

RESUME

Ce travail a pour but d'analyser la qualité des prescriptions et de la dispensation des médicaments essentiels au niveau du poste de santé d'Ounck. La stratégie de recherche utilisée est de type transversal, descriptif et analytique. La méthodologie comporte un volet qualitatif (entretien semi structuré avec les patients et avec le prescripteur) et un volet quantitatif (Analyse des 70 ordonnances, étude des indicateurs de prescriptions et de la dispensation des médicaments essentiel).

Les résultats de cette étude montrent que 48,6% des patients vivaient à Ounck (lieu de consultation) sur environ 24 villages, 37% étaient des femmes, 19% étaient scolarisés et 51,4% étaient dans la tranche d'âge 15-54ans.

L'évaluation de l'adéquation des prescriptions par rapport aux normes de rationalisations établies par l'OMS révèle que : le nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance est égal de 2 ; 99% des médicaments prescrits sont des génériques ; 69% des prescriptions comportent au moins un antibiotique ; 19% seulement des prescriptions comportent un produit injectable et environ 100% des médicaments prescrits figurent sur la liste nationale de médicaments et produits essentiels(LNMPE).

Ce travail montre également la faible adhésion des prescripteurs aux Protocoles Thérapeutiques Standards(PTS) puisque selon l'infirmier toute fièvre est due au paludisme et que toute diarrhée est due à la dysenterie etc...

Parmi les contraintes majeures à l'application de la rationalisation des prescriptions avec adaptation aux protocoles thérapeutique, il ya la formation de base qui reste insuffisante dans certains domaines, tels que la prévention, la

gestion ainsi que les techniques rationnelles. Concernant la formation continue, elle n'est que d'un faible apport et ne bénéficie pas de suivi et d'un entretien régulier.

Par ailleurs les résultats montrent aussi un faible niveau de dispensation des médicaments dû à la baisse du pouvoir d'achat dans ce village puisque le coût moyen de l'ordonnance achetée était de l'ordre de 749Fcf. alors que le coût moyen de médicaments prescrits était de l'ordre de 830Fcf. Et malgré cette faiblesse, il y'avait toujours des achats partiels.

Les recommandations concernent surtout la disponibilité des médicaments, et principalement ceux destinés aux programmes. De plus, certains protocoles (IRA, etc..) devenus inadaptés, devraient être revus et réactualisés. Les médicaments génériques devraient également être encouragés compte tenu du faible pouvoir d'achat et taux de couverture médicale. Par ailleurs, si la formation de base doit insister plus sur le côté préventif de l'exercice médical, la formation continue devrait être aussi plus fréquente et s'accompagner d'une formation, d'un audit et d'une retro-information. Concernant les exigences des patients, il est nécessaire d'appliquer une stratégie énergique d'éducation et d'information des consommateurs sur les médicaments. Une réglementation de la promotion pharmaceutiques s'impose, et il incombe aux laboratoires d'assurer une formation adéquate à leurs délégués médicaux. De plus, les médecins pharmaciens, les infirmiers ainsi que leurs aides devraient aussi bénéficier d'une formation sur le principe de la rationalisation des prescriptions. Enfin, le Sénégal devrait mettre en œuvre une politique pharmaceutique nationale globale dont les éléments clés sont : l'accessibilité économique, le financement des médicaments, les systèmes d'approvisionnement, la réglementation pharmaceutique, l'usage rationnel des médicaments, la recherche, le développement des ressources humaines, la surveillance et enfin l'évaluation.

**MOTS-CLES : Sénégal – Prescriptions - Dispensation – médicaments
essentiels - Indicateurs - Protocoles standard - Contraintes.**

SOMMAIRE

INTRODUCTION

ENONCE DU PROBLEME

PREMIERE PARTIE : CADRE DE REFERENCE

CHAPITRE I : GENERALITES SUR LE SENEGAL

I.1 DONNEES PHYSIQUES ET GENERALES :	20
I.2 DONNEES ECONOMIQUES :	22
I.3 PRATIQUES SOCIO CULTURELLES EN RAPPORT AVEC LA SANTE :	23
II.1 CONTEXTE SOCIO- ECONOMIQUE DE LA CASAMANCE :	26
II.1.1 GEOGRAPHIE :	26
II.1.2 DEMOGRAPHIE :	26
II.1.3 ECONOMIE :	26
II.2 CONTEXTE POLITIQUE : le conflit en Casamance	28
II.3 SITUATION SANITAIRE ET PHARMACEUTIQUE :	29
III.1 LE SYSTEME DE SANTE DU SENEGAL	32
III.1.1 DEFINITION D'UN SYSTEME DE SANTE :	32
III.1.2 PROFIL SOCIO-SANITAIRE :	32
III.1.2.1 ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	32
III.1.2.2 LES INFRASTRUCTURES SANITAIRES:	35
III.2 POLITIQUE NATIONALE DE SANTE :	37
III.2.1 HISTORIQUE :	37
III.2.2 LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES :	38
III.2.2.1 DEFINITION:	38
III.2.2.2 LES COMPOSANTES DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES :	39
III.2.2.3 LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET LE SYSTEME DE SANTE	39
III.3 POLITIQUE PHARMACEUTIQUE NATIONALE DE SANTE :	40
III.3.1 LA POLITIQUE DU MEDICAMENT ESSENTIEL :	41
III.3.1.1. SELECTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS :	43
III.3.1.2 ACQUISITION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS :	44
III.3.1.2.1 DÉTERMINATION DU STOCK INITIAL :	45
III.3.1.2.2 EVALUATION DES RESSOURCES REQUISES POUR LEUR PROVENANCE: REALISER LE STOCK INITIAL ET DE	45
III.3.1.2.4 Appréciation du système de transport :	47

III.3.1.3 Distribution des médicaments et produits essentiels :	48
III.3.1.4 Utilisation des médicaments essentiels :	49
III.3.1.4.1 Le Prescripteur :	49
III.3.1.4.3 La Population :	50
III.3.1.4.4 Les Malades :	50
IV.1 INITIATIVE DE BAMAKO :	53
IV.1.1 DEFINITION ET HISTORIQUE :	53
IV.1.3 La Tarification des MEDESS :	56
IV.1.4 Prescription et impact sur les centrales d'achat :	57
IV.2 DIFFICULTES ET CONTRAINTES :	58
I.1 Objectifs :	62
I.1.1 Objectif général :	62
I.1.2 Objectifs spécifiques:	62
I.2 Cadre et Méthode:	62
I.2.1 Cadre d'étude :	62
I.2.1.1 Présentation du lieu d'intervention	62
I.2.1.2 SITUATION SANITAIRE:	64
I.2.1.2.1 Infrastructure :	64
I.2.1.2.2 Ressources humaines	64
I.2.1.2.3 Principale pathologies :	64
I.2.2 Méthodologie utilisée :	65
I.2.2.1 Type d'étude :	66
I.2.2.3 Population d'étude :	66
I.2.2.4 Echantillonnage :	66
I.2.2.4.1 Critères d'inclusion :	66
I.2.2.4.2 Critères de non inclusion	66
I.2.2.4.3 Taille de l'échantillonnage	66
I.2.2.5 Outils et méthodes de COLLECTES:	67
I.2.2.6 Analyse statistique	67
I.2.2.7 Définition des variables quantitatifs étudiés :	67
I.2.2.7.1 Adéquation des prescriptions recueillies de ce réseau de soins de santé de base par rapport aux normes de rationalisation établies par L'OMS.	67
I.2.2.7.2 Le niveau d'adhésion des prescripteurs de ce réseau périphérique de base	69
I.2.2.8 Biais et limites de l'étude :	69
I.2.2.8.1 Biais de l'étude :	69
I.2.2.8.2 Les Limites de l'étude :	70
II.1 Caractéristiques des postes et cases de santé de la CRO :	72
II.2.1 Croisement et Caractéristiques des patients :	73
II.3 Analyse des ordonnances :	79
II.2.1 Caractéristique des patients selon l'ordonnance prescrite :	79
III.1 Validité interne :	87
III.2 Validité externe :	87
III.3 CARACTERISTIQUES DU POSTE DE SANTE D'OUNCK	87

III.4 Analyse des prescriptions :	88
III.4.1 Croisements et les caractéristiques des patients :	88
III.5 Analyse de l'ordonnance :	94
III.5.1 Caractéristique des patients selon l'ordonnance :	94
III.5.1.1 selon les indicateurs de prescription :	94
III.5.1.2 Caractéristique selon les indicateurs économiques :	99

TROISIEME PARTIE: CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

RECOMMANDATIONS

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux II.1 : Répartition des patients selon l'âge et le sexe

Tableaux II.2 : Répartition des patients selon leur niveau de scolarisation
et leur âge

Tableau II.3 : Répartition des patients selon leur religion

Tableau II.4 : Répartition des patients selon leur langue

Tableau II.5 : Répartition des patients selon leur durée de trajet

Tableau II.6 : Répartition des patients selon leur durée de consultation

Tableau II.7 : Répartition des patients selon le nombre moyen de médicaments
prescrits

Tableau II.8 : Répartition des patients selon le nombre de produits injectables
prescrits

Tableau II.9 : Répartition des patients selon le nombre de génériques prescrits

Tableau II.10 : Répartition des patients selon le nombre de médicaments
figurant sur la liste LNMPE.

Tableau II.11 : Répartition des patients selon le nombre de médicaments ATB
prescrits

Tableau II.12 : Répartition des patients selon le nombre de médicaments
achetés

Tableau II.13 : Répartition des patients selon le coût moyen de l'ordonnance
prescrite

Tableau II.14 : Répartition des patients selon le coût moyen de médicaments
achetés

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique N°1 : Lieu de résidence en fonction de leur fréquence

Graphique N°2 : Motifs de consultation en fonction de leur fréquence

Graphique N°3 : Diagnostique de l'ICP en fonction de leur fréquence

SIGLES ET ABREVIATIONS

- **ASC** : Agent de Santé Communautaire
- **ATB** : Antibiotique
- **AOF** : Afrique Occidentale Française
- **BRAN** : Bureau Régional de l'Alimentation et de la Nutrition
- **CNAO** : Centre National d'Appareillage et Orthopédique
- **CNTS** : Centre National de Transfusion Sanguine
- **CPN** : Consultation Prénatale
- **CRO** : Communauté Rurale de Ounck
- **CS** : Centre de Santé
- **DAGE** : Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
- **DCI** : Dénomination Commune Internationale
- **DHSP** : Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique
- **DHSA** : Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
- **DM** : Délégué Médical

- **DPL** : Direction de la Pharmacie et des Laboratoires
- **DPM** : Direction de la Prévention Médicale.
- **FB** : Formation de Base
- **FC** : Formation Continue
- **GTS** : Guide Thérapeutique Standard
- **IB** : Initiative de Bamako
- **ICP** : Infirmier Chef de Poste
- **INRUD** : Réseau international pour l'usage rationnel des médicaments
- **IRA** : Infection Respiratoire Aigue
- **LNMP** : Liste Nationale de Médicaments et des Produits Essentiels
- **MEDESS** : Médicaments Essentiels
- **MFDC** : Mouvement des Forces Démocratiques Sénégalaises
- **MEG** : Médicament Générique
- **MSPM** : Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale
- **ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ORL** : Oto- Rhino-Laryngologie

- **PAH** : Pharmacie et Aide Humanitaire
- **PDA** : Pharmacie Départementale d'Approvisionnement
- **PIB** : Produit International Brut
- **PMI** : Protection Maternelle et Infantile
- **PNA** : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
- **PNB** : Produit National Brut
- **PNDSS** : Plan National de Développement Sanitaire et Social
- **PPN** : Politique Pharmaceutique Nationale
- **PRA** : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
- **PS** : Poste de Santé
- **PTS** : Protocole Thérapeutique Standard
- **REMEDI** : Réseau des Médicaments et Développement
- **SSP** : Soins de Santé Primaires
- **STS** : Schéma Thérapeutique Standard
- **TDR** : Test de Diagnostique Rapide
- **UNICEF** : Fonds des Nations Unis pour l'Enfance.

INTRODUCTION

Les fonctions de base d'un cycle de gestion, dans tout système d'approvisionnement en médicaments, sont fondées sur 4 principes : la sélection des médicaments, l'acquisition, la distribution et l'utilisation. Ce dernier principe se subdivise en prescription, dispensation et usage par le patient. [26][44] (*voir annexe I les types d'utilisation irrationnelles des médicaments*).

Les objectifs essentiels de la prescription médicale sont de fournir au patient les traitements appropriés à sa maladie et d'encourager l'utilisation rationnelle des médicaments. Dans de nombreux pays les prescriptions sont irrationnelles voire même dangereuse [31]. C'est sur cette lancée que le Sénégal en 1990 a adopté une politique dite sectorielle de santé dont une des composantes était l'extension de la couverture sanitaire pour une meilleure accessibilité des soins à la population par le biais des soins de santé primaires. Cette politique ne sera effective qu'en 1992 grâce à l'initiative de Bamako.

C'est dans ce cadre que des postes et des cases de santé ont été mis en place pour gérer les problèmes de santé de premier niveau par une dispensation des soins de qualité aux populations. Ces postes de santé sont gérés pour la majeure partie par des infirmiers chef de postes (ICP), souvent par des techniciens de santé et au niveau des cases de santé les services sont assurés par des agents de santé communautaires (ASC). Quant à l'utilisation rationnelle des médicaments par la population, elle est souvent dépendante entre autres au niveau de ses revenus et à son niveau d'éducation.

Face à ces problèmes, le ministre de la santé Sénégalais a publié une liste nationale de médicaments essentiels par niveau de soins et, à l'instar de nombreux pays, a élaboré un guide d'index thérapeutique de référence destiné aux prescripteurs de chaque niveau de soin [21]. Cependant la diffusion et l'enseignement pratique de ces outils auprès de ces infirmiers restent encore très insuffisants. Cette situation observée, est beaucoup plus dramatique dans cette

partie SUD du Sénégal du fait de l'éloignement de cette zone et de son insécurité ; ce qui rend une formation continue par rapport aux protocoles de prise en charge du malade, adapté en fonction du niveau de soin rarement assurée dans cette partie du Sénégal.

C'est dans ce contexte qu'est intervenue de 2003 en 2008, l'Association Pharmacie et Aide Humanitaire (PAH), dans le but de renforcer le système sanitaire et socio économique dans cette partie sud du Sénégal, en collaboration avec les autorités sanitaires de la région de Ziguinchor et du département de Bignona. Et pour évaluer l'impact et l'efficacité de leur action pour cette période de 5 ans marquant la fin de leur intervention sur cette zone, l'Association PAH, a souhaité faire une étude sur les prescriptions médicales sur la santé des populations dans cette CRO. Ceci est l'objet de notre thèse dont le thème est : « analyse des prescriptions dans le poste de sante et les cases de santé de la Communauté Rurale de Ounck (CRO) du district sanitaire de BIGNONA /Sénégal ».

Notre travail a pour objectif général d'étudier la qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments essentiels génériques(MEDESS) dans cette CRO ,en *analyser les ordonnances* et de déterminer les liaisons aussi bien au niveau des patients qu'au niveau des cases de santé en vue d'analyser ,le processus de la rationalisation des prescriptions, et le processus d'usage rationnelle des MEDESS, avec adaptation aux protocoles thérapeutiques Standards(PTS) et de la Liste Nationale de Médicaments essentiels (LNMESS), et de proposer les ajustements nécessaires aux éventuels dysfonctionnements identifiés.

Après un bref aperçu sur le cadre de référence nous entamerons, les objectifs, la méthodologie puis nous présenterons les résultats et leur discussion, la conclusion et enfin les recommandations.

ENONCE DU PROBLEME

L'acte de prescrire des médicaments est un processus complexe ayant un impact direct sur le patient. Une prescription rationnelle contribue à assurer des soins de qualité, alors qu'une prescription irrationnelle réduit la qualité des soins médicaux et conduit par conséquent à un gaspillage des ressources. En effet, des auteurs ont démontré que les erreurs thérapeutiques Médicamenteuses les plus fréquentes surviennent au niveau de la prescription des infirmiers [5]. Ces erreurs ont des conséquences très lourdes et touchent principalement les domaines suivants :

✓ Sanitaire :

Les prescriptions irrationnelles entraînent des effets indésirables dont le risque augmente notamment en cas de prescription inutile [16]. Une enquête nationale réalisée en 2003 sur l'usage des ATB a identifié un usage inapproprié, particulièrement dans les centres de santé primaires [34]. Le problème de résistance aux antimicrobiens, qui est un phénomène exacerbé par le mauvais usage ou l'usage excessif des ATB, commence à poser de sérieux problèmes à l'échelon mondial [37].

Le traitement injectable est toujours plus onéreux que le traitement oral. Le prix du médicament lui-même est plus élevé pour une même dose de principe actif utile. Il exige une stérilisation rigoureuse du matériel d'injection ou l'utilisation de matériel à usage unique, très coûteux. Il expose d'une part, à des complications provenant d'un produit mal toléré ou d'une technique d'injection mal exécutée en particulier en cas de stérilisation incorrecte, et d'autre part, au risque de contamination bactérienne ou virale (tétanos, hépatite, poliomyélite, SIDA, etc.) [38]. (*voir annexe VI arbre de problèmes*)

✓ Economiques :

En effet, des enquêtes ont montré au Maroc que 20 à 52% du coût total des médicaments étaient dus à une prescription inadaptée des médicaments [35]. Ceci révèle la gravité de la situation surtout dans notre pays où les ménages financent pratiquement 60% du total de la consommation médicale et dont le tiers concerne les produits pharmaceutiques [25]. Et selon les enquêtes du PNDS, les dépenses moyennes au cours du mois étaient estimées à 70,6 F CFA par individu pour les consultations et à 329,5 F CFA pour les médicaments. Ceci montre donc que les populations dépensent 4 fois plus pour les médicaments que pour les consultations.

L'analyse des prescriptions de ce niveau périphérique est une préoccupation mondiale, et son étude a connu un regain d'intérêt surtout dans nos pays

PREMIERE PARTIE: CADRE DE REFERENE

CHAPITRE I : GENERALITES SUR LE SENEGAL

I.1 DONNEES PHYSIQUES ET GENERALES :



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 km² (moins de 1/5^{ème} du territoire français). 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.

Le climat est du type sahélien avec une saison des pluies de Juin à Octobre (période des moussons) et une saison sèche de Novembre à Juin avec des alizés

continentaux. D'une manière générale, les précipitations décroissent du Sud vers le Nord.

Sur le plan hydrographique, le Sénégal est limité à l'Ouest par l'Océan Atlantique et est traversé par plusieurs bassins hydrographiques qui forment deux systèmes importants : le cours inférieur du fleuve Sénégal et le cours moyen du fleuve Gambie. La Casamance est un petit fleuve côtier et le kayanga s'écoule vers la Gambie. Le fleuve Sénégal et le fleuve Gambie sont en eau toute l'année car ils sont alimentés par les importantes pluies qui tombent en Guinées sur les montagnes du Fouta Djallon. L'écoulement très rapide en certains endroits favorise le développement des gîtes larvaires des simules, responsables de la transmission de l'onchocercose qui sévit dans les villages riverains. La Casamance par contre est un petit fleuve sans alimentation lointaine avec un écoulement lent du fait de la faiblesse de sa pente, la vallée inférieure étant occupée par des eaux marines occasionnant une remontée salée en période de basses eaux. Les barrages anti sel de Guidel, d'Affiniam et de l'Anambé ont été réalisés pour permettre le développement de l'agriculture dans ces zones. Malheureusement le contexte bio écologie crée par ces nouvelles infrastructures a favorisé l'éclosion de maladies comme la bilharziose urinaire. Dans les régions du Centre-Ouest traversée par les vallées mortes du sine et du Saloum, l'écoulement superficiel est sporadique ou nul. Prés de la côte Nord, la nappe phréatique émerge par endroits dans des inter- dunes formant les mares temporaires des Niayes, zone de prédilection de l'horticulture, de la floriculture et du maraichage [46].

La capitale est Dakar (plus de 2 millions d'habitants – estimation 2006). La population est de 11,3 millions de personnes (estimation 2007). Cette population croît donc très rapidement, avec un taux de fécondité de 4,8 enfants par femme.

On observe une grande diversité ethnique : Wolofs (43,3 %), Peuls (23,8 %), Sérères (14,7 %), Diolas (3,7 %), Malinkés (3,0 %), Soninkés (1,1 %) Manjacks (2%) et quelques autres ethnies moins nombreuses et plus localisées, sans compter les Européens et les Libanais assez présents en milieu urbain. La population est majoritairement musulmane (92%), mais on trouve également des animistes (6%, surtout dans le sud-est du pays) et des chrétiens (2%). Si le Sénégal accueille des migrants, saisonniers ou non, cet Etat est surtout un pays de forte émigration. Cette diaspora (Europe, principalement France, mais aussi Amérique du Nord) représente une ressource essentielle pour le pays. L'accroissement de l'immigration clandestine dans les pires conditions notamment vers les îles Canaries constitue aujourd'hui une préoccupation majeure pour le Sénégal et les pays d'accueil. La mortalité infantile est de 70 pour mille (la plupart des décès ont lieu avant l'âge de 5 ans). L'espérance de vie est de 56,7 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.

I.2 DONNEES ECONOMIQUES :

Le Sénégal est un pays pauvre et très endetté : la dette extérieure est de près de 4 milliards d'euros (17,8% du PNB – estimation 2006). Le PIB/habitant est de 706 dollars (estimation 2005).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 2,1%. 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 niveau d'éducation et le niveau de vie), en 2006 le pays se classe au 156e rang mondial (sur 177). L'économie du

Sénégal est actuellement en pleine mutation avec le vent de la libéralisation. La privatisation des sociétés nationales est à l'ordre du jour et l'Etat s'efforce de créer les conditions d'une relance. Le taux de croissance de l'économie qui est resté longtemps en dessous de celui de la croissance démographique, commence à augmenter de façon significative, et serait de l'ordre de 5% en 1995. Cependant, le pouvoir d'achat des populations reste encore faible, même si l'inflation semble maîtrisée. Il a fallu prendre des mesures énergiques pour contenir la flambée des prix intervenue la première de la dévaluation surtout pour les produits de première nécessité comme les médicaments essentiels.

Les résultats préliminaires de l'enquête sur les priorités présentés par la Direction de la Prévision et de la Statistique en Février 1993 montrent que la population urbaine qui représente 40% de la population totale du pays détient 71% des revenus, le reste, c'est-à-dire seulement 29% revenant au monde rurale (60% de la population). Selon la même enquête, les dépenses moyennes au cours du mois étaient estimées à 70,6 FCFA par individu pour les consultations et à 329,5 FCFA pour les médicaments. Ceci indique que les familles dépensent beaucoup plus pour les médicaments que pour les consultations. Par ailleurs ces dépenses sont plus élevées chez les enfants et les personnes âgées qui naturellement constituent le gros lot des consultants [47].

I.3 PRATIQUES SOCIO CULTURELLES EN RAPPORT AVEC LA SANTE :

Le Sénégal présente une diversité socio culturelle qui trouve son fondement dans sa diversité ethnique. C'est ainsi que l'excision qui est encore courante chez les mandingues, les pulaars et les bassaris dans la région de Tambacounda, n'est pas du tout pratiquée au centre et à l'Ouest du pays essentiellement peuplé de sérères et d'ouolofs.

Au Sud, dans la région de Ziguinchor, la circoncision se fait encore dans le bois sacré dans des conditions d'hygiène précaire. Les lébous au niveau de la presqu'île du Cap-Vert organisent toujours les « *ndeups* », sorte de thérapeutique de groupe de la maladie mentale. Partout, le recours aux tradipraticiens est encore fréquent, même si la pharmacopée traditionnelle n'est pas valorisée à côté de la médecine moderne. A ce niveau, la collaboration entre tradipraticiens et praticiens « *moderne* » demande à être renforcée. Avec l'implication des populations dans la résolution des problèmes de santé, certaines pratiques néfastes comme l'excision pourront être mieux combattues, Comme tous les tabous et interdits qui entourent l'alimentation de l'enfant et qui ont une influence négative sur son état nutritionnel.

CHAPITRE II : GEOPOLITIQUE DE LA CASAMANCE

II.1 CONTEXTE SOCIO- ECONOMIQUE DE LA CASAMANCE :

II.1.1 GEOGRAPHIE :

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.1.2 DEMOGRAPHIE :

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

Sur le plan religieux, l'Islam est majoritaire avec 74,48 % d'adeptes (alors que la moyenne nationale est de 92%) Contrairement au reste du Sénégal le christianisme reste présent en Casamance, où il représente 17,5% de la population notamment chez les Diolas, ce qui dépasse largement la moyenne nationale qui est de 5%. 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).

II.1.3 ECONOMIE :

Ziguinchor a repris en 2005 avec un nouveau bateau, le *Willis*, qui vient d'être remplacé à son tour par l'*Aline Sitoé Diatta* en mars 2008. L'économie de la Casamance repose essentiellement sur l'agriculture (80% de la population

s'adonne à des activités agricoles), la pêche et le tourisme. Son climat, propice à l'agriculture, et ses sols très fertiles en font 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 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 les troubles 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 Joola provoque la mort de 1853 passagers, alors qu'il était conçu pour en transporter 550, constituant ainsi la plus grande tragédie de l'histoire du Sénégal. Le 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 était assurée par le Willis.

II.2 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 MFDC, munis de coupe-coupe, envahissent Ziguinchor. Les forces de l'ordre procèdent à plusieurs dizaines d'arrestations, dont celle du leader charismatique, l'abbé Diamacoune Senghor. 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 faire des ravages à l'heure actuelle (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.3 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 mis à sac. 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 ;

CHAPITRE III : CARTE SANITAIRE ET SYSTEME PHARMACEUTIQUE

III.1 LE SYSTEME DE SANTE DU SENEGAL

III.1.1 DEFINITION D'UN SYSTEME DE SANTE :

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 dépendent des autres sous système pour ce qui concerne l'affectation des ressources

III.1.2 PROFIL SOCIO-SANITAIRE :

III.1.2.1 ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé du Sénégal se présente sous forme d'une pyramide à trois niveaux :

- L'échelon périphérique qui correspond au district sanitaire
- L'échelon régional qui correspond à la région médicale
- L'échelon central



FIGURE 1 : PYRAMIDE SANITAIRE (SOURCE MSPM/SENEGAL), 2008

Le Sénégal compte 45 zones opérationnelles appelées districts¹. Chaque district comprend au minimum un centre de santé où exerce un médecin qui

¹ La circulaire n°1753 du 15 mars 1991 découpe le pays en 45 zones opérationnelles appelées district

dirige l'équipe cadre du district et un réseau de poste de poste de santé. Le district couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie d'un département. Dans tous les cas, la population couverte devrait se situer entre 100.000 et 150.000 habitants. Les postes de santé sont implantés au niveau des chefs lieux des communautés rurales ou parfois dans certains villages centre relativement peuplés, de sortes que la population de la zone de responsabilité se situe autour de 10.000 habitants et que chaque village puisse avoir accès à un poste à moins à 15km. Le poste de santé s'appuie sur les infrastructures communautaires de village (case de santé et maternité rurale) créées par les populations qui en assurent également la gestion par le biais des ASC ou des MT choisies par elles.

Au niveau régional, la structure de coordination est la région médicale. Il existe une région médicale dans chaque région. Cette structure est dirigée par un médecin de santé publique qui dirige l'équipe cadre régionale animée par les chefs des services régionaux rattachés à la région médicale. Sur la liste de ses services, recouvre le secteur des grandes endémies, l'hôpital régional, la brigade régionale de l'hygiène, la coordination régionale de l'action sociale, le bureau régionale de l'éducation pour la santé, le bureau régionale de l'alimentation et de la nutrition (BRAN), le Centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) régional et le bureau de la statistique habituellement tenu par le superviseur régional des soins de santé primaires.

Au niveau central le ministère de la santé et de la prévention médicale (MSPM) comprend outre le cabinet et l'inspection, quatre directions : Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement (DAGE), la Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique (DHSP), la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL), et la Direction de la Prévention Médicale (DPM).

Chaque direction comprend des divisions et parfois des services nationaux. En dehors des quatre directions techniques, le Cabinet dispose d'autres services et institutions rattachés : le Service de l'Education pour la Santé, la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Centre Nationale d'Appareillage Orthopédique (CNAO), le centre Talibou Dabo. Enfin, depuis la suppression de la direction des formations hospitalières, les hôpitaux nationaux sont directement rattachés au Cabinet.

Sur le plan de l'offre de services, cette architecture pyramidale se traduit par la disponibilité des soins de santé de base au niveau des postes de santé, des soins secondaires au niveau des centres de santé qui constituent en même temps la référence pour le poste. Au niveau supérieur l'hôpital régional offre des soins tertiaires et constitue la référence pour les districts.

Au niveau central des problèmes de coordinations existent également. Ces problèmes trouvent leur explication dans la juxtaposition de plusieurs facteurs comme le rattachement de plusieurs services techniques (et même de certains projets) au cabinet, le manque de structure formelle de coordination de l'action des partenaires au développement, la disparition de certaines directions clés qui assuraient la gestion de sous – secteurs importants tels que les hôpitaux, la formation et la recherche, la planification, la coopération, les statistiques et la documentation.

L'environnement juridique et réglementaire actuel du ministère de la santé et de la prévention médicale nécessite des améliorations surtout sur le plan de la coordination et de l'intégration des activités. C'est le prix à payer pour conduire avec succès l'application de la politique définie à travers les nouvelles orientations de la politique de santé nationale. Le programme de réformes à

entreprendre comprend deux volets. Une partie législative et une partie relative à la réforme institutionnelle.

La partie législative concerne le nouvel organigramme du Ministère, la loi hospitalière et un ensemble de textes en projet relatif au cadre juridique des mutuelles, à la révision du code de l'hygiène et des statuts des comités de santé, mais également l'élaboration de textes relatifs à l'emploi des handicapés et aux médicaments. Concernant ce dernier point, il faut signaler que le décret portant droit de substitution en matière de médicaments est déjà pris.

Les réformes institutionnelles² touchent le sous-secteur du médicament et de la pharmacie avec le nouveau plan directeur du sous-secteur pharmaceutique. La PNA changera de statut et passera du statut service public à celui de société nationale. Les hôpitaux changent également de statut pour devenir des établissements de gestion autonome, de type privé non lucratif, avec un plan comptable³. La nouvelle loi hospitalière permet de tenter l'expérience de projet d'établissement dans les hôpitaux tests avant de procéder à la généralisation de la réforme au cours de la deuxième période du PNDS. Les autres réformes institutionnelles rentrent dans le cadre de la recherche de financement alternatif et concernent la création de cadre juridique pour les mutuelles de santé, mais également la réhabilitation des Institutions de Prévoyances Maladies (IPM) et leur mise sous tutelle du Ministre de la Santé et de la Prévention Médicale (MSPM).

III.1.2.2 LES INFRASTRUCTURES SANITAIRES:

² La réforme hospitalière du Sénégal a été adoptée par l'assemblée nationale le 12 février 1998 sous forme de deux lois complémentaires : la première intitulée « *loi portant réforme hospitalière* » la seconde intitulée « *loi relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des Etablissements Publics de santé* »

³ Décret n° 98-702 portant organisation administrative et financière des établissements publics santé

La qualité de la prise en charge dépend d'un personnel qualifié et des infrastructures disponibles et qui répondent aux normes édictées par l'OMS. Au Sénégal, on ne compte que 17 hôpitaux, soit environ un Hôpital pour 500.000 habitants, ce qui est loin des normes OMS (1 pour 150.000 habitants). L'indice lit-population en constante baisse est de 2109. Toute fois, il convient de relativiser la faiblesse apparente de l'indice lit/population en se basant sur les normes OMS car en réalité le plateau technique des 57 centres de santé au Sénégal est comparable au plateau technique de ce que l'OMS appelle « Hôpital de District ». Ce phénomène observé se répercute directement sur tous les niveaux surtout le niveau périphérique. Ce qui fait au Sénégal à l'heure actuelle un centre de santé pour un peu plus de 150.000 habitants, ce qui est encore loin des normes OMS (1 CS/50.000 habitants). IL faut dire toutefois que les centres de santé au Sénégal sont à un niveau un peu plus élevé que le centre de santé type décrit par l'OMS sur le plan de l'infrastructure, des équipements et des personnels.

Pour répondre à ce phénomène, le Sénégal ne cesse d'augmenter depuis l'avènement des Soins de Santé Primaires le nombre de postes de santé. En 1994, le nombre de poste de santé recensé s'élevait à 733. Le poste de santé constitue un maillon important du système de santé. Lieu de prédilection des activités de prévention et d'éducation des populations, il offre également un paquet minimum de soins de base⁴. La participation des populations est mieux organisée à ce niveau par le biais des comités qui assurent régulièrement la maintenance des bâtiments. Actuellement le nombre de poste de santé rapportés à la population donne un ratio de l'ordre de un poste de santé pour 11 à 12.000 habitants, ce qui avoisine les normes nationales (1 PS pour 10.000 habitants).

⁴Les fonctions minimales du PS sont définies par la circulaire 1753 du 15 mars 1991. Il s'agit d'activités opérationnelles et d'activités gestionnaires

III.2 POLITIQUE NATIONALE DE SANTE :

III.2.1 HISTORIQUE :

Les bases politiques de la santé pour tous sont contenues dans la constitution de l'OMS qui donne pour mission à l'organisation « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ». L'objectif de la santé pour tous correspond bien à cette mission. Ce qui est visé, c'est le niveau de santé « le plus élevé possible », ce qui veut dire que chaque pays s'efforcera d'améliorer la santé de sa population compte tenu des moyens sociaux et économiques de la nation. La santé pour tous n'est donc pas un objectif fixe et limité ; c'est un processus menant à l'amélioration progressive de la santé des populations. On pourrait s'attendre à ce que les pays envisagent dans l'ensemble ce processus de façon identique ; or, le concept de « la santé pour tous » sera interprété et adapté différemment par chaque pays compte tenu de ses caractéristiques sociales et économiques, du niveau de santé et du tableau de la morbidité dans la population, ainsi que du niveau de développement du système de santé. Il existe un seuil au – dessous duquel ne devrait se trouver aucun individu où que ce soit. La 30^{ème} assemblée mondiale de la santé a décidé en 1977 dans sa résolution WHA 30.43 que d'ici l'an 2000, tous les habitants de tous les pays du monde devraient avoir accédé à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive, ce qui signifie que chacun devra jouir d'un état de santé tel qu'il puisse au moins travailler de façon productive et participer activement à la vie sociale de la collectivité. La santé pour tous ne veut pas dire qu'en l'an 2000, les médecins et le personnel infirmier apporteront à tous les habitants de la terre les solutions médicales à leurs maux ni qu'il n'y aura plus en l'an 2000, de malades ou de handicapés. Face à cette situation, la nécessité de généraliser cette politique de santé devient un regain d'intérêt pour les pays du sud, en particulier les pays Africains.

Les politiques de santé africaines sont basées depuis plusieurs années sur le développement des soins de santé primaires et, pour leur volet pharmaceutique, sur l'utilisation des Médicaments essentiels et génériques (MEG). Depuis la dévaluation du Franc CFA de 1994 La nécessité de généraliser l'utilisation des MEG est admise pour améliorer l'accessibilité du Médicament pour la population des pays de la zone Franc et associés. A cet effet, De nombreuses mesures réglementaires, d'organisation, ont été prises [12]. Cependant au Sénégal, Plusieurs évaluations de la situation des sous secteur pharmaceutique ont été réalisées dont la dernière date a été réalisée en 2003 par le Ministère de la santé en collaboration avec l'OMS. Cette évaluation a permis de ressortir plusieurs problèmes dont l'absence, d'une politique claire en matière de médicament. Une recommandation forte de cette étude était d'élaborer un document de politique pharmaceutique nationale pour une meilleure prise en charge.

III.2.2 LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES :

III.2.2.1 DEFINITION:

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels, fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiques valables et socialement acceptable, 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 les 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 nationale 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 nationale de santé, 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 sempiternel de protection sanitaire.

III.2.2.2 LES COMPOSANTES DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES :

La déclaration d'Alma- Ata a également défini les composantes des soins de santé primaires comme suit :

- ✓ Une éducation concernant 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 ;
- ✓ Un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissements de base ;
- ✓ La protection maternelle et infantile y compris la planification familiale ;
- ✓ La vaccination contre les maladies infectieuses ;
- ✓ La prévention et le contrôle des endémies locales ;
- ✓ Le traitement des maladies et les lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels de qualité ;

III.2.2.3 LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET LE SYSTEME DE SANTE

En tant que moyen d'instaurer « la santé pour tous d'ici l'an 2000 », les soins de santé primaires, sous forme d'activités permanentes et de campagnes de lutte contre les problèmes de santé, interviennent et au premier point de contact entre la population et le système de sanitaire, avec le soutien et la participation sans réserve de la collectivité. Toutefois, l'approche des SSP doit s'appliquer à tous les échelons des systèmes sanitaires et pas seulement aux services périphériques. D'autre part, ces soins doivent faire partie intégrante du

développement socio-économique national et local. Ils doivent être planifiés en liaison avec les autres secteurs et appliqués au moyen de systèmes et de mécanismes méthodiques de développement national communautaire.

Les SSP ne doivent pas être planifiés et appliqués comme programme vertical, parallèle aux autres éléments du système de soins de santé et indépendant de ce système. Tout le système de soins de santé doit être axé essentiellement sur le soutien de services périphériques et viser à compléter leur action par des moyens commodes et opportuns d'orientations/ recours pour des cas où des problèmes dépassent les compétences de ces services.

Ce n'est qu'ainsi qu'à tous les niveaux, le système de soins de santé peut être accessible à tous. Dans le même temps, le système sanitaire doit être compatible avec les caractéristiques politiques, administratives et productives du pays, ainsi qu'avec la structure socio-économique du développement d'ensemble. Cela facilitera à la fois la bonne intégration des SSP dans le processus de développement national et local et la coopération avec d'autres secteurs socio-économique.

III.3 POLITIQUE PHARMACEUTIQUE NATIONALE DE SANTE :

Le monde pharmaceutique se transforme rapidement et profondément, allant toujours vers plus de complexité. Les pays à ressources limitées sont particulièrement démunis face à cette situation, alors que le système pharmaceutique de ces pays est particulièrement concerné par ces changements rapides. Pour arriver à un niveau de performance permanent d'assurer la continuité de l'offre de produits pharmaceutiques de qualité, l'organisation de systèmes pharmaceutiques basés sur les principes d'assurance qualité est un moyen d'intégrer le changement comme moteur du développement.

La mise en place de ce système « Assurance Qualité » permet d'assurer une bonne gestion de la collecte et du traitement des informations pour mettre en place une architecture technique répondant à la demande de médicaments de qualité validée. Au-delà des concepts, la mise en place de tels systèmes s'appuie sur l'amélioration des pratiques surtout celles des prescriptions des médicaments essentiels [1].

Ce dynamisme constaté a marqué le secteur pharmaceutique Sénégalais. Et jusqu'à une date récente, il a été caractérisé par l'exemple qu'il a donné à nombre de pays africains en termes de qualité de la formation de ces cadres, d'organisation et de respect à tout égard des bonnes pratiques pharmaceutiques. Depuis le milieu de la décennie 80 caractérisée par l'exposition démographique, l'essoufflement du modèle économique post-colonial et la mise en place des politiques d'ajustement structurel, on assiste à une crise de croissance qui, par certains aspects, frise la régression. C'est le moment de faire un état des lieux susceptible de proposer aux acteurs du secteur des pistes de réflexion [49].

III.3.1 LA POLITIQUE DU MEDICAMENT ESSENTIEL :

La politique publique du médicament essentiel appliquée au Sénégal constitue une véritable révolution dans la conception et la mise en œuvre des réformes sectorielles pour le secteur de la santé." Développer des soins de santé primaires (SSP) en vue d'accroître de manière durable la couverture en soins de santé de base des populations ". Pour faire face aux nombreux problèmes de santé publique, et plus particulièrement aux demandes en médicaments, l'Etat a entrepris un programme de promotion de médicaments génériques d'une part au niveau national. Et d'autre part par la création de cases de santé au niveau des communautés rurales et la formation d'agents de santé au niveau villageois, la constitution de pharmacies villageoises disposant d'un certain nombre de

médicaments de base figurant sur une liste limitative officiellement établie par le ministre de la santé publique [10].

Pour atteindre son objectif qui est d'améliorer le coût et la disponibilité des médicaments, le Ministre de la Santé et de la Prévention a rendu opérationnel son programme de MEDESS à l'échelle du pays. Cette politique des MEDESS comporte différentes étapes fondamentales dans son application pratique. Cependant, pour rendre les prescriptions plus rationnelles, une **liste nationale de médicaments essentiels**⁵, 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 de la Pharmacie et des laboratoires. Il s'agit actuellement de la sixième révision de juillet 2006, la septième liste est en cours (*voir annexe II liste nationale des médicaments et produits essentiels*).

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

- Disponibles,
- En quantité suffisante,
- Sous la forme pharmaceutique appropriée,
- Avec une qualité assurée,
- Accompagnée d'une information adéquate,
- A un prix accessible pour les individus et la communauté.

Un engagement politique fort a été pris par le Sénégal pour mettre en œuvre cette initiative : en 1990 il a été décidé un renforcement de la politique de

⁵ 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 »

décentralisation par l'élaboration de plans régionaux de développement sanitaire ainsi que de plans de développement des districts.

III.3.1.1. SELECTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS :

Cette étape est en principe franchie par l'ensemble des districts du Sénégal grâce aux travaux de préparation de la liste nationale des médicaments essentiels dirigés par le niveau central.

Pour décider des médicaments essentiels à sélectionner, il est nécessaire [48] :

- ✓ Déterminer la physionomie de la pathologie existante dans la localité en termes d'affections les plus fréquentes, les plus graves, les plus vulnérables par l'utilisation des médicaments essentiels ;
- ✓ Identifier pour chaque type d'affection le médicament le plus efficace, le moins nocif, le moins cher, le plus accessible et mieux, le plus acceptable par la population et que les prescripteurs maîtrisent bien ;
- ✓ Dresser ainsi une liste de ces médicaments par niveau et par type de formation sanitaire en utilisant leur nom générique.

Un comité a été mis sur place et a arrêté une liste référée au niveau supérieur de la pyramide sanitaire. Cette liste sélectionnée a été discutée avec toutes les personnes intéressées par son application. Le Ministère de la Santé et de la Prévention a révisé la septième liste officielle de MEDESS en juillet 2008 qui est en cours, en veillant de plus près à l'efficacité du choix des médicaments, à l'usage des noms génériques et en définissant des règles pour son application. En vertu de ces règlements, la liste de médicaments essentiels devra être strictement appliquée par la PNA, tous les hôpitaux régionaux et les formations sanitaires de district, ainsi que par les organisations communautaires de santé [4].

Cette liste présente de nombreux avantages [48] :

- ✓ Un nombre limité de médicaments nécessaires et suffisants pour traiter les affections les plus courantes ;
- ✓ Un coût réduit de manière très substantielle par la seule utilisation du nom générique ;
- ✓ La simplicité d'emploi, et de la réduction des risques d'intoxication ;
- ✓ La facilité de stockage et de la gestion ;
- ✓ La facilité de mémorisation de ce nombre limité de médicaments aussi bien par les prescripteurs que par les populations ;
- ✓ La limitation voire la disparition à terme d'utilisation des médicaments des Dons de médicaments inappropriés ;
- ✓ La simplicité des schémas thérapeutiques et l'accroissement de leur efficacité et de leur coût ;
- ✓ Exceptionnellement et en cas de besoin légitime, on a la possibilité de recourir à l'utilisation de médicament ne figurant pas sur la liste des MEDESS.

III.3.1.2 ACQUISITION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS :

L'acquisition est l'activité qui permet de garantir la livraison régulière des quantités de MEDESS sélectionnés au coût le plus bas possible, ce qui veut dire amoindrir autant que possible les charges récurrentes.

Elle comprend les étapes suivantes [48] :

- ✓ La détermination du stock initial ;
- ✓ L'évaluation des ressources requises pour réaliser ce stock initial et leur source de provenance ;
- ✓ L'identification des sources d'approvisionnement ;

- ✓ L'appréciation du système de transport ;

III.3.1.2.1 DÉTERMINATION DU STOCK INITIAL :

Les critères pour déterminer la quantité de médicaments réfèrent à [48].

- ✓ La fréquence des affections selon le type et la saison et par âge ;
- ✓ Les schémas thérapeutiques rationalisés selon le type d'affection et par âge;
- ✓ L'estimation des quantités nécessaires par type d'affections et par période ;
- ✓ La détermination des rythmes de consommations et du stock de sécurité en tenant compte des déperditions possibles ;
- ✓ L'élaboration de fiches de commande ;
- ✓ La détermination des délais de livraison et, ainsi, le choix du cycle d'acquisition ;

Afin de stimuler les opérations des districts et de relancer les efforts de recouvrement des coûts, la constitution d'un stock initial renforcera le système d'approvisionnement en MEDESS aux différents niveaux.

III.3.1.2.2 EVALUATION DES RESSOURCES REQUISES POUR REALISER LE STOCK INITIAL ET DE LEUR PROVENANCE:

L'estimation des ressources requises pour réaliser le stock initial est faite sur la base des prix proposés par le fournisseur sélectionné et les coûts des charges récurrentes. Pour les cases de santé, le fournisseur sera le dépôt communautaire ; pour les postes de santé, c'est le dépôt de district et pour le district, c'est la PRA approvisionné par la PNA qui elle s'approvisionne sur le marché international et national.

Pour améliorer les ressources nécessaires, les formations sanitaires ont fait appel aux budgets des collectivités locales, aux recettes des associations et groupements, aux crédits de l'Etat, aux ONG et Bailleurs de fonds.

C'est ainsi que le projet santé rurale a apporté, dans ce sens l'assistance suivante [4].

- ✓ L'achat de médicaments pour la PNA jusqu'à concurrence de 200 millions de francs CFA afin de compléter le stock existant et obtenir un stock de roulement de quatre mois pour répondre aux besoins des formations des districts ;
- ✓ Un approvisionnement de quatre mois en médicaments pour tous les comités de santé des districts ;
- ✓ Et un approvisionnement de quatre mois en médicaments pour 16 postes de santé de chaque district du pays ;

Les populations locales participent effectivement à la mobilisation de ces ressources requises.

III.3.1.2.3 Identification des ressources d'approvisionnement :

Un accent particulier est mis dans l'acquisition des médicaments sur la sélection des fournisseurs. Pour les formations sanitaires de district et de la région médicale toute entière, l'organisation du système d'approvisionnement dans notre pays ne laisse pas d'autres alternatives que celles préconisées par la PNA jusqu'au dépôt communautaire [11].**voir schéma sous dessous**

La restructuration de la PNA a été soulevée dans l'étude de gestion et d'organisation de cette dernière [11], afin de la rendre beaucoup plus conforme à notre option en matière de médicaments essentiels.

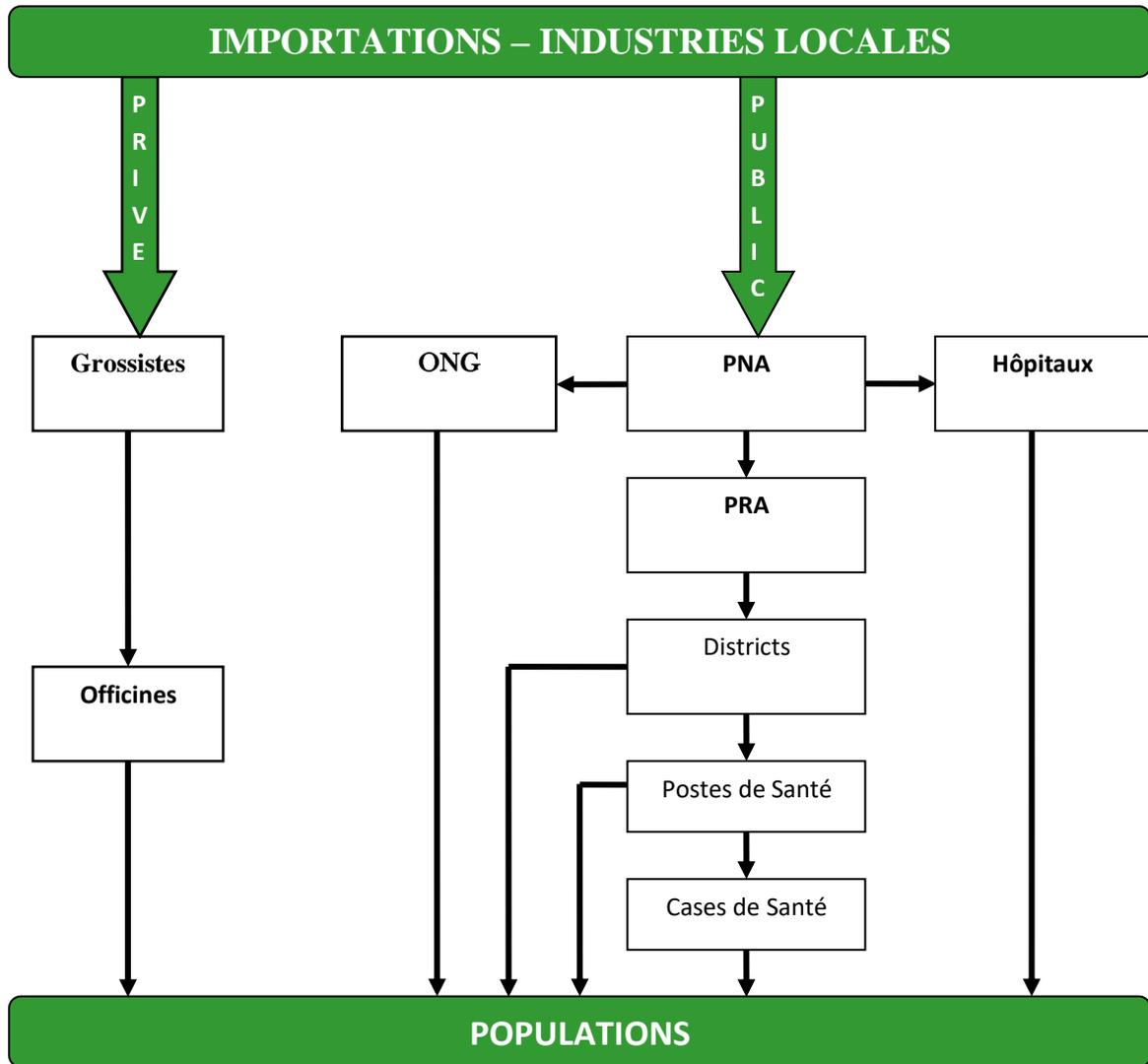


FIGURE 2 : CIRCUIT DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS GENERIQUES AU SENEGAL CONCERNANT LE PUBLIC ET LE PRIVE ⁶

III.3.1.2.4 APPRECIATION DU SYSTEME DE TRANSPORT :

Le transport des médicaments et du matériel depuis la source d’approvisionnement revêt une importance capitale dans l’acquisition des médicaments. Il influence le prix de revient des produits pharmaceutiques, mais également leur disponibilité en temps opportun dans les formations sanitaires [48].

⁶ Source : Rapport de mission de deux Pharmaciennes de PAH /Irène MADET et Dominique ROUFFY au niveau CRO. Novembre 2005-Avril 2006

Le système de transport sera donc fonction des structures afin d'éviter des retard inutiles et de limiter les coûts, d'éviter également les déperditions qui peuvent Influencer en définitive sur le prix de revient.

III.3.1.3 DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS ET PRODUITS ESSENTIELS :

Le système de distribution des MEDESS et du matériel médical vise à assurer l'acheminement de ces produits du fournisseur jusqu'au niveau des formations sanitaires qui les utilisent. Il est classique dans ce domaine de discuter deux types de stratégies de distribution : centralisé et décentralisé.

Il faut rappeler à ce propos que l'option prise dans le cadre de notre politique pharmaceutique est de centraliser tous les médicaments et produits pharmaceutiques au niveau de la PNA et puis de les distribuer aux districts sanitaires par l'intermédiaire des PRA.

Toutefois, il peut arriver, pour diverses raisons, que des districts sanitaires soient approvisionnés directement par la PNA. Cela constitue une exception et tend à disparaître avec la restructuration de la PNA. Pour garantir un fonctionnement optimum d'un quelconque système de distribution de médicaments, il faut nécessairement une planification systématique des activités de distribution aux formations sanitaires couvertes par ce système. Ce système doit être appuyé par un système d'information qui donne des renseignements sur le niveau des stocks, la réception, les sorties et la consommation de médicaments.

Une bonne stratégie de distribution suppose également un choix sur le type d'approche qui peut être par commande sur base de besoins identifiés ou par allocation périodique en partant du disponible. L'approche par allocation ou

rationnement repose sur une détermination des quantités à allouer par une personne autre que le gestionnaire de la formation sanitaire.

Pendant longtemps, les centres de santé ont fonctionné sur la base d'un rationnement pour ce qui est des crédits de l'Etat, et de la commande directe de la PRA ou à la PNA pour ce qui de la recette tirée de la vente des tickets. L'application de la politique des médicaments essentiels réduits ces deux système en un seul consistant à commander sur la base des besoins identifiés par les responsables des formations sanitaires.

III.3.1.4 UTILISATION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS :

L'utilisation correcte des médicaments essentiels est l'une des étapes les plus importantes dans la politique du médicament. Sans elle, tout le processus décrit ci-dessus n'aurait aucun sens. Elle met en jeu plusieurs acteurs.

III.3.1.4.1 LE PRESCRIPTEUR :

Il a déjà été formé et informé sur l'administration des médicaments et les bonnes pratiques de prescription conformément à la liste par niveau des MEDESS. Des guides thérapeutiques et la conduite à tenir devant les affections courantes ont été mis à sa disposition. A cela, il faut ajouter la confection d'ordinogrammes et l'élaboration de schémas thérapeutiques standardisés et rationalisés pour la prise en charge des formes simples des affections les plus couramment rencontrées. Ceci permet aux prescripteurs d'une même localité d'appliquer des schémas semblables. Tout médicament est toxique, c'est une question de dose et de quantité. C'est pourquoi le prescripteur doit en permanence avoir à l'esprit que seul l'usage rationnel des médicaments peut permettre d'éviter certains accidents iatrogènes.

III.3.1.4.2 Le Gestionnaire des médicaments :

Il a bien reçu une formation axée sur l'utilisation efficace des outils de gestions de gestion des médicaments repose en grande partie sur son engagement et sa détermination [48]. Le personnel médical est entrain de mettre à la disposition du gestionnaire, toute son expérience et son savoir faire en ce qui concerne les conditions de stockages des produits, la distribution et la dispensation aux bénéficiaires.

III.3.1.4.3 LA POPULATION :

Conscience de la fragilité de sa santé, la population a adhéré à la politique des médicaments essentiels, suite aux nombreux résultats dont elle a été témoin oculaire. Son adhésion demeure une condition indispensable à la réussite de la nouvelle politique en matière de médicaments.

Dans cette optique, la population tente de prendre en main la responsabilité et la promotion de son propre développement sanitaire en participant très activement à l'effort de santé publique.

III.3.1.4.4 LES MALADES :

La politique des MEDESS ne marchera au niveau du poste que si elle est soutenue par un important volet d'information et d'éducation sur l'utilisation appropriée des médicaments d'une part, et d'autre par une sensibilisation sur la justification de l'emploi des noms génériques et les avantages que cela représente pour les malades et pour le système tout entier[48].

D'une manière générale, le malade non averti est réfractaire à tout changement de comportement envers les médicaments et son adhésion constitue la voie royale au bon fonctionnement du système. C'est la raison pour laquelle, le prescripteur doit beaucoup insister sur l'anamnèse et veiller en collaboration

avec l'entourage du malade à l'observance du traitement qui seule, peut confirmer la compétence du système à améliorer l'état de santé des populations.

Actuellement, le taux de fréquentation des structures sanitaires a augmenté de manière considérable, ce qui témoigne de l'intérêt tout à fait manifeste que le malade accorde à sa santé et au système dans sa globalité.

CHAPITRE IV

INITIATIVE DE BAMAKO: Difficultés et contraintes

IV.1 INITIATIVE DE BAMAKO :

IV.1.1 DEFINITION ET HISTORIQUE :

Dans la pièce de théâtre que la troupe de Radio Saint- Louis a présenté à l'équipe chargé du lancement officiel de L'IB, le 08 juillet 1992, une femme s'est exclamée ! Comment se fait- il qu'on aille jusqu'à Bamako pour mettre en place un système qui interpelle les populations Sénégalaises ?

Tout a commencé en 1977, à la 30^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé à Genève. L'objectif de la santé pour tous avait été retenu comme celui à atteindre avant l'an 2000.

En 1972 à Alma Ata, on a alors défini la stratégie des soins de santé primaires pour atteindre cet objectif. On entend par soins de santé primaires, des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un cout abordable pour la communauté et le pays [39].

Le concept de l'accès universel aux soins de santé primaires grâce à la mobilisation des ressources humaines et matérielles des communautés n'est pas nouveau.

L'enthousiasme qu'a suscité cette politique après la conférence d'Alma Ata s'est concrétisé dans des actions tant au niveau national qu'au niveau des collectivités désireuses de participer à l'amélioration de leurs conditions de vie. Toute fois, la frustration résultant des difficultés non maitrisées touchant les questions de planification et de financement, a vite tempéré l'enthousiasme des débuts prometteurs [41]. L'accent mis sur le développement de réseaux d'agents de santé villageois sans renforcement complémentaire des services d'orientation, recours et référence s'est traduit dans bien des cas par une dégradation

progressive des services de santé, particulièrement pour les population pauvres et vulnérables [41].

Ces expériences quelques fois douloureuses ont permis de tirer des leçons utiles concernant la conception même des soins de santé primaires.

Dix ans après Alma- Ata, il a été constaté que la mise en œuvre efficace des soins de santé primaires, au profit des populations pauvres tardait à se faire.

Pour redynamiser les services de SSP, une nouvelle stratégie a été adoptée, lors de la 37^{ème} Réunion Régionale de l’OMS, par les Ministres Africaines de la santé réunis à Bamako. Cette stratégie qui vise à revitaliser les SSP à assise communautaire est sous le nom de L’IB.

C’est une résolution prise par le comité régional de l’OMS pour l’Afrique (Résolution AFR/RC 37/R6) à Bamako au Mali, en Septembre 1987 à la demande du FISE et de l’OMS qui vise à contribuer à l’accélération de la mise en œuvre des SSP au niveau du district en accordant la priorité aux femmes et aux enfants [48]. Elle se fonde sur le concept que les collectivités locales participent au financement et à la gestion des SSP , dont le fonctionnement, au moins en partie, est assuré grâce aux revenus générés par le paiement. Des soins médicaux [20].

Ainsi, l’initiative se situe à une triple intersection comprenant les SSP, les systèmes d’approvisionnement et de distribution des médicaments et les processus de gestion où les collectivités participent pleinement.

L’IB n’est pas un remède miracle aux problèmes de développement et de financement des soins de santé primaires mais implique un processus de planification et une réorientation des politiques sanitaires.

Le succès en est conditionné par la mise en place d'un système de gestion matérielle et financière simple, réaliste, transparent ; et lié à une capacité de suivi et de supervision des actions menées au niveau des villageois [20].

L'initiative de Bamako représente donc un défi lancé aux gouvernements Africains en vue de mettre en place un système permanent et autonome d'approvisionnement en médicaments essentiels de base et un réseau de SSP de qualité à la portée de tous.

Malgré le défi que représente l'IB au niveau des politiques et des infrastructures, la plupart des pays africains constatent que ce concept constitue une stratégie unique pour atteindre les objectifs de la santé pour tous d'ici l'an 2.000

IV.1.2 Le système de recouvrement des coûts sur la vente du médicament :

En 1987, à Bamako, dans un contexte économique difficile, marqué par le poids de la dette, les problèmes de financement de la santé des pays en développement avaient conduit les ministres de la santé africains à adopter une résolution appelée « Initiative de Bamako », recommandée par L'OMS ET L'UNICEF [14].

Celle-ci visait à dynamiser la politique de soins de santé primaire axée sur les aspects préventifs (Hygiène, assainissement, nutrition, PMI, vaccination, ect) et sur les soins curatifs de base, grâce à une participation des communautés à la prise de leurs propres problèmes sanitaires

Cette participation communautaire se traduisait sur tout par la vente aux malades des médicaments essentiels génériques (majoritairement fabriqués en Inde ou en chine) selon le principe du recouvrement des coûts.

L'Etat devait garantir un approvisionnement constant en médicaments, prendre en charge le personnel soignant, et assurer des supervisions portant sur le flux descendant de médicaments et les flux ascendant d'argent, dans un souci de pérennisation du système.

Vingt ans après le lancement de cette initiative, il convient d'analyser objectivement les résultats de cette politique. Elle a certes permis d'accroître globalement les disponibilités des médicaments essentiels génériques, mais son bilan reste toutefois mitigé, en raison de certaines dérives qu'il est encore possible de rectifier par un encadrement approprié.

Ils déplorent également des phénomènes d'exclusion du système de soins de certains malades, en l'absence de mécanisme de prise en charge des indigènes. Ils regrettent quelques graves dysfonctionnements et comportements contraires à l'éthique dans certains services lors de cas d'urgence où le malade est laissé de côté en raison d'une application trop stricte du principe exigeant de « payer d'abord » [14].

IV.1.3 La Tarification des MEDESS :

En fait, le recouvrement des coûts par la vente des médicaments était conçu pour garantir prioritairement le renouvellement du stock, et permettre le financement de quelques menues dépenses de fonctionnement.

Mais l'expérience montre qu'en raison d'un déficit de supervision (autre que celle pratiquée par les agents bénéficiant du système) et de l'état de pauvreté et d'isolement des acteurs de santé, des dérives sont apparues dans la gestion même de ce recouvrement des coûts.

Le coefficient multiplicateur entre le prix de départ de la centrale d'achats de médicaments et le prix de vente au malade exagérément augmenté.

Ceci rend peu visible les efforts réalisés dans l'approvisionnement en amont par les centrales, suite à une âpre mise en concurrence des fournisseurs. Et lorsqu'une décision courageuse d'un Ministère de la santé conduit à un retour à un plus juste équilibre, il se trouve confronté à une vive résistance des agents de santé et constate l'apparition de tension entre la centrale et la périphérie.

Le système de soins aurait en effet plutôt tendance à considérer le médicament comme une « vache de lait » de nature à palier au déficit de financement des frais de fonctionnement des structures sanitaires. Dans un contexte de faiblesse des salaires, la tentation est grande d'imputer sur la vente des médicaments (donc de faire supporter au malade) le versement de primes de technicité, d'éloignement ou de transport du personnel.

Ces habitudes continuent hélas à perdurer encore dans certains endroits, même après la mise en place d'un circuit d'approvisionnement piloté par les centrales d'achats.

IV.1.4 Prescription et impact sur les centrales d'achat :

La politique pharmaceutique nationale (PPN) des pays africains en développement repose en grande partie sur l'accessibilité des médicaments essentiels. Chaque pays a ainsi défini une liste nationale de MEDESS figurant sous dénomination commune international (DCI), inspirée de la liste type de l'OMS, adaptée à ses pathologies, et fréquemment remise à jour

Pourtant, la réticence du personnel infirmier quel que soit son niveau, à prescrire le médicament sous nom DCI constitue encore un frein réel à la mise en place de cette politique.

On évoque l'habitude ou la meilleure connaissance des spécialités pharmaceutiques sous nom de marque, héritées du cursus médical ou infirmier, et on aborde timidement la pression exercée par les visiteurs médicaux.

A ces problèmes viennent s'ajouter tant d'autres qui sont indispensables pour une bonne politique de réapprovisionnement. Ces problèmes ne sont rien d'autres que des prescriptions non conformes aux protocoles thérapeutiques, l'inobservance des patients, une utilisation irrationnelle des médicaments et une multiplication des réseaux d'approvisionnement etc.

Ces difficultés observées dans ce secteur ne permettent pas d'appliquer le principe de l'économie d'échelle et va à l'encontre d'une utilisation rationnelle des ressources existantes. Elle favorise les risques d'utilisation des médicaments de mauvaise qualité, achetés selon la prédominance du facteur prix au détriment de la qualité [15].

IV.2 DIFFICULTES ET CONTRAINTES :

Elles sont nombreuses et variées, la généralisation de la stratégie dès le démarrage était imposée par les circonstances des moments : le « Don Suisse » était en place au niveau de toutes les formations sanitaires ciblées et il ne fallait pas rater cette opportunité.

A ce niveau la difficulté majeure était liée à l'insuffisance de la sensibilisation de tous les partenaires, celle de la formation appropriée, de tous les acteurs et l'indisponibilité des moyens techniques d'accompagnement dont les outils de gestion et des guides méthodiques pour l'application correcte étaient l'Initiative de Bamako [8].

La généralisation de L'IB s'est également heurtée à l'opposition farouche des pharmaciens d'officines. Un des écueils du financement des services de santé par le paiement des traitements est de voir le personnel de santé privilégier les soins de santé curatifs au détriment des soins préventifs d'autant plus que la demande de la population va dans ce sens [22].

L'approvisionnement en médicaments essentiels, clé de voute du système a toujours été un point faible à la pharmacie nationale d'approvisionnement aux infrastructures limitées et les ruptures de stocks demeurent encore.

Malgré la présence des médicaments à l'échelon périphérique de la pyramide sanitaire, certains agents continuent de prescrire des ordonnances, car la liste des médicaments essentiels leurs paraissent trop limitative.

Des expériences très différentes de gestion des ressources ont été constatées antérieurement allant de la transparence jusqu'au détournement manifeste. La gestion décentralisée, dans une certaine mesure peut favoriser ces détournements. Il manque alors un système de contrôle indépendant et surtout la possibilité de poursuite judiciaire en cas de détournement [50].

Cette perpétuation face à ces difficultés venait de certains techniciens de la base communautaire, habitués à faire des consultations et dispenser par la suite des médicaments. Pour eux s'arrêter simplement à la l'examen clinique des malades et à la prescription des traitements n'était pas suffisant. On avait comme l'impression que le fait de dispenser eux même les médicaments constituait la tache la plus valorisante [8].

Malgré tous ces problèmes, les formations, la supervision et l'information permanente des populations continuent, ce qui fait que la stratégie demeure. Et les résultats enregistrés jusqu'ici sont encourageantes.

DEUXIEME PARTIE: TRAVAIL PERSONEL

CHAPITRE I: METHODOLOGIE

I.1 OBJECTIFS :

I.1.1 OBJECTIF GENERAL :

Notre présent travail consiste à étudier la qualité des prescriptions dans le poste et les cases de santé de la CRO en comparaison avec tant d'autres trouvés dans d'autres pays.

I.1.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES:

- ✓ Evaluer l'adéquation des prescriptions du poste de santé d'Ounck et les cases de santé rattachées par rapport aux normes de rationalisation des prescriptions des MEDESS établies par l'OMS ;
- ✓ Mesurer l'adhésion des prescriptions de ce niveau primaire par rapport aux PTS (Protocoles Thérapeutiques Standards) ;
- ✓ Analyser ces données en liaison avec les caractéristiques du poste de santé de Ounck et des cases rattachées ;
- ✓ Analyser ces données avec les caractéristiques des patients.

I.2 Cadre et Méthode:

I.2.1 Cadre d'étude :

I.2.1.1 Présentation du lieu d'intervention



Figure 2 : CARTE DE LA REGION DE ZIGUINCHOR/SOURCE <http://www.gouv.sn./Sénégal/carte>

La communauté rurale d'Ounck (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 disposant 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.
- ✓ à la mévente de l'arachide, due à une consommation mondiale qui, selon toutes les analyses, va continuer à baisser régulièrement
- ✓ à 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 terme 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 allaitant. Les membres du jumelage Ounck – Brette ville / Odon – Fleury / Orne travaillent beaucoup sur le problème

de l'eau et sensibilisent les populations à utiliser l'eau potable afin d'améliorer leur état de santé général. 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.

I.2.1.2 SITUATION SANITAIRE:

I.2.1.2.1 INFRASTRUCTURE :

2 postes de santé : OUONCK et SINDIALON, distants d'environ 16 km

10 cases de santé (dont seulement 6 sont actuellement fonctionnelles) :

- Boulandor, Congoly, Kingninding, Santack et Togho, qui dépendent du poste de santé d'Ounck
- Bouyal, Djinoubor, Maracounda, N'Diagne et Souda qui dépendent du poste de santé de Sindialong.

Annexe IV: Répartition des Postes de Santé et des Cases de Santé fonctionnelles sur la Communauté Rurale d'Ounck

I.2.1.2.2 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)

I.2.1.2.3 PRINCIPALE PATHOLOGIES :

- Le paludisme : 50% des pathologies (de juin à décembre, il constitue 85% des motifs de consultations).
- Les infections respiratoires aiguës (IRA) : 11,9%

- Les maladies gastro-intestinales souvent d'origine parasitaire, qui aggrave les affections fréquentes que sont le paludisme et les IRA : 10,5%
- Les plaies, fractures et brûlures : 7,7%
- Les affections cutanées : 6,9%
- Les infections gynécologiques : 4,1%
- Les affections cardiovasculaires : 3,4%
- Les conjonctivites : 2,3%
- Anémies : 1,6%
- ORL : 1%

De plus, la malnutrition entre les deux récoltes de riz fait également des victimes. Il est à noter que la médecine traditionnelle est très développée dans la CRO avec la présence de nombreux guérisseurs. En raison du faible niveau de revenus de la population et de la forte influence des traditions en particulier en milieu rural, certaines familles commencent par consulter le guérisseur, moins cher qu'une consultation au poste de santé, et recourent à l'ICP lorsque l'état du malade s'est aggravé. Le traitement devient alors plus difficile et plus cher.

A cela s'ajoute d'autres difficultés allant dans le sens d'un contexte pharmaceutique détérioré marqué par la présence de médicaments inadaptés aux besoins réels des populations, des ruptures de stocks en médicaments essentiels, un personnel non formé et informé, présence de médicaments périmés et une désorganisation totale de la pharmacie. Et face à cette situation et dans l'intérêt de la santé publique, il devient nécessaire d'apporter une réponse technique concertée avec les autorités pharmaceutiques locales. Voilà autant de raisons essentielles qui nous pousse à travailler dans cette zone du sud du Sénégal en étudiant la qualité des prescriptions dans ces structures sanitaires de bases.

I.2.2 METHODOLOGIE UTILISEE :

I.2.2.1 TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude, transversale, descriptive et analytique

I.2.2.2 Période d'étude :

L'étude s'était déroulée durant la période d'Avril à Juin 2008 au niveau du poste de santé d'OUNCK et les cases de santé fonctionnelles dans cette CRO.

I.2.2.3 POPULATION D'ETUDE :

L'étude s'est déroulé dans le village de Ounck et environnant et s'est portée directement sur les patients venus en consultations et ayant reçu par la suite une ordonnance médicale.

I.2.2.4 ECHANTILLONNAGE :

I.2.2.4.1 CRITERES D'INCLUSION :

Etaient inclus à l'étude tous les patients qui venaient en consultation au niveau du poste de santé de OUNCK, et ayant reçu une prescription médicale.

I.2.2.4.2 CRITERES DE NON INCLUSION

 Etaient exclus

- les femmes qui venaient au poste pour une consultation prénatale (CPN) ;
- les patients qui se présentaient au poste pour une consultation mais sans prescription par la suite
- les patients des cases non fonctionnelles par déficit de plateau technique
- Le poste de santé de Sindialong car l'ICP avait refusé les formations

I.2.2.4.3 TAILLE DE L'ECHANTILLONNAGE

Au total ont été recueilli 70 prescriptions médicales chez les patients qui sortaient directement du poste de santé.

I.2.2.5 OUTILS ET METHODES DE COLLECTES:

Un questionnaire semi structuré adressé aux patients avait permis de recueillir les données sur : *voir annexe III*

- ✓ Les données socio-démographiques (âge, origine géographique, sexe, niveau d'instruction, religion, ethnie)
- ✓ L'analyse de la prescription (durée de consultation, motifs de consultation, diagnostique de l'ICP)
- ✓ L'analyse des ordonnances (tous les variables quantitatifs concernant l'ordonnance)

Ces données sur ordonnances ont permis d'étudier les principaux indicateurs d'utilisations des médicaments essentiels afin de voir le taux de conformité de nos données avec les normes nationales et internationale et de proposer des ajustements nécessaires.

I.2.2.6 ANALYSE STATISTIQUE

Les informations collectées directement sur les ordonnances ont été saisies et analysées sur le logiciel epi_info 2000 versions 3.5.1. Et par Excel

L'analyse de ces informations concerne tous les variables aussi bien qualitatives que quantitatives de notre étude.

I.2.2.7 DEFINITION DES VARIABLES QUANTITATIFS ETUDIES :

I.2.2.7.1 ADEQUATION DES PRESCRIPTIONS RECUEILLIES DE CE RESEAU DE SOINS DE SANTE DE BASE PAR RAPPORT AUX NORMES DE RATIONALISATION ETABLIES PAR L'OMS.

Cette variable est définie par l'intermédiaire des indicateurs fondamentaux établis par l'OMS, les informations ont été recueillies sur les ordonnances

✓ Nombre moyen de médicaments (A) :

Nombre total de médicaments prescrits lors des consultations

A = -----

Nombre de consultations pour les quelles les données ont été recueillies

Une prescription rationnelle se traduit par un nombre moyen de médicaments par ordonnance inférieur à deux [9].

✓ Pourcentage de médicaments prescrits par nom générique(B) :

La valeur optimale de cet indicateur doit tendre vers 100% [9].

Nombre total de médicaments génériques prescrits

B = -----x100

Nombre total de médicaments prescrits

✓ Pourcentage de prescriptions avec au moins un antibiotique(C) :

Nombre total de malades ayant reçu un ou plusieurs antibiotiques

C = -----x100

Nombre total des consultations

Une prescription rationnelle d'ATB ne doit pas dépasser 30% à 60% des médicaments prescrits [9]. IL faut noter que l'OMS a recommandé une classification des antimicrobiens pour l'établissement d'indicateurs de prescription [27].

✓ Pourcentage de prescription avec au moins un produit injectable (D):

Nombre total de malades ayant reçu une ou plusieurs injections

D = -----x100

Nombre total des consultations

Cet indicateur doit être inférieur à 20%. Les injections lors des vaccinations sont exclues de cette étude [9].

✓ **Pourcentage de médicaments prescrits figurant sur une liste ou un formulaire de médicaments essentiels(E) :**

Nombre total de médicaments prescrits figurant sur la liste des MEDESS

$$E = \frac{\text{Nombre total de médicaments prescrits figurant sur la liste des MEDESS}}{\text{Nombre total de médicaments prescrits}} \times 100$$

La valeur optimale de cet indicateur doit être de 100%

1.2.2.7.2 LE NIVEAU D'ADHESION DES PRESCRIPTEURS DE CE RESEAU PERIPHERIQUE DE BASE

Selon L'OMS [27], pour rendre possible l'évaluation de la qualité des prescriptions, il est recommandé de ne retenir au plus que cinq problèmes de santé particulièrement significatif. (Voir annexe V les indicateurs fondamentaux)

Cependant pour identifier les prescriptions conformes aux PTS, nous avons l'indicateur complémentaire de l'utilisation des médicaments préconisés par l'OMS [27].

✓ **Pourcentage de prescriptions conformes aux PTS(F) :**

Nombre de malades auxquels ont été prescrit le traitement choisi

$$F = \frac{\text{Nombre de malades auxquels ont été prescrit le traitement choisi}}{\text{Nombre total de malades examinés}} \times 100$$

Les informations sur cette variable peuvent être recueillies sur la totalité des prescriptions collectées, et ceci pour les PTS choisis diarrhées chez l'enfant, IRA à l'exception de la pneumonie et la pneumonie.

1.2.2.8 BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE :

1.2.2.8.1 BIAIS DE L'ÉTUDE :

✓ *Contraintes liées à la collecte des données* (récolte des prescriptions Médicales, observation, entretien) et non-objectivité des réponses patients.

Ce biais s'est imposé surtout au début de notre étude, mais nous avons pu le
Minimiser grâce aux mesures suivantes :

- Nous avons insisté sur l'anonymat ;
- Nous avons essayé de créer un climat de confiance avec patients en

Insistant sur l'apport purement pédagogique de notre étude ;

- Enfin, nous avons expliqué que les résultats de notre étude peuvent
Contribuer à entreprendre des actions d'améliorations. Nous tenons à souligner
l'apport considérable de l'infirmier chef de poste qui a convaincu les patients à «
s'impliquer » d'avantage et à être le plus objectif possible.

✓ ***Phénomène de désirabilité sociale :***

L'observation et l'entretien peuvent entraîner une modification dans le
Comportement de la personne, qui adopte ainsi une attitude positive pour plaire
à l'observateur.

I.2.2.8.2 LES LIMITES DE L'ETUDE :

- ✓ Limites temporelles et limites liées au contexte la contrainte du temps
disponible, le début tardif de notre enquête, et le recours aux
tradipraticiens.

CHAPITRE II: RESULTATS

Cette étude a permis de recueillir 70 ordonnances au niveau du poste de santé d'Ounck. Les informations collectées au niveau de ces ordonnances nous permettent d'avoir les résultants ci- dessous :

II.1 CARACTERISTIQUES DES POSTES ET CASES DE SANTE DE LA CRO :

Les caractéristiques de ces centres ne seront effectuées qu'à la suite d'un état des lieux réalisé selon le protocole suivant : relevé de l'état des infrastructures, recensement des ressources humaines, audit des locaux.

Cependant suite à cet état des lieux, nous avons constaté que le poste de santé d'Ounck (1258hbts) possédait un sol cimenté avec des murs peints, deux tables, un frigo pour conserver les vaccins, un panneau solaire qui fournissait l'électricité et un dépôt pharmaceutique. Il était sous la responsabilité d'un ICP, secondé par 3 ASC et 1 ASP et 2 matrones. Les CS qui en dépendaient étaient au nombre de 5 avec 8 matrones et 4 ASC. Au niveau de ce poste, toutes les consultations et les prescriptions, étaient assurées par l'ICP, sauf en cas d'absence où les consultations seraient assurées par les ASC.

Malgré le refus de notre intervention au niveau du poste de Sindialong, un état des lieux avait été effectué par l'équipe de PAH depuis 2007 et suite à cela nous avons trouvé que le poste de Sindialong (593habitants) possédait un sol cimenté, avec des murs peints, deux tables et des étagères en bois, pas d'eau mais l'électricité était d'origine solaire. Il était sous la responsabilité d'un ICP, secondé par 2 ASC, 1 ASP, 1 Agent comptable et 1 matrone. Les CS qui en dépendaient sont au nombre de 5 avec 5 matrones et 3 ASC. Les villages de la zone d'attraction étaient au nombre de 11, distants de 0,5 à 8 km du PS pour une population de 4285 habitants.

Sur les dix cases de santé au niveau de la CRO, 7 avaient un ASC bénévole, choisi par et pour la communauté, dont 6 avaient été bien formé par PAH, 2 cases nécessitaient une réhabilitation. Cependant après l'atelier de formation, toutes les cases fonctionnelles avaient été dotées de MEDESS et de matériels

médicaux pour les permettre de bien gérer les problèmes de santé de premier niveau.

II.2 Analyse des Prescriptions :

II.2.1 CROISEMENT ET CARACTERISTIQUES DES PATIENTS :

Les patients ont été caractérisés selon leur origine géographique, leur sexe, leur âge, leur niveau de scolarisation, leur durée de trajet, leurs motifs de consultation et leur durée de consultation.

- *Selon leur sexe et leur âge :*

TABLEAU II.1 : REPARTITION DES PATIENTS SELON L'AGE ET LE SEXE

AGE	1-F	TOTAL
0-11mois	2	4
1-4ans	7	15
5-14ans	3	7
15-54ans	18	36
55plus	7	8
TOTAL	37	70

Source epi_info 2000 version 3.5.1.

Sur les 70 patients qui ont été interrogés au niveau du poste de santé de Ounck, 37 étaient de sexe féminin (52,9%), et 33 de sexe masculin (47,1%), donc au total on a un sexe ratio ($37/33=1,12$) en faveur des femmes.

Concernant l'âge des patients, nous avons retenu, parmi les 70 ordonnances collectées, la tranche d'âge située entre 15-54 ans pour la seule et simple raison qu'elle représentait le pourcentage plus élevé (51,4%) soit un nombre de 36 patients répartis dans les deux sexes à part égal. Et au niveau de cette tranche d'âge, nous avons eu 48,6 % (18/37) des patients qui étaient de sexe féminin et 51,4% (19/37) des patients qui étaient sexe masculin. Et la tranche d'âge la moins représentée se situait entre 0-11 mois.

- ***Selon leur niveau de scolarisation***

Tableau II.2 : Répartition des patients selon leur niveau de scolarisation et leur âge

NIVEAU DE SCOLARISATION	5-14ans	15-54ans	55plus	TOTAL
1-ALPHABET	6	13	0	19
2-ANALPHABET	1	21	1	23
3-NON PRECISE	0	2	7	28
TOTAL	7	36	8	70

SOURCE EPI-INFO2000 VERSION 3.5.1.

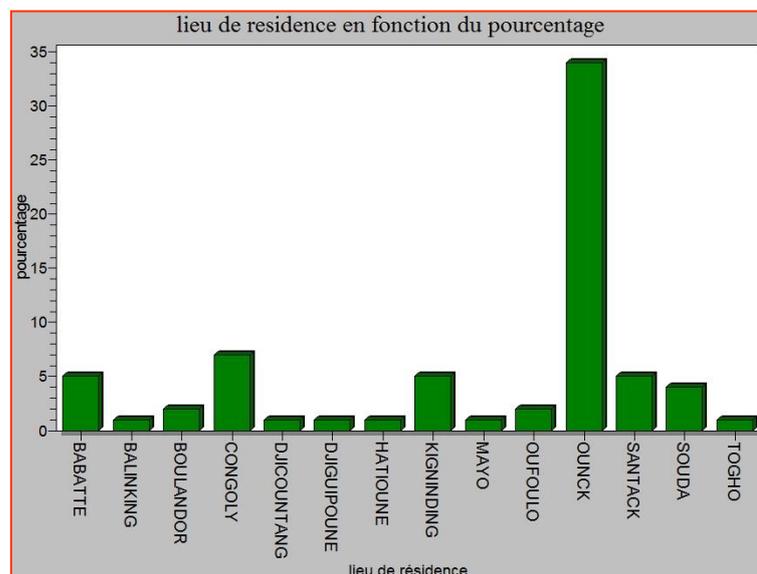
Sur les 42 patients en âge de scolarisation, nous avons 19 patients qui étaient scolarisés et 23 patients qui n'étaient pas scolarisés. Cependant parmi ces scolarisés, nous avons eu 6 patients dont leur âge était compris entre 5-14ans et 13 patients dont leur la tranche d'âge était compris aussi entre 15-54ans.

Les patients non scolarisés ont été répartis dans les tranches d'âge suivantes : 1 patient dans la tranche d'âge 5-14ans, 21patients dans la tranche d'âge 15-54ans et un autre patient dans la tranche d'âge 55 et plus.

Selon leur origine géographique :

Les résultats qui ont été obtenus parmi les 70 patients, nous ont montré que 34 patients provenaient du village de Ounck (soit de 48,6%) et que le reste des patients nous provenaient des 13 autres villages et par ordre d'importance nous avons le village de Congoly qui suivait avec un nombre de 7 patients (soit 10%) et ensuite nous avons le village de Babatte, le village de Santack et le village de Kigninding avec chacun 5 patients (soit 7,1%). Cependant, il y'avait des villages qui étaient moins représentés tels que le village de Balinking et celui de Togho avec chacun un patient (soit 1,4%).voir graphique sous dessous

GRAPHIQUE N°1 : origine géographique en fonction de leur fréquence



SOURCE EPI-INFO2000 VERSION 3.5.1

- ***Selon leur religion :***

Tableau II.3 : Répartition des patients selon leur religion

RELIGION	Fréquence	Pourcentage
1-MUSULMANE	70	100,0%
Total	70	100,0%

SOURCE EPI-INFO 2000 VERSION 3.5.1.

Tous les patients qui ont été interrogés étaient des musulmans (n=70 soit 100).

- **Selon la langue :**

Tableau II.4 : Répartition des patients selon leur langue

LANGUE	Fréquence	Pourcentage
DIOLA	67	95,7%
MANDING	2	2,9%
WOLOF	1	1,4%
Total	70	100,0%

SOURCE EPI-INFO 2000 VERSION 3.5.1.

Les résultats, nous montraient que la langue la plus représentée était la langue Diola (n=67 soit 95,7%) suivi des manding (n=2 soit 2,9%) et la troisième qui était la moins représentée celle de la langue wolof (n=1 soit 1,4%).

Selon leur durée de trajet :

La durée minimale qui avait été effectuée par les patients pour venir en consultation au niveau du poste de santé d'Ounck était de 5 minutes, le maximal était de 50 minutes, la moyenne était de 16 minutes et le mode⁷ était de 10 minutes. Les résultats ont été consignés sur le tableau III sous dessous

TABLEAU II.5 : Répartition des patients selon leur durée de trajet

⁷ Le mode c'est la valeur qui revient le plus souvent dans un ensemble de valeur ordonné et il est influencé par la fréquence des observations.

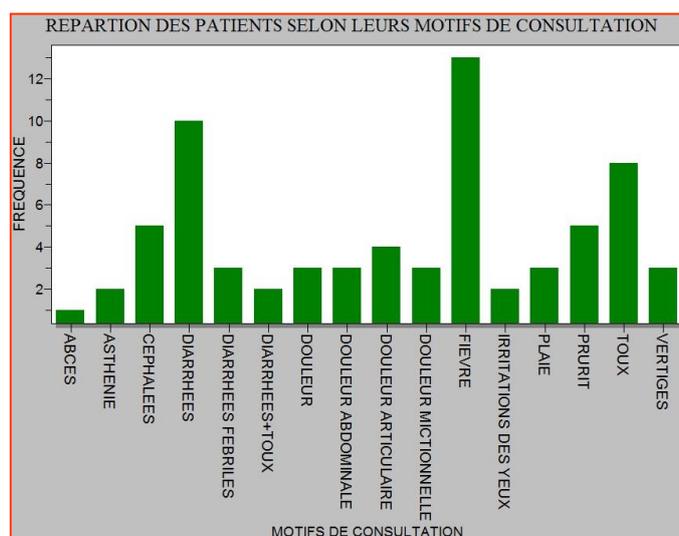
Obs.	Total	Moyenne	Variance	Ecart -type
70	1172,0000	16,7429	79,2952	8,9048

Minimum	25%	Médiane	75%	Maximum	Mode
5,0000	10,0000	15,0000	25,0000	50,0000	10,0000

- ***Selon leur motif de consultation :***

Parmi les principaux motifs de consultation des 70 patients qui avaient été interrogés au niveau du poste de santé d'Ounck, la fièvre représentait le principal motif de consultation (n= 13 soit 18,6%), le 2^{ème} motif de consultation a été représenté par la Diarrhée (n= 10 soit 14,3 %) et la toux constituait le 3^{ème} motif de consultation (n=de 8 soit 11,4%). Cependant les plus faibles motifs de consultations étaient représentés par les abcès, les asthénies, les irritations des yeux, les douleurs+toux, les douleurs mictionnelles, les vertiges, et les douleurs. Voir graphique N°3 sous dessous.

Graphique N°2 : motifs de consultation en fonction de leur fréquence

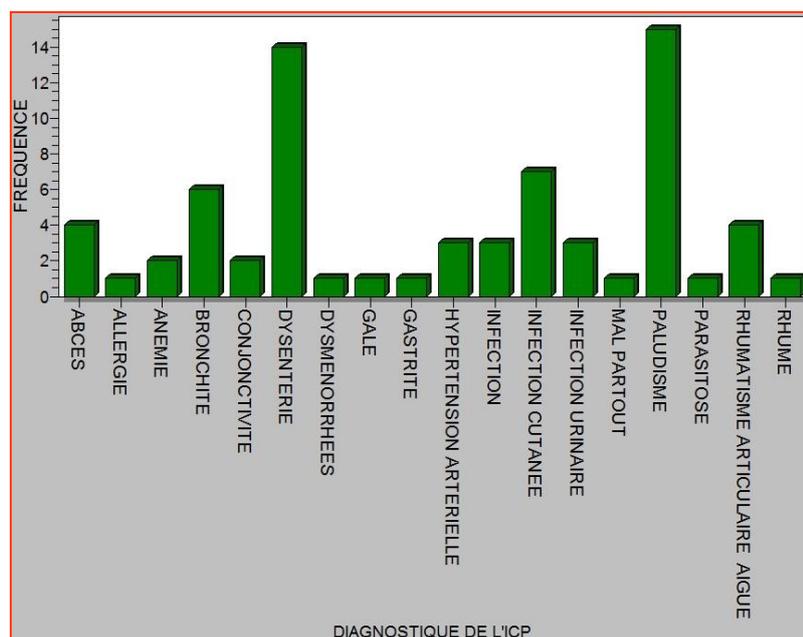


SOURCE ÉPI –INFO 2000 VERSION 3.5.1.

- ***Selon le diagnostique du prescripteur :***

Parmi les 70 ordonnances qui ont été collectés directement des patients venus en consultation au niveau du poste de santé d'Ounck, l'ICP n'avait diagnostiqué que 18 pathologies. Et face à ces dernières, le paludisme représentait la pathologie la plus fréquemment diagnostiqué (n=15 soit 21,4%), et entre autres maladies suivaient, la dysenterie (n=14 soit 20%), les infections cutanées (n=7 soit 10%) et la bronchite (n=6 soit 8,6%). Cependant, nous avons des pathologies moins représentées telles que, le rhumatisme articulaire aigu (soit 5,7%), l'hypertension artérielle soit (4,3%), la gale (soit 1,4%), les parasitoses soient (1,4%), et la conjonctivite soit (2,85%).

Graphique N°3 : le diagnostique de L'ICP en fonction de leur fréquence



SOURCE ÉPI- INFO 2000 VERSION 3.5.1.

- ***Selon la durée de consultation :***

La durée moyenne de consultation qui a été noté chez les patients au cours de leur consultation était de 6 minutes alors que la médiane et le mode étaient de 5

minutes chacun. Parallèlement à ces données, le minimum était de 2 minutes et le maximum que pouvait faire un patient, était de 15 minutes

Tableau II.6 : Répartition des patients selon la durée de consultation

Obs	Total	Moyenne	Variance	Ecart type	
70	410	6	9	3	
Minimum	25%	Médian	75%	Maximum	Mode
2	4	5	10	15	5

SOURCE ÉPI INFO 2000 VERSION 3.5.1.

II.3 ANALYSE DES ORDONNANCES :

Concernant cette partie nous n'allons nous intéresser que sur les variables quantitatives des prescriptions faites par l'ICP au niveau du poste de santé d'Ounck afin de voir l'adéquation de ses prescriptions de l'ICP par rapport aux normes de l'OMS. L'analyse des résultats sera univarié pour cette partie et traitée par le logiciel épi info 2000 version 3.5.1.

II.2.1 CARACTERISTIQUE DES PATIENTS SELON L'ORDONNANCE PRESCRITE :

Les patients seront caractérisés selon les variables quantitatifs étudiés à savoir, le nombre moyen de médicaments par ordonnance, le nombre moyen de médicaments générique figurant sur la liste nationale des MEDESS, le nombre de médicaments injectable sur l'ordonnance, le nombre de médicaments achetés, le nombre médicaments non achetés, le nombre de médicaments antibiotique sur l'ordonnance, le coût moyen de l'ordonnance, le coût moyen des médicaments achetés.

- ***Selon le nombre moyen de médicaments par ordonnance :***

Tableau II.7 : Répartition des patients selon le nombre moyen de médicaments prescrits sur l'ordonnance

Obs	Total	Moyen	Variance	Ecart-type		
70	145,0000	2,0714	0,9658	0,9828		
Minimum	25%	Médian	75%	Maximum	Mode	
0,0000	1,0000	2,0000	3,0000	4,0000	2,0000	

Source epi_info version 3.5.1.

La répartition des patients selon le nombre de ligne de prescription par ordonnance nous donnait, un nombre moyen de médicament de 2,07, un nombre médian de 2 et un maximum qui est égal à 4 médicaments par ordonnance.

- **Nombre de médicaments injectables sur l'ordonnance :**

Les résultats ont montré que 81,4% (n=57) des prescriptions de l'ICP n'avaient aucun médicament injectable. Tandis que, 18,6% (n=13) des prescriptions contenaient au moins un médicament injectable. Les résultats ont été illustrés sur **le tableau II.8**

Tableau II.8 : Répartition des patients selon le nombre de médicaments injectables prescrits sur l'ordonnance

NOMBRE DE MEDICAMENTS INJECTABLE SUR L'ORDONNANCE	Fréquence	Pourcentage
0	57	81,4%
1	11	15,7%
2	2	2,9%
Total	70	100,0%

Source Epi_info 2000

- **Nombre de médicaments génériques :**

Les résultats montraient que 98,6% des prescriptions médicamenteuses de l'ICP étaient des médicaments génériques et c'est seulement 1,4% des

prescriptions de l'ICP qui n'avaient pas de médicaments génériques. Voir *tableau II.9*

Tableau II.9 : répartition des patients selon le nombre de médicaments générique

NOMBRE DE MEDICAMENTS GENERIQUE	Fréquence	Pourcentage
0	1	1,4%
1	15	21,4%
2	31	44,3%
3	15	21,4%
4	7	10,0%
5	1	1,4%
Total	70	100,0%

Obs	Total	Moyen	Variance	Ecart -type		
70	155,0000	2,2143	0,9824	0,9912		
Minimum	25%	Médian	75%	Maximum	Mode	
0,0000	2,0000	2,0000	3,0000	5,0000	2,0000	

Source epi_info version 3.5.1.

- ***Nombre de médicaments figurant sur la liste nationale de MEDESS.***

Le pourcentage de médicaments par ordonnances faisant partie de la liste nationale des MEDESS était de 100% selon les prescriptions de l'ICP au niveau du poste de santé d'Ounck. Cependant, la répartition selon les patients nous montrait que dans les ordonnances il y avait au moins 2 médicaments figurant sur cette liste des MEDESS ceci pour la seule et simple raison que la moyenne était de 2,25 et la médiane était aussi de 2. Voir *tableau II.10*.

Tableau II.10 : Répartition des patients selon le nombre de médicaments figurant sur la liste nationale des MEDESS

NOMBRE DE MEDICAMENTS FIGURANT SUR LA LISTE NATIONALE DES MEDESS		Fréquence	Pourcentage
1		15	21,4%
2		31	44,3%
3		16	22,9%
4		7	10,0%
5		1	1,4%
Total		70	100,0%

Obs	Total	Moyen	Variance	Ecart -type
70	158,0000	2,2571	0,9184	0,9583

Minimum	25%	Médian	75%	Maximum	Mode
1,0000	2,0000	2,0000	3,0000	5,0000	2,0000

Source Epi-info2000version3.5.1.

- *Selon le nombre d'antibiotique prescrit.*

Selon les prescriptions de l'ICP 68,6% (n=48 /70) des ordonnances avaient au moins un ATB. Les résultats seront consignés sur le tableau II.11 suivant

Tableau II.11 : Répartition des patients selon le nombre de médicaments ATB prescrit

NOMBRE DE MEDICAMENTS ANTIBIOTIQUE	Fréquence	Pourcentage
0	22	31,4%
1	33	47,1%
2	12	17,1%
3	2	2,9%
4	1	1,4%
Total	70	100,0%

Source Epi_info 2000 version3.5.1.

- ***Selon le nombre de médicaments achetés.***

Les résultats de notre enquête ont montré que 97,1% des médicaments avaient été achetés par les prestataires et que la majorité de ces derniers n'achetaient que 2 médicaments. Cependant 2,9% des médicaments seulement n'avaient pas été acheté par les patients.

Tableau II.12 : Répartition des patients selon le nombre de médicaments achetés

NOMBRE DE MEDICAMENTS ACHETES	Fréquence	Pourcentage
0	2	2,9%
1	18	25,7%
2	30	42,9%
3	13	18,6%
4	7	10,0%
Total	70	100,0%

Source Epi-info2000 version3.5.1.

- ***Selon le coût moyen de l'ordonnance prescrite :***

Tableau II.13 : Répartition des patients selon le coût moyen de l'ordonnance

Obs	Total	MOYEN	Variance	Ecart-type	
70	58130,0000	830,4286	251331,6977	501,3299	
Minimum	25%	Médian	75%	Maximum	Mode
150,0000	500,0000	700,0000	1100,0000	3000,0000	500,0000

Source epi_info version 3.5.1.

Les résultats qui ont été obtenus sur l'analyse des 70 ordonnances recueillies au niveau du poste de santé d'Ounck, ont montré que le coût moyen de l'ordonnance était de 830Fcfa et le coût médian⁸ était égal de 700Fcfa. Tandis que, le coût minimal était 150 Fcfa et le coût maximal était 3000fcfa. Cependant pour mieux connaître la dispersion du coût des ordonnances, nous allons nous intéresser sur l'interquartile de cette série statistique. En effet, le premier quartile⁹ de la totalité des ordonnances prescrites était de 500 Fcfa (soit 25% en dessous de la médiane) et le troisième quartile était de 1100Fcfa (soit 75% au dessus de la médiane).

- ***Selon le coût moyen de médicaments achetés :***

Pour cette partie, nous allons épier une légère différence entre le coût moyen de l'ordonnance prescrite et le coût moyen de médicaments achetés pour la seule et simple raison que le prix du ticket de consultation était pris en compte sur l'ordonnance. Malgré cette différence, les écarts de prix étaient négligeables, car le coût moyen des médicaments achetés était de 749 Fcfa, le coût médian

⁸ Le coût médian est la valeur qui sépare les 50% d'ordonnance de prix inférieur (moins cher) des 50% d'ordonnance de prix supérieur (plus cher)

⁹ Les quartiles donnent une idée de la dispersion des prix

-le premier quartile(ou 25%) sépare les 25% d'ordonnance de prix inférieur des 75% d'ordonnances de prix supérieur

-le troisième quartile (ou75%) sépare les 75% d'ordonnance de prix inférieur des 25% d'ordonnance de prix supérieur

610 Fcfa. Cependant le coût du premier quartile nous donnait 400Fcfa et le troisième quartile nous donnait 2900Fcfa.

Tableau II.14 : répartition des patients selon le coût moyen de médicaments achetés

Obs	Total	Moyen	Variance	Ecart -type	
70	52400,0000	748,5714	256389,2340	506,3489	
Minimum	25%	Médian	75%	Maximum	Mode
50,0000	400,0000	610,0000	1050,0000	2900,0000	400,0000

Source Epi-info2000 version3.5.1.

CHAPITRE III: DISCUSSIONS

A la lumière de nos résultats, nous entamons la discussion et l'analyse de nos résultats que nous comparons d'autres études.

III.1 VALIDITE INTERNE :

Nous pensons que notre étude présente un niveau important de validités internes. En effet, notre approche théorique permet d'étudier des relations multiples, par ailleurs l'identification dans la littérature d'un nombre non négligeables de contraintes qui influent sur la qualité de la prescription permet également de renforcer la validité interne notre travail.

En outre, l'utilisation de deux modes d'approches (entretien semi-structuré, collecte des ordonnances) renforce aussi cette validité.

III.2 VALIDITE EXTERNE :

Pour une meilleure validité externe de notre étude, nous estimons que les résultats obtenus peuvent être comparé avec d'autres résultats d'une étude réalisée en milieu urbain afin de ressortir tous les problèmes auxquels sont confrontés les prescripteurs dans ces deux milieux (milieu rural et le milieu urbain).

Initialement, il était prévu de faire ce travail dans les postes et les cases de santé de cette CRO. Mais malheureusement, l'étude s'est déroulée uniquement au niveau du poste de santé d'Ounck et sur certaines cases de santé ceci pour la seule et simple raison que l'ICP du poste de Sindialong n'avait voulu coopérer pour cette année. Néanmoins, il sera utile de refaire ce travail d'une part dans les postes de santé en zone rurale et d'autre part dans les postes de santé en zone urbaine afin de les comparer.

III.3 CARACTERISTIQUES DU POSTE DE SANTE D'OUNCK

De l'ensemble des résultats, il ressort que ce programme d'appui à l'approvisionnement en médicaments essentiels mis en place par PAH à travers un système de recouvrement de coût avec participation communautaire et implication de l'ensemble des agents de santé a efficacement contribué à un

accès aux soins de santé primaires satisfaisant bien qu'une partie des infrastructures soit à rénover. A cela s'ajoute les formations prodiguées aux Agents de Santé Communautaire (ASC) et à l'infirmier chef de poste et que l'impact en est par conséquent plus difficilement mesurable. Il serait donc nécessaire de renouveler l'évaluation à distance d'une nouvelle formation complémentaire. Cela pose également la question de la durabilité des effets d'une action de formation isolée. A ce propos, des études ont montré qu'un meilleur impact sur l'amélioration de la qualité des prescriptions des infirmiers était obtenu par un programme de formation systématique, et que le coût de formations répétées pouvait être inférieur au gain obtenu par la rationalisation des prescriptions [6]. En revanche, un des problèmes majeurs à résoudre est celui de la rétribution des ASC des cases de santé qui dépendent du poste de santé d'Ounck. En effet, plus ces Cases de Santé(CS) gagnent en importance, moins le statut de bénévolat des ASC est justifiable. Il faudra que la communauté prenne en charge des indemnités en plus du budget nécessaire à l'entretien et au fonctionnement des CS [18]. Par contre ce constat est presque impossible du fait de faibles marges bénéficiaires obtenues sur les MEDESS. Par exemple le poste achetait la boîte de Falcimon^R adulte à 585Fcfà à la Pharmacie Départementale d'Approvisionnement (PDA) et la revendait à 600Fcfà donc en retour le poste n'avait que 15Fcfà. Cette situation est d'autant plus dramatique qu'au niveau des CS qui s'approvisionnent au niveau du poste et que ce dernier les vend la boîte de Falcimon^R adulte à 600Ffca donc en retour les CS n'ont aucune marge bénéficiaire et ceci est valable pour l'ensemble des MEDESS.

III.4 ANALYSE DES PRESCRIPTIONS :

III.4.1 CROISEMENTS ET LES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS :

- *Selon le sexe :*

La répartition des patients selon leur âge, nous montre une légère prédominance des femmes (n=37 soit $37/70=52,9\%$) par rapport aux hommes (n=33 soit $33/70=47,1\%$) avec un sexe ratio de 1,12 en faveur des femmes. Celle-ci est due au fait que ces dernières sont toujours présentes au foyer, plus exposées et fatiguées pour la seule et simple raison qu'elles assurent presque 90% des travaux champêtres. Donc ce phénomène les oblige à s'occuper davantage de leur état de santé. Voilà autant de raisons essentielles qui montrent leur fort taux de fréquentation au niveau du poste de santé.

- ***Selon l'âge et le niveau d'instruction des patients :***

La plus petite tranche d'âge se situait entre 0-11 mois et la plus grande tranche d'âge se situait entre 55 ans et plus. Cependant la majorité de nos patients (n=36) était dans la tranche d'âge de 15-54ans. Et que dans cette dernière, il y'a plus de patients scolarisés (n=13) parmi les 42 patients en âge de scolarisation. Vu ces résultats, on peut avancer l'idée selon laquelle, les adolescents manifestent une certaine ampleur par rapport à leur problème de santé. Et que leur scolarisation les pousse à manifester plus de rigueur concernant leur état de santé. A partir de là, on peut confirmer cette pensée par le biais de nos résultats qui entre autre, nous montraient que la majorité de nos patients enquêtés n'était pas scolarisés (n=23 soit 54, 8%). Ceci pour dire que la non-scolarisation peut constituer un frein pour accéder à un niveau de santé le plus élevé possible. Conscient de ce phénomène, l'état du Sénégal avec le concours de beaucoup d'Organisation Non Gouvernemental (ONG), font également des efforts pour améliorer le taux d'alphabétisation qui diminuerait le maximum possible les problèmes de santé auxquels les populations rurales sont surtout confrontées.

- ***Selon leur origine géographique et leur durée de trajet :***

Le poste de santé d'Ounck, constitue un deuxième recours des patients au niveau de cette communauté rurale car dans chaque village, il a été implanté une case de santé qui pourrait être un premier recours pour les patients. Et dans chaque case, existe un ASC formé par les équipes de PAH (pharmacie et aide humanitaire) sur toutes les pathologies dominantes sur cette CRO.

Mais malgré la création des cases de santé, les patients viennent directement au niveau du poste pour se faire consulter dès leur premier malaise. Ceci s'explique par le fait que le poste de santé d'Ounck par rapport à son implantation, est accessible géographiquement par toute la population de cette CRO parce que les villages de la zone d'attraction sont au nombre de 11 et distants du poste de 1 à 6 km pour une population de 4219 habitants. Parallèlement à nos résultats, nous avons noté que la majorité des patients ($n=34$ soit $34/70=48,6\%$) nous provenait du village de Ounck (même localité que le poste) et que les autres patients qui restaient (36 soit $36/70=51,4\%$) nous provenaient des 13 autres villages au sein de cette CRO. Et selon la littérature, et les normes de L'OMS un poste santé est accessible géographiquement, si la population de la zone de responsabilité se situe autour de 10000 habitants et que chaque village puisse avoir accès au poste à moins de 15km. A partir de là on peut voir nettement que cette CRO présente une meilleure accessibilité au niveau des postes de santé avec respectivement 100% de la population habitant à moins de 5 km d'un poste de santé. Ces résultats sont comparables à ceux trouvés par le Plan national de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) en ce qui concerne la couverture passive en poste de santé au niveau de la région de Ziguinchor où 86% de la population sont accessibles à un poste de santé à moins de 5km. En effet quelque soit la distance du village d'origine, la durée moyenne que pouvait faire un patient pour venir en consultation n'était qu'un quart d'heure, le temps minimal n'était que de quelques minutes et le maximum de temps n'était que de 50 minutes. Ceci pour dire que le poste de santé de Ounck renferme deux avantages majeurs pour les

populations de cette CRO d'une part de par son implantation et d'autre part de par sa facilité d'accès.

- ***Selon leur motif de consultation et le diagnostique de l'ICP :***

Selon la pyramide sanitaire le poste de santé d'Ounck, constitue le 2^{ème} recours des patients au niveau de cette communauté rurale car dans chaque village existe une case de santé qui pourrait être un premier recours.

En outre, le poste de santé d'Ounck jouit, d'une accessibilité géographique dans le temps et dans l'espace lui permettant d'accueillir en son sein tous les patients venant d'horizons diverses au niveau de cette communauté. Tous ces avantages, lui permettent d'avoir un fort taux de fréquentation, qui nous a permis par ailleurs d'enregistrer durant notre étude plusieurs motifs de consultations. Cependant les motifs de consultations qui ont amené ces patients à consulter relèvent principalement de la fièvre (n=13 soit 18,6%), de la diarrhée (n= 10 soit 14,3%) et de la toux (n=8 soit 11,4%) (Graphique N°3). Alors, face à ces motifs, l'infirmier n'a diagnostiqué que 18 pathologies qui entre autre le paludisme représentait la principale pathologie (n=15cas soit 21,4%), la dysenterie la deuxième pathologie (n=14cas soit 20%) et les infections cutanées (n=7cas soit 10%) représentaient la troisième pathologie dominante sur cette Communauté Rurale de Ounck (CRO). A partir de là on pourrait voir que tous les cas de fièvre qui ont eu à se présenter au niveau du poste de santé de Ounck, ont été assimilé au paludisme et que les cas de diarrhées aussi ont été assimilés à la dysenterie. Ceci s'explique par le fait que l'infirmier ne se fiait pas ni sur les ordinogrammes ni sur les Protocoles Thérapeutiques Standards (PTS) alors que ces outils étaient disponibles. Mieux encore une étude réalisée par la direction de la pharmacie et des laboratoires en 2003 sur l'évaluation du secteur pharmaceutique en collaboration avec l'OMS a montré que 87% Schéma Thérapeutiques Standards (STS). Par ailleurs pour le diagnostique du paludisme

des tests rapides (TDR¹⁰) étaient initiés aussi dans les postes santé de cette zone. Mais malgré cette initiation, la bonne application posait d'énormes problèmes, car parmi les huit TRD qui ont eu à se réaliser durant notre séjour au niveau du poste de santé, un seul TRD était positif. Donc voilà autant de faits majeurs qui montrent l'incertitude des diagnostics souvent appliqués par les ICP de ce niveau primaire. En effet, selon la littérature ; déterminer la qualité d'un diagnostic et du traitement médicamenteux prescrit est une entreprise complexe qui échappe aux possibilités des indicateurs fondamentaux.

L'OMS recommande des indicateurs complémentaires représentant des mesures qui peuvent être utilisées en plus des indicateurs fondamentaux selon les conditions locales. Ces indicateurs sont aussi importants que les indicateurs fondamentaux, mais les données nécessaires pour les mesurer sont souvent plus difficiles à obtenir ou leur interprétation peut être très sensible au contexte local [24]. Parmi ces indicateurs complémentaires, nous retenons ; le pourcentage de prescriptions conformes aux directives thérapeutiques et la proportion de poste ayant accès à une information objective sur les médicaments. Ils permettent de mesurer la qualité des soins dispensés pour certains états pathologiques importants dont le traitement médicamenteux est régi par des normes précises définies localement [24].

Les STS constituent des outils importants pour la rationalisation de la gestion des médicaments introduits au niveau périphérique. En effet, la prescription rationnelle utilisant les STS a montré son efficacité tant au niveau national (IRA à l'exception de la pneumonie, Pneumonie et les diarrhées chez l'enfant, etc.) que dans d'autres pays développés ou en voie de développement.

¹⁰ TDR : Test de Diagnostic Biologique du Paludisme à *Plasmodium falciparum*. Le test recherche une protéine HRP2 (Histidin Rich Protein) sécrétée spécifiquement par le *Plasmodium falciparum*. Le test est basé sur une technique immuno chromatographique.

L'élaboration et l'application de référentiels et de standards de pratiques est un élément essentiel de la démarche qualité qui repose sur le principe « écrire ce que l'on doit faire, faire ce que l'on a écrit, vérifier ce que l'on a fait ». Ces référentiels qui formalisent la meilleure façon d'accomplir une activité s'intègrent naturellement dans une stratégie d'amélioration continue de la qualité des soins [24].

Par ailleurs, les progrès réalisés pour le développement de cet outil ont été considérables, puisque 135 pays ont développé des guides thérapeutiques Standard (GTS) et 112 d'entre eux l'ont actualisé depuis moins de cinq ans [25]. Selon l'OMS, les pays disposant d'un GTS actualisée depuis moins de 5 ans sont estimés à 64% [19].

Au Sénégal, des outils de rationalisation ont été élaborés pour être largement diffusés. Il s'agit du Dictionnaire Thérapeutique en index DCI, Guide des équivalences thérapeutiques, Module de formation en usage rationnel. Il convient aussi de rappeler l'existence d'ordinogrammes et de schémas thérapeutiques pour rationaliser la prescription et la dispensation des médicaments.

L'étude sur l'adhésion des prescripteurs aux PTS a montré que le pourcentage de prescriptions conformes aux directives thérapeutiques est négligeable pour les pathologies dominantes sur cette CRO.

Notre étude révèle donc que même s'il y'a conformité, elle reste encore faible. Alors, si elle met au grand jour le manque de connaissance et d'information des infirmiers sur les PTS, elle montre surtout leur manque de motivation et d'implication qui sont justement dus à l'absence d'un suivi et d'une supervision soutenus.

- ***Selon la durée de consultation :***

La durée moyenne de consultation était de six minutes pour cette période de notre étude avec un minimum de deux minutes et un maximum de quinze

minutes. En effet, cette variable est difficile à évaluer car n'ayant pas de normes requises selon la littérature mais par contre cet indicateur vaud surtout par les comparaisons qu'il rend possible entre centres de santé, région, pays, ou dans le temps. Ceci, nous amène à comparer ce résultat avec celui trouvé dans la région de Tahoua au Niger par H. Pierre Mallet et al. Et qui est égal à six minutes pour la durée moyenne de consultation pour l'ensemble des centres de santé intégrés [23]. Cependant, la durée moyenne de consultation d'environ six minutes ne marque pas d'évolution notable par rapport à la prise en charge du malade, mais l'infirmier semble prendre plus de temps pour son diagnostic. Par ailleurs on peut dire que ce temps consacré aux malades pourrait expliquer en partie les mauvais résultats en terme de diagnostic, en terme de prescription et amènent surtout les malades à une utilisation irrationnelle des MEDESS. En outre, cette connaissance reste insuffisante, comme dans les autres pays, et devrait conduire à approfondir les méthodes de communications vers les malades pour un bon usage du médicament.

III.5 ANALYSE DE L'ORDONNANCE :

La discussion de cette partie concerne toutes variables quantitatives qui seront regroupées en indicateurs de prescription, en indicateurs économiques et de dispensation.

III.5.1 CARACTERISTIQUE DES PATIENTS SELON L'ORDONNANCE :

III.5.1.1 SELON LES INDICATEURS DE PRESCRIPTION :

Selon DUMOULIN, l'étude critique des prescriptions permet d'identifier les prescriptions irrationnelles. Il est cependant, très difficile de mesurer la proportion de traitements qui suivent des traitements standardisés. Il est de ce fait préférable d'utiliser des indicateurs indirects [9]. Ces indicateurs ont été testés dans 12 pays [32].

L'OMS et l'INRUD (International Network for Rational use of Drug) ont apporté leur contribution à ce processus vital en élaborant des indicateurs simples permettant de contrôler l'usage des médicaments dans un établissement de santé, un pays ou une région. Ils ont ainsi proposé une liste d'indicateurs fondamentaux portant sur les prescriptions qui sont au nombre de cinq :

- ***Le nombre moyen de médicaments par ordonnance ;***

Il permet de détecter les prescriptions excessive et multiple et varie d'un pays à l'autre. Cependant, notre étude sur la communauté rurale de Ounck concernant l'étude de la qualité des prescriptions nous a permis de trouver un nombre moyen de médicaments par ordonnance égal à deux en 2008. Alors que ce nombre tournait autours de trois en 2003 lors d'une étude réalisée par la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL) sur l'évaluation du secteur pharmaceutique du Sénégal en collaboration avec OMS. Par contre, Selon DUMOULIN et al [9], une prescription rationnelle se traduit par un nombre moyen de médicaments par ordonnance inférieur à deux. Donc à partir de là on peut dire que les prescriptions des médicaments au niveau du poste de santé de Ounck étaient dans les normes de l'OMS. Ceci pour la seule et simple raison que les infirmiers de cette zone ont bien reçu l'appui des partenaires au développement plus particulièrement celui de Pharmacie et Aide Humanitaire en ce qui concerne la formation sur la connaissance des médicaments et les effets auxquels ces médicaments pouvaient engendrés mais avec une parfaite supervision assurée par l'équipe cadre du district de Bignona. Par ailleurs nous avons trouvé dans la littérature des résultats plus mauvais dans d'autres pays. Il est de 4,3 au Ghana, 3,4 dans les formations sanitaires d'Abidjan avec un nombre intermédiaire de 3,9 au Nigeria et 3 au Cameroun [45].

- ***Le nombre de médicaments générique prescrit et figurant sur la liste des MEDESS ;***

Dans notre étude, 98,6% des médicaments prescrits sont des génériques (tableau II.9), alors que la valeur optimale de cet indicateur doit tendre vers 100% [9].

Cette variable permet de mesurer la tendance à prescrire des médicaments génériques.

Du latin *genus, generis* « le genre » [29] le médicament générique est généralement destiné à être interchangeable avec le médicament innovant, fabriqué le plus souvent sans licence du fabricant de ce dernier, et commercialisé après l'expiration du brevet ou des autres droits d'exclusivité. Les médicaments génériques peuvent être commercialisés, soit sous la DCI, soit sous un nouveau nom de marque [36]. Ainsi d'après nos résultats, la prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI) de médicaments essentiels génériques appartenant à la liste essentielle (tableau II.10) est par contre bien respectée car cette valeur est égale à 100% selon notre étude. Ces résultats supérieurs à ceux trouvés dans la littérature, sont liés à l'organisation d'un approvisionnement en médicaments essentiels génériques, selon une liste révisée toutes les deux ans et diffusée, à travers une Pharmacie Nationale d'Approvisionnement. Ils montrent aussi la bonne assimilation, de la part des prescripteurs de ce niveau périphérique, du concept de médicaments essentiel générique sous DCI. En effet, les génériques ne représentent en France qu'environ 7 % du marché des médicaments et 4% en valeur, alors qu'en Allemagne, ils constituent 39% des montants remboursés des médicaments en volume et 27% en valeur [29]. Par ailleurs, des chercheurs du Schneider Institute For Health Policy de l'Université de Brandeis aux Etats-Unis [35] ont, de leur part, constaté que si l'on augmentait d'environ 50% l'usage des génériques, les dépenses de médicaments par personne diminuerait de 1 647 à 1 377 dollars, ce qui représenterait une économie totale de 250 millions de dollars entre 2003 et 2012. Toujours dans la même lancée une étude [35] a révélé que la prescription de vérapamil-MSD au lieu du produit de marque correspondant permettrait

d'économiser 54,5 millions de francs par an. Elle a également affirmé que les économies seraient de 38 millions avec la carbocystéine-GNR et de 31,3 millions avec la spironolactone-GNR. La faible utilisation des génériques est retrouvé aussi dans d'autres contextes : 37% en Equateur [27] ; 44% au Népal [27] et 61.3% en Namibie [30].

- *Le pourcentage de consultation avec prescription d'au moins un antibiotique / Le pourcentage de consultation avec prescription d'au moins un injectable.*

Ils permettent de mesurer le niveau global d'utilisation de deux formes de traitements médicamenteux importants dont il est fréquemment fait un usage excessif.

Les antimicrobiens ne sont pas responsables de la résistance, mais le processus est accéléré lorsqu'ils sont mal utilisés. En pratique, cela veut dire qu'il faut utiliser les antimicrobiens largement et avec prudence, ni trop peu ni en excès et jamais sans justification. Les modes de prescription injustifiés, y compris le mauvais choix de médicaments, la mauvaise posologie ou la mauvaise durée de la cure, le traitement mal suivi et l'usage de médicaments de mauvaise qualité (parfois contrefaits), tout cela contribue à l'émergence de microbes pharmaco résistants [37]. Une prescription rationnelle en ATB ne doit pas dépasser 30% des médicaments prescrits et une prescription rationnelle en injection doit être inférieure à 20% [9]. Cependant notre étude a montré les taux de prescription d'antibiotique (ATB) et de produits injectables globalement plus élevés que les valeurs retrouvées dans d'autres pays. En effet, 69% de nos prescriptions contiennent au moins un ATB et 19 % de nos prescriptions contiennent au moins un injectable. Cette utilisation des antibiotiques semble particulièrement abusive, même si l'on admet l'existence d'un contexte morbide régional spécifique dans ce pays sahélien. Ces chiffres sont particulièrement inquiétants lorsque l'on connaît les dangers auxquels ces mauvaises habitudes de

prescription exposent, tels que la multiplication des risques d'interactions médicamenteuses et l'apparition de résistances aux antibiotiques les plus disponibles [3-7]. En outre, l'utilisation irrationnelle des produits injectables expose évidemment aux risques des maladies infectieuses transmises par voie sanguine, mais aussi aux accidents allergiques et avec la médication multiple et l'antibiothérapie abusive, à l'augmentation des coûts et au gaspillage des ressources en général. Ce problème de recours trop systématique aux injections en milieu rural existe malheureusement dans de nombreux pays en développement où l'on connaît l'influence majeure des facteurs socioculturels et économiques concernant la pratique des injections [43].

Par ailleurs, une étude de l'OMS a révélé que, 27 à 63% des patients des services de soins de santé primaires recevaient des antibiotiques, alors que le tiers seulement était cliniquement justifié. Les résultats étaient répartis comme suit : 62% au Soudan, 42% en Indonésie et 38% aux Caraïbes orientales [17] [41].

Toujours dans la même lancée, un pack d'enquête OMS pour faciliter la surveillance et l'évaluation des situations pharmaceutiques des pays a été mis au point en 2002, en Bulgarie et aux Philippines et au Sénégal en 2003. Il a montré que le pourcentage d'ordonnance contenant des injections était passé de 10 à 5% en Bulgarie, alors qu'il est resté presque le même aux Philippines de 2.5% [33]. Concernant le Sénégal cette valeur était passée de 25% en 2003 à 19% en 2008.

En Ouganda, la fièvre est le plus souvent soignée par injection, surtout quand elle s'accompagne d'autres symptômes. La chloroquine, la procaïne pénicilline et la pénicilline représentent plus de 95 % des médicaments injectables prescrits. L'association de procaïne pénicilline et de chloroquine est très souvent utilisée. En Indonésie, plus de la moitié des cas pathologiques survenus dans les ménages avaient été soignés par voie parentérale [40].

Par conséquent, le mauvais usage des médicaments est souvent responsable de souffrances humaines par le développement de maladies iatrogènes graves et de résistance aux anti-infectieux et enfin des dépenses financières qui sont difficiles à supporter par les pays à ressources financière limitées en santé comme les nôtres et ceci depuis la dévaluation du Franc CFA en 1994. Face à cette situation peu réjouissante, les professionnels de santé sont peu préparés par leurs formations pour y faire face efficacement [2].

III.5.1.2 CARACTERISTIQUE SELON LES INDICATEURS ECONOMIQUES :

Pour une grande partie responsable de l'achat important presque de tous les médicaments prescrits par l'infirmier chef de poste de la communauté rurale d'Ounck. Et d'après le tableau II.12, 97,1% des médicaments prescrits étaient achetés par les patients. Cependant ces achats ne concernaient que deux lignes de prescriptions. Donc on peut dire que leur accessibilité en ce qui concerne les médicaments ne se limitait que sur deux lignes de prescriptions et toute augmentation du nombre de médicaments prescrits entrainerait des achats partiels ou des non-achats. En effet, l'accessibilité des Sénégalais plus particulièrement à ceux du monde rural aux médicaments reste peu importante et ne concerne que 60% de la population dans la filière publique alors qu'elle est de 20% dans la filière privée [13]. En outre, malgré la mise en place des politiques de médicaments essentiels, les médicaments restent hors portée pour beaucoup de Sénégalais pour la seule et simple raison qu'on estimait à 53,9% la prévalence des ménages vivant sous le seuil de pauvreté.

Par ailleurs, le prix des ordonnances prescrites nous montre indirectement le poids financier du médicament dans le budget des ménages, car l'achat des médicaments est en général totalement à la charge des familles. Concernant notre étude sur l'analyse du prix de l'ordonnance, les consommables (seringues, pansement, etc.)

n'ont pas été inclus dans le prix car leur montant reste globalement faible (quelque dizaine de FCFA en moyenne). En revanche le coût moyen de l'ordonnance était de 830 Fcfa alors que le cout moyen de médicaments achetés était de 749 Fcfa. Cette différence est dû au fait que le prix du ticket de consultation était inclus dans l'ordonnance. Et que ce prix était de 50 Fcfa pour les enfants et de 100Fcfa pour les adultes. En d'autre terme, le pourcentage de médicaments achetés (rapport entre valeur de médicaments achetés sur celle de l'ordonnance prescrite) était de 90,2%. Et selon les résultats trouvés par la direction de la pharmacie et des laboratoires sur l'évaluation du secteur pharmaceutique en 2003 au Sénégal, cette valeur dépassait les 100%. Cette situation nous montre une régression très nette de l'accès aux soins, directement lié à la baisse du pouvoir d'achat. Cependant on entend par accès aux soins la capacité des patients à se faire examiner par un professionnel et à se procurer les médicaments que nécessite leur état financièrement et géographiquement. A partir de là on peut faire une introspection et admettre les problèmes qui sont à la base de cet inaccessibilité des populations aux soins de santé de base. Ces problèmes trouvent leur origine dans un contexte macroéconomique peu favorable du Sénégal, où le fonctionnement du système de santé est financé par le recouvrement des coûts par la population et en l'absence de systèmes de tiers payant pour la prise en charge du risque maladie, la population et notamment les groupes les plus pauvres, ne dispose que d'un accès limité aux soins et aux médicaments. D'un autre coté les résultats préliminaires de l'enquête sur les priorités présentés par la direction de la prévision et de la statistique en février 1993 montrent que la population urbaine qui représente 40% de la population totale du pays détient 71% des revenus, le reste, c'est-à-dire seulement 29% revenant au monde rural (60% de la population). Selon la même enquête, les dépenses moyennes au cours du mois étaient estimées à 70,6FCFA par individu pour les consultations et à 329,5FCFA pour les médicaments [47].

Ce qui indique que les familles dépensent beaucoup plus pour les médicaments que pour les consultations. Par ailleurs ces dépenses sont plus élevées chez l'enfant et les personnes âgées qui naturellement constituent le gros lot des consultants. Voilà autant de raison qui montre en termes de coût, on peut parler des prescriptions irrationnelles dans l'ensemble avec un coût moyen d'ordonnance d'environ 749francs CFA qui est bien inférieur aux estimations disponibles réalisées en Afrique de l'Ouest [12]. Cette limitation des dépenses en médicaments ainsi que la rigueur de gestion pratiquée au niveau communautaire sont actuellement suffisantes pour permettre un recouvrement du coût des médicaments à plus de 100%, contribuant ainsi à l'instauration de rapports de confiance entre le système de santé et la population. Alors, face à ces résultats, notre étude confirme que l'achat partiel des ordonnances n'était que 2,9% des médicaments prescrits et ce phénomène est à l'origine parfois d'un manque d'argent chez les patients ou rarement d'une rupture de stock de médicaments.

TROISIEME PARTIE: CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CHAPITRE I: CONCLUSION

Il est indéniable que les prescriptions irrationnelles des médicaments sont des plaies qui se compliquent au fil des jours, car nos ressources thérapeutiques sont illimitées. La boutade signalée dans l'énoncé du problème était d'un manque de méthode pour faire passer les connaissances théoriques dans la pratique quotidienne. Dès lors une stratégie cohérente de rationalisation de la prescription et de l'usage des MEDESS est donc nécessaire pour modifier l'attitude et la pratique des prescriptions par rapport des MEDESS.

Cependant notre étude a été une occasion pour essayer de relever certains dysfonctionnements relatifs à la qualité des prescriptions au niveau du poste de santé d'Ounck, district sanitaire de Bignona.

Les populations de la communauté rurale de Ounck ont un accès facile au poste quelque soit le village d'origine car selon nos résultats le poste de santé jouit d'une accessibilité géographique dans l'espace et dans le temps pour la seule et simple raison que la durée moyenne pour y accéder tourne autour de 10 minutes et que les villages de la zone d'attraction sont à moins de 15 km pour une population de 4219 habitants. Donc, le poste de santé répond exactement aux normes de l'OMS (1PS pour 10000 hts).

Par ailleurs, par rapport aux normes de rationalisation des prescriptions établies par l'OMS, les résultats de notre étude mettent en évidence l'adéquation insuffisante des prescriptions du niveau périphérique de la pyramide sanitaire. Ils révèlent surtout un manque d'informations flagrant sur les habitudes de prescriptions répandues. Cependant notre étude révèle que:

- Le nombre moyen de médicaments par ordonnance est égale à 2 alors qu'une étude de la DPL sur l'évaluation sur secteur pharmaceutique a montré un nombre égal 2,4
- 99% des médicaments prescrits sont des génériques

- 69% de nos prescriptions comportent au moins un antibiotique
- Les prescriptions comportant au moins un produit injectable sont de l'ordre de 19%
- 100% des médicaments prescrits figurent sur la liste nationale de médicaments essentiels.

Les résultats de notre étude ne font que confirmer le faible niveau de formation des prescripteurs de ce niveau périphérique plus particulièrement dans les zones enclavées comme la communauté rurale d'Ounck. La qualité insuffisante du diagnostic clinique alliée à une forte besoin de prestige des prescripteurs en sont pour une large part responsable. Le seul point positif est le respect strict du nombre de médicaments par ordonnance qui est l'avantage du poste de santé d'OUNCK. Par ailleurs, ils ne font que démontrer la nécessité d'une formation et d'une supervision plus poussée. Si notre étude met au grand jour le manque de connaissance et d'information des infirmiers sur les PTS, elle montre surtout leur manque de motivation et d'implication qui sont justement dus à l'absence d'un suivi et d'une supervision soutenue. En d'autres termes notre étude montre que le coût moyen de l'ordonnance achetée était de l'ordre de 749 Fcfa et rapporté en valeur nous avons un pourcentage de 90,2% en termes de médicaments générique alors que cette valeur dépassait les 100% en 2003. Ce phénomène nous montre une régression de l'accès aux soins du à la baisse du pouvoir d'achat des familles dans cette communauté rurale. Ceci nous montre que malgré la mise en place des politiques de médicaments essentiels, ces médicaments restent toujours hors de portée pour beaucoup de Sénégalais.

En revanche, le médicament est souvent considéré comme le catalyseur du système de santé. Quand celui-ci est inaccessible, pour des raisons logistiques ou financière, il s'en suit inévitablement une baisse de la fréquentation des centres de santé encore mieux des postes de santé, une démotivation du personnel soignant, une impossibilité à sensibiliser sur les aspects préventifs. Le marché parallèle peut alors se développer, qui couplé à une automédication dangereuse chez des populations insuffisamment éduquées au niveau sanitaire, peut faire peser de graves dangers sur la santé publique.

Nonobstant, les efforts nationaux des états membres de l'OMS restent franchement insuffisants quand ils ne sont pas inexistant, abandonnant ainsi le bon usage des médicaments en passant par une bonne prescription au bon vouloir de l'industrie pharmaceutique et des ses représentants. Nous respectons le travail de recherche et de développement de l'industrie pharmaceutique, mais une comparaison peut être risquée : peut-on compter sur l'industrie du sucre pour financer des campagnes de lutte contre la sur consommation du sucre dans un but de faire reculer les complications de la carie dentaire ou de l'obésité ? Ou encore, pourquoi se refuse-t-on de mobiliser des crédits dans des opérations contre le mauvais usage des médicaments comme on l'a déjà fait pour lutter contre tant de problèmes de santé publique ? Beaucoup de questions mais pas de réponse.

Enfin, nous tenons à préciser que cette humble étude n'est qu'un prélude, et nous sommes sûrs qu'il y aura par la suite d'autres travaux qui compléteront le nôtre et qui cerneront aussi complètement que possible la problématique de la prescription des médicaments essentiels génériques afin d'avoir une parfaite rationalisation des prescriptions des médicaments au niveau du réseau des soins santé de bases avec adaptation aux PTS.

CHAPITR II: RECOMMANDATIONS

✓ ***DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS***

Il faudrait diffuser plus largement l'information concernant la consommation des médicaments et les produits indisponibles, et améliorer l'informatisation des entrepôts des médicaments au niveau central, régional, départemental et communautaire. Il faudrait également promouvoir la sélection des médicaments au niveau des centres de santé et des postes de santé, et superviser leur gestion. Par ailleurs, les médicaments destinés aux programmes doivent toujours être disponibles et en quantité suffisante, sinon l'infirmier risque de prescrire en dehors des PTS.

✓ ***LA LISTE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS***

Au Sénégal, la liste officielle de médicaments par niveau de soins a été réalisée en 1990 par la DPL en collaboration avec l'OMS, et la dernière révision a été le 28 juillet 2006. Tous les professionnels de santé devraient avoir la LNMPE à leur disposition, et toute formation clinique ou pratique devrait reposer sur cette liste et être vérifiable. Il faut donc une participation active, que ce soit des responsables au niveau central ou au niveau local.

✓ ***LES PROTOCOLES THERAPEUTIQUES STANDARDS***

Selon l'infirmier, certains protocoles ou schémas thérapeutiques devenus inadaptes, devraient être revus et réactualisés. Il faudrait également essayer d'élaborer et de généraliser les protocoles à d'autres maladies, par ailleurs, une collaboration et une coordination plus étroites entre le réseau de soins de santé de base et l'hôpital dans la prise en charge des malades sont indispensables pour une application efficace des PTS. Mais les formations et les supervisions soutenues constituent la condition sine qua none pour la réussite des PTS et une meilleure qualité des prescriptions des médicaments.

✓ ***LES MÉDICAMENTS GENERIQUES***

Ces copies de médicaments bon marché devraient être encouragées compte tenu des faibles pouvoir d'achat et taux de couverture médicale, d'autant plus que les laboratoires nationaux ont beaucoup investi dans ce domaine. Par ailleurs, l'entrée des médicaments génériques dans les pharmacies sera incarnée par les économies d'échelles au profit des mécanismes de prévoyance sociale. Si pareille mesure était prise au Sénégal, la caisse nationale de sécurité sociale paierait 20 à 50% moins cher les prestations à ses adhérents. Une pareille mesure pourrait déclencher une réaction en chaîne qui favorisera l'accessibilité aux soins, la rationalisation des prestations des organismes de prévoyance et la disponibilité en tout temps du médicament. Le ministère de la Santé et de la prévention médicale a, pour les raisons précitées, tout intérêt à encourager le médicament générique. Par ailleurs, une meilleure visibilité pour les praticiens et les officines sur les avantages des génériques s'impose, la publication éventuelle d'un guide ou d'une liste de spécialités substituables par l'état ou par les mutuelles aidera le prescripteur dans son choix.

Enfin, les négociations entreprises par notre pays avec les pays du Nord pour l'accord de libre-échange, ne devraient pas tendre vers des dispositions contraignantes pour la production de médicaments génériques au Sénégal, ainsi la durée de protection des brevets d'invention devrait être courte, les industriels Sénégalais devraient participer aux négociations, etc.

✓ **LA FORMATION DE BASE**

La formation initiale devrait être revue et améliorée pour préparer le futur praticien du réseau de soins de santé de base à être rationnel dans ses prescriptions et à adhérer aux PTS.

En effet, elle devrait insister plus sur le côté préventif de l'exercice médical en enseignant les programmes de santé publique et ne pas être orientée uniquement vers le milieu hospitalier. En outre, elle devrait rester plus pratique que théorique en assurant un encadrement plus efficace lors des périodes de

stage. Nos Facultés de médecine et de pharmacie devraient également enseigner l'usage rationnel des médicaments et le principe de médicaments essentiels aux étudiants, au tout début de leur cours de pharmacologie. Ils prendraient ainsi conscience de l'importance de la question au début de leurs études et les connaissances qu'ils acquerraient leurs seraient utiles pour les années suivantes. Par ailleurs, des cours sur la gestion, la communication et l'informatique devraient également être intégrés dans la FB.

✓ ***LA FORMATION CONTINUE***

Le faible niveau de sensibilisation des infirmiers surtout dans les zones enclavées au principe de la rationalisation des prescriptions malgré certains ateliers de formation dont ils ont bénéficié au niveau de la région médicale, ou bien par le biais de certains ONG indique qu'il ne suffit pas de diffuser des informations pour modifier de façon sensible leurs comportements. Ces informations devaient être élaborées avec les prestataires et s'accompagner d'une formation, d'un audit et d'une rétro information. Elles auraient alors une influence sur l'usage des médicaments, car chaque mesure complémentaire en amplifierait les effets. Par ailleurs, cette FC devrait être plus fréquente et ne pas rester ponctuelle ou sporadique. Elle devrait suivre un calendrier régulier et échelonné tout au cours de l'année. De plus, elle devrait englober tous les sujets ayant un intérêt pour les professionnels de santé et ne pas se limiter à quelques-uns seulement. Pour motiver les professionnels de santé à pratiquer une formation personnelle, nous pensons que les responsables au niveau régional devraient mettre à leur disposition un local où ils pourraient consulter des revues médicales, des livres, l'internet, etc.

✓ ***L'INFORMATION PHARMACEUTIQUE***

Les prescripteurs du réseau de soins de santé de base devraient bénéficier de formations qui leur permettraient d'être mieux armés pour porter un regard critique sur les annonces publicitaires, pour savoir où chercher l'information

pharmaceutique et comment en faire bon usage. Il est difficile d'empêcher ou de contrôler toutes les annonces publicitaires dont sont submergés les prescripteurs, Ces derniers devraient donc impérativement être capables d'en apprécier la valeur scientifique. Notre gouvernement, avec l'appui d'organismes de réglementation et d'associations de professionnels, devrait faire en sorte que toutes les informations pharmaceutiques communiquées aux prescripteurs et les recherches dont elles sont issues, contribuent à améliorer la science et les résultats plutôt que les ventes. Par ailleurs, la promotion des médicaments devrait être aussi réglementée par des lois votées par notre gouvernement. Ces lois prévoiraient des normes pour les supports promotionnels de toute nature, y compris tous les supports imprimés et audiovisuels. Elles fixeraient également des règles concernant les délégués médicaux (DM), la fourniture d'échantillons, etc. Les DM devraient également avoir un niveau d'instruction approprié ; recevoir une formation adéquate et avoir suffisamment de connaissances médicales et techniques ainsi que d'intégrité pour présenter des informations sur des produits et s'acquitter d'autres activités de promotion avec rigueur et sens des responsabilités. Ils devraient également bénéficier d'un retour d'information émanant des prescripteurs. Il incombe aux employeurs d'assurer la formation de base et la formation continue à leurs D/M, auxquels devraient être aussi inculqués des principes d'éthique appropriée tenant compte des critères de l'OMS. Les employeurs devraient également être tenus responsables des déclarations et des activités de leurs D/M. Ces derniers ne devraient pas offrir des avantages en nature ou en espèces aux prescripteurs, qui à leur tour ne devraient pas solliciter de tels avantages. Pour éviter l'excès de promotion, la rémunération des D/M ne devrait pas dépendre du volume des ventes générées par eux.

✓ ***LES OFFICINES PRIVEES***

Les prescripteurs, les pharmaciens ainsi que leurs auxiliaires devraient aussi bénéficier d'une sensibilisation et d'une formation sur le principe de la rationalisation des prescriptions avec adaptation aux PTS. Ils devraient ainsi développer une collaboration plus étroite avec les prescripteurs, et éviter de délivrer d'autres médicaments que ceux figurant sur les ordonnances sans les aviser (surtout s'ils délivrent des molécules mères à la place des génériques).

✓ ***INFLUENCE DES PATIENTS***

Il est nécessaire d'appliquer une stratégie énergique d'éducation et d'information des consommateurs à travers un enseignement des principes élémentaires sur lesquels reposent les thérapies rationnelles ainsi que des systèmes efficaces d'information sur les médicaments. Ceci peut être réalisé dans les formations sanitaires de base à l'aide de cassettes audio ou vidéo. Par ailleurs le rôle des prestataires de santé reste essentiel pour les dissuader de leurs mauvaises habitudes.

✓ ***UNE POLITIQUE PHARMACEUTIQUE NATIONALE (PPN)***

Notre pays devrait mettre en œuvre une PPN qui engloberait à la fois le secteur public et le secteur privé et qui ferait intervenir tous les principaux acteurs du domaine pharmaceutique. Par ailleurs, elle devrait entrer dans le cadre d'une politique nationale de la santé. Les éléments clés d'une PPN sont : la sélection des médicaments essentiels ; l'accessibilité économique ; le financement des médicaments ; les systèmes d'approvisionnement ; la réglementation pharmaceutique ; l'usage rationnel des médicaments ; la recherche ; le développement des ressources humaines ; la surveillance et enfin l'évaluation.

Si le premier élément clé a été atteint par notre pays, il faut prendre les mesures nécessaires pour mettre en œuvre ou renforcer les autres.

Accessibilité économique

- Engagement du gouvernement à assurer l'accès aux médicaments essentiels grâce à une accessibilité économique accrue ;

- Abaissement des taxes, des droits de douanes et des marges bénéficiaires de distribution pour tous les médicaments ;

Financement des médicaments

- Engagement du gouvernement à prendre des mesures pour améliorer l'efficacité et réduire le gaspillage ;
- Augmentation du financement public en faveur des maladies prioritaires, ainsi que des pauvres et des défavorisés ;
- Recours aux prêts au développement pour le financement des médicaments ;
- Directives pour les dons de médicaments.

Systèmes d'approvisionnement

- Engagement au respect des bonnes pratiques pour les achats de produits pharmaceutiques dans le secteur public ;
- Mise en place de systèmes d'approvisionnement en médicaments pour les situations d'urgence graves ;
- Gestion des stocks et prévention du gaspillage ;
- Elimination des médicaments inutiles ou dont la date de péremption est dépassée.

Réglementation pharmaceutique

- Engagement du gouvernement à mettre en place une réglementation pharmaceutique, en s'appuyant notamment sur une solide base juridique et des moyens financiers et humains suffisants ;
- Indépendance et transparence de l'organisme de réglementation pharmaceutique; relations suivies entre celui-ci et le Ministère de la santé ;
- Accès à des installations de contrôle de la qualité des médicaments ;
- Nécessité de mettre en place des systèmes de pharmaco surveillance ;
- Echange d'informations au niveau international.

Usage rationnel des médicaments

- Mise au point de directives cliniques reposant sur des données probantes, sur lesquelles s'appuieraient la formation, la prescription des médicaments, l'examen de l'utilisation des médicaments, l'approvisionnement en médicaments et le remboursement des médicaments ;
- Mise en place de commissions thérapeutiques et pharmaceutiques et soutien à celles-ci.

Recherche

- Nécessité d'une recherche opérationnelle dans le domaine de l'accès aux médicaments ainsi que de la qualité et de l'usage rationnel de ceux-ci ;
- Nécessité d'une participation à des activités de recherche-développement cliniques sur les médicaments.

Développement des ressources humaines

- Responsabilité du gouvernement en ce qui concerne la planification et la supervision du développement et de la formation des ressources humaines nécessaires au secteur pharmaceutique ;
- Définition du niveau minimum d'éducation et de formation requis pour chaque catégorie de personnel ;
- Perspectives de carrière et constitution d'équipes dans le service public ;
- Nécessité d'une assistance externe (nationale et internationale).

Surveillance et évaluation

- Engagement explicite du gouvernement en faveur des principes de la surveillance et de l'évaluation ;
- Surveillance du secteur pharmaceutique au moyen d'enquêtes régulières réalisée à l'aide d'indicateurs ;
- Evaluation externe indépendante des incidences de la politique pharmaceutique nationale sur tous les secteurs de la société et de l'économie.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. A. BA et al. :

Rôle d'une association dans l'appui au développement de l'assurance qualité pharmaceutique : un transfert de savoir-faire sur le principe de compagnonnage.

Med Trop 2006 ; 66 :538-541

2. A. HELALI.

Bon usage des médicaments. *Med Trop 2006 ; 66 :619-622*

3. A. ASSEFA, G. YOHANNES.

Antibiotic sensitivity pattern of prevalent bacterial pathogens in Gondar, Ethiopia. *East Afr. Med J 1996; 73: 67-71*

4. BANQUE MONDIALE.

Rapport d'évaluation. Projet de développement des Ressources humaines.

12 Mars 1991

5. BERTRAND.D ; LABARERE.J ; FRANCOIS.P

Efficacité d'un programme d'amélioration des prescriptions médicamenteuses et des comptes-rendus d'hospitalisation dans un hôpital universitaire.

Santé Publique 1999 ; volume 11, n°3, pp. 343-555

**6.BEXELL.A;LWANDO.E;HOFSTEN.B;TEMBO.S;ERIKSSON.B;
DIWAN.VK.**

Improving drug use through continuing education: a randomized controlled trial in Zambia.

J Clin Epidemiology 1996; 49:355-

**7. DESTA.Z; ABULA.T; BEYENE.L; FANTTAHUN.M; YOHANNES
.A.G; AYALEW.S.**

Assessment of rational drug use and prescribing in primary health care facilities in North West Ethiopia.

8. DIALLO.I; MOLOUBA.R; SARR.L.C.

Les aspects de la mise en œuvre de l'initiative de Bamako expérience du Sénégal.

9. DUMOULIN.J et al.

Guide d'analyse économique du circuit médicament. Genève, OMS, 2001

10. ENDA TIERS-MONDE,

La consommation des médicaments à DAKAR, contribution à une politique des médicaments essentiels à DAKAR, *Mars 1998.*

11. ETUDE DE GESTION / RAPPORT FINAL.

Pour une meilleure organisation de la PNA, *Mars 1990.*

12. FONTAINE.D.

Prescription et dispensation des médicaments essentiels et génériques : Enquête dans six pays d'Afrique. *REMED 1998 ; 20 : 1-6*

13. FELIX. A.

Les enjeux éthiques dans le champ de la santé. Le cas du Sénégal

Magazine LP, Mars 2007 ; n°23 : 34-35

14. G.MILLOT. Le médicament essentiel en Afrique pour une vision globale

Med Trop 2006 ; 66 : 558-564

15. GUIMIER.JM ; CANDAUD D ; GARENNE M ; TEUILLIERES L.

Pourquoi le prix des médicaments est-il élevé dans les pays d'Afrique subsaharienne. *Cahier de Santé, 2005 ; 15 ; n°1 :*

16. HAKKOU F ; JAOUEN C ; SOULAYMANI R.B

Manuel thérapeutique. OMS, Bureau régional de la Méditerranée orientale, 1991.

17. HOLLOWAY, K.A; GAUTAM, B.R; REEVES BC.

Dix recommandations pour améliorer l'usage des médicaments dans les pays en développement. Médicaments essentiels : le point n°31, 2002

18. HORERZEIL HV, WALKER GJA, SALLAMI OA, FERNANDO G.

Fieds tests for tests for rational drug use in twelve developing countries lancet, 1993: 1408-1410.

19. ILIMI A.W.E

Analyse du problème de la disponibilité et de la qualité des médicaments dans les formations sanitaires à Djibouti. Cours international de développement de leadership dans le domaine de la santé. INAS, Rabat, 1998.

20. INITIATIVE DE BAMAKO

Vie et Santé, Octobre 1989, n°1, p 17

21. JANCLOES.M, VAN DE VELDEN.L

Un algorithme-test pour consultations primaires autofinancées (Pikine-Sénégal). Intérêt sanitaire et économique. Dakar Médical, 1982 ; 1982 ; 27 : p 1-9

22. KNIPPENBERG.R, LEVY, BRUHL.D, OSSEN.R, DRAME K. SOULAT A, DEBEUGNY.C.

Initiative de Bamako: enf. Milieu Tropical Revue du centre international de l'enfance, 1990, numéro 184- 185.

23. MALLET .H.P

Enquête de soins intégrés. Districts sanitaires de Keita, Bouza et Abdalak. Direction départementale de la santé de Tahoua, Niger, 1997-1998. Clermont-Ferrand, France, PSF. Document non publié

24. MARTIN.J

Le partenariat patient-médecin de plus en plus nécessaire. Santé publique, 1994, 6^{ème} année, n°3, pp 301-308

25. MS

Comptes nationaux de la santé 1997/1998.MS, Rabat, Mars, 2001

26. MS. DHSA

Manuel de gestion des médicaments au niveau des formations sanitaires de base.
MS, Rabat, 2002.

27. OMS

Comment étudier l'utilisation des médicaments dans les services de santé :
Quelques indicateurs de l'utilisation des médicaments. Genève, 1993

28. OMS

Critères éthiques applicables à la promotion des médicaments. Médicaments
essentiels. Le point, n°20, OMS, Genève, 1994.

29. OMS

DCI : Les médecins et les prescriptions des génériques. Genève, OMS,
Septembre 2002

30. OMS

La Namibie adopte les indicateurs OMS/ INRUD. Médicaments essentiels : le
point, n°30, Genève, 2001.

31. OMS

L'usage rationnel des médicaments : Rapport de conférence de Nairobi 25 et 29
Novembre 1985. Genève, OMS, 1987.

32. OMS

L'utilisation des médicaments essentiels : 7^{ème} rapport du comité OMS d'expert.
Genève, OMS, 1997.

33. OMS

Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques : Donner un soutien aux
pays pour réduire le manque d'accès aux médicaments. Genève, OMS, rapport
annuel ,2002 .

34. OMS

Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques ; Donner un soutien aux
pays pour réduire le manque d'accès aux médicaments, Genève, OMS, 1991

35. OMS

Mondialisation et accès aux médicaments : perspectives sur l'accord ADPIC de l'OMC, série économie de la santé et médicaments, n°7. Genève, OMS, 1999.

36. OMS

Promouvoir la science ou les ventes de médicaments essentiels, le point, n°31, OMS, Genève, 2002.

37. OMS

Résistance aux antimicrobiens : une menace pour le monde Médicaments essentiels : le point, n°28et29, Genève, 2000

38. OMS

Sélection des médicaments essentiels. Genève, OMS, juin 2002

39. OMS

Soins de santé primaires. Rapport conjoint du directeur général de l'OMS et du directeur exécutif du Fonds des Nations Unis pour l'Enfance, Suisse, Genève, 1978, p 54

40. OMS

Suntik, ya ? Etude sur la popularité des injections en Indonésie et en Ouganda. Médicaments essentiels: le point, n°23, Genève, 1997.

41. OMS

Who medicines strategy: Framework for action in essential Drugs and medicine policy 2000-2003, Genève, OMS, 2000

42. Politique des médicaments et initiative de Bamako .Thèse, n°85, 1988

43. PRAWITASARI HADIYONO ET al.

Interactional Group Discussion: results of a controlled trial using a behavioral intervention to reduce the use of injections in public health facilities.

Soc Sci Med 1996; 42: 1177-83

44. QUICK.J.D et al.

Bien gérer les médicaments. La sélection, l'acquisition, la distribution et utilisation des produits pharmaceutiques dans les soins de santé primaires. IUED, Genève, Suisse, 1984

45. QUICK.J.D

Investigating drug use. In « *Managing drug supply* » 2nd West Hartford, Connecticut, Kumarian Press 1997

46. Rapport du PNDS 1998-2007, pp 8-9

47. Rapport du PNDS 1998-2007, pp 11-12

48. MSPM

Sélection des médicaments essentiels et produits essentiels. Guide Méthodologie pour une application de la politique des médicaments et produits essentiels et l'initiative de Bamako au niveau des districts au Sénégal. Equipe de la division des Soins de Santé Primaires, Aout, 1991

49. SNIP

Etude sur l'accessibilité du médicament. *Magazine LP*, 2006; n°23: p 44

50. UNICEF /MSPM

Programme Santé et Nutrition, 1992-1996