

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE (PARIS VI)

INSTITUT SANTE ET DEVELOPPEMENT

DIPLOME D'ETUDES APPROFONDIES

SANTE PUBLIQUE ET PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT

1987 - 1988

Professeur Marc GENTILINI

L'accès au médicament en zone rurale africaine
Etude de cas : Niakhar (Sénégal)

A. STRAGIOTTI - LAGARDE



Directeurs de mémoire : Pr. H. FELIX
Dr. P. CANTRELLE

Mémoire soutenu le Septembre 1989

ØSGPOLSAN, STR



F 30.658

Ce travail s'inscrit dans l'ensemble des recherches dirigées par le Professeur M. Gentilini dans le cadre du diplôme d'études approfondies "Santé Publique et Pays en voie de développement".

Le Professeur H. Félix m'a permis de suivre l'enseignement de ce diplôme d'études approfondies. Il a dirigé mon travail en relation avec le Docteur Pierre Cantrelle. Leur confiance et leur intérêt pour ma recherche m'ont grandement encouragé.

Cette étude a été réalisée au sein de l'Unité de Recherche "Population et Santé" de l'ORSTOM dirigée par Michel Garenne, grâce à qui j'ai pu travailler en pays sérère en liaison avec l'équipe de Niakhar. J'ai toujours trouvé des réponses enrichissantes et chaleureuses aux innombrables questions que j'ai pu poser, notamment auprès de Michel Ndiaye, Takhy Diop, Emile Ndiaye et Antoine Ndour. Ernest Faye, superviseur, et le Docteur Badara Samb m'ont particulièrement aidé.

Khady Sène et Moussa Sarr m'ont guidé à travers les villages et m'ont traduit les entretiens que nous y avons eus.

Soeur Tarsila du poste de santé catholique de Diohine, Ibrahima Dieng du poste de santé de Ngayokhem, Pierre Faye du poste de santé de Toucar et les agents de santé communautaire des villages enquêtés ont eu l'amabilité de me confier sans restriction les éléments nécessaires à cette recherche.

J'ai pu également bénéficier de l'appui d'une deuxième équipe de l'ORSTOM travaillant à Niakhar sur les systèmes de production agricole sérère. André Lericollais et Brigitte Guigou m'ont fait partager leur connaissance du pays sérère. Joseph Diatte m'a offert la chaleureuse hospitalité de sa maison de Niakhar.

Ousmane Ndiaye, Emille Ndiaye, Tidjane Sène et Ouml Ba ont fait preuve de beaucoup de disponibilité pour m'assister dans le traitement et la présentation de ces données.

Le Docteur Michel Etchepare a lu les différentes versions de ce texte qui s'est enrichi de ses observations.

Ce mémoire doit beaucoup, soit à leur connaissance du pays sérère, soit à leur compétence quant aux questions étudiées.

INTRODUCTION

Dix ans après la mise en place d'une politique de Soins de Santé Primaires, dans une région qui bénéficie depuis longtemps de programmes de santé sur financement extérieur, nous faisons le bilan des soins de santé accessibles aux habitants de la zone rurale la plus peuplée du Sénégal.

Par rapport au système national la situation sanitaire dans la région étudiée présente des particularités historiques. C'est pourquoi l'offre sera dans un premier temps replacée dans son contexte historique en prenant comme date charnière 1978, l'année de la conférence d'Alma Ata, qui a vu définir les soins de santé primaires.

L'évaluation des opérations conduites dans ce cadre au Sénégal est sans cesse reportée: "des rapports administratifs sont parfois produits en catastrophe par ceux qui sont chargés d'exécuter les programmes! (A. Sow, 1987)". Outre ces rapports des articles critiques de journalistes soulignent les insuffisances du système (D. Senghor, 1985) mais il n'y a pas de recherche approfondie sur ce thème. Nous nous sommes efforcés de combler ce vide au niveau de la zone d'étude de Niakhar, observatoire démographique de l'ORSTOM depuis 1962.

L'étude de l'offre dans cette région est pourtant riche d'enseignements, car en plus du système sanitaire existant, dès 1972 un essai de Soins de Santé de Base y a été expérimenté, puis deux projets de développement de Soins de Santé Primaires se sont succédés.

Au niveau de la case de santé, base de la pyramide sanitaire sénégalaise, l'offre de soins répond-elle à la demande?

Aujourd'hui, autour de Niakhar, qu'en est-il de l'agent de santé

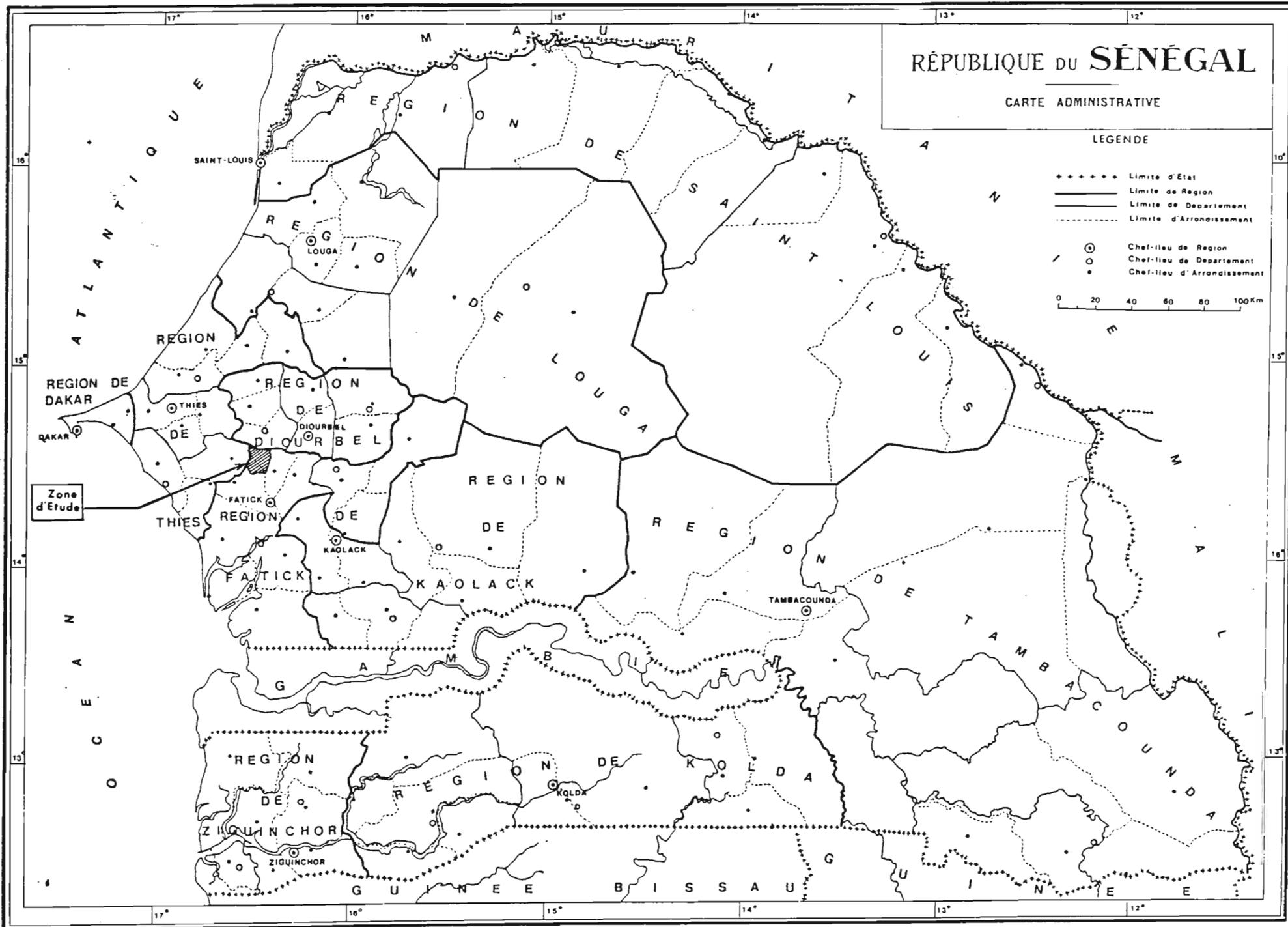
communautaire qui devait être "le pur dispensateur de soins apportant le soulagement immédiat, à un coût infime, sans prévarication aucune, infiniment disponible, bénévole partout, fatigué jamais (M. Gentilini, 1987)"? Le pacte qu'il a passé tant avec les autorités sanitaires qu'avec les gens de son village a-t-il été respecté?

Au niveau immédiatement supérieur, celui du poste de santé, la réponse à la demande de soins ne diffère-t-elle pas selon qu'il s'agit de poste de santé privé ou de poste public?

Les soins de santé primaires devaient comprendre "au minimum : 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'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels (Déclaration d'Alma Ata, ch.VII, 1978)".

Dans la zone d'étude que nous avons choisie deux volets sont assurés par l'ORSTOM en collaboration avec les chefs de poste (vaccination, protection maternelle et infantile) et sont le sujet d'études de l'Unité de Recherches "Population et Santé" (ORSTOM), le traitement des maladies et lésions courantes et fourniture des médicaments est l'objet de ce mémoire.

L'étude de l'approvisionnement en médicaments tant au niveau local qu'au niveau national paraît être au coeur du problème. La confrontation de l'offre à la demande de médicaments, examinée à la lumière des connaissances sur la morbidité et la mortalité dans la zone d'étude, permet d'en apprécier l'adéquation.



CARTE ADMINISTRATIVE DU SENEGAL

CARTE N° 1

LE SYSTEME SANITAIRE DU SENEGAL

Ayant réalisé cette étude dans une zone rurale où l'accès au secteur privé à but lucratif est quasi inexistant (une officine à Fatick, quelques dépôts pharmaceutiques, aucun médecin, aucun infirmier n'exerçant à titre libéral) nous ne décrirons que le système de soins composant la pyramide sanitaire (public et privé à but non lucratif) et l'approvisionnement en médicaments. Au Sénégal le secteur privé n'est accessible qu'aux populations urbaines appartenant à certaines catégories socio-économiques. De même nous laissons délibérément de côté le domaine traditionnel au niveau national.

Le système de santé mis en place par le pouvoir colonial était à deux composantes: une médecine curative, s'appuyant sur des dispensaires et des hôpitaux, et une médecine collective plus axée sur la prévention, basée sur les services mobiles de lutte contre les grandes endémies.

Depuis l'indépendance (1960) les déclarations de principe se succèdent et se ressemblent. Les plans quadriennaux de développement économique et social reprennent les options définies dans le premier plan de développement national: attribuer une priorité au rural sur l'urbain, à la médecine de masse sur la médecine individuelle, à la médecine préventive sur la médecine curative et aux tâches éducatives afin de "rompre le cercle vicieux ignorance-misère-maladie". Mais ce n'est que dans le cinquième plan (1977-1981) qu'apparaît la nouvelle politique de soins de santé primaires fondée sur la communauté villageoise. Dès les premiers plans, un centre de santé rural par département a été prévu, puis l'intention a été de créer un réseau plus dense de postes de santé ruraux, de centres de protection maternelle et infantile, de services d'hygiène-mobile et prophylactique, de léproseries et

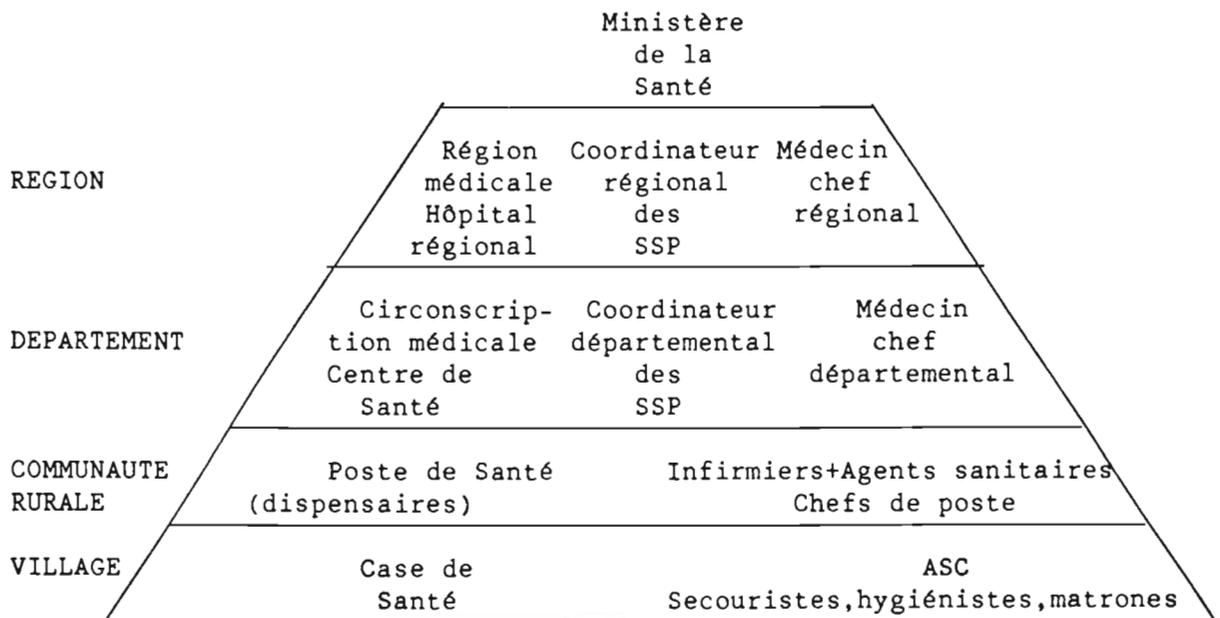
de maternités. (M. Garenne et P. Cantrelle, 1985).

Parallèlement, les investissements en matière de santé au cours de ces 5 plans ont été réservés pour plus de 50 % aux hôpitaux. L'objectif d'un hôpital par région (10 régions depuis le remodelage administratif de 1984) est ainsi à ce jour presque atteint.

La part du budget de l'Etat allouée à la santé est en diminution constante depuis plusieurs années: en 1963-1964 elle était de 6,9 %, elle a atteint un maximum dans les années 1969-1970 avec 9,2 %, pour descendre à 6,2 % en 1979-1980, puis jusqu'à 4,5 % en 1985. La région de Dakar, ancienne région du Cap Vert absorbe 45 % du budget santé du pays (R. M'Bow, 1980).

1 La pyramide sanitaire:

Le système de santé peut être présenté sous forme pyramidale avec de bas en haut: les cases de santé, les postes de santé, les centres de santé et enfin, au sommet, les hôpitaux régionaux, nationaux et le centre hospitalier universitaire (seuls les hôpitaux et les centres de santé offrent des possibilités d'hospitalisation).



La structure du système de soins public suit l'organisation administrative (décret n°60-107 portant réorganisation du service de la Santé publique, paru au Journal Officiel du 19 mars 1960) et aux dix régions administratives correspondent les régions médicales. Chaque région est divisée en départements (sauf celle du Cap-Vert qui compte des circonscriptions urbaines) auxquels correspondent les circonscriptions médicales. Dans chacun des trente départements il existe au moins un centre de santé dirigé par un médecin qui rayonne sur plusieurs postes de santé. Chaque département se compose d'arrondissements et comporte une ou plusieurs agglomérations ayant le statut de commune urbaine. Au chef lieu d'arrondissement se trouvent toujours un poste de santé et une maternité rurale. Chaque arrondissement est subdivisé en communautés rurales dont les chefs-lieux sont équipés d'un poste de santé. Les villages, cellules administratives de base, peuvent être dotés, selon leur importance, de postes de santé ou de cases de santé.

Le nombre de cases de santé en fonctionnement est difficile à évaluer, par contre celui des postes de santé et leur répartition nous sont donnés pour l'année 1985 par le Ministère de la Santé Publique (publication datant de 1988, la plus récente à ce sujet). Ainsi, il y avait au Sénégal, en 1985, 568 postes de santé, dont 427 publics. Le nombre d'hôpitaux, en 1988, s'élève à 16, le nombre de centres de santé à 47 (Etude sur le secteur santé, Réunion des Bailleurs de fonds sur le secteur santé, 1988).

Aux postes publics s'ajoutent: les postes de santé municipaux (57), les postes de santé privés (82) et les postes de la Croix Rouge (2), reconnus par le Ministère de la Santé Publique. Parmi les 82 postes de santé privés, 68 sont regroupés au sein de l'Association des Postes de Santé Catholiques du Sénégal (APSCS); ceux-ci, inégalement répartis sur tout le territoire, sont pour les trois quarts implantés en zone rurale.

En vue d'estimer le nombre d'habitants par poste de santé, nous avons

rapproché, au sein du tableau 1, les données les plus récentes concernant la répartition des postes de santé par région et par département (datant de 1985, publiées en 1988) et la population (résultats préliminaires du dernier recensement de 1988, "Le Soleil", 22/12/88).

Tableau n°1: Nombre d'habitants par poste de santé

REGION Département	population		nombre de postes de santé						nb hab par poste
	1988	%	pu	pr	mu	cr	T	pu/T	
DAKAR	1.500.459	21,80	26	19	28	-	73	35%	20.524
Dakar	686.560	9,90	8	15	12	-	35	22%	19.616
Pikine	623.933	9,00	11	4	12	-	27	41%	23.108
Rufisque	189.966	2,70	7	-	4	-	11	63%	17.269
ZIGUINCHOR	398.067	5,78	49	11	4	-	64	76%	6.219
Bignona	185.617	2,70	28	5	1	-	34	82%	5.459
Oussouye	36.047	0,52	9	2	-	-	11	82%	3.277
Ziguinchor	176.403	2,56	12	4	3	-	19	63%	9.284
DIOURBEL	616.184	8,95	29	3	1	2	35	83%	17.605
Bambey	198.570	2,89	8	-	-	-	8	100%	24.821
Diourbel	183.447	2,67	11	3	-	1	15	73%	12.229
Mbacké	234.167	3,40	10	-	1	1	12	83%	19.513
SAINT-LOUIS	651.206	9,46	78	6	7	-	91	86%	7.156
Dagana	285.348	4,15	22	4	6	-	32	69%	8.917
Matam	220.913	3,21	22	-	-	-	22	100%	10.041
Podor	144.945	2,11	34	2	1	-	37	92%	3.917
TAMBACOUNDA	383.572	5,57	53	6	2	-	61	87%	6.288
Bakel	114.284	1,66	25	-	1	-	26	96%	4.395
Kedougou	71.573	1,04	14	3	-	-	17	82%	4.210
Tambacounda	197.715	2,87	14	3	1	-	18	78%	10.984
KAOLACK	805.447	11,70	40	5	8	-	53	76%	15.197
Kaffrine	326.654	4,75	15	1	-	-	16	94%	20.415
Kaolack	291.652	4,24	11	4	8	-	23	48%	12.680
Nioro	187.141	2,72	14	-	-	-	14	100%	13.367
THIES	937.412	13,82	41	14	4	-	59	69%	15.888
Mbour	278.550	4,05	11	4	-	-	15	78%	18.570
Thiès	367.190	5,34	17	10	4	-	31	55%	11.844
Tivaouane	291.672	4,24	13	-	-	-	13	100%	22.436

%). En 1978 le capital atteignait 175 millions de F CFA. A l'origine 10% des actions étaient réservées aux pharmaciens d'officine, mais en fait ils ne s'y intéressèrent guère. En janvier 1988, Boehringer Ingelheim France, majoritaire jusqu'à cette date, a cédé 77 % de ses actions à Rhône Poulenc. Le capital est aujourd'hui de 300 millions de F CFA. SIPOA fabrique une centaine de produits génériques (aspirine, nivaquine, chloramphénicol, ampicilline, etc.) sous la forme de comprimés, gélules, sirops, ampoules injectables, solutés massifs et pommades. Elle détient le monopole de la fourniture au secteur public pour les produits qu'elle fabrique. En 1985 le montant de sa production s'est élevé à 1,3 milliards F CFA (prix sortie usine), dont 0,5 milliards à destination des formations sanitaires du secteur public, 0,3 milliards de vente aux officines du secteur privé, et 0,5 milliards de produits exportés (notamment vers la sous-région). En 1985 l'Etat, son principal client, lui devait déjà 600 millions de F CFA.

Parke-Davis enfin, installé en 1983 dans la zone franche industrielle, fabrique des spécialités destinées principalement à l'exportation. C'est une usine du groupe américain Warner Lambert qui commercialise une vingtaine de produits sous la forme de comprimés, gélules et sirops. Le montant de sa production s'élève à 1,1 milliards, dont 0,16 seulement à destination du marché sénégalais (90% pour le secteur privé).

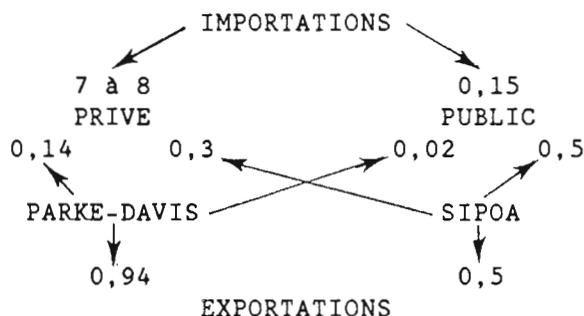
2-2 Les importations:

Pour le secteur privé elles sont assurées par les grossistes répartiteurs (Laborex, UPIA, Sodipharm). En 1985, la chambre de commerce évaluait le montant total à 9 milliards de F CFA, dont 7 à 8 milliards pour le marché privé intérieur.

Pour le secteur public, le ministère de la Santé importerait 0,15 milliards de médicaments destinés à la Pharmacie Nationale

d'Approvisionnement (1985).

L'apport respectif des importations et de la production au niveau de chacun des secteurs (en milliards de F CFA, année 1985) peut être schématisé ainsi:



2-3 Les dons, le marché parallèle:

L'importance de ces deux sources d'approvisionnement est mal connue et difficile à apprécier. De nombreux dons provenant de l'étranger transitent par des associations caritatives et sont déclarés aux douanes comme échantillons, sans mention de valeur marchande. D'autres sont offerts à grand renfort de publicité (par exemple dons du Lion's club, Rotary, généreux donateurs) et la simple lecture du quotidien national "Le Soleil" permet d'en saisir l'ampleur en volume ou en valeur mais non la qualité. Quant au marché parallèle, nous renvoyons aux études effectuées par D. Fassin qui décrit les réseaux de la vente illicite des médicaments au Cap-Vert. Outre le trafic avec la Gambie, transitant par Touba et Kaolack, les achats de "particuliers" à la PNA et à la SIPOA, les vols au port de Dakar, il signale le coulage au niveau des structures sanitaires privées ou publiques (D. Fassin, 1988).

2-4 La distribution:

2-4-1 Dans le secteur privé:

Elle est assurée par les grossistes répartiteurs qui livrent les 138 officines du pays, dont 56% sont situées dans la région du Cap-vert, et la presque totalité en zone urbaine (Ministère de la Santé, 1986). La

répartition des officines existantes (en 1983) et celles pouvant être créées pour la période allant du 1^o juillet 1983 au 30 juin 1984 est donnée par l'arrêté ministériel n° 14872 MSP-DPH en date du 7 novembre 1983, paru au Journal Officiel du 21 avril 1984. Ces officines sont dirigées par un pharmacien diplômé.

Il existe aussi des dépôts de médicaments dont la création et la gérance sont réglementées par le décret 61-218 en date du 31 mai 1961, paru au Journal Officiel du 17 juin 1961. Leur nombre et leur répartition sont donnés par l'arrêté ministériel n°13431 MSP-DPH en date du 6 novembre 1979, publié au Journal Officiel du 29 décembre 1979: 582 étaient dénombrés à cette date. Leur autorisation d'ouverture, publiée au Journal Officiel, mentionne l'obligation qu'ils ont de s'approvisionner exclusivement auprès de leur officine de tutelle. Ces dépôts sont tenus par des commerçants patentés qui ne peuvent détenir que certaines spécialités pharmaceutiques dont la liste est fixée par l'arrêté ministériel n° 8977 MSP-DPH en date du 5 août 1982, publié au Journal Officiel du 20 novembre 1982, les pharmaciens étant rendus responsables des infractions éventuelles des dépositaires à cet arrêté. Leur officine de tutelle leur consent une remise de 10 à 15 % sur le prix de vente des médicaments qui est ainsi le même dans les dépôts et dans les officines.

Le prix public des médicaments est composé de la façon suivante:

prix de base

+ frais d'importation: 13% en moyenne

+ marge du grossiste: 22% du prix de revient (18,03% du prix de cession)

+ marge du pharmacien: 48,54% du prix de cession (32,68% du prix public).

Certains produits, les médicaments de la liste sociale, bénéficient d'un prix moindre: pour ceux-ci les marges de distribution, y compris celle du pharmacien sont réduites (9,9 % pour le pharmacien). Cette liste comprend 80

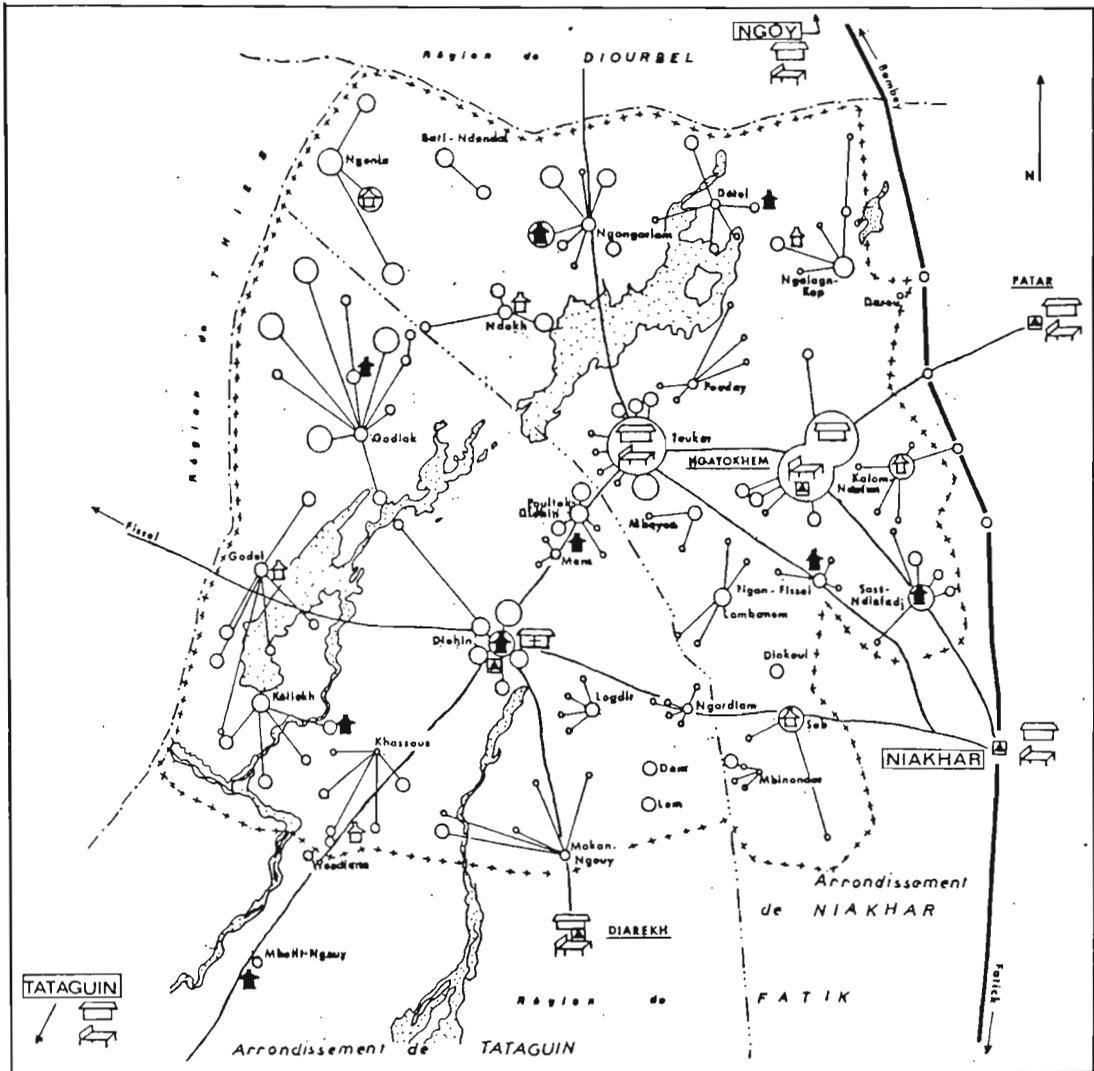
produits sous 179 présentations (dont quelques uns de la SIPOA). Elle est cependant ancienne et a besoin d'être révisée.

2-4-2 Dans le secteur public:

C'est la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), service du Ministère de la Santé Publique, qui est censée approvisionner l'ensemble des formations sanitaires du pays. Son dysfonctionnement a fait l'objet de nombreuses études. En théorie, elle fournit aux Pharmacies Régionales d'Approvisionnement, les PRA (toutes ne sont pas fonctionnelles), les médicaments nécessaires à une région médicale. La PNA ne prend pas de marge pour couvrir ses frais de fonctionnement et cède les médicaments à leur prix d'acquisition.

La dotation budgétaire en médicaments étant insuffisante, des Associations Pour la Santé (APS) et des Associations Pour les Hôpitaux (APH) se sont créées dans tout le pays, à l'initiative de la population. Ces associations d'usagers, souvent suscitées par les représentants politiques gouvernementaux, sont destinées à pallier les carences de l'Etat. Elles utilisent une partie de leurs recettes (45 à 65%) à l'achat de médicaments, l'autre partie servant à la rémunération de personnel, des matrones dans les postes de santé par exemple. Elles doivent s'approvisionner à la PNA, ou à la PRA; néanmoins, vu les problèmes de gestion de la PNA, elles sont autorisées à acheter directement à la SIPOA ou même à des grossistes.

En 1985, cette "participation des populations à l'effort de santé" aurait permis l'achat de 172 millions F CFA de médicaments alors que les recettes de ces associations étaient estimées à 386 millions de F CFA (source: Ministère de la Santé).



LEGENDE

PEUPEMENT ET EQUIPEMENTS SANITAIRES

- : Limite région
- - - - : Limite arrondissement
- + + + + + : Limite zone d'enquête
- ☐ : Farage
- ☁ : Bas-fonds inondables
- : Piste en latérite
- : Piste principale en sable
- NIAKHAR : Sous-préfecture
- NGAYOKHEM : Chef-lieu de communauté rurale
- Toukèr : Village avec hameaux et quartiers

- ☉ : Nombre de concessions par hameau et quartier
- ☐ : Pisto de santé (publique)
- ☐ : Pisto de santé (privé)
- ☐ : Maternité
- ☑ : Case de santé
- ☐ : Case détruite ou en très mauvais état

O & I Q M JUIN 1988

Dessiné par A. STRAGIOTTI Dessiné à S. SENE

0 1 2 km

L'OFFRE ET LA DEMANDE DE SOINS DE SANTE DANS LA ZONE D'ETUDE

1 Le cadre de l'étude:

Avant de décrire l'environnement nous choisissons d'explicitier et de justifier les raisons du choix du site de cette recherche.

1-1 Le choix de la zone d'étude de Niakhar:

Outre les avantages escomptés de l'intégration à une équipe pluridisciplinaire de l'ORSTOM ce choix se justifie par l'excellent recueil de données démographiques qui y est effectué mais aussi par la représentativité et la spécificité de cette zone.

Près des deux tiers des Sénégalais sont des ruraux "vivant directement des produits de la terre dans le cadre de petites exploitations familiales d'où ils tirent à la fois leur alimentaion quotidienne et leurs revenus monétaires...Les exploitations paysannes associent sur les mêmes terroirs cultures vivrières, fondamentalement des céréales, et cultures marchandes parmi lesquelles l'arachide tient, d'une extrémité à l'autre du pays, une place presque partout prépondérante et souvent encore exclusive." (P. Pelissier, 1980).

Ici, au coeur du bassin arachidier, c'est le domaine de la culture pluviale intensive avec petit mil, arachide et fumure animale. L'originalité de la paysannerie sereer procède surtout d'un système de production intégrant la présence permanente du bétail à l'exploitation des champs. En raison de la forte densité de population, la quasi totalité du terroir villageois est cultivée, les périmètres abandonnés à la brousse et aux troupeaux couvrant les sols incultivables. C'est en effet la région rurale la plus peuplée du Sénégal: plus de 100 habitants au km² tandis que les revenus y sont parmi les

plus faibles du pays. La malnutrition sévit gravement puisque chez les enfants de 0-4 ans, "17,6 % présentent une malnutrition chronique, 3,0% une malnutrition aiguë et 2,0% une malnutrition sévère" (M. Garenne, 1987). Par ailleurs, la mortalité néonatale est de 45,8/1000 naissances vivantes, la mortalité post-néonatale jusqu'à 5 ans est de 264/1000. L'espérance de vie atteint maintenant 44,8 ans et la récente mobilité de ses habitants peut laisser supposer des modifications de comportement vis à vis des problèmes de santé. La connaissance approfondie et ancienne des événements démographiques dans cette population permet de fonder une recherche sur les bases les plus sûres possibles.

1-2 Niakhar, site de recherche:

De nombreuses recherches ont été menées dans la région de Niakhar depuis longtemps et dans diverses disciplines. Il serait intéressant d'en dresser la liste exhaustive, mais nous n'aborderons ici qu'une partie des recherches menées par l'Unité de Recherches "Population et Santé" de l'ORSTOM qui ont un rapport direct avec notre étude.

Dès 1962, P. Cantrelle y a réalisé des études démographiques et depuis 1983 les principaux événements démographiques (naissances, décès, mariages, migrations) sont recueillis de façon exhaustive et en continu par 14 enquêteurs formés à cet effet. Les causes probables de décès sont identifiées grâce à des questionnaires établis pour chaque décès, retraçant l'histoire de l'évènement et donnant lieu à une autopsie verbale réalisée par deux médecins. Depuis janvier 1987, une étude de l'efficacité à 5-10 mois de deux vaccins contre la rougeole est menée: dans ce cadre, un médecin effectue le suivi des enfants du projet par des visites à domicile lorsque les parents le jugent nécessaire. Il consulte dans chacun des trois postes de santé de la zone, une fois par semaine, le jour du marché. Depuis juin 1988, démarrage d'un projet sur la coqueluche, un second médecin est sur place de façon

permanente. Les repercussions immédiates de ces recherches sur l'état de santé de la population sont importantes puisque l'ORSTOM y assure le Programme Elargi de Vaccination, des consultations régulières dans les postes de santé et vient d'ouvrir un centre de réhabilitation nutritionnelle.

1-3 L'environnement:

La zone d'étude de Niakhar est au coeur du bassin arachidier, en pays sereer, à 130 km à l'est-sud-est de Dakar, en bordure ouest de la piste en latérite reliant Bambey à Fatick. Située dans la région de Fatick, sous-préfecture de Niakhar, elle comprend 30 villages répartis sur 212 km² et recouvre la communauté rurale de Ngayokheme en totalité ainsi qu'une partie de celle de Diarere.

A 14,5° de latitude nord, le climat est de type tropical court avec deux saisons, l'une sèche de novembre à juin, l'autre pluvieuse de juillet à octobre. Sous l'isotherme moyen annuel 28°C, les régimes thermiques sont marqués par deux minima, l'un au mois d'août, provoqué par les pluies, l'autre en décembre-janvier, et deux maxima en avril et en octobre.

Pendant la saison sèche l'harmattan apporte sable et poussière, l'amplitude thermique journalière pouvant atteindre 20,5°C (mois de mars). C'est l'époque des conjonctivites, des méningites, de la coqueluche, de la rougeole et du choléra certaines années. Les diarrhées sévissent plus particulièrement en saison sèche également. C'est aussi l'époque des infections respiratoires.

Pendant la saison des pluies, l'hivernage, la différence de température entre le jour et la nuit est plus faible (10,8°C au mois d'août); c'est surtout la saison du tétanos néo-natal et du paludisme. Outre les dépressions creusées pour l'extraction de la latérite qui sert à la construction, les bas fonds dont le sol est peu perméable forment d'excellents gîtes à anophèles.

Dans les régions comme celle-ci, à transmission sporadique, "la prémunition est peu élevée et diminue pendant la saison sèche sans moustique. A la reprise des pluies les habitants sont redevenus vulnérables et peuvent donc présenter des accès palustres nombreux et graves." (J. Mouchet, 1988).

Les précipitations varient beaucoup d'une année sur l'autre; néanmoins, "à Niakhar la moyenne des pluies est de l'ordre de 400 mm pour les vingt dernières années alors qu'elle était d'environ 600 mm pour les cinquante années précédentes" (A. Lericollais, 1987). Les épisodes de sécheresse ont toujours existé et font partie de la définition même du climat tropical court, cependant la faiblesse des pluies ces dernières années a de multiples effets: les "sean" (trous creusés à faible profondeur fournissant l'eau de boisson) sont presque toutes asséchées. L'approvisionnement en eau se fait essentiellement aux forages. Trois forages profonds ont été réalisés, à Niakhar, Ngayokheme et Diohine. Des infiltrations d'eau salée donnent à ces eaux fossiles un goût fortement salé puisqu'elles peuvent contenir jusqu'à 600 mg/ml de sodium.

Les villages peuvent grossièrement être répartis en deux grands groupes avec toutes les variantes allant d'un groupe à l'autre, ceux qui réunissent une même communauté en un ensemble à peu près continu, et les fermes isolées en brousse constituant un habitat très dispersé. L'impression de dispersion donnée par ces villages est accentuée par leur intégration au paysage rural (P. Pelissier, 1966). Les concessions familiales, encloses, regroupent plusieurs constructions en briques d'argile d'une pièce ou davantage recouvertes de chaume le plus souvent. A l'intérieur de l'enclos (voire même de la maison) les volailles et les chèvres évoluent librement (en saison sèche). La généralisation de la culture attelée, l'utilisation des charrettes pour le transport de l'eau notamment, rendent la présence de chevaux courante. L'élevage domestique, selon les endroits, inclut également les

moutons et les porcs. Mais l'élevage principal reste celui des bovins.

Quoiqu'insuffisante notre description de l'environnement s'arrêtera là, à ce que nous avons observé quotidiennement. Nous ne procéderons pas à l'analyse de la société sereer, car nous ne pourrions faire qu'un exposé bibliographique, n'ayant aucune connaissance approfondie de la question. C'est pourtant probablement l'une des clés qui permettrait de comprendre certains revers de l'action sanitaire. D'autres explications, capitales, d'ordre médico-pharmaceutique, nous sont plus accessibles et font l'objet de la suite de ce travail.

2 L'offre de soins:

2-1 Le contexte historique:

2-1-1 Avant 1978 (conférence d'Alma Ata):

Jusqu'en 1972 le système de soins comprenait deux structures fixes et des services mobiles orientés vers la lutte contre le paludisme; puis en 1972 furent expérimentés des Soins de Santé de Base.

Les structures fixes:

La première structure de soins de la zone fut sans doute le dispensaire catholique de Diohine. La mission date de 1956, le dispensaire de 1962 (la reconnaissance par le Ministère de la Santé n'a eu lieu qu'en 1973), mais l'on y prodiguait déjà des soins avant les années 50. Le dispensaire public de Niakhar (situé en dehors de la zone d'étude mais où la population de la région consulte) fut construit en 1943, celui de Toucar, en 1953, tandis que celui de Ngayokheme, chef-lieu de communauté rurale, n'ouvrit qu'en 1983.

La lutte contre le paludisme:

En 1953, une convention est signée entre le gouvernement du Sénégal, l'OMS et l'UNICEF visant à créer une zone expérimentale de lutte contre le paludisme dans la région de Thiès. Ce programme, confié au Service de Lutte

Anti-Paludique (SLAP), ne comprendra la zone de Niakhar qu'à partir de 1957, et s'achèvera en 1961. Il consistera en différentes combinaisons de chimio-prophylaxie et de pulvérisations de DDT. Selon l'analyse du SLAP (M. Garenne et P. Cantrelle, 1985) les résultats ont été décevants.

A la suite de cet échec, des campagnes de chloroquinisation préventive (1963 à 1979) ont été organisées en prenant appui sur l'organisation coopérative: chaque année, en début d'hivernage, les coopératives de paysans étaient approvisionnées en chloroquine destinée avant tout à protéger les enfants de 0 à 14 ans.

Une décision ministérielle a mis fin officiellement à cette campagne en 1979 pour la remplacer par une action intégrée aux soins de santé primaires. Depuis cette date la distribution de chloroquine doit être assurée par l'intermédiaire des cases de santé.

Les Soins de Santé de Base:

En 1972, un essai de Service de Santé de Base a été mis en oeuvre dans la région du Sine. Il visait à rapprocher le personnel médical de la population par des tournées dans les villages, et à intégrer éducation sanitaire, prévention et soins. Cette tentative n'a laissé que peu de traces (P. Cantrelle, 1988).

Axé au début sur la lutte antituberculeuse, ce projet a très vite évolué vers le développement de services de santé de base. Ce programme de l'OMS qui devait démarrer dans la région de Fatick pour être ensuite étendu, prévoyait de partager cette région en 10 sous-secteurs d'environ 10.000 habitants où le gouvernement construirait un poste de santé (ou le rénoverait s'il existait déjà) et mettrait en place une équipe de 5 personnes, un infirmier d'Etat, un agent sanitaire (école de Saint-Louis), un agent d'assainissement (école de Khombole), une matrone, un employé chargé de l'entretien. L'équipe de l'OMS, elle, était composée de sept personnes: un médecin responsable, un

épidémiologiste, un nutritionniste, un pédiatre, une sage-femme, une infirmière, un technicien de laboratoire.

Dans le but de décentraliser les soins, en plus des activités curatives courantes, les chefs de poste devaient assurer:

■ une consultation de protection maternelle et infantile une fois par mois. Au préalable, l'agent sanitaire devait visiter tous les villages dépendants du poste pour faire venir les femmes et les enfants à ces consultations. C'est surtout cette partie du programme, l'élément itinérant, qui n'a pas fonctionné. Les consultations permettaient de dépister les malnutritions, de vacciner (BCG uniquement), de donner de la chloroquine et du fer.

■ la lutte contre la tuberculose: le chef de poste devant dépister les sujets à risque, faire une lame, l'envoyer à la circonscription où le technicien ferait le diagnostic. Les malades étaient ensuite traités en ambulatoire au poste de santé. Ici encore l'agent itinérant avait un rôle important, puisqu'il devait repérer les suspects dans les villages.

■ la lutte contre la lèpre: le poste de santé devenant un service complémentaire du service des grandes endémies. Les problèmes majeurs rencontrés furent la motivation des chefs de poste, la supervision de ceux-ci et les difficultés de déplacements des agents itinérants.

En 1975, les derniers membres de l'équipe OMS partirent et, en 1976, l'USAID fut chargé d'appliquer le programme Soins de Santé Primaires élaboré par l'OMS, basé sur une politique de participation des populations. "C'est cette participation active qui distingue surtout les soins de santé primaires des services de santé de base, qui avaient fait naître de tels espoirs autrefois et qui ont, par la suite, tellement déçu dans la pratique." (H. Mahler, 1986).

2-1-2 de 1979 à 1988: deux projets de soins de santé primaires

Les soins de santé primaires dans la zone d'étude ont débuté en 1979 sous l'impulsion d'un projet sénégalolo-hollandais. Celui-ci a été repris, à partir de 1984, par le projet santé rurale Sénégal-USAID; en effet, ce projet, défini entre 1976 et 1977, a débuté en octobre 1977 dans la région du Sine-Saloum, mais n'a atteint le département de Fatick qu'en 1984.

Le projet sénégalolo-hollandais (1977-1981):

Envisagé en septembre 1974, lors d'une rencontre entre la Reine Juliana et le Président Senghor, ce projet démarra en octobre 1977 et s'acheva en décembre 1981. Le but était la mise en place d'un service de santé préventif et curatif pour la population des 14 communautés rurales du département de Fatick, en créant 10 cases de santé par communauté rurale, soit environ une case pour 1000 habitants.

La phase pilote (1977-1979) ne concerna que la communauté rurale de Patar, la phase d'extension (1979-1981) couvrit les autres communautés rurales du département de Fatick. Les deux communautés rurales de la zone d'enquête ne furent incluses dans le projet qu'en novembre 1979 pour Ngayokheme et en avril 1980 pour Diarere alors qu'il prit fin en décembre 1981.

La stratégie mise en oeuvre fut la suivante:

* formation d'agents de santé communautaire (ASC):

En 14 jours, l'ASC goor (homme en wolof) acquit les rudiments du secourisme tandis qu'en un mois l'ASC jigeen (femme en wolof) s'initia au métier de matrone. Les villageois choisirent leurs ASC et lorsqu'aujourd'hui l'on demande au chef de village ou à ses proches sur quel critère la population les avait choisis c'est toujours la même réponse qui est donnée: "ce sont les seuls en qui on avait confiance". Pour cette formation les ASC perçurent chacun une indemnité mensuelle de 14.000 F CFA.

* construction et aménagement d'une case de santé:

10.000 F CFA furent alloués aux villageois pour la construire. Elle devait comporter deux pièces, l'une pour la maternité, l'autre pour les soins. Les paysans cotisèrent et les jeunes du village construisirent la case qu'ils couvrirent de tôle ondulée. L'argent attribué par le projet servit à l'achat de tôle ondulée et de clous. L'entretien de la case devait être assuré grâce à une contribution annuelle des villageois, fixée à 1000 F CFA par adulte. Pour aménager la case de santé du mobilier fut fourni, pour une valeur de 25.000 F CFA. Cette dotation comprenait une armoire, deux bancs, deux tabourets, une table d'accouchement. Tout ce mobilier a été scrupuleusement conservé dans les cases de santé ou ailleurs, et les tables d'accouchement (simple table basse en bois) ont été reconverties en banc. Il n'est pas évident que ce soit les villageois eux-mêmes qui aient demandé ces tables: dans une région où les femmes accouchent accroupies près de leur case l'idée est étonnante.

* fonctionnement:

Le moyen de transport retenu pour assurer la supervision des cases de santé et les évacuations sanitaires fut une calèche attelée à un cheval mais rien ne fut prévu ni pour les soins ni pour la nourriture à lui donner. La dotation initiale en médicaments et petit matériel, reprise en annexe, ne comprenait que cinq produits: Aspirine, Cétavlon, Fanasil, pommade ophtalmique, pommade dermique (Y. Diokh, 1980). Nous n'avons pas pu vérifier cette information, l'ambassade des Pays Bas à Dakar n'ayant plus cette liste. En mars 1981 il y avait déjà dix produits et le Fanasil n'apparaissait plus. Cette dotation initiale devait permettre de constituer un fonds de roulement, l'autofinancement assurant ensuite le renouvellement des stocks. L'animation du projet fut confiée à une sage-femme expatriée, la supervision aux

autorités sanitaires de la région. Les villageois désignèrent un comité de gestion chargé de la gestion financière de la case de santé. Plusieurs modes de rémunération des ASC furent envisagés: une cotisation annuelle de 200 F CFA par famille, ou bien le don de 2 à 4 kg de mil par famille et par an. On peut estimer qu'un village d'importance moyenne comportant environ 80 concessions (unité d'habitation) aurait pu fournir un revenu annuel, pour les deux ASC, de 16.000 F CFA, le prix du kg de mil au moment de la récolte étant d'environ 50 F CFA.

* coût des soins pour la population:

le projet proposa donc que les villageois se cotisent puis construisent la case de santé, l'entretiennent, rémunèrent les ASC, payent les soins reçus. Les soins dispensés furent tarifés 25 à 50 F CFA selon qu'il s'agissait d'un pansement ou d'une consultation donnant lieu à délivrance de médicaments, 1000 F CFA pour les accouchements. Cette contribution monétaire était destinée au rachat de médicaments.

Le bilan du projet, dont le coût fut d'environ 70 millions de F CFA, est difficile à faire aujourd'hui car il reste peu de traces écrites de l'activité des cases de santé à cette époque. Cependant, dans la mémoire des gens le souvenir d'Irène Van Dyck, la sage-femme qui anima le projet et assura notamment une campagne de vaccination en 1981, reste très vivant. Mais après son départ (décembre 1981), les vaccinations furent stoppées, l'approvisionnement des cases de santé en médicaments ne fut plus assuré, les ASC se démobilisèrent.

Dans leur évaluation de 1985, qui "visait à comprendre les causes de l'échec de ce projet", les auteurs hollandais considèrent "qu'ils ne se sont pas suffisamment penchés sur la médecine traditionnelle, sur les formes d'organisation dans les villages, qu'il aurait fallu faire une étude socio-économique des revenus des villageois, et sur l'utilisation qu'ils font de

leurs revenus."

Depuis la fin de ce projet les hollandais ne financent plus de programme sanitaire au Sénégal.

Le projet Santé Rurale Sénégal/USAID (1978-1988):

Défini entre 1976 et 1977, il a démarré en octobre 1977 dans deux départements du Sine-Saloum. Pour l'évoquer nous reprenons quelques passages extraits du rapport d'AYssatou Lô Faye (conseillère à la formation au démarrage de ce projet, puis coordonnatrice dès 1981). Le but de ce projet était ambitieux puisqu'il s'agissait "d'améliorer le niveau de santé des populations rurales et d'établir un modèle de santé susceptible d'être maintenu en existence grâce au soutien des populations rurales". Il concernait toute la région du Sine-Saloum, partagée depuis en région de Fatick et région de Kaolack.

Il s'agissait de mettre en place "un réseau de 600 cases de santé et le système de support à travers toute la région du Sine-Saloum pour une durée de 3 ans". La durée initiale de ce programme n'était donc que de trois ans, mais les difficultés rencontrées dans son accomplissement l'allongèrent considérablement. Il prévoyait de former des travailleurs de santé villageois, d'aider à la création puis à l'entretien de cases de santé, de fournir des médicaments, et de faire financer les soins par les villageois; sur ces points il y a donc peu de différences avec le projet sénégalohollandais. Mais ce projet était beaucoup plus global puisqu'il incluait la construction et la rénovation de postes de santé, la mise en place d'un système d'approvisionnement régulier en médicaments allant de la pharmacie régionale d'approvisionnement jusqu'à la case de santé, la rénovation de l'école d'assainissement de Khombole qui forme des agents sanitaires (devenus depuis souvent chefs de poste de santé). De plus, en s'associant aux services

de la "Promotion Humaine", il était question d'alphabétiser et d'initier à la gestion tous les conseillers ruraux des villages choisis.

Ce projet a évolué au cours des dix années: à mi parcours, fin 1982-début 1983, à l'occasion d'une évaluation, la décision a été prise de prendre le relai du projet sénégallo-hollandais du département de Fatick. Quelques modifications ont été arrêtées, notamment d'associer davantage les villageois: ainsi au lieu de décider du choix des cases au niveau des sous-préfectures avec les conseillers ruraux, la concertation a été élargie aux chefs de village et notables de la communauté rurale. De même, des critères stricts de proximité géographique ont été définis: pas moins de 5 km entre deux cases, pas moins de 5 km entre une case et un poste de santé, et au moins 300 habitants pour une case. La construction elle-même en a été simplifiée, la couverture n'étant plus réalisée en tôle ondulée mais en chaume.

Depuis 1983, au lieu des 3 travailleurs de santé villageois initialement prévus par case il n'y a plus que 2 agents de santé communautaire. Choisis au début parmi les jeunes lettrés, c'est "l'enracinement au terroir" qui est privilégié pour les hommes, le choix d'une assemblée de femmes pour les matrones. Leur formation, dont la durée est doublée, s'effectue en "équipe de case", secouriste et matrone étant formés en même temps pour l'initiation aux premiers soins. La composition des Comités de gestion passe de 3 membres à 12 puis à 15. Le mobilier et les médicaments ne sont plus commandés aux Etats-Unis. La première commande de médicaments était arrivée avec beaucoup de retard et surtout à 6 mois de sa date de péremption. La liste de médicaments est modifiée, quelques produits étant ajoutés (les deux listes sont en annexe); le stock de médicaments donné pour chaque case de santé aurait été d'une valeur de 250.000 F CFA (D. Senghor, 1985). Du matériel pour l'assainissement (fourches, pelles, brouettes) ainsi que des boîtes

d'instruments pour les matrones et les ASC sont fournis. Une "chaîne d'approvisionnement en médicaments" est mise en place, ce que nous détaillerons dans le chapitre consacré à l'approvisionnement en médicaments.

Tout au long de ce projet, des indicateurs de résultat sont donnés et des évaluations faites, par les acteurs eux-mêmes, basés essentiellement sur le nombre de cases construites.

2-2 La pyramide sanitaire actuelle:

2-2-1 La circonscription médicale de Fatick:

Le département de Fatick qui comprend la commune de Fatick et les 4 arrondissements de Diakhao, Fumela, Niakhar, Tattaguine compte 204.359 habitants, dont 91 % de ruraux, avec une densité de population de 44 habitants au km² (résultats préliminaires du recensement de mai 1988, "Le Soleil", 22/12/88).

La circonscription médicale comporte les infrastructures suivantes:

- un centre de santé, à Fatick, chef-lieu de département;
- un dispensaire municipal à Fatick, chef-lieu de la commune;
- vingt postes de santé, situés au niveau des communautés rurales des quatre sous-préfectures, qui supervisent les cent seize cases de santé implantées dans les villages;
- six postes de santé privés;
- dix-sept maternités rurales dans les chefs-lieux de communauté rurale;

(entretien avec le médecin chef de la circonscription médicale, avril 1988).

Le secteur public offre ainsi à ces 204.000 habitants: un seul médecin, aucun pharmacien, une vingtaine d'infirmiers d'état et quelques agents sanitaires faisant souvent fonction de chefs de poste. L'hôpital de recours est celui de la région de Kaolack, situé à 45 km de Fatick. La région de Fatick, née de la division de l'ancienne région du Sine-Saloum, ne comporte

pas encore d'hôpital régional au sens strict du terme; néanmoins, le centre de santé offre des lits d'hospitalisation et un petit bloc opératoire devrait ouvrir prochainement.

Le secteur privé à but lucratif n'est représenté dans la région que par une officine située à Fatick et 56 dépôts pharmaceutiques (dont 21 dans le département de Fatick). Il n'y a ni médecin ni infirmier exerçant à titre libéral.

2-2-2 Les postes de santé:

Dans la zone d'étude, qui comprend 24 937 habitants (juin 1988), soit environ 120 habitants au km², il y a trois postes de santé, situés dans les trois plus gros bourgs, et quinze cases de santé (cf. carte 2).

Le poste privé catholique est implanté dans la communauté rurale de Diarère, à Diohine (village de 2460 habitants). Les soeurs de la Congrégation Saint-Coeur de Marie, autodidactes en la matière, y assurent des consultations et ont quelques lits d'hospitalisation, utilisés essentiellement pour la réhabilitation nutritionnelle.

Les postes publics, tous deux dans la communauté rurale de Ngayokheme, ne sont distants que de 3 km. Comme nous l'avons dit précédemment celui de Toucar (village de 2700 habitants) date de 1953, or le chef lieu de communauté rurale, Ngayokheme (village de 1930 habitants), se devait d'être également doté d'un poste de santé, ce qui fut fait en 1983. Les chefs de poste, fonctionnaires, sont aidés par des matrones et un agent d'entretien dont la rémunération est entièrement assurée par la "participation des populations", c'est à dire la vente des tickets de consultation. Le produit de cette vente sert également à l'achat de médicaments comme nous l'avons exposé au sujet du système sanitaire du pays. Le poste de Toucar est dirigé par un infirmier diplômé d'Etat, natif de la région. Celui de Ngayokheme par un agent sanitaire originaire de Kaolack. Avant d'être nommé ici il a exercé

en Casamance et ne cesse de regretter "le travail facile" qu'il avait là-bas: "les gens comprenaient les soins de santé primaires, nous aidaient".

La population fréquente également les postes de santé publics voisins, Niakhar, Patar, Ngoye, Fissel, Diarère, ainsi que le dispensaire des soeurs de Bambey.

Le poste de santé privé catholique de Diohine:

Situé à quelques mètres de l'église c'est une énorme bâtisse de conception ancienne qui retient bien la fraîcheur de la nuit. Outre les bâtiments réservés aux soeurs et aux pères, le poste lui même comprend 8 pièces dont 2 salles d'attente spacieuses et est équipé d'électricité solaire, d'eau courante, de réserves d'eau de pluie pour la boisson. Un splendide fromager, à l'entrée, permet aux hommes et aux chevaux d'attendre à l'ombre.

Les jours d'affluence (jours de marché), les soeurs vendent les tickets d'entrée jusqu'à une certaine heure (9, 10 heures). Ceux qui n'ont pu arriver à temps reviendront le lendemain, à moins que, de toute évidence, une vie ne soit en jeu.

Le ticket coûte 300 F CFA; lors de la première consultation, ou en cas d'oubli, les consultants doivent acheter un petit carnet, 75 F CFA, utilisable par toute la famille, sur lequel seront en principe brièvement consignés les résultats de l'examen et la nature des médicaments donnés ou prescrits. A chaque consultation le patient paie 300 F CFA; toutes les consultations sont consignées sur le registre, à l'exception des pansements (plaies, brûlures). Si son état le nécessite, le patient repart toujours avec des médicaments en quantité suffisante pour la durée complète du traitement instauré. Même si parfois l'autorité des soeurs fait dire à certains qu'elles sont "méchantes", les gens viennent car "au moins à Diohine il y a

toujours des médicaments".

De plus, lorsqu'ils se déplacent, les patients sont sûrs d'être reçus, ce qui n'est pas le cas dans les postes publics. En effet alors qu'il y a eu 299 jours ouvrables pendant l'année 1987, le nombre de jours d'ouverture des postes de santé a été de 167 à Ngayokheme (soit 55%), de 181 à Toucar (soit 60%), et de 258 au poste catholique de Diohine (soit 86%). Ce qui explique sans doute en partie le nombre de consultations à Diohine très élevé: 5298, alors qu'à Ngayokheme il n'y en a eu que 1157, et à Toucar, 2383.

Dans le cas de notre étude, le nombre de consultations par mois, à lui seul, n'a donc pas grande signification, et doit être superposé au nombre de jours d'ouverture par mois (cf. graphique).

Les postes publics de Toucar et Ngayokheme:

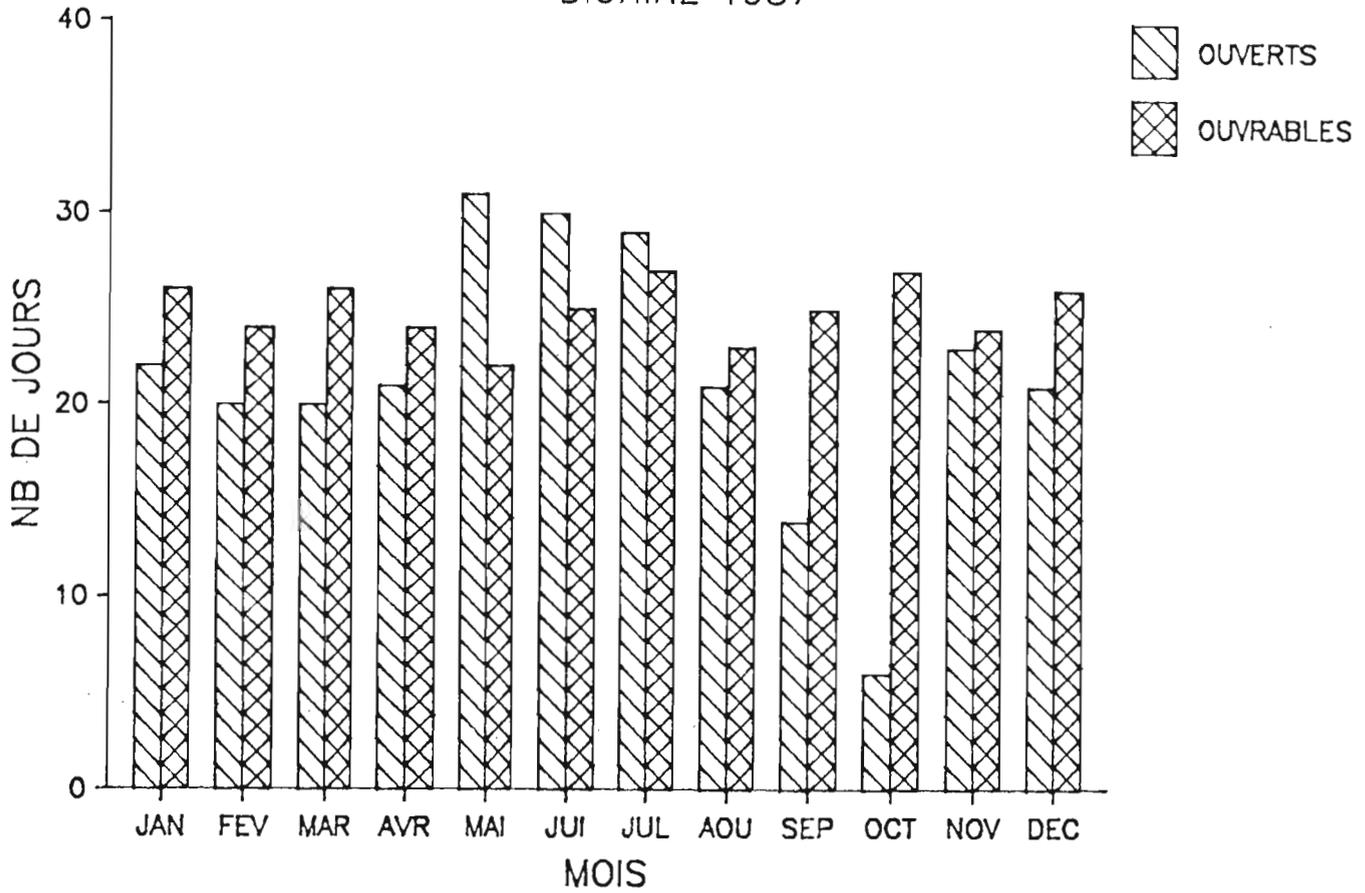
Ils sont en principe ouverts tous les jours sauf le dimanche et les jours fériés; or les jours fériés sont nombreux puisqu'aux fêtes religieuses catholiques s'ajoutent les fêtes religieuses musulmanes, lesquelles sont souvent doubles (les deux confréries les plus représentées au Sénégal, Mourides et Tidjanes, n'ont en effet pas toujours le même jour de fête). D'autre part, comme tous les fonctionnaires, les chefs de poste ont droit à 26 jours de congés par an mais aucun remplacement n'est prévu. Ils ont aussi droit à ce qu'ils appellent des "permissions": par exemple pour aller à Fatick ou à Dakar chercher des médicaments, percevoir leur salaire, participer aux réunions mensuelles du samedi matin à la circonscription médicale. L'examen des graphiques montre clairement que le nombre de consultations suit le nombre de jours d'ouverture; on relève néanmoins une augmentation durant les mois d'hivernage si le poste de santé est ouvert.

De conception architecturale radicalement différente, ces postes sont composés de 3 pièces en enfilade. Les gens attendent à l'extérieur sur un perron à peine ombragé quelques heures dans la journée. Il fait si chaud à

NOMBRE DE JOURS OUVERTS PAR MOIS

Gr. n°1

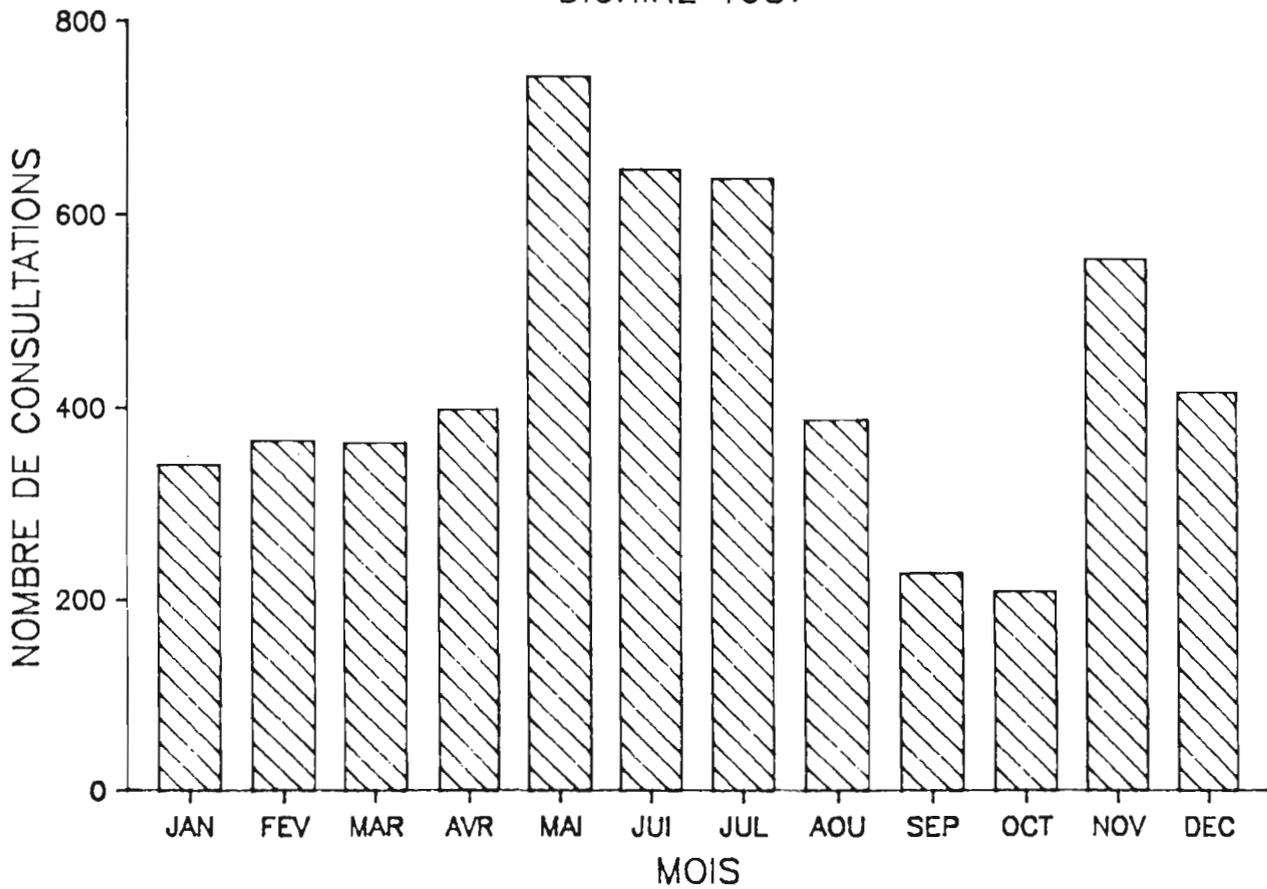
DIOHINE 1987



NOMBRE DE CONSULTATIONS PAR MOIS

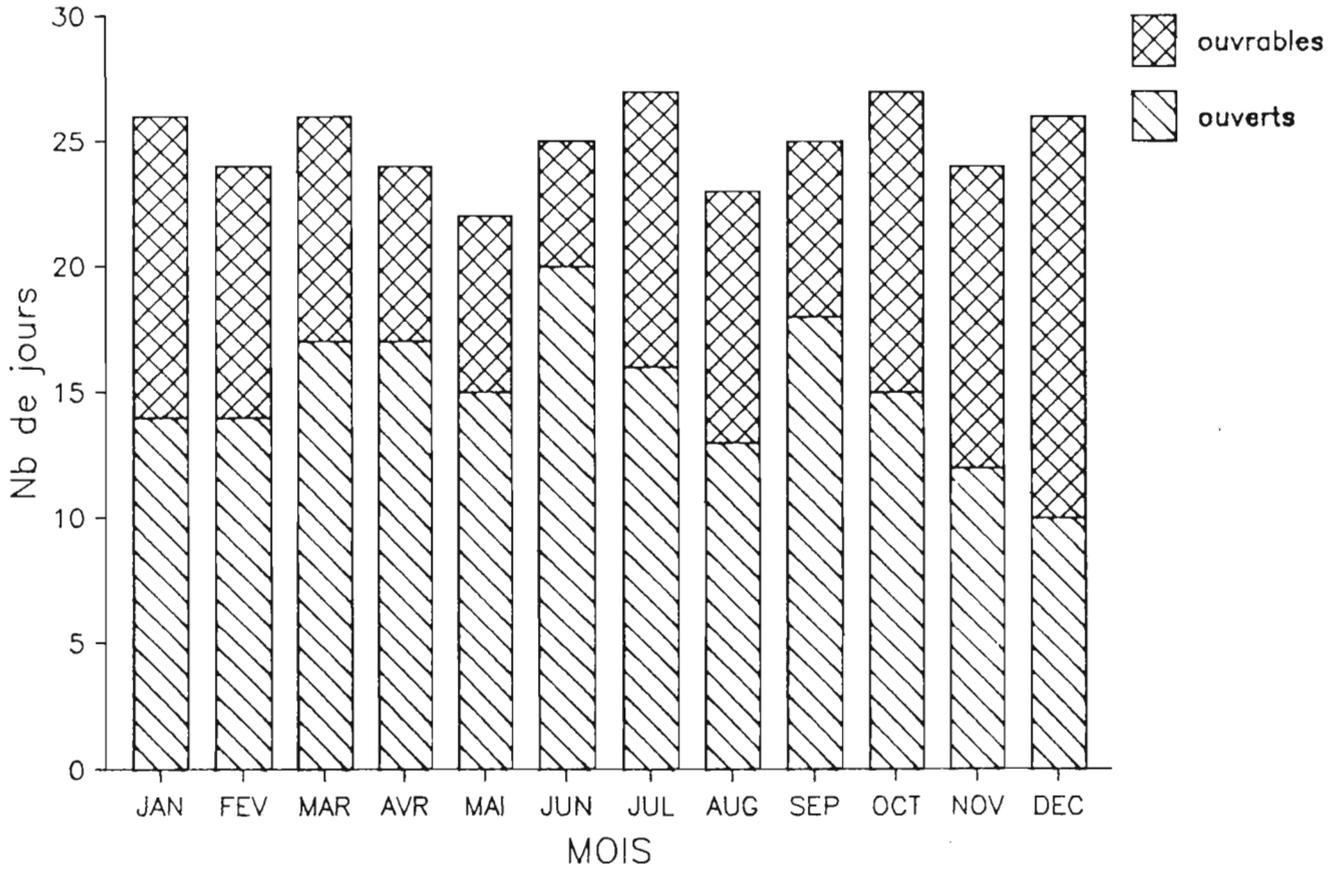
Gr. n°2.

DIOHINE 1987



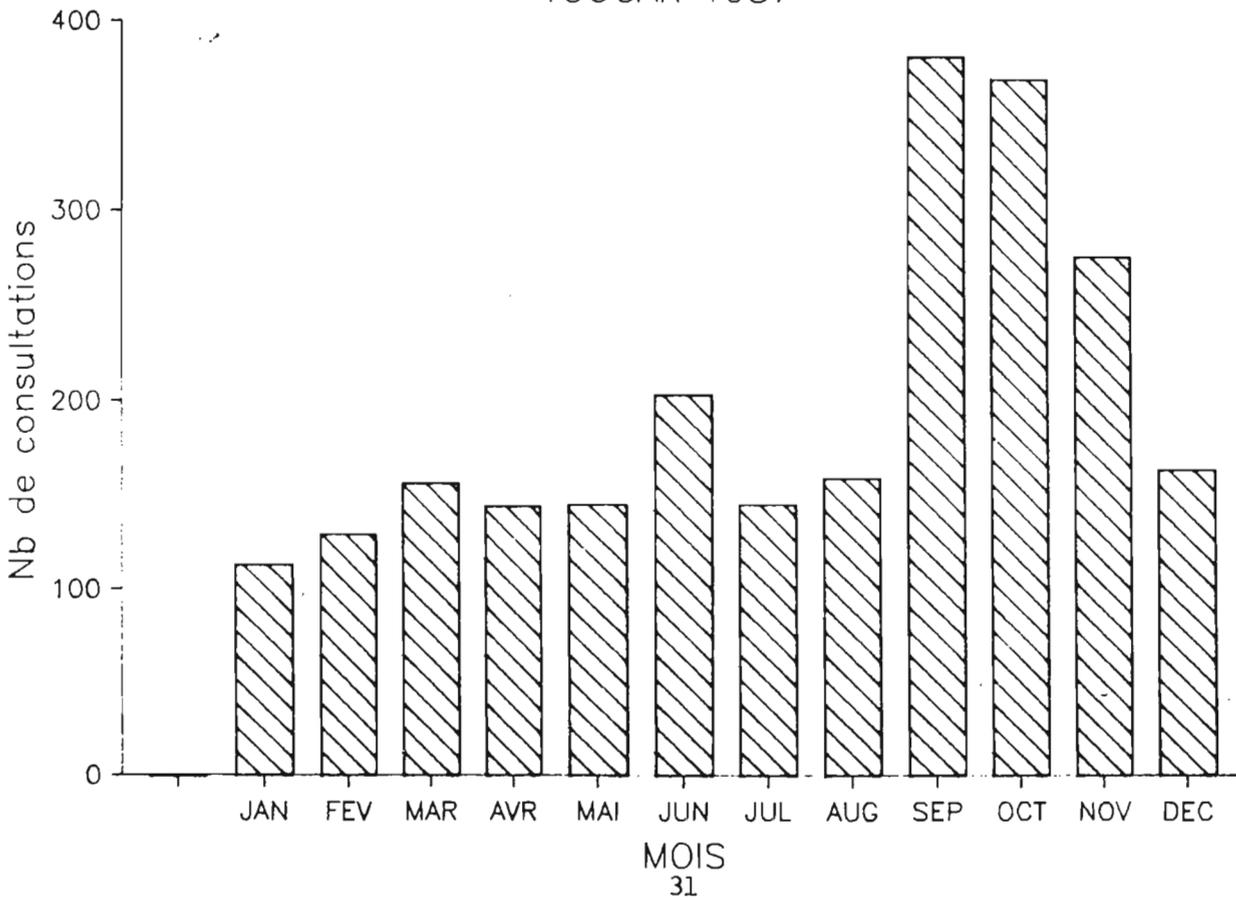
NOMBRE DE JOURS OUVERTS PAR MOIS

TOUCAR 1987



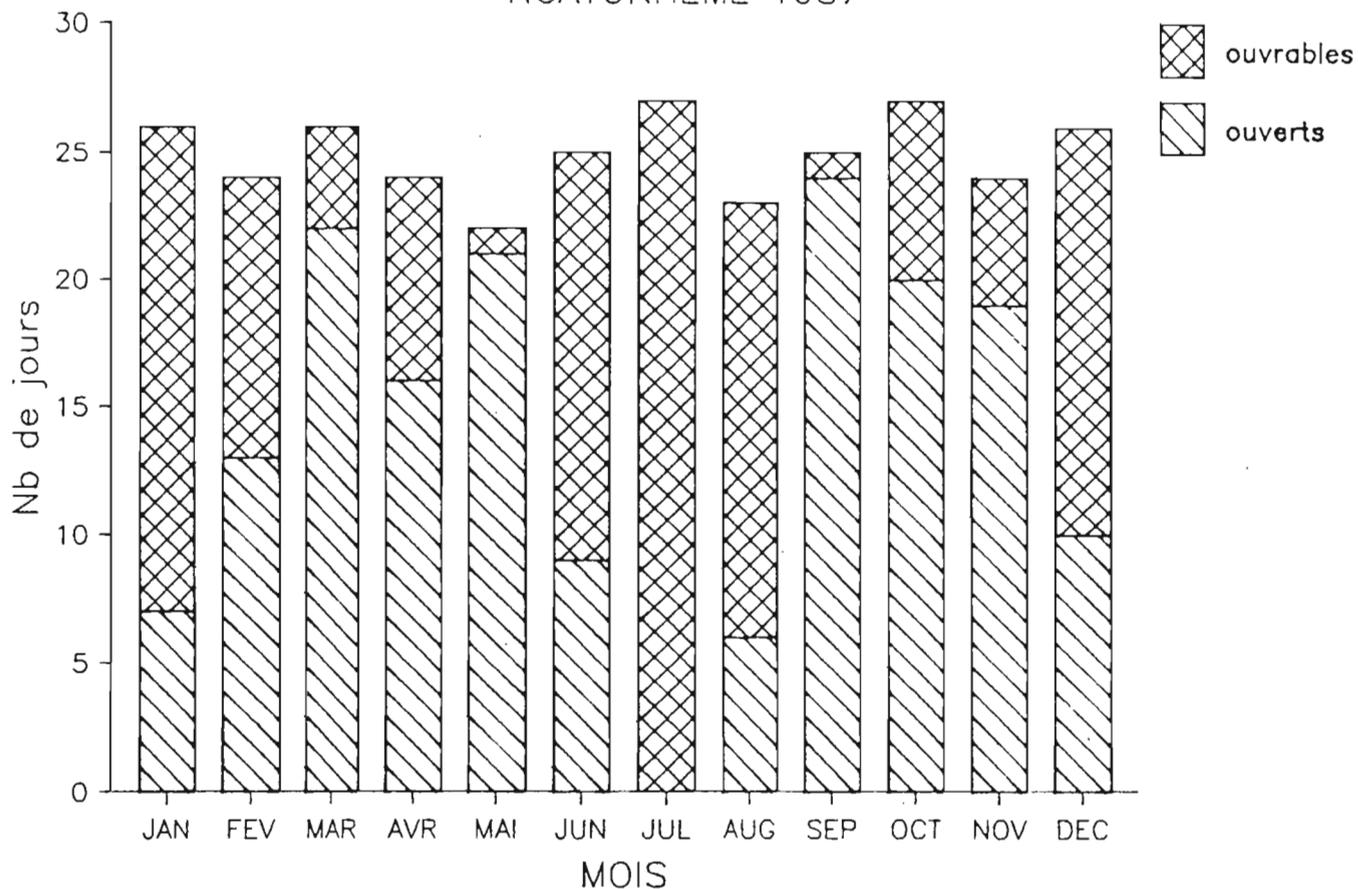
NOMBRE DE CONSULTATIONS PAR MOIS

TOUCAR 1987



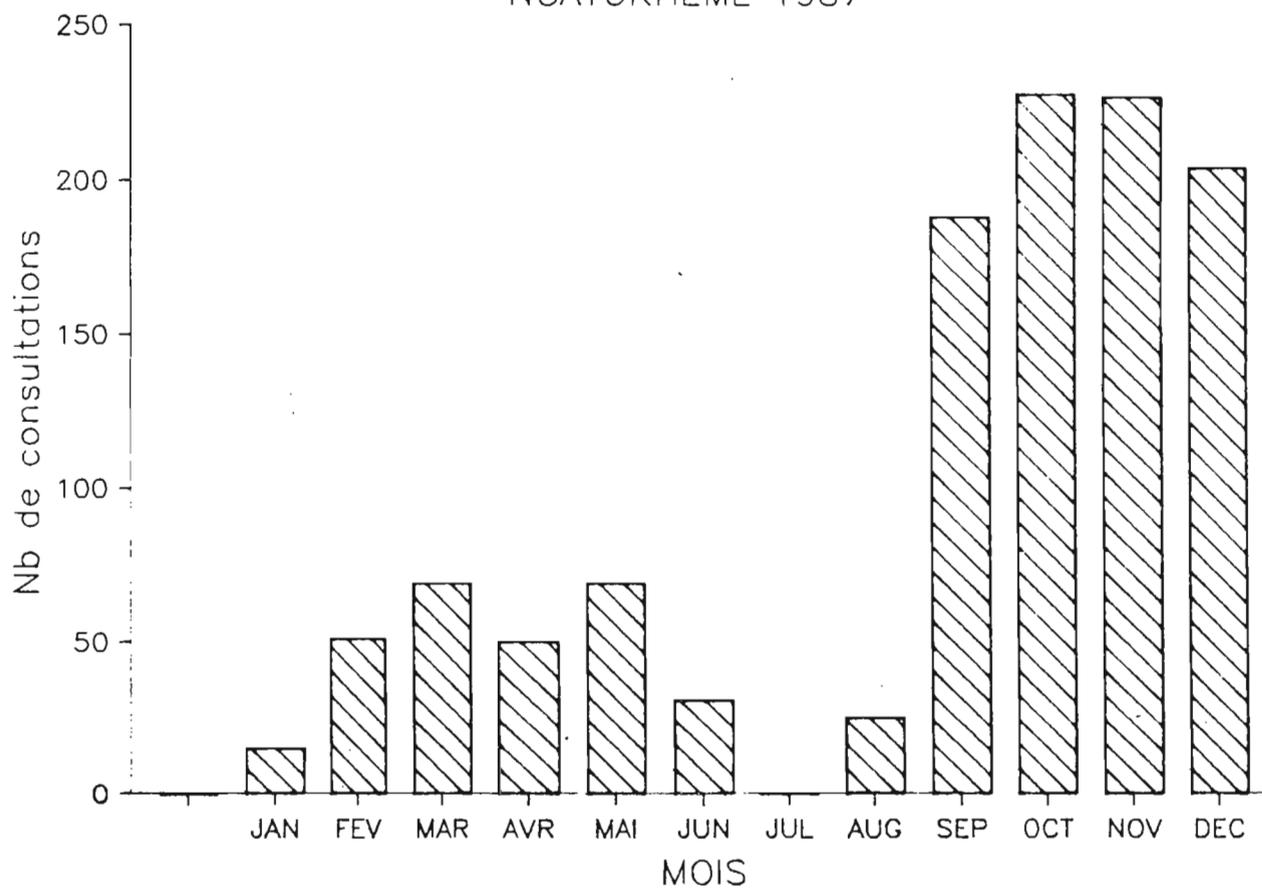
NOMBRE DE JOURS OUVERTS PAR MOIS

NGAYOKHEME 1987



NOMBRE DE CONSULTATIONS PAR MOIS

NGAYOKHEME 1987



l'intérieur que bien souvent les consultations ont lieu à volets clos. A Toucar, le plus ancien de ces postes, il y a tout de même deux arbres qui offrent juste assez d'ombre pour une charrette.

L'effort de participation des populations, leur contribution, est représenté par un ticket qu'ils achètent 100 F CFA. Ce ticket est "valable pour une maladie", et non pour une consultation. Si le patient revient plusieurs fois pour les mêmes maux, qu'il ait besoin de pansements, ou de médicaments, il ne paiera pas à nouveau. D'autre part les écoliers, qui viennent accompagnés de leur maître, ne payent pas la consultation, laquelle est consignée sur un cahier conservé à l'école. Leurs consultations n'apparaissent donc pas sur les registres; par exemple certains d'entre eux, amenés par leur instituteur pour hématurie, se verront établir une ordonnance de schistosomicide qui ne sera jamais notifiée dans les relevés épidémiologiques que le chef de poste remplit d'après son registre de consultation.

Si le traitement comporte des médicaments disponibles au poste de santé la distribution se fera pour en moyenne 2 jours, ce qui oblige le patient à revenir mais permet, selon l'infirmier, de suivre l'évolution de la maladie. De toutes façons "il vaut mieux donner quelques comprimés à tout le monde plutôt qu'un traitement complet à l'un et rien à l'autre" (entretien avec un chef de poste).

Pendant les 12 mois de l'année 1987, 16,8 % des 1157 consultants enregistrés à Ngayokheme se sont vus prescrire des médicaments sur ordonnance alors qu'à Toucar il n'y en a eu que 8,7 % sur 2383 consultations. Ceci est à rapprocher de l'approvisionnement en médicaments que nous analyserons plus loin. Cette information n'est pas disponible pour le poste privé de Diohine, la délivrance d'une ordonnance, rare de toutes façons, n'étant pas consignée

sur le registre de consultation.

Outre leurs activités de soins, les chefs des postes de santé publics sont chargés de superviser l'activité des agents de santé communautaire au niveau des villages, base de la pyramide sanitaire sénégalaise. En juin 1988 nous avons enquêté sur l'activité de soins à ce niveau.

2-2-4 Les cases de santé:

A - Le but de l'enquête était d'apprécier l'activité des soins de santé primaires au niveau villageois dix ans après Alma Ata, 9 ans après le début du premier projet qui les avait mis en place.

B - La méthode appliquée a été la suivante:

* Collecte de données auprès des promoteurs (Ambassade des Pays-Bas, USAID), auprès des superviseurs (médecin-chef de la circonscription médicale, chefs de poste de santé), auprès des enquêteurs de l'ORSTOM originaires de ces villages.

* Entretiens dans chacun des 15 villages de la zone d'enquête avec les chefs de village, les ASC (goor et jiggen), des membres des comités de gestion des cases de santé.

Le fait d'avoir eu au moins 4 interlocuteurs différents par village nous a permis de recouper toutes les informations, mais nous n'avons pu qu'exceptionnellement recueillir des renseignements auprès des autres villageois, faute de temps et de moyens. Ne s'entretenir qu'avec les responsables peut ainsi ne donner qu'une image partielle de la réalité.

C - Exposé des résultats:

Ayant constaté au cours de cette enquête beaucoup de points communs à tous les villages nous avons choisi d'exposer dans un premier temps ces tendances générales (méconnaissance des termes, réduction des soins de santé primaires à la distribution de médicaments, distribution des médicaments problématique, quelques causes du non fonctionnement des cases de santé,

efforts de la part des ASC pourtant peu dédommagés, forte fréquentation lorsqu'il y a des médicaments, sélection des médicaments) puis de procéder ensuite à une analyse par village.

a - Des constatations communes à tous les villages:

➤ la méconnaissance des termes:

Dès l'abord, la difficulté à se faire indiquer le chemin de la case de santé ou même la maison de l'agent de santé communautaire suggère que des villageois ignorent leur existence ou leur rôle. Des quelques discussions avec les femmes de certains villages auxquelles nous avons assisté, il ressort que seule une fraction du village y a recours. Aucun des termes français, "case de santé", "agents de santé communautaire", "travailleurs de santé villageois", "secouristes", "hygiénistes", n'est usuel. "Case de santé" n'a pas été traduit en serereer et les gens parlent de maternité, alors qu'aucune femme n'y a jamais accouché (vestige probable des campagnes de sensibilisation qui visaient à faire accoucher les femmes dans les maternités rurales). Les ASC goor (terme utilisé dans le projet sénégal-hollandais) sont devenus des "doctor"; ce mot est utilisé aussi bien pour l'agent de santé communautaire que pour le médecin chef de la région médicale ou l'infirmier chef de poste, la différenciation se faisant par l'ajout du lieu d'exercice.

➤ une réduction des soins de santé primaires à la distribution de médicaments:

De globale qu'elle était au départ (alphabétisation, éducation nutritionnelle, vaccination, assainissement du milieu, lutte contre les maladies infectieuses, contrôle des naissances,...) l'activité des agents de santé communautaire et des échelons supérieurs, au niveau des villages, s'est très vite réduite à la distribution de quelques médicaments.

L'alphabétisation prévue par les services de la promotion humaine n'a jamais eu lieu, les travaux d'assainissement non plus, ni à fortiori le contrôle des naissances. Les vaccinations sont faites au poste de santé, la surveillance et l'éducation nutritionnelle sont prises en charge, au niveau de quelques villages, par les soeurs de Diohine. Elles donnent également des conseils d'hygiène (utilisation du savon, de l'eau de javel, etc...).

➤ une distribution des médicaments problématique:

Dans la zone d'enquête, il n'y a plus aucune activité de soins curatifs ou préventifs au niveau des cases de santé depuis décembre 1987 (ou même avant). Une seule exception est relevée à Ngane Fissel (dans la zone d'influence du poste de santé de Ngayokheme) où l'ASC n'est entré en fonction qu'en 1986, la case de santé n'ayant été construite que cette année-là. Le stock de médicaments (donné par l'US-ID en 1986) n'est pas encore épuisé (sauf pour la chloroquine écoulée depuis l'hivernage 87).

➤ quelques-unes des causes du non-fonctionnement des cases de santé:

1. La fermeture du dépôt régional de Fatick:

Le 11 septembre 1987, le dépôt de Fatick (relais régional de la chaîne d'approvisionnement en médicaments mise en place par l'USAID) a été fermé. La raison de cette cessation d'activité invoquée par les autorités sanitaires est la maladie, puis le décès du gérant. Malgré nos investigations, nous n'avons pu obtenir de précision complémentaire. Faut-il y voir l'expression de la lenteur administrative à nommer un autre gérant (ce qui a été fait à la mi-juin 1988), ou bien d'autres raisons sont-elles en cause? La question reste posée... Il n'y a donc plus de chloroquine dans les villages depuis cette période et tous les ASC ont déclaré ne pas avoir pu acheter les médicaments dont ils avaient besoin depuis l'hivernage 1987. La situation cette année est caricaturale, mais le problème, s'il n'avait pas pris cette ampleur les années précédentes (nous n'avons pas d'informations antérieures à

1985), n'est cependant pas nouveau. C'est ainsi que sur chaque cahier de commande de médicaments consulté, des ruptures d'approvisionnement sont mentionnées (par exemple, le fer de mai à juillet 1987, l'auroéomycine en janvier 1987, etc...)

■ absence de supervision:

De décembre 1987 à juin 1988 il n'y a eu qu'une visite des superviseurs. Les chefs de postes de la région sont entrés en fonction en décembre 1987 et sont venus à cette occasion, en compagnie du médecin chef de région, se présenter aux agents de santé communautaire. Ils ne sont pas revenus pendant 6 mois. Les motifs invoqués par les chefs de poste sont toujours les mêmes: panne de vélomoteur, manque de bons d'essence. Une exception cependant, Diohine, qui a reçu trois visites du chef de poste pendant ces 6 mois: ce bourg très peuplé est situé sur un axe de communication important, et n'est donc pas comparable aux autres sites.

➤ des efforts de la part des ASC, pourtant peu dédommagés:

Si les chefs de poste ne se sont pas déplacés, les ASC, par contre, se sont rendus à plusieurs reprises au poste de santé dont ils dépendent, ou même à Fatick (35 km en charrette). Les ASC qui se sont rendus à Fatick n'ont pas eu recours au secteur privé à cause des prix pratiqués. En effet le prix de revente de la chloroquine au niveau des cases de santé a été fixé à 5 F CFA le comprimé par le projet USAID, alors que les 100 comprimés étaient achetés pendant cette période 260 F CFA au niveau du dépôt communautaire (niveau immédiatement supérieur au village dans la chaîne d'approvisionnement), ce qui laisse donc une marge bénéficiaire. Dans le circuit privé, par contre, à l'officine de Fatick par exemple, une boîte de 100 comprimés de chloroquine SIPOA coûte 775 F CFA, ce qui ne permet pas de les revendre au prix imposé par l'USAID.

L'USAID a proposé plusieurs systèmes de rétribution des ASC, mais aucun n'a fonctionné: dans la zone d'étude, au mieux, certains ASC ont reçu, certaines années, 100 kg de mil au moment de la récolte (soit l'équivalent de 5000 F CFA). Le sujet est difficile à aborder mais le sentiment commun à tous les ASC est qu'il s'agit plus d'une aumône que d'une rétribution.

➤ une forte fréquentation lorsqu'il y a des médicaments:

Tous les ASC le disent: "les gens viennent lorsqu'il y a des médicaments". A la fin de l'année 1985 (novembre ou décembre selon les cases, ce qui explique l'apparente incohérence du tableau 2) l'USAID a doté toutes les cases de santé de la zone d'enquête de médicaments en quantité importante (10 sachets de 100 comprimés de divers produits, cf. liste en annexe). Le tableau suivant illustre bien l'intérêt puis le détachement des consultants lorsqu'il n'y a plus les médicaments qu'ils recherchent.

tableau 2: La fréquentation des cases de santé.

Village et population	Nombre de consultations		
	Novembre et Décembre 1985	Janvier à Décembre 1986	Janvier à Décembre 1987
village de 840 habitants	300	180	80
village de 3000 habitants	?	1000	549
village hors zone 1892 hab (en 1976)	81	660	320

➤ une sélection des médicaments:

Nous analyserons plus en détail dans quelques lignes les stocks de médicaments au niveau de chacune des cases de santé mais ce qui est frappant et commun à tous les villages enquêtés c'est la faible consommation de

certaines médicaments comme les comprimés de charbon, de terpine codéine, de parégorique (spécialités SIPOA à visée symptomatique). La liste des médicaments que pouvaient se procurer les agents de santé communautaire avait été allongée en 1985 (cf. annexg), et tous les produits sous forme de comprimés avaient été donnés en quantité identique (10 fois 100 comprimés). Or il est clair que la demande n'est pas la même pour tous ces médicaments; ce qui est consommé en quantité importante ce sont les désinfectants locaux, le coton, la gaze, la chloroquine, l'aspirine, le fer.

b - La situation village par village:

Le tableaux 3 et 4 donnent les résultats les plus significatifs de notre enquête. Nous avons séparé les villages en groupes dépendant d'un même poste de santé. Ce que nous appelons la population totale est la population du village à laquelle s'ajoute celle d'autres villages voisins que la case de santé est censée desservir. Le D signifie qu'il s'agit d'un habitat particulièrement dispersé, en "nébuleuses" pour reprendre l'expression de P. Pelissier.

Tableau 3: Les agents de santé communautaire des 15 villages enquêtés.

Village	pop. village	pop. totale	ASC goor en fonction		
			écrit le français	formation en	exerce
<u>(Ngayokheme)</u>					
Sob	693	1324	non	1979-1980	chez lui
Kalom	800	800	non	1979-1980	dans le magasin du trésorier du c.s.
Ngalagne Kop (D)	579	693	non	1979-1980	chez lui
Sass Niafadj	726	726	non	1984	à la case ou c/lui
Ngane Fissel	554	943	non	1986	à la case
<u>(Toucar)</u>					
Ngangarlame (D)	1070	1636	non	1980	chez lui case trop loin
Nghonine (D)	1309	1309	non	1980	à la case ou c/lui
Datel (D)	493	493	non	1983	à la case ou c/lui
Ndokh (D)	585	585	non	1984	chez lui case trop loin
<u>(Diarère)</u>					
Diohine	2290	3190	oui	1986	chez lui (décès du précédent)
Poultok	931	1065	oui	1980	à la case
Gadiak (D)	1883	1883	oui	1985	chez lui case trop éloignée
Godel (D)	842	842	?	1980	démission en 1985 (migration à Dakar) intérim: matrone
Kotiokh (D)	890	890	oui	1985	à la case et c/lui
Khassous (D)	534	534	?	1988	en formation intérim: matrone

Tableau 4: Les cases de santé et leur stock de médicaments.

	<u>durée des constructions état en juin 1988</u>	<u>stock de médicaments argent en caisse</u>
<u>(Ngayokheme)</u>		
Sob	1°case: 1980-1985 2°case: 1985-1987 plus de traces	0 en caisse: rien
Kalom	1°case: 1983 jamais finie 4 murs	aspirine, terpine, pipérazine, parégorique, charbon, auréomycine 17 périmés d'après l'ASC en caisse: ?
Ngalagne Kop	1°case: 1982-1985 plus de traces	0 en caisse: rien
Sass Niafadj	1°case: 1980 bon état	charbon en caisse: 30.000 F CFA
Ngane Fissel	1°case: 1986 bon état	quelques comprimés de charbon, vit.C, pipérazine, terpine, aspirine, fer un fond de permanganate en caisse: 1000 F CFA.
<u>(Toucar)</u>		
Ngangarlame	1°case: 1984-1984 2°case: 1985 mauvais état	beaucoup de sachets de pipérazine, charbon, aspirine, parégorique, tubes d' auréomycine, bandes, coton, fer (péremption 1986) que l'ASC juge périmés en caisse: 5000 F CFA
Nghonine	1°case: 1985-1987 3 murs 1 toit	0 en caisse: ?
Datel	1°case: 1985-1986 2°case: 1986 mauvais état	des sachets de charbon, terpine, pipérazine, parégorique, 1 tube d'auréo- mycine, coton, mercurochrome en caisse: 25.000 F CFA
Ndokh	1°case: 1987 mauvais état	0 en caisse: ?

(Diarère)

Diohine	1°case: 1980-? 2°case: 1986 excellent état	quelques comprimés de charbon, de parégorique en caisse: 95.000 F CFA
Poultok	1°case: 1980 bon état	un fond de mercurochrome en caisse: 9.015 F CFA
Gadiak	1°case: 1980-1981 2°case: 1982-1983 3°case: 1985 bon état	0 en caisse: 45.000 F CFA
Godel	1°case: 1980-? 2°case: 1985-1986 3°case: juin 1988 en construction	charbon, un tube d'auréomycine mercurochrome, alcool, chez la matrone en caisse: 35.000 F CFA
Kotiokh	1°case: 1985 bon état	quelques comprimés d'aspirine, parégorique, huile goménolée, bleu de méthylène, auréomycine en caisse: ?
Khassous	1°case: 1985-1987 plus de traces	? en caisse: ?

L'analyse des tableaux précédents permet de souligner certains points importants, comme l'ancienneté de ce niveau de soins dans la zone d'enquête, la stabilité des ASC en fonction, les efforts de reconstruction des cases de santé, les problèmes de stock de médicaments:

➤ ancienneté de ce niveau de soins dans la zone d'enquête:

En 1980 66 % des 15 villages étaient déjà inclus dans le projet sénégalolo-hollandais. Ce qui donne un recul intéressant à cette étude.

➤ stabilité des ASC en fonction:

10 des ASC sont en fonction depuis l'origine, 2 sont décédés, 2 ont déménagé, 1 seul a été changé volontairement par les villageois. Hormis les cas de force majeure, les ASC une fois mis en place le demeurent.

➤ reconstructions des cases de santé:

6 cases ont été reconstruites au moins une fois, 2 l'ont même été 2 fois.

Deux raisons nous ont été données à ces reconstructions: écoulement pendant l'hivernage ou bien déplacement pour être rapprochées de l'habitation de l'ASC goor. A l'origine (projet sénégalais-hollandais) toutes les cases ont été construites sur un champ du chef de village, ce qui a très vite été source de difficultés voire même de conflits lorsque l'ASC goor habitait dans un autre quartier. D'autre part ces écroulements fréquents pendant l'hivernage sont étonnants, une case bien construite et bien entretenue dure au moins 10 ans. Les premières cases de santé avaient été recouvertes de tôle ondulée, ce qui pouvait laisser supposer qu'elles résisteraient mieux aux intempéries. Il n'en a rien été et quel que soit le mode de couverture, tôle ondulée ou chaume, des cases se sont effondrées. Parmi les cases construites en 1980 il n'en reste plus que 2 qui soient en bon état, les 6 autres n'existent plus. Ceci est certainement significatif: nous observons à la fois une volonté de reconstruction - donc un attachement certain - et une réalisation inadéquate. Les emplacements choisis à l'origine se sont souvent avérés inadaptés, mais l'idée même d'une construction était-elle judicieuse?

➤ stock de médicaments:

3 ASC sur les 15 ont encore des médicaments (reste de la dotation USAID 1985) mais ne les utilisent pas car ils les jugent périmés. Ces médicaments sont dans des sachets en plastique (contenance 100 comprimés environ, conditionnement fait par pesée) sur lesquels n'est mentionné que le nom du produit, ni la date de péremption, ni le dosage n'étant inscrits. De plus, les noms s'effacent et, s'il est facile de distinguer un comprimé de charbon d'un comprimé de chloroquine, il n'en va pas de même d'autres produits. Certains ASC déclarent ignorer la nature des comprimés qu'ils ont en stock.

Les 11 autres ASC (information non disponible pour une case) ou bien n'ont rien en stock (5) ou bien ont quelques comprimés de charbon, un tube

d'auréomycine et un fond de mercurochrome par exemple. Certains d'entre eux ont encore de l'argent en caisse mais la fermeture du dépôt de Fatick en septembre 1987 les a empêchés de se réapprovisionner. C'est le cas de 8 ASC qui disposent même parfois de sommes très importantes en caisse (jusqu'à 90.000 F CFA), 2 n'ont plus rien.

D - Les difficultés et les lacunes de cette enquête:

➤ peu de traces écrites accessibles

La règle veut qu'il y ait six cahiers au niveau de chacune des cases (système d'information et de gestion mis en place par l'USAID), un cahier de consultation, deux cahiers de gestion, un cahier de naissances, un cahier de décès, un cahier de stock de médicaments. L'ensemble doit être résumé en une fiche mensuelle destinée au chef de poste. Ce système est très lourd d'autant plus que 9 ASC sur 13 n'écrivent pas le français. Certains d'entre eux font remplir par d'autres personnes du village leurs cahiers, d'autres non, le résultat étant la pauvreté des traces écrites disponibles sur le terrain. De plus, lors de notre enquête, en raison des difficultés qui existaient dans certains villages (dissensions, accusations) beaucoup de cahiers étaient au niveau de la région médicale et il ne nous a pas été possible de les y consulter, le retour de l'information au niveau des villages ne s'effectuant pas.

➤ contraintes liées à la période d'enquête:

Au moment précis de nos premiers passages dans les villages (juin) les gens rencontrés étaient très disponibles et très heureux de faire partager leur expérience. Mais lorsqu'après une première analyse nous sommes revenus sur le terrain (juillet) les travaux des champs avaient commencé et il ne nous fut pas possible de compléter comme nous le souhaitions nos informations. Il fallait aller chercher nos interlocuteurs dans les champs et nous eûmes très vite le sentiment de les importuner. Nos visites devenant incongrues nous

décidâmes de ne pas poursuivre cette enquête pendant les travaux des champs. Ensuite, au début de l'hivernage (août), les difficultés de communication routières dues aux pluies nous empêchèrent de reprendre l'étude. Le rythme de la vie séreer est tellement marqué par les travaux agricoles et les saisons que le choix de la période d'enquête est primordial si l'on veut obtenir des résultats satisfaisants en peu de temps. Cette enquête, menée avec peu de moyens logistiques et en peu de temps nécessiterait des approfondissements sur certains points.

E - Quelques propositions pour une enquête plus approfondie

Pour mener à bien une telle enquête, le recours à plusieurs disciplines est absolument indispensable. Nous n'avons observé que les symptômes les plus évidents du malaise qui règne au niveau des cases de santé sans avoir pu en déterminer précisément toutes les causes. Par exemple l'organisation de la société séreer n'a pas été suffisamment étudiée. Ainsi, la signification de certaines informations comme la première implantation des cases de santé sur les terres du chef de village, les liens de parenté qui existent ou non entre celui-ci et les ASC (goor ou jigeen), nous échappent. Les relations de pouvoir au sein de ce que les promoteurs des soins de santé primaires appellent la communauté villageoise devraient être analysés pour comprendre les difficultés de cette santé communautaire. Les unités de production, les unités de consommation en pays séreer sont connues (P. Pelissier, 1986, J.M. Gastellu, 1981), mais au niveau des dépenses de santé - qui sont des dépenses récentes si l'on exclut les tradipraticiens - existe-t'il une communauté de consommation ? Il faudrait également se pencher sur le recours des gens à la médecine traditionnelle, système de soins pour lequel nous ne donnerons que quelques informations.

➤ extension à d'autres régions:

Il serait intéressant de mener ce type d'enquête dans d'autres régions du Sénégal, notamment dans les départements de Matam (région de Saint Louis) et de Bakel (région de Tambacounda) où des associations de migrants (travailleurs sénégalais en France) soutiennent les soins de santé primaires au niveau de leurs villages. Dans la région de Tambacounda, l'impact de l'Association Française des Volontaires du Progrès serait aussi à analyser au niveau de leurs "villages santé". La Casamance (régions de Ziguinchor et de Kolda) offre des particularités qu'il faudrait examiner. Il serait temps, après dix ans de politique de soins de santé primaires, que des recherches, des évaluations soient réalisées par d'autres gens que les acteurs de ces projets.

➤ conclusion partielle:

La cause la plus évidente du non fonctionnement de ces cases de santé de l'hivernage 87 au mois de juin 88 est l'impossibilité de s'approvisionner en médicaments. Le problème majeur se situe à ce niveau sur lequel nous avons également enquêté.

2-3 L'approvisionnement en médicaments:

Le but de l'enquête était double: évaluation de l'offre de médicaments au niveau des postes de santé de la zone d'étude sur une période de six mois, mais aussi transmission de nos connaissances en la matière aux interlocuteurs et interlocutrices qui le souhaitaient.

La méthode appliquée a été la suivante:

- * Entretiens avec le pharmacien directeur de la pharmacie régionale d'approvisionnement.

- * Présence au minimum hebdomadaire dans chacun des postes de santé (bien supérieure à Diohine, le poste de santé privé catholique) pour suivre entre autre les flux de médicaments.

- * Réalisations d'inventaires dans chacun des postes de santé: deux dans chaque poste public, le premier au début de notre enquête, le second au moment de l'arrivée des commandes, un seul au poste privé dont la réalisation nous a pris plusieurs semaines.

- * Evaluation qualitative par poste:

- regroupement par forme (pour les postes publics),

- classement en utilisant la classification du Vidal (édition 1984) sous nom générique ou sous nom de marque selon le cas,

- détermination du nombre de médicaments pouvant être considérés comme essentiels par comparaison des principes actifs contenus dans ces médicaments aux dénominations communes internationales (DCI) répertoriées dans la liste des médicaments essentiels de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 4^orévision, 1985).

- * Comparaison des inventaires dans les trois postes (publics et privé).

La critique du choix de la grille d'analyse:

La liste OMS utilisée est beaucoup trop large pour un poste de santé (200 médicaments). Néanmoins dans la mesure où il n'existe pas au Sénégal de liste de médicaments essentiels, approuvée comme telle par le Ministère de la Santé, où les listes plus restreintes sont discutables, qu'il s'agisse des "40 médicaments du district", (T. Tigretti, 1987), de "la dotation d'urgence

sanitaire" qu'ont adoptée les agences des Nations Unies et de nombreuses Organisations Non Gouvernementales, de la liste établie par l'Association Française des Volontaires du Progrès pour la région de Tambacounda, ou d'autres, l'emploi de cette liste nous a paru la meilleure solution. Elle nous a permis de déterminer le pourcentage de médicaments dont les principes actifs sont efficaces et aussi sûrs d'emploi que possible, le critère du coût au Sénégal n'étant pas parfaitement pris en compte.

Nous garderons toutefois à l'esprit cette réflexion du Comité d'experts de l'OMS exprimée dans son 2^o rapport (OMS, 1985): "l'existence d'une liste de médicaments essentiels ne signifie pas (non plus) que les autres produits n'ont aucune utilité, mais simplement que, dans une situation donnée, ces médicaments sont les mieux appropriés au traitement de la majorité de la population et doivent donc être disponibles à tout moment, en quantité suffisante et sous une forme pharmaceutique adéquate."

L'exposé des résultats nous conduit à présenter la pharmacie régionale d'approvisionnement, les postes de santé publics, le poste de santé privé catholique et les dépôts pharmaceutiques privés:

2-3-1 La pharmacie régionale d'approvisionnement de Kaolack:

La région de Fatick n'ayant pas encore de PRA, l'approvisionnement doit se faire auprès de celle de Kaolack, région voisine. Les locaux de la PRA, situés dans l'enceinte de l'hôpital régional, ont été entièrement rénovés par l'USAID.

Elle sert à la fois de dépôt régional pour le projet Santé Rurale Sénégal/USAID - et dans ce cadre gère le stock de médicaments destinés aux cases de santé - et de relai régional de la PNA pour l'approvisionnement des formations sanitaires des deux régions. Les deux systèmes de gestion sont distincts et la PRA n'assure pas les livraisons. Elle propose environ 60

produits qui varient avec ce qui est disponible à la pharmacie nationale d'approvisionnement, mais elle est souvent en rupture de stock pour des médicaments aussi demandés que l'aspirine par exemple.

La chaîne d'approvisionnement en médicaments mise en place par l'USAID comprend cinq maillons: la case de santé, le dépôt communautaire (situé au niveau du poste de santé), le dépôt de la circonscription médicale, le dépôt régional (ici celui de Kaolack), la pharmacie nationale d'approvisionnement. La gestion des différents dépôts est confiée à un comité de gestion instauré à chaque niveau, le réapprovisionnement s'effectuant à l'échelon supérieur.

D'autre part, en ce qui concerne les formations sanitaires, leurs commandes sont établies par le chef de poste, ou le médecin s'il s'agit d'un centre de santé, et l'achat est effectué par les associations d'usagers, APS et APH.

2-3-2 Les postes de santé publics:

La dotation de l'Etat est en principe semestrielle, en fait beaucoup plus aléatoire. "Si on l'attendait on n'aurait jamais de médicaments" disent les chefs de poste. En pratique, lorsqu'il y a de l'argent au niveau du comité de santé, ou de la communauté rurale, ils se hâtent de rédiger une proposition de commande qui est faite en fonction de leur consommation, en prenant comme base, non pas une liste de médicaments essentiels, mais la liste de ce qui est vendu à la PNA. Après avoir réuni toutes les signatures nécessaires ils vont à Dakar, à la PNA en premier lieu, où leur commande n'est jamais totalement satisfaite, puis à la SIPOA, où ces derniers mois des ruptures de stock étaient également déplorées.

Lorsque les deux chefs de poste de la zone d'étude sont entrés en fonction, en décembre 1987, il n'y avait plus aucun médicament dans les postes. De ce fait, dès le début janvier 1988, chaque comité de gestion leur a remis une certaine somme (50.000 F CFA) pour acheter des médicaments. Les

chefs de poste ne tiennent pas d'inventaire formel, ni de fiches de stock, il est vrai que, vu ce dont ils disposent, l'inventaire se révèle rapide: trois ou quatre boîtes de comprimés entamées sur le bureau, quelques ampoules dans un tiroir, une armoire à pharmacie vide.

Inventaire des médicaments fin janvier:

Tableau 5: Inventaire des médicaments dans les postes publics (26/01/88).

Nom du produit	Postes de santé publics	
	Ngayokheme	Toucar
voie injectable		
Paluject 0,10	92 amp	-
Paluject 0,20	-	115 amp
Vitamine B1 B12	-	32
voie orale		
Chloroquine 100 mg	-	1000 gr
Aspirine 500 mg	10 cp	100 cp
Fumarate ferreux	10	-
Terpine codéine	10	-
Fanasil	10	-
Parégorique	-	500 gr
Sulfathiazol	-	500 gr
Tetracycline	-	50 gél
voie locale		
Auréomycine 1% (pde opht)	-	1 tube

Inventaire des médicaments fin mars:

Fin mars et début avril nous avons réalisé un deuxième inventaire, quelques jours après l'arrivée des commandes.

Tableau 6: Inventaire des médicaments dans les postes publics (04/88).

Nom du produit	Postes de santé publics	
	Ngayokheme	Toucar
voie injectable		
Atropine sulfate 0,25 mg	100 amp.	100 amp.
Bipénicilline 1M	50 fl.	50 fl.
Buscopan (n butyl hyoscine)	-	60 amp.
Diprophylline 200 mg	100 amp.	100 amp.
Paluject 200 mg	100 amp.	100 amp.
Paluject 400 mg	100 amp.	100 amp.
Phénobarbital 200 mg	100 amp.	100 amp.
Procaïne adrénalinée 2%	-	100 amp.
Quinine formiate 500 mg	-	100 amp.
Vitamine B1 B12	-	200 amp.
Vitamine B6 250 mg	-	100 amp.
Vitamine C 500 mg	-	100 amp.
voie orale		
Aspirine 500 mg	1000 cps	2000 cps
Charbon	-	500 gr
Chloroquine 100 mg	2000 cps	2000 cps
Fumarate ferreux 200 mg	500 cps	1500 cps
Parégorique	-	1000 gr
Phénobarbital 100 mg	-	1000 cps
Pipérazine 15% sirop	1000 ml	1000 ml
Terpine 0,10 codéine 0,01	-	3000 cps
Tétracycline 250 mg	200 gel	600 gel
Vitamine C 500 mg	1000 cps	-
voie locale		
Alcool 70°	500 ml	5000 ml
Auréomycine 1% (pde opht)	-	
Auréomycine 3% (pde dermique)	-	10 tubes
Huile camphrée	-	1000 ml
Mercurochrome	500 ml	-

Analyse critique des commandes:

NGAYOKHEME

Aux environs du 15 mars 1988 le chef de poste de Ngayokheme a acheté à Dakar pour 45.000 F CFA de médicaments. En examinant cette commande nous avons répertorié, sans tenir compte des différents dosages, 14 noms de produits, dont 25% n'entrent pas dans la liste de référence.

5 destinés à la voie injectable
6 destinés à la voie orale
2 à usage externe.

Les deux désinfectants n'entrent pas dans la liste de référence. Outre la pauvreté de cette commande (cf. tableau 5), qui ne recouvre même pas la totalité de quelque liste que ce soit de médicaments essentiels destinés aux soins de santé primaires, nous soulignerons la quantité de formes injectables (déjà observée lors du premier inventaire), le petit nombre d'anti-infectieux, l'absence de médicaments à usage gynécologique, alors que les femmes représentent 76 à 80 % des consultants adultes et que la majorité d'entre elles présentent des infections gynécologiques.

TOUCAR

Le 18 mars, le chef de poste est allé lui aussi à Dakar acheter des médicaments pour un montant de 86.000 F CFA, soit presque le double de la dotation de Ngayokheme. Somme à laquelle il faut ajouter le coût des transports (6.000 F CFA), sans compter le temps et l'énergie dépensés. Il lui a fallu tout d'abord aller à Fatick faire viser sa commande par le chef de la circonscription médicale, puis à Dakar; à Dakar même, le périple comprend plusieurs étapes: la PNA pour acheter ce qui est disponible, Niari Talli pour faire signer le bon d'achat, à nouveau la PNA pour prendre les médicaments, la SIPOA (km 16) enfin en espérant trouver les produits faisant défaut à la PNA, avant de retourner à Toucar, en taxi brousse puis charette.

On notera ici une gamme un peu plus large, 23 produits, mais dont 52 % n'entrent pas dans la liste de référence.

11 destinés à la voie injectable
9 destinés à la voie orale
3 à usage externe

Ici aussi une large part est faite aux formes injectables, y compris vitamine C et B, les désinfectants n'entrant pas non plus dans la liste de

référence. L'examen de ces commandes est à rapprocher bien entendu de l'étude des motifs de consultation que nous ferons dans les chapitres suivants.

Au 15 juin 1988 les postes de santé avaient encore "suffisamment de médicaments" pour reprendre l'expression des chefs de poste. Ils étaient en train de préparer une nouvelle commande profitant de la dotation de la communauté rurale qui avait décidé d'allouer à chacun des deux postes une somme de 200.000 F CFA pour l'achat de médicaments.

2-3-3 Le poste de santé privé catholique de Diohine:

Le dénuement observé au niveau des formations sanitaires publiques contraste avec l'abondance qui règne à Diohine. L'une des salles d'attente fait office de pharmacie, avec un grand comptoir, des placards, des bancs. Dès la première visite la quantité de médicaments disposés sur le comptoir ne manque pas de surprendre. L'examen des placards se révèle encore plus surprenant: les principes de rangement adoptés échappent tout à fait à la logique d'un pharmacien et les soeurs elles-même ont beaucoup de mal à retrouver les produits rangés quelques jours auparavant. Nous nous sommes donc employés, à leur demande, à modifier le classement existant et à faire l'inventaire. Il a fallu jeter quelques cartons de médicaments périmés et donner surtout des priorités d'utilisation.

L'inventaire détaillé réalisé à la mi-mai 1988, trop long pour être présenté ici, est en annexe. Nous avons adopté la même présentation que pour les postes publics et relevé ainsi 404 noms de spécialités (quelques DCI), dont 71 % n'entrent pas dans la liste de référence.

Tableau 7: Inventaire des médicaments disponibles au poste privé (15/05/88)
 Nombre de spécialités par classe.

Classement par ordre décroissant	Nombre de spécialités			
	total		dont "essentiels"	
	nb	%	nb	%
Gastro-entérologie	52	13 %	5	10 %
Cardiologie	48	12 %	14	29 %
Infections	48	12 %	30	63 %
Neurologie	48	12 %	18	38 %
Métabolisme	41	10 %	9	22 %
Pneumologie	36	9 %	3	8 %
Rhumatologie	32	8 %	9	28 %
Hématologie	17	4 %	7	41 %
Ophtalmologie	17	4 %	8	47 %
Hépatologie	14	3 %	0	0 %
Dermatologie	12	3 %	2	17 %
Parasitologie	9	2 %	8	89 %
Rhinologie	9	2 %	0	0 %
Stomatologie	6	1 %	0	0 %
Urologie	6	1 %	1	16 %
Gynécologie	5	1 %	3	60 %
Allergologie	4	1 %	1	25 %
Otologie	0	-	0	-
Endocrinologie	0	-	0	-
Anesthésiologie	0	-	0	-
Total et % relatif	404	100 %	118	29 %

Ainsi même s'il y a trop de médicaments qui n'ont pas leur place dans un dispensaire de brousse, il y a néanmoins, parmi les 118, la cinquantaine de médicaments de base nécessaires dans un poste de santé, quelle que soit la liste limitative que l'on prenne (OMS, IUED, AFVP, ...). En effet les associations "Caritas" d'Italie et "Catholic Medical Mission Board" des Etats Unis envoient régulièrement et à la demande des soeurs une gamme de produits sous dénomination commune internationale (DCI), en petit vrac, susceptible de répondre en grande partie aux besoins. A condition toutefois que la correspondance de ces produits avec des spécialités connues (nom du principe actif mais aussi dosage) soit explicitée, afin d'éviter que ces médicaments

essentiels ne restent inutilisés. De plus les envois américains se font pour certains produits en quantité tout à fait disproportionnée par rapport à l'activité du lieu et se périment.

Les sources d'approvisionnement sont donc diverses:

■ Achats groupés par l'intermédiaire de l'ASPSCS: cette association regroupe toutes les commandes des 68 postes de santé privés du Sénégal et effectue deux fois par an des achats auprès de la PNA qu'elle complète par des achats à l'étranger pour les produits non disponibles localement (Action MEDEOR, IDA). Cette association est résolument opposée aux dons désordonnés de médicaments et ne les accepte pas.

■ Dons:

* transitant par l'ASPSCS: il s'agit par exemple des dons de la Caritas Italienne, l'association assurant la répartition entre les différents postes de ces envois sous DCI en petit vrac.

* directement adressés aux soeurs de Diohine par des particuliers (amis, inconnus), des associations (par exemple "Enfance et Partage", "Terre des Hommes").

Les dons de particuliers ou de certaines associations, qui arrivent aléatoirement, sont approximativement composés pour:

- un tiers de spécialités "proposées dans le traitement symptomatique de ... en l'absence d'activité spécifique actuellement démontrée" pour reprendre la formule du Vidal.

- un autre tiers de spécialités qui pourraient être utiles dans des services hospitaliers spécialisés mais qui n'ont absolument pas leur place ici (par exemple: céphalosporines, anti-angoreux, certains collyres).

- un dernier tiers de médicaments que l'on peut utiliser sur place à condition de savoir utiliser un Vidal.

Enfin lorsque les médicaments proviennent de pays non francophones - Pays-Bas, RFA, par exemple - outre la difficulté de traduction du nom chimique, se pose parfois le problème des dates de péremption codées. En résumé, à Dihone, il y a beaucoup de médicaments, mais peu qui soient adaptés à ce niveau de soins. Si l'on établissait une liste restreinte d'une cinquantaine de médicaments on les trouverait presque tous dans le stock existant, et l'on pourrait mettre de côté 88 % du stock actuel. De plus il est impossible de gérer un stock pareil à ce niveau.

2-3-4 Comparaison des inventaires dans les trois postes:

Dans ce tableau nous reprenons pour chaque classe du Vidal (par ordre alphabétique):

- T le nombre de noms de marque ou de noms génériques par classe
- E le nombre de produits dont le principe actif entre dans la liste de référence
- % le pourcentage E/T

Il faut noter que certaines classes du Vidal sont totalement ignorées de la liste OMS (comme l'hépatologie, la rhinologie, l'otologie), ce qui explique certains vides constatés au niveau du tableau suivant.

Tableau 8: Comparaison des inventaires dans les 3 postes de santé.

Classe	Postes de santé								
	DIOHINE			NGAYOKHEME			TOUCAR		
	T	E	z	T	E	z	T	E	z
Allergologie	4	1	25	-	-	-	-	-	-
Anesthésiologie	-	-	-	-	-	-	1	0	0
Cardiologie	48	14	29	1	0	0	-	-	-
Dermatologie	12	2	17	2	0	0	3	0	0
Endocrinologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastro-enterologie	52	5	10	1	1	100	4	1	25
Gynécologie	5	3	60	-	-	-	-	-	-
Hématologie	17	7	41	1	1	100	1	1	100
Hépatologie	14	0	0	-	-	-	-	-	-
Infections	48	30	63	2	2	100	2	2	100
Métabolisme	41	9	22	1	1	100	3	1	33
Neurologie	48	18	38	2	2	100	3	3	100
Ophtalmologie	17	8	47	-	-	-	-	-	-
Otologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Parasitologie	9	8	89	3	3	100	4	4	100
Pneumologie	36	3	8	1	1	100	2	1	50
Rhinologie	9	0	0	-	-	-	-	-	-
Rhumatologie	32	9	28	-	-	-	-	-	-
Stomatologie	6	0	0	-	-	-	-	-	-
Urologie	6	1	16	-	-	-	-	-	-
Total	404	118	29%	14	11	79%	23	13	57%

Ainsi, le stock disponible à Ngayokheme est le moins important en volume et celui qui contient proportionnellement le plus de médicaments de référence. Le stock de Diohine, le plus volumineux est celui qui en contient le moins, Toucar se situant entre les deux.

Il est cependant évident que plus il y a de médicaments disponibles plus grands sont les risques de s'écarter de la liste de référence. D'autre part le chef de poste de Ngayokheme a une longue habitude des médicaments essentiels, acquise au contact de l'AFVP lors de son séjour en Casamance. Cette connaissance est loin d'être partagée par tous...

2-4 Les dépôts pharmaceutiques privés:

A proximité de la zone d'enquête il existe trois dépôts de pharmacie, à Patar, Niakhar et Diarere (cf carte n°2), qui dépendent exclusivement de la pharmacie Rassoul de Fatick.

NIAKHAR: est le plus ancien, sa création remontant à 1979. Propriété d'un infirmier psychiatrique renommé, aux multiples occupations, il est actuellement tenu par un vendeur, qui a déjà exercé dans une officine. Un autre dépôt existait antérieurement (autorisation de création en 1974) mais il a été transféré en 1980 à Koumpentoum.

DIARERE: ouvert en décembre 1987, il a bénéficié d'une subvention de l'USAID. C'est le propriétaire qui s'occupe lui même de son commerce, ayant lui aussi travaillé en officine.

PATAR: le dépôt le plus récent, a été ouvert en janvier 1988, et est tenu par le fils du propriétaire, notable de la région.

Les trois locaux sont situés dans l'artère la plus commerçante du village, à proximité immédiate du marché. Les dépôts se ressemblent, case en dur, toit en tôle ondulée, deux petites pièces, sol de terre battue, murs qui pourraient être repeints. L'aménagement est sommaire, un comptoir, un ou deux tabourets, aucune revue ni livre spécialisés. Le vendeur attend les clients car il n'y a guère d'activité en dehors des jours de marché. Lorsqu'un client vient avec une ordonnance c'est d'abord pour demander le prix des médicaments prescrits; toutefois s'il réussit à réunir l'argent nécessaire il arrive que les produits ne soient pas en stock, cas fréquent à Niakar. Le vendeur devra prendre alors une charette pour aller à Fatick se réapprovisionner mais il attendra de grouper plusieurs commandes, ce qui peut durer plusieurs jours. Entre le temps de réunir l'argent pour l'acheteur, le temps de se déplacer pour le vendeur, il n'est pas rare que l'opération prenne une semaine.

Pour chacun de ces dépôts, le choix des spécialités proposées, guidé par une logique marchande, a été fait par le vendeur en collaboration avec

l'infirmier chef du poste de santé du village.

Nous avons fait l'inventaire de ce qui est en vente dans les trois dépôts, en suivant la même grille d'analyse que pour les postes de santé. Les inventaires détaillés sont en annexe mais dans le tableau suivant nous reprenons pour chaque classe du Vidal (par ordre alphabétique):

- T le nombre de noms de marque ou de noms génériques par classe
- E le nombre de produits dont le principe actif entre dans la liste de référence
- % le pourcentage E/T

Tableau 9: Comparaison des inventaires dans les 3 dépôts de pharmacie.

Classe	Dépôts de pharmacie								
	DIARERE			PATAR			NIAKHAR		
	T	E	%	T	E	%	T	E	%
Allergologie	4	3	75	-	-	-	-	-	-
Cardiologie	6	2	33	1	-	0	2	2	100
Dermatologie	22	1	5	2	-	0	-	-	-
Endocrinologie	2	-	0	-	-	-	1	-	0
Gastro enterologie	17	3	18	6	1	17	7	1	14
Gynécologie	4	3	75	2	-	0	1	-	0
Hématologie	7	2	29	2	-	0	5	-	0
Hépatologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infections	14	10	71	5	5	100	2	2	100
Métabolisme	11	2	18	1	1	100	4	-	0
Neurologie	20	10	50	5	3	60	3	2	67
Ophtalmologie	9	2	22	2	1	50	-	-	-
Otologie	3	-	0	1	-	0	-	-	-
Parasitologie	15	13	87	7	7	100	2	2	100
Pneumologie	11	-	0	6	0	0	2	-	0
Rhinologie	4	-	0	1	-	0	1	-	0
Rhumatologie	10	3	30	2	-	0	1	-	0
Stomatologie	6	-	0	-	-	-	-	-	-
Urologie	-	-	-	1	-	0	1	-	0
Total	165	54	33%	44	18	41%	32	9	28%

Il faut noter que, bien qu'il s'en vende beaucoup, les sérums antitétaniques n'apparaissent pas sur ces inventaires car il n'y en avait pas en stock au moment de nos passages; ces sérums sont parfois stockés chez un

autre commerçant disposant d'un réfrigérateur.

Ainsi à Diarere sur les 165 spécialités inventoriées 33 % entrent dans la liste de référence, à Patar sur les 44 recensées, 41 % entrent dans la liste, alors qu'à Niakhar sur 32 spécialités 28 % seulement. Ces inventaires traduisent bien ce que prescrivent les infirmiers et ce que les gens demandent comme nous le verrons dans l'analyse de l'adéquation offre/demande.

D'autre part ces listes s'écartent considérablement de la liste officielle des spécialités pharmaceutiques qui peuvent être détenues dans un dépôt de médicaments, arrêté ministériel n° 8977 MSP-DPH du 5 août 1982, présentée en annexe.

2-5 La vente parallèle de médicaments:

Dans les boutiques on peut acheter des pommades à base de menthol dénommées "baume chinois", ou "baume du tigre", fabriquées en République Populaire de Chine, qui sont réputées soigner tous les maux ou presque.

Sur les marchés, à Niakhar et aux environs, il n'y a semble-t-il plus de vente de médicaments depuis septembre 1987 alors que subsistent quelques marchands ambulants qui passent de temps en temps dans les villages. D'après les gens de la région la lutte menée par le médecin chef de la circonscription médicale porte ses fruits. Par contre sur les marchés sont souvent exposés des conditionnements de médicaments, type flacon de pénicilline injectable par exemple, remplis d'insecticides ou de tout autre produit non médicamenteux, qui peuvent prêter à confusion.

Les étals de fragments de plantes qu'utilisent les guérisseurs sont par contre très nombreux sur tous les marchés de la région, preuve s'il en est besoin de la persistance de ce système de soins.

2-6 Les guérisseurs:

A côté des 3 praticiens (un infirmier, un agent sanitaire, une soeur) agissant dans le cadre de la pyramide sanitaire, des 15 agents de santé communautaire exerçant lorsqu'ils ont des médicaments, le secteur traditionnel est florissant.

De toute évidence le recours aux guérisseurs est toujours important. R. Mirgot et J.L. Ravel ont étudié en 1970 "l'assistance thérapeutique traditionnelle" dans l'arrondissement de Niakhar. D'après les auteurs "la maladie est souvent attribuée à un agent extérieur, invisible et malfaisant. La maladie, produit de cette action malfaisante, devient l'affaire du groupe responsable du malade; ce dernier est alors un lieu de tensions ou de désordre qui concerne la totalité à laquelle il appartient." L'action thérapeutique propose au malade, par ses techniques et ses procédures, la réintégration dans l'ordre social. Classiquement on distingue les "saltigui" et les "pan", dont l'action thérapeutique se réfère au culte des ancêtres, à la pharmacopée traditionnelle, et d'une manière générale aux croyances séreer, et les marabouts qui se réfèrent au système islamique d'interprétation de la maladie mais qui peut utiliser aussi des représentations et des thérapeutiques non islamiques. (Mirgot R., 1970).

Le recensement des guérisseurs fait en 1970 par ces mêmes auteurs donnait pour les seccos* de la zone d'étude et à proximité immédiate: 54 guérisseurs à Toucar, 21 à Ngayokheme, 18 à Niakhar, 10 à Patar. On note tout de même qu'en 1985, lors d'une enquête sur la malnutrition dans la zone d'étude, l'ORSTOM avait recensé 211 guérisseurs auxquels les gens de la zone avaient recours.

* secco: entité économique regroupant une dizaine de villages autour d'un bourg où est installé le centre chargé des moyens de production et de commercialisation des produits agricoles.

3 La demande de soins:

La demande de soins peut être appréhendée par l'analyse de la morbidité et de la mortalité que nous réalisons en étudiant, d'une part, les motifs de consultation dans les formations sanitaires et, d'autre part, les causes de décès que l'Unité de Recherche "Population et Santé" de l'ORSTOM identifie par autopsies verbales.

Durant notre recherche sur le terrain (janvier à juin 1988), les cases de santé n'ayant pas fonctionné, il ne nous a pas été possible d'enquêter sur le recours à ce niveau de soins en 1988. Pour les années précédentes il n'y a que très peu de données écrites disponibles sur place, ainsi que nous l'avons évoqué dans les pages précédentes; de ce fait nous n'analyserons que le recours au niveau supérieur de la pyramide sanitaire.

3-1 La demande exprimée au niveau des postes de santé:

Pour cette analyse, nous avons relevé les registres des trois postes de santé sur une année complète (janvier à décembre 1987). Ceux-ci sont conçus différemment selon le type de poste:

	publics	privé
- date de la consultation	oui	oui
- nom, sexe, age du consultant	oui	oui
- lieu de résidence	oui	oui
- symptômes décrits ou observés	oui	non
- diagnostic porté par le chef de poste	oui	oui
- traitement	oui	non
- délivrance ou non d'une ordonnance	oui	non

Le registre de Diahine ne comprend pas d'informations sur les symptômes, le traitement, la délivrance d'une ordonnance. Par contre, l'analyse des registres des postes publics nous donne quatre informations recherchées: quand peut-on consulter (ce que nous avons évoqué dans l'étude de la pyramide sanitaire), qui consulte (sur l'origine des patients, seule l'origine géographique est appréhendée), quel diagnostic fait le prescripteur, quel est le traitement qu'il prescrit.

3-1-1 Les consultants:

Origine géographique:

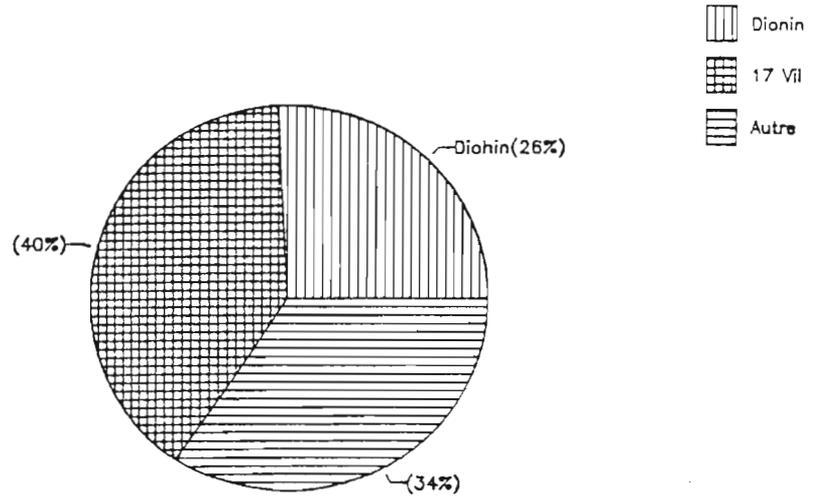
Au niveau des deux postes publics 48 % des consultants demeurent dans le village même. La zone d'influence du poste de Toucar est probablement plus étendue que sa zone théorique. En effet 16 % des consultants de Toucar ne viennent ni de Toucar, ni des huit villages dépendants de ce poste, alors qu'à Ngayokheme il n'y en a que 10 % qui ne viennent ni de Ngayokheme ni des villages dépendants (cf. graphique).

Au poste de santé catholique de Diahine, seuls 23 % des consultants résident dans le village, 40 % viennent des 17 villages de la communauté rurale de Diarekh, 34 % viennent de plus loin. Diahine et Toucar sont deux villages situés sur une des pistes reliant les deux nationales, celle de Fatick et celle de Bambey. Ce sont donc des lieux de passage important alors que Ngayokheme est un peu à l'écart de cet axe.

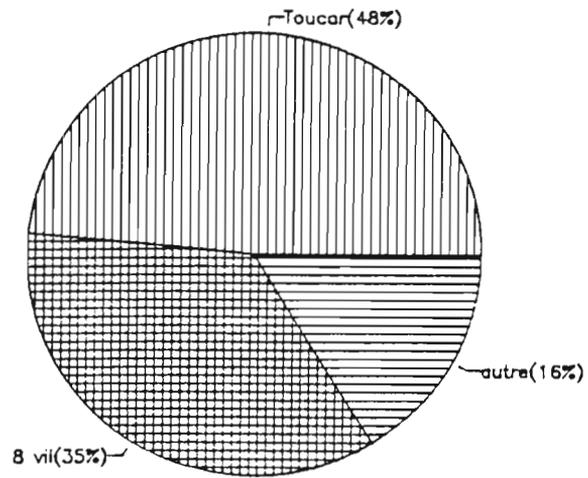
Dans la communauté rurale de Diarere, où est situé le poste de santé catholique de Diahine, un poste de santé public est implanté au chef lieu de communauté rurale, distant de 6 km de Diahine.

On peut faire un parallèle évident entre la quantité de médicaments disponibles et l'étendue de l'aire d'influence de chaque poste. Mais on peut penser qu'il y a également d'autres raisons qui poussent les gens à consulter ici plutôt qu'ailleurs, comme la disponibilité des soeurs par exemple.

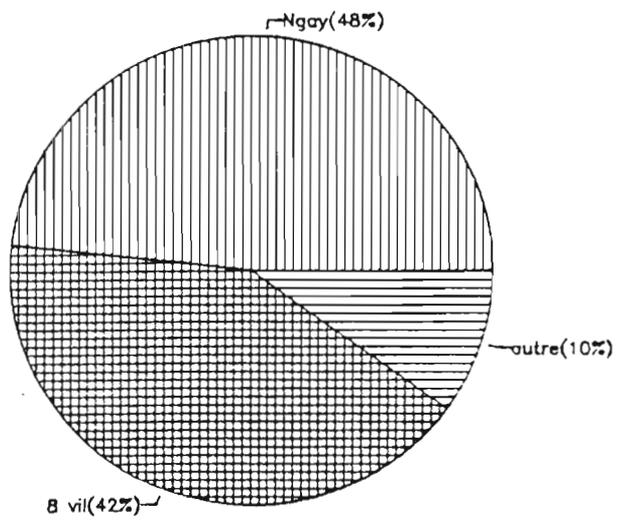
ORIGINE GEOGRAPHIQUE DES CONSULTANTS DIOHINE 1987



TOUCAR 1987



NGAYOKHEME 1987



Age et sexe:

Tableau 10: Age et sexe des consultants
dans les 3 postes de santé (1987).

age	Ngayokheme				Toucar				Diohine			
	Total Nb	%	M	F	Total Nb	%	M	F	Total Nb	%	M	F
0 à 29 jours	5	0	1	4	4	0	2	2	166	3	80	86
1 à 11 mois	104	9	53	51	102	4	52	50	315	6	166	149
1 à 4 ans	276	24	149	127	571	24	309	262	1325	25	735	590
5 à 14 ans	359	31	203	156	485	20	257	228	785	15	413	372
15 à 49 ans	339	29	68	271	984	41	221	763	1937	37	452	1485
50 ans et plus	59	5	24	35	197	8	101	96	728	14	338	390
indéterminé	15	1	0	15	40	1	6	34	42		-	-
total	1157	100	498	659	2383	100	948	1435	5298	100	2184	3072

La structure de la population moyenne selon le sexe et l'âge (M.Garenne 1987) permet de comparer les rapports de masculinité suivants:

Tableau 11: Rapports de masculinité dans la population
et chez les consultants des 3 postes de santé.

age	pop° 1983-1985	consultants M/F 1987		
	M/F	Ngay.	Touc.	Dioh.
0 à 11 mois	1,074	0,982	1,038	1,046
1 à 4 ans	1,017	1,173	1,179	1,245
5 à 14 ans	1,044	1,301	1,127	1,110
15 à 49 ans	0,916	0,250	0,289	0,304
50 ans et plus	0,805	0,685	1,052	0,866

Ainsi, selon le poste de santé, les femmes représentent 76 à 80 % des consultants de la tranche d'âge 15 à 49 ans, alors que la structure de la population moyenne en 1983-1985 donne un rapport de masculinité pour cette tranche d'âge de 0,916, soit trois fois plus.

Cette prédominance des consultations féminines dans la tranche d'âge 15 à 49 ans existait déjà en 1983-1984 puisque M. Diack notait à l'époque un

rapport de masculinité de 0,55 (M. Diack, 1986). La croissance du phénomène se poursuit.

3-1-2 Les principaux motifs de consultation recensés:

Les prescripteurs de la zone n'ont pas la possibilité sur place de faire la moindre analyse médicale. Les patients suspectés de tuberculose sont envoyés au centre de santé de Fatick où une analyse de crachats peut être effectuée. Le diagnostic de paludisme par exemple est associé aux symptômes fièvre et maux de tête, les helminthiases (classées parasitoses) sont associées à anémie et maux de ventre.

Dans ces conditions, il est évident que la pertinence de certains diagnostics peut être mise en doute. Ce sont cependant les seules indications disponibles, et même si tous ces diagnostics ne sont pas fondés ils donnent néanmoins les grandes tendances de la pathologie locale.

Le nombre de diagnostics utilisés varie considérablement d'une formation sanitaire à l'autre. Ainsi, à Diohine 222 diagnostics différents sont utilisés alors qu'à Toucar il n'y en a que 135 et à Ngayokheme 95. Cette diversité des diagnostics s'explique en partie par la diversité des prescripteurs. En janvier 1987, seuls les chefs de poste ont prescrit, mais à partir de février le projet vaccinations de l'ORSTOM a commencé et dans ce cadre un médecin consultait une fois par semaine (le jour de marché) dans chaque poste. Ce premier médecin est devenu médecin chef de la circonscription médicale de Fatick et a été remplacé par un autre médecin qui est resté de juin à décembre 1987. Les diagnostics utilisés sont très variables et certains d'entre eux sont des symptômes ou même des traitements, notamment pour Diohine où 2,8 % des diagnostics sont des injections de sérum antitétanique.

Sans opérer aucune modification, ni pratiquer de regroupement, les onze

premiers diagnostics, par ordre de fréquence décroissante, sont les suivants:

Tableau 12: Les 11 premiers diagnostics dans les 3 postes de santé (1987).

Ngayokheme		Toucar		Diohine	
paludisme	30,2 %	paludisme	21,0 %	cholera	15,5 %
diarrhées	8,9 %	diarrhées	11,5 %	paludisme	15,2 %
vis pré nat*	7,6 %	vis pré nat*	8,0 %	vis pré nat*	6,4 %
parasitoses	6,2 %	parasitoses	5,0 %	diarrhées	6,3 %
plaies	4,0 %	plaies	3,9 %	plaies	2,2 %
conjonctivite	3,9 %	cholera	3,1 %	rougeole	2,0 %
accouchement	2,9 %	grossesse	2,1 %	anémie	1,7 %
douleurs abd*	2,1 %	inf uro gen*	2,1 %	inf uro gen*	1,2 %
abcès	1,8 %	douleurs abd*	1,8 %	malnutrition	1,2 %
pyodermite	1,7 %	pneumonies	1,6 %	fièvre	1,2 %
éruption cut*	1,5 %	respiratoire	1,5 %	maux de ventr	1,2 %
total	70,8 %	total	61,6 %	total	54,1 %

* vis pré nat = visites pré-natales.

* douleurs abd = douleurs abdominales.

* éruption cut = éruption cutanée.

* inf uro gen = infection uro-génitale.

Dans le but d'apprécier l'adéquation offre/demande nous avons regroupé ces diagnostics, pour les postes publics, en tenant compte des symptômes, des diagnostics et des traitements.

Par exemple nous avons réuni les grossesses et les visites prénatales car bien que la démarche d'une patiente qui vient pour une visite prénatale et celle d'une autre à qui l'on apprend sa grossesse soient différentes, à priori toutes deux relèvent d'un même diagnostic. Les bronchites, les pneumonies, les problèmes respiratoires, les toux, les coqueluches peuvent être classés sous la rubrique appareil respiratoire. Les helminthiases, les parasitoses, les vers, correspondent à des symptômes identiques, et peuvent être regroupés en parasitoses. De plus, nous avons écarté les diagnostics qui ne sont pas du ressort de ce niveau de soins, qu'ils nécessitent une évacuation ou une consultation spécialisée, et les diagnostics pour lesquels

il n'y a pas de traitement dans la liste OMS de médicaments essentiels (les rhumes par exemple). Les choix de ces regroupements ont été faits en utilisant le guide clinique et thérapeutique de Médecins Sans Frontières (MSF, 1987).

Après ces regroupements, le nombre de diagnostics décroît considérablement: à Ngayokheme, il n'y a plus ainsi que 43 diagnostics groupés, à Toucar 46. Ne disposant ni des symptômes ni des traitements pour le poste de santé de Diohine nous n'avons effectué que deux regroupements: vers, parasitoses, helminthiases classés en parasitose car il paraît évident que les trois dénominations sont redondantes; de même, bronchites, pneumonies, coqueluche ont été regroupés sous le terme "respiratoire" pour les mêmes raisons que dans les postes publics. Les onze premiers diagnostics regroupés deviennent alors:

Tableau 13: Les 11 premiers diagnostics regroupés dans les 3 postes (1987).

Ngayokheme		Toucar		Diohine	
paludisme	31,20 %	paludisme	22,53 %	cholera	15,5 %
diarrhées	11,41 %	diarrhées	14,44 %	paludisme	15,2 %
vis pré nat	8,30 %	vis pré nat	10,28 %	vis pré nat	6,4 %
parasitoses	6,22 %	parasitoses	6,04 %	diarrhées	6,3 %
respiratoire	4,15 %	respiratoire	4,87 %	parasitoses	3,0 %
plaies	3,98 %	plaies	3,90 %	plaies	2,2 %
conjonctiv	3,89 %	choléra	3,15 %	rougeole	2,0 %
accouchement	2,94 %	inf uro gen	2,10 %	respiratoire	1,8 %
abcès	2,42 %	asthénie	1,89 %	anémie	1,7 %
allergie	1,99 %	rhumatisme	1,85 %	malnutrition	1,2 %
pyodermite	1,73 %	cephalées	1,47 %	infe uro gen	1,2 %
Total	78,23 %		72,52 %		56,5 %

Cette méthodologie permet de souligner les points suivants:

* les quatre premiers diagnostics sont identiques mais le groupe des problèmes respiratoires apparaît alors en cinquième position dans les postes

publics.

* les diagnostics portés dans les deux postes publics sont assez homogènes. En effet les six diagnostics les plus fréquemment retrouvés sont les mêmes: le paludisme, les diarrhées, les visites prénatales, les parasitoses, les infections respiratoires, les plaies.

* par contre, le diagnostic le plus fréquent à Diohine, le choléra, n'apparaît qu'au 7° rang des diagnostics de Toucar, et n'apparaît pas du tout à Ngayokheme. Les postes de santé avaient reçu comme consigne des autorités sanitaires de coder les cas de choléra en 000, par suite lors du relevé de ces registres nous avons recodé les 000 en choléra. Dès lors il paraît évident que les gens ont préféré aller se faire soigner à Toucar (75 cas) et surtout à Diohine (820 cas) qui est le poste de santé le mieux équipé de la zone d'enquête. En effet 27 % de ces cas de choléra venaient du village de Diohine, 45 % des villages de la communauté rurale de Diarere, et 27 % d'ailleurs.

3-2 Les principales causes de décès identifiées:

Les autopsies verbales réalisées par l'Unité de Recherches "Population et Santé" de l'ORSTOM permettent d'identifier des causes probables de décès dans les tranches d'âge 0 à 29 jours, 1 mois à 5 ans, et au-delà.

3-2-1 Chez les nouveaux-nés:

La mortalité, 45,8 pour 1000 naissances vivantes, est caractérisée par l'importance du tétanos néo-natal avec un quotient de 16 pour 1000 naissances vivantes (O. Leroy, 1987).

Tableau 14: Les causes probables de décès chez les nouveaux nés.

Causes probables	Années			
	1983-1985		1987	
	nb	%	nb	%
Tétanos néo-natal	46	29,5	41	54,6
Prématuré, hypotrophique	50	32,1	10	13,3
Pneumopathie	12	7,7	2	2,6
Autres causes	5	3,2	4	5,3
Non identifié	43	27,6	18	22,6
Ensemble	156	100,0	75	100,0

3-2-2 Chez les enfants de un mois à cinq ans:

La mortalité post-néonatale jusqu'à 5 ans est à un très haut niveau: 264/1000, mais elle a diminué de 17,0% depuis les années 70 (318 à 264/1000).

Tableau 15: Les causes probables de décès des enfants de 1 mois à 5 ans.

Causes probables	Années			
	1983-1985		1987	
	nb	%	nb	%
Diarrhées	259	31,2	48	20,3
Pneumopathie	104	12,5	18	7,6
Rougeole	82	9,9	3	1,3
Coqueluche	42	5,1	8	3,4
Paludisme	63	7,6	34	14,4
Choléra	17	2,0	20	8,5
Malnutrition	25	3,0	16	6,7
Autres	29	3,5	28	11,8
Non identifiés	209	25,2	61	25,8
Ensemble	830	100,0	236	100,0

3-2-3 Au-delà de cinq ans:

Il n'y a que peu de renseignements sur les causes de décès au-delà de 5 ans en dehors des décès maternels et du choléra. En 1987, sur les 255 décès

enregistrés dans cette tranche de la population, il y a eu 70 causes probables de décès identifiées comme choléra, soit 27,5 % et 14 comme pneumopathies, soit 5,4 %.

L'espérance de vie, 44,8 ans en 1983-1985, a considérablement augmenté depuis les années 60 (+ 14,8 ans) et depuis les années 70 (+ 5,4 ans) mais est à peu près stationnaire depuis la fin des années 70. (M. Garenne, 1987).

4 L'adéquation de l'offre et de la demande

Etant donné les multiples contraintes et interactions qui régissent l'expression de la demande comme de l'offre nous nous limiterons à l'analyse de la sélection des médicaments par le prescripteur, de l'usage qu'il en fait, et de leur mise à disposition par le circuit d'approvisionnement du secteur public et du secteur privé.

4-1 De la sélection des médicaments:

La juxtaposition des causes probables de décès et des inventaires des médicaments disponibles dans les postes de santé publics montre clairement que ce sont les antibiotiques qui font le plus défaut. Dans ces postes il n'y a en général aucun médicament susceptible de traiter efficacement les infections respiratoires aiguës, pas plus que les méningites. Il n'y a pas non plus, en dehors des périodes d'épidémie de choléra, de solutés massifs.

L'analyse de la morbidité laissait apparaître d'autres lacunes comme l'absence de certains antiparasitaires (schistosomicide), ou encore d'antibactériens et d'antifongiques (à usage gynécologique notamment). Quant au choix des désinfectants, il est contestable si l'on s'en tient aux instructions de l'OMS.

4-2 Des traitements:

Dans les registres de consultation des postes de santé publics n'apparaissent que les traitements donnés sur le champ. Ceux prescrits sur ordonnance ne sont pas accessibles par ces relevés car le prescripteur n'y note pas ce qu'il ordonne.

Tableau 16: Les 10 médicaments les plus prescrits dans les postes publics (1987).

Ngayokheme			Toucar		
Médicaments	Prescriptions		Médicaments	Prescriptions	
	nb	%		nb	%
Chloroquine	370	34 %	Aspirine	520	30 %
Aspirine	280	26 %	Paluject+Quinimax	316	18 %
RVO	122	12 %	Chloroquine	242	14 %
Pansements	73	6 %	RVO	195	11 %
Auréomycine (oph)	53	5 %	Pipérazine	142	8 %
Pipérazine	50	5 %	Pansements	98	6 %
Paluject+Quinimax	40	4 %	Sérum antitétanique	76	4 %
Bactrim	37	3 %	Fer	63	4 %
Parégorique	36	3 %	Vitamines	54	3 %
Sérum antitétanique	32	2 %	Bactrim	50	2 %
Sous total	1093	83 %	Sous total	1756	75 %
Autres	219	17 %	Autres	585	25 %
Total:	1312	83 %	Total:	2341	100 %

Le nombre de prescriptions peut être supérieur au nombre de consultations puisque pour certaines consultations deux voire trois produits sont prescrits.

L'analyse de ces tableaux montre clairement que le prescripteur utilise ce qu'il a. Si l'on voit par exemple apparaître le Bactrim c'est parce qu'il fait partie des médicaments qu'utilise le médecin de l'ORSTOM pour les enfants du projet, et non pas parce qu'il y en a eu au poste de santé en 1987. Il en va de même pour le sérum anti tétanique apporté par l'ORSTOM lors des visites pré-natales. Néanmoins il est intéressant d'observer l'usage qui est fait de certains médicaments et de souligner la diversité des comportements infirmiers.

En effet, les associations les plus fréquentes varient considérablement selon le poste: à Ngayokheme c'est l'association chloroquine-aspirine qui est la plus courante (185 prescriptions, alors qu'il n'y en a que 131 à Toucar);

a Toucar c'est l'association paluject-aspirine qui par contre est la plus commune (248 prescriptions, alors qu'elle n'apparaît que 7 fois à Ngayokheme).

Nous prendrons pour exemple les deux premiers motifs de consultation, le paludisme et les diarrhées, ainsi que les problèmes respiratoires et les méningites, causes importantes de décès des enfants de moins de 5 ans:

LE PALUDISME:

Tableau 17: Le traitement du paludisme dans les postes publics (1987).

	Ngayokheme	Toucar
DIAGNOSTIC		
Paludisme	355	537
dont avec convulsions	6	0
Neuropaludisme	3	2
TRAITEMENT		
Paluject ou Quinimax	35	296

A Ngayokheme, parmi les 361 cas diagnostiqués paludisme seuls 6 cas sont notés comme présentant des convulsions, auxquels il faut ajouter 3 cas diagnostiqués neuropaludisme. Or 10 % des crises de paludisme ont été traitées par des injections intramusculaires de Paluject ou Quinimax.

A Toucar, parmi les 537 cas diagnostiqués paludisme aucun n'est noté avec convulsion et il y a 2 cas notés neuropaludisme. On relève 296 prescriptions de Paluject ou Quinimax, soit 55 % des crises de paludisme traitées par injections intramusculaires.

Lors de l'étude de M. Diack sur la fréquentation des dispensaires publics en 1983-1984 sur 713 diagnostics paludisme 594 avaient été traités par des injections de Quinimax, soit 83 % (analyse groupée des deux postes). A l'époque le Paluject (qui contient lui aussi les principaux alcaloïdes du quinquina c'est à dire la quinine, la quinidine et la cinchonine) n'était pas encore commercialisé par la SIPOA. L'attrait de l'injection d'alcaloïdes du

quinquina ne décroît que lentement alors que "par voie intramusculaire, elle est dangereuse car elle peut provoquer une nécrose suppurative, une algodystrophie sciatique et favoriser la survenue d'un tétanos" (M. Gentilini et B. Duflo, 1986, p:100). Sans parler des risques d'infections à VIH.

La réhydratation par voie orale semble par contre ici entrée dans les habitudes de prescription:

LES DIARRHEES:

Tableau 18: Le traitement des diarrhées dans les postes publics (1987).

	Ngayokheme	Toucar
DIAGNOSTIC		
Diarrhées	132	344
TRAITEMENTS		
RVO	93	145
Parégorique	15	26
Bactrim	0	1

Ainsi à Ngayokheme 70% des patients présentant des diarrhées, et à Toucar 42% s'en sont vus prescrire. A l'époque de l'étude de M. Diack sur 272 épisodes diarrhéiques recensés 174 avaient été traités par du Ganidan, aucun par RVO. Au niveau du prescripteur l'évolution est visible, mais au niveau du consommateur cette technique de réhydratation est-elle correctement utilisée?

Chez les enfants de moins de cinq ans le pourcentage de diarrhées pour lesquelles la RVO a été prescrite est encore plus élevé: 82% à Toucar, 57% à Ngayokheme. En pédiatrie, les médicaments à visée symptomatique comme le charbon, dont la valeur n'a pu être démontrée, ne sont plus utilisés à ce niveau de soins.

LES INFECTIONS RESPIRATOIRES:

Le traitement des infections respiratoires par contre n'a pas évolué de

façon sensible, le recours aux antibiotiques étant le fait des médecins de l'ORSTOM plus que celui des chefs de poste.

Tableau 19: Le traitement des infections respiratoires dans les postes publics (1987).

	Ngayokheme	Toucar
DIAGNOSTIC		
Infections respiratoires	48	116
Avec fièvre notifiée	13	42
TRAITEMENT		
Antibiotique	0	17

Il s'agit pourtant du quatrième motif de consultation et d'une des causes de décès importantes des enfants de moins de 5 ans. Le problème n'est pas seulement celui du traitement mais aussi celui du diagnostic. La rareté de la prise de température (manque de thermomètre médical dans un des postes, en 1988), l'insuffisance de l'auscultation (ou son absence), expliquent que beaucoup d'infections respiratoires aiguës soient négligées. Pour les infections chroniques lorsqu'une tuberculose est suspectée le patient est envoyé au centre de santé où sont réalisés les examens; si la recherche de bacilles est positive la circonscription médicale fournit au poste de santé les antibiotiques nécessaires pour ce patient.

LES MENINGITES:

La difficulté du diagnostic est encore plus patente pour les méningites devant lesquelles les chefs de poste sont totalement désarmés. Après quelques tentatives de traitement et devant l'échec de ceux-ci ils conseillent d'aller au centre de santé de Fatick. L'évacuation est réalisée de façon tardive et bien souvent le patient décède quelques heures après son arrivée. Au centre de santé, si le médecin est présent et s'il a le matériel nécessaire, une ponction est pratiquée, une ordonnance rédigée. L'officine de Fatick est

très bien approvisionnée et située à quelques mètres du centre de santé mais encore faut-il que les accompagnants puissent acheter les médicaments...

4-3 Du système d'approvisionnement public:

A côté de ces lacunes dans le choix des médicaments et de la diversité de l'usage qui en est fait au niveau des prescripteurs, l'inadéquation entre l'offre et la demande au niveau de l'approvisionnement est évidente en ce qui concerne la chloroquine, médicament reconnu comme essentiel par l'ensemble des acteurs: les autorités sanitaires, les prescripteurs, les consommateurs, tous sont en effet conscients de sa nécessité. Or, malgré cela, durant l'hivernage 1987, dès le mois de septembre, la chloroquine n'a plus été disponible au niveau des villages.

Tous les ans, depuis 1979, au mois de juin, les autorités sanitaires régionales lancent une campagne de chloroquinisation qui doit se poursuivre jusqu'à la fin novembre. Cette chimioprophylaxie antipalustre hebdomadaire vise les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Les villages qui souhaitent participer désignent des animatrices villageoises, une par quartier, qui sont formées durant 2 jours au poste de santé. Elles sont chargées de réunir les cotisations des gens du village, d'acheter la chloroquine à la case de santé et de la distribuer une fois par semaine aux personnes qui ont cotisé. L'agent de santé communautaire qui doit faire fonction de catalyseur et de relais dans cette opération s'approvisionne au poste de santé.

Durant l'hivernage 1987, parmi les 30 villages de la zone d'étude, 15 ont été sensibilisés à cette campagne par les chefs de poste mais il n'y en a eu que 9 qui y ont pris part. Les deux villages où sont implantés les postes de santé publics (Toucar et Ngayokheme) n'ont pas participé, estimant que la présence de l'infirmier suffisait; ce sont pourtant les deux villages les plus importants numériquement. Les 13 villages où il n'y a ni agent de santé

communautaire ni poste de santé n'ont pas été consultés par les chefs de poste. Dans les villages ayant participé, les gens se sont cotisés et ont pu faire acheter quelques sachets de chloroquine en début d'hivernage, mais la fermeture du dépôt de Fatick le 15 septembre a mis fin prématurément à la campagne.

Cette campagne de chimioprophylaxie antipalustre abrégée paraît n'avoir eu aucun impact sur la mortalité par paludisme des enfants de moins de 5 ans. En effet si l'on classe les villages en deux groupes: l'un comprenant ceux ayant participé à la campagne, l'autre ceux n'ayant pas participé, la comparaison des pourcentages observés de décès d'enfants de moins de 5 ans dont la cause probable est le paludisme donne une différence non significative ($p=0,3766$).

Tableau 20: Comparaison des pourcentages observés de décès par paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans les villages ayant ou n'ayant pas participé à la campagne de prévention.

Villages	population < 5 ans au 15/09/87	nombre de décès par paludisme hivernage 87	rapport p/1000
ayant participé	2012	16	8,0
n'ayant pas participé	2657	19	7,2

On peut également comparer les pourcentages observés de décès par paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans les villages où sont implantés les postes de santé et dans tous les autres villages.

Tableau 21: Comparaison des pourcentages observés de décès par paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans les villages où sont implantés les postes de santé et dans les autres.

Villages	population < 5 ans au 15/09/87	nombre de décès par paludisme hivernage 87	rapport p/1000
avec poste de santé	1359	8	5,9
sans poste de santé	3310	27	8,2

La différence n'est pas significative ($p=0,2070$). Cependant la mauvaise connaissance de la situation antérieure ne permet pas de comparer avec les années précédentes. De plus il y a peut-être un défaut de puissance du test. Enfin, le fait qu'il y ait eu de la chloroquine dans le village à un moment donné ne permet pas de conclure que la population cible ait effectivement pris les comprimés et les ait pris à une posologie adéquate.

S'il est clair qu'une telle action abandonnée à mi-parcours ne peut pas avoir d'action bénéfique sur la santé, il est non moins clair que cela peut avoir des conséquences fâcheuses notamment sur la crédibilité du système que les autorités sanitaires mettent en place.

Les autorités sanitaires sénégalaises et l'USAID au Sénégal estiment qu'une chimioprophylaxie hebdomadaire est nécessaire pour les enfants de moins de 5 ans et pour les femmes enceintes. Or la planification des besoins en comprimés pour une campagne de prévention du paludisme paraît simple, même si la structure de la population n'est pas aussi parfaitement connue pour d'autres régions du pays elle peut en effet être estimée. Pour la zone d'étude nous avons procédé à l'évaluation de ces besoins en nous référant au guide de l'OMS "Si vous êtes chargé de..." (OMS, 1981).

En prenant une structure constante de la population par village, à un instant t , pour 10.000 personnes, il y a :

population	posologie hebdomadaire préconisée par l'USAID
465 enfants de 0 à 11 mois	1/2 cp
423 " 12 à 23 mois	1 cp
360 " 24 à 35 mois	1 1/2 cp
670 " 3 à 4 ans	2 cps
315 femmes enceintes	6 cps

Pour la chimioprophylaxie des enfants de moins de 5 ans, il faut donc 2536 comprimés, pour celle des femmes enceintes, 1890, soit au total 4426 comprimés par semaine. L'hivernage durant au Sénégal 17 semaines, il faut 75.242 comprimés pour 10.000 habitants si l'on veut protéger toute la population à risques durant toute la saison d'hivernage.

Bien qu'aisée, cette planification n'est pourtant pas faite, ni pour la chloroquine ni pour d'autres médicaments. Quoiqu'il en soit la réalisation de ce type de campagne se révèle extrêmement difficile vu le fonctionnement du système en place, et entraîne en outre une "pression sélective médicamenteuse importante facilitant l'émergence des souches de Plasmodium résistantes à l'antimalarique utilisé." "La stratégie préconisée actuellement est celle du traitement systématique de tous les accès fébriles, sans préjuger de leur étiologie." (D. Baudon, 1987). Sans compter l'effet pernicieux de ces campagnes avortées qui font perdre beaucoup de crédit aux programmes de santé en général.

4-4 De l'approvisionnement dans les dépôts pharmaceutiques privés:

Nous n'avons pu réaliser d'enquêtes de consommation au niveau de ces dépôts, mais l'analyse des inventaires présentés précédemment donne des indications permettant d'apprécier l'adéquation de l'offre et de la demande à ce niveau. Ce qui est vendu dans ces dépôts correspond à la fois à ce que demandent les gens et à ce que prescrit l'infirmier du poste de santé du village où est situé le dépôt.

La classe gastro-entérologie (anti-acides, antispasmodiques, antiémétiques, laxatifs, antidiarrhéiques, ...) représente 10 à 20 % des spécialités selon le dépôt, ce qui correspond bien à un besoin largement exprimé par les gens, "soigner les maux de ventre".

Les deux classes métabolisme et hématologie qui comportent des vitamines et des anti-anémiques représentent de 7 à 28 % selon le dépôt. Là aussi c'est l'expression d'un besoin souvent ressenti, "lutter contre la fatigue".

Les classes neurologie et rhumatologie avec 12 à 18 % répondent au besoin de "calmer les douleurs".

La classe hépatologie qui contient des cholagogues, des choléretiques et des hépatotropes, n'est pas du tout représentée ici. Ni les patients ni les infirmiers n'utilisent encore ces spécialités que l'on retrouve en proportion importante dans les envois français arrivant à Dioline.

Les classes infections et parasitologie (antibiotiques et antiparasitaires) ne comprennent pratiquement que des médicaments appartenant à la liste de référence. Elles représentent 12 à 27 % du stock selon le dépôt et comblent le vide qui existe au niveau des dotations des postes publics. Il en va de même pour la classe gynécologie.

On note enfin qu'il n'y a ni contraceptif ni préservatif.

Cette analyse est intéressante car elle confirme l'ambiguïté du terme essentiel, et donc la nécessité d'une éducation en matière de médicaments, au niveau des prescripteurs mais aussi des consommateurs potentiels. De plus les vendeurs de ces dépôts pharmaceutiques n'ont pas de réelle formation et ne sont pas régulièrement inspectés (il n'y au Sénégal qu'un seul Inspecteur des Pharmacies).

Néanmoins les gens de la région souhaiteraient qu'il y en ait davantage et qu'ils soient surtout mieux approvisionnés.

CONCLUSION

Bien que cette étude ait été menée dans une zone rurale du Sénégal qui présente des particularités évidentes au plan sanitaire, nous pensons notamment aux actions de l'ORSTOM, et que de ce fait l'on ne puisse prétendre à une parfaite représentativité, elle met en lumière certains dysfonctionnements majeurs qui paraissent affecter la plupart des projets de Soins de Santé Primaires, au Sénégal, mais aussi dans d'autres pays du continent.

Ces constats ont amené de nombreux observateurs à soupçonner un engagement des Etats dans la voie des Soins de Santé Primaires plus verbal qu'effectif (D. Senghor, 1985; M. Etchepare, A. Traoré, 1986). En effet ces programmes ne sont ni simples à maintenir en place, ni aussi peu coûteux qu'escompté, et ne peuvent être efficaces sans une réelle implication de l'Etat.

Au plan strictement pharmaceutique quelques mesures prioritaires pourraient améliorer notablement la situation:

- le renforcement de la gestion du médicament au niveau du secteur public,

- l'établissement d'une liste de médicaments essentiels pour chaque niveau de soins,

- l'information sur ces médicaments, qui, lorsqu'elle est faite porte ses fruits, comme en témoignent les commandes de l'un des chefs de poste ne comprenant pratiquement que des médicaments essentiels.

- la révision de la liste sociale des médicaments vendus avec une marge plus faible dans les officines pharmaceutiques ainsi que de la liste des

médicaments autorisés à la vente dans les dépôts pharmaceutiques pourrait être envisagée. En créant ces listes restreintes les autorités ont largement précédé les recommandations de l'OMS concernant les médicaments essentiels, mais les connaissances en la matière ont évolué. Une évaluation de ces établissements pourrait être entreprise et conduirait éventuellement à une nouvelle réglementation des conditions de création et d'exercice incluant l'obligation d'avoir quelques compétences en matière pharmaceutique. Le problème des mesures incitatives à la vente de produits à marge réduite restant cependant entier.

- la rationalisation des dons internationaux de médicaments parvenant aux postes de santé privés est nécessaire. Il serait souhaitable que l'ensemble des donateurs adhèrent au "Code de bonne conduite des envois de médicaments" (créé en 1984 à l'initiative de Frères des Hommes).

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

AFVP	Association Française des Volontaires du Progrès
APH	Association Pour les Hôpitaux
APS	Association Pour la Santé
ASC	Agent de Santé Communautaire
F CFA	Francs CFA (100 F CFA = 2 Francs Français)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORSTOM	Institut Français de Recherche Scientifique Pour le Développement en Coopération.
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
SIPOA	Société Industrielle Pharmaceutique de l'Ouest Africain
SLAP	Service de Lutte Anti Paludique
UNICEF	United Nations International Children Education Fund
USAID	United States Agency for International Development

LISTE DES ANNEXES

- 1 - LISTE DES MEDICAMENTS FOURNIS PAR LE PROJET SENEGALO-HOLLANDAIS
- 2 - LISTE DES MEDICAMENTS FOURNIS PAR LE PROJET USAID
- 3 - LISTE ET TARIF DES MEDICAMENTS EN VENTE A LA PRA DE KAOLACK
- 4 - LISTE DES SPECIALITES POUVANT ETRE DETENUES DANS UN DEPOT DE
MEDICAMENTS
- 5 - INVENTAIRES

LISTE DES MEDICAMENTS FOURNIS PAR LE PROJET SENEGALO-HOLLANDAIS

Contenu des boîtes de pharmacie

2 essuie-mains
 1 boîte avec savon
 1 pince
 1 paire de ciseaux
 1 stylo
 1 brosse à ongles
 1 tasse en émail
 1 petit bassin
 1 petite cuillère
 1 rouleau de sparadrap
 2,5 m de gaze
 60 cc Cétavlon concentré
 250 cc Cétavlon à 1%
 200 cps Aspirine
 40 cps Fanasil
 3 tubes pommade ophtalmique
 2 tubes pommade dermique
 1 liste posologie des médicaments
 1 liste prix des médicaments

Contenu des boîtes de matrones UNICEF

1 coupon en plastique
 1 tablier
 1 paire de gants
 1 stéthoscope obstétrical
 1 boîte avec savon
 1 brosse à ongles
 2 essuie-mains
 1 paire de ciseaux
 2 cupules
 1 haricot
 1 cuillère à soupe
 1 stylo
 0,5 m de gaze
 1 bobine de fil
 1 boîte de talc
 250 cc alcool
 500 cps Aspirine
 1000 cps Fumafer
 500 cps Daraprim

LISTE DES MEDICAMENTS FOURNIS PAR LE PROJET USAID

Liste des produits distribués lors de la première phase (1979):

- Aspirine
- Chloroquine
- Pipérazine
- Fer
- Poudre à réhydrater
- Auréomycine pde à 3%
- Ascabiol
- Compresse, bandes de gaze

Liste des produits ajoutés lors de la deuxième phase (1984):

- Mercurochrome
- Bande Velpeau
- Huile camphrée
- Argyrol

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
 REGION MEDICALE DE KAOLACK
 PHARMACIE REGIONALE D'APPROVISIONNEMENT
 - K A O L A C K -

TARIF DES MEDICAMENTS

PRODUITS	ESPECES DES UNITES	PRIX UNITAIRES	OBSERVATIONS
Acétate Desoxycorticosterone (syncortil) 5 mg	B/100	1697	
Acétate Désoxycorticosterone (syncortil) 10 mg	B/100	3046	
Alcool 95 °	Litre	422	
Ampicilline gélules	B/200	4112	
Argyrol collyre 2%	Fl/10ml	256	
Atropine 0,25 ampoules	B/100	1103	
Auréomycine 3 % pommade	tube	149	
Bactékod (Bactrim) comprimés	B/20	325	
Bactékod Sirop	Flacon	375	
Bipenicilline 1 million	B/50	3217	
Buscopan ampoules	B/6	314	
Camouquin sirop	Flacon	322	
Camphosulfonate de sodium (solucamphre) 5 ml	B/100	2102	
Cicatryl pommade	Tube	623	
Charbon comprimés	B/500 g. s	2553	
Chloramphénicol gélules	B/200	2784	
Chloroquine comprimés	B/1000	3556	
Chloroquine sirop	FL/500	821	
Chlorure de potassium amp	B/100	1998	
Diazepam ampoules	B/6	1821	
Diprophylline ampoules	B/100	1252	
Doliprane sachets nourrissons	B/12	238	
Eau bidistillée 5 ml amp	B/100	1451	
Extencilline 1,2 millions	B/50	4450	
Gélusil lactée sachets	B/10	494	

Paluject 0,10 ampoules	1	B/100	1	1540	1
Paluject 0,20 ampoules	1	B/100	1	2065	1
Paluject 0,40 ampoules	1	B/100	1	3265	1
Parégorique comprimés	1	B/K9	1	3806	1
Pectoraux comprimés	1	B/K9	1	7047	1
Pénicilline G 500.000 ui	1	B/100	1	7250	1
Pénicilline G 1 million	1	B/100	1	8400	1
Phénobarbital (gardénal) 40 mg ampoules	1	B/100	1	1344	1
Phénobarbital (gardénal) 200 mg ampoules	1	B/100	1	1722	1
Pipèrazine comprimés	1	B/1000	1	5556	1
Pipèrazine sirop	1	Fl/500 ml	1	947	1
Polydexa gouttes auriculaires	1	Flacon	1	377	1
Primpéram ampoules	1	B/6	1	304	1
Serum antitétanique ampoules	1	B/20	1	7160	1
Serum glucosé isotonique 5 %	1	FL/500ml	1	606	1
Serum salé isotonique 9 %	1	FL/500 ml	1	597	1
Spartéine ampoules	1	B/100	1	1373	1
Sulfaguanidine (Ganidan) comp	1	B/1000	1	4235	1
Sulfathiazol (thiazomide) comp	1	B/1000	1	3421	1
Terpine codéine comprimés	1	B/3000	1	9417	1
Totapen sirop 250 mg	1	Flacon	1	275	1
Terpone sirop	1	F/.200	1	554	1
Vermox comprimés	1	B/48	1	2195	1
Vitamine B1 B1 ² ampoules	1	B/100	1	1530	1
Vitamine B6 ampoules	1	B/100	1	1988	1
Vitamine C comprimés	1	B/1000	1	4195	1
Vitamine C ampoules	1	B/100	1	1772	1
Vitamine K1 ampoules	1	B/100	1	4800	1
Gentogram (gentalline) 80 mg	1	B/25	1	8688	1
Hept-Amyl amp 5 ml	1	B/100	1	6097	1
Mercurochrome solution	1	Litre	1	685	1
Mucinum comprimés	1	Plaquettes/15	1	127	1
Nifluril gélules	1	B/30	1	498	1

.../....

MATERIELS			
Agrafes de Michel	Sachets/100	750	
Bandes de gaze 5 x 0,07	P/10	550	
Bandes de gaze 5 x 0,10	P/10	720	
Compressees 13,5 x 30	P/100	540	
Coton cardé	P/500 grs	500	
Coton hydrophile	P/KG	1375	
Dolgtiers usage unique	P/100	300	
Gants latex n° 8	Paire	170	
Gaze hydrophile	Pièce	7375	
Perfuseurs	Unité	149	
Seringues usage unique	Unité	28	
Sparadrap 5 x 0,5	Rouleau	382	
Sparadrap 5 x 0,18	Rouleau	1125	
Thermomètre	unité	350	

Pour économiser votre temps suivez ces recommandations:

- 1 - Respecter les jours de vente : LUNDI ET MERCREDI.
- 2 - Etablissez votre commande avant de se présenter en respectant les colonnes suivantes:
 - Désignation du produit commandé
 - Présentation du produit
 - Prix unitaire
 - Décompte par article.
 et faites le décompte total pour voir si vous êtes en possession de la somme.
- 3 - Ne mettez pas les médicaments qui ne figurent pas sur la liste.
 - Affichez cette liste pour pouvoir la retrouver immédiatement en cas de besoins

KAOLACK LE 2 MAI 1988

LE PHARMACIEN REGIONAL

Dr ABIBOU SALL

PROJET SANTE RURALE SENEGAL/USAID

REGIONS FATICK/KAOLACK

PHARMACIE REGIONALE D'APPROVISIONNEMENT

DEPOT REGIONAL USAID/KAOLACK

KAOLACK

--- TARIFS DES MEDICAMENTS ---

Médicaments	Prix Dépôt Régional	Prix Dépôt C.M.	Prix Dépôt Communa- taire	Observations
- Aspirine	210	240	260	
- Chloroquine	398	410	425	
Parégoriques	227	250	275	
Fes	440	450	460	
Pipérazine (comp.)	620	650	665	
Terpine codéine	125	145	165	
Pectoraux	444	450	460	
Charbon (comp.)	641	650	660	
Auréomycine 1% (Tube)	125	140	150	
Auréomycine 3% (Tube)	149	170	190	
Alcool à 95°	500	525	540	
Argyrol 10 ml	225	250	265	
Bande de gaze	100	125	140	
Compresse	Sachet de 10	180	200	220
	Sachets de 100	1.200	1288	1240
Coton/500 grs	1345	1.370	1385	
Bande Velpeau	4 x 0,7	350	370	390
	4 x 0,10	520	540	560
Huile Camphrée (litre)	1960	1980	2000	Vendre par flacon de 850cc aux cases de santé soit 500 frcs le fl
Méncrochrome (litre)	1750	1770	1790	Vendre par 1/2 l aux cases soit 895 F/Fl de 500cc

mie mixte et aux personnes morales de droit privé bénéficiant du concours financier de la puissance publique;

Vu le décret n° 74-1140 du 21 octobre 1974 relatif à la comptabilité des établissements publics;

Vu le décret n° 76-122 du 3 février 1976 portant règlement général d'application de la loi n° 72-80 du 26 juillet 1972;

Vu le décret n° 77-364 du 29 avril 1977 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Office des Postes et Télécommunications;

Vu le décret n° 78-729 du 26 juillet 1978 portant règlement d'établissement de l'Office des Postes et Télécommunications;

Vu le décret n° 81-301 du 30 mars 1981 fixant les organigrammes de la Direction des Chèques postaux et de la Caisse d'Épargne ainsi que les services extérieurs de l'Office des Postes et Télécommunications;

Vu le décret n° 77-1163 du 27 décembre 1977 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de la Direction des Chèques postaux et de la Caisse d'Épargne de l'Office des Postes et Télécommunications;

Vu le rapport du Ministre de l'Information et des Télécommunications;

DÉCRÈTE :

Article premier. — L'article 24, alinéa 1^{er} du décret n° 77-1163 du 27 décembre 1977 est modifié ainsi qu'il suit :

Au lieu de :

« Le montant maximum d'un compte d'épargne est fixé pour les particuliers et les ménages à 2.000.000 de francs. ».

Lire :

« Le montant maximum d'un compte d'épargne est fixé pour les particuliers et les ménages à 5.000.000 de francs ».

Art. 2. — Le Ministre de l'Économie et des Finances et le Ministre de l'Information et des Télécommunications sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel*.

Fait à Dakar, le 27 octobre 1982.

Abdou DIOUF.

Par le Président de la République :

Habib THIAM.

Le Premier Ministre,

Le Ministre de l'Économie et des Finances,
Ousmane SECK.

Le Ministre de l'Information et des
Télécommunications,

Djibo KA.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARRÊTE MINISTERIEL n° 8977 M.S.P.-D.P.H. en date du 5 août 1982 fixant les différentes spécialités pharmaceutiques qui peuvent être détenues dans un dépôt de médicaments.

Article premier. — Les pharmaciens d'officine, responsables de l'approvisionnement de dépôts de médicaments, ne sont autorisés à délivrer aux dépositaires que les médicaments de la liste ci-après :

1. Pénicilline G 200 000 UI;
2. Pénicilline G 500 000 UI ;
3. Bipénicilline G 1 000 000 UI;
4. Chloroquine sirop enfant;

5. Flavoquine comprimé (3);
6. Chloroquine comprimé à 100 mg;
7. Fansidar (3) comprimés;
8. Quinine injectable 100 mg;
9. Quinine injectable 200 mg;
10. Acide acetyl ascylique;
11. Phénergan sirop;
12. Théralène pectoral sirop nourisson;
13. Théralène sirop adulte;
14. Comprimés pectoraux;
15. Terpène codéine comprimé;
16. Pipérazine sebacate comprimé à 250 mg;
17. Pipérazine sirop;
18. Phénergan comprimé;
19. Charbon comprimé;
20. Sulfaguandine comprimé;
21. Parégorique comprimé;
22. Spasfon comprimé;
23. S.A.T. 1500 UI;
24. Serum antivenimeux;
25. Alcool bleu à 70°;
26. Alcool iodé;
27. Mercurochrome;
28. Sulfanilamide poudre;
29. Auréomycine à 3 %;
30. Pommade à l'oxyde de zinc;
31. Auréomycine 1 %;
32. Argyrol collyre;
33. Adrenoxyl injectable 1500 UI;
34. Vit. C comprimé 500 mg;
35. Fer comprimé;
36. Collutoire iodé;
37. Bleu de méthylène (solution);
38. Huile gomenolée;
39. Bronchodermine;
40. Algesal suractif;
41. Flagyl comprimé;
42. Senekot comprimé;
43. Mucinum comprimé;
44. Hydroxyde d'aluminium comprimé;
45. Normo gastryl comprimé;

Art. 2. — Tous les médicaments injectables ne figurant sur cette liste, ne doivent en aucun cas être détenus par les dépositaires.

Art. 3. — Avant de délivrer les serums, les pharmaciens tenus de bien s'assurer que les dépositaires disposent des moyens adéquats pour en assurer une longue et bonne conservation.

Art. 4. — Les pharmaciens seront rendus responsables des infractions éventuelles des dépositaires au présent arrêté.

Art. 5. — Cet arrêté prend effet à compter de la date de sa signature.

MINISTÈRE DE LA CULTURE

DECRET n° 82-809 du 15 octobre 1982 portant désignation du ministre chargé de l'intérieur du Ministre de la Culture

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE,

Vu la Constitution;

Vu le décret n° 76-1021 portant organisation du Ministère de la Culture;

INVENTAIRES DE MEDICAMENTS

LEGENDE:

*: nom de marque

n: principe actif ne faisant pas partie de la liste de référence

e: principe actif en faisant partie

?: association, ou bien classe non représentée dans la liste de référence

INVENTAIRE DES MEDICAMENTS DU POSTE PRIVE CATHOLIQUE DE DIOHINE (05/88)

ALLERGOLOGIE

Antihistaminiques:

-hypostamine*	cps (tritoqualine)	n 3
-polaramine*	(dexchlorphéniramine)	e 3
-primalan*	(méquitazine)	n 3
-teldane*	(terfénaire)	n 3

CARDIO-ANGEIOLOGIE

Glucosides cardio-toniques:

-digitaline*	(digitoxine)	e 12.4
-digoxine*	(digoxine)	e 12.4

Anti-angoreux nitrés:

voie orale:

-langoran*	(isosorbide dinitrate)	e 12.1
-lenitral*	(trinitrine)	e 12.1
-risordan*	(isosorbide dinitrate)	e 12.1
-trinitrine*	(trinitrine)	e 12.1

Anti-angoreux non nitrés:

-adalate*	(nifédipine)	n 12.1
-cordarone*	(amiodarone)	n 12.1
-cordium*	(bépridil)	n 12.1
-isoptine*	(vérapamil)	n 12.1
-persantine 75*	(dipyridamol)	n 12.1
-tildiem*	(diltiazem)	n 12.1

Anti-arythmiques:

-longacor*	(quinidine)	n 12.2
------------	-------------	--------

Analeptiques circulatoires antihypotenseurs:

Dihydroergotamine:

-dihydroergotamine*		n 7
---------------------	--	-----

Divers:

-hept-a-myl*	(heptaminol)	n 12
--------------	--------------	------

Antihypertenseurs:

Beta bloquants:

-avlocardyl*	(propranolol)	e 12.3
-tenormine*	(aténolol)	e 12.3

D'action centrale:

-aldomet*	(methyl dopa)	e 12.3
-catapressan*	(clonidine)	e 12.3

Inhibiteurs de l'enzyme de conversion:

-lopril* (captopril)	n 12.3
Beta bloquant avec diurétiques:	
-trasitensine* (chlortalidone+oxprénolol)	n 12.3
Beta bloquant avec vasodilatateur:	
-trasipressol* (oxprénolol+dihydralazine)	n 12.3
Diurétiques avec réserpiniques:	
-tensionorme*cps (réserpine+...)	n 12.3
Diurétiques hypokaliémants:	
Diurétiques de l'anse:	
-lasilix* (furosémide)	e 16
Diurétiques hyperkaliémants:	
Antialdostérone:	
-aldactone* (spironolactone)	e 16
Associations de diurétiques:	
Thiazides avec antialdostérone:	
-aldactazine* (spironolactone+...)	n 16
Thiazides avec hyperkaliémants d'action directe:	
-cyclotériam* (cyclothiazide+...)	n 16
Vasculoprotecteurs et veinotoniques:	
-ampecyclal*	n ?
-cirkan*	n ?
-cyclo 3*	n ?
-dicynone*	n ?
-difrarel*	n ?
-diovenor*	n ?
-doxium*	n ?
-endotelon*	n ?
-ercevit fort*	n ?
-relvene*	n ?
-vascumine*	n ?
Vasodilatateurs et antiischémiques:	
-cyclospasmol*	n ?
-fonzylane*	n ?
-hydergine*	n ?
-iskedyl*	n ?
-praxilène*	n ?
-sermion*	n ?
-sureptil*	n ?
-torental*	n ?
-vasocet*	n ?
DERMATOLOGIE	
Corticoïdes:	
-betneval*pde (betamethasone)	e 13.3
Corticoïdes avec autres substances:	
-ultralan*pde	n 13.3
Antifongiques:	
-pevaryl*pde (econazole)	e 13.1
-spray athlet's foot*	n 13.1
Antiseptiques:	
-borostyrol* sol	n 15
-dermocuiivre*	n 15
-hexomedine* sol (hexamidine)	n 15
-oxytetracycline gel*	n 13.2
-permanganate de potassium*	n 15

Anti-erythrose anti-couperose:	
-ditavène* cps	n ?
Topiques:	
-aloplastine* pde	n 13
-brulex* pde	n 13
GASTRO-ENTEROLOGIE	
Anti-histaminiques H2:	
-raniplex* cps (ranitidine)	e 17.1
Antiacides et protecteurs gastriques:	
-ciacid forte* (hydroxyde d'aluminium)	e 17.1
-gastropulgate*(" + ...)	n 17.1
-gel de polysilane* sachets (diméticone)	n 17.1
-polysilane* (diméticone+hyd al+...)	n 17.1
-préfagyl* cps	n 17.1
-sulfate de magnésium DCI	n 17.1
-ulcar* (sucralfate)	n 17.1
-ulfon* assoc	n 17.1
Antireflux gastro-oesophagien:	
-gaviscon*	n ?
Adsorbants, antifatulents, protecteurs intestinaux:	
-actapulgate*	n ?
-carbomucil*	n ?
-charbon S	n ?
-meteoaxane*	n ?
-pereflat*	n ?
Antispasmodiques et antisécretoires anticholinergiques:	
-atropine sulfate S inj	e 17.4
-cantil*	n 17.4
-librax*	n 17.4
-spasmacol*	n 17.4
-vesadol*	n 17.4
-viscéralgine*	n 17.4
Antispasmodiques musculotropes:	
-debridat*	n 17.4
-duspatalin*	n 17.4
-meteospasmyl*	n 17.4
Antisécretoirs gastriques non anticholinergiques:	
-milide* (proglumide)	n 17
Antiémétiques, antinauséux:	
-anausin*gel (metoclopramide)	e 17.2
-primperan inj* "	e 17.2
Enzymes digestives:	
-amylodiastase*	n ?
-digestobiase*	n ?
-eurobiol*	n ?
Laxatifs lubrifiants et mucilagineux:	
-colarine*	n ?
-enteromucilage*	n ?
-laxamalt*	n ?
-spagulax*	n ?
-transitol*	n ?
Laxatifs voie rectale:	
-cristal glycérine*	n ?
-microlax*	n ?

-suppo glycérine*	n ?
Péristaltiques intestinaux:	
-geneserine*	n ?
Laxatifs stimulants:	
-modane*	n ?
-peristaltine*	n ?
Laxatifs divers:	
-lactulose*	n ?
-modulite*	n ?
Antiseptiques intestinaux:	
-ambatrol*	n ?
-ercefuryl*	n ?
-intetrix*	n ?
-ricridene*	n ?
Antidiarrhéiques d'origine microbienne:	
-colopten*	n 17.6
Autres antidiarrhéiques:	
-diarsed*	n 17.6
-imodium*	n 17.6
-parégorique*	n 17.6
-sacolène*	n 17.6
GYNECOLOGIE	
Anti-infectieux locaux:	
-amphocycline* ov	n 6.3.2
-gyno-daktarin*	n 6.3.2
-nystatine cps gyn	e 6.5
Ocytociques et hémostatiques utérins:	
-methergin inj*(methyl ergometrine)	e 22
-syntocinon* (oxytocine)	e 22
HEMATOLOGIE	
Anticoagulants oraux:	
Coumariniques:	
-sintrom* (acénocoumarol)	n 10.2
Dérivés de l'indanedione:	
-pindione* (phénindione)	n 10.2
Anticoagulants injectables:	
-fraxiparine*	n 10.2
-hemoclar* (pentosane polysulfate)	n 10.2
-heparine*	n 10.2
Hémostatiques généraux:	
-adrénoxyl* (carbazochrome)	n 10.2
-vitamine K1* (phytoménadione)	e 10.2
-vitamine K3* inj	n 10.2
Antifibrinolytiques;	
-exacyl* (acide tranexamique)	n 10
Anti-anémiques:	
-acide folique DCI	e 10.1
-ascofer* (ascorbate ferreux)	e 10.1
-erythron* (fer+vit B 12)	n 10.1
-fero-grad* (sulf fer+vit C)	n 10.1
-fumafer* (fumarate ferreux)	e 10.1
-fumarate ferreux cps	e 10.1
-speciafoldine* cps (acide folique)	e 10.1

-tardyferon* (sulf fer+vit C) n 10.1

HEPATOLOGIE

Cholagogues et cholérétiques:

-cantabiline* n ?
-hebucol* n ?
-hepadial* n ?
-hepax* n ?
-manicol* n ?
-oxyboldine* n ?
-sorbitol delalande* n ?
-sorbocytrol* n ?

Hepatotropes:

-catergene* n ?
-citrate de betaine* n ?
-eucol* n ?

Cholagogues ou cholérétiques associés à hépatotropes:

-citrocholine* n ?

Divers:

-oddibil* n ?
-vibtil* n ?

INFECTIONS

Pénicillines:

-a-Gram* (amoxicilline) e 6.3.1
-amodex* (amoxicilline) e 6.3.1
-ampicilline e 6.3.1
-augmentin* ?
-bristopen (oxacilline) e 6.3.1
-clamoxyl* (amoxicilline) e 6.3.1
-extencilline* (benzathine benzyl peni) e 6.3.1
-hiconcil* (amoxicilline) e 6.3.1
-oracilline* (phénoxymethylpeni) e 6.3.1
-orbenine* (cloxacilline) e 6.3.1
-penicilline G*(benzylpeni) e 6.3.1
-penicilline V*(phénoxymethylpeni) e 6.3.1
-penicline* (ampicilline) e 6.3.1

Cephalosporines:

-alfatil* (cefaclor) n 6.3.2
-cefaloject* (cefapirine) n 6.3.2
-ceporexine* (cefalexine) n 6.3.2
-keforal* (cefalexine) n 6.3.2
-moxalactam* (latamoxef) n 6.3.2

Aminosides:

-netromicine* (netilmicine) n 6.3.2
-streptomycine* (streptomycine) e 6.3.4

Macrolides:

-ery 500* (erythromycine) e 6.3.2
-erythrocline* (erythromycine) e 6.3.2
-pyostacine* (pristinamycine) n 6.3.2
-rodogyl* (spiramycine+metronidazole) n 6.3.2
-tao* (troléandomycine) n 6.3.2

Cyclines:

-bisolvomycine* (bromhexine+tetracycline)n 6.3.2
-doxycycline* (doxycycline) e 6.3.2

-mynocine*	(minocycline)	n 6.3.2
-spanor*	(doxycycline)	e 6.3.2
-terramycine*	(oxytetracycline)	e 6.3.2
-tetracycline		e 6.3.2
-vibramycine*	(doxycycline)	e 6.3.2
Phénicolés:		
-fluimucil antibiotique 750 (thiamphénicol)		e 6.3.2
-thiophenicol*	(thiamphénicol)	e 6.3.2
-tifomycine*	(chloramphénicol)	e 6.3.2
Autres antibiotiques:		
-fucidine leo*	(acide fusidique)	n 6.3
Associations d'antibiotiques:		
-colimycine penicilline*	(colistine+péni)	n 6.3
-rubitracine*	(tetra+erythro+lysozyme)	n 6.3.2
Sulfamides généraux:		
Seuls:		
-ganidan* cps	(sulfaguanidine)	n 6.3.2
Avec triméthoprime:		
-bactrim* cps	(cotrimoxazole)	e 6.3.2
-cotrimoxazole		e 6.3.2
-quam*	(sulfamétole+triméthoprime)	n 6.3.2
Antifongiques systémiques:		
-ancotil*	(flucytosine)	e 6.5
-daktarin*	(miconazole)	n 6.5
-fungizone*	(amphotéricine B)	e 6.5
Antituberculeux:		
-isoniazide* cps	(isoniazide)	e 6.3.4
-rifadine* cps	(rifampicine)	e 6.3.4
-rimifon* cps	(isoniazide)	e 6.3.4
Antiviraux:		
-isoprinosine*		n ?

METABOLISME NUTRITION ET VITAMINES

Antidiabétiques oraux:

Sulfamides hypoglycémisants:

-diabinese* cps	(chlorpropamide)	n 18.5
-glucidoral* cps	(carbutamide)	n 18.5

Insuline:

-insuline		e 18.5
-----------	--	--------

Vitamine B1:

-vitamine B1*inj	(thiamine)	e 27
------------------	------------	------

Vitamine B5:

-bepanthene* cps	(dexpantenol)	n 27
------------------	---------------	------

Vitamine B6:

-becilan*	(pyridoxine)	e 27
-vitamine B6*	"	e 27

Vitamine B12:

-allobaz*	(mecobalamine)	e 10.1
-dibencoazan*	(dibencoazide)	n 10.1
-nevrizide *	"	n 10.1
-vibalgan*	(hydroxocobalamine+dibencoazide)	e 10.1
-vitamine B12*	(cyanocobalamine)	e 10.1
-vitamine B12 inj*	"	e 10.1

Vitamines B associées:

-princi B*		n 27
------------	--	------

-vitamine B compound*	n 27
-vitamine B1 B6*	n 27
-vitamine B1 B12 S inj*	n 27
-vitamine B1 B6 B12*	n 27
Vitamine C:	
-laroscorbine* cps (acide ascorbique)	e 27
-vitamine C S inj*	n 27
Vitamine E:	
-ephynal* cps (tocopherol)	n 27
-toco 500*	n 27
Produits d'apports énergétiques, plastiques, minéraux, vitaminiques:	
-arginine glutamique*	n ?
-antasthene*	n ?
-biovaline*	n ?
-calcium 5*	n ?
-dynamogenol*	n ?
-dynerval*	n ?
-globisine *	n ?
-guronsan*	n ?
-mag 2*	n ?
-myoviton*	n ?
-nevrosthene glyocolle*	n ?
-ossopan*	n ?
-osteine*	n ?
-phosma hematoporphyrine*	n ?
-sargenor* amp buv	n ?
-stimol*	n ?
Potassium:	
-gluconate de potassium*	n 27
-kaleorid*	n 27
-kalienor*	n 27

NEUROLOGIE ET PSYCHISME

Analgésiques généraux:

Avec aspirine ou autre salicylé:

-acide acetyl salicylique DCI	e 2.1
-algonevriton* (assoc°)	n 2.1
-algopriv* (diproqualone+ethenzamide)	n 2.1
-aspegic*inj	e 2.1
-aspirine*	e 2.1
-aspirine ph8*	e 2.1
-aspirine S*	e 2.1
-claragine*	e 2.1
-detoxalgine* (assoc°)	n 2.1
-dolobis* (diflunisal)	n 2.1
-propofan* (assoc°)	n 2.1
-rhonal*	e 2.1
-salipran* (assoc°)	n 2.1
-sargepirine*	e 2.1
-trancogesic* (assoc°)	n 2.1

Avec noramidopyrine:

-avafortan*inj	n 2.1
-baralgine*	n 2.1
-visceralgine forte*inj	n 2.1

Avec paracétamol:		
-diantalvic* (assoc°)		n 2.1
-lamaline* (assoc°)		n 2.1
-latépyrine* (assoc°)		n 2.1
-paracetamol		e 2.1
Avec dextropropoxyphène:		
-antalvic*		n 2.1
Avec glafénine:		
-adalgur*		n 2.1
-glifanan*		n 2.1
-privadol*		n 2.1
Avec autres substances analgésiques:		
-duperan* (clométacine)		n 2.1
-nalgesic* (fenoprofène)		e 2.1
Antimigraineux:		
Antiépileptiques:		
-diazepam inj		e 5
-gardéнал* cps (phénobarbital)		e 5
-phenobarbital S + inj		e 5
-tegretol* (carbamazépine)		e 5
-valium* (diazépam)		e 5
Sédatifs barbituriques:		
-sedatonyl*		n ?
Sédatifs non barbituriques:		
-calcibronat*		n ?
Hypnotiques non barbituriques:		
Benzodiazépines:		
-halcion* (triazolam)		n ?
Méprobamate:		
-mépronizine*cps (méprobamate+...)		n ?
Neuroleptiques:		
Benzamides substitués:		
-synédil* (sulpiride)		n ?
Anxiolytiques:		
Benzodiazépines:		
-temesta*cps (lorazépam)		e 24
-tranxene*cps (chlorazébate dipotassique)		e 24
-xanax* (alprazolam)		e 24
Autres familles:		
-atarax* (hydroxyzine)		n 24
-atrium* assoc°		n 24
Psychostimulants:		
-debrumyl* amp buv		n ?
-encephabol*		n ?
-gabacet*		n ?
Antidépresseurs:		
Imipraminiques:		
-anafranil* cps (clomipramine)		n 24
Autres familles qu'imipraminiques, ou imao:		
-ludiomil* (maprotiline)		n 24
-pragmarel*		?

OPHTALMOLOGIE

Antiglaucomeux:

-glaucostat* (acéclidine)	e 21.4
-timoptol* (timolol)	e 21.4
Anti-infectieux locaux:	
-acromycine pde opht*	e 21.1
-auréomycine pde opht*	e 21.1
-benzododecinium*	n 21.1
-dacryoserum*	n 21.1
-oxytetracycline*	e 21.1
-tetracycline 1% pde opht*	e 21.1
-tifomycine collyre*	n 21.1
Corticoïdes locaux:	
-solucort* (prednisolone)	e 21.2
Mydriatiques:	
-chibro-atropine*	e 21.5
-mydriaticum* (tropicamide)	n 21.5
Produits pour le cristallin:	
-catacol P.O.S.*	n 21
-vitamine C*	n 21
Produits locaux divers:	
-martigène*	n 21
-polyvitamine A.C.D.*	n 21
Produits généraux divers:	
-ophtadil*	n 21
PARASITOLOGIE	
Anti-amibiens:	
-flagyl* (metronidazole)	e 6.2
Antihelminthiques:	
Taenias:	
-niclosamide	e 6.1
Nématodes:	
-minteazol* (tiabendazole)	e 6.1
-pamoate de pyrantel* (=combantrin*)	e 6.1
-piperazine S	e 6.1
-povanyl* (pyrvinium)	n 6.1
Antipaludéens:	
-chloroquine S	e 6.7
-nivaquine* (chloroquine)	e 6.7
-paluject S inj* (sels de quinine)	e 6.7
PNEUMOLOGIE	
Bronchodilatateurs et anti-astmatiques:	
Aérosols:	
-berotec* (fénotérol)	n 25.1
-bricanyl* (terbutaline)	n 25.1
-lomudal* (cromoglycate de sodium)	e 25.1
-tersigat* (oxitropium bromure)	n 25.1
-ventoline* (salbutamol)	e 25.1
Sympatomimétiques avec xanthiques:	
-tedralan* (théophylline+racéphédrine)	n 25.1
Xanthiques:	
-antalby* (théophylline+pabp)	n 25.1
-armophylline* (théophylline)	n 25.1
-corophylline* (acéfylline eptaminol)	n 25.1
-euphylline* (théophylline)	n 25.1

-meprophylline* (méprobamate+théoph)	n 25.1
-theolair* (théophylline)	n 25.1
-theophylline + inj	n 25.1
-theostat* (téophylline)	n 25.1
-thio-theo* (carbocystéine+théo)	n 25.1
Divers:	
-zaditen* (kétotifène)	n 25.1
Analeptiques respiratoires:	
-micorene*	n 25
Produits broncho-pulmonaires:	
Antitussifs opiacés:	
-biocalyptol pholcodine*	n 25.2
-codethyline*	n 25.2
-cough tablets (codeine)*	e 25.2
-netux*	n 25.2
-ozothine*	n 25.2
-terpine gonnon*	n 25.2
-terpone inj*	n 25.2
Antitussifs non opiacés:	
-camphopneumine*	n 25.2
-dimetane*	n 25.2
-silomat*	n 25.2
Mucolytiques et mucorégulateurs:	
-bisolvon*	n 25
-exomuc*	n 25
-fludixan*	n 25
-mucitux*	n 25
-mucomyst*	n 25
Divers:	
-octofène*	n 25
-pneumorel*	n 25
-thiopheol*	n 25
Immunothérapie:	
-ampho-vaccin*	n 25
RHINOLOGIE	
Anticoryza par voie générale:	
-actifed*	n ?
-rinutan*	n ?
-triaminic*	n ?
Produits locaux:	
Anti infectieux:	
-balsoftumine*	n ?
-sulfothiorine*	n ?
Anti infectieux avec vasoconstricteurs et corticoïdes:	
-derinox*	n ?
Anti infectieux avec corticoïdes:	
-pivalone néomycine*	n ?
Corticoides seuls:	
-pivalone*	n ?
Divers:	
-solacy*	n ?
RHUMATOLOGIE ET APPAREIL LOCOMOTEUR	
Antiinflammatoires non stéroïdiens:	

Salicylés: cf.neurologie, analgésiques	
Pyrazolés:	
-butazolidine* (phénylbutazone)	n 2.1
Autres familles:	
-apranax* (naproxène)	n 2.1
-arthrocine* (sulindac)	n 2.1
-brufen* (ibuprofène)	e 2.1
-cebutid* (flurbiprofène)	e 2.1
-feldène inj* (piroxicam)	n 2.1
-indocid* (indométacine)	e 2.1
-minalfene* (alminoprofène)	e 2.1
-profenid* (ketoprofène)	e 2.1
-rangasil* (pirprofène)	e 2.1
-surgam* (ac.tiaprofénique)	n 2.1
-voltarene + inj* (diclofénac)	n 2.1
Antipaludéens:	
-plaquenil* (hydroxychloroquine)	n 2.1
Antirhumatismaux divers:	
-arthryl*	n ?
-rhumalon*	n ?
-thioderazine*	n ?
Antigoutteux:	
Colchicine:	
-colchicine houde* (colchicine)	e 2.1
-colchimax* (colchicine assoc°)	e 2.1
Inhibiteurs de l'uricosynthèse:	
-zyloric* (allopurinol)	e 2.1
Myorelaxants:	
-decontractyl* (mépénésine)	n 20
-hexaquine* (benzoate de quinine+...)	n 20
-myolastan* (tétrazépam)	n 20
-supotran* (chlormézanone)	n 20
-trancopal* (chlormézanone)	n 20
Analgésiques et antirhumatismaux externes:	
-algesal* (diéthylamine+myrtécaïne)	n 13.3
-algospray* (salicylate de picolamine)	n 13.3
Enzymes antiinflammatoires et antioedémateuses:	
-chymoral*	n 2
-dazen*	n 2
-extranase*	n 2
-maxilase*	n 2
-ribatran*	n 2
-tetranase*	n 2
STOMATOLOGIE	
Produits locaux gingivo-dentaires et bucco-pharyngés:	
-collublache*	n ?
-colluhextril*	n ?
-collunovar*	n ?
-flogencyl*	n ?
-hexalyse*	n ?
-oropivalone bacitracine*	n ?

INVENTAIRE DES MEDICAMENTS DU DEPOT DE PHARMACIE DE PATAR (11/01/88)

CARDIO-ANGEIOLOGIE

Analeptiques circulatoires antihypotenseurs:

Divers (autre que dihydroergotamine)
 -hept-a-myl* gttes buv (heptaminol) n 12

DERMATOLOGIE

Antiseptiques:

-auréomycine* 3% pde (chlortetracycline)n 13.2
 -mercurochrome* n 13.2

Adjuvants à la cicatrisation:

-cicatryl* pde

GASTROLOGIE

Antiacides et protecteurs gastriques:

-maalox* sp (hydroxyde al et mg) e 17.1
 -normogastryl* cps n 17.1

Antispasmodiques et antisécrétoires anticholinergiques:

-buscopan* cps (butyl hyoscine) n 17.4

Antispasmodiques musculotropes:

-spasfon* inj (phloroglucinol) n 17.4
 -spasmaverine* cps (dipropyline) n 17.4

Antiseptiques intestinaux:

-ambatrol* sp (nifuroxazide) n 6.3.2

GYNECOLOGIE

Antiinfectieux locaux:

-polygynax* ov (neomycine+...) n 6.3.2
 -mercryl lauryle* ov (assoc) n 6.3.2

HEMATOLOGIE

Anti-anémiques:

-fer C B 12* amp buv (assoc°) n 10.1
 -tot'hema* amp buv (assoc°) n 10.1

INFECTIONS

Pénicillines:

-bipenicilline*1M inj (benzylpéni) e 6.3.1
 -clamoxy* 125mg sp (amoxicilline) e 6.3.1
 -clamoxy* 250mg sp " e 6.3.1
 -extencilline* 1,2M inj (benza.benz.pen) e 6.3.1
 -penicilline g* 1M inj e 6.3.1
 -totapen* 125 mg sp (ampicilline) e 6.3.1
 -totapen* 250 mg sp " e 6.3.1
 -totapen* 500 mg sp " e 6.3.1

METABOLISME NUTRITION VITAMINES

Vitamine C

-acide ascorbique cps e 27

NEUROLOGIE

Analgsiques gnreraux:

Avec paracétamol:

-doliprane* cps (paracetamol) e 2.1

-efferalgan* cps (" + vitC)	n 2.1
Avec glafénine:	
-glifanan* cps (glafénine)	n 2.1
Antiépileptiques:	
-gardenal* cps 0,1 (phénobarbital)	e 5
-gardenal* cps 0,05 "	e 5
-valium* cps 5mg (diazepam)	e 5
OPHTALMOLOGIE:	
Antiinfectieux locaux:	
-aureomycine* 1% pde (chlortétracycline)	e 21.1
-collyre bleu* coll (assoc°)	n 21.1
OTOLOGIE:	
Autres produits locaux que céruménolytiques:	
-otipax* gtt aur (phénazone + ...)	n ?
PARASITOLOGIE	
Anti-amibiens:	
-flagyl*cps 250 (metronidazole)	e 6.2
Antihelminthiques:	
Nématodes:	
-piperazine sebaçate* cps	e 6.1
-vermox* cps (mebendazole)	e 6.1
-zentel* cps (albendazole)	e 6.1
Antipaludéens:	
-chloroquine S cps	e 6.7
-fansidar* cps (sulfadoxine pyrimétham.)	e 6.7
-quinimax* inj	e 6.7
PNEUMOLOGIE:	
Bronchodilatateurs et antiasthmatiques:	
Xanthiques:	
-théophylline* cps (théophylline)	n 25.1
Produits bronchopulmonaires:	
-neo-codion* sp (codeine+assoc°)	n 25.2
-pneumorel* cps (fenspiride)	n 25.2
-toplexil* sp (assoc°)	n 25.2
-teyssedre* sp (assoc°)	n 25.2
Produits à usage externe:	
-bronchodermine* pde (assoc°)	n 25.2
RHINOLOGIE	
Anticoryza par voie générale:	
-triaminic* cps (assoc°)	n 3
RHUMATOLOGIE	
Antiinflammatoires non stéroïdiens:	
-nifluril* pde (ac. niflumique)	n 2.1
Analgésiques et antirhumatismaux externes, baumes et révulsifs:	
-pergalen* pde (assoc°)	n 1.2
UROLOGIE NEPHROLOGIE	
Anti-infectieux urinaires:	
-nibiol forte* cp (nitroxoline)	n 6.3.2

INVENTAIRE DES MEDICAMENTS DU DEPOT DE PHARMACIE DE NIAKHAR 11/04/88

CARDIO-ANGEIOLOGIE

Antihypertenseurs:

Diurétiques hypokaliémants:

Diurétiques de l'anse:

-lasilix* inj bte de 1 amp (=furoseme) e 16
 - " cps bte de 20 e 16

ENDOCRINOLOGIE ET HORMONES

Estro-progestatifs (sauf contraceptifs oraux):

-synergon* inj n 18.7

GASTRO-ENTEROLOGIE

Adsorbants, antiflatulants, protecteurs intestinaux

-bromocarbone* 48 cps n 17.1
 -phosphalugel* 26 sachets(=phosphate d'al)n 17.1

Antispasmodiques musculotropes:

-spasfon* 30 cps (phloroglucinol) n 17.4

Antiémétiques, antinauséieux:

-plitican*inj (alizapride) n 17.2
 -primperan* sol° (=metoclopramide) e 17.2

Autres laxatifs:

-pursennide* cps bte de 40 (=sennosides) n 17.5

Autres antidiarrhéiques:

-imodium* gel bte de 20 gel n 17.6

GYNECOLOGIE

Antiinfectieux locaux:

-polyginax* 6 caps gyn (=assoc°) n 6.3.2

HEMATOLOGIE

Anti-anémiques:

-ascofer* 30 gel n 10.1
 -fer C B 12* 12 amp buv n 10.1
 -hemostyl* sp n 10.1
 -tot'hema* 20 amp buv n 10.1
 -vitamine B12 Fer (assoc°) n 10.1

INFECTIONS

Pénicillines:

-amodex* 500mg 12 gel (amoxicilline) e 6.3.1

Sulfamides généraux:

Avec triméthoprime:

-bactrim* susp° N (cotrimoxazole) e 6.3.2

METABOLISME

Vitamine E:

-ephynal* 20 cps (tocopherol) n 27

Polyvitamines:

-alvityl* cps n 27
 - " sp n 27
 -hydrosol polyvitaminé* n 27
 -nuran* sp n 27

NEUROLOGIE

Analgésiques généraux:

Avec aspirine:

-aspirine* 100 cps e 2.1

Avec paracétamol:

-effergal* sol° ped n 2.1

Antiépileptiques:

-valium* 10 inj e 5

PARASITOLOGIE

Anti-amibiens:

-flagyl* susp° e 6.2

Anti-paludéens:

-paluject* 0,20 inj e 6.7

- " 0,40 inj e 6.7

PNEUMOLOGIE

Produits broncho-pulmonaires:

-neo-codion* sp N n 25.2

- " " E n 25.2

Produits à usage externe:

-bronchodermine* pde n 25.2

RHINOLOGIE

Anti coryza par voie générale:

-denoral* sp ad n 3

RHUMATOLOGIE

Corticoïdes injectables intra-articulaires:

-celestene* sol (béthamétasone) n 3

UROLOGIE ET NEPHROLOGIE

Vasodilatateur génital:

-yohimbine* 50 cps n ?

INVENTAIRE DES MEDICAMENTS DU DEPOT DE PHARMACIE DE DIAKHERE (05/04/88)

ALLERGOLOGIE

Antihistaminiques:

-hypostamine*cps (tritoqualine)	n 3
-phenergan*cps (prométhazine)	e 3
-polaramine*sp (dexchlorphéniramine)	e 3
- " cps "	e 3

CARDIO-ANGEIOLOGIE

Salidiurétiques:

Diurétiques de l'anse :

-lasilix* inj (furosémide)	e 16
- " cps "	e 16

Sédatifs cardiaques:

-palpipax* cps	n
----------------	---

Analeptiques cardio-vasculaires, antihypotenseurs:

-hept-a-myl*gttes buv	n 12
- " *inj	n 12
- " *cps	n 12

Antihypertenseurs:

Contenant une seule substance:

-aldomet* cps (methyldopa)	e 13.2
-catapressan* cps (clonidine)	n 13.2
-fludex* cps (indapamide)	n 13.2

DERMATOLOGIE

Corticoïdes:

-celestoderm relais*pde (betamethasone)	n
---	---

Corticoïdes avec autres substances:

-locacortène*(flumétasone+neomycine)	n
--------------------------------------	---

Antifongiques:

-griséfuline*pde	n
-pevaryl*pde (econazole)	e 13.1
-vaseline salycilinée 5%	n 13.1
- " " 10%	n 13.1

Antiseptiques:

-alcool 70°	n 15
- " 90°	n 15
- " iodé	n 15
-cetavlon*sol°(cetrimide)	n 15
-dakin*	n 15
-dermacide*sol°	n 15
-hexomedine*sol°	n 15
-lactacyd*sol	n 15
-mercurochrome*	n 15
-mercryl laurylé*sol°	n 15
-permanganate de potassium cps	n 15

Réducteurs:

-anaxeryl*pde	n 13
---------------	------

Antiprurigineux:

-eurax*pde	n 13.6
------------	--------

Adjuvants à la cicatrisation:

-biogaze*	n 13
-brulex*pde	n 13

Topiques divers:	
-vita-dermacide*pde	n 13
-vegebom*pde	n 13
ENDOCRINOLOGIE HORMONES	
Estro-progestatifs:	
-synergon* inj (progestérone+...)	n 18.7
Progestatifs:	
-vitamine E progesterone forte*	n 18.7
GASTRO-ENTEROLOGIE	
Antiacides et protecteurs gastriques:	
-maalox* cps (hydroxyde al et mg)	e 17.1
- " sp "	e 17.1
-normogastryl*cps	n 17.1
-phosphalugel* sachets (phosphate al)	n 17.1
Antispasmodiques et antisécrétoires anticholinergiques:	
-buscopan*cps (butyl hyoscine)	n 17.4
Antispasmodiques musculotropes:	
-spasfon*inj (phloroglucinol)	n 17.4
- " cps "	n 17.4
Antiémétiques:	
-priméran*gtts buv (metoclopramide)	e 17.2
- " inj "	e 17.2
- " sp "	e 17.2
-vogalène*gttes buv (metopimazine)	n 17.2
- " inj "	n 17.2
Laxatifs voie rectale:	
-microlax* loc N	n 17.5
- " ad	n 17.5
Autres laxatifs:	
-mucinum*cps	n 17.5
-norbiline*amp buv	n 17.5
Antiseptiques intestinaux:	
-ambatrol* cps (nifuroxazide)	n 6.3.2
- " sp "	n 6.3.2
-ercefuryl* cps (nifuroxazide)	n 6.3.2
- " sp "	n 6.3.2
-intetrix* cps (tilbroquinol)	n 6.3.2
Anticandidosiques intestinaux:	
-mycostatine* susp° or (nystatine)	e 6.5
- " cps or	e 6.5
Autres antidiarrhéiques:	
-imodium* cps (lopéramide)	n 17.6
-paregorique* cps (opium+...)	n 2.2
-sacolène* sachets	n 17.6
GYNECOLOGIE	
Anti-infectieux locaux:	
-atrican*cps (ténonitrozole)	n 6.3.2
-mycostatine*cps gyn	e 6.5
Ocytociques et hémostatiques utérins:	
-methergin*gttes buv (methyl ergometrine)	e 22
-syntocinon*inj (oxytocine)	e 22

HEMATOLOGIE

Hémostatiques généraux:

-adrenoxyl*inj	n 10.2
*cps	n
-vitamine K1*inj	e 10.2

Anti-anémiques:

-fer C B 12*amp buv	n 10.1
-fumafer*sachets	e 10.1
-hemostyl* sp	n 10.1
-tot'hema*amp buv	n 10.1
-vitamine B 12 fer*sp	n 10.1

INFECTIONS

Pénicillines:

-bipenicilline*1M inj (benzylpéni)	e 6.3.1
-extencilline* 6 M inj (benzathine benzylpeni)	e 6.3.1
- 1M2 "	e 6.3.1
- 2M4 "	e 6.3.1
-penicilline g*inj	e 6.3.1
-retarpen*1M2 inj (benzathine benzylpeni)	e 6.3.1
-totapen*1g inj (ampicilline)	e 6.3.1
- 0,5g inj	e 6.3.1
- gel	e 6.3.1
- susp° or 125	
- " 250	

Aminosides:

-trobicine* 2g inj (spectinomycine)	e 6.3.2
-------------------------------------	---------

Macrolides:

-tao*susp° or 125 (troléandomycine)	n 6.3.2
- " 250 "	n 6.3.2

Cyclines:

-chymocycline* cps (tetracycline+protéases)	n 6.3.2
-terramycine* cps (oxytetracycline)	e 6.3.2
-tetracycline* gel S	e 6.3.2

Phénicolés:

-tifomycine*inj (chloramphénicol)	e 6.3.2
-----------------------------------	---------

Sulfamides généraux:

Seuls:

-sulfaguanidine S cps	n 6.3.2
-sulfathiazol S cps	n 6.3.2

Avec triméthoprime

-bactrim*cps ad (cotrimoxazole)	e 6.3.2
- forte	
- enf	
- susp° or	

METABOLISME NUTRITION VITAMINES

Orexigènes:

-periactine*cps (cycloheptadine)	n 3
- " sp "	n 3

Vitamine B associées:

-princi-B fort*	n 27
-----------------	------

Vitamine C:

-laroscorbine* cps	e 27
-vitascorbol* cps	e 27

Vitamine E:		
-ephynal* cps (tocopherol)		n 27
Polyvitamines:		
-alvityl*		n 27
Produits d'apports énergétiques, plastiques, minéraux, vitaminiques:		
-ca C 1000* assoc°		n 27
-cal-c-vita* assoc°		n 27
-horgon* cps (a.a.+ vit.)		n 27
-supradyne* cps		n 27
Potassium:		
-potassion* cps		n 27

NEUROLOGIE

Analgésiques généraux:

Avec aspirine ou autre salicylé:

-aspegic* sachets 100 mg (ac.ac.sal.)		e 2.1
- " " 250		e 2.1
- " " 500		e 2.1
- " " 1000		e 2.1
-aspirine* S cps (ac.ac.sal.)		e 2.1
-aspirine du rhone 500* (ac.ac.sal.) cps		e 2.1
-aspro* (ac.ac.sal.) cps		e 2.1
-aspirine vit.C upsa*		n 2.1
-solucetyl* cps (ac.ac.sal.+vitC)		n 2.1

Avec noramidopyrine:

-baralgine* cps (noramidopyrine +...)		n 2.1
-novalgine* cps (noramidopyrine)		n 2.1

Avec paracetamol:

-calpol* sp (paracetamol)		n 2.1
-doliprane* cps (paracétamol)		e 2.1
-efferalgan* cps (paracétamol+vit)		n 2.1
- " sp "		n 2.1
-propofan* cps		n 2.1

Avec glafénine:

-glifanan* cps (glafénine)		n 2.1
----------------------------	--	-------

Antiparkinsoniens:

Anticholinergiques:

-artane*2 mg cps (trihexyphénidyle)		n 9
- " 5		n 9

Antiépileptiques:

-di-hydan*cps (phénytoïne)		e 5
-gardénal*cps 0,10 (phénobarbital)		e 5
- " " 0,50 "		e 5
-valium* 10 inj (diazépam)		e 5
- " " cps "		e 5

Neuroleptiques:

Phénothiazines:

-largactil* cps (chlorpromazine)		e 24
----------------------------------	--	------

Anxiolytiques autres que benzodiazépines:

-haldol faible* (halopéridol)		e 24
-------------------------------	--	------

Antidépresseurs:

Imipraminiques:

-anafranil* cps (clomipramine)		n 24
--------------------------------	--	------

OPHTALMOLOGIE

Anti-infectieux locaux:

-argyrol*1% coll (nitrate d'argent)	e 21.1
-aureomycine*1% pde (chlortétracycline)	e 21.1
-cebemxine* pde (néomycine+polymyxine)	n 21.1
-chloramphénicol*0,40% coll (chloramphénicol)	n 21.1
-collyre bleu fort* coll	n 21.1
-neomycine diamant* coll	n 21.1

Anti-infectieux associés à des corticoïdes:

-chibro-cadron* coll (dexaméthasone+néomycine)	n 21.2
-cidermex* pde (triamcinolone*néomycine)	n 21.2

Produits locaux divers:

-martigène* coll (phényléphrine+bromphéniram.)	n 21
--	------

OTOLOGIE

Autres produits locaux que céruménolytiques:

-antibio-synalar* gtttes aur	n ?
-otipax* gtttes aur	n ?

Produits généraux (antivertigineux):

-agyrax* cps	n 3
--------------	-----

PARASITOLOGIE

Anti-amibiens:

-fasigyne*500 cps (tinidazole)	n 6.2
-flagyl* 250 cps (metronidazole)	e 6.2
- " susp° buv	e 6.2

Antihelminthiques:

Nématodes:

-combantrin*cps (pyrantel)	e 6.1
- " sirop	e 6.1
-mintezol* sirop	n 6.1
-pipérazine S sirop	e 6.1
-sébaçate de pipérazine S cps	e 6.1
-vermox* cps (mebendazole)	e 6.1
-zentel*cps (albendazole)	e 6.1
- " sirop "	e 6.1

Bilharzies:

-vansil*cps (oxamniquine)	e 6.8
---------------------------	-------

Antipaludéens:

-camoquin*cps (amodiaquine)	e 6.7
- " sirop	e 6.7
-chloroquine S cps	e 6.7
- " sirop	e 6.7
-fansidar*inj(sulfadoxine+pyriméthamine)	e 6.7
- cps	e 6.7
-flavoquine* cps (amodiaquine)	e 6.7
-paluject* 0.20	e 6.7
- " 0,40	e 6.7
-quinimax*inj 0,10	e 6.7
- 0,20	e 6.7
- 0,40	e 6.7

PNEUMOLOGIE

Bronchodilatateurs et anti-asthmatiques:

Aérosols:

-dyspné-inhal* (épinéphrine)	n 25.1
Sympathomimetiques avec xanthiques:	
-chilral* cps	n 25.1
Produits broncho-pulmonaires:	
-bronchalene* sp ad	n 25.2
- " " enf	n 25.2
- " " nour	n 25.2
-helicidine* sp	n 25.2
-neo-codion* sp ad	n 25.2
- " " enf	n 25.2
- " " nour	n 25.2
-paxeladine* sp	n 25.2
-rhinathiol* sp	n 25.2
-terpine codeine S* cps	n 25.2
-terpone* sp	n 25.2
-teyssedre* sp	n 25.2
-toplexil* sp	n 25.2
Produits à usage externe:	
-bronchodermine* pde	n 25.2

RHINOLOGIE

Anticoryza par voie générale:	
-denoral* cps	n 3
- " sp	n 3
-triaminic* cps	n 3
Produits locaux avec vasoconstricteurs:	
-aturgyl* sol nas (fénoxazoline)	n ?
-pernazène* sol nas (tymazoline)	n ?

RHUMATOLOGIE

Corticoïdes injectables intra-articulaires:	
-celestene*4mg inj (bétaméthasone)	e 3
-diprostene*inj (bétaméthasone)	e 3
-kenacort retard*inj (triamcinolone)	n ?
Antiinflammatoires non stéroïdiens:	
Autres familles:	
-indocid* cps (indométacine)	e 2.1
-nifluril*pde (ac.niflumique)	n 2.1
- " gel "	n 2.1
-profenid* inj (ketoprofène)	n 2.1
Myorelaxants:	
-adalgur*cps (glafénine+ meprobamate+...)	n 2.1
-decontractyl*pde	n ?
Analgésiques et antirhumatismaux externes, baumes et révulsifs:	
-lao-dal	n ?
-osmogel*pde (lidocaïne+...)	n 1.2
Divers:	
-sirop de gibert* sp	n ?

STOMATOLOGIE

Produits locaux gingivo-dentaires et bucco-pharyngés:	
-collu-hextril*neb (hététidine)	n 6
-hextril* sol° "	n 6
-nanbacine*coll (xibornol)	n 6

UROLOGIE NEPROLOGIE

Anti-infectieux urinaires:

-nibiol forte* cps (nitroxoline)

n 6.3.2

-pyridium* cps (phénazopyridine)

n 6.3.2

Vasodilatateur génital:

-yo-androl* cps (yohimbine+...)

n ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BAUDON D., CARNEVALE P., PICQ J.J., GATEFF C., 1987.
"Aspects actuels de la lutte antipaludique en Afrique subsaharienne".
Médecine d'Afrique Noire , 34 (10) : 801-807.
- CANTRELLE P. et FERRY B., 1988.
Population et Santé.
polycopié du cours de DEA "Santé Publique et Pays en Développement".
Institut Santé et Développement, Paris VI, 52 p., multigr.
- DIACK M., 1986.
Etude sur la fréquentation des dispensaires dans la communauté rurale de Ngayokheme.
Ecole Nationale d'Economie Appliquée de Dakar, collège de la statistique.
Dakar, ORSTOM, 32 p., multigr.
- DIOKH Y., 1980.
Mise en place du projet sénégalais-hollandais de développement de santé de base dans le département de Fatick.
Thèse de doctorat en médecine.
Université de Dakar, n°9., 184 p., multigr.
- ETCHEPARE M. et TRAORE A., 1986.
Les soins de santé primaires de la Chine à l'Afrique, mythes et réalités.
DESS Gestion des services de santé.
Université Paris XI Dauphine, 18 p., multigr.
- FASSIN D., 1988.
Thérapeutes et malades dans la ville africaine, rapports sociaux, urbanisation et santé à Pikine, banlieue de Dakar.
Thèse de sociologie.
Doctorat de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 493 p., multigr.
- GARENNE M., CANTRELLE P., DIOP I., 1985.
Le cas du Sénégal (1960-1980).
in: La lutte contre la mort.
Travaux et documents, cahier n°108, J.Vallin (ed), INED, Paris, 541 p.
- GARENNE M., MAIRE O., FONTAINE O., DIENG K., BRIEND A., 1987.
Risques de décès associés à différents états nutritionnels chez l'enfant d'âge préscolaire.
Institut Français de Recherche Scientifique pour le développement en coopération et Organisme de Recherche pour l'alimentation et la nutrition en Afrique.
ORSTOM Dakar, 246 p., multigr.

- GASTELLU J.M., 1981.
L'égalitarisme économique des sereer du Sénégal.
 Travaux et Documents n°128.
 ORSTOM Paris, 808 p.
- GENTILINI M., DUFLO B., 1986.
Médecine Tropicale.
 Flammarion Médecine-Sciences, 839 p.
- GENTILINI M., 1987.
Alma-Ata ou la grande illusion.
 in: Santé médicament et développement, les soins primaires à
 l'épreuve des faits.
 Ed. Fondation Liberté Sans Frontières, Paris, 271 p.
- LERICOLLAIS A., 1987.
La mort des arbres à Sob, en pays sereer (Sénégal).
 ORSTOM Dakar, 19 p., multigr.
- LEROY O., 1987.
Epidémiologie du tétanos neonatal en zone rurale au Sénégal
 DEA Santé Publique et Pays en voie de Développement.
 Institut Santé et Développement, Paris VI.
 ORSTOM Dakar, 119 p., multigr.
- LO FAYE A., 1988.
Projet Santé Rurale Sénégal/U.S.A.I.D. (1978-1988),
 10 ans d'expérience en matière de SSP au Sénégal.
 Ministère de la Santé Publique, République du Sénégal, 130 p., multigr.
- MAHLER H., 1986.
Allocution à la trente-neuvième assemblée mondiale de la santé.
 WHA 39/DIV/4.
 OMS, Genève, 13 p.
- MEDECINS SANS FRONTIERES, 1987.
Guide clinique et thérapeutique
 MSF, Paris, 263p.
- M'BOW R., 1980.
Infrastructures sociales.
 in: Atlas Jeune Afrique Sénégal
 Ed. Jeune Afrique, Paris, 72 p.
- MIRGOT R. et RAVEL J.L., 1970.
 Contribution à la problématique de l'action sanitaire (expérience
 sénégalaise en milieu rural).
Psychopathologie africaine, vol. VI 9-52.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU SENEGAL, 1988.
Etude sur le secteur santé,
 Réunion des bailleurs de fonds sur le secteur santé, p. 3, multigr.

- MOUCHET J. et CARNEVALE P., 1988.
Le paludisme composante de l'environnement africain.
ORSTOM-Actualités, 20, 1988:I-VII.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 1985.
L'utilisation des médicaments essentiels.
Série de rapports techniques, n° 722.
OMS, Genève, 59 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 1981.
Si vous êtes chargé de... Guide de gestion à l'usage des
responsables des soins de santé primaires au niveau intermédiaire.
OMS, Genève, 365 p.
- PELISSIER P., 1966.
Les paysans du Sénégal. Les civilisations agraires du Cayor à la
Casamance.
St Yrieix, Imp. Fabrègue, 939 p.
- PELISSIER P., 1980.
Agriculture.
in: Atlas Jeune Afrique Sénégal.
Ed. Jeune Afrique, Paris, 72 p.
- SENGHOR D., 1985.
Les soins de santé primaires: révolution ou alibi.
Famille et Développement, 28: 35-57, Dakar.
- SOW A., 1987.
Quels systèmes de soins pour l'Afrique.
in: Santé médicament et développement, les soins primaires à
l'épreuve des faits.
Ed. Fondation Liberté Sans Frontières, Paris, 271 p.
- TIGRETTI T., 1987.
Les quarante médicaments du district.
Institut Universitaire d'Etudes du Développement, Genève, 110 p.

Ne sont pas référencés ici tous les documents du Ministère de la Santé.

LISTE DES TABLEAUX

n°1 : Nombre d'habitants par poste de santé	p. 7
n°2 : La fréquentation des cases de santé	p. 38
n°3 : Les agents de santé communautaire des 15 villages enquêtés. .	p. 40
n°4 : Les cases de santé et leur stock de médicaments	p. 41
n°5 : Inventaire des médicaments dans les postes publics (26/01/88)	p. 50
n°6 : Inventaire des médicaments dans les postes publics (04/88). .	p. 51
n°7 : Inventaire des médicaments dans le poste privé (15/05/88) . .	p. 54
n°8 : Comparaison des inventaires dans les 3 postes de santé. . . .	p. 57
n°9 : Comparaison des inventaires dans les 3 dépôts de pharmacie. .	p. 59
n°10: Age et sexe des consultants dans les 3 postes de santé (1987)	p. 65
n°11: Rapports de masculinité dans la population et chez les consultants des 3 postes de santé	p. 65
n°12: Les 11 premiers diagnostics dans les 3 postes de santé (1987)	p. 67
n°13: Les 11 premiers diagnostics regroupés dans les 3 postes de santé (1987)	p. 68
n°14: Les causes probables de décès chez les nouveaux-nés	p. 70
n°15: Les causes probables de décès chez les enfants de 1 mois à 5 ans	p. 70
n°16: Les 10 médicaments les plus prescrits dans les postes publics (1987).	p. 73
n°17: Le traitement du paludisme dans les postes publics (1987) . .	p. 74
n°18; Le traitement des diarrhées dans les postes publics (1987). .	p. 75
n°19: Le traitement des infections respiratoires dans les postes publics (1987).	p. 76
n°20: Comparaison des pourcentages observés de décès par paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans les villages ayant ou n'ayant pas participé à la campagne de prévention (1987). . .	p. 78
n°21: Comparaison des pourcentages observés de décès par paludisme	

chez les enfants de moins de 5 ans dans les villages où sont
implantés les postes de santé et dans les autres. p. 79

LISTE DES GRAPHIQUES

n°1 Nombre de jours d'ouverture par mois à Diöhine p. 30
n°2 Nombre de consultations par mois à Diöhne p. 30
n°3 Nombre de jours d'ouverture par mois à Toucar p. 31
n°4 Nombre de consultations par mois à Toucar p. 31
n°5 Nombre de jours d'ouverture par mois à Ngayokheme p. 32
n°6 Nombre de consultations par mois à Ngayokheme p. 32
n°7 : L'origine géographique des consultants des postes de santé. . p. 64

LISTE DES CARTES

n°1 : Carte administrative du Sénégal. p. 3
n°2 : L'équipement sanitaire de la zone d'étude p. 13

RESUME

Après une présentation de la pyramide sanitaire du Sénégal et du réseau d'approvisionnement en médicaments au plan national nous étudions l'offre et la demande de soins de santé dans la zone d'étude de Niakhar, région de Fatick.

L'offre de soins est d'abord replacée dans son contexte historique, ce qui nous conduit à décrire les différentes interventions en matière de Santé Publique qui se sont déroulées dans la région: Service de Lutte Anti-Paludique (1953-1961), Soins de Santé de Base (1972-1975), Projet Sénégalo-Hollandais (1977-1981), Projet Santé Rurale Sénégal-USAID (1978-1988).

Nous faisons ensuite le bilan de l'offre de soins aux différents niveaux: la circonscription médicale, les deux postes de santé publics, le poste de santé privé catholique, et plus particulièrement les quinze cases de santé de la zone d'étude. Puis nous nous attachons à décrire l'approvisionnement en médicaments dans le secteur public et privé caritatif: à la pharmacie régionale d'approvisionnement, dans les postes de santé (inventaires réalisés dans les trois postes). Nous évaluons les médicaments disponibles, tant au niveau de la pyramide sanitaire qu'au niveau du secteur privé à but lucratif (dépôts de médicaments) en prenant comme référence la liste de médicaments essentiels de l'OMS.

La demande de soins est appréhendée par l'étude de la morbidité et de la mortalité: analyse des registres de consultations des postes de santé (année 1987), principales causes de décès identifiées.

La confrontation de l'offre et de la demande de médicaments permet d'en discuter l'adéquation.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	p. 1
LE SYSTEME SANITAIRE DU SENEGAL	p. 4
1 La pyramide sanitaire	p. 5
2 Le réseau d'approvisionnement en médicaments	p. 8
2-1 La production	p. 8
2-2 Les importations.	p. 9
2-3 Les dons, le marché parallèle	p. 10
2-4 La distribution	p. 10
2-4-1 Dans le secteur privé	p. 10
2-4-2 Dans le secteur public	p. 12
L'OFFRE ET LA DEMANDE DE SOINS DE SANTE DANS LA ZONE D'ETUDE	p. 14
1 Le cadre de l'étude	p. 14
1-1 Le choix de la zone d'étude de Niakhar.	p. 14
1-2 Niakhar, site de recherche.	p. 15
1-3 L'environnement	p. 16
2 L'offre de soins	p. 18
2-1 Le contexte historique.	p. 18
2-1-1 Avant 1978	p. 18
2-1-2 De 1978 à 1988: deux projets de Soins de Santé Primaires.	p. 21
Le projet sénégal-hollandais	p. 21
Le projet santé rurale Sénégal-USAID	p. 24
2-2 La pyramide sanitaire actuelle	p. 26
2-2-1 La circonscription médicale de Fatick	p. 26
2-2-2 Les poste de santé	p. 27
2-2-3 Les cases de santé	p. 34
2-3 L'approvisionnement en médicaments	p. 47
2-3-1 La pharmacie régionale d'approvisionnement	p. 48
2-3-2 Les postes de santé publics	p. 49
2-3-3 Le poste de santé catholique	p. 53
2-3-4 Comparaison des inventaires dans les trois postes	p. 56
2-4 Le secteur privé: les dépôts pharmaceutiques	p. 57
2-5 La vente parallèle de médicaments	p. 60
2-6 Les guérisseurs	p. 61
3 La demande de soins	p. 62
3-1 La demande exprimée au niveau des postes de santé	p. 62
3-1-1 Les consultants	p. 63
3-1-2 Les principaux motifs de consultations recensés	p. 66
3-2 Les principales causes de décès identifiées	p. 69
3-2-1 Chez les nouveaux nés	p. 69
3-2-2 Chez les enfants de 1 mois à 5 ans	p. 70
3-2-3 Au-delà de 5 ans	p. 70
4 L'adéquation de l'offre et de la demande	p. 72
4-1 De la sélection des médicaments	p. 72

4-2 Des traitements	p. 72
4-3 Du système d'approvisionnement public	p. 77
4-4 De l'approvisionnement dans les dépôts privés	p. 80
CONCLUSION	p. 82
LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES	p. 84
LISTE DES ANNEXES	p. 85
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p.115
LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES, CARTES	P.118
RESUME	p.120