

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

I-GENERALITES

1-HISTORIQUE DE LA MEDECINE

2-EVOLUTION

II-ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE DU SENEGAL

A-LA CARTE SANITAIRE

- **LA GLOBALITE**
- **L'INTEGRATION**
- **LA VIABILITE**

B- LE SYSTEME DE SANTE DU SENEGAL

1- DEFINITION

2- ANALYSE DU FINANCEMENT DU SECTEUR PUBLIC DE SANTE

3-RESSOURCES HUMAINES

4- MODELE CONCEPTUEL DE LA REFERENCE ET DE LA CONTRE

REFERENCE

5-LES PRINCIPALES CAUSES DE DECES AU SENEGAL

6-OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT

III-LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES (SSP)

1-HISTORIQUE

2-DEFINITION DES SSP

3-COMPOSANTES ESSENTIELLES DES SSP

IV- INITIATIVE DE BAMAKO

1- DEFINITION DE L'INITIATIVE DE BAMAKO

2- ORIGINE DE L'INITIATIVE DE BAMAKO

3- PRINCIPAUX ELEMENTS DE L'INITIATIVE DE BAMAKO

4- LA VERSION SENEGALAISE DE L'APPLICATION DE L'INITIATIVE DE BAMAKO

V-POLITIQUE DU MEDICAMENT ESSENTIEL

1-REGLEMENTATION-LEGISLATION DES MEDICAMENTS

2- PRODUCTION

a-SANOFI- AVENTIS

b-PFIFER

c-LABORATOIRE CANNONE SA

d-STITUT PASTEUR

3- IMPORTATION ET DISTRIBUTION

**a- LE SECTEUR PUBLIC : PHARMACIE NATIONALE
D'APPROVISIONNEMENT**

b- LE SECTEUR PRIVE

1-LABOREx

2 -COPHASE

3 -SODIPHARM

4-LE MARCHE ILLICITE

**VI- LES PROBLEMES RENCONTRES PAR LES PATIENTS DANS LES PAYS EN
DEVELOPPEMENT**

VII- GENERALITES SUR L'ITINERAIRE THERAPEUTIQUE EN AFRIQUE

A- LA MEDECINE TRADITIONNELLE

1-DEFINITION

2-L'INTERVENTION DU TRADIPRATICIEN

3-LIEU DE TRAVAIL

4- L'ENCRAGE DU TRADIPRATICIEN DANS LA SOCIETE

5-LA VERSION SENEGALAISE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE

6-PLAN STRATEGIQUE

7-LES CONTRAINTES DU PLAN STRATEGIQUES

B-GENERALITES SUR LA SANTE COMMUNAUTAIRE

DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL PERSONNEL

I- OBJECTIF DE L'ENQUETE

1 - BUT

2 -GENERALE

3 - SPECIFIQUE

II- METHODOLOGIE

A- CADRE D'ETUDE

I- SENEGAL

1- SENEGAL-DONNEES GEOPOLITIQUES

a-GEOGRAPHIE

b- DONNEES GENERALES, PHYSIQUES ET HUMAINES

c- DONNEES ECONOMIQUES

II- CASAMANCE : CONTEXTE GENERAL

II-1-GEOGRAPHIE

II-2- DEMOGRAPHIE

II-3-ECONOMIE

II-4-CONTEXE POLITIQUE : LE CONFLIT EN CASAMANCE

II-5-SITUATION SANITAIRE ET PHARMACEUTIQUE

III-COMMUNAUTE RURALE DE OUONCK :

III-1-PRESENTATION DU LIEU D'INTERVENTION

III-2- SITUATION SANITAIRE

a -INFRASTRUCTURES

b -RESSOURCES HUMAINES

c -PRINCIPALES PATHOLOGIES RENCONTREES

B-MATERIELS ET MOYENS DE L'ETUDE

1-TYPE ET PERIODE D'ETUDE

2- OUTILS ET METHODES DE COLLECTE

a) OUTILS DE COLLECTE

b) METHODES D'ETUDE

c) EQUIPE DES ENQUETEURS

3- POPULATION CIBLE

4- CRITERES D'INCLUSION

5- CRITERES DE NON INCLUSION

6- ECHANTILLONNAGE

7- VARIABLES ETUDIEES

8- SOURCES DE DONNEES

9- CONTRAINTES

10- SAISIT ET ANNALYSE DES DONNEES

III- RESULTATS

1-CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE NOTRE POPULATION

D'ETUDE

a-SELON L'AGE

b-SELON LE SEXE

c-SELON LE STATUT MATRIMONIAL

d-SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION

e-SELON L'ORIGINE GEOGRAPHIQUE

2- ITINERAIRES THERAPEUTIQUES

a- LIEU DE LA PREMEIRE CONSULTATION

b- DELAI AVANT PREMIERE CONSULTATION

c-RAISONS DE LA FREQUENTATION DES GUERISSEURS ET/OU MARABOUTS

DISCUSSION GENERALE :

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION :

Aujourd'hui la santé ayant un coût élevé, on peut dès lors imaginer ce que peut être la couverture sanitaire dans les pays en développement tout en sachant la singularité de cette entité géographique avec des populations ayant un vécu culturel, religieux, historique, et économique particulier.

C'est ainsi, il est difficile de convaincre cette population de la nécessité des soins les plus élémentaires.

Par ailleurs, les difficultés d'accès aux Soins de Santé Primaires, l'insuffisance d'information sur l'organisation du système de santé au près de la population, l'inégalité de la répartition des infrastructures sanitaires, le déficit de formation du personnel de santé, la faiblesse de la maîtrise de l'information et la gestion de savoirs et de connaissances techniques évolutives, sont autant de facteurs qui, s'ils sont peu ou mal maîtrisés, peuvent favoriser le retard de recours aux soins médicaux de base. Ceci, peut aider la médecine traditionnelle à reprendre peu à peu sa place d'antan afin de constituer le premier recours des populations en cas de maladie surtout en milieu rural.

En effet, l'objectif de ce travail est d'étudier les Itinéraires Thérapeutiques des malades qui se présentent au poste et les cases de santé de la Communauté Rurale de Ouonck ; basse Casamance.

Cette étude s'articulera autour de deux parties :

Dans une première étape, nous procéderons à une recherche bibliographique portant sur l'origine de la médecine et de son évolution, le système de santé existant au Sénégal, les soins de santé primaires, l'Initiative de Bamako, la politique du médicament essentiel, les problématiques de santé des patients des pays du sud et l'Itinéraire Thérapeutique.

La deuxième partie est le travail personnel qui comporte : but et objectif de l'étude, après un bref rappel sur le Sénégal, nous aborderons le cadre d'étude :

Communauté Rurale de Ouonck qui est une entité administrative de base du district de Bignona en basse Casamance, elle a une population rurale à faible moyens financiers, la méthodologie et les résultats.

A ce stade de notre étude, nous procéderons à une analyse critique, ce qui nous permettra de faire une discussion générale et à émettre des recommandations dont leur application contribuera à l'amélioration du vécu sanitaire des populations des pays ressources limitées.

I/GENERALITES

1-Historique de la médecine

La médecine a d'abord été un art sacré et magique. L'homme primitif projetait dans l'univers ce qu'il sentait en lui.

Il avait conscience de sa pensée, de sa volonté, de sa force, et pensait tout naturellement que les manifestations extérieures qu'il observait étaient dues à des pensées, à des volontés, à des forces supérieures à la sienne, invisibles, insaisissables, qu'elles étaient l'incarnation d'esprits surnaturels qu'il élevait au rang de divinités. Il s'adresse d'abord aux dieux ou à leurs représentants pour se protéger contre les dangers qui le menaçaient : éléments déchaînés, animaux sauvages, accidents, douleurs, maladies, mort. Dans un monde régit par des puissances arbitraires et capricieuses, il ne cherchait pas « le comportement » c'est-à-dire le mécanisme, mais il essayait de découvrir « le pourquoi » et supposait que toutes ces menaces étaient la punition d'une faute commise.

Le médecin et le prêtre furent longtemps une seule et même personne, à la fois dépositaire du spirituel et du temporel et chargés de l'âme et du corps ; ils remplissaient le rôle d'intermédiaire, de médiateur (de là le mot médecin). [9]

C'est ainsi, Bariety et Coury affirment que « La médecine est probablement aussi ancienne que la société humaine » (ce qui sous-entend que la maladie l'est aussi). Pour en étudier l'évolution ils divisent son histoire en deux parties : « La première, dont l'origine est antérieure à celle des temps historiques, a duré jusqu'au début du XIX^e ... ; la seconde ne date que de 150 ans à peine ... » et d'aucuns situaient même « vers 1800, voire 1850, la naissance d'une science médicale digne de ce nom ». Quant à l'art même de soigner les maladies, ils le situent beaucoup plus tard, vers la fin du XIX^e siècle. On distingue ainsi une médecine « archaïque » (qui s'identifiait avec la magie et la religion, et dont la pathologie n'était « qu'un aspect de la mythologie ») d'une médecine « moderne » qui évolue elle-même en deux étapes :

Se libère d'abord « de la foi et de la superstition... pour tomber ... sous l'influence des systèmes philosophiques issus d'une logique arbitraire ... » ; puis se libère de ces influences philosophiques pour devenir la médecine des symptômes et des signes, puis celle de la « personnalité ».

Quant à sa fin, et dans cette même lancée qui rend de moins en moins « archaïque » et de plus en plus « moderne ». La médecine cessera d'être « art de soigner les malades à titre individuel », pour devenir « la science de préserver, voire d'améliorer le bien être physique et moral de la collectivité. [11]

2-Evolution de la médecine

Ainsi, cette étude de l'origine de la médecine nous permettra de parler des figures emblématiques de la médecine ; que sont :

- Hippocrate (460-377 avant Jésus Christ) est appelé le père de la médecine parce que,

Le premier, il proclama que ;

1/ La médecine est un phénomène naturel non pas divin c'est-à-dire surnaturel ; accident de la nature, ce n'est pas une punition ; cette idée persistera dans l'ancien testament et sera reprise par le christianisme.

2/La médecine est un savoir positif qui doit être séparé de la mythologie et de la philosophie.

3/ Le médecin doit être séparé du prêtre.

Son œuvre immense, pratique s'appuyée sur des faits et non des hypothèses.

Hippocrate s'attachait et observait le malade, son tempérament, sa souffrance et ce qui l'entoure, c'est-à-dire son milieu.

Il dégagait l'entité maladie, l'individualisme et la concevait comme un phénomène comprenant une cause, une pathogénie, une évolution et par la suite une thérapeutique rationnelle.

Au niveau thérapeutique, il formula des principes de sagesse qui président toujours à la médecine curative : « Primum non nocere », « Natura medicatrix » et des règles d'hygiène souvent oubliées :

« la modération s'impose dans le travail, dans l'alimentation, dans la boisson, dans le sommeil et dans le commerce des femmes ». L'eau est indispensable à la santé. Les eaux de source sont saines et bienfaits ! Sorties de la terre où elles sont en contact direct avec les puissances souterraines, elles sont chargées d'un pouvoir médical.

A Hippocrate, on doit en fin les préceptes de déontologie inscrites dans « le serment » que doit prononcer le praticien avant d'exercer : devoirs envers le malade, envers les confrères, envers les élèves, et des réflexions philosophiques dont une des plus connues est : « la vie est courte, l'art est long, l'occasion est prompte à s'échapper, l'expérience trompeuse, le jugement difficile ».

- Galien (131-201) grec de naissance, après ses études à Alexandrie, s'installe à Rome

en 163 après Jésus Christ, il poursuivit l'œuvre d'Hippocrate, mais observateur et penseur, il imprima à la science une tendance plus analytique, moins synthétique et moins générale.

Sa physiologie très brillante s'appuie sur : le système nerveux, circulation, nutrition qui étaient l'objet d'expérimentation.

A son avis la maladie était un trouble dans l'harmonie normale des quatre humeurs qui constituent le corps humain : le sang, la pituite, la bile et l'atrabile, il ne se contentait pas de situer le mal, mais insistait pour que soit rechercher sa cause. La thérapeutique avait pour but de restaurer l'équilibre des humeurs. Les prescriptions découlèrent de quelques principes : d'abord hygiène balnéaire en opposant le chaud ou le froid à la cause originelle puis selon les cas : sinapismes à la moutarde purgative et la fameuse thérapie aux 60 médicaments dont l'opium, véritable panachée thérapeutique le plus actif.

Il fut également le fondateur de la théorie de la génération spontanée qui prévalait jusqu'à ...Pasteur.[14]

II-ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE DU SENEGAL

A- Le système de santé

1-Définition :

Le système de santé peut être défini comme l'ensemble des moyens (organisationnels, humains, structurels, financiers) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé. Il constitue un sous système du système économique général (au même titre que la défense, l'éducation ou l'agriculture, etc.) et se trouve ainsi en concurrence avec et dépende des autres sous systèmes pour ce qui concerne l'affectation des ressources. [25]

Le système de santé du Sénégal est organisé autour du modèle du district sanitaire proposé par l'OMS et caractérisé par une pyramide à trois niveaux :

- L'échelon périphérique qui correspond au district sanitaire,
- L'échelon intermédiaire ou régional qui correspond à la région médicale,
- L'échelon central ou national qui correspond au ministère de la santé et directions.

Le district sanitaire

Au niveau périphérique, le Sénégal est découpé en 63 districts sanitaires qui constituent le maillon opérationnel de la pyramide sanitaire. Ils sont chargés de la mise en œuvre des programmes et actions de santé à assises communautaires. Le district possède au moins un Centre de santé et un réseau de postes de santé. Il est dirigé par un médecin-chef de district (MCD) qui gère le ou les Centre(s) de santé implanté(s) dans le district.

Le Centre de santé (ou établissement public de santé de niveau 1 – EPS1) est le premier niveau où l'on trouve un médecin. C'est la structure de référence des postes de santé.

Le poste de santé est le premier niveau de structures de soins qui s'insère dans le cadre administratif. Sous l'autorité d'un infirmier chef de poste (ICP) diplômé d'Etat (ou d'un agent de sanitaire dans les zones où il y a pénurie d'infirmiers), le poste de santé assure les soins ambulatoires de base qui relèvent d'un dispensaire (vaccination, informations éducatives, communications, soins primaires, consultations prénatales, etc.). Dans certains cas, une sage-femme y est aussi présente en plus de l'infirmier. Les postes de santé (936 postes en 2005) sont implantés dans les communes, les chefs lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. [20]

Ils s'appuient au niveau rural sur les infrastructures communautaires de villages (1384 cases de santé et maternités rurales en 2000) créées par les populations qui en assurent la gestion par l'intermédiaire des agents de santé communautaires (ASC) ou des matrones qui ont été choisies. Il s'agit là de personnel non diplômé, volontaire et le plus souvent bénévole.

- **Le niveau intermédiaire ou région médicale**

La région médicale est la structure de coordination du niveau régional. Chaque région médicale correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin-chef de région (MCR). Chaque région médicale est dotée d'au moins un hôpital régional (Etablissement Public de Santé niveau 2- EPS2). Il y a là plusieurs médecins, mais surtout des spécialistes (ORL, radiologie, ophtalmologie, gynéco obstétrique, etc.). On y mène des activités de soins, d'hospitalisation, de laboratoire, etc.

C'est la structure de référence des centres de santé.

- **Le niveau central ou national**

Le niveau central représente les structures administratives centrales de prise de Décision et les services techniques de référence nationale. Il comprend, outre le cabinet du Ministre de la Santé et de la Prévention Médicale (MSPM), les directions et les services rattachés.

Ce niveau central compte sept hôpitaux nationaux (Etablissement Public de Santé niveau 3-EPS3) dont certains sont des centres hospitaliers universitaires (CHU) qui constituent le niveau spécialisé du système de référence.

En termes de couverture sanitaire, le Sénégal n'atteint pas les normes préconisées par l'OMS et ne compte que :

- Un poste de santé pour 11 000 habitants (OMS : 1/10 000 hab.)
- Un centre de santé pour 172 000 habitants (OMS : 1/50 000 hab.)
- Un hôpital pour 517 000 habitants (OMS : 1/150 000 hab.)
- Un médecin pour 14 000 (OMS : 1/5 000 à 10 000 hab.)

2-Analyse du financement du secteur public de santé

Le système public de santé du Sénégal tire son financement principalement de quatre sources :

- le budget du ministère de la santé et de la prévention contribue à hauteur de 53%
- les partenaires extérieurs pour 30%.
- les populations à travers leur contribution au financement des prestations pour 11%
- les collectivités locales participent pour 6%

Toutes ces composantes interviennent dans le financement du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS, 1998–2007) dont les objectifs prioritaires ont été mis en œuvre par le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS, 1998–2002) au cours des cinq premières années du programme. [20]

3- Ressources humaines

Malgré les efforts consentis, le ratio personnel qualifié par rapport à la population reste inférieur à la norme de l'OMS.

Certes cette norme de l'OMS qui est :

- Un infirmier pour 300 habitants,
- Une sage femme pour 300 femmes en âge de reproduction (FAR),

- Un médecin pour 5000 à 10 000 habitants ;

ne peut raisonnablement pas être atteint dans le court terme.

C'est pourquoi la norme proposée par le PNDS, d'un infirmier pour 5000 habitants et d'une sage-femme pour 1500 à 2 000 FAR semble tout à fait réaliste et faisable.

Au niveau du centre de santé de référence, la norme retenue pour les médecins était juste de deux médecins pour 150 à 175 000 habitants.

L'un des médecins formés en Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU) est capable de faire les césariennes et certaines manœuvres obstétricales. Cette situation étant transitoire, il importe de prévoir dans la planification du centre de santé, un pédiatre, un chirurgien généraliste, un gynécologue obstétricien pour mieux répondre aux besoins des populations.

Le PNDS 2004-2008 a également fait de nouvelles propositions en ce qui concerne d'une part, le personnel souhaité au niveau de chaque structure (poste de santé, case de santé et établissement publique de santé autres services) et d'autre part, les infrastructures et équipements qui rendent opérationnel le plateau technique selon le niveau de la pyramide sanitaire.

Il va sans dire que le privé sera pris en compte dans la détermination de la norme.

FORMATION

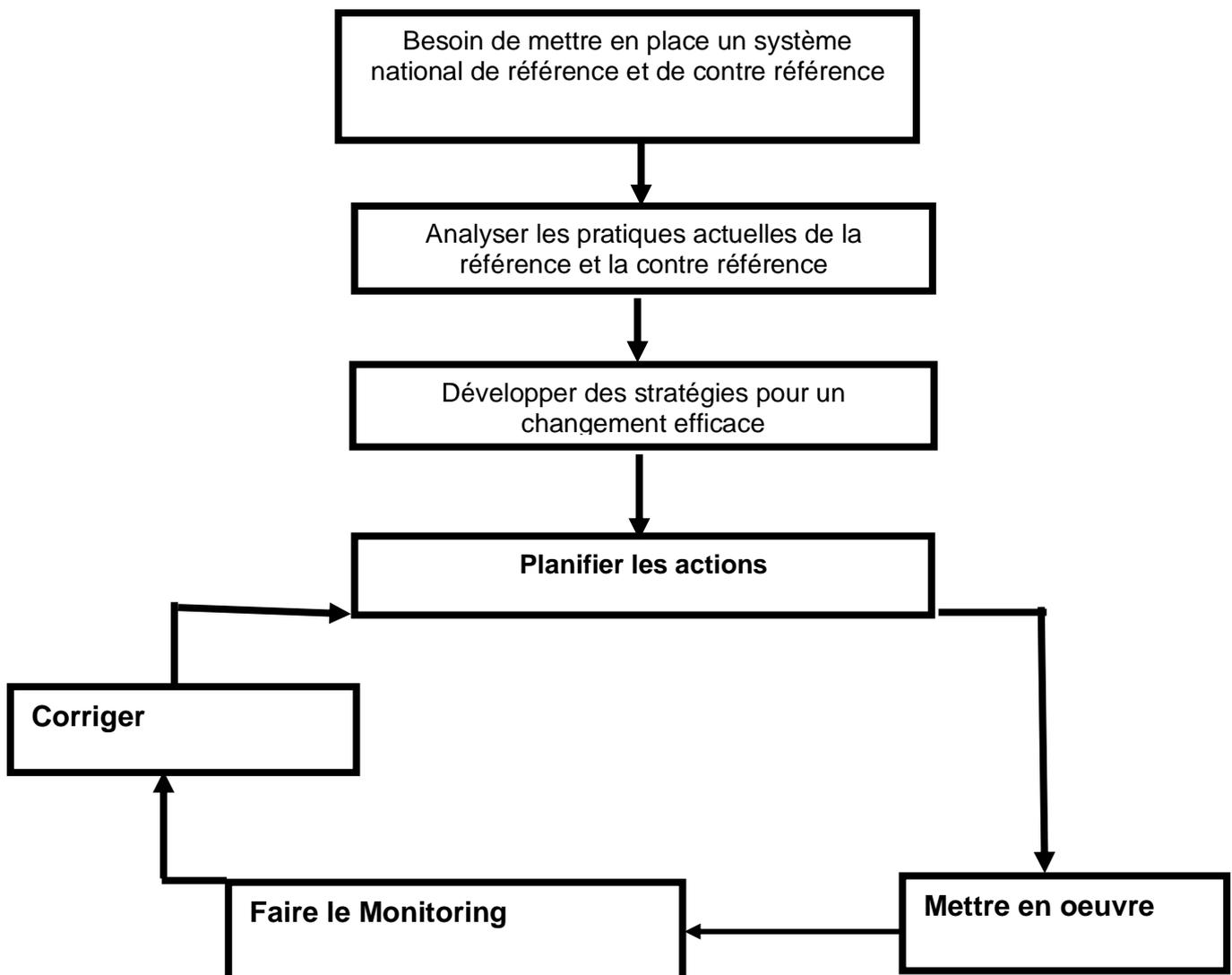
MEDECIN PHARMACIEN

INFIRMIERS SAGES FEMMES, LABORANTINS

Le renforcement de l'effectif du plateau technique porte d'une part, sur la formation de base, avec l'ouverture de sept nouvelles écoles privées et trois écoles régionales de formation d'assistants infirmiers et d'autre part sur le doublement du recrutement de sages femmes et d'infirmiers d'état à l'ENDSS. [10]

La formation continue des médecins, sages femmes et infirmiers au niveau des structures de référence participe également à l'amélioration du plateau technique.

4- Modèle conceptuel de la référence et de la contre référence



- ❖ Clarifier les attentes ;
- ❖ Organiser les services EPS, Centre, Poste et case de santé ;
- ❖ Elaborer et Clarifier les attentes ;
- ❖ Organiser les services EPS, Centre, Poste et case de santé ;
- ❖ Définir les normes de prise en charge au niveau des structures d'accueil par un système de solidarité (mutuelles de santé et caisses de solidarité).
- ❖ Développer les procédures d'évacuation (Appel téléphonique, transport des malades, organisation des services des centres de santé) ;
- ❖ Organiser la communauté ;
- ❖ Outils de gestion de la référence ;
- ❖ Formulation d'indicateurs pertinents qui peuvent servir à un contrôle de qualité d'une prestation donnée. Ces indicateurs peuvent être utilisés par :
 - Le prestataire de service lui-même dans le cadre de son autoévaluation ;
 - Les équipes cadres des districts dans le cadre de la supervision, de comparaison entre postes de santé sur les pratiques de la référence ;
 - Par des personnes externes dans le cadre d'une évaluation du processus mis en place. (Niveau central et niveau régional).

(Les indicateurs seront définis par niveau (PS, CS, EPS1, EPS2, EPS3)).

[15]

5-Principales causes de décès au Sénégal

Les 10 principales causes de décès, tous âges confondus en 2002 ont été :

- Les infections respiratoires basses : 16%
- Le paludisme : 13%
- Les maladies périnatales : 9%
- Les pathologies diarrhéiques : 7%

- La tuberculose : 5%
- Maladies vasculaires cérébrales : 4%
- Cardiopathies ischémiques : 4%
- VIH/SIDA : 3%
- Accidents de la route : 3%
- Coqueluche : 2.

[26]

6-Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

Les OMD sont un ensemble de cibles quantifiées à atteindre à l'horizon 2015, pour résoudre le problème de l'extrême pauvreté dans le monde. Ils traduisent une vision du développement axée sur les droits humains, en couvrant des dimensions aussi importantes que la faiblesse des revenus, la sous-alimentation, les difficultés d'accès aux services sociaux de base et l'exclusion sociale. Issus de la déclaration du millénaire adoptée par 189 chefs d'Etats et de gouvernements lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies en septembre 2000, ils bénéficient d'un large consensus à l'échelle mondiale et constituent désormais un engagement propre à chaque Etat.

Leur réalisation devra reposer sur un large partenariat au niveau mondial. Il y a huit objectifs du millénaire pour le développement. Ils se déclinent en cibles précises et en indicateurs de suivi adaptés à la situation et aux défis propres à chaque pays.

En dépit des efforts fournis et des résultats encourageants enregistrés dans les domaines économiques et sociaux depuis le début des années 1990, la réalisation des OMD dans les pays en développement reste à nos jours, un objectif à atteindre.

Ainsi, objet d'un large consensus au niveau mondial, les OMD serviront d'outils de plaidoyer importants pour la mobilisation de la communauté internationale en faveur du développement et de la réduction de la pauvreté dans les pays du sud.

Aussi, serviront-ils de base à la coordination et au suivi des performances des différentes interventions dans ces pays à ressources limitées. [19]

Les huit objectifs du millénaire pour le développement sont :

- 1/Éliminer l'extrême pauvreté et la faim,
- 2/Assurer l'éducation primaire pour tous,
- 3/Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes,
- 4/Réduire la mortalité infantile,
- 5/Améliorer la santé maternelle,
- 6/Combattre le VIH/SIDA et le Paludisme et d'autres maladies,
- 7/Assurer un environnement durable,
- 8/Mettre en place un partenariat mondial pour le développement. [19]

Par ailleurs, le Sénégal, dans son souci d'atteindre les OMD et de faciliter l'accès aux soins à ses populations, à l'instar des autres pays du sud, a mis au point pas mal de programmes au niveau de son ministère de la santé ; qui est la principale autorité gouvernementale chargée de protéger la santé de la population :

1. Programme National Qualité,
2. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP),
3. Programme National de Lutte contre le SIDA,
4. Programme Elargi de Vaccination,
5. Programme National de Lutte contre la Bilharziose,
6. Programme National de Lutte contre la Cécité,
7. Programme National de Lutte contre la Lèpre,
8. Programme de Lutte contre l'Onchocercose,
9. Programme de Lutte contre la Tuberculose,
10. Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales,
11. Programme National d'Eradication du Ver de Guinée (Filaire de Médine),
12. Programme National de Lutte contre la Drépanocytose. [20]

B- La carte sanitaire

La révision de la carte sanitaire nationale en juin 2005 a abouti à l'élaboration d'un instrument de gestion stratégique qui permet d'apprécier et de satisfaire les besoins en infrastructures sanitaires de base, en ressources humaines, financières, matérielles et en activités, pour une réponse satisfaisante aux objectifs de santé du pays.

Cette carte sanitaire, outil de planification, permet de mettre en adéquation l'offre et la demande de services de santé qui reposent entre autres sur trois principes :

La globalité qui contribue à la cohérence du système de soins, concerne :

- Les trois niveaux de recours de la pyramide sanitaire (primaire, secondaire et tertiaire) ;
- Les différents types de prestations de soins (préventif, curatif et promotionnel) ;
- Les différentes composantes de l'offre de soins (les infrastructures, les équipements, les ressources humaines et les paquets d'activités) ;
- Les différents secteurs d'activités médicales : public, privé à but lucratif ou non lucratif.

L'intégration du système de santé qui est caractérisé par :

- Une complémentarité fonctionnelle des différentes composantes de l'offre de soins ;
- Une absence de chevauchement entre les niveaux de recours aux soins pour éviter de rallonger les délais de recours et compromettre la continuité des services ;
- La disponibilité d'un système d'orientation/référence contre référence des patients entre les différentes structures de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire.

La viabilité : qui tient compte de la capacité de mobilisation des ressources humaines et financières à un niveau suffisant et durable.

Ainsi la mise en place d'un système de référence contre référence nécessite une carte sanitaire fiable. Donc il est important avant toute intervention de faire une évaluation de base au niveau des régions médicales pour avoir un tableau de bord sur chaque district comprenant :

- La localisation des structures et leur fonctionnalité (EPS, centres, postes et case de santé) ;
- Le plateau technique offert par chaque structure dans le cadre de la référence
- La répartition du personnel et sa qualification ;

La cartographie des ambulances (médicalisées et non médicalisées) ;

Le système de communication utilisé dans chaque structure (téléphone, courrier électronique, autres). [10]

III-LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

1-Historique des SSP

En mai 1977, la trentième Assemblée mondiale de la santé a adopté la résolution WHA 30-43 dans laquelle elle a décidé que le principal objectif social des gouvernants et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permet de mener une vie socialement et économiquement productive.

C'est ce qu'on désigne par l'expression désormais consacrée : « La santé pour tous d'ici l'an 2000 ». [24]

Plusieurs réunions nationales, régionales et internationales sur les SSP ont été organisées à travers le monde, notamment :(12)

-la réunion du comité d'experts sur les SSP dans la région africaine : Brazzaville 1977 ;

-la quatrième réunion extraordinaire des ministres des pays membres de l'Organisation Panafricaine de la Santé : Washington DC, septembre 1977 ;

-la réunion mixte FISE/OMS des pays de la région de la méditerranée orientale : Alexandrie, octobre 1977 ;

- la conférence sur les SSP pour les pays de la région pacifique occidentale : Manille, novembre 1977 ;
- la réunion mixte FISE/OMS sur les SSP dans la région de l'Asie du Sud-est : New Delhi, novembre 1977 ;
- la conférence sur les SSP dans les pays industrialisés : New York, décembre 1977 ;
- le congrès international des ONG sur les SSP : Halifax Canada, mai 1977.

En 1978, par décision de l'assemblée de l'OMS et du conseil d'administration de l'UNICEF, se fut la conférence internationale sur les SSP, tenue du 06 au 12 septembre 1978 à Alma Ata, capitale de la République Socialiste Soviétique de Khazakhie.

Cette conférence, au cours de laquelle on a affirmé que les SSP sont le moins qui permettra d'instaurer la santé pour tous, a publié une déclaration ainsi que 22 recommandations particulières et un rapport complet sur les SSP. [24]

En 1979, le conseil de l'OMS a fait paraître un document intitulé : « Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 » dans lequel il annonçait des principes directeurs et des questions essentielles pour formuler de telles stratégies.

La même année, les trente deuxièmes assemblées mondiales de la santé a donné le coup d'envoi à la stratégie mondiale de la santé pour tous en adoptant la résolution WHA 32-30. Dans cette résolution, l'assemblée de la santé approuvait le rapport et la déclaration d'Alma Ata et invitait les Etats membres de l'OMS à envisager l'utilisation immédiate du document précité du conseil exécutif individuellement comme base de plans d'action nationaux et collectivement en tant que base pour la formulation de stratégies régionales et mondiales. [24]

En novembre 1979, l'assemblée générale des nations unies a adopté la résolution 34/58 sur la santé en tant que partie intégrante du développement.

2-Définition des SSP

La Déclaration d'Alma Ata (URSS) de 1978 a défini les SSP comme « ... des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté.

Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système de soins, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire ».

Les SSP sont donc considérés comme une approche du développement sanitaire national qui repose sur quatre piliers :

La distribution équitable des ressources sanitaires de manière à couvrir la totalité de la population ;

La participation active de la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des services de santé ;

Un système de santé dont tous les échelons a pour objet de soutenir l'échelon le plus proche des communautés ;

Et une relation inter complémentaire entre le secteur de la santé et d'autres secteurs. [24]

3-Composantes essentielles des soins de santé primaires

Les soins de santé primaires comprennent 8 composantes essentielles :

- La prévention et contrôle des endémies locales dont le paludisme ;
- La prise en charge des affections et des lésions courantes ;
- L'approvisionnement en quantité et en qualité en médicaments essentiels ;

- Un approvisionnement en quantité suffisante en eau potable et assainissement du milieu ;
- La santé maternelle et infantile y compris la planification familiale ;
- La vaccination contre les grandes maladies infectieuses dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination ;
- L'éducation pour la santé des populations sur les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables ;
- La promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ; [17]

IV-INITIATIVE DE BAMAKO ET POLITIQUE DU MEDICAMENT ESSENTIEL

Au lendemain des indépendances, jusqu'en 1972, le système de santé du Sénégal, à l'instar des autres secteurs, était caractérisé par un centralisme étatique hérité de l'administration coloniale. La fourniture de services de santé et la formation du personnel étaient gérées par l'Etat avec un souci de gratuité des soins de santé. En 1972, un début de décentralisation a vu le jour portant notamment sur la création des communautés rurales. En 1992, le pays adopte l'Initiative de Bamako qui introduit la participation financière des usagers et a inspiré la politique publique des médicaments essentiels.

1- Définition de l'Initiative de Bamako

L'Initiative de Bamako est une stratégie qui vise au renforcement des Soins de Santé Primaires (SSP) et à l'amélioration de leur accès pour l'ensemble de la population dans les pays en développement. Elle a pour objectifs de :

- promouvoir l'autosuffisance dans l'approvisionnement en médicaments essentiels
- soutenir le fonctionnement des structures sanitaires par l'instauration d'un système de recouvrement de coûts des prestations et des médicaments.

2- Origine de l'Initiative de Bamako

Dix ans après le lancement des SSP en 1978 à la Conférence d'Alma Ata, une analyse a permis de révéler des problèmes qui, pour certains, restent malheureusement encore d'actualité :

- La majorité des dépenses de santé sont consacrées aux soins des maladies plutôt qu'à la prévention ;
- Les dépenses de santé sont consacrées principalement aux centres urbains plutôt qu'aux postes de santé villageois et communautaires capables de soulager la majorité des habitants ;
- Le prix des médicaments est encore trop élevé, y compris ceux de première nécessité qui restent hors de portée des populations les plus démunies, et les approvisionnements souffrent d'une insuffisance notoire ;
- Le financement des structures sanitaires demeure problématique ;
- La situation des femmes et des enfants de moins de 5 ans reste mauvaise.

Ce constat a amené les Ministres de la santé africains à organiser, en 1987 à Bamako au Mali, une rencontre dans le cadre de l'UEMOA (Union économique et monétaire ouest africaine). Cette rencontre a abouti à la formulation de nouveaux objectifs visant au renforcement des SSP. L'ensemble des mesures arrêtées porte le nom d'Initiative de Bamako.

3-Principaux éléments de l'Initiative de Bamako

Les principaux éléments de l'Initiative de Bamako sont les suivants :

- La qualité des soins en particulier dans le domaine de la santé maternelle et infantile
- Le renforcement des structures périphériques

Ceci nécessite une décentralisation de la prise de décision au niveau périphérique et une gestion des SSP par la communauté au niveau local.

- **La participation communautaire**

Elle concerne tous les aspects des activités de santé : analyse de la situation sanitaire, choix des actions à entreprendre, réalisation des activités, contrôle et évaluation.

- **Le financement communautaire à travers le recouvrement des coûts**

Le gouvernement fournissait gratuitement des médicaments avec appui de l'aide extérieure mais sans pouvoir assurer un approvisionnement régulier, permanent et suffisant. L'adoption de l'Initiative de Bamako entraîne le financement d'une partie des dépenses de fonctionnement des SSP par la vente aux populations de médicaments essentiels et le paiement des consultations, dans la mesure de leurs moyens : c'est le principe du recouvrement des coûts. Le partage des coûts de la santé s'effectue désormais entre l'Etat, l'aide extérieure et la population.

- **L'approvisionnement en médicaments essentiels**

La mise à la disposition de la population de médicaments essentiels de manière permanente et à un coût abordable est un élément indispensable de l'Initiative de Bamako. Elle vise à permettre une meilleure utilisation des services par la population et une amélioration de la situation sanitaire dans l'ensemble.

4-La Version sénégalaise de l'application de l'Initiative de Bamako

Notre pays a acquis depuis des années des résultats forts intéressants dans le cadre de la participation des populations dans le financement de la santé.

En effet, outre la contribution des collectivités locales, les bénéficiaires des services de soins par l'achat des tickets apportent chaque année une contribution qui avoisine les 400 millions de franc CFA. C'est pourquoi au Sénégal, la principale innovation introduite par l'Initiative de Bamako consiste à recouvrir, maintenant précisément le coût réel des médicaments pour garantir le renouvellement des stocks.

Ainsi, en maintenant le paiement systématique des tickets pour toute consultation et hospitalisation, les comités de santé vont pouvoir mobiliser suffisamment d'argent pour financer toutes autres activités de soins de santé primaires à assise communautaire qui jusque là étaient supportées par les bailleurs de fonds et les ONG.

Chaque unité opérationnelle autonome du système du district : case de santé, poste de santé, maternité, centre de santé doit tenir clairement et rigoureusement deux comptabilités séparées.

L'une est alimentée par les recettes tirées de la vente des tickets pour servir de soins : consultations, hospitalisations, examens para cliniques.

Les 60 % des recettes tirées de la vente de ces tickets servent à supporter le fonctionnement de la structure et la mise en œuvre des autres programmes de soins de santé primaires et plus particulièrement de santé maternelle et infantile.

Les 40% serviront à soutenir et motiver les agents de santé communautaires et les vendeurs de tickets.

L'autre comptabilité est alimentée par les recettes de la vente des médicaments.

Les médicaments sont vendus avec la plus faible marge bénéficiaire possible pour tout juste couvrir le prix de revient et les frais de salaire du vendeur de ces médicaments. Ainsi, « la version sénégalaise » de l'application de l'Initiative de Bamako peut être résumée par la figure suivante :

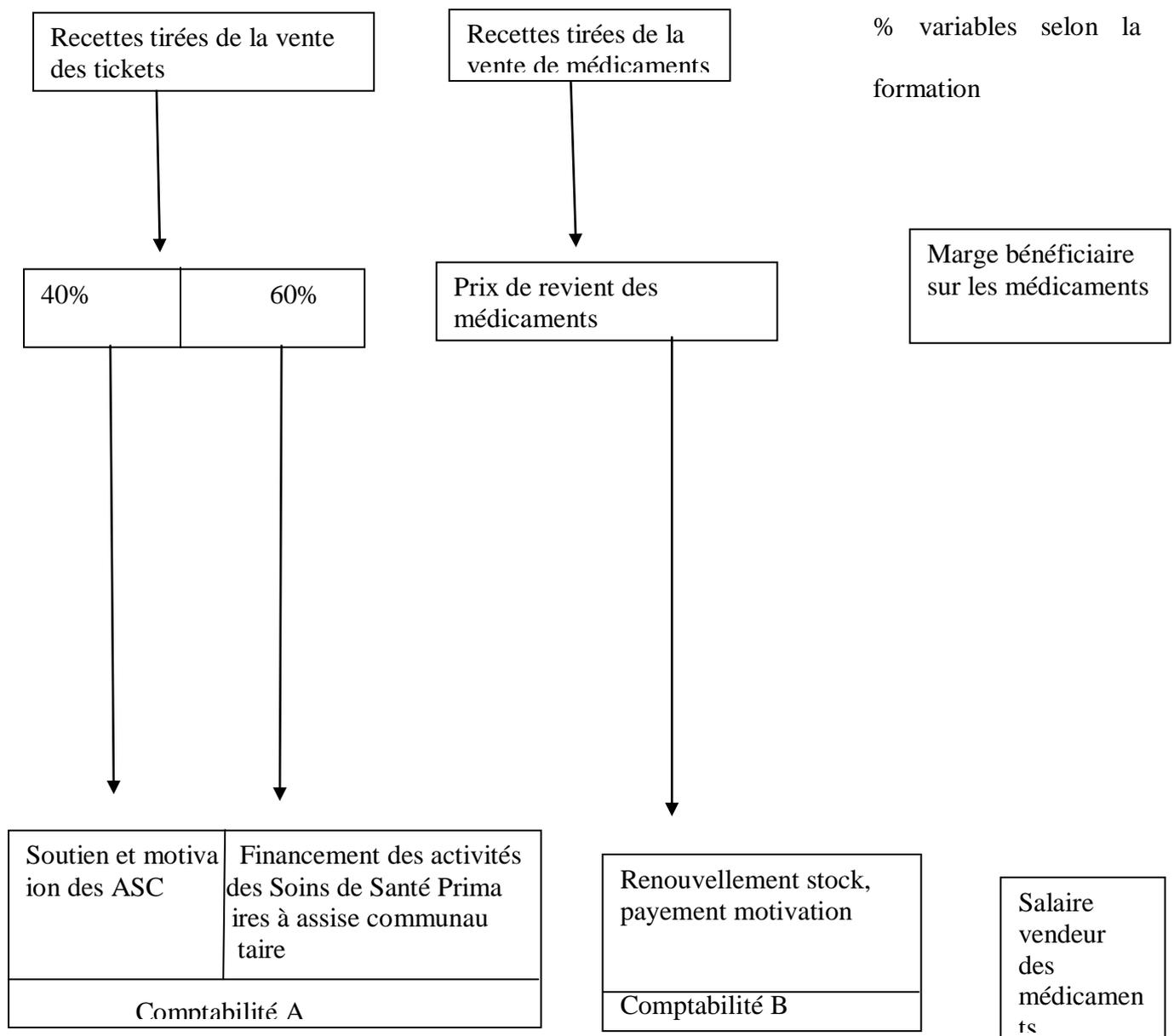


Figure1 : La version sénégalaise de l'application de l'Initiative de Bamako [18]

V- POLITIQUE DU MEDICAMENT ESSENTIEL

Une **liste nationale de médicaments et produits essentiels**, limitée sur la base de la liste OMS, révisable tous les deux ans, a été établie. Cette liste nationale de médicaments et produits essentiels est différente selon les niveaux de soins :

Case de santé, Poste de santé, Centre de santé, Hôpital Régional et Centre Hospitalier Universitaire. Elle a été établie par la Direction des Pharmacies et des Laboratoires (anciennement Direction de la Pharmacie et du Médicament).

Il s'agit actuellement de la sixième révision de juillet 2006 ; la liste suivante est actuellement en cours. [27]

Annexe 1 : Liste nationale de médicaments et produits essentiels.

Les **médicaments essentiels** sont ceux qui satisfont les besoins prioritaires en matière de soins de santé. Ils sont choisis en fonction de leur intérêt du point de vue de la santé publique, des données concernant leur efficacité et leur innocuité, et de leur rapport coût/efficacité.

Dans l'idéal, ils devraient être à tout moment :

- disponibles,
- en quantité suffisante,
- sous la forme pharmaceutique appropriée,
- avec une qualité assurée,
- accompagnés d'une information adéquate,
- à un prix accessible pour l'ensemble de la population.

Un engagement politique fort a été pris par le Sénégal pour mettre en oeuvre cette initiative : en 1990 il a été décidé un renforcement de la politique de décentralisation par l'élaboration de plans régionaux de développement sanitaire ainsi que de plans de développement des districts.

1- Réglementation – législation des médicaments

Elle est très inspirée de la réglementation française :

- Autorisation de mise sur le marché (AMM) : aucun médicament ne peut circuler au Sénégal sans l'autorisation de mise sur le marché délivrée après une procédure d'homologation par la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires, dépendant du Ministère de la Santé et de la Prévention. L'AMM est accordée pour 5 ans. Elle est renouvelable mais peut être aussi supprimée ou suspendue.

- Les médicaments sont classés selon des listes de dangerosité qui déterminent leurs conditions de prescription et de délivrance.
- Le prix public des médicaments est fixé par la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires au moment de l'octroi de l'AMM. [20]

2- Production

Le Sénégal importe près de 95% de ses besoins en médicaments. Le chiffre d'affaire annuel du marché intérieur pharmaceutique est d'environ 40 milliards de Fcfa. Il est essentiellement réalisé dans le secteur privé.

La production locale ne couvre que 10% de la demande.

Trois unités constituent l'industrie pharmaceutique sénégalaise, plus un institut qui produit principalement des sérums.

a-Sanofi-aventis est la principale industrie pharmaceutique au Sénégal. Elle contribue à 20% de la production locale et a réalisé un chiffre d'affaires de 5,3 milliards de Fcfa en 2000, dont 25% à l'exportation (principalement en Afrique de l'Ouest). C'est surtout sur les antipaludéens que la société se positionne (30-40% du chiffre d'affaires) ainsi que sur les antalgiques, très prisés en Afrique de l'Ouest. L'usine produit en priorité pour les marchés publics (30% de son chiffre d'affaires).

b-Pfizer, qui a racheté Parke Davis Afrique de l'Ouest, est présent dans toute la zone de l'UEMOA grâce à plusieurs antennes. Cette société détient environ 10 % du marché de la production locale et a réalisé un chiffre d'affaires de 3 milliards de Fcfa en 2000 dont 81 % à l'exportation. Par ce rachat Pfizer devrait augmenter ses parts de marché en Afrique de l'Ouest et le nombre de produits proposés.

c-Laboratoire Canonne SA (Valdafrique), filiale de SOSECAF, a réalisé un chiffre d'affaires de 2,9 milliards de Fcfa en 2006, dont 15 % à l'exportation (dans la sous région, essentiellement en Côte d'Ivoire).

d-L'Institut Pasteur de Dakar est doté de 22 chercheurs, dont 14 sénégalais. Il dépend de celui de Paris et c'est le seul Institut à produire des vaccins en Afrique Noire.

L'Institut Pasteur de Dakar est réputé pour avoir réalisé le premier vaccin au monde contre la fièvre jaune, en 1937. Sa production de vaccins anti-amarils ne satisfait que 10 à 15% des besoins nationaux. Elle reste très insuffisante, d'autant qu'elle est exportée en grande partie dans les pays de l'UEMOA. Les autres vaccins sont importés. Cet organisme est financé à hauteur de 30% de son budget annuel par des subventions provenant du Ministère français de la Recherche et pour deux tiers par ses propres activités.

3- Importation et distribution

La distribution de détail est réglementée comme en France, et se fait au travers d'officines tenues obligatoirement par un pharmacien diplômé. Le secteur public et le secteur privé emploient environ 908 pharmaciens dont 771 pharmaciens d'officine (2006). On dénombre en 2004 environ 671 officines dont la moitié à Dakar.

Les officines sont approvisionnées par des importateurs/répartiteurs, trois sociétés pour le secteur privé et une société pour le secteur public.

a-Le secteur public :

La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) est un service public dépendant du Ministère de la Santé avec le statut d'Etablissement Public de Santé (EPS) qui bénéficie d'une autonomie financière. Cet organisme est le grossiste répartiteur du secteur public et para public. Ses principaux clients sont les hôpitaux, les districts et des structures dépendantes d'autres ministères ou privées à but non lucratif.

Depuis août 2003, la PNA importe également des génériques en DCI pour le secteur privé.

Son chiffre d'affaires en 2006 a été de 11,5 milliards de Fcfa dont 90% avec les génériques et 10% avec les spécialités pharmaceutiques.

Pour son approvisionnement en médicaments, elle opère par appels d'offres internationaux, lancés tous les 18 mois. 70% de son approvisionnement provient des pays européens et en particulier de la France. La distribution est assurée sur tout le territoire par des agences régionales, pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA), qui possèdent un dépôt de district lequel fournit les médicaments aux postes de santé approvisionnant à leur tour les cases de santé. Elle importe également les médicaments anti-rétroviraux qui lui sont commandés directement par la Direction en charge du Programme de Lutte contre le Sida (PNLS).

b-Le secteur privé :

1-Laborex (filiale à 65% du groupe CFAO) est le principal importateur de produits pharmaceutiques du pays avec 50 à 60% de part du marché. Elle possède 6 agences dans les grandes villes qui assurent l'approvisionnement des officines. Son chiffre d'affaires en 2006 a été de 33,6 milliards de Fcfa. Son bureau d'achats en France est situé à Rouen (Continental Import/Export).

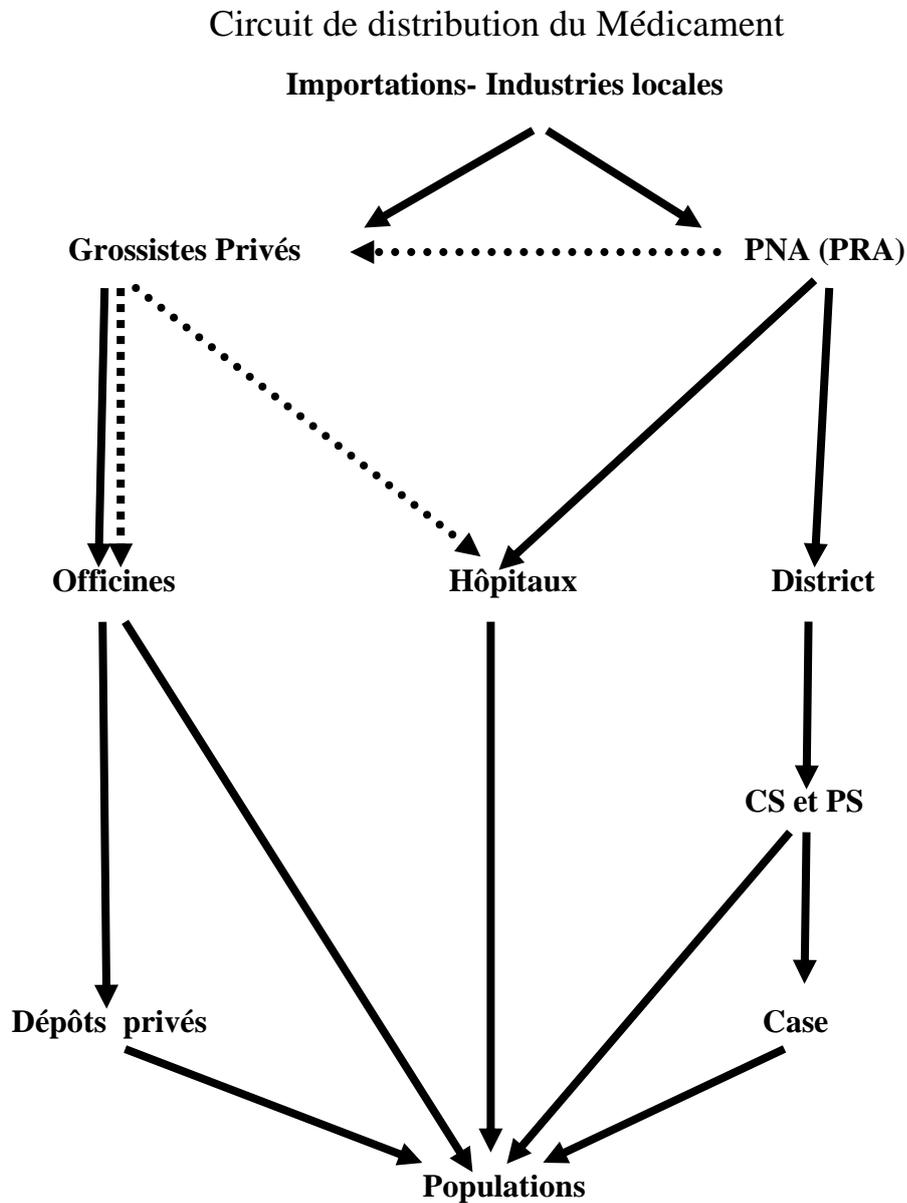
2-Cophase (Coopération Pharmaceutique Sénégalaise) est le deuxième importateur répartiteur avec une part de marché de 24%. C'est une filiale du bureau d'achat français BAA (Bureau d'Achat en Afrique) basé à Rouen.

Elle importe la quasi-totalité des produits pharmaceutiques répertoriés sur la liste nationale des médicaments essentiels. Son chiffre d'affaires en 2006 a été de 19 milliards de Fcfa.

3-Sodipharm (Société de Distribution Pharmaceutique) est le troisième importateur répartiteur avec 15 à 20% de part de marché.

4-Le marché illicite : Il existe également un marché illicite qui propose des produits consommables, médicaux et parapharmaceutiques. Ces produits vendus par le secteur informel ne sont pas seulement ceux de la contrebande en provenance d'Asie via le Nigeria, ou d'Europe via les Canaries (récemment par exemple, du coton suisse était commercialisé frauduleusement),

car certains proviendraient de détournements de dons internationaux. Le marché illicite de médicaments est estimé entre 4 et 6 milliards de Fcfa par an.



VI-LES PROBLEMES RENCONTRES PAR LES PATIENTS DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT

1/ Problèmes liés au système de prise en charge

Les problèmes liés au système recensés par les patients sont une insuffisance, des coûts annexes insupportables (biologie, infections opportunistes) diminuant l'accès, une mauvaise organisation des circuits et une insuffisance en personnel. Nous ajouterons aussi les ruptures d'approvisionnement qui est un facteur important de non observance des patients. [16]

2/ Problèmes liés à l'environnement social ou culturel

Les arrêts de traitement sont fréquents lors du ramadan (et parfois du carême). Les oublis et arrêts de prise également fréquents lors de voyages et de réunions familiales.

Cependant, le recours à la médecine traditionnelle est la cause d'abandon au moins temporaire, ce fait est aussi retrouvé, peut être encore plus prégnant, pour les églises dites révélées qui prônent la prière pour guérir et l'inutilité de la médecine. [16]

3/ Problèmes liés à l'accès aux soins

Le droit de la santé et l'accès aux soins sont des droits fondamentaux de l'homme et doivent être respectés.

Dans le texte de la constitution de l'OMS, on peut lire que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelque soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

L'accessibilité aux traitements dans les pays en développement représente un enjeu majeur, surtout pour les habitants de ces pays, mais aussi pour l'ensemble de la communauté internationale, car aucun pays ne peut espérer maîtriser seul à long terme les effets humains, économiques et politiques des pathologies telles que le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.

Par ailleurs, au Sénégal à l'instar des autres pays en développement, l'accès aux traitements reste problématique et inégal.

Cependant, les initiatives relayées par les instances politiques locales montrent qu'en dépit des obstacles existants, il est possible de faire bénéficier les populations des traitements adéquats.

Toutefois, il n'existe pas une solution unique qui permettra aux pays en développement d'accéder aux traitements ; les solutions nécessitent des initiatives simultanément engagées à plusieurs niveaux : financiers, politiques, techniques et provenant d'organisations internationales, d'associations humanitaires, d'engagement de coopération entre pays occidentaux et pays du sud. A l'aube du troisième millénaire, il est important de penser autrement les relations entre pays riches et pays pauvres, de ne limiter les échanges au strict plan économique et de favoriser l'éducation et la santé qui sont les facteurs de développement et d'accès à la modernité au même titre que l'industrialisation.

Ainsi, ces problèmes, s'ils sont peu ou mal gérés, risquent de faire perdre à la médecine moderne sa place incontournable qu'elle occupe et ceci au bénéfice de la médecine traditionnelle. [12]

VII-GENERALITES SUR LES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES EN AFRIQUE

On peut faire une observation ethnographique sur la manière dont se conjuguent la recherche clinique et la médecine traditionnelle :

- La démonstration de la preuve ;
- L'engagement de nouveaux et jeunes guérisseurs avec une vision davantage mondiale ;
- Le rôle des acteurs : les guérisseurs avec des pratiques allant du magico religieux au phytothérapeute avec l'inutilité de la preuve (c'est divin et cela suffit), les promoteurs de la médecine traditionnelle qui exercent une démarche en marge de l'institution médicale, les professionnels de santé qui s'engagent parfois spontanément dans l'usage de remèdes traditionnels, les responsables politiques, les patients et les associations.

Il y a un brouillage de l'information au niveau collectif avec des incompréhensions majeures quand les guérisseurs essayent de rentrer dans le domaine biomédical, les critères de preuve et de validation de la biomédecine ainsi que les textes législatifs en relation ne sont pas adaptés à une quelconque forme d'essais cliniques officiellement reconnus.

S'il existe une validation biomédicale, elle ne se fait qu'avec la pratique phytopharmaceutique mais qu'en est-il de la recherche sur le rôle du magico religieux dans le bien être des personnes ?

C'est ainsi il est important de pouvoir articuler les deux médecines d'un point de vue du respect de pluralisme culturel. L'itinéraire thérapeutique généralement emprunté en priorité commence par la médecine traditionnelle pour des raisons évidentes d'économie avant de venir voir un médecin « scientifique ». Ce qui constitue une alternative pour donner une place à la médecine traditionnelle au sein de la médecine « scientifique » également pour lutter contre le charlatanisme des nouveaux tradipraticiens.

- Ainsi pour le cas du Sénégal, ce sont les protocoles de recherche d'essais cliniques en médecine traditionnelle qui posent le plus de problèmes ;

- La médecine africaine est bipolaire, scientifique et cosmologique. Il existe des déterminants culturels de la santé.

On ne peut ignorer cette réalité et on doit travailler dans ce sens sur le continent africain ;

- Si certains médicaments traditionnels semblent avoir un bon résultat thérapeutique, ils doivent être soumis au protocole de recherche d'essais cliniques scientifiques. [5]

LES DETERMINANTS DE LA SANTE

Parmi les déterminants de la santé, nous avons :

- Le niveau de revenu et le statut social ;
- Les réseaux de soutien social ;
- L'éducation et l'alphabétisation ;

- Et la culture.
- Les environnements sociaux ;
- Les environnements physiques ;
- Les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles ;
- Le développement de la petite enfance ;
- Le patrimoine biologique et génétique ;
- Les services de santé ;
- Le sexe ;
- L'emploi et les conditions de travail.

A- LA MEDECINE TRADITIONNELLE

1-Définition :

La médecine traditionnelle se rapporte aux pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux, de minéraux, de thérapies, de techniques et d'exercices manuels(séparément ou en association) pour diagnostiquer, soigner, prévenir les maladies ou préserver la santé.

Selon l'OMS 80% des populations rurales dans les pays en développement sont tributaires de la médecine traditionnelle pour les besoins de santé.

La médecine traditionnelle est, depuis des immémoriaux, un atout important pour faire face aux besoins des populations des pays en développement sur le plan de la santé.

Ainsi, la conférence d'Alma-Ata de 1978, la communauté internationale a recommandé la valorisation et l'organisation de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée traditionnelle, la reconnaissance du rôle que peuvent jouer les tradipraticiens dans les soins de santé primaires. [7]

2-L'intervention du Tradipraticien

Dès lors, on peut comprendre la place des tradipraticiens qui s'inscrivent fortement dans sa tribu, dans son village, dans le quartier de la périphérie.

D'autant qu'ils partagent avec sa communauté la même histoire, les mêmes conditions de vie et, plus encore, les mêmes symboles. Si elle est nomade, ils l'accompagnent dans ses itinéraires, si elle est isolée ils sont là pour apporter les soins aux accidentés. Et, bien que les tradipraticiens participent de l'étrange, ils ne sont pas, pour autant, des étrangers.

3-Lieu de travail

Les tradipraticiens travaillent chez eux, mais ils leur arrivent de se rendre chez leurs patients lorsque ceux-ci sont dans l'incapacité de se déplacer. Cependant dans les deux cas, il n'y a pas de rupture spatiale, ni culturelle, ni symbolique. Chez l'un ou chez l'autre, c'est dans une ambiance familière pour le malade que les soins sont pratiqués.

Ces trois volets de son statut si l'on peut dire ainsi, légitiment sa présence et, dans le même temps, le déchargent d'une certaine culpabilité en cas d'échec partiel ou total des soins pratiqués sur le malade. Pour le cas où les tradipraticiens causent des complications, le malade n'engagera pas de procès contre eux et affirmera « c'est de ma faute, c'est moi qui suis parti chez lui ». Attitude qu'il n'adopterait pas si les complications étaient causées par un médecin.

4-L'ancrage du tradipraticien dans la société

En fait, comme nous l'avons dit, les tradipraticiens s'inscrivent parfaitement dans leur environnement rural et/ou urbain dans la mesure où il n'y a aucune rupture culturelle ou symbolique avec la communauté dont ils sont issus et avec laquelle ils partagent les mêmes conditions de vie.

Par ailleurs, leur présence constante dans cet environnement fait qu'ils peuvent intervenir dès qu'ils sont sollicités d'autant que les centres de soins sont éloignés, que l'infrastructure routière est insuffisante et que les moyens de transport sont souvent irréguliers, parfois inexistant.

« Sollicités à n'importe quelle heure, les tradipraticiens se rendent volontiers au chevet d'un grand malade, partageront le repas familial, se joindront aux prières communes et aux jeûnes de grâce pour le salut du malade. En toute simplicité, ils discuteront avec l'entourage des causes possibles de la maladie et des moyens à mettre en œuvre pour la combattre. A aucun moment, la médecine de ces praticiens du peuple ne prend le visage d'un savoir immanent, d'une science aristocratique, d'une sentence qui tombe d'en haut, indiscutable et sans appel. L'entourage dans son ensemble participe à l'acte thérapeutique et aux soins.

C'est en partie cela qui fait de la prise en charge du malade par la médecine traditionnelle, une affaire vécue et ressentie par tous comme un problème social du groupe tout entier, avant d'être un problème individuel, le problème du monde ».

A l'atout spatial s'ajoute le facteur de la proximité culturelle et sociale. Si les tradipraticiens ou d'une façon plus générale celui qui pratique la médecine traditionnelle est un être étrange qui détiendrait son savoir d'une façon occulte, il n'est pas pour autant un étranger d'où une familiarité qui rompt les résistances et instaure la confiance totale.

Le troisième atout n'est rien moins que le coût du traitement ; non seulement il est modique, mais de plus le malade peut le payer en nature : huile d'olive, poules, riz, blé, etc. Et s'il n'a pas de moyens du traitement, les tradipraticiens le soignent gratuitement.

Le dernier élément est l'efficacité du traitement qui reste sans doute fortement aléatoire du point de vue de la science moderne mais qui n'est pas moins réelle lorsqu'elle apporte une amélioration même partielle là où il aurait pu n'y avoir aucune. [1]

5-La version sénégalaise de la médecine de la médecine traditionnelle

La volonté politique du Sénégal de promouvoir la médecine traditionnelle et la pharmacopée traditionnelle s'articule autour de divers actes dont :

- La directive présidentielle de 1985 ;
- Le conseil interministériel de 1993 ;
- La création du bureau de pharmacopée traditionnelle en 1975 et du bureau de médecine traditionnelle en 1996 ;
- L'organisation du forum en 1998 qui a élaboré l'avant projet de loi ;
- L'inventaire des aires de peuplement et création des centres d'expérimentation cliniques des médicaments à base de plantes médicinales ;
- Le recensement en 2002-2003 de 600 tradipraticiens (Tamba, Kolda, Ziguinchor, Fatick, Thiès, Kaolack, Dakar, Diourbel et Matam) ;
- L'atelier national de consensus en 2003 qui a validé l'avant projet de loi qui est dans le circuit des visas ;
- L'atelier national de consensus concernant 17 plantes médicinales en expérimentation en 2003 ;
- L'élaboration d'une base de données des tradipraticiens en 2003 ;
- L'atelier de valorisation du plan stratégique en juin 2006 ;

6-Le plan stratégique

Il s'articule autour de cinq orientations stratégiques majeures :

- La réglementation de la médecine traditionnelle ;
- La définition et la mise sur pied d'un cadre de collaboration entre tous les acteurs ;
- La promotion de la pharmacopée ;
- La promotion des travaux de recherche ;
- La protection et la préservation des savoirs liés à la médecine traditionnelle et la pharmacopée traditionnelle.

7- Les Contraintes du Plan Stratégique

- Absence de cadre juridique ;
- Absence de protection des savoirs liés à la médecine et à la pharmacopée traditionnelle ;
- Faiblesse des données sur la médecine traditionnelle ;
- Défaut de vulgarisation des expériences positives en matière de médecine traditionnelle ;
- Insuffisance de sensibilisation des populations pour un meilleur usage de la médecine traditionnelle ;
- Exploitation irrationnelle des ressources végétales réduisant les écosystèmes entraînant une disparition des espèces ;
- Faiblesse des moyens alloués à la médecine traditionnelle ;
- Faiblesse des connaissances des possibilités forestières disponibles. [7]

B-GENERALITES SUR LA SANTE COMMUNAUTAIRE

La santé communautaire est un domaine pluridisciplinaire faisant intervenir plusieurs acteurs aux rôles et responsabilités différentes. Elle fait intervenir aussi plusieurs facteurs parmi lesquels :

- **L'implication des groupes dynamiques dans le système de gestion des services de santé**

- **La sensibilisation** d'une part des populations par une utilisation optimale des canaux d'informations les plus accessibles (radio, télévision, etc.) ; et d'autre part, des personnels de santé (secteur privé, techniciens de santé) à plaider davantage pour une responsabilisation des populations en acceptant, surtout, de changer d'attitude en leur faveur ;

- **L'organisation des services de santé en réseaux permettant un accès facile à tout membre de la communauté.**

Dès lors, les populations, parties prenantes du financement du système de santé sont davantage impliquées dans tout le processus de mise en œuvre des actions concernant leur santé. Cette bonne disposition des populations dans un contexte de politique de santé favorable a abouti à une meilleure organisation de ces dernières en comités de santé avec un habillage juridique formalisé par le Décret portant application de la loi 92-118 du 17 Janvier 1992 qui leur confère une personnalité morale.

Pour accompagner ce processus de décentralisation dans lequel s'est inscrit le gouvernement du Sénégal, depuis la loi 72-02 portant réforme de l'administration territoriale et locale plusieurs réformes ont été initiées parmi lesquelles :

- La décentralisation du processus de planification au niveau des Régions et Districts (PRDS /PDDS) depuis 1989 avec la mise en place des normes de planification ;
- L'élaboration d'une déclaration de politique nationale de santé en 1989 suivis d'une lettre de politique sectorielle et d'orientation prioritaire ;
- L'élaboration du code de l'hygiène et de l'environnement ;
- La définition d'une politique des médicaments essentiels en 1989 ;
- La restructuration de la PNA lui assurant une autonomie de gestion (1990) ;
- La création des Districts sanitaires en tant qu'entité opérationnelle en 1991 ;
- La mise en place des comités de santé par le décret 92-118 du 17 Janvier 1992.

Cette décentralisation a été renforcée en 1996 par la loi 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences aux collectivités et le décret 96 - 1135 du 27 décembre 96 qui viennent renforcer les opportunités permettant à la communauté de jouer efficacement sa partition dans les dispositifs de résolution des problèmes de santé.

Un des principes essentiels de la décentralisation est de rapprocher l'administration des administrés pour une meilleure prise en compte des besoins prioritaires des populations dans le processus de planification sanitaire qui implique tous les acteurs concernés et à tous les niveaux de décision.

C'est ce contexte favorable qui a facilité le développement du concept de **santé communautaire** qui est le cadre de développement fécond d'expériences et de pratiques communautaires qui ont eu sans nul doute des répercussions favorables dans la santé des populations.

En effet, la santé communautaire qui permet aux populations d'être actrices principales dans la prise en charge des problèmes de santé constitue à l'état actuel du développement économique de notre pays la voie salubre pour réaliser le slogan santé pour tous et atteindre ainsi les objectifs du millénaire pour le développement.

Les programmes successifs mis en place ont constitué à des moments précis des alternatives adéquates mais le système de santé s'est heurté à une population de plus en plus importante aspirant à plus d'autonomie et dans un contexte de raréfaction des ressources, malgré des efforts louables de l'Etat, des collectivités locales et des partenaires au développement.

La santé communautaire se trouve confrontée à de grands défis que sont :

- La mortalité infanto-juvénile élevée (121 pour 1000 EDS IV) du fait de la malnutrition, des maladies diarrhéiques, des maladies cibles du PEV, du paludisme et des IRA ;
- La mortalité maternelle élevée (434 pour 100 000 NV EDS IV) du fait surtout de la faible couverture en consultation prénatale, de la mauvaise qualité de la prise en charge des grossesses, de l'intervalle inter gésique très court, des grossesses aux âges extrêmes, de la multiparité, de la forte proportion des accouchements non assistés et du faible niveau de fonctionnement du premier niveau de référence ;

- L'indice synthétique de fécondité relativement élevé (5,3 EDS IV) malgré les efforts enregistrés ces dernières années dans plusieurs domaines dont la planification familiale, l'alphabétisation fonctionnelle des femmes et la scolarisation des filles ;
- La santé des adolescents rendue précaire par la sexualité précoce, l'avancée des infections sexuellement transmissibles et leur impact négatif sur l'économie nationale ;
- La propagation d'endémies majeures telles que le VIH Sida et la tuberculose ;
- L'émergence des affections chroniques à soins coûteux. [21]

I-OBJECTIF DE L'ENQUETE

1-But

Le but de cette étude est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations de la communauté rurale de Ouonck, par un recours aux soins de santé rationnelle.

2-Général :

Nous nous proposons d'étudier les Itinéraires Thérapeutiques dans le poste de santé et les cases de santé de la Communauté Rurale de Ouonck.

3-Spécifique :

A ce niveau, nous étudierons les caractéristiques de notre population d'étude, les différents motifs de recours, l'accessibilité aux soins de santé rationnelle et la prévalence des pathologies.

II-METHODOLOGIE

A-Cadre d'étude

I- Sénégal

1-Sénégal-données géopolitiques

a-Géographie

Le fleuve Sénégal constitue une frontière au nord avec la Mauritanie et à l'est avec le Mali. La Gambie forme une enclave et sépare la région de la Casamance avec le reste du pays. Au sud, le Sénégal est limité par la Guinée et la Guinée Bissau et à l'ouest par l'océan atlantique sur une façade de 500km.



La carte du Sénégal (2008) : [23]

b-Données générales, physiques et humaines

Découvert en 1442 par les portugais, le Sénégal devient rapidement un territoire privilégié pour les trafiquants négriers britanniques, français et hollandais.

La France fait du Sénégal à partir du milieu du XIX^{ème} siècle l'un des éléments essentiels de sa politique coloniale en Afrique, Dakar devenant en 1902, la capitale de l'Afrique Occidentale Française (AOF).

En 1960, le Sénégal proclame son indépendance. Le Sénégal et la Gambie s'unissent en 1982 pour former la confédération de la Sénégalie, mais celle-ci n'a jamais réellement fonctionné. Elle est dissoute en 1989.

Le pays s'étend sur 196 192 km carrés (moins de 1/5^{ème} du territoire français), sa capitale est Dakar (plus de 2 millions d'habitants- estimation 2006).

La population est de 12,8 millions de personnes. Cette population croit donc rapidement, avec un taux de fécondité de 4,8 enfants par femme.

La population est majoritairement musulmane (92%), mais on trouve également des animistes (6%, surtout au sud-est du pays) et des chrétiens (2%).

La mortalité infantile est de 70‰ (la plupart des décès ont lieu avant l'âge de 5 ans).

L'espérance de vie est de 57,08 ans.

En ce qui concerne la situation sanitaire, le paludisme constitue l'endémie la plus préoccupante (plus de 50% des décès). 43, 9% des hommes et 71,5% des femmes sont analphabètes.

c-Données économiques

Le Sénégal est un pays pauvre et très endetté : la dette extérieure est de près de 4 milliards d'euros (17,8% du Produit National Brut - 2006), celle intérieure est de 300 milliards en 2008.

Le Produit Intérieur Brut/habitant est de 1700 dollars. [8]

Le secteur agricole, qui emploie à peu près 70% de la population sénégalaise est très sensible aux aléas climatiques et aux invasions acridiennes.

54% de la population vit sous le seuil de pauvreté (estimation 2004).

Le taux de chômage est de 48% de la population active.

L'inflation est de 5,9%.

Selon l'indicateur du développement humain élaboré par le Programme des Nations Unies pour le Développement (indice quantifiant respectivement la santé/longévité, le savoir ou le niveau d'éducation et le niveau de vie), en 2006 le pays se classe au 156^{ème} rang mondial (sur 177). [2]

II-Casamance : contexte général

II.1 Géographie



Carte de la région de Casamance (2007)

La Casamance est la partie sud du Sénégal comprise entre l'enclave de la Gambie, pays anglophone, au nord, et la frontière de la Guinée-Bissau au sud. Elle regroupe les deux régions administratives de Ziguinchor (Basse Casamance) et Kolda (Haute Casamance). Sa capitale régionale, Ziguinchor, est à 450 km de Dakar. Considérée par beaucoup comme la plus belle région du Sénégal et d'Afrique de l'Ouest, la Casamance tire son nom du fleuve qui la traverse d'est en ouest. D'immenses forêts parcourues par des cours d'eau, "bolongs", couvrent 62% de la superficie (près de 30 000 km soit 1/7e du pays).

Tout au long des "bolongs" se crée une végétation de mangroves, palmiers et rizières. A l'est du pays existe une savane forestière.

II.2 Démographie

La population de la Casamance, les « Casamançais », est estimée à environ 1,4 millions habitants (soit 9% de la population du Sénégal). L'ethnie majoritaire est le peuple Diola. On y trouve également d'autres ethnies, notamment les Mandingues, Peuls, Wolofs, Lébous, Sérères, Baïnuks, Mandjaks, Mancagnes et Balantes.

Sur le plan religieux, l'Islam est majoritaire avec 74,5 % d'adeptes comparé à la moyenne nationale qui est de 92%. Contrairement au reste du Sénégal où il est de 2%, le christianisme reste présent en Casamance, où il représente 17,5% de la population notamment chez les Diolas.

Enfin 7,5% de la population est attachée aux religions traditionnelles, surtout en milieu rural (plus de 45% d'animistes dans le département d'Oussouye), alors qu'au niveau national nous avons 6% d'animistes.

II.3 Economie

L'économie de la Casamance repose essentiellement sur l'agriculture (80% de la population s'adonne à des activités agricoles) ; 70% au niveau national, la pêche et le tourisme.

Son climat, propice à l'agriculture, et ses sols très fertiles en fait un véritable grenier pour le Sénégal. Le riz, qui représente plus de la moitié des terres cultivées en Basse Casamance, est la culture la plus pratiquée ; viennent ensuite le mil, l'arachide, le maïs, le sorgho et le niébé.

La région produit aussi beaucoup de fruits, la mangue étant la plus cultivée, et sur les marchés on trouve des oranges, mandarines, pamplemousses, bananes, etc. La culture de la noix de cajou, fruit de l'anacardier, est également en pleine progression. Toutefois, c'est seulement après la récolte du riz que les Casamançais se lancent dans d'autres activités.

La baisse de la pluviométrie de ces dernières années a fait remonter la salinité, l'acidification et l'ensablement des terres cultivables. Malgré la construction de barrages un bon nombre de rizières deviennent inexploitable. La Casamance avec ses 86 km de côtes, son plateau continental, son fleuve et ses multiples bolongs est riche en ressources halieutiques et offre d'énormes potentialités pour la pêche maritime, lagunaire et fluviale.

L'élevage est encore de type traditionnel, extensif et sédentaire. Il baigne cependant dans des conditions propices à un développement agro-sylvo-pastoral certain et occupe une place importante dans l'économie de la Région, avec notamment le développement d'un petit élevage spécialisé, complémentaire à l'agriculture.

La Casamance, et en particulier la Basse Casamance, jouit d'un potentiel touristique très important avec ses plages de sable fin ensoleillées toute l'année, la diversité de la faune et de la flore et son riche patrimoine culturel. Secteur en essor au Sénégal, sa progression en Casamance a cependant été fortement perturbée par le conflit des années 90. L'activité industrielle, minoritaire, se cantonne à Ziguinchor : traitement et conditionnement des poissons, crevettes et fruits, usines à bois, et surtout raffinerie d'huile d'arachide.

En 2002, le tragique naufrage du bateau Joola provoque la mort de 1 853 passagers, alors qu'il était conçu pour en transporter 550 personnes, constituant ainsi la plus grande tragédie de l'histoire du Sénégal. Le bateau Joola, qui assurait en 15 heures la liaison maritime entre Dakar et Ziguinchor via l'île de Carabane, était un cordon ombilical entre la région Sud de Casamance et le reste du Sénégal. Il participait au désenclavement de la région et était essentiel pour son économie.

Après trois ans d'absence, la liaison maritime Dakar-Ziguinchor a repris en 2005 avec un nouveau bateau, le *Wilis*, qui vient d'être remplacé à son tour par le *Aline Sitoé Diatta* en mars 2008.

II.4 Contexte politique : le conflit en Casamance

L'esprit séparatiste existe chez une partie des casamançais, en particulier les Diolas, depuis les temps coloniaux, lorsque les populations résistaient à l'influence française.

Traditionnellement, la population casamançaise a toujours gardé ses distances avec le reste du Sénégal. La séparation géographique et politique par le fleuve Gambie et la colonie britannique de Gambie, illogisme des frontières coloniales, lui a donné la possibilité de conserver ses langages et cultures propres mais a également constitué un obstacle à une bonne intégration au reste du Sénégal.

Au début des années 80, un conflit visant à l'indépendance de la Casamance vis-à-vis du Sénégal a eu un impact négatif sur le développement de la région. Les causes du conflit sont complexes. Les facteurs souvent cités sont historiques, économiques, sociaux (chômage des jeunes, problèmes fonciers) et culturels (rejet des spécificités locales). Isolés, les casamançais se sentaient négligés et peu considérés par le pouvoir central, tout en ayant conscience des ressources considérables de leur région, grenier du Sénégal, où le tourisme se développait déjà avec succès.

Le conflit débute le 26 décembre 1982, lorsque des manifestants séparatistes du Mouvement des Forces Démocratiques de la Casamance (MFDC), munis de coupe-coupe, envahissent Ziguinchor. Les forces de l'ordre procèdent à plusieurs dizaines d'arrestations, dont celle du leader charismatique. Jusqu'en 2005, après le cessez-le-feu, le conflit a opposé les forces rebelles indépendantistes du MFDC et les forces gouvernementales, causant la mort de plusieurs milliers de personnes pendant les affrontements, notamment des civils. Un grand nombre de populations ont été déplacées, fuyant les zones de combat.

Par ailleurs, de nombreuses personnes ont été victimes *a posteriori* des mines anti-personnel qui continuent de tuer (Les mines ont encore tué 3 personnes en 2008).

Aujourd'hui, le processus de paix est engagé. Toutefois, même si les tensions entre les factions du MFDC et les forces armées sénégalaises se sont apaisées, des accrochages ont encore lieu de façon sporadique notamment dans la région de Bignona et de Sindian. Des divisions au sein du MFDC sont apparues et, aujourd'hui, beaucoup en Casamance considèrent que les rebelles se sont transformés en simples bandits armés « coupeurs de route » et voleurs sans idéologie.

La Casamance, auparavant l'une des régions les plus prospères du pays, a été profondément traumatisée par ce conflit armé qui a fortement perturbé son développement économique et social. La région travaille aujourd'hui à sa reconstruction et à la restauration de son image, notamment en tant que destination touristique.

II.5 Situation sanitaire et pharmaceutique

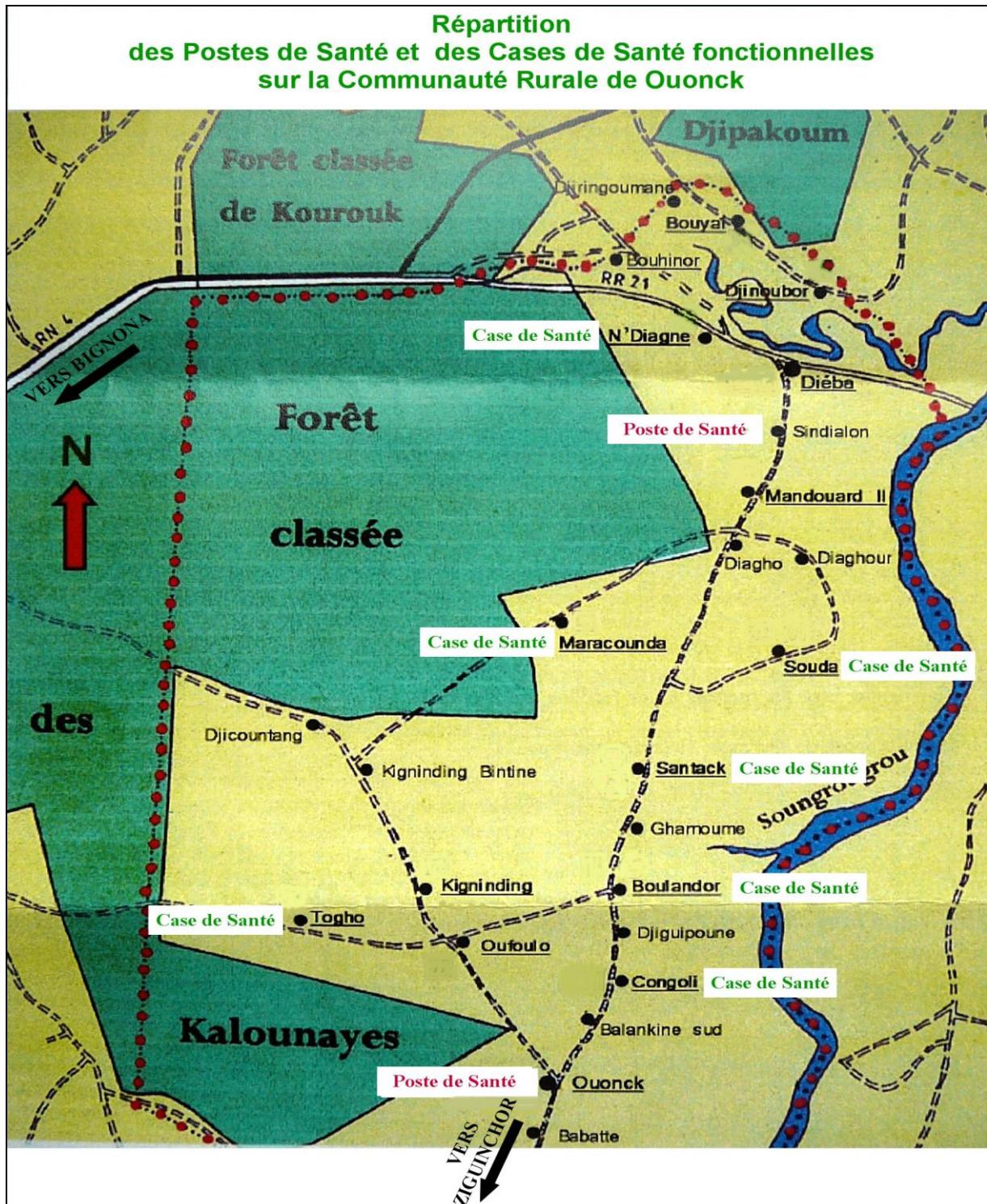
L'accès aux services de santé en Casamance a été considérablement affecté par le conflit, particulièrement dans les zones rurales du fait de la destruction des infrastructures et de l'absence de personnel de santé. Les infrastructures qui n'ont pas été détruites se sont détériorées après leur abandon et leur équipement a été pillé.

Dans la région médicale de Ziguinchor notamment, le secteur médical est confronté à quatre contraintes principales :

- la vétusté de certaines structures de santé,
- le sous-équipement des structures de santé,
- le déficit en personnel qualifié,
- l'enclavement.

III- Communauté rurale de Ouonck (CRO)

III-1 Présentation du lieu d'intervention



Carte de la Communauté Rurale de Ouonck (2007)

La communauté rurale de Ouonck (CRO), entité administrative de base du district de Bignona, région Médicale de Ziguinchor, en Basse Casamance, s'étend sur plus de 16 km (pour 208 km²) et abrite 12 000 habitants répartis dans 24 villages (selon les données du recensement général de 2002, recueillies au niveau du conseil rural). Il s'agit d'une population rurale avec de très faibles moyens financiers.

Le pouvoir d'achat provient pour l'essentiel des cultures de riz, de mil, d'arachide, et de fruits, cultures sensibles aux aléas climatiques, de la vente des agrumes et du bétail (bovins et caprins) et enfin de la pêche et de l'artisanat (menuisiers, maçons, réparation de matériel agricole et ménager) et de la production de charbon.

Cette population connaît des difficultés liées :

- Au déficit pluviométrique constaté les années passées et qui engendre une salinité croissante des rizières. Ce phénomène diminue le rendement de ces terrains. En 2007, la saison des pluies - qui va généralement de juin à octobre - a commencé en juillet et s'est achevée au début du mois d'octobre ;
- A la mévente de l'arachide, due à une consommation mondiale qui, selon toutes les analyses, va continuer à baisser régulièrement ;
- A la flambée mondiale des prix des denrées alimentaires de bases, en particulier le riz ;
- Au manque d'eau potable sur une partie de la CRO : un projet d'adduction d'eau est en cours de réalisation mais pour l'instant 9 villages sur les 24 sont raccordés au réseau et 6 seulement bénéficient de puits modernes filtrants. La dernière tranche des travaux a cependant été entamée et devrait aboutir à la mise à disposition d'eau potable pour l'ensemble de la CRO.

Ces difficultés altèrent la santé des habitants, notamment celle des enfants, des personnes âgées et des femmes enceintes ou allaitantes.

La Communautaire Rurale de Ouonck est jumelée aux villes de Bretteville/Odon-Fleury/Orne.

Les membres du jumelage travaillent beaucoup sur le problème de l'eau et sensibilisent les populations à utiliser l'eau potable et non l'eau du puits qui est rarement potable afin d'améliorer leur état de santé général. Mais l'eau potable est payante et l'eau du puits est gratuite, d'où le frein à sa consommation.

Le jumelage travaille aussi avec les autorités de la CRO sur le développement d'activités génératrices de revenus pour la Communauté : ferme à spiruline, maraîchage, commerce des mangues, etc. [13]

III-2 Situation sanitaire

a- Infrastructures

La Communauté Rurale de Ouonck compte deux postes de santé :

- OUONCK et SINDIALON, distants d'environ 15 à 20 km ;
- 10 cases de santé (dont seulement 6 sont actuellement fonctionnelles) :
 - Boulandor, Congoly, Kinguinding, Santack et Togho, qui dépendent du poste de santé de Ouonck,
 - Bouyal, Djinoubor, Maracounda, N'Diagne et Souda qui dépendent du poste de santé de Sindialon.

Nous rappellerons que pour qu'une case de santé soit fonctionnelle, il faut qu'elle ait :

- Une infrastructure construite selon les normes (ou qu'elle soit en mesure de mettre les patients en sécurité) et équipée ;
- Un Agent de Santé Communautaire formé ;
- Un Comité de Santé ;
- Un stock en Médicaments Essentiels, selon la Liste Nationale Officielle a visée des Cases de Santé.

b-Ressources humaines

L'équipe médicale est composée de :

- 2 Infirmiers Chef de Poste (ICP)
- 13 Agents de Santé Communautaires (ASC)
- 5 Agents de Santé Pharmaceutiques (ASP)
- 18 matrones (accoucheuses traditionnelles)

B-MATERIELS ET METHODES DE L'ETUDE

1-Type et période d'étude

C'est une étude transversale descriptive portant sur l'itinéraire thérapeutique des patients venus consulter au Poste de santé de Ouonck et les Cases de santé périphériques et s'est déroulée du 30 janvier au 05 avril 2008.

2- Outils et méthodes de collecte

a) Outils de collecte

Un questionnaire comportant toutes les variables d'étude a été élaboré et validé après un pré-test au près d'une population semblable à celle de l'étude.

b) Méthodes d'étude

Un entretien individuel a été mené au près des patients enquêtés par le chercheur principal.

Le personnel médical de la structure sanitaire servait souvent d'interprète lorsque le patient ne comprenait pas le français.

c) L'équipe des enquêteurs

L'équipe était composée du chercheur principal et les responsables des unités sanitaires où se dérouler l'enquête ; les mobylettes étaient utilisées lorsque la distance entre les unités sanitaires était longue.

3-Population cible

Il s'agit des patients qui se présentaient au poste de santé de Ouonck et des cases de santé de la Communauté Rurale pour se faire consulter, mais également des accompagnateurs aussi.

4- Critères d'inclusion

Etaient inclus à l'étude, tous patients venus se faire consulter pendant la période du 30 janvier au 05 avril 2008.

5- Critères de non inclusion

Etaient non inclus à l'étude, tous patients refusant d'être interrogés et tous patients étant en état de maladie grave.

6-Echantionnage

C'est un recrutement exhaustif qui a été fait sur tous les patients obéissant aux critères d'inclusion.

7-Variables étudiées

- Age (en année)
- Sexe (féminin, masculin)
- Statut matrimonial (marié, célibataire, veuf)
- Niveau d'instruction (absence, alphabétisé)
- Origine géographique (Ouonck, Babatt, Oufoulo, ...).

8-Sources de données

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire.

Annexe 2: Questionnaire

9- Saisie et analyse des données

La saisie a été faite sur le logiciel Microsoft Excel.

Après toilettage du fichier, l'analyse a été faite grâce au logiciel Epi info version 2000.

Les résultats ont été présentés sous forme de tableau de fréquence ou figure pour les variables qualitatives.

Les paramètres des variables quantitatives ont été déterminés grâce à la moyenne et intervalle de confiance, l'écart-type, des valeurs minimale, maximale.

III- RESULTATS

1- Caractéristiques sociodémographiques de notre population d'étude : 148

TABLEAU-I : Répartition selon l'âge

CLASSE D'AGE	NOMBRE	POURCENTAGE (%)
0 – 4	40	27,2
5 – 15	35	23,6
16 – 35	48	32,3
36 – 55	19	12,4
56 et plus	06	4,5
TOTAL	148	100

Nous avons 50,8 % des patients qui avaient entre 0 et 15 ans et 27,2 % avaient entre 0 et 4 ans.

L'âge des malades varie entre 0 et 73 ans ;

Cependant, 83,1 % des patients avaient moins de 35 ans.

Moyenne : 19,9 ans+/-

Médiane : 23,6 ans

Ecart-type : 11,4 ans

TABLEAU-II : Répartition selon le sexe

SEXE	NOMBRE	POURCENTAGE (%)
Féminin	88	59,5
Masculin	60	40,5
TOTAL	148	100

Le sexe ratio est de $88/60= 1,46$.

Parmi les 148 personnes de l'étude, 59,5 % étaient de sexe féminin ; c'est un sexe ratio de 1,466 en faveur des femmes.

TABLEAU- III : Répartition selon le statut matrimonial

Situation Matrimoniale	NOMBRE	POURCENTAGE (%)
Marié	51	34,5
Veuf	03	2,0
Célibataire	94	63,5
TOTAL	148	100

Nous avons 63,5 % des patients qui étaient célibataires et 34,5 % mariés.

Ces deux catégories sociales regroupent 98 % de la population de notre étude.

Et le reste ; 2,0 % des malades étaient veufs.

TABLEAU-IV : Répartition selon le niveau d'instruction

INSTRUCTION	NOMBRE	(%)
Absence	79	53,4
Alphabétisé	05	3,4
Primaire	36	24,3
1 ^{er} Cycle Secondaire	19	12,8
2 ^e Cycle Secondaire	06	4,0
Cycle Universitaire	03	2,0
TOTAL	148	100

Nous avons 46,6 % de la population d'étude qui avaient au moins été à l'école.

Ensuite, 53,4 % des malades n'ont reçu aucune instruction.

Cependant, 24,3 % des malades ont été jusqu'au niveau primaire.

Et 16,9 % des malades ont été jusqu'au lycée.

Par ailleurs, très peu de malades (2,0 %) ont été jusqu'à l'université.

e-SELON L'ORIGINE GEOGRAPHIQUE

TABLEAU-V : Répartition selon l'origine géographique

ADRESSE	NOMBRE	POURCENTAGE
OUONCK	85	57,4
SANTACK	07	4,7
CONGHOLI	07	4,7
DJIGUIPOUNE	07	4,7
KINGUINDING	06	4,0
BALANKINE	06	4,0
TOGHO	04	2,7
BABATTE	03	2,0
SOUDA	03	2,0
BOULANDOR	03	2,0
DIAGHOUR	02	1,4
GHAMOUNE	02	1,4
OUFOULO	01	0,7
BOUYAL	01	0,7
AUTRES	11	7,4
TOTAL	148	100

Nous avons 57,4 % des patients qui étaient du village de Ouonck ; il abrite le poste de santé.

Les villages de Santack 4,7 %, Congholi 4,7 %, Djiguioune 4,7 %, Kinguinding 4,0 % et Balankine 4,0 % venaient en seconde position au vu du nombre de malades venant de ces villages qui ont chacun une case de santé.

Très peu de malades nous sont venus de Togho 2,7 %, Babatte 2,0 %, Souda 2,0 %, Boulandor 2,0 %, Diaghour 1,4 % et Ghamoune 1,4 %.

De Bouyal 0,7 % et de Oufoulo 0,7 %, nous avons reçu un malade de chaque.

En effet, 7,4 % des patients sont venus d'autres localités.

2-Itinéraires thérapeutiques :

a- TABLEAU –VI : Répartition selon le lieu de consultation

LIEU DE CONSULTATION	NOMBRE	POURCENTAGE (%)
GUERISSEURSTRADITIONNELS	33	22,3
MARABOUTS	05	3,4
POSTE DE SANTE	93	62,8
CASES DE SANTE	17	11,5
TOTAL	148	100

Nous avons 74,3 % des patients qui étaient rendus en premier lieu dans des structures sanitaires.

Tandis que 22,3 % étaient d'abord allés voir les guérisseurs traditionnels et seulement 3,4 % étaient partis au près des marabouts pour se faire consulter.

b -TABLEAU-VII : Délai avant première consultation

DELAI AVANT CONSULTATION	NOMBRE	POURCENTAGE
1 ^{ER} JOUR	11	7,4
2 ^{ème} JOUR	45	30,4
3 ^{ème} JOUR	92	62,2
TOTAL	148	100

Nous avons constaté que 7,4 % patients sur les 148 se sont rendus au poste ou case de santé le premier jour de leur maladie.

Par ailleurs, trois patients avaient déclarés avoir acheté le premier jour des médicaments calmants à la boutique du quartier.

Cinq personnes ont pris en premier recours des médicaments traditionnels.

Tout le reste (92,6 %) attend deux à trois jours avant d'aller au poste ou case de santé par rapport à la gravité de la maladie.

c- Raisons de la fréquentation des guérisseurs ou marabouts

Ces raisons sont diverses et variées ; je donnerai l'exemple du village de Boulinding dans la communauté rurale de Coubalan, où d'aucun m'affirme qu'il « se soigne d'abord par rapport à leurs mœurs » autrement dit le recours à la médecine traditionnelle est inéluctable avant de penser à quoi que soit.

A en croire même une patiente il existe un centre de traitement traditionnel du SIDA, ce centre se situerait un peu hors du village, malheureusement l'accès est interdit aux personnes étrangères.

Elle ajoute que « les guérisseurs nous donnent des médicaments à boire et des bains pour se laver et ceci nous sert énormément d'autant plus que la médecine traditionnelle est un don que nos ancêtres détenaient et elle continue à nous faire du bien ».

C'est aussi le cas de grossesses car les femmes, en état de procréation croient aux guérisseurs qui leur informent sur la position du futur bébé mais pas sur le sexe.

Ils les assistent aussi vers la fin de la grossesse en leur donnant des écorces de bananes au huitième et neuvième mois de la grossesse afin de faciliter la délivrance en la rendant plus rapide.

En effet, les femmes mariées qui n'arrivent pas à avoir des enfants ont l'habitude de recourir aux guérisseurs qui leurs proposent des écorces de plantes qui, ont pour but d'enlever toute la saleté qui se trouve dans le ventre de la femme et qui l'empêche d'avoir des enfants.

A cela s'ajoute aussi le manque de moyens financiers qui oblige beaucoup de malades de ne pas se rendre à la médecine moderne.

Il en est aussi de la relation de confiance entre le patient et le guérisseur car ce dernier est de la localité et il leur est très familier tandis que les blouses blanches constituent toujours un mythe pour certain.

3-TABLEAU-VIII : Les principales pathologies rencontrées

PATHOLOGIES	POURCENTAGE (%)
PALUDISME	22,3
INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES	18,2
DOULEURS ABDOMINALES	10,3
ANEMIES	6,1
DYSMENORRHEES	5,4
CONSULTATIONS PRENATALES	5,4
INFECTIONS CUTANEEES	4,0
PANARIS	4,0
LES ABCES	3,4
LES INFECTIONS URINAIRES	3,4
LES AFFECTIONS CARDIAQUES	3,4
LES CONJONCTIVITES	2,0
LES AFFECTIONS ORL	2,0
SUSPICION DE GALE	2,0
INTOXICATION ALIMENTAIRE	2,0
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE	2,0
LES LEUCORHEES	1,3
HYPERTENSION ARTERIELLE	1,3
MAL DE DENT	1,3
TOTAL	100

4- Contraintes

- Difficultés chez certains patients à donner la date exacte du début de la maladie ;
- Difficultés de communiquer avec certains malades (problème de langue surtout) ;
- Certains hésitent à avouer qu'ils ont fréquenté les tradipraticiens ;
- D'autres refusent d'avouer leur maladie.

DISCUSSION GENERALE

Cette enquête a été menée pour étudier les Itinéraires Thérapeutiques dans un poste et les cases de santé de la communauté rurale de Ouonck en Basse Casamance. Elle a eu pour cible un groupe de 148 patients, sans distinction de sexe et d'âge, qui a répondu à notre questionnaire.

I / Caractéristiques sociodémographiques

Selon l'âge

L'âge de notre population d'étude se situe entre 01 mois et 73 ans avec une moyenne de ...

Ainsi, 52,6 % des malades ont moins de 15 ans. Ce qui signifie qu'un peu plus de la moitié de notre population d'étude est représenté par les enfants et les adolescents, ceci correspond au cursus scolaire primaire et moyen.

Dans notre étude, 83,0 % de notre effectif ont moins de 35 ans. C'est la population active de la communauté qui est touchée en majorité. Ceci ne sera pas sans effet sur le développement socio-économique et socioprofessionnel de cette population.

Selon le sexe

Le sexe ratio est de 1,46 en faveur des femmes. Ce qui aura forcément des répercussions sur le mieux être de cette communauté tout en sachant que la principale activité de cette population demeure l'agriculture et les femmes travaillent inlassablement dans les rizières. Elles cueillent également des fruits tels que les mangues, les oranges qu'elles mettent sur le marché.

Selon le statut matrimonial

34,5 % de notre population d'étude sont mariés et 63,5 % sont célibataires. Cependant, l'âge du mariage n'étant pas fixe, 52,6 % de nos patients ayant moins de 15 ans, notre étude s'étendant sur toute personne se présentant aux structures sanitaires pour se faire consulter, il nous est difficile d'en déduire sur le reste de la population.

Le taux de veufs qui est 2,0 %, non négligeable, s'explique le plus souvent par les complications de la grossesse. En effet, les femmes, en âge de procréation, en grande majorité analphabètes ne peuvent pas se passer des guérisseurs traditionnels pour ne faire que leurs Consultations Périnatales (CPN).

Selon le niveau d'instruction

Au vu de leur niveau d'instruction, on se rend compte que plus de la moitié des malades n'ont pas du tout reçu une instruction (53,4 %) et 24,3 % sont allés jusqu'au niveau primaire.

Toutefois, rares sont les malades qui ont atteint un niveau secondaire (4,0 %) ou universitaire (2,0 %) dans la communauté, ceci nous permet de penser que le niveau de scolarisation n'est pas très élevé dans cette population d'étude.

En effet, beaucoup de jeunes sont obligés d'arrêter leurs études à cause du manque de moyens financiers, mais aussi à cause des travaux champêtres.

Selon l'origine géographique

En regardant l'origine géographique des patients, on se rend compte que la grande majorité des patients sont du village de Ouonck, quant aux villages qui abritent les cases de santé, ils sont nettement derrière Ouonck au vu du nombre de malades.

C'est ainsi, si 57,4 % des patients sont du village de Ouonck, les villages tels que :

Diaghour, Ghamoune fournissent 1,4 % chacun, Oufoulo et Bouyal 0,7 % chacun.

Après Ouonck, Santack, Kongholi, ... Balankine ont fourni un peu plus de 4 % chacun ; Togho, Babatte, ... Boulandor environ 2 % par village.

Ces proportions, sont elles le fait d'une difficulté d'accessibilité aux structures sanitaires, d'un déficit en personnel de santé qualifié, des croyances traditionnelles persistantes dans la zone ?

En outre, les populations du village de Ouonck avec leur poste de santé dirigé par un infirmier chef de poste (ICP) seront forcément en avance sur le plan de leur accès aux soins de santé par rapport à leurs voisins qui ne se contentent que d'un agent de santé communautaire (ASC).

II / Itinéraire thérapeutique

II-1/Lieu de la première consultation

Tout au début de leur maladie, 22,3 % des patients ont fréquenté en premier lieu les guérisseurs traditionnels et seulement 3,4 % se sont rendus au près des marabouts. D'une manière générale, ces deux lieux sont un passage exigé pour tout patient et surtout les femmes. D'aucuns avouent même que les femmes partent voir les tradipraticiens à l'insu de leurs maris, pour se procurer des médicaments traditionnels qu'elles prennent en cachette et de ce fait, les complications seront trop tard pour être pris en charge par les personnels de santé.

Le poste de santé, proche des populations, reçoit un nombre important de patients (62,8 %) tandis que les cases de santé, malgré leur proximité, ne reçoivent que très peu de malades (11,5 %).

En effet, pour le cas du poste, son taux élevé est dû au fait que le poste, dirigé par un infirmier chef de poste (ICP), étant la seule structure médicale digne de confiance de la localité, mais aussi, le poste se trouve dans le village où il y a le collège d'enseignement moyen (CEM) donc le niveau d'instruction de la population est plus important à ce niveau. Pour le cas des cases de santé, le problème fondamental, c'est le manque de confiance vis-à-vis de l'agent de santé.

En outre, le personnel de santé ne cesse de déplorer la lenteur de l'évacuation des malades, qui ne viennent aux structures sanitaires que si la maladie a augmenté de gravité et ne semble plus être du ressort du guérisseur.

II-2/Délai avant première consultation

Le délai avant le recours aux structures sanitaires varie entre un à trois jours.

Ainsi, seuls 7,4 % des patients se sont rendus en consultation le premier jour de leur maladie.

Nous noterons également que 2,0 % des patients se procurent des médicaments de la rue dans la boutique du coin pour se soulager tandis que 3,4 % s'adonnent d'abord à la médecine traditionnelle. Il apparaît en outre que les médicaments de la rue sont présents à ce niveau et leur recours est entretenu par plusieurs facteurs notamment la proximité ; ils se retrouvent dans presque toutes les boutiques de la place. Quant aux tradipraticiens, malgré le faible taux de fréquentation que nous avons notés, ils sont toujours là et d'aucuns disent même qu'ils reçoivent plus de patients que ce que nous avons enregistrés.

Il faut par ailleurs noter que tout le reste des patients ne se présente en consultation que deux à trois jours après et en fonction de la gravité de leur état de santé. Ceci s'explique par ailleurs par le faible pouvoir d'achat des ménages mais aussi par l'analphabétisme.

II-3/ Raisons de la fréquentation des guérisseurs ou marabouts

Les raisons sont globalement la croyance et la confiance en ces tradipraticiens, néanmoins certains patients avancent des raisons financières, mais à mon avis c'est surtout la confiance qu'ils placent à l'égard de ces adeptes de la médecine traditionnelle qui est le fond du problème. [7]

Par ailleurs, ce qui semble troublant c'est surtout les femmes enceintes qui, au lieu d'aller faire leurs consultations prénatales, continuent d'aller voir ces guérisseurs qui disent pouvoir leur faciliter la délivrance ; mais aussi des femmes qui n'arrivent pas à procréer pensent pouvoir enlever de leur ventre toutes les impuretés par des médicaments traditionnels afin d'y parvenir.

CONCLUSION

Les populations de la communauté rurale de Ouonck à l'instar des autres communautés rurales du Sénégal sont confrontées à un problème d'accessibilité aux structures sanitaires. C'est ainsi, la médecine traditionnelle gagne de plus en plus d'audience au près des populations. Mais en plus de cela, elle occupe une place importante dans la couverture sanitaire des populations avec une efficacité remarquable et appréciée.

Par ailleurs, ce recours s'explique non seulement pour des impératifs socio culturels, mais aussi pour des raisons économiques liées au faible du pouvoir d'achat avec comme conséquence ; l'inaccessibilité aux médicaments modernes importés le plus souvent dans les pays du nord et la baisse du niveau de fréquentation des hôpitaux.

Face à une telle situation, et dans le souci de garantir et de préserver la santé des populations, il est nécessaire, voire opportun de promouvoir la médecine traditionnelle au niveau national afin de réduire progressivement la dépendance aux médicaments importés, de trouver une réponse sûre aux problèmes liés au caractère informel du secteur de la médecine traditionnelle ; qui reste un trésor qu'il est devenu impératif de sauvegarder et de développer dans l'intérêt de la Santé Publique en Afrique.

C'est ainsi, pour apporter notre modeste contribution à l'amélioration de la situation sanitaire des populations de cette communauté rurale, nous nous sommes intéressés à l'étude de l'Itinéraire Thérapeutique des patients qui se font consulter au poste de santé de Ouonck et des cases de santé périphériques.

Notre étude a consisté à mener une enquête au près des patients, au terme de notre enquête qui duré du 30 janvier au 05 avril 2008, qui nous a permis de visiter le poste de santé de Ouonck et les cases de santé périphériques de la CRO, soit 14 villages, nous avons interrogé 148 personnes dont la majorité sont des femmes (59,5 %).

En effet, ces enquêtes ont porté sur plusieurs pathologies qui constituent les principaux motifs de consultations des populations dans le CRO. Par ordre de fréquence, nous avons ; le paludisme 22,3 %, IRA 18,2 %, douleurs abdominales 10,1 %, anémies 6,1 %, les dysménorrhées 5,4 %...

Pour le paludisme, les cas de rechute très souvent observés avec aggravation de l'état du patient font que le secteur biomédical est sollicité pour la plupart du temps en première intention.

Au terme de notre étude, il nous a paru essentiel de formuler les recommandations suivantes :

- Le Système de santé doit non seulement améliorer la santé des gens, mais aussi les protéger contre le coût financier de la maladie, et les traiter avec dignité.

Chaque système de santé doit avoir trois objectifs fondamentaux :

-Améliorer la santé de la population desservie ;

-Répondre aux attentes des gens ;

-Assurer une protection financière contre les coûts de la mauvaise santé.

Ainsi, le système doit s'inscrire dans la performance en améliorant les facteurs qui contribuent aux quatre domaines clés que sont :

-La prestation des services ;

-La mise en valeur des ressources humaines, matérielles et conceptuelles nécessaires au bon fonctionnement du système ;

-La mobilisation ;

-L'acheminement des fonds et les mesures propres à garantir que les individus et les organisations qui composent le système prennent bien soin des ressources qui leur ont été confiées et se montrent dignes de la confiance qui leur est témoignée. [22]

- Les ressources humaines sont le poste le plus important du budget d'exploitation de la santé. Dans de nombreux pays, les coûts salariaux représentent les deux tiers du total des dépenses renouvelables, voire plus.

Cependant, le personnel ne serait pas en mesure de travailler efficacement sans capital physique (hôpitaux et matériel) et sans biens consommables, comme les médicaments, qui jouent un rôle important dans l'augmentation de la productivité des ressources humaines. Par ailleurs, les systèmes de santé sont de grands consommateurs de main-d'œuvre et nécessitent, pour bien fonctionner, un personnel qualifié et expérimenté.

Cependant, il faut un équilibre non seulement entre les agents de santé et les ressources physiques, mais aussi entre les différents types de promoteurs de la santé et les prestataires de soins. Ceci nous amènera à prôner trois stratégies de ressources humaines qui ont donné des résultats ailleurs :

- utilisation plus efficace du personnel disponible grâce une meilleure distribution géographique ;
- utilisation accrue, lorsqu'il y a lieu, d'un personnel à compétences multiples ;
- meilleur appariement des compétences et des fonctions. [22]

➤ Agent de santé communautaire

- Les pays devraient accorder aux programmes ASC l'attention qu'ils méritent, et s'attacher notamment à définir et à mettre en place les mécanismes qui permettront de leur apporter et de leur conserver le soutien indispensable à leur succès.
- Les pays doivent créer de nouveaux systèmes de santé de district et renforcer ceux qui existent déjà pour faire en sorte de disposer de programmes d'ASC efficaces.
- L'affectation des crédits devrait être décentralisée jusqu'au niveau du district pour permettre aux communautés d'élaborer leurs propres programmes d'ASC, en fonction de leurs besoins et de leurs priorités.
- Les ASC devraient être choisis conjointement par la communauté et par le personnel de santé.

- Les programmes de formation des ASC devraient viser des objectifs spécifiques, conformes aux stratégies nationales de soins de santé primaires et fondés sur les besoins et les conditions de vie de la communauté.

-L'encadrement doit comporter un élément d'appui, et le travail d'équipe, associant agents de santé communautaires, communauté et personnel technique, doit être privilégié.

- Lorsqu' un agent de santé communautaire n'a pas d'autre source de revenue et que le temps qu'il consacre à ses fonctions représente une bonne partie de la journée de travail, il doit recevoir une certaine rémunération, en espèce ou en nature, qui lui sera remise par la communauté ou l'Etat, ou par l'une et par l'autre.

- Les pays devraient continuer à encourager les organisations non gouvernementales à appuyer les programmes d'ASC et à élaborer des stratégies novatrices susceptibles de faciliter l'orientation des programmes organisés par l'Etat. [3]

Quant à OMS, elle devrait envisager d'intensifier ses efforts en matière de collecte et de diffusion de l'information sur les ASC, notamment en ce qui concerne les succès et les échecs des programmes nationaux, aux moins de visites mutuelles, de bourses d'études, de colloques et de publications.

Elle devrait aussi inciter à une plus grande compréhension et un plus grand appui de la part des membres des professions de la santé dont le comportement, les réflexions et l'attitude n'ont pas toujours été favorables aux programmes d'ASC. [3]

➤ La participation communautaire :

Elle est l'un des éléments clés de l'approche des soins de santé primaires, elle a pour objectif d'amener la communauté à assumer une plus large part de responsabilité pour son propre développement sanitaire. Le rôle du ministère de la santé est de faciliter ce processus, sans toutefois obliger la population à suivre

ses opinions et décisions. Les informations doivent être communiquées librement afin que la population puisse se prononcer de façon judicieuse.

Pour plusieurs activités concernant les soins de santé primaires, la communauté a besoin de l'aide du ministère de la santé, par exemple pour les vaccins et la lutte contre certaines maladies endémiques. Le personnel du ministère de la santé doit donc fournir une assistance pour ces activités, mais la communauté doit participer le plus possible.

Trois composantes importantes des soins de santé communautaires peuvent avoir besoin d'être renforcées ou organisées puisqu'elles influent sur le degré d'auto responsabilité de la communauté. Ce sont :

- le personnel communautaire ayant reçu une formation sanitaire ;
- une organisation locale pour planifier et exécuter des programmes fondés sur la communauté ;
- un financement communautaire pour appuyer les programmes. [4]

➤ Sur le plan pharmaceutique, le marché pharmaceutique officiel doit faire face à des risques énormes sur la maîtrise de la qualité pharmaceutique des médicaments distribués ; il faut également que les structures chargées de contrôler le circuit pharmaceutique soient suffisamment organisées pour maîtriser la qualité, l'efficacité et la sécurité des médicaments.

Les organismes (communément appelés centrales d'achats en médicaments) chargés de l'achat et de la distribution des produits pharmaceutiques doivent être en mesure d'assurer un approvisionnement régulier en médicaments ; ce qui tient en grande partie de la fiabilité des systèmes de santé. [6]

➤ Face aux difficultés d'approvisionnement en médicaments des populations des pays du sud, nous prônons que les laboratoires universitaires, les ONG, et les petits laboratoires privés commencent à produire au niveau de l'Afrique des produits acceptables par tous les pays et que ces médicaments puissent être généralisés dans le monde entier.

Pour cela, il faut que l'évaluation (études toxicologique, chimique, pharmacologique) soit effectuée dans de bonnes conditions et que ces Médicaments Traditionnels Améliorés soient reconnus par la communauté médicale et bénéficient d'une autorisation de mise sur le marché. [26]

Références Bibliographiques :

Doc1 : G. LAZORTHES

L'homme, la médecine et le médecin, pages 137-138

Doc2 : J.B FOTSO DJEMO : « Le regard de l'autre », Médecine traditionnelle africaine, page 27

Doc3 :

Médecine Tropicale ; Les problématiques du médicament dans les pays en développement (p611-612)

Doc4 :

Lévy A., Cazaban M., Duffour J., Jourdan R.

Abrégé de Santé Publique.

OMS Genève, Suisse, 1985, Cahier de Santé Publique Numéro 80.

Doc5 :

Manuel National de Stratégies sur la Référence et Contre Référence, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

Doc6 :

WHO- Mortality Country Fact. Sheet 2006

Doc7 :

Thérèse Marie Andrée Coumba Ndong

« Soins de santé primaires et Initiative de Bamako dans le District Sud », année 2000, Numéro 26.

Doc 8 :

Guide méthodologique pour une application de la politique des médicaments essentiels et l'Initiative de Bamako au niveau des districts au Sénégal.

Equipe de la division des Soins de Santé Primaires, Août 1991.

Doc 9 :

« Atelier de la recherche en santé dans les pays du sud » Paris 2007 – 10 –

Doc 10 :

Ministère de la santé et de la prévention, Plan Stratégique pour la promotion de la médecine traditionnelle 2007-2010

Doc 11 :

Ministère de la santé et de la prévention médicale, Santé Communautaire ; Plan Stratégique.

Doc 12 :
Colloque « Pratiques soignantes, éthiques et sociétés »

Doc 13 :
Diop T.
Itinéraire Thérapeutique des Epileptiques fréquentant le service de Neurologie du
CHU de Fann.
Thèse de Pharmacie, Dakar, 2002 ; N°03.

Doc 14 :
Rapport sur la santé dans le monde 2000

Doc 15 :
Amélioration des prestations des agents de santé communautaires dans les soins de
santé primaires, Organisation mondiale de la santé, Genève 1989

Doc 16 :
Le renforcement des ministères de la santé pour les soins de santé primaires, OMS,
Genève 1988

Doc 17 :
Renforcement des capacités techniques de deux postes de santé et cepts cases de santé
dans une communauté rurale dans la région de Casamance

Doc 18 :
« Besoins en personnels en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000
sur la base des SSP ». OMS, Genève 1985

Doc 19 :
Bog dan MKLECZ KOWSKI, Ray Helling Duane, L. Smith
« Appui des systèmes de santé aux SSP »
OMS Genève, Suisse, 1985, Cahier de santé publique n°80 :127p

Doc 20 :
Diallo I.
Rapport introductif sur les SSP et l'IB Mars 1992

Doc 21 :
« Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 »
OMS Genève, Suisse, 1981 : 90p, p13

Doc 22 :
OMD-PNUD

Worldwatercouncil.org, le 18/11/2008

Doc 23 :

L'accès aux soins dans les pays du sud, « Dossier de synthèse documentaire et bibliographique », octobre 2005