

LANCEMENT DU RAPPORT NATIONAL
SUR LE DEVELOPPEMENT HUMAIN 2001

« GOUVERNANCE ET DEVELOPPEMENT HUMAIN »

Les 25 & 26 Juillet 2002

Hôtel Méridien Président

Sous-Thème : « Réglementation des services sociaux de base :
Santé et habitat »

Par

M. El Housseynou Ly

Directeur de l'Institut Africain de Gestion Urbaine (IAGU)

REPUBLIQUE DU SENEGAL

**Programme des Nations Unies pour le Développement
(PNUD)**

**Lancement du Rapport National sur le
Développement Humain 2001**

**ACCES AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE :
HABITAT ET SANTE**

*El Housseynou LY
Secrétaire Exécutif p.i IAGU
Coordinateur National du Réseau de
Recherches sur les Politiques Sociales (RRPS)
Email : iagurtps@enda.sn*

Juillet 2002

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
Préambule.....	3
I. L'habitat.....	3
1.1 Conditions-cadre d'intervention.....	3
1.1.1 Les politiques mises en œuvre : permanences et ruptures.....	3
1.1.2 Les missions traditionnelles de l'état central.....	5
1.1.3 Le rôle des collectivités locales dans le contexte de la décentralisation.....	8
1.2 Les dysfonctionnements du secteur de l'habitat au Sénégal.....	9
1.2.1 Une fiscalité empreinte de vides juridico-sémantiques.....	9
1.2.2 Des tracasseries administratives subies par les promoteurs.....	12
1.2.3 Dans le domaine du foncier et du domanial.....	12
1.2.4 Le traitement social et technique de l'habitat.....	14
1.2.5 La demande et l'offre.....	14
1.2.6 L'équité et la transparence dans la desserte en matière d'habitat.....	15
1.2.7 La marginalisation de l'habitat rural.....	15
1.2.8 Les autres disparités.....	16
1.2.9 Les contraintes liées au financement du secteur de l'habitat.....	16
II. La santé.....	17
2.1 Conditions-cadre d'intervention.....	17
2.1.1 Contraintes institutionnelles.....	19
2.1.2 Maîtrise limitée des élus locaux sur les ressources financières et humaines..	21
2.1.3 Dynamiques de conflit entre les différents acteurs.....	22
2.1.3.1 Comité de santé/populations.....	22
2.1.3.2 Responsable de santé/élus locaux.....	23
2.1.3.3 Collectivités locales/comités de santé.....	23
2.1.3.4 Comité de santé/agents de santé.....	24
2.1.4 Equité et transparence dans le fonctionnement des comités de santé.....	25
2.2 Analyse de l'impact des politiques et de l'équité en matière d'accès aux soins de santé.....	26
2.2.1 Recours et couverture en infrastructures.....	26
2.2.2 Couverture en personnel.....	27
2.2.3 Equité dans l'accès aux soins.....	29
2.2.4 Efficience technique de la décentralisation du système sanitaire.....	30
Conclusions.....	32
Références bibliographiques.....	34

PREAMBULE

L'habitat et la santé constituent assurément des secteurs clefs du développement social à l'échelle desquels persistent encore des dysfonctionnements qui affectent lourdement l'efficacité, la durabilité et la cohérence des politiques mises en œuvre. Ces dysfonctionnements posent, dans leur forme et dans leur fonds, des enjeux liés aux impératifs de la bonne gouvernance et du développement humain durable et incite à une réflexion soutenue sur l'efficacité des politiques en rapport avec les textes qui les organisent et les pratiques y afférentes. Cette réflexion accordera une place importante sur les logiques qui structurent les organes de décision et les pôles d'exécution.

En somme, il s'agira d'interroger les politiques, les options institutionnelles à travers les catégories d'équité, de transparence, de responsabilité en rapport avec l'aménagement et l'amélioration du cadre de vie des sénégalais.

I. L'habitat

1.1 Conditions-cadre d'intervention

1.1.1 Les politiques mises en œuvre : permanences et ruptures

La politique d'habitat trouve ses origines dans la loi n° 46/860 du 30 avril 1946 qui a confié au Ministère de la France d'Outre-mer le soin d'établir pour les territoires relevant de son autorité, des plans de développement économique et social portant sur une période de dix années. Après l'indépendance, une politique de l'habitat s'est poursuivie avec des fortunes diverses. Elle est dominée par cinq principales phases.

* La première (1960-1973) est marquée par un soutien financier substantiel de la Caisse Centrale de Coopération Economique (CCCE) et de certaines banques de la place par la mise à disposition de financements à long terme (10 à 20 ans) avec des taux d'intérêt relativement bas (3% à 5,5%) permettant aux promoteurs immobiliers publics (OHLM et SICAP) de réaliser de vastes programmes.

La CCCE intervenait pour 75 % dans le coût des constructions des programmes de location simple et pour 40 % dans ceux en location vente. En plus, l'Etat sénégalais conduisait des opérations de viabilisation de terrains et la BNDS offrait des crédits pour compléter l'apport de la CCCE.

Pour mener à bien sa politique, l'Etat procède à des déguerpissements des occupants irréguliers dans les poches d'habitat précaire en faveur des sociétés immobilières, accentuant ainsi la ségrégation spatiale notée à Dakar et dans certaines capitales régionales.

Suite aux opérations dites de déguerpissement entreprises durant les deux premières décennies des indépendances et à la politique de restructuration et de régularisation des quartiers irréguliers, les quartiers spontanés se réduisent en quelques îlots essentiellement dans le département de Pikine et deux poches sont dans la ville de Dakar, notamment au quartier rail au Plateau et au lotissement de Liberté VI. L'installation des populations dans des zones d'accueil est assurée selon la promotion immobilière planifiée assurée, soit par des agents privés, soit par des agents publics ou parapublics et l'auto-construction qui se fait également selon deux options : l'auto-construction assistée dans le cadre des coopératives

d'habitat ou par des entreprises privées qui réalisent des logements pour leurs personnels et l'auto-construction non assistée, caractérisée par l'action individuelle.

L'extension du tissu urbain ne s'accompagne pas souvent des conditions de vie appropriée. En effet, les lotissements d'extension de l'agglomération souffrent d'une insuffisance frappante d'équipements, services de base, infrastructures et activités (fonctions urbaines). Cette première période marque aussi la difficile juxtaposition entre la loi sur le domaine national largement contestée par les pouvoirs périphériques/traditionnels et les dispositions coutumières de gestion du foncier.

* La seconde (1974-1979) est dominée par le choc pétrolier de 1973 qui va influencer la hausse du coût des intrants. Entre 1973 et 1979, les deux principales sociétés d'Etat intervenant dans la production de logements ont ainsi été confrontées à un manque notoire de financements permettant de répondre à la demande en logements sociaux autres que ceux disponibles dans le réseau bancaire classique. La création de la BHS sera la première réponse de grande envergure à cette crise du système de financement de l'habitat. Mais elle n'a pas été à la hauteur de la demande, ce qui a obligé les sociétés immobilières à recourir à des crédits commerciaux. A partir de 1981, pour réduire la pression sur leur trésorerie des coûts financiers relatifs aux crédits bancaires, le système des apports personnels a été instauré, ce qui va constituer un nouveau mécanisme d'exclusion de certains candidats aux logements.

Le gouvernement incite à l'auto-construction, en lançant le programme «Parcelles assainies» avec le soutien de la Banque Mondiale. Cette opération portera des éléments de perversion par rapport à la philosophie de l'entame dans son montage.

* La troisième période (1980-1993) est marquée par la mise en place d'une institution financière de logement (BHS), d'une société immobilière (HAMO) et d'une Société d'Aménagement des Terrains Urbains (SCAT-URBAM). Ces initiatives de l'Etat participent à pallier l'essoufflement des sociétés nationales. Cette politique s'accompagne de l'incitation à la promotion immobilière privée et du développement des coopératives d'habitat et coïncide avec le début de mise en œuvre des plans d'ajustement structurel.

Les signes patents des limites de la politique gouvernementale émergent et les difficultés de financements des sociétés comme la SICAP et la SN-HLM sont soumises à des plans de restructuration. Concomitamment, des associations comme celle des locataires de la SICAP se mobilisent pour transformer les contrats de location simple ayant plus de 15 ans d'ancienneté en contrat de location-vente.

La BHS sera appelée à jouer un rôle de premier plan en animant des politiques de mobilisation de l'épargne pour le logement, mais aura du mal à s'accommoder de deux contraintes essentielles : l'importance de l'apport exigé aux particuliers et aux promoteurs privés et le taux d'intérêt élevé (entre 9 et 11% selon le salaire du postulant et le type de logement ou le mode d'acquisition foncière).

D'autres dispositions institutionnelles seront prises pour favoriser l'accès au logement comme la création de la BAHSO dont la mission est d'assister les initiatives socio-professionnelles dans la réalisation de leurs programmes de parcelles viabilisées. Les coopératives deviennent une nouvelle alternative pour les couches moyennes, les petits épargnants du secteur privé et de la fonction publique.

* A partir de 1993, le secteur du logement se singularise par le développement accentué de la promotion immobilière privée et l'auto-construction collective qui visent à produire des logements à la portée du plus grand nombre et la réorganisation du secteur. Une vaste opération de production de logements dans des conditions meilleures et avec la mobilisation de l'essentiel des acteurs est conduite avec une articulation de mesures sociales allant des prêts DMC sans intérêts, l'encadrement des coopératives, les mesures d'allégement fiscal à la simplification de certaines procédures en matière fiscale. Cet élan sera nettement stoppé par les effets de la dévaluation.

Les objectifs actuellement poursuivis par la politique de l'habitat de l'Etat sénégalais se résument à la professionnalisation du secteur avec une plus grande participation des populations. La *Lettre de politique sectorielle* met aussi l'accent sur la planification consultative dans le domaine de l'urbain, la maîtrise de la gestion foncière, la prise en charge des établissements humains par les collectivités locales, la démarche partenariale dans l'élaboration et l'application des plans d'urbanisme, l'allégement de la fiscalité et des procédures administratives. En somme, l'accès au logement s'offre comme une œuvre de solidarité nationale dans les textes.

1.1.2 *Les missions traditionnelles de l'état central*

Dans l'ensemble, trois missions essentielles seront définies par les autorités : la planification spatiale locale, la promotion immobilière, le financement de l'habitat.

La planification spatiale locale

La planification spatiale vise à mettre en valeur et à modifier le milieu physique en vue d'un agencement des terrains et leurs ressources dans la perspective d'un développement économique et social durable. De nombreux terrains disponibles, adéquats ou non, ont été occupés de manière irrégulière. Ils constituent le résultat d'un bourgeolement urbain effectué de manière anarchique. Il résulte de ces différentes extensions urbaines une ségrégation spatiale dont l'observation permet de discerner cinq trames représentée dans le cas de Dakar par :

- La zone des immeubles et villas au quartier du Plateau ;
- Les zones de l'habitat planifié (SICAP et OHLM) ;
- Les zones de l'habitat spontané régulier (Médina, Grand-Dakar) ;
- Les zones d'habitat spontané irrégulier ;
- Les zones d'habitat de type villageois (Ouakam, Ngor, Yoff, etc.).

Dans les capitales régionales et les villes secondaires, on trouve la même organisation de l'espace. Dans ce cas, l'escale précédemment occupée par les Européens constitue le quartier le mieux équipé. Au cours de la dernière décennie, ces villes ont souffert de l'inadéquation entre le rythme d'urbanisation (extension de la ville) et celui de l'urbanisme à savoir : la création d'un cadre spatial organisé de développement urbain et la réalisation des équipements d'infrastructures et de superstructures.

Les opérations d'urbanisme¹ en cours dans ces localités sont orientées vers deux axes essentiels : la restructuration des quartiers d'habitat spontané irrégulier ; la réduction du front pionnier d'urbanisation spontanée par la création des parcelles assainies. En ce qui concerne la zone rurale, on note de nombreux cas de villages restructurés par l'emploi souvent inapproprié du damier classique. Les modules à cours communes constituent pourtant un système plus adapté au mode de vie dans ce secteur.

La promotion immobilière

L'accès à la profession de promoteur immobilier est soumis à l'obtention préalable d'une carte professionnelle qui sanctionne l'ensemble des conditions à remplir. Mais malgré les dispositions officielles, des irrégularités continuent d'être constatées dans l'exercice de cette profession, ce qui a provoqué, dans certains cas des problèmes graves liés à la sécurité de certains constructions.

La promotion immobilière subit les contraintes liées à la dévaluation du franc CFA (janvier 1994). Par exemple, les promoteurs ne sont plus privilégiés dans les zones récemment aménagées par la SCAT-URBAM et sont de plus en plus confrontés au manque de réserves foncières accessibles et raccordées aux réseaux. Ils sont obligés de s'accommoder de zones lointaines, en prenant en charge les coûts de viabilisation. En raison des taux appliqués par les banques intervenant dans le secteur de l'habitat et les lourdeurs et rigueurs dans le processus d'acceptation des projets immobiliers entraînent des surcoûts qui rendent les logements pratiquement inaccessibles aux défavorisés et aux classes moyennes. L'inexistence d'une véritable politique incitative de drainage de l'épargne et d'accroissement de l'épargne-logement, clairement définie en termes de stratégie, constitue une sérieuse contrainte à la promotion immobilière. Les conditions des institutions bancaires dans l'octroi du crédit aux particuliers aux promoteurs et aux coopératives se révèlent être une sérieuse contrainte. A l'exception de la BHS et de la CNCA qui appliquent des taux préférentiels pour l'habitat social (8%), seule la BICIS s'est engagée depuis 1998 dans une politique clairement définie en matière de promotion de l'habitat social avec un taux de 11%. C'est pourquoi on note une baisse progressive de la collecte des ressources d'épargne à la BHS depuis plusieurs années.

L'habitat spontané ainsi que le non-respect des règles d'urbanisme et la spéculation foncière puisent leur dynamisme dans cette situation très rapidement résumée en raison de l'abondance des données disponibles sur la question.

Le financement de l'habitat

La production de logement a été assurée pendant longtemps grâce à l'auto-construction et à l'intervention des sociétés de promotion immobilière (SICAP et OHLM). Avec le retrait de la CCCE du financement des programmes d'habitat les promoteurs habituels du secteur de l'habitat planifié furent obligés de recourir à des fonds propres et aux crédits des banques commerciales en acceptant des coûts financiers plus importants.

¹ La Fondation Droit pour la Ville (FDV), créée le 17 janvier 1998, est chargée de combler le fossé constaté plus haut en réalisant, au profit des collectivités locales et de l'Etat :

- des missions de maîtrise d'œuvre de projets de restructuration et de régularisation foncières ;
- des missions de maîtrise d'ouvrage déléguée pour l'aménagement et l'équipement des quartiers non lotis.

Le taux d'effort - le rapport du montant des mensualités à payer par un ménage au montant de ses ressources totales mensuelles - atteint rapidement des proportions élevées pour des populations aux ressources limitées. L'intervention de l'Etat s'est donc orientée vers plusieurs opérations parmi lesquelles on peut citer :

- La création du projet Parcelles Assainies sur financement de la Banque Mondiale (1973) ;
- La mise en place, en 1976/1977, du Fonds pour l'Amélioration de l'Habitat et de l'Urbanisme (FAHU). Il est alimenté par des prélèvements sur les salaires et les contributions patronales. Ce fonds était destiné à subventionner l'OHLM, les VRD de la SICAP, à financer toutes les études et les opérations d'urbanisme du Ministère chargé de l'Urbanisme et à soutenir la BHS afin de bonifier substantiellement les prêts qu'elle accorde à ses clients. Cette subvention représentait 80 % du FAHU et devait se maintenir sur dix ans de 1979 à 1989 ;
- Le Fonds d'équipement des collectivités locales (FECL), créé en 1977, est destiné au financement des projets des communes ;
- La Banque de l'Habitat du Sénégal (BHS), la Société des Habitations Modernes (HAMO) et de la Société Centrale d'Aménagement des Terrains Urbains (SCAT URBAM).
- Le Crédit communal créé par le décret 88-1296 du 19 septembre 1988 vise à renforcer les moyens financiers des communes ;
- La loi 83-07 du 28 janvier 1983 qui organise et fixe le fonctionnement des coopératives d'habitat ;
- La création du Bureau d'Assistance aux Collectivités pour l'Habitat Social (BAHSO) destiné à l'encadrement des coopératives, à la vulgarisation de méthodes et techniques améliorées de construction et à la promotion des matériaux locaux.

Au cours de la dernière décennie, l'on peut noter en outre :

- La création de l'Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public (AGETIP) qui investit dans la voirie, les équipements marchands, culturels, scolaires, d'urbanisme, les ordures ménagères et les divers ;
- La mise en place en 1991 du Fonds de Restructuration et de Régularisation Foncière (FORREF) pour financer les opérations de restructuration et de régularisation foncière des quartiers irréguliers. Le FORREF est alimenté par les contributions des communes, des bailleurs de fonds et des populations bénéficiaires des opérations. Le Fonds est domicilié à la BHS ;
- La création du fonds roulant pour l'habitat social mis en place pour aider les coopératives d'habitat à constituer leur apport initial et accéder plus vite au crédit ;
- Le fonds roulant pour les Zones d'Aménagement Concerté (ZAC). Il est financé par l'Etat (FAHU), le Fonds d'Aide et de Coopération de la République française (phase pilote de Mbao-Gare) et les bénéficiaires des opérations ZAC (coopératives d'habitat en particulier.

Mais malgré ces innovations, la politique de financement de l'habitat n'a jamais fait du logement un service entièrement social en le finançant à fonds perdus. Il est peu probable que cette tendance soit inversée.

1.1.3 *Le rôle des collectivités locales dans le contexte de la décentralisation*

Les possibilités d'intervention des collectivités locales dans le domaine de l'habitat sont vastes. Elles s'étendent des fonctions traditionnelles d'aménagement du cadre de vie à des formules très modernes comme le lotissement, l'aménagement de zones d'habitat, l'entretien des infrastructures, etc.

Les régions sont compétentes dans l'approbation des Schémas Directeurs d'Aménagement et d'Urbanisme (SDAU) et soutiennent les communes et les communautés rurales en matière d'habitat et d'urbanisme par l'entremise des Agences Régionales de Développement (ARD).

Les communes et les communautés rurales interviennent dans l'élaboration des PDU, des SDAU, conduisent des opérations de lotissements, de restructuration et d'extension. Elles délivrent des permis de construire, de démolir, de clôturer, de coupe et d'abattage d'arbres.

Il faut souligner que les communes et les communautés rurales sont confrontées à de sérieuses contraintes pour assumer leur rôle de façon convenable et efficace et répondent difficilement à la demande sociale en matière d'habitat. Ces contraintes sont, dans leur pluralité, liées à la faiblesse des ressources disponibles (matérielles, humaines et financières), à la mauvaise gestion des équipements, aux moyens techniques limités. En plus, il apparaît que même les grandes communes et les communautés rurales n'ont pas de services techniques pour traiter correctement les problèmes liés à l'habitat et à l'urbanisme.

Le transfert de compétences subséquent à la décentralisation en cours a donné lieu à beaucoup de dysfonctionnements dans les relations entre les services déconcentrés du ministère en charge de l'habitat et de l'urbanisme et les collectivités locales et entre les collectivités locales et ledit ministère.

Les dysfonctionnements portent sur l'attribution des services, l'organisation des services et les moyens des services.

Dans le cadre de l'attribution des services, on note toujours le maintien de l'approbation préalable de la part du représentant de l'Etat en ce qui concerne les actes. Mais, il subsiste beaucoup de cas où ce sont même les communes d'arrondissement qui délivrent des actes sans se référer ni au représentant de l'Etat, ni à la commune satellitante et les communes ont, de manière générale, tendance à s'affranchir de l'approbation des services en charge de l'urbanisme et de l'habitat dans la délivrance des permis de construire, de démolir, de clôture, etc. Il se comprend aisément donc la prolifération de l'habitat illégal et les problèmes fonciers qui lui sont rattachés qui seront abordés dans les pages suivantes. L'approbation est réputée tacite, si elle n'est pas notifiée à la collectivité dans un horizon temporel d'un mois à compter de la date de l'accusé de réception par le représentant de l'Etat. Le refus d'approbation du représentant de l'Etat peut faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant le conseil d'Etat. Il est aussi possible d'assortir le recours d'une demande de sursis à exécution.

Dans le domaine de l'organisation des services, le système de transfert de compétences remet fondamentalement en cause le caractère d'utilité publique des services déconcentrés de l'Etat en matière d'habitat et d'urbanisme, avec la création des ARD. La coexistence institutionnelle des ARD et des services régionaux de l'habitat et de l'urbanisme reste empreinte d'ambiguïté dans la répartition des rôles et des responsabilités et pose, de manière claire, le débat portant

sur la contractualisation entre les services étatiques et les collectivités locales en matière de fourniture de services.

Dans le fonctionnement et les procédures des services entre l'Etat et les collectivités locales, on note un accroissement notable d'acteurs impliqués dans les processus de prise de décision favorisant l'apparition de conflits d'intérêts parfois inconciliables.

1.2 Les dysfonctionnements du secteur de l'habitat au Sénégal

1.2.1 *Une fiscalité empreinte de vides juridico-sémantiques*

La fiscalité dans le domaine de l'habitat peut être visitée en des paliers différents pour bien structurer son impact dans les dynamiques d'accès au logement pour les particuliers, mais aussi les contraintes des promoteurs publics et privés constitués sous forme de personnes morales et qui inscrivent leur programme dans le cadre de l'habitat planifié par les pouvoirs publics.

Les exonérations fiscales concernent principalement les promoteurs et les personnes physiques qui accèdent au logement à partir de leurs fonds propres.

Sur le plan fiscal, différentes dispositions pratiques ont été mises en œuvre pour promouvoir la production de logements au profit des couches les plus défavorisées. D'abord en rapport avec les exonérations fiscales, ensuite dans une logique de réduction de droits et enfin dans le régime des tarifs préférentiels.

Dans le domaine spécifique de l'habitat, la loi fiscale établit un impôt annuel sur les bénéfices des sociétés et personnes morales, mais l'article 5 du code général des impôts affranchit le paiement de l'impôt susmentionné, les coopératives d'habitat et les regroupements dits castors qui lotissent et/ou construisent au profil exclusif de leurs membres (Sine A., 1996). Cette dispense concerne aussi les intérêts, arrérages et les emprunts des sociétés qui interviennent dans le domaine de l'habitat social

Pour les mesures qui concernent les personnes physiques, on peut distinguer deux (2) niveaux. Le premier niveau intervient au moment de l'acquisition du terrain et le second se rattache à l'occupation effective.

* Dans le premier niveau, l'article 36-60 du CGI prévoit une exonération sur les intérêts des emprunts à la charge du contribuable pour l'acquisition, la conservation ou les réparations de l'habitation principale. L'article 323-30 exonère la taxe sur les opérations bancaires, les intérêts et commissions des prêts consentis aux personnes physiques pour la construction et l'acquisition d'immeubles à usage d'habitation principale, sous réserve que la valeur hors taxe des constructions n'excède pas 15.000.000 FCFA.

La pertinence de cette disposition souffre du renchérissement des coûts de matériaux de construction intervenu depuis la dévaluation du franc CFA en janvier 1994.

La taxe sur la valeur ajoutée (TVA) qui concerne les travaux immobiliers n'est pas de mise si «l'immeuble est occupée à titre d'habitation principale sans intention de vendre ou de louer».

Cette disposition est difficilement contrôlable dans la mesure où l'écrasante majorité des propriétaires-logeurs n'enregistrent pas leurs contrats de location à la Chambre de Commerce. Cette démarche informelle concerne aussi les villas à grand standing.

* Dans le second niveau, il faut relever qu'au titre de la Contribution Foncière des Propriétés Bâties (CFPB) due au terme de l'article 215 du CGI, le législateur a prévu une exonération temporaire s'étalant sur un horizon temporel de dix (10) années pour les constructions de «nouvelles maisons». Cette disposition est valable si et seulement si l'immeuble est occupé par le propriétaire lui-même au titre de résidence principale pour la partie de la valeur locative annuelle inférieure à 1.500.000 FCFA. Il ne serait pas inutile de préciser que le droit fiscal sénégalais définit la valeur locative comme «le prix que le propriétaire retire de son immeuble lorsqu'il le donne à bail ou, s'il l'occupe lui-même, celui qu'il pourrait en retirer en cas de location».

Cette précision sémantique a l'avantage d'apprécier les dérives possibles dans la mesure où des dispositifs pratiques n'ont pas été prévus pour contrôler les différentes affectations du logement et les prix effectivement pratiqués dans les contrats de location.

Des mesures de réduction de droits profitent aux personnes physiques et celles morales dans le secteur de l'habitat. Elles concernent les investissements opérés par les promoteurs publics ou privés pour l'acquisition, la vente ou la location d'immeubles. Dans cette même mouvance, on note une réduction de 15 à 10% du droit d'enregistrement des actes portant sur l'acquisition des terrains nus, de bâtiments destinés à être entièrement démolis et de leurs dépendances non bâties et la concession de droits de superficie sur les mêmes immeubles. Cette réduction est assujettie à l'engagement de l'acquéreur à construire sur le terrain dans les trois (3) années à venir, tout en respectant les normes requises (article 654 du CGI). Cette réduction s'applique généralement aux constructions de maisons collectives et s'étend aussi aux opérations réalisées par les coopératives d'habitat et groupements dits «CASTORS». L'article 657 du CGI réduit à 5 % les actes portant vente d'immeubles à usage de logement réalisés par les promoteurs immobiliers. Cette dernière réduction concerne aussi les opérations de vente de terrains aménagés ou de logements pour les coopératives de construction et d'habitat. La TVA de 20% pour les travaux immobiliers effectués pour le compte exclusif de personnes physiques et concerne les locaux à usage d'habitation est ramenée à 7%.

Le CGI prévoit des tarifs préférentiels aux sociétés d'économie mixte qui œuvrent pour l'habitat planifié, notamment avec l'article 658 qui fixe à 5000 Frs le droit portant sur les locations de logements sociaux au sein de l'article 657 qui définit «l'habitat social».

Les collectivités locales ont du mal à assurer le recouvrement des impôts comme la TEOM et de sérieuses contraintes subsistent dans le recouvrement des autres impôts locaux comme les contributions foncières sur les propriétés bâties (CFBB) et non bâties, la surtaxe foncière, les impôts per capita et les patentes.

- Le taux de recouvrement de la CFPB est de 50%, 41%, 75% et 70% respectivement pour les années 1993, 1994, 1995 et 1996 (MEFP, ACDI 1998). Cette taxe est difficilement mobilisable en milieu rural du fait que la très grande majorité des propriétés atteignent le minimum imposable et entretient, dans toutes les collectivités, un contentieux né de l'imposition de personnes associées et exemptées. Les résultats d'une enquête financée par l'ACDI pour le compte du Gouvernement du Sénégal et partagée en 1998 démontrent

que le recouvrement du CFPB est déterminé, dans un contexte où le principe de l'annualité budgétaire est appliqué selon le système de gestion et non celui de l'exercice. C'est assurément là un paradoxe qui organise une opacité dans la gestion du CFPB.

- La base de la contribution foncière des propriétés non bâties (CFPNB) concerne les terrains immatriculés où sont édifiées des constructions non adhérentes au Sol situées dans le périmètre des communes, groupements d'urbanisme et des centres lotis. Le taux de recouvrement est très faible comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau n° 1 : Taux d'imposition actuel et potentiel

Désignation	Dakar	Ziguinchor	Diourbel	St-Louis	Tamba	Kaolack	Thiès	Louga	Fatick	Kolda
Taux effectif d'imposition potentiel	4,74	4,74	7,92	8,58	8,58	11,40	4,20	11,70	11,64	7,32
Taux effectif d'imposition actuel	1,13	1,13	1,88	2,04	2,04	2,71	1,00	2,78	2,77	1,74

Source : MEFP, ACIDI 1998.

Le concept de terrain insuffisamment bâti entretient toujours des conflits entre les services en charge du recouvrement de cette taxe et les assujettis à cette dernière.

- La surtaxe foncière concerne spécifiquement la zone de la défunte CUD et les chefs-lieux de région. Elle a été instituée pour parer aux spéculations foncières. Le taux s'applique en fonction des zones et suivant la localité.
- La patente est assurément l'impôt le plus dynamique parce que reposant sur l'activité économique. Elle a enregistré, ces dernières années, une croissance de l'ordre de 12,4% ; laquelle varie selon les régions et exprime les disparités économiques des établissements humains au Sénégal. La région de Dakar totalise à elle seule 67% des recettes de la patente au niveau national. La région de Louga, qui apparaît au bas du peloton et qui a une faible activité économique, arrive à peine à atteindre 1%. Les arriérés gagnent en massivité de plus en plus durant ces dernières années et les collectivités parviennent difficilement à appliquer les pénalités requises.

La fiscalité dans le domaine de l'habitat vise, de par les mesures qu'elle préconise, un accès facile au logement pour les particuliers et un allègement des charges pour les promoteurs. Le renchérissement des coûts de construction subséquente à la dévaluation du franc CFA l'ampute de sa portée sociale et pose la nécessité de la revisiter aux fins de l'adapter aux impératifs du niveau socio-économique des couches moyennes et défavorisées.

Le régime fiscal sénégalais, dans le domaine de l'habitat, continue de bouger avec des paradoxes entre les discours et les pratiques. Cette ambivalence est entretenue par les facilités de contourner les dispositions réglementaires, mais aussi par les écarts entre l'émission et les moyens et capacités de recouvrement. Aussi bien que les services rattachés au secteur public, les collectivités locales sont handicapées par le manque de moyens de contrôle et de cohérence pour amener les assujettis à payer et pour rompre l'iniquité fiscale qui subsiste aussi bien entre les catégories d'habitants et les sociétés producteurs de logement et les promoteurs.

1.2.2 *Des tracasseries administratives subies par les promoteurs*

La mise en œuvre d'un projet de promotion immobilière requiert des formalités administratives empruntant de longs circuits horizontaux et verticaux dans l'architecture administrative. De l'identification d'un site, sa négociation à l'ouverture du chantier, les formalités prévues par des dispositions réglementaires peuvent s'étendre sur plus de quatorze (14) mois et il peut avoir plus de vingt (20) mois de formalités administratives après la fin des travaux d'un chantier. Cette situation est liée à l'hypertrophie de l'administration caractérisée par une juxtaposition anarchique de pôles de décision, c'est-à-dire entre le Ministère en charge de l'habitat, les Domaines, le Cadastre, les Travaux Publics, les sociétés concessionnaires, les collectivités locales, etc.

Cette situation crée toutes les conditions favorables à l'iniquité dans le traitement des dossiers, mais aussi à des cas de corruption. Il a été constaté la rapidité du traitement des dossiers des grands promoteurs réseautés dans les sphères politico-administratives et qui bénéficient de l'appui de certains pouvoirs périphériques (marabouts, chefs coutumiers, etc.). C'est pourquoi les promoteurs réclament une consultation simultanée de leurs dossiers par l'entremise d'un «guichet unique».

1.2.3 *Dans le domaine du foncier et du domanial*

L'acquisition de terrains privés ou du domaine national devrait être dérivée d'une autorisation de la Commission de Contrôles des Opérations domaniales (CCOD) qui est la structure mise en place pour procéder à des affectations. La CCOD devrait se réunir au moins deux fois par an. Or la CCOD ne s'est pas réunie entre 1996 et 1999. Pour parer à cette perversion administrative, il a été récemment mis en place un «système de consultation à domicile» qui est une stratégie d'urgence pour permettre à certains pôles d'avis (Cadastre, Domaines, Urbanisme, etc.) de procéder à des affectations de terrain. Mais ce système de «consultation à domicile» ne concerne généralement que les dossiers des grands promoteurs et ceux des autorités politiques et religieuses.

Le contrôle de la légalité a posteriori des actes d'urbanisme est du ressort de l'administration centrale. De même, du fait de l'absence dans toutes les communes de services d'urbanisme compétents, l'instruction de ces actes reste dévolue aux services de l'Etat. Cependant beaucoup de maires, surtout ceux des communes d'arrondissement continuent à délivrer des permis de construire et autres actes d'urbanisme sans instruction préalable. Cette pratique est de nature à favoriser l'aliénation et des terres du domaine national. Cette situation a entraîné dans beaucoup de localités la prolifération de constructions non conformes à la réglementation en vigueur. Dans les quartiers faisant l'objet d'une régularisation foncière, l'élaboration du titre de propriété peut durer des années.

L'acte préalable de la mise en valeur d'un terrain est la possession d'un titre de propriété (titre foncier, bail, attestation ou droits réels). Seuls ces types de titres de propriété sont acceptés pour l'obtention d'un acte d'urbanisme (PC, CCVH, CU etc.).

Le respect de la propriété foncière par les collectivités locales envers les particuliers et les promoteurs immobiliers pose problèmes depuis le transfert de compétences. Pourtant, les abus en matière domaniale dans le registre du transfert des compétences et plus particulièrement «la spéculation et l'affectation de terrains publics, les permis de construire ou de lotir» peuvent entraîner la suspension ou la révocation du maire et de ses adjoints (article

146 loi n° 96-06) et des sanctions de même nature peuvent frapper les responsables élus des communautés rurales en cas de «spéculation sur les terres du domaine naturel, les permis de construire et de lotir (article 220, loi 96-06).

Ces pratiques courantes dans la capitale et dans les villes de l'intérieur ont entraîné une prolifération de l'habitat illégal. Les trames d'accueil qui ne répondent pas aux normes de l'occupation des sols se situent entre 35% et 40% de la surface urbanisée dans la région de Dakar et ce phénomène s'amplifie dans les capitales régionales comme Thiès, Kaolack, Ziguinchor, Saint-Louis, etc. Rufisque bat tous les records avec un taux de 70%.

Par conséquent, les populations s'installent dans des zones impropres à l'habitation dans un cadre insalubre caractérisé par des situations allant des inondations, du manque d'eau potable, l'invasion des ordures ménagères, d'eaux usées à la promiscuité. L'insécurité foncière qui prévaut dans ces poches d'habitat précaire entretient le spectre du déguerpissement et empêche la réalisation d'infrastructures individuelles et communautaires viables et durables.

Au regard des dysfonctionnements notés dans le domaine du foncier et du domanial, il importe aujourd'hui de reclarifier les conditions d'une bonne application des pouvoirs, mais aussi les concepts du vocabulaire juridique qui organise les textes. Cette urgence doit s'accompagner d'une formation adéquate des élus locaux en matière de gestion foncière et d'une vulgarisation des textes à travers les canaux de communication traditionnelle.

A cette insécurité foncière s'ajoute celle d'un autre type, l'insécurité tout court. Pour les populations, l'insécurité liée à la dégradation de leurs conditions de vie est aggravée par le sentiment que l'État est de plus en plus incapable d'assurer le service de base au nom duquel des ponctions sont effectuées sur les revenus, celui d'assurer la sécurité des biens.

La dégradation accentuée des conditions de vie des populations, la détérioration rapide des services publics, la circulation des armes légères et la tentation, pour certains segments du personnel politique, de se reconvertir dans le commerce de la drogue, pour faire face au tarissement des ressources indispensables à leurs stratégies de mobilisation politique, font redouter une introduction plus grande de la dynamique de la violence dans le fonctionnement des sociétés sénégalaises.

En raison des plaintes exprimées, dans les quartiers, surtout à Dakar, concernant la montée de la petite délinquance, se pose, de plus en plus, le problème de la sécurité urbaine. Les dossiers publiés dans la presse font de plus en plus implicitement appel à des politiques répressives dont on connaît pourtant les limites. Les populations aisées et certains segments des classes moyennes ont recours à un système de sécurité privée repérable dans le boom des agences de gardiennage et de sécurité dont il serait intéressant de comparer les effectifs avec ceux de la police d'État. Les populations qui ne peuvent pas accéder à ce système et qui sont par ailleurs confrontées à la dégradation des réponses policières mis en place, dans les quartiers, un système d'auto-régulation qui reste ouvert à toutes sortes de manipulations et provoque parfois des dérapages.

Face à cette situation, abandonner les populations pauvres à leurs conditions d'existence est une politique de courte vue susceptible de faire des villes des sites d'une tension politique et sociale permanente.

1.2.4 *Le traitement social et technique de l'habitat*

L'habitat comme secteur prioritaire du développement social est différemment traité par les organes de l'administration publique et ceci, avec des instruments différents, des approches dissemblables et des moyens différenciés. En témoigne la place de l'habitat dans les grilles prioritaires d'intervention de la Direction de l'Urbanisme et de l'Habitat, la Direction des l'Environnement et des Etablissements Classés et la Direction de l'Aménagement du Territoire.

Cette situation s'explique aussi par des difficultés d'articuler les politiques publiques avec les réponses communautaires et le déficit de communication entre l'Etat, les collectivités locales et la société civile. L'acceptabilité sociale des matériaux locaux n'est pas jusqu'ici une réalité en dépit de la réalisation de quelques prototypes de logements dans la région de Dakar et en milieu rural. Pourtant, des économies pouvant substantiellement dépasser 25% par rapport au logement sol-ciment peuvent être réalisées. Mais les initiatives dans ce sens n'ont pas été articulées avec une stratégie de communication clairement définie. La SENAC avait, à l'époque, produit des blocs de pierre stabilisés qui furent utilisés par la SNHLM, la SICAP et quelques coopératives notamment celle des agents du Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat, mais les résultats n'ont pas été à la hauteur des attentes des pouvoirs publics et des promoteurs.

Les contraintes majeures de la promotion de matériaux locaux se résument à l'accès et à la maîtrise des technologies de faible coût, par les cadres et ouvriers du BTP, à l'absence d'incitations fiscales pour les promoteurs qui s'adonnent à la réalisation de logements avec des matériaux locaux, au coût élevé du transport des produits, des carrières d'approvisionnement aux chantiers, etc.

1.2.5 *La demande et l'offre*

La SICAP et la SNHLM ont une capacité de traduction annuelle de 2000 logements alors que les prévisions de 1997 estimaient à 12 000 parcelles viabilisées et de logements pour les besoins des populations et les collectivités locales ont du mal à conduire des opérations de lotissement. La réalisation de tranches des zones d'aménagement concerté devrait permettre de résoudre le manque ou déficit de terrains accessibles aux coopératives et aux promoteurs.

En juillet 2000, la SNHLM et la SICAP ont respectivement réalisé 13802 et 12771 logements. Les promoteurs privés qui pratiquent des marges bénéficiaires élevées vivent sous la contrainte des coûts élevés de matériaux de construction et du manque de réserves foncières ont du mal à répondre convenablement à la demande.

La solvabilité des particuliers et promoteurs, ainsi que les tracasseries administratives interviennent dans la grille des contraintes qui entretiennent la rupture entre la demande et l'offre.

L'absence d'une série de prix et de mesures incitatives pour réguler le marché immobilier, la fiscalité élevée, la cherté des matériaux de constructions et de VRD sont autant d'indicateurs qui structurent le fossé entre l'offre et la demande en matière d'habitat au Sénégal. A cela, il faut ajouter l'exode rural, la faiblesse du pouvoir d'achat des citoyens et le taux de croissance naturel élevé.

1.2.6 *L'équité et la transparence dans la desserte en matière d'habitat*

L'équité dans la desserte en matière d'habitat peut être analysée à travers différents indicateurs de disparités. Ces disparités concernent la desserte entre la région de Dakar et les régions de l'intérieur incluant les capitales régionales, la marginalisation de l'habitat rural dans les politiques publiques et les promoteurs immobiliers, l'accès à l'habitat entre les hommes et les femmes, les éléments de confort, etc.

Les disparités entre la région de Dakar et les régions de l'intérieur

L'examen des chiffres en annexe (1 et 3) de cette présente étude démontre amplement les disparités dans la desserte entre la région de Dakar et l'intérieur du pays. Les états récapitulatifs en juillet 2000 des réalisations de la SNHLM l'expriment de façon éclatante et la SICAP n'a concentré ses interventions que sur la région de Dakar notamment Dakar-Ville.

Sur 13 802 logements réalisés par la SNHLM (ex OHLM) jusqu'à date, on retrouve 1.886 logements pour la région de Dakar, 394 pour la région de Saint-Louis, 621 pour la Casamance (Ziguinchor et Kolda) et 126 pour le Sénégal oriental.

Il subsiste aussi une disparité dans la famille des régions de l'intérieur qui met la région de Thiès (677 logements) en première position après Dakar suivie de celle de la Casamance (incluant Ziguinchor et Kolda).

Les données disponibles au niveau de la direction technique de la SNHLM ne fournissent pas des indicateurs concrets sur les disparités entre les capitales régionales et les villes qui leur sont administrativement rattachées. Mais les capitales régionales sont mieux desservies que les départements. Cette situation est liée à la solvabilité de la demande à l'intérieur du pays selon les arguments officiels avancés par la direction de la structure.

En plus, SCAT URBAM et les promoteurs privés (SOPRIM, SPS, SOMISCI, SIPRES, CPI, IMMORAMA, etc.) n'interviennent que dans la région de Dakar et sa périphérie immédiate qui souffrent de plus en plus de réserves foncières.

1.2.7 *La marginalisation de l'habitat rural*

Le gouvernement a défini, dans les années 1980, une politique de l'habitat rural dont les objectifs poursuivis étaient, en plus de corriger les déséquilibres régionaux, de moduler et d'adapter les coûts de construction aux divers niveaux de revenu par la promotion de matériaux locaux et la technologie «fine». Cette stratégie devrait aussi requérir la participation communautaire à la construction de logements et ralentir le phénomène de l'exode rural. Cependant, cette politique gouvernementale n'a pas été suivie par des actions concrètes. Entre 1964 et 1973, l'OHLM a réalisé des logements en milieu rural avec des résultats satisfaisants. Mais depuis la « crise des hydrocarbures » de 1973, les investissements ont été stoppés.

Les réalisations de l'habitat rural, sauf dans le cas de l'OHLM, ont seulement revêtu le cachet «d'actions expérimentales». Seuls 400 logements ont été réalisés entre 1967 et 2000. Les prototypes réalisés et expérimentés ont discrédité l'habitat rural en raison de leur défaillance sur le plan technique. Des études approfondies n'ont pas été menées aux fins de maîtriser les attentes du monde rural en matière d'habitat en fonction des espaces éco-géographiques.

1.2.8 *Les autres disparités*

Il serait très intéressant de détenir des chiffres permettant d'examiner les disparités entre hommes et femmes dans l'accès au logement, mais cet exercice n'a pas été mené dans le cadre de la préparation de ce rapport car les statistiques disponibles ne sont pas désagrégées. Par ailleurs, les femmes-propriétaires (chefs de ménage/célibataires) sont de plus en plus nombreuses notamment à la SICAP et les terrains viabilisés délivrés par la SCAT URBAM lors de la première tranche du projet Mariste. Selon les résultats de l'ESAM (1994/95) les femmes chefs de ménage sont mieux logées que les hommes en ce qui concerne l'habitat moderne (76% contre 59%).

On relève aussi le manque de transparence dans les procédures d'élaboration et d'application des plans directeurs, la passation des marchés publics et la répartition des fonds de concours entre les différentes collectivités.

1.2.9 *Les contraintes liées au financement du secteur de l'habitat*

Entre 1960 et 1973, la production de l'habitat s'est faite suivant un rythme entretenant un relatif équilibre entre l'offre et la demande. Cette période est marquée par la réalisation de vastes programmes par la SICAP et l'OHLM dans la région du Cap-Vert et à l'intérieur du pays.

Le secteur a bénéficié d'un système de financement basé sur la subvention des VRD, les ressources du fonds pour l'amélioration de l'urbanisme et de l'habitat, celles de la CCCE et des programmes de la BNDS.

Le choc pétrolier de 1973 combiné avec le long cycle de la sécheresse, le retrait de la CCCE et de la BNDS vont pousser les autorités à la création de la BHS en 1979. Le FAHU qui était un véritable instrument de financement est dépouillé de sa substance à cause de nombreuses contraintes qui pèsent sur la mobilisation des fonds.

Nous avons déjà vu, dans les pages précédentes, le caractère élevé des taux appliqués dans les prêts bancaires aux particuliers, aux coopératives et aux promoteurs privés. Les organismes bancaires sénégalais ignorent, dans leur pluralité, la notion d'habitat social en dépit des taux préférentiels pratiqués sur la BHS.

En effet durant l'exercice 1998, la BHS a approuvé le financement de six (6) programmes de 146 logements, 32 appartements, 8 magasins et 616 parcelles présentés par les promoteurs privés et les coopératives pour un montant de 1 570 819 922 FCFA.

L'analyse de la répartition donne en nombre (33% promoteurs privés, 67% coopératives) et en volume (coopératives 49%, promoteurs privés 51%). La collecte des ressources d'épargne a baissé de 3,96% à la fin de l'année 1998 contre une hausse de 24,01% un an auparavant. Les Comptes d'Epargne-Logement (CEL) ont enregistré une baisse de 0,4% par rapport à l'exercice 97 en dépit de la hausse du nombre de clients. Rapportés à ceux des années 80, ces chiffres traduisent l'insolvabilité de la clientèle, les difficultés de mobiliser des ressources pour le financement à long terme du logement, la place de plus en plus importante des coopératives et les contraintes financières des petits promoteurs privés.

Toutefois, il peut être noté une évolution au niveau de la couverture des postes de santé. Cette couverture est passée de 11.270 à 11.310 habitants entre 1985 et 1995 et est estimée par l'ESIS à 11.500 en 1999. Parmi les districts concernés par l'étude, seul le district de Thiès a enregistré des améliorations avec une population par poste de santé qui a baissé de 22,13 % entre 1992 et 1999.

En outre, il importe de mettre en évidence l'intervention du secteur privé et des ONG dans le domaine de la santé. Sur les 659 postes de santé que comptait le Sénégal en 1991, les 85 étaient gérés par des ONG, 68 d'entre eux par l'Eglise catholique. Il y avait en 1991 25 polycliniques privées fournissant des soins ambulatoires, une hospitalisation générale et des soins obstétricaux, 47 postes de santé et 32 infirmeries dont la plupart appartenaient à des infirmiers et des sages-femmes qui en assuraient le fonctionnement (KNOWLES J.C., 1994 :19-21). Actuellement, 120 ONG et associations interviennent dans le secteur de la santé. Les assises sur la santé ont reconnu la contribution du privé et des ONG dans le domaine de la santé. Il a toutefois été déploré notamment la non maîtrise par le Ministère de la Santé des domaines et zones géographiques d'intervention des ONG et la difficulté d'évaluer les actions de celles-ci. Pour ce qui est du secteur privé, il est fustigé la tendance à l'installation anarchique de cabinets médicaux et cliniques sans tenir compte de la carte sanitaire et la faiblesse du partenariat entre le secteur privé et les structures publiques de santé.

Il ressort de ce qui précède qu'en dépit des efforts consentis (pouvoirs publics, ONG et secteur privé confondus), la couverture en infrastructures est encore loin des normes préconisées par l'OMS (un hôpital pour 150.000 habitants, un centre de santé pour 50.000 habitants et un poste de santé pour 10.000 habitants).

En dernière analyse, il importe d'articuler la réflexion sur les déterminants des recours à un service de santé, avec d'autres considérations, autre que la couverture sanitaire dont le corollaire est la proximité entre la structure sanitaire et les bénéficiaires. A cet effet, et comme le souligne l'étude sur l'initiative 20-20 *«la fréquentation d'une structure de santé, si moderne soit-elle, n'est pas directement déterminée par sa localisation, mais plutôt par l'existence d'un réseau de connaissances ou des relations de parenté entre les populations et les membres du personnel»* (Ministère du Plan/PNUD/UNICEF, 2000 : 58). L'étude portant sur l'équité dans l'accès aux services de santé urbains à Dakar effectuée en 1999 avait déjà conclu que les centres de santé se présentaient, au regard des populations, comme un système clos aux individus qui n'avaient pas recours à un tiers. *«Aussi, la médiation sociale est investie comme stratégie d'accession aux services médicaux»* (FALL A. S., 1999: 12).

2.2.2 Couverture en personnel

Les indicateurs d'appréciation de la couverture en personnel analysés sont la population couverte par un médecin et le nombre de Femmes en Age de Procréer (FAP) par sage-femme.

Pour les Femmes en Age de Procréer (FAP), la couverture en sage-femme reste encore faible dans les trois (3) districts visités, même si Pikine demeure toujours mieux doté. Les seules améliorations (d'ailleurs faibles dans l'espace de sept ans) constatées sont enregistrées à Thiès. Quelles que soit par ailleurs les améliorations notées, le nombre de femmes en âge de procréer est de dix fois supérieurs à la norme fixée par l'OMS qui est de 300 femmes en âge de procréer par sage-femme. A l'échelle nationale, le nombre de femmes en âge de procréer est de 3000 pour une sage-femme.

Tableau n° 2 : Comparaison du nombre de femmes en âge par sage-femme entre 1992 et 1999 dans les districts de Pikine, Thiès et Fatick

Zones	Nbre de FAP par sage-femme	
	En 1992*	En 1999**
Fatick	7.324	18.703
Pikine	2.570	3.227
Thiès	5.717	4.280

Sources : * Statistiques sanitaires et démographiques, 1995/DHSP/Division des statistiques
 ** - Pour Pikine, extrait du Plan d'Action du district 2000
 - Pour Thiès et Fatick, informations fournies par les superviseurs

La population couverte par médecin connaît une tendance difficilement appréciable au niveau national. Mais, il est certain que cette couverture est en deçà des normes recommandées par l'OMS à savoir : un médecin pour 5.000 à 10.000 habitants. Actuellement, on compte un médecin généraliste pour 13.000 habitants, un infirmier d'état pour 4000 habitants (Ministère de la santé, 2000).

A la lumière de ces données, il apparaît clairement que les ratios des différents agents de santé sur la population sont en dessous des normes fixées par l'OMS. Le déficit en personnel est estimé à 2000 agents toutes catégories confondues. Cette situation résulte de la baisse des niveaux de recrutement des agents de santé. C'est ainsi qu'il est constaté que la formation des infirmiers et sages-femmes, assurée notamment par l'Ecole Nationale de Développement Social et Sanitaire (ENDSS), a vu ses effectifs au recrutement passer de 100 infirmiers et 50 sages-femmes en 1979 à 10 sages-femmes et 20 infirmiers en 1999 (Ministère de la Santé, 2000).

L'effectif du personnel de santé, du point de vue des agents, demeure insuffisant. L'Arbre à Problème (annexe 2) des dysfonctionnements de la DSS ainsi que la Pyramide des Contraintes ont mis en relief l'insuffisance du personnel sanitaire. La résultante en est le recours à un personnel d'appui constitué, pour l'essentiel, d'Agents de Santé Communautaires (ASC) rémunérés par les comités de santé. «De façon générale, presque 20 % des recettes globales acquises dans les districts et 30 % des recettes des structures hospitalières servent à payer du personnel pour renforcer la capacité des formations sanitaires» (CICED, 1997 : 53).

L'action des collectivités dans l'appui des structures sanitaires en agents doit être soulignée. En effet, en plus des efforts des autorités du niveau central et des comités de santé dans ce sens, les collectivités locales s'investissent, même si c'est à des degrés divers, dans le recrutement d'un personnel de santé. Le cas de la Commune de Dakar est à ce titre illustratif. En effet, au moment où l'effectif de médecins relevant de l'Etat connaît une chute passant de 7 à 4 entre 1997 et 1999, il est remarquable de constater une tendance constante et inverse pour cette même catégorie de personnel dépendant de la Ville de Dakar (14 en 1997 et 1998 et 13 en 1999). En valeur relative, l'effectif des médecins recrutés par l'Etat est passé entre 1997 et 1999 de 33,33% à 23,53%. Pour la même période, les médecins dépendant de la ville sont passés de 66,67% à 76,5% (DASS, 2000 : 8). Cette situation n'est pas spécifique à la Commune de Dakar même s'il est vrai l'importance de son budget rend son intervention en faveur de la santé plus soutenue. Déjà en 1998, les communes de Bambey et de Diourbel assuraient les salaires respectivement d'une matrone et de deux femmes de charge. Mais, en tout état de cause, les assises nationales ont été l'occasion de mettre en évidence l'insuffisance de l'apport des collectivités dans le recrutement du personnel de santé.

Une bonne accessibilité géographique implique que les populations puissent se rendre à pied ou faire le voyage, en moins d'une heure jusqu'aux centres de santé (Banque Mondiale, 1997 : 32). Le Sénégal occupait en 1995 la huitième place sur la liste des pays de l'Afrique Subsaharienne à faible accessibilité géographique aux services de santé c'est à dire que les pays avec moins de 90 % de la population à moins d'une heure de voyage des services de santé (Banque mondiale, 1997 : 39). La norme d'accessibilité géographique fixée par l'OMS est de 5 kilomètres entre la résidence et la formation sanitaire. Cette norme n'est pas effective au Sénégal où les usagers étaient obligés de faire 9,1 kilomètres en moyenne en 1996 pour trouver un poste de santé qui, en raison de son importance dans le système sanitaire, doit être proche des populations. En effet, *«le poste de santé occupe une place importante au niveau du systèmes de santé. L'expérience a montré que c'est à ce niveau que les soins sont les plus intégrés»*.

La situation de la couverture sanitaire sur l'étendue du territoire national connaît des disparités qu'il urge de corriger. En guise d'illustration, Au moment où le rayon d'accès en 1996 était pour Dakar de 1,2 km, celui de Kolda se situait à 10, 3 km (DHSP/Division des statistiques, 1996). C'est pour pallier cet état de fait que les Assises Nationales sur la santé ont préconisé des mesures dans le sens :

- d'un rapprochement des structures sanitaires des usagers par un plus grand engagement de l'Etat et des collectivités décentralisées ;
- d'une mise en place d'équipes mobiles polyvalentes ;
- de mesures en direction des cibles vulnérables : handicapés, 3^e âge, jeunes, etc. (Ministère de la Santé, 2000).

2.2.3 Equité dans l'accès aux soins

L'équité est un des principes fondamentaux des soins de santé primaires. L'idéal de justice dans le domaine de la santé voudrait que les services soient :

- Accessibles au plan géographique et socio-culturel;
- Acceptables au plan technologique et technique, culturel, social et biologique;
- Abordables au plan financier.

Au regard de ces paramètres, il importe d'interroger les pratiques pour une saisie de l'équité dans le fonctionnement du système sanitaire. L'analyse de la couverture sanitaire sur l'étendue du pays révèle des disparités qui traduisent une discrimination entre le milieu rural et le milieu urbain dans l'emplacement des structures sanitaires. De cette situation, il résulte des conditions différentes d'accès aux services de santé notamment par rapport aux coûts et à la distance à parcourir pour accéder à une formation sanitaire. En effet, sur une période de 30 jours, le citoyen dépense en moyenne presque quatre fois plus qu'un habitant du milieu rural. Un regard sur la structure des dépenses fait apparaître en outre qu'en milieu rural, l'essentiel des dépenses de santé est destiné à l'acquisition de médicaments (88,4 %) alors qu'en ville, une part assez importante (20,2 %) est allouée aux visites médicales (ESP, 1993).

Les dépenses de santé, selon le milieu de résidence, sont révélatrices d'une grande discrimination en matière de santé entre milieu rural et milieu urbain. Ce constat laisse apparaître également une rareté des contacts avec le personnel de santé plus accentuée en milieu rural.

Après un regard sur l'équité dans l'accès aux services de santé, selon le milieu de résidence, il est important de voir l'équité selon le sexe.

L'équité vue sous l'angle de l'accès des hommes et des femmes aux services sanitaires ne souffre, selon les personnes rencontrées, d'aucune ambiguïté. Les conditions d'accès aux services sanitaires demeurent les mêmes pour les hommes et les femmes. Certaines d'entre celles-ci ont tenu à mettre en évidence la cherté supposée des tarifs appliqués pour l'accouchement qui oscillent entre 3500 et 5000 FCFA dans plusieurs structures de santé publiques. Cette situation, qui n'est pas l'expression d'une discrimination au détriment des femmes, résulte plutôt de l'importance des soins offerts à celles-ci au moment de l'accouchement.

Mais, au-delà des coûts d'accès entre les hommes et les femmes, il s'avère important de questionner l'accomplissement des actes médicaux et des rapports thérapeutiques pour voir s'ils s'inscrivent dans le respect de la nature spécifique aux hommes et aux femmes. A cet effet, les femmes rencontrées ont vivement décrié le sort qui leur est réservé dans les maternités qui seraient des espaces pathogènes répulsifs à l'intérieur desquels on observerait de nombreux dysfonctionnements liés aux mauvaises conditions d'hygiène. Dans les centres de santé de Dominique à Pikine (Banlieue de Dakar) notamment, les agents de santé s'adonneraient à des stratégies de *captage* des ressources en imposant aux parturientes des actes médicaux injustifiés. Cette situation a également été relevée au centre de santé Gaspard Kamara à Dakar-Ville où «*la perfusion fortement pratiquée dans le centre n'est pas une exigence médicale... Elle est devenue une stratégie de captage des ressources. Autour de la perfusion, se mêlent et se dé mêlent un jeu complexe d'arnaques, de détournements*» (NDAO A., 1999 : 45)

Du niveau d'insatisfaction élevé des femmes par rapport aux services offerts dans les maternités, il résulte la persistance des accouchements à domicile en dépit des risques auxquels ils exposent. La persistance de ce recours n'est pas sans rapport avec la non prise en compte de la spécificité «*femme*» dans les rapports thérapeutiques.

2.2.4 *Efficiencia técnica de la descentralización del sistema sanitario*

Les agents de santé portent un jugement critique sur l'état d'équipement des structures de santé. Celles-ci souffrent d'un manque cruel de matériels de soins. Ainsi, dans les centres de santé, 62% du personnel sont insatisfaits de l'équipement. La tenue des Assises sur la santé a permis de faire le diagnostic de la capacité technique des structures de santé. Il est dénoté entre autres :

- Une insuffisance de fonctionnalité de certains hôpitaux (Diourbel, Louga) par manque de réhabilitation des locaux qui sont dans un état défectueux ;
- Un plateau technique faible dans les structures hospitalières et vétusté des équipements existants à l'exception des hôpitaux de Thiès, Saint-Louis et Kaolack. L'hôpital régional en est réduit à assurer des missions dévolues aux centres de santé ;
- Une absence de véhicules de liaison et un mauvais état des ambulances.

Ces manquements sont préjudiciables au fonctionnement correct des structures et subséquemment à la satisfaction de l'exigence des usagers d'avoir des services de qualité. La représentation que les populations ont de la qualité des services offerts dans les structures sanitaires est déterminante dans le succès de la DSS. Cette représentation induit des

comportements d'engagement ou de distanciation par rapport à la politique sanitaire nationale.

La consubstantialité entre le paquet technologique approprié et la qualité du service incite à s'interroger sur la capacité des structures sanitaires à offrir des soins de qualité. A cet effet, les usagers dont la saisie de la perception sur la qualité est importante, sont ahuris d'entendre encore parler de qualité dans les structures sanitaires. Ils ont passé au crible les services de santé pour dénoncer tout à la fois la vétusté du matériel et le comportement du personnel médical.

Il en résulte une baisse au niveau de la fréquentation. A ce sujet, un agent de santé responsable du service hospitalisation-femme affirme *«la baisse de la fréquentation n'a pas amélioré la qualité de l'accueil et des soins. Avant la décentralisation, le niveau de qualité était meilleur malgré le nombre important de patients. Les malades étaient mieux soignés et accueillis»*. Un autre agent propose une explication à cette situation : *«il nous manque du tout dans le centre. On ne cesse de nous demander d'exprimer nos besoins en matériels, mais on ne nous donne rien sous prétexte d'un retard des fonds de dotation»*.

Pour pallier les insuffisances notées dans l'équipement des structures de santé, il a été préconisé :

- De réhabiliter les postes pour leur permettre d'effectuer le paquet minimum d'activités ;
- De relever le plateau technique des centres de santé pour leur permettre de prendre en charge les urgences médicales, chirurgicales et obstétricales ;
- De relever le plateau technique des hôpitaux notamment en matière de services d'urgence, de réanimation, de laboratoire et radiologie pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle de structure de référence.

En outre, le bilan des hospitalisations est qualifiable de négatif ces dernières années. En effet, entre 1992 et 1996, la proportion des malades admis en hospitalisation s'est considérablement réduite pour passer de 5 % en 1992 à seulement 3 % quatre (4) années plus tard. C'est là une autre manifestation du manque de suivi des malades dont nous avons parlé plus haut. Cette déficience n'est probablement pas sans liaison avec le défaut de couverture en infrastructures et en personnel noté précédemment. En outre, ce qui est plus déplorable, c'est que parmi les malades hospitalisés, une partie de plus en plus importante en sort décédée (de 2 % en 1992 à 4 % en 1996).

Dans l'ensemble, la mortalité dénombrée dans les structures de santé a beaucoup baissé ces dernières années (en valeur absolue) par rapport à son niveau de 1985. Néanmoins, ce qui est sûr, c'est que la régression en valeur absolue est nettement plus perceptible dans les hôpitaux que dans les districts (centres et postes de santé). En 1996, plus de la moitié des décès ont lieu dans les districts de santé alors que cette proportion n'était que de 43 % en 1985.

Tout autant que le bilan des hospitalisations, la morbidité proportionnelle permet d'apprécier de l'efficacité technique des structures sanitaires.

Le principal constat qui se dégage, c'est que le paludisme demeure de loin la première cause de morbidité. Durant la période 1992-1996, la proportion des malades qui se sont rendus dans les structures de santé pour cause de paludisme, comparée aux autres maladies, reste à un

niveau très élevé. Cette proportion était en 1996 de 33% contre 13% pour les parasitoses et 6% pour les affections respiratoires (Ministère de la Santé/Division Statistiques, 1998).

D'ailleurs en 1996, un patient sur trois était atteint de paludisme. Les parasitoses par contre sont en constante régression.

CONCLUSIONS

1. La politique de l'habitat au Sénégal a connu de l'indépendance à nos jours deux (2) tendances principales. Une première qui se rapporte à une période faste (1960-1973) reliée à l'Etat providence où de vastes programmes d'habitat ont permis de répondre convenablement à la demande et une seconde contemporaine de l'Etat d'Ajustement Structurel estampillée par une série de crises (choc pétrolier, arrêt des concours financiers extérieurs, baisse progressive des pouvoirs d'achat, renchérissement des intrants etc.) entrelacées dans les logiques qui structurent le système productif mondial de 1973 à nos jours.
2. Les nouveaux mécanismes visant à créer des conditions propices au développement du secteur de l'habitat avec une mobilisation de l'épargne intérieure n'ont pas atteint les objectifs escomptés, mais ont plutôt ramené le secteur de l'habitat à la périphérie des secteurs prioritaires du développement social.
3. Le développement non maîtrisé à un rythme rapide des villes a rendu encore plus difficile la mise en place d'une plate forme institutionnelle qui réconcilie les intérêts et les agendas des différents acteurs du secteur de l'habitat et au Sénégal.
4. Le niveau d'implication et de participation des collectivités locales à la mise en œuvre des activités de santé est très faible. Non seulement les collectivités locales ne soutiennent pas, dans la plupart des cas, les activités de santé à partir de leurs ressources propres, mais elles procèdent à des ponctions sur les fonds de dotation affectés à la santé. Les acteurs s'accordent sur la responsabilité des collectivités locales dans les difficultés auxquelles sont confrontées les structures de santé en raison du faible taux d'utilisation des crédits affectés aux structures bénéficiaires. Néanmoins, les responsables de formations sanitaires, pour être dessaisis de la gestion administrative et financière des structures de santé, adoptent des attitudes de résistance à l'endroit des élus locaux à qui la responsabilité de la gestion est transférée.
5. Les populations adhèrent à la participation communautaire à l'effort de santé, tant elles ont compris la nécessité de leur implication dans toutes les actions de développement. La participation des populations permet de mobiliser des ressources financières substantielles au profit des structures de santé si bien quelle est, de plus en plus, perçue comme un substitut à la mission des pouvoirs publics. L'adhésion des populations à la participation s'accompagne de fortes exigences dans le sens d'une amélioration de la qualité des prestations des services de santé et de leur implication dans la gestion de la participation. Aussi, les conflits entre ces deux acteurs sont-ils fréquents en raison d'une interprétation différente des dispositions législatives sur la Décentralisation.
6. L'obsession du recouvrement des coûts de fonctionnement courant qui est le soubassement de la participation communautaire a eu comme corollaire un

renchérissement des coûts d'accès aux soins et aux médicaments. Ce renchérissement s'est opéré au détriment des couches défavorisées et des groupes vulnérables notamment des femmes et des enfants tant il est attesté l'application timide des dispositions particulières visant à prendre en compte la spécificité de ceux ci. L'inflation des coûts de prestation, sous l'emprise du recouvrement de ceux ci, constitue un frein à la fréquentation des services de santé et corrobore le point de vue largement partagé chez les populations en particulier d'une privatisation du secteur de la santé. Il en découle que les groupes vulnérables vivent un sentiment d'exclusion des services de santé auxquels ils pensaient avoir droit moyennant, tout au plus, une contribution financière symbolique.

7. Les comités de santé demeurent les cadres aménagés par les dispositions réglementaires de la DSS pour instrumentaliser la participation communautaire. Les comités ont laissé progressivement en rade leur mission de mobilisation sociale en faveur de la santé et de promotion sanitaire au profit d'une fixation sur la collecte des recettes et de la gestion financière. Ils sont caractérisés par des pratiques et des comportements – accaparement des comités par le Président et le Trésorier, non-respect de la périodicité des réunions, renouvellement du bureau des comités fait à l'insu des populations, opacité dans la gestion des ressources etc., - qui remettent en question tout à la fois leur viabilité organisationnelle et la légitimité sociale de leurs membres. Il en résulte surtout un défaut d'implication des populations aux activités des comités de santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abel S. B (1991) : Comment financer la santé pour tous – Forum mondial de la santé au Sénégal, Vol 12.
- Abrial M., Touré B. (1996) : Le financement du secteur de la santé au Sénégal –Rapport intermédiaire - MSPAS, PDRH, Dakar.
- Banque Mondiale (1997) : Santé, Nutrition et Population – Réseau pour le développement humain , Washington.
- Ville de Dakar, DASS (2000) : Rapport d'activités – Dakar.
- Diagne S. B. (1991) : La culture du développement : « A partir d'une évidence » - CODESRIA, pp1-5, Dakar.
- Diallo I., Diallo S (1999) : Evaluation de l'organisation et du mode de fonctionnement des comités de santé – Rapport final, ISED/ISADE, Dakar
- Direction de la planification (2000) : Programme de Lutte contre la Pauvreté (PELCP) : Etude sur l'initiative 20-20 comme option stratégique de développement – rapport provisoire – Ministère du Plan, PNUD, UNICEF, Dakar.
- DPS (1996) : Enquête sur les dépenses des ménages de la capitale (EDMC) – Rapport National – MEFP, Sénégal.
- DPS (1997) : Enquête Sénégalaise auprès des ménages : la Consommation, les dépenses, les activités, ESAM mars 1994-1995 – Rapport de synthèse – MEFP, Projet CILSS, Dakar.
- DPS, MEFP (1997) : Enquête démographique et de santé au Sénégal I – Rapport préliminaire - Demographic and health surveys, Macro International Inc, Sénégal.
- Fall I.M. (2000) : L'élaboration de contrats pour l'exécution des plans de développement sanitaire (PRDS-PDDS) – UCAD, Dakar.
- Fall I.M. (2000) : Décentralisation et contractualisation dans le secteur de la santé publique- Publication du PDIS
- Fall I.M.(2000) : Etat des lieux du cadre juridique et institutionnel de la décentralisation des services de la santé – *Version Provisoire*. Dakar.
- Jancloes M, Seck B., Van de Velden L., Ndiaye B. (1982) : Participation des habitants d'une ville du Sénégal aux soins de santé primaires – Forum mondial de la santé, 3, pp. 425-429.
- Ministère de la santé (1996) : Programme de lutte contre la bilharziose, région de Saint Louis – Programme de développement de la région de Saint Louis, volet bilharziose, Saint Louis.
- Ministère de la santé (1999) : Evaluation de la capacité opérationnelle des districts : année 1997 – Direction de la santé en collaboration avec OMS, Divisions des soins de santé primaire, Sénégal.
- OMS (1994) : Le centre de santé dans les système de santé de district, DRSS, Dakar.

- OMS (1996) : Instauration de réformes du secteur sanitaire basées sur des observations concrètes en Afrique Sub - Saharienne – Rapport d’une réunion inter- pays, DRSS, PRDSS, Arusha.
- Perrault M., Fournier C. (1994) : De la Bonne Gouvernance et de la Décentralisation au Sénégal : Etude de Préfaisabilité – ACDI.
- PROMETRA (1992) : Etude des connaissances, aptitudes et pratiques des guérisseurs traditionnels à Fatick au Sénégal – Sénégal.
- Comité national Habitat II (1996) : Gestion des établissements humains. Diagnostic et plan d’action, Dakar, mai, 149 p.
- Dovall, David E. (1991) : L’évaluation des marchés fonciers : un nouvel instrument de gestion urbaine. *Document de travail PGU/PNUD*, New-York, USA.
- Fall, Abdou Salam (1995) : *Revue de presse sur l’habitat au Sénégal (1980-1994)*. Programme Insertion Urbaine, IFAN/ORSTOM, 6 volumes.
- Fall, Abdou Salam (1998) : «L’accès au logement à Dakar : les réseaux sociaux» in *Africa*, Anno LIII-N, 4, pp. 505-529.
- IAGU (1991) : «L’habitat et l’aménagement urbain» - Document 100.001, Septembre, Dakar.
- Ly, El H. (1996) : Analyse des contraintes et des opportunités de Villes & Villages en Santé (VVS) dans la Commune de Dakar. Etude de cas IAGU/Centre Sahel, Université de Laval, Dakar.
- LY, El H. (1999) : Etude de faisabilité participative du programme d’assainissement des quartiers péri-urbains de Dakar, Banque Mondiale/GREA.
- Ly, El H. *et al.* (1999) : *Diagnostic des politiques sociales*, RRPS/CRDI, Dakar.
- LY, El H. & al. (2001) : Etude sur la décentralisation des services de santé au Sénégal. RRPS-CRDI-IAGU, Dakar, Sénégal.
- Ministère de l’Economie, des Finances et du Plan (1998) : Etude sur la fiscalité locale. Document de synthèse. Rapport final, SADA Consulting, ACDI, Dakar, Sénégal.
- Ministère de l’Economie, des Finances et du Plan/Direction de la Prévision et de la Statistique (1997) : Plan d’Orientation pour le Développement Economique et Social 1996-2001 (IX^e Plan) : Compétitivité et développement humain durable, février.
- Ministère de l’Economie, des Finances et du Plan/Direction de la Prévision et de la Statistique (1997) : Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages, octobre.
- Ministère de l’Economie, des Finances et du Plan/Direction de la Prévision et de la Statistique (1992) : Enquête Sur les Priorités, Dakar.
- Ministère de l’Economie, des Finances et du Plan/Direction de la Planification-PNUD-UNICEF : Etude sur l’Initiative 20/20 comme Option Stratégique de Développement, Dakar, juillet.
- Ministère de l’Economie, des Finances et du Plan/Direction de la Planification (1997) : *Plan d’orientation pour le développement économique et social 1996-2001 (Ixe Plan) Compétitivité et développement durable*, Dakar, février.

Ministère de l'Economie, des Finances et Plan (1998) : Etude sur la fiscalité locale. La fiscalité locale et son rendement, Rapport final du Module II, Préparé par le Cabinet Cabex, octobre.

Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat (1992) : Zone d'aménagement concerté de Mbaogare. Synthèse des études, Dakar.

Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat (1996) : Comité Habitat II – Gestion des établissements humains au Sénégal, Dakar.

Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat (1996) : Le rôle des services déconcentrés du Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat dans la mise en œuvre de la régionalisation. Documents de séminaire, MFCAC/GTZ, inédit.

Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat (1997) : Séminaire-atelier sur l'élaboration de la lettre de politique sectorielle urbanisme/habitat, Dakar.

Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat (1998) : Conseil Interministériel sur l'Urbanisme et l'Habitat. Rapport de synthèse – République du Sénégal, Dakar.

Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat, Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, GTZ (1997) : Séminaire atelier sur l'élaboration de la lettre de politique sectorielle urbanisme/habitat. Rapport de synthèse, Dakar, mai.

Ministère de l'Urbanisme, Conseil national de l'Urbanisme (1997) : Rapport présenté par le ministre Landing Sané, Dakar, juillet, 39 p.

Ministère de l'Urbanisme (1998) : Conseil national interministériel sur l'urbanisme et l'habitat. Rapport de synthèse présenté par le ministre Abdourahmane Sow, Dakar, mars.

Ministère de l'Urbanisme (1997) : Lettre de politique de développement du secteur de l'urbanisme et de l'habitat, Dakar, novembre.

PNUD (1998) : *Rapport national sur le Développement humain durable*, Dakar, PNUD, 110p.

Sine, A. (1996) : L'habitat social en question in *Habitat* n° 2, pp. 9-11, janvier, Dakar.

UNICEF et Coopération Française (1999) : Equité dans l'accès aux services de santé urbains à Dakar, novembre.

UNICEF et Coopération Française (1999) : Equité et accès aux soins dans les centres de soins urbains à Dakar : le cas du centre de santé «FABI», Dakar, novembre.

UNICEF et PNUD (1998) : Expériences nationales en matière d'évaluation de la suffisance, de l'équité, et de l'efficacité des dépenses publiques consacrées aux services sociaux de base.

Wade, M. T. (1981) : Projet de recherche sur la promotion de l'habitat au Sénégal. Dakar, CRHUAT.

Wade, M.T. (1982) : «Habiter» au Cap-Vert, une réponse culturelle au besoin de l'habitat. DEA, ISE, Université de Dakar, Faculté des Sciences et Techniques.