cadres territoriaux ; de complémentarité, d'opposition, de superposition entre ces mêmes cadres territoriaux d'offre et de recours aux soins dans l'espace transfrontalier à travers un certain nombre d'hypothèses de départ dont la vérification méthodologique aboutit à plusieurs postulats :

- L'offre de soins à l'intérieur de chacun des Etats présente des inégalités frappantes dans la distribution spatiale entre les villes et les campagnes. Cette situation relève de politiques de santé qui n'ont pas pu partir d'un équilibrage des disparités d'offre de soins nées de la période coloniale et perpétuées à la gestion post indépendance. Cet état de fait explique le dénuement dans lequel sont noyées les localités frontalières fortement frappées par un désert médical et dont la demande est importante du fait de

la prévalence des maladies liées à l'environnement.

- Les systèmes de santé des différents pays qui composent le bassin de santé de la Haute Casamance présentent une organisation pyramidale de l'offre de soins avec une échelle de référence qui part des soins primaires aux soins les plus spécialisés. Toutefois, les extrémités des différents embranchements ne sont pas jointes à raison de l'existence de désert médical propre à chaque Etat dans les périphéries frontalières. Ainsi, cette offre irrationnelle pousse les populations à opter pour d'autres alternatives de recours aux soins aux endroits les plus accessibles et offrant un minimum de desserte médicale sans tenir en compte les frontières.
- L'aire effective de recrutement des structures sanitaires de la Haute Casamance englobe une partie de chacun des quatre pays en épousant les contours des anciens royaumes comme le Gabou et le Fouladou. Cette aire effective de recours aux soins est par conséquent constituée suivant des mobilités de santé dans une logique d'orientation qui fait fi des frontières.
- Les mobilités de soins tiennent de l'accessibilité physique proposée de part et d'autre des frontières quel que soit le lieu de provenance ou de destination dans l'espace de partage, des mécanismes socioéconomiques à travers les incessants déplacements que déclenchent la tenue des *loumo*, des héritages de la pratique spatiale qui remonte de l'époque précoloniale.

Nos propos ont été ainsi de réfléchir sur la construction de paysages sanitaires dans une logique de partage des compétences territoriales en zones frontalières fabriquées à partir de dynamiques informelles selon l'espace vécu et perçu et de dynamiques formelles suivant l'espace construit et aménagé. Dans les deux sens, ces compétences territoriales sont définies en fonction d'une hiérarchisation fonctionnelle d'un tissu spatial frontalier dans lequel on relève une polarisation de certaines localités offrant des services de santé plus ou moins acceptables sur d'autres localités émettant des flux de populations à la recherche de meilleurs soins. Nos recherches se sont articulées également sur les mutations sociogéographiques et économiques qui agissent sur les dynamiques de recours aux soins dans cet espace de partage. Celles-ci déclenchent des trajectoires aussi complexes que logiques de part et d'autres des limites frontalières relativement au passé commun de cet ensemble.

Ainsi, les travaux menés se sont inscrits dans une approche qui propose un regard croisé sur la conception du territoire vécu, construit et perçu. Ce regard croisé

implique, à travers le déroulement d'un ensemble de faits de santé sur une échelle variable, plusieurs acteurs allant du simple citoyen aux autorités en passant les partenaires extérieurs qui s'activent dans la coopération décentralisée et dans les organisations non gouvernementales. Dans ce sens, nous avons invoqué la pratique territoriale suivant les dynamiques sociogéographiques, historiques, économiques, socio sanitaires, géopolitiques dans la définition du recours aux soins et des trajectoires qu'elle suppose dans cet espace transfrontalier.

A travers nos travaux de recherche, les conclusions qui ressortent témoignent d'une situation d'antagonisme entre les aires théoriques de recrutement formalisées par les pouvoirs publics dans le cadre des politiques nationales de santé et les aires effectives de recrutement qui se sont formées à partir des mobilités de soins transfrontalières. Si la *décentralisation* a commandé la politique de desserte et densité médicale dans le bassin de santé de la Haute Casamance, les pratiques de santé des populations tendent à créer une sorte de *recentralisation.* Cette *recentralisation* vers les pôles urbains frontaliers les plus importants tient de la pauvreté de l'arrière-pays frontalier et de l'absence de coopération entre les différents Etats composant le bassin de santé de la Haute Casamance.

Par conséquent, dans le bassin de santé de la Haute Casamance, les faits de santé se déroulent dans un cadre complexe de recours aux soins où se joue une complémentarité *répulsion*, *émission* et *réception* de flux de populations. La recherche de meilleurs soins conditionne les mobilités dans un espace de partage. Des polarités transfrontalières se forment et dominent un paysage sanitaire qui dépend des capacités d'offre de soins caractérisées par des disparités d'un pays à l'autre et de la ville à la campagne représentée dans notre étude par les périphéries transfrontalières.

Dans ce schéma, le bassin de santé de la Haute Casamance offre l'exemple typique d'un espace de partage défini dans une relation de continuité, de rupture et de réorganisation perpétuelle des dynamiques territoriales.

Une continuité de l'espace vécu par les populations depuis la période précoloniale: les populations locales s'imprègnent d'une logique historique d'homogénéité socio-spatiale que se partagent les différents peuples qui ont cohabité avant la colonisation. La frontière fabriquée pendant la colonisation et confirmée après les indépendances est ainsi perçue par les populations comme une limite

imaginaire que les habitudes de vie séculaires ont tendance à rejeter car n'intégrant pas la pratique spatiale fabriquée par le passé commun. La frontière fluctue au gré des rapports socio-économiques transposés de la période précoloniale. Cet état de fait implique la définition de dynamiques de recours aux soins qui se particularisent à travers trois cas de figures complémentaires.

D'abord, l'orientation des sollicitations en soins de santé moderne s'effectue globalement dans une zone à cheval sur quatre pays dont le Sénégal, la Guinée la Gambie et la Guinée. La recherche de soins, dans les conditions acceptables d'accessibilité physique, détermine les trajectoires de recours aux soins et entretient des mobilités qui font abstraction des limites étatiques.

Ensuite, l'homogénéité ethnique, les rapports sociaux hérités des anciennes sociétés politisées et les liens de parenté tendent à uniformiser l'espace et à éclipser relativement les sentiments d'appartenance nationale. Les mobilités de soins suivent cette logique et chaque peuple s'approprie des services de santé dans l'espace de partage transfrontalier en fonction des facilités de déplacement, des moyens financiers, de la présence d'une partie de la famille et certainement d'une appartenance à un espace plus vaste que la circonscription que suppose les limites d'Etats modernes.

Enfin, les mouvements importants de populations dans le cadre des échanges économiques à travers les *loumo* agissent également sur le choix du lieu de recours aux soins. L'existence de plusieurs *loumo*, tous les jours de la semaine, engendre un déplacement incessant de commerçants et d'acheteurs dans une pratique territoriale indépendante des tracés de frontières. Le recours aux soins dans ce contexte de mobilité permanente reste profondément lié à la présence à ces *loumo* ; ce d'autant plus que leur tenue s'accompagne d'une facilité de déplacement du fait de la disponibilité en moyens de transport ces jours. Ainsi, les lieux de tenue de ces marchés hebdomadaires constituent souvent des zones sanitaires réceptrices de patients dans la condition où la structure d'accueil présente une desserte relativement acceptable.

Une rupture entre l'espace construit par les politiques et l'espace vécu par les populations dans le recours aux soins: l'établissement de frontières artificielles à la conquête coloniale de cette partie de l'Afrique a marqué une cassure dans le bloc homogène que les sociétés politisées comme le Gabou et le Fouladou avaient

constitué. En effet, le découpage qu'il a produit a favorisé l'émiettement d'une région au passé commun caractérisé par l'existence des mêmes peuples, des mêmes langues et une manière d'utilisation de l'espace analogue. Les différents colonisateurs au modèle d'administration différent ont intégré des techniques de gestion différentes impliquant plus ou moins la population. L'espace vécu devient ainsi un espace subi car les nouvelles règles d'intangibilité des frontières qui se matérialisent par des barrières physiques, des postes de contrôle frontaliers, confinent les populations dans un cadre plus réduit. Les rapports se mesurent à l'échelle des Etats avec une identification nationale au contraire de la perception que se sont faites les populations dans une pratique spatiale antérieure à la présence européenne. En effet, la méthode de gestion de l'espace, pendant cette période, a été conçue pour et par les colonisateurs en fonction de l'usage économique des terres conquises. L'aménagement du territoire a privilégié les points stratégiques de contrôle et les axes de drainage des ressources. L'organisation sanitaire a suivi cette ligne et les disparités d'offre de soins sont apparues pendant cette période. Les Etats constitués après les indépendances ont défini des politiques de planification sanitaire inspirées de l'héritage colonial tout en accentuant les écarts dans la prise en charge des besoins de santé. Ils n'ont pas pu produire une gestion rationnelle des besoins de santé en relation avec les spécificités locales car ils ont ignoré la nécessité de rééquilibrage de la distribution spatiale des structures de soins qui favorise les grandes villes concentrées sur le littoral au détriment des périphéries à l'intérieur des terres.

Une **réorganisation spatiale perpétuelle** redéfinit sans cesse les trajectoires de recours aux soins et accompagne la continuité et la rupture de paysages sanitaire. Des facteurs comme l'instabilité politique, la prise d'importance de localités dans les transactions économiques à travers l'érection de nouveaux *loumo*, les redécoupages administratifs répétés par l'Etat bouleversent souvent les schémas traditionnels de recours aux soins en fonction de la localisation des nouveaux foyers d'attraction. Ainsi, l'orientation et le choix du lieu de recours aux soins sont assujettis à une redéfinition des trajectoires de mobilité des soins vers les localités les plus aptes a en recevoir du fait d'un minimum de conditions de desserte réuni.

A travers cette approche méthodologique qui interpelle le chercheur sur la pertinence d'une considération graduée de son cadre de recherche du micro local au global suivant les spécificités territoriales, nos opinions ont été de démontrer que la

frontière perçue comme *région* et façonnée par les liens qui s'y tissent de part et d'autre prime sur sa considération figée comme limite fixe séparant des Etats.

Par ailleurs, elle interpelle également les politiques, puisqu'il est question d'espace construit, que ces territoires atypiques comme la Haute Casamance entre continuité et rupture des pratiques de vie dans un espace commun transfrontalier ne peuvent plus être considérer comme une entité éparpillée avec des pays enchaînés dans un confinement de cadre frontalier rigide. Ils doivent être pris comme un ensemble dans lequel les politiques doivent se rejoindre là où les populations s'associent indépendamment des considérations d'appartenance à un pays donné.

Toutefois, cela ne remet nullement en question les frontières mais impose une vision centrée sur le développement local des zones homogènes aux systèmes d'exploitation de l'économie primaire identiques comme la Haute Casamance. Ainsi, dans ce travail de recherche, il n'a été nullement question de voir la frontière comme un frein à la rationalisation spatiale de l'offre de soins dans des espaces de partage mais plutôt de prendre en compte l'espace vécu socialement dans le cadre des frontières existantes et d'agir en coopération multilatérale dans les politiques de santé.

De même, il n'a pas été pour nous de produire une pensée contraire aux limites actuelles des Etats ou de verser dans un procès à l'histoire des frontières dans toutes ses formes (colonisation, décolonisation, néo colonisation). Il s'agit plutôt d'avoir une conception plus élargie des espaces de partage et de vie qui empiètent de façon systématique dans les frontières étatiques et dont la prise en compte dans la gestion de l'espace est inévitable.

Il n'a pas non plus été question de porter strictement une critique sur la vision européo-centrée des politiques de planification spatiale, mais de considérer les réalités et les représentations spatio-temporelles des individus dans toute politique inspirée.

Ces dernières positions nous poussent à considérer que ce travail de recherche présente un intérêt scientifique dans l'approche régionale des faits de santé pour une compréhension des dynamiques de recours aux soins et des trajectoires qui en découlent. Ce travail participe également à la connaissance des paysages sanitaires dans leur construction en rapport avec l'espace vécu, le comportement des populations face une offre inadaptée à leurs besoins.

Bibliographie

Alonou K., 2002, La santé en Afrique noire : de 1887-1960, Département d'histoire et d'archéologie, Université de Lomé

Amat-Roze J.-M., 2000. *Mobilité et santé, un constat dialogue sans cesse renouvelé,* Actes du Festival International de Géographie (FIG), Saint-Dié, thème « Géographie et Santé ».

Amilhat-Szary A.L., Fourny M.C. (dir.), 2006, Après les frontières, avec la frontière, nouvelles dynamiques transfrontalières en Europe, la Tour d'Aigues, Editions de l'Aube 170P.

Ancel J., 1938. *Géographie des frontières,* Paris, Gallimard, 209p.

Arbaret-Schulz C., Beyer A., Piermay J.-L., Reitel B., Selimanovski C., Sohn C., Zander P., 2004. La frontière, un objet spatial en mutation, *EspaceTemps.net,* 13p.

Balibar E., 2000, Nous, citoyens d'Europe ? Les Frontières, l'Etat, le Peuple, Paris, la Découverte

Banque Mondiale, 2006, rapport analytique santé et pauvreté au Sénégal

Bantuelle M., Dargent D., 1998, La participation et les acteurs, Collection Santé communautaire et Promotion de la Santé

Banque Mondiale Département du Développement Humain Région Afrique, 2006, Rapport analytique Santé Pauvreté au Sénégal

Barry B., 1998, La Sénégambie du XVème au XIXème siècle, traite négrière, Islam et conquêtes coloniale, Paris, L'Harmattan

Barry B., 1999, Des frontières en Afrique du XII au XVI^{ème} siècle, Symposium régional d'historiens africains sur *Histoire et perception des frontières en Afrique du XII e au XXe siècle dans le cadre d'une culture de la paix,* réunis à Bamako, République du Mali, du 15 au 19 mars 1999

Barth F., 1969, Ethnic groups and boundaries: the social organisation for cultural difference, Boston, Little Browne

Bauer P., Darley M. (dir.), 2007, Les frontières de l'Europe : franchissement et résistance, Prague, Cahiers du Cefres

Becker B., 2005, « Prolégomènes à une réflexion sur l'État colonial, le droit et la santé dans l'Ouest africain francophone. Questionnements à propos des pratiques et des réglementations sanitaires" in *L'Afrique et la mondialisation : regards*

d'historiens / pp. 201-219 / Issiaka Mandé et Blandine Stefanson (éds). Paris, Bamako : AHA, Karthala, ASHIMA

Becker C., Martin V., 1973, Historique des recherches sur la protohistoire sénégambienne, Kaolack : 56 p. multigr.

Bennafla K., 2002. Le commerce frontalier en Afrique centrale : acteurs, espaces, pratiques, Paris, Karthala, 368p.

Benoit M., 1988, « Espaces francs et espaces étatisés en Afrique Occidentale : remarque sur quelques processus de territorialisation et leurs fondements idéologiques en Haute Casamance » in Cahiers Sciences Humaines, vol.24, n°4, pp. 503-519

Bioteau E. Calberac Y., 2005, Le géographe face à son objet. Distanciation et méthodes à travers l'exemple d'un terrain frontalier, Laboratoire CART A (UMR 6590 ESO), Université d'Angers Laboratoire Géophile (FRE 2953), Ecole normale supérieure Lettres et Sciences humaines (Lyon), Manuscrit auteur, publié dans "Geographica Timisiensis vol. XIV (2005) pp. 55 à 73"

Bioteau E., Fleuret S., 2010, « Territoires, santé et discontinuités » in Moullé F., Duhamel S., « frontières et santé » pp. 69-81

Bochaton A., 2010, « Recours aux soins transfrontaliers et réseaux informels : l'exemple lao-thaïlandais » in Moullé F., Duhamel S., « frontières et santé » pp. 145-165

Bonnemaison J., Cambrezy L., 1996, Le lien territorial entre frontières et identités, Géographie et Cultures, L'Harmattan, n°20, pp. 7-18

Bouquet C., Velasco-Graciet (dir.), 2007, Regards géopolitiques sur les frontières, Paris, L'Harmattan

Boutry M., 2011, les frontières « mouvantes » de la Birmanie

Brunet R., Les phénomènes de discontinuités en géographie, Paris CNRS, 117p.

Carroue L., Claval P., Di Meo G., Miossec A., Renard J-P., Simon L., Veyret Y, Vigneau J.-P., 2002. Limites et discontinuités en géographie, Paris, SEDES, 159p.

Cazeneuve S. [1999], La Dynamique des échanges frontaliers entre Gambie et Haute-Casamance, rapport de stage sous la direction de S. Fanchette, université Paris-I, 66 p.

Chasles V, 2010, santé et mondialisation, Université Jean Moulin Lyon 3

Chasles V, Denoyel A. Vincent C., 2013, la démographie médicale en France, le

risque des déserts médicaux ; l'exemple de la Montagne ardéchoise, Géoconfluences

Claval P., 1973, Principes de géographie sociale, Paris, Génin, 351 p.

Claval P., 1980, Centre/Periphery and Space: Models of Political Geography, in Gottmann J. (éd.) Center and Periphery: spatial variation in politics, Londres, SAGE Publications, p.63-71.

Claval P., 1994, Géopolitique et géostratégie. La pensée politique, l'espace et le territoire au XXe siècle, Paris, Nathan Université, 190 p.

Collignon R., 1989, Santé et population en Sénégambie des origines à 1960. Bibliographie annotée, avec René Collignon, Paris, Ined, 1989.

Cordon V., 1998, Mémoire professionnel d'histoire géographie Institut, Universitaire de Formation des Maîtres de l'Académie de Lille

Coquery-Vidrovitch C., 1999, Des frontières en Afrique du XII au XVI^{ème} siècle, Symposium régional d'historiens africains sur *Histoire et perception des frontières en Afrique du XII e au XXe siècle dans le cadre d'une culture de la paix*, réunis à Bamako, République du Mali, du 15 au 19 mars 1999

Corvez A., Le Duc Th., Noguès M., Vigneron E., 1998 : « les bassins de santé, fondements territoriaux de l'étude et de l'organisation sanitaires. Identification et délimitation appliquées au Languedoc-Roussillon ». in : Allocation des ressources, géographie des soins/Ressource allocation, geography of health care. Actes du 5ème colloque de Géographie et Socio-Economie de la Santé. Paris: CREDES, pp. 148-154

Cox K. R. (éd.), 2005, Political Geography, Critical Concepts in the Social Sciences, Londres, Routledge, 4 vol., 1 600 p

Dahou K., Dahou T., Gueye C., 2002, Espaces frontières et intégration régionale : le cas de « SKBo » Enda Tiers Mondes, Prospectives Dialogues Politiques

Demangeon A., 1941 « Géographie des frontières » in Annales de Géographie, n°281 pp. 58-60

Derycke P.H., Offner J.M, 1997, Réseaux et équité territoriale : Introduction, FLUX n° 27/28 pp. 5-7

Diallo O. [1999], La Haute-Casamance et ses voisins : une histoire des relations commerciales de l'époque précoloniale à nos jours, Dakar, Orstom Bel-Air, 27 p

Diedhiou A., Diop A.K., Ndiaye P. et coll. : fonctionnalité des cases de santé du district sanitaire de Vélingara (Sénégal). Med Trop pp. 99-100

Diop D., 1997, « Monographie du département de Kolda (Région de Casamance) ». Dakar ENAM Diop F., Grundmann C., Ndiaye O., 2001, Décentralisation et système de santé au Sénégal : Une synthèse

Diop M.C, 2001, Les politiques sociales en Afrique de l'Ouest: Quels changements depuis le Sommet de Copenhague? Synthèse des études de cas (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal), Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social

Lacasse J. P., 1974, « Les nouvelles perspectives de l'étude des frontières politiques contributions récentes » : revue de quelques Cahiers de géographie du Québec, vol. 18, n° 43, 1974, p. 187-200.

Eboko F., Boileau C., 2000, Editorial : enjeux sociaux et structures de soins : raisons sanitaires et déraisons institutionnelles, face à face. Regards sur la santé

Eboko F., 2001, Espoirs et Déboires de la santé à l'entrée du troisième millénaire, face à face. Regards sur la santé

Egg J., Herrera X., 1998, « Échanges transfrontaliers et intégration régionale en Afrique subsaharienne », *Autrepart*, 6, IRD

Eliot E., Bonnet E., 2010, « Editorial : Mobilité et santé », Numéro Mobilité et santé, Territoire en mouvements, 4, pp.1-3.

ENDA-Diapol, 2004, Sénégambie Méridionale : dynamiques d'un espace d'intégration entre trois Etats (Gambie, Guinée Bissau et Sénégal)

Fanchette S. (2001), « Désengagement de l'Etat et recomposition d'un échange transfrontalier : la haute Casamance et ses voisins », Autrepart (6), pp. 91-113.

Fassin D., Grandjean H., Kaminki M., Lang T., Leclerc A, 2000, Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé, in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H.,

Fèbvre L., 1962, pour une histoire des frontières, Paris SEVPEN

Fleuret S., **Hoyez** A.C, 2011, Santé et géographie, nouveaux regards, Paris Economica-Anthropos 300 P

Fleuret S., Sechet R., 2004, Géographie sociale et dimension sociale de la santé, Texte pour colloque ESO (Espaces géographiques et sociétés), 16p.

Fleuret S., Thouez J.-P., 2004, Géographie de la santé, Paris, Economica-Anthropos, 301p.

Fleuret S., "Spécialisations hospitalières et centralité", in PUMAIN D., MATTEI M-F., dir,Données urbaines, vol 4., (2003), Anthropos, Cnrs, Insee, pp. 367-375

Fleuret S., 2003, « Recomposition du paysage sanitaire : quand les exigences territoriales rejoignent les enjeux de santé » in Geocarrefour, Vol. 73/3-Santé et territoire

Fleuret S, (2000), Espaces hospitaliers. Autour de l'exemple angevin. Essai d'une hospitalographie. Thèse de doctorat es Géographie, Université d'Angers, 488 pages et annexes.

Fleuret S., Veschambre V., (1999), "Les aires d'influence d'un CHU, l'exemple angevin", in *NOROIS* n° 182, Tome 46, pp. 303-317

Fleuret S., (2002), "L'hôpital universitaire entre proximité et rayonnement régional", in FLEURET

Fleuret S., Thomas D., (2004), "Vers une géographie des parcours individuels de santé. Le CLSC québécois observé depuis la France", in Espaces géographiques et société, travaux et documents de ESO, n°21, p. 149-158") ;

Fouchet M., 1988, Fronts et frontières. Un tour du monde géopolitique, Paris, Fayard

Fouchet M., 1986, L'invention des frontières, Paris, FED

Fouchet M., 2007, L'obsession des frontières, Paris, Perrin

Fournier P., 1995, « Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement ». in : Gerard H., Piché V., « La sociologie des populations » PUM/AUPELF UREF Montréal, pp.209-235

Gomis K.M., 1998, Le loumo de Diaobé : étude de géographie régionale, mémoire de maîtrise, Université Cheikh Anta Diop, Faculté des sciences humaines, département de géographie, programme Sénégal Oriental

Grasland C., 1991, Espaces politiques et dynamiques démographiques en Europe , Intergeo bulletin 102

Gruenais M.E., 2001, Communautés et Etat dans les systèmes de santé en Afrique, in B. Hours (Ed.), Systèmes et politiques de santé, Paris Karthala, pp. 67-85

Guichonnet P., Raffestin C., 1974, Géographie des frontières

Le Berre M., 1992, « territoire » in Bailly A., Ferras R., et Pumain D. (dirs.), Encyclopédies de la Géographie, Paris, Economica, pp. 617-638

Hervouët J-P, Handschumacher P. et Laffly D., 2004, Mobilités et espaces partagés au centre des risques sanitaires. L'exemple des grandes endémies tropicales, in David G. (Ed.), Espaces tropicaux et risques. Du local au global, Actes des 10ème

journées de géographie tropicale, Orléans, 24-26 sep. 2003, Coll. Du CEDETE, PU Orléans/IRD, pp. 127-136

Hours B., 1986, L'état sorcier. Santé publique et société au Cameroun. Paris, Harmattan

Hours B., Selim M., 1992, Santé et marché en Asie ". Mondes en développement, 93, XXIV

Lacoste O., Vaguet A., 1994, Frontière et Santé, Hommes et Terres du Nord, Numéro spécial Frontières : 82-88.

Lamour C., 2010, « Polarisation hospitalière et intégration européenne. Le cas de l'Agglomération du Pôle Européen de Développement » ; in Moullé F., Duhamel D., « Frontières et santé » pp. 97-107

Lentacker F., 1973. La frontière franco-belge. Thèse d'Etat.

Levy J., 2003, « Frontière », Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés, Paris, Belin

Marut J-C., 1995 : les représentations territoriales comme enjeux de pouvoir : la différence casamançaise (Sénégal)

Ministère de la Santé et de la prévention, 1997, Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) de la république du Sénégal, (1997-2008),

Ministère de la Santé et de la Prévention médicale, 2004, Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) de la république du Sénégal, phase **2 (2004-2008)**

Ministère de la Santé et de la prévention, 1998, Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) de la république du Sénégal, phase 1 (1998-2002),

Ministère de la santé et de la prévention, 2003, Rapport d'évaluation finale du PDIS et des PRDS/PDDS (1998-2002) de la république du Sénégal, 2003, CEFOREP

Ministère de la Santé et de la prévention, 2000, Rapport général des Assises nationales sur la santé, 2000, de la république du Sénégal

Meesen B., Van Damne W., 2005 « Systèmes de santé des pays à faible revenu : vers une révision des configurations institutionnelles ? », Mondes en développement, n° 131, pp. 59-73

Moullé F., 2010, « Espaces à risques et reseaux de secours. L'exemple du Mont Blanc » in Moullé F., Duhamel S., « Frontières et santé » pp. 97-107

Ninot O. (2003), « Pour une lecture critique des circulations entre villes et campagnes dans les pays du Sud : l'exemple du Sénégal », Communication faite au colloque Rural – urbain : les nouvelles frontières – Permanences et changements des inégalités socio-spatiales, Poitiers, juin, 4-6, 15p.

Observatoire Africain des Ressources Humaines pour la Santé OARHS, 2009 : profil ressources humaines pour la santé au Sénégal

OMS, 1988, Déclaration finale de la 2e Conférence internationale sur la Promotion de la santé, Adélaïde, OMS 1988

OMS, 2000, 5e Conférence internationale sur la Promotion de la Santé, session ministérielle, Mexico, OMS

OMS, 1986, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Première Conférence internationale sur la Promotion de la Santé, OMS, 1986

OMS, 2003, Promotion de la Santé : Stratégie de la région africaine, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville

OMS, 2008, Rapport sur la santé dans le monde, « les soins de santé primaire : maintenant plus que jamais », Genève, OMS

OMS, 1997, Rapport d'un Comité OMS d'experts sur le rôle de l'école dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général, OMS, 1997

OMS, 1986, Liaisons intersectorielles et Développement sanitaire, OMS, 1986

OMS, 1989, Marketing social pour la santé, Marie Birkinshaw, OMS

OMS, 2001, Action locale, Créer des Ecoles-Santé, série Informations sur la santé à l'école, OMS, 2001

OMS, 1986, Les réseaux nationaux de Développement sanitaire à l'appui des soins de santé primaires, OMS, 1986

Organisation des Nations Unis pour l'Alimentation et l'Agriculture, Organisation de Coopération et de Développement Economiques, Club du Sahel et de l'Afrique de l'Ouest, 2007, Les ruralités en mouvement en Afrique de l'Ouest

Ouedraogo D., 2006, Démographie et développement

Paka E., Hervouët J.P., 1998 ? 3Contribution aux études du système de soins en République du Congo : approche géographique ». Cah. Santé, Vol. n°6, PP ; 454-460

Perez S., 1999, « L'accessibilité aux soins dans l'espace frontalier des Alpes du Sud » in Moullé F., Duhamel S., « Frontières et santé » pp.43-47

Picheral H., 2001, Dictionnaire raisonné de géographie de la santé Montpellier,

308 P. Université de Montpellier, service des Publications

Pitte J.Robert., 2004, « L'intérêt de l'étude des frontières en histoire », *Hypotheses*, p. 131-134.

Prescott J., 1965, « the geography of frontiers and boundaries »

OMS, 2002, Lignes directrices pour l'organisation des activités de promotion de la santé dans les pays de la région africaine, OMS, Bureau régional de l'Afrique, Brazzaville

Raffestin C., 1974, Eléments pour une problématique des régions frontalières, l'espace géographique, n°3

Raffestin C., 1978, les construits en géographie humaine : notions et concepts, Géopoint

Renard J. P., Picouet P., 2007, les frontières mondiales, origines et dynamiques. Edition du Temps, une géographie. 159 pages

Renard J., 2007, Frontières et aménagement. Le point de vue du géographe. Université d'Artois, EA 2468 « Dynamiques des réseaux et des territoires

Rumley D., Minghi J. V., 1991, The geography of border landscapes, Londres et New York, Routeledge

Sakho M., Cissé M., Codjia S., Compaoré M.C., 1996, Etude des stratégies de mobilisation des ressources dans le secteur de la santé : le cas du Sénégal

Sautter G., 1982, Quelques réflexions sur les frontières africaines. Dans Collectif Frontières. Problèmes de frontières dans le Tiers-Monde. Paris, Pluriel-débat/l'Harmattan/Université Paris VII, pp. 41-50

Sechet R., (dir), (2002), La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être. Presses Universitaires de Rennes, pp. 65-78

Segaud M., 2002, « Frontières, limites et mitoyenneté : une question sans fins », in Debardieux B. et Vanier M., 1974. Géographie des frontières.

Swanson M., 1977, "Le syndrome de l'assainissement: la peste bubonique et urbaine la politique indigène de la colonie du Cap, 1900-1909» dans *Journal of African History*, XVIII, 3, 1977, 387-410

UNESCO, 1999, Symposium régional d'historiens africains sur *Histoire et perception des frontières en Afrique du XII e au XXe siècle dans le cadre d'une culture de la paix*, réunis à Bamako, République du Mali, du 15 au 19 mars 1999,

Vaguet A., 2010. Santé, Frontières et Mondialisation, in Les rendez vous d'Archimède, USTL Lille, L'Harmattan, Texte d'une Conférence du Cycle « Frontières », sous la direction du Pr. Jean Pierre Renard, 2010

Vigneron E., 1999, « Les bassins de santé, concept et construction ». Actual. Dossier Santé publ, n°29, pp. 38-43

Wackerman G., 2003, Les frontières dans un monde en mouvement, Paris, Ellipses

WEISS Th. [1997], « Contribution à une réflexion sur la crise de l'État en Afrique et sa gestion par les populations des espaces périphériques », colloque Le Territoire, lien ou frontière, Orstom-Institut de géographie de Paris-IV, 2-4 octobre 1995, CD-rom IRD

Wesseling H., 1996, Le partage de l'Afrique, Paris, Denöel

Supports numériques

http://www.ladocumentationfrancaise.fr/cartes/liste/afrique/(offset)/20

http://www.unimaps.com

http://www.oecd.org

http://www.mapsofworld.com/

http://www.cairn.info/revue-hypotheses-2004-1-page-131.htm

http://www.lille.iufm.fr/frontieres.html

http://www.lemedicaldelareunion.com/medecine.html

http://www.unesdoc.unesco.org

http//www.histoire-ucad.org

http//www.atlas-oustafrique.org

http://www.afdb.org

http://www.ifad.org

http://www.geopopulation.com

http://www.un.org/fr

http://web.worldbank.org

http://www.irinnews.org

http://www.koldanews.com

http://www.emi-ong.org

http://www.eps.revues.org

http://apps.who.int

http://www.granderegion.net/fr

www.hypotheses.org

http://www.umr-idees.fr

Sigles et abréviations

AMI : Assistance Médicale Indigène

ANCS : Alliance Nationale contre le Sida au Sénégal

AOF : Afrique Occidentale Française

BAD : Banque Africaine de Développement

BM : Banque Mondiale

BMS : Brigade Mobile de Sécurité de la Guinée Bissau

CMA : Commission Médico-Administrative

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CRDI : Centre de recherches pour le développement international

CRHK : Centre Régional Hospitalier de Kolda

DPS : Direction de la Prévision et de la Statistique de la République du Sénégal

DSS : Décentralisation des Services de Santé

CEDEAO : Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest

FDD : Fond de Dotation et de la Décentralisation

FISE : Fond International de Secours à l'Enfance

FMI : Fond Monétaire International

IB : Initiative de Bamako

IDH : Indice de Développement Humain

IFIAO : Initiative Frontières et Intégrations en Afrique de l'Ouest

IPRES : Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal

IPM : Institutions de Prévoyance Maladies

MJPI : Mouvement des Jeunes pour la Paix et l'intégration

MSP : Ministère de la Santé et de la Prévention

NEPAD : Nouveau partenariat économique pour l'Afrique

OCCGE : Organisation francophone de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OOAS : Organisation Ouest Africaine de la Santé

PDDS : Plan Départemental de Développement Sanitaire

PIC : Plan d'Investissement de la Commune

PIT : Programme d’Initiatives Transfrontalières

PLD : Plan Local de Développement

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PRDI : Plan Régional de Développement Intégré

PNUD : Programme des Nations Unis pour le Développement

SKBO : Sikasso Korhogo Bobo Dioulasso

SSP : Soins de Santé Primaires

SWAA: Society for Women and Aids in Africa

UA : Union Africaine

UE : Union Européenne

UNICEF: United Nations International Children’s Emergency Fund

WAHC: West African Health Community

Table des Tableaux

Tableau 1 : Centralités frontalières du Sénégal, de la Guinée Bissau et de la Gambie *19*
Tableau 2: Part de chaque unité spatiale dans l'échantillon des fiches de collecte *47*
Tableau 3 : Prévalence de l'excision dans le bassin de santé de la Haute Casamance *66*
Tableau 4 : Population utilisant des installations d'assainissement *105*
Tableau 5 : Distribution de la population et croissance démographique en 2008 ..... *111*
Tableau 6 : Prévalence du paludisme en 2008 ..... *113*
Tableau 7 : Prévalence et taux de mortalité de la tuberculose en 2008 ..... *113*
Tableau 8 : Prévalence et taux de mortalité du VIH *113*
Tableau 9 : Pourcentage de naissances assistées par un personnel de santé qualifié dans les quatre pays en 2008 ..... *114*
Tableau 10 : Taux de mortalité pour 1000 habitants dans l'ensemble des quatre pays en 2008 ..... *114*
Tableau 11 : Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes et de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes en 2008 ..... *114*
Tableau 12 : Espérance de vi à la naissance pour les quatre pays en 2008 ..... *115*
Tableau 13: Desserte en infrastructures sanitaires dans la région de Kolda *121*
Tableau 14 : Total des dépenses en pourcentage du PIB entre 2000 et 2007 ..... *126*
Tableau 15 : Dépenses publiques de santé par habitants ($) entre 2000 et 2007 ..... *126*
Tableau 16: Répartition des dépenses de l'Etat sénégalais de 1998 à 2002, en milliards de FCFA *129*
Tableau 17: Répartition de la dépense publique de santé par région *131*
Tableau 18 : Répartition des mutuelles par région en 2003 ..... *136*
Tableau 19 : Offre de soins du centre hospitalier de Kolda *147*
Tableau 20 : Prévalence des pathologies selon la consultation dans l'ensemble des unités spatiales. *148*
Tableau 21 : Type de recours aux soins *150*
Tableau 22: Répartition des malades hospitalisés en Chirurgie selon la provenance : 1er semestre 2003 ..... *151*
Tableau 23: Répartition des malades hospitalisés en Médecine selon la provenance : 1er semestre 2003 ..... *152*
Tableau 24: Origine des patients fréquentant l'hôpital régional de Kolda *154*
Tableau 25: Desserte et densité médicale à Salikégné et Saré Konko *163*
Tableau 26 : Corrélation entre fréquentation des loumo et lieu de recours aux soins *165*
Tableau 27: Polarisation théorique et effective du poste de santé de Salikégné par localités *165*
Tableau 28 : Polarisation du poste de santé de Saré Konko *168*
Tableau 29 : Capacités sanitaire de Diaobé *179*
Tableau 30: Desserte et densité médicale à Pata *184*
Tableau 31 : offre de soins à Saré Yoba *188*
Tableau 32: problèmes de santé des populations en haute Casamance *198*

Table des cartes

Carte 1 : Situation géographique du bassin de santé de la Haute Casamance *10*
Carte 2 : Centralités périphériques de la Guinée Bissau, du Sénégal et de la Gambie *20*
Carte 3 : Distribution des lieux des structures de soins dans les zones transfrontalières *37*
Carte 4 : Localisation des unités spatiales dans le bassin de santé de la Haute Casamance *45*
Carte 5 : Villes et routes de commerce transsaharien à la fin du XV^{ème} siècle *55*
Carte 6: Présence européenne en Afrique de l'ouest vers 1800 ..... *59*
Carte 7 : Différents foyers de tension en Afrique de 1974 à 2003 ..... *60*
Carte 8: Principaux conflits des années 1990 en Afrique, famines et populations réfugiées *61*
Carte 9 : Corrélation entre pluviométrie et prévalence du paludisme au Sénégal *104*
Carte 10: Distribution spatiale des marchés hebdomadaires dans le bassin de santé transfrontalier *108*
Carte 11 : Desserte, densité médicale et dépenses publiques de santé comparées des quatre pays *119*
Carte 12 : Polarisation effective du Centre Hospitalier Régional de Kolda *155*
Carte 13: Polarisation effective du poste de santé de Salikégné *166*
Carte 14: Localisation approximative du royaume de Gabou *172*
Carte 15 : Localisation approximative du royaume de Fouladou *172*
Carte 16 : Polarisation effective du poste de santé de Diaobé *181*
Carte 17 : polarisation effective du poste de santé de Pata *185*
Carte 18 : Aire de recrutement effective du poste de santé de Saré Yoba *189*
Carte 19 : Zones frontalières de difficultés d'accès aux soins *195*
Carte 20 : Projet pilote de coopération transfrontalière Sikasso-Korhogo-Bobo Dioulasso *206*
Carte 21: Projet pilote de la coopération transfrontalière de la Sénégambie méridionale *207*
Carte 22 : Forum de dialogue transfrontalier Sénégal Guinée Bissau *215*

Table des Graphiques

Graphique 1 : Densité médicale comparée des quatre pays en 2010 ..... *111*
Graphique 2 : Part du PIB consacrée aux dépenses de santé selon les pays du bassin de santé *112*
Graphique 3: Dépenses de santé par source entre 2000 et 2004 ..... *128*
Graphique 4: Origine des patients étrangers interrogés dans les structures de Kolda *157*
Graphique 5: Polarisation du poste de santé de Salikégné *164*
Graphique 6: Polarisation du poste de santé de Saré Konko *167*
Graphique 7: Determinants sociaux du recours aux soins dans le bassin de santé *177*
Graphique 8 : Polarisation effective du poste de santé de Diaobé *180*
Graphique 9 : Corrélation entre activités économiques à Diaobé et recours aux soins *182*
Graphique 10 : Origine des consultants au poste de santé de Pata *186*

Graphique 11: Origine des consultants au poste de santé de Saré Yoba 188

Table des Schémas

Schéma 1 : Mutation de l'espace au cours des périodes précoloniale, coloniale, postcoloniale et d'ajustement des années 90 12
Schéma 2 : Maillage des services de santé et système de référence sanitaire dans le bassin de la Haute Casamance 16
Schéma 3 : Fonctionnalité territoriale et enveloppe transfrontalière de recours aux soins 18
Schéma 4 : Protocole de recherche 40
Schéma 5: Organisation du système de soins pendant la période coloniale en AOF 79
Schéma 6 : Organigramme du financement central des structures de soins à travers l'exemple du Sénégal 87
Schéma 7 : Pyramide Sanitaire et hiérarchie de référence des structures des systèmes de santé des pays du bassin de santé 93
Schéma 8 : Organigramme de fonctionnement des échelons et niveau de responsabilité 97
Schéma 9: Organisation verticale de répartition du budget Santé 126
Schéma 10: Dynamique de constitution du bassin de santé de la Haute Casamance 141
Schéma 11 : Bassin de santé de la Haute Casamance 143
Schéma 12: Dynamique de polarisation des structures de Salikégné et de Saré Konko 161
Schéma 13: Déterminants du recours aux soins dans le bassin de santé de la Haute Casamance à travers les loumo 176
Schéma 14 : Dynamiques tendant à une désertification sanitaire en Haute Casamance 194

Table des illustrations

Liste des photos

Photo 1 : Poste de santé à l'abandon en Guinée Bissau 62
Photo 2 : Centre Hospitalier National Universitaire de Dakar au Sénégal 94
Photo 3 : Centre Hospitalier Régional de Kolda au Sénégal 95
Photo 4 : Centre de santé de Kolda 95
Photo 5 : Poste de santé de Gadapara à Kolda 96
Photo 6 : Ambulance et route en mauvais état 121
Photo 7 : Salle d'accouchement de Saré Mali et salle de soins de Salikégné, ... 123
Photo 8 : Centre Hospitalier Régional de Kolda au Sénégal 146
Photo 9 : Chaîne de froid et matériel utilisé - poste de santé de Kuntima en Guinée Bissau 158

Photo 10 : Poste de santé de Salikégné.....159
Photo 11: Salle d'hospitalisation du poste de santé de Salikégné.....162
Photo 12 : Etat de la route desservant Salikégné à Kolda et son ambulance hors d'usage.....163
Photo 13: Poste de santé de Saré Konko et sa salle de soins.....168
Photo 14 : Loumo de Diaobé.....178
Photo 15 : Loumo de Pata et la route le reliant à Kolda.....183
Photo 16 : Poste de santé de Saré Yoba.....187
Photo 17: Salle d'hospitalisation du poste de santé de Salikégné.....196
Photo 18 : Structure de santé en ruine à Kuntima en Guinée Bissau.....197

Liste des encadrés

Encadré 1 : Témoignage du directeur de l'hôpital de Kolda sur le plan SESAME.....134
Encadré 2 : Appréciation du type de recours aux soins selon le cas d'affection.....150
Encadré 3 : Dynamique des mobilités transfrontalières en soins de santé selon l'infirmier chef du poste de santé de Diaobé.....182
Encadré 4 : Propos de l'infirmier chef de poste de Pata.....184

Glossaire, Index

Accessibilité physique : Les facteurs distance, temps de trajet, état des routes, moyens de transport déterminent la fréquentation en ce sens qu'ils traduisent la proximité ou l'éloignement d'une structure de soins par rapport à la population ciblée ou non

Loumo.

Aire effective de recrutement est définie suivant le volume d'activité et la polarisation des structures de soins par rapport à l'origine des consultants sans considération des normes de desserte préétablies.

Aire théorique de recrutement renvoie exclusivement aux normes nationales définies par la politique de santé en référence aux normes internationales par le rapport entre la distribution spatiale des structures et les populations cible pour l'accès aux soins.

Bassin de santé : paysage sanitaire.

Capacités sanitaires : le niveau d'équipement et de disponibilité en ressources humaines.

Carte sanitaire : la matérialisation géographique et cartographique de la distribution spatiale des infrastructures sanitaires. Elle sert d'outil d'équilibrage de l'offre de soins.

Centre de santé : structure sanitaire de référence du district sanitaire.

Continuité : couture dans l'espace géographique du fait des relations entretenues de part et d'autres des frontières.

Couverture sanitaire : distribution spatiale des structures de soins.

Décentralisation : la décentralisation est une politique de transfert des attributions de l'Etat vers les collectivités territoriales pour qu'elles disposent d'un pouvoir juridique et d'une autonomie financière. Le transfert de ces attributions, qui restent néanmoins sous la surveillance de l'Etat, permet à ce dernier de décharger ses administrations centrales et confier les responsabilités au niveau le plus adapté. C'est l'une des bases, avec la régionalisation, de la planification sanitaire du Sénégal.

Densité médicale : distribution quantitative et qualitative des professionnels de la santé.

Dépenses de santé : l'effort de santé en matière de financements public et privé dont l'investissement, la rémunération des professionnels de la santé et de l'action sociale,

l'entretien courant des structures.

Desserte médicale : distribution spatiale des structures de soins

Discontinuité : coupure dans l'aménagement spatiale des zones de partage entre Etats.

District sanitaire : référence sanitaire du département représentée par le centre de santé**.**

Epidémiologie spatiale : elle permet d'évaluer les risques sanitaires par l'analyse spatiale d'indicateurs de santé avec la description des variations à degrés différents d'une part, et d'autre part, la mise en évidence des associations entre ces variations et celles d'exposition à des facteurs de risques environnementaux.

Espace de partage : espace commun entre pays frontaliers où les populations vivent dans la continuité des relations socioculturelles spatiales et historiques.

Espace subi : fait référence à l'organisation territoriale coloniale et non au cadre physique.

Espace perçu : renvoie à la conception de la notion de frontière par les populations locales.

Espace sanitaire : l'aire de recrutement d'une structure de soins donnée en termes de recours aux soins. Il peut être théorique ou effectif.

Fréquentation : niveau d'utilisation des services de santé.

Frontière : traduit une situation d'appropriation et d'organisation de l'espace par l'homme dans une multitude de relations sociales confinées dans une délimitation plus ou moins précise

Haute Casamance : actuelle région de Kolda.

Hôpital régional : structure de référence de la région médical**.**

Mobilités transfrontalières : mouvement de populations de part et d'autres des frontières.

Offre de soins : disponibilités en ressources sanitaires.

Pays frontière : un espace géographique à cheval sur les lignes de partage de deux ou plusieurs États limitrophes où vivent des populations liées par des rapports socio-économiques et culturels.

Planification sanitaire : attitude exprimée dans le domaine socio sanitaire par un gouvernement au sein de documents de planification visant une meilleure offre de soins

Polarisation : aire d'influence d'une structure de soins sur un rayon d'action.

Polarité transfrontalière : jeu de centralités dans les zones à cheval entre plusieurs Etats.

Politique de santé : est conçue comme l'attitude exprimée dans le domaine socio sanitaire par un gouvernement au sein de documents de planification visant une meilleure offre de soins.

Pyramide sanitaire : structuration des niveaux de desserte médicale en fonction des infrastructures sanitaires. Elle est constituée niveau zonal (poste de santé), d'un niveau intermédiaire (centre de santé) et d'un niveau tertiaire (hôpitaux régionaux et nationaux).

Poste de santé maternité rural : structure de référence de la zone médicale.

Recours aux soins : sollicitation en soins de santé modernes.

Région médicale : référence sanitaire de la région dont la structure est représentée par l'hôpital régional.

Régionalisation : la régionalisation est une forme de décentralisation au profit des régions auxquelles l'Etat accorde une autonomie administrative et transfère certaines de ses prérogatives.

Soins de Santé Primaires : Les Soins de Santé Primaires représentent le premier niveau de contact, c'est à dire qu'ils constituent le niveau du système de santé moderne (scientifiquement valable) le plus proche du système de santé populaire.

Système de soins : il s'appuie sur une organisation pluraliste de l'offre de soins suivant un maillage territorial de structures sur une échelle de niveau d'accès représentée par la pyramide sanitaire dans l'exemple du Sénégal, de la Guinée Bissau, de la Gambie et de la Guinée.

Volume d'activités : quantification des consultants et consultations au sein des structures de soins.

Zone frontière : un territoire d'épaisseur variable séparant le monde connu ou espace vécu du monde extérieur ou espace perçu.

Zone médicale : zone de premier contact dans la pyramide sanitaire représentée par les postes de santé et les maternités rurales.

Résumé français

Le bassin de santé de la Haute Casamance est à cheval sur quatre Etats que sont le Sénégal, la Guinée Bissau, la Guinée et la Gambie au destin lié par un passé de pratique territoriale commune. Toutefois, la construction des Etats au lendemain de la conquête coloniale a instauré une coupure de fait en balkanisant cet ensemble territorial par l'établissement de frontières artificielles en déphasage avec la manière dont les populations vivent l'espace à travers une différenciation propre à la typologie naturelle entre zones sahélienne, soudanienne et forestières. Le vécu spatial séculaire des populations toujours valable favorise un eternel recommencement de couture de cet ensemble territorial en faisant fi des frontières modernes. Ainsi des polarités transfrontalières se construisent en arborant un statut de centre gravité autour d'un espace commun entre plusieurs Etats. Le secteur de la santé n'y échappe pas. Des localités comme Kolda au cœur de cet espace transfrontalier attirent des populations d'une origine très diversifiée et non prévues au sein des infrastructures sanitaires. Des dynamiques de recours aux soins se sont mises en place et fortement caractérisées par une mobilité de soins qui façonne un territoire sanitaire original. Celui-ci entretient des flux de population à la recherche de meilleurs soins en relation avec l'accessibilité physique, la qualité des soins proposée en certains endroits, les activités économiques. Ce pendant, l'offre de soins ne suit pas cette logique de continuité du fait de l'absence de connexion des systèmes de soins des différents pays. C'est la conséquence d'une absence de coopération transfrontalière sanitaire qui fait de cet espace de partage un cadre sanitaire frappé par des disparités notables entre les Etats aux problèmes commun en matière d'endémicité.

Mots clés français

Bassin de santé transfrontalier, frontières, mobilités de soins, système de soins, recours aux soins, coopération sanitaire transfrontalière

Résumé anglais

The health basin of the Upper Casamance straddles four states that are Senegal, Guinea-Bissau, Guinea and Gambia linked through the past by the same territorial practice in the pre-colonial era. However, the division into states just after the colonial conquest has set a cut by parceling off this huge territorial into artificial borders different from how the populations live in the space through a differentiation due to the natural typology between Sahelian, Sudanese and forest areas. The secular spatial experiences of the population which are still representative further an eternal beginning of customs in this great territorial by ignoring the new borders. Thus, the border polarities are built by carrying a gravity center status around a same space between numerous states. The health field is not exempt from that. Small towns as Kolda that is in the middle of this space of many borders attract populations from different origins who are not expected in the health infrastructures. Some dynamics of recourse are being set up with high cares for a special sanitary territory. This draws numerous populations in search of better cares in relation with the physical accessibility, the quality of cares offered in some areas, the economic activities. Nevertheless, the cares supply does not follow this logic of continuity insofar as there is a lack of connection between the different countries. This is due to the fact there is no health cooperation between the countries and this makes this space of sharing a sanitary setting with visible disparities between the states that have the same endemicity problems.

Mots clés anglais

Tranborder health, borders, mobilities of treatments, care recourse, transborder health cooperation.

Titre anglais

Polarization of health care structures of Upper Casamance: between the national construction of health systems and cross-border use of care facilities.