

UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE PHARMACIE

ANNEE 2005

THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT

DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

Julie HUCHET

Présentée et soutenue publiquement le 12 décembre 2005

**INTRODUCTION A L'ETUDE
DU CIRCUIT DU MEDICAMENT
AU SENEGAL
A PROPOS D'UNE ENQUÊTE REALISEE
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE RUFISQUE
(DANS LE CADRE DE LA COOPERATION NANTES
RUFISQUE DECENTRALISEE)**

PRESIDENT :
d'Hématologie

Mr Jacques AUBRY, Pr. d'Immunologie et

MEMBRES DU JURY: Mme Françoise BALLEREAU, Pr. de Santé Publique
Mr Michel MARJOLET, Pr Parasitologie
Mme Florence OUARY, Dr en Pharmacie

SOMMAIRE

ABREVIATIONS

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES GRAPHIQUES

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE :

Politique nationale de santé au Sénégal

I- Données générales sur le Sénégal

- 1) Principaux indicateurs
- 2) Cadre géographique et démographique
- 3) Chronologie historique et politique
- 4) Données socio-économiques

II- La situation sanitaire au Sénégal

- 1) Politique sanitaire
- 2) Profil épidémiologique
- 3) Organisation du système de soins
 - a) Cadre administratif
 - b) Secteur public
 - c) Secteur privé
- 4) Le personnel de santé
- 5) Le financement de la santé
 - a) Généralités
 - b) Mutuelles
 - c) Bilan

III- Le secteur pharmaceutique

- 1) Données générales

- 2)La politique pharmaceutique nationale
- 3)La direction de la pharmacie et du médicament (DPM)
 - Ses missions
 - Organisation de la DPM
 - Commissions
 - Ressources humaines
- 4)Circuit de distribution du médicament dans le domaine public : la PNA
- 5)Circuit de distribution du médicament dans le domaine privé
 - Historique de la répartition dans le domaine privé
 - Situation actuelle des grossistes répartiteurs

DEUXIEME PARTIE :

Présentation de Rufisque et de son circuit publique du médicament

I- Données générales sur la ville de Rufisque

- 1)Historique
- 2)Géographie et démographie
- 3)Caractéristiques socio-économiques

II- Présentation du district sanitaire de Rufisque

- 1)Situation géographique
- 2)Epidémiologie
- 3)Répartition des systèmes de soins
- 4)Personnel
- 5)Missions du District Sanitaire
- 6)Centre de Santé Youssou M'Bargane Diop
 - Son histoire et son évolution
 - Prestations du centre de santé
 - Son fonctionnement

III- Circuit publique de distribution du médicament de Rufisque

- 1)PRA de Dakar
- 2)La pharmacie du District

- 3)La pharmacie du centre de Santé
- 4)Les traitements des programmes nationaux

TROISIEME PARTIE :

Enquête au centre de santé Youssou M'Bargane Diop

I- Contexte et objectifs de l'enquête

II- Méthodologie

III- Analyse des données

- 1)Indicateurs de prescription
- 2)Indicateurs de service de santé
- 3)Indicateurs de soins aux malades

IV- Résultats

- 1)Indicateurs de prescription
- 2)Indicateurs de service de santé
- 3)Indicateurs de soins aux malades

V- Discussion

- 1)Validité et limites de l'enquête
- 2)Mise en perspective des résultats
- 3)Bilan des résultats
- 4)Conclusion

QUATRIEME PARTIE :

Propositions de mesures et coopération Nantes Rufisque

I- Mesures à prendre dans le district sanitaire de Rufisque

- 1)Mesures à prendre par le prescripteur, le dispensateur et l'établissement
- 2)Formation continue du personnel de santé

- 3)Information du personnel de santé
- 4)Information du public
- 5)Coopération entre la ville de Nantes et la ville de Rufisque

III- Mesures plus générales

- 1)Avoir du personnel diplômé dans le secteur public
- 2)Prise en main du marché illicite

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Annexe 1	Découpage administratif du Sénégal
Annexe 2	Organisation de la DPM
Annexe 3	Lettre de circulaire d'importation de dons de médicaments au Sénégal
Annexe 4	Demande de VISA de médicaments
Annexe 5	Avis d'Appel d'Offre International
Annexe 6	Exemple d'un CDX
Annexe 7	Carte du district sanitaire de Rufisque
Annexe 8	Liste des postes de santé du DS de Rufisque
Annexe 9	Classification des médicaments essentiels disponibles à la pharmacie du district
Annexe 10	Recueil de données à partir des ordonnances délivrées à la pharmacie de l'hôpital Youssou M'Bargane de Rufisque, Sénégal.
Annexe 11	Notice du paracétamol
Annexe 12	Ordonnance type du centre de santé Youssou M'Bargane Diop
Annexe 13	Extrait du programme triennal 2004-2006 de coopération entre les villes de Rufisque et de Nantes (axes santé, secours aux personnes, et éducation nutritionnelle)

ABREVIATIONS

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AOI	Appel d’Offre International
ARV	Anti Rétro Viraux
BAA	Bureau d’Achat Afrique Antilles
BCG	Bacilles Calmette et Guérin
CAF	Coût assurance et fret
CAMICS	Cellule d’Appui aux Mutuelles de santé, aux Instituts de prévoyance médicale, aux Comités de Santé
CDX	Commande expédiée
CM	Circonscription Médicale
CNCA	Commission Nationale des Contrats de l’Administration
COPHASE	COopération PHArmaceutique Sénégalaise
CS	Centre de Santé
DCI	Dénomination Commune Internationale
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DS	District Sanitaire
DTC	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
EPS	Etablissement Public de Santé
HB	Hépatite B
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LNCM	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
MS	Mutuelle de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PGHT	Prix Grossiste Hors Taxe
PIB	Produit Intérieur Brut
PNA	Pharmacie nationale d’Approvisionnement
PNB	Produit National Brut
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose

PPA	Parité du Pouvoir d'Achat
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PRA	Pharmacie régionale d'Approvisionnement
PS	Poste de Santé
RM	Région Médicale

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Données générales sur le Sénégal : principaux indicateurs
Tableau II	Principaux indicateurs de santé au Sénégal
Tableau III	Répartition des professionnels de la santé par catégorie socioprofessionnelle, Sénégal
Tableau IV	Evolution du marché du médicament au Sénégal de 1993 à 1999
Tableau V	Sources de financement du marché du médicament
Tableau VI	Evolution du chiffre d'affaire de la PNA de 1997 à 2000
Tableau VII	L'implantation des répartiteurs sur le territoire national.
Tableau VIII	Marges de distribution suivant l'arrêté de juin 1994
Tableau IX	Répartition des différentes PRA en fonction du chiffre d'affaire
Tableau X	Protocole de traitement antituberculeux selon les différents cas
Tableau XI	Inventaires du mois de Juin 2004 en FCFA selon les vendeurs
Tableau XII	Résultats des principaux indicateurs
Tableau XIII	Mise en perspective des résultats avec une étude réalisée au Tchad en milieu hospitalier et une enquête de soins de santé primaires dans 6 pays d'Afrique

LISTE DES GRAPHIQUES

Encadré I	Part de marché des grossistes privés au Sénégal en 1999
Encadré II	Pourcentage de chiffre d'affaire en fonction de la catégorie de produits
Encadré III	Pourcentage d'identification sur les ordonnances
Encadré IV	Indicateurs de la qualité du contenu de l'ordonnance (%)
Encadré V	Répartition des services prescripteurs
Encadré VI	Indicateurs de service de santé
Encadré VII	Répartition des causes de non délivrance ou de délivrance partielle (%)

INTRODUCTION

En 1987, lors du 37ème comité régional de l’OMS au Mali, les ministres de santé africains ont voté la résolution désormais connue sous le nom d’ « Initiative de Bamako ». Cette initiative consiste, entre autres, à permettre l’accès aux médicaments essentiels pour les communautés. Selon Médecins Sans Frontières, la liste des médicaments essentiels a été un des outils les plus importants depuis deux décennies pour accroître l’accès aux médicaments et promouvoir leur sélection et leur usage rationnel.

L’usage rationnel des médicaments implique une bonne prescription de la part des médecins, une bonne délivrance de la part des dispensateurs et une bonne utilisation de la part des patients. Mais, selon l’OMS, 50% de tous les médicaments sont prescrits, distribués et vendus de manière inappropriée.

Nous avons voulu connaître ce qu’il en était pour le Sénégal : la manière dont le médicament transite dans ce pays, la manière dont il est dispensé et, les dysfonctionnements éventuels à chaque étape de ce circuit. Il nous a paru intéressant de savoir si les acteurs de santé sénégalais étaient suffisamment qualifiés, également de savoir si les médicaments essentiels étaient accessibles à l’ensemble de la population, comme le préconise la définition de l’OMS .

Pour apporter des éléments de réponse à ces interrogations, nous avons étudié au départ le fonctionnement de la distribution du médicament au Sénégal en consultant les différentes autorités nationales pharmaceutiques. Une fois l’enquête contextualisée, une analyse des attitudes de prescription et de dispensation a pu être réalisée dans le district sanitaire de Rufisque au sein du centre de santé Youssou M’Bargane. La conduite de cette enquête a été favorisée par l’existence d’une coopération décentralisée qui lie Nantes à Rufisque depuis 1992.

Notre projet, basé sur cette enquête de terrain, sera de montrer dans quelles limites le médicament est bien prescrit et bien délivré au sein du centre de santé (centre de référence des soins au Sénégal).

Notre première partie sera consacrée, après un bref aperçu général du pays et un descriptif de la politique nationale de santé, au circuit du médicament dans le pays, que ce soit dans le secteur public comme dans le secteur privé.

Ensuite, nous présenterons le district sanitaire de Rufisque où a été réalisé l'enquête et nous nous attarderons sur le circuit public du médicament au sein de ce district.

La troisième partie sera consacrée à l'enquête elle-même : la manière dont elle a été menée, les résultats obtenus et l'analyse de ces résultats.

Enfin, au vu des résultats, nous proposerons des mesures visant à améliorer la qualité de l'usage des médicaments par les professionnels de santé rufisquois, et dans une plus large mesure, par les professionnels de santé sénégalais.

**PREMIERE PARTIE :
POLITIQUE NATIONALE DE SANTE
AU SENEGAL**

I-DONNEES GENERALES SUR LE SENEGAL

1) Principaux indicateurs

Tableau 1 : Données générales sur le Sénégal : principaux indicateurs

Données géographiques : (1) (2)	
-superficie :	196 722 km ²
-capitale :	Dakar
Données démographiques :	
-population :	9,8 millions (recensement 2001)
-densité :	48hab/km ²
-taux de mortalité infantile :	68 pour mille
-indice synthétique de fécondité :	5,6 (1995-2000)
-croissance annuelle :	2,7% (1999)
-espérance de vie :	52,9ans (femme :54,8 ; homme :51,1)
Données économiques :	
-PNB global :	3 331 milliards de francs CFA
-PIB PPA par habitant :	1419 (1999)
-taux annuel d'inflation :	8% (1990-1996)
-aide publique au développement nette:	534,3 millions US dollar en 1999 (57,7US dollar/hab)
-aide officielle au développement, nette de tous les bailleurs de fond :	582millions US dollar en 1996 68 US dollar/hab
Données sociales et environnementales :	
-Taux d'alphabétisation des + de 15 ans:	36,4% 1999)
-Taux de scolarisation:	55,7%
-Taux d'urbanisation (1999):	46,7%
-Accès à des points d'eau aménagés :	78% (1999)

2) Cadre géographique et démographique

Le Sénégal est situé à 12° au Nord de l'équateur, il se situe à l'avancée la plus occidentale du continent africain. D'une superficie de 196 722 km², il est limité au nord par la Mauritanie, à l'est par le Mali, au sud par la Guinée et la Guinée Bissau, à l'ouest par la Gambie, et par l'Océan Atlantique sur une façade de 500km. Dakar, la capitale, est une presqu'île située à l'extrême ouest.

Le relief du pays est plat avec des sols sablonneux qui ne dépassent pas 130m d'altitude excepté à la frontière sud-est vers la Guinée. Trois fleuves traversent le pays d'est en ouest : le Sénégal (1700km) au nord, la Gambie (750km) et la Casamance (300km) au sud.

Le climat est de type « tropical sec ». Il est caractérisé par deux saisons : une saison sèche de novembre à juin et une saison des pluies de juillet à octobre. On compte trois types de végétations : de la forêt au sud, de la savane au centre et de la steppe au nord.

Le Sénégal est subdivisé en 11 régions administratives : Dakar Diourbel, Fatick, Kaolack, Kolda, Louga, Matam, Saint-Louis, Tambacounda, Thiès et Ziguinchor.

Le recensement de 2001 indique une population de 9,8millions d'habitants. Le taux d'accroissement annuel est de 2,8%. (1)

Quarante quatre et demi pour cent de la population a moins de 15 ans alors que deux et demi pour cent a plus de 65 ans en 1999. L'indice synthétique de fécondité est estimé à 5,6 enfants par femme.

Le taux brut de scolarisation combiné du primaire au supérieur se monte à 36%.Ce chiffre cache une forte disparité entre les sexes puisque 40% des hommes ont une scolarisation combinée contre 31% des filles. Le taux d'analphabétisation est particulièrement élevé puisqu'il représente plus de la moitié de la population.

(2)

3) Chronologie historique et politique

(3)

1848 : abolition de l'esclavage

1854-1864 : la politique « Faidherbe » fait passer sous la domination française tout le littoral entre les fleuves Sénégal et Saloum

1885 : inauguration du chemin de fer Dakar St Louis

1889 : creusement des égouts et éclairage au pétrole des rues

1895 : le Sénégal devient officiellement une colonie française administrée depuis St-Louis

1902 : Dakar devient le siège de l'Afrique Occidentale française (AOF)

1902 : transfert de la capitale St-Louis à Gorée

1945 : Lamine Gueye et Leopold Sedar Senghor siègent à l'assemblée constituante française

1958 : le Sénégal devient un état membre de la « Communauté »(recoupant des républiques autonomes)

1960 : obtention de l'indépendance le 4 avril

1960 : Leopold Sedar Senghor est élu à la présidence de la république

1980 : démission de Leopold Sedar Senghor, son premier ministre lui succède : Abdou Diouf

1982 : le Sénégal et la Gambie s'allient pour former la confédération de Sénégalie

1992: flambée de violence en Casamance. Un mouvement indépendantiste apparu parmi les Diola (80% de la population de la province) proteste notamment contre l'installation de sénégalais venus du nord du pays pour cultiver l'arachide.

2000 : Election du président Wade (troisième chef de l'état sénégalais et successeur d'Abdou Diouf)

4) Données socio-économiques

Depuis l'accession du Sénégal à l'indépendance, jusqu'au début des années 1980, la situation économique et sociale du pays a été marquée par des périodes de flux et de reflux liées au comportement erratique de la production agricole et des produits d'exportation (arachide et phosphate).

Pour juguler ces déséquilibres macro-économiques, le Sénégal s'est engagé depuis 1979 dans un processus d'ajustement ordonné de son économie à l'aide de grands programmes. Ces programmes économiques et financiers se sont déroulés en trois phases :

- Phase de stabilisation (1979-1984)
- Programme d'ajustement à moyen et long terme (1985-1991)
- Le programme post-dévaluation (1994-2000)

Les objectifs fondamentaux assignés à ces programmes étaient le rétablissement des grands équilibres, la maîtrise de l'inflation et la réalisation d'une croissance économique saine et durable.

L'économie sénégalaise a renoué avec la croissance au cours de la deuxième moitié de la décennie 90. Le Produit Intérieur Brut (PIB) a crû en termes réels de 5,4 % en moyenne sur la période 1995-1998. (4)

Cette croissance a été tirée par les secteurs secondaire et tertiaire, dans une économie où au moins 60 % de la population active opèrent dans des activités relevant du secteur primaire.

Les derniers chiffres communiqués par le ministère de la santé pour présenter la situation socio-économique du pays témoignent de la prédominance du secteur primaire : (5)

« L'économie est dominée par l'agriculture (80% de la population active) ; les principales productions agricoles sont l'arachide, le mil, le sorgho, le riz, le maïs et le niébé ; la culture de rente est l'arachide représentant à elle seule 42% des terres arables et occupant près de 70 % de la population active .

L'élevage affecté depuis 1970 par plusieurs années de sécheresse reste toujours important .

La pêche, industrielle comme artisanale, en pleine expansion tend à devenir la richesse fondamentale du pays.

L'industrie est dominée par les huileries et les phosphates, jouant un rôle de plus en plus prépondérant avec une contribution au PIB de 18 % en 1988 et environ 30 % en 1996.

Le secteur touristique est en plein développement .» (6),(7)

Le Sénégal reste encore confronté à une situation très préoccupante: l'analphabétisme touche encore plus de 50% de la population totale et 64 % de la population féminine. Malgré les efforts fournis sur le plan de la construction et de l'équipement de salles de classe et dans le recrutement de maîtres et autres personnels enseignants, le taux brut de scolarisation au niveau du premier cycle atteint à peine 65,5 % (contre une moyenne africaine de 75%) et

comporte de grandes disparités régionales puisqu'il varie entre 90,8 à Dakar, la capitale et 28,5 % à Diourbel, région la plus défavorisée. Le niveau d'encadrement illustré par un ratio élèves/maître, estimé à 65 en moyenne, traduit la qualité moyenne de l'enseignement primaire. Ces indicateurs ne sont pas en adéquation avec les ressources allouées, estimées à plus de 30 % du budget.

Concernant le marché de l'emploi, les chiffres révèlent de vraies disparités entre le secteur rural et le secteur urbain ainsi qu'entre les hommes et les femmes. Selon les sources les plus récentes, en 1991, environ 25 % des actifs urbains opéraient dans l'économie informelle. Le chômage est estimé à 10 % par an au niveau national et 24% en milieu urbain. Tandis que le sous-emploi est plus net chez les femmes que chez les hommes, en particulier pour la tranche d'âge 15-24 ans (82 % contre 63 % pour la population totale).

II-LA SITUATION SANITAIRE AU SENEGAL

1) Politique sanitaire

Depuis l'indépendance du Sénégal en 1960, le secteur de la santé a connu plusieurs vagues de réformes permettant aujourd'hui un découpage sanitaire bien structuré. (6)

C'est la réforme de l'administration territoriale et locale appliquée en 1972 qui, la première dans un cadre global, a décentralisé les pouvoirs aux régions et aux administrations locales. Cette réforme de l'administration générale a été renforcée au niveau du secteur de la santé par l'adoption en 1978 de la déclaration d'Alma Alta. Cependant, l'adoption au plan politique des soins de santé primaires comme fondement de stratégie de santé du pays n'a pas pour autant conduit à une réorganisation en profondeur du système de santé en ce temps. Le Sénégal s'est vu confronté face à des problèmes de financement, d'insuffisance de prise en charge, de non opérationnalité des vastes circonscriptions médicales (CM). Face à cette situation, le gouvernement a entrepris dans les années 1990 une réforme en profondeur du système de santé. La déclaration de politique de santé, approuvée par le Président de la

République, en décembre 1989, constitue la pierre angulaire de ces multiples mesures s'inscrivant par ailleurs dans le cadre des principes généraux des soins de santé primaires.

Ces principes reposent essentiellement sur les huit composantes énumérées ci-dessous :

- l'éducation concernant les problèmes de santé ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables,
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles,
- l'approvisionnement en eau saine et mesures d'assainissement de base,
- la Santé de la Reproduction, y compris la planification familiale et la Survie de l'Enfant,
- la vaccination contre les maladies infectieuses,
- la prévention et le contrôle des endémies locales,
- le traitement des maladies et lésions courantes,
- la fourniture de médicaments essentiels

Plusieurs réformes institutionnelles et sectorielles ont suivi cette réforme en profondeur.

Parmi celles-ci les plus importantes concernent :

- La Circulaire N° 1753 du 15 mars 1991 relative à la restructuration du système de santé en 45 districts sanitaires, pour remplacer les 30 Circonscriptions Médicales (CM) qui correspondaient à l'ancien découpage sanitaire du pays, superposé au découpage en départements;
- l'amélioration de la couverture sanitaire en postes de santé qui constituent des infrastructures de base;
- la décentralisation du processus de planification au niveau des régions depuis 1989 avec l'élaboration de Plans Départementaux de Développement des Districts Sanitaires (PDDS), de Plans Régionaux de Développement Sanitaire (PRDS), de Plan National de Développement Sanitaire (PND 1998- 2007) et du Programme de Développement Intégré du Secteur de la Santé (PDIS);
- la définition d'une politique nationale de médicaments essentiels avec l'élaboration d'une liste limitée de produits plus connus sous le nom de médicaments génériques par niveau pour l'hôpital régional, le centre, le poste et la case de santé;
- la restructuration de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) pour lui assurer une autonomie de gestion;
- la promulgation de textes juridiques concernant l'organisation et le fonctionnement des comités de santé qui sont contenus dans le décret 92- 118 MSPAS du 17 janvier

1992 portant sur les statuts types des dits comités, et qui fixent les obligations particulières auxquelles ils sont soumis;

- l'adoption et l'application de l'initiative de Bamako comme stratégie pour renforcer la mise en oeuvre de la politique des soins de santé primaires avec la première phase concernant le recouvrement de coûts de médicaments et de prestations de services;
- la loi 98- 12 du 2 mars 1998 relative à la création , à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé ;

De nombreux programmes de santé issus des composantes essentielles des soins de santé primaires sont actuellement en cours d'exécution dans le cadre de l'application de la politique nationale de santé . Voici la liste de ces programmes de santé (quelques uns de ces programmes seront détaillés en deuxième partie) :

- | | |
|---|-----------------------|
| -Vaccins | -Bilharziose |
| -Planning familial | -Cécité |
| -Maladies diarrhéiques | -Ver de Guinée |
| -Nutrition | -Onchocercose |
| -Lèpre | -Tuberculose |
| -Paludisme | -Mortalité maternelle |
| -Infections Sexuellement Transmissibles | |

Plusieurs directions sont en charge de cette politique nationale :

- Direction de la santé
- Direction des établissements de santé
- Direction de la pharmacie et des laboratoires
- Direction des ressources humaines
- Direction de l'administration générale et de l'équipement

Plusieurs services sont rattachés à ces directions:

- La cellule d'appui et de suivi du Programme National de Développement Sanitaire (CAS/PNDS);
- L'Inspection de la Santé;
- Le Service National de l'Éducation pour la Santé;
- Le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM).

2) Profil épidémiologique

Classé par l'ONU parmi les 49 pays les moins avancés dans le monde, le Sénégal connaît de réelles difficultés sanitaires avec 30% de sa population qui vit en dessous du seuil minimum de pauvreté (2 dollars par jour).

Un difficile accès à l'eau potable (seuls 78% des sénégalais ont accès à des points d'eau aménagés) et aux médicaments essentiels (66% de la population seulement en dispose) expliquent des taux de mortalité alarmants tels que le taux de mortalité maternelle de 560 pour 100 000 naissances en 1999.

Le Sénégal reste confronté au défi de relever l'espérance de vie qui, selon les estimations les plus récentes (1993), est de 51 ans pour les hommes et 53 ans pour les femmes. Les principales causes de décès chez les enfants de 0 à 4 ans sont les diarrhées (21 %), les maladies respiratoires (23 %) et le paludisme (9 %). Au plan national, le paludisme demeure la première cause de mortalité. La couverture vaccinale se situe pour le BCG à 80%, pour la fièvre jaune à 57 % et pour la rougeole à 60 %. Seuls 65 % de la population accèdent à un service de santé à moins de 5 km. Au Sénégal, la part du budget total allouée à la santé est encore inférieure à la norme de l'OMS, fixée à 9 %.

Tableau II : Principaux indicateurs de santé au Sénégal

Indicateurs	1993	1999
Espérance de vie (en années)	50	52,3
Taux de mortalité infantile (pour mille)	67	68
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour mille)	120	118
Insuffisance pondérale néo-natale (%)	11 (1990)	4

(8)

3) Organisation du système de soins

a) Cadre administratif

Le découpage administratif du pays se présente comme suit : (cf annexe)

11 régions,

34 départements,

62 communes,

91 arrondissements,

320 communautés rurales,

13282 villages.

b) Secteur public

Comme nous l'avons cité précédemment, depuis les années 1990, le ministère de la santé a opté pour un renforcement de sa politique de décentralisation par l'élaboration des plans régionaux de développement sanitaire et des plans de développement de districts (découpage en 1991 du pays en 45 districts). La réforme consacrant le découpage du pays en districts sanitaires constitue assurément une étape importante dans le secteur de la santé au Sénégal, d'autant plus qu'elle s'inscrit dans le cadre des orientations préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le district est désormais la zone opérationnelle, couvrant une population de 30 000 à 250 000 personnes environ. Il polarise 15 à 25 postes de santé articulés autour d'une structure de référence, qui peut être soit un centre de santé, soit un hôpital régional. Le découpage sanitaire du pays en districts a tenu compte de critères administratifs, géographiques et démographiques. A présent, le Sénégal compte 52 districts sanitaires de plein exercice répondant aux critères d'opérationnalité c'est à dire ayant leur budget propre et leur autonomie de gestion. Un département peut donc comprendre une ou plusieurs zones opérationnelles. L'intérêt d'avoir des zones opérationnelles est énorme. En effet, en ayant des zones plus homogènes, la supervision devient plus efficiente et plus rationnelle. Les zones d'intervention sont mieux connues avec la délimitation géographique des districts. Les ressources seront par conséquent mieux utilisées.

La Région Médicale

La Région Médicale, aussi appelée Région Sanitaire, a été créée en 1961. Elle correspond au découpage des régions administratives du pays. Elle est sous l'autorité d'un médecin chef régional, placé lui même sous l'autorité du gouverneur de la région.

Son rôle est défini dans l'article 1 de l'arrêté 1047. Elle est chargée de coordonner toutes les actions médico-sanitaires au niveau régional. En tant que telle, elle a le droit de regard et de contrôle sur toutes les structures sanitaires et hospitalières implantées dans la région. Elle a cinq fonctions principales.

La première est de surveiller. Cette mission d'inspection permanente s'adresse à toutes les formations sanitaires de la région : hôpitaux , centres de santé, cabinets médicaux, postes de santé, maternités, qu'ils appartiennent au domaine public ou privé.

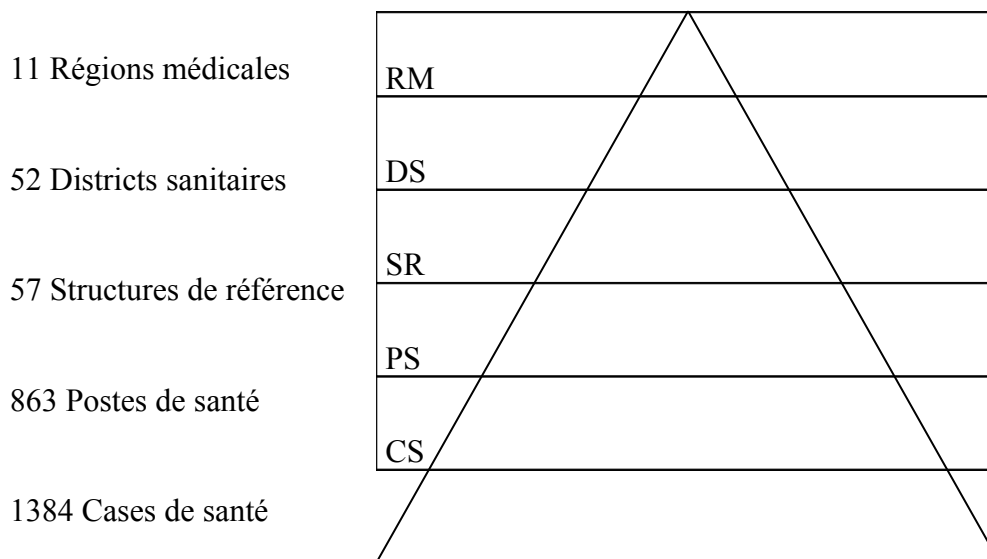
Elle se doit ensuite de recueillir et de coordonner les besoins des différentes structures sanitaires pour répartir les différents budgets de plans de campagne.

Une de ses fonctions principale est de comptabiliser et analyser les statistiques mises à leur dispositions par les différentes structures sanitaires de la région. Chaque centre de santé de référence des 52 districts sanitaires établit un rapport global trimestriel où il recense la population , les dépenses de santé et les données épidémiologiques les concernant. Ces rapports permettent aux régions médicales d'avoir un suivi régulier sur l'état de santé des différents districts et de réagir en cas de besoins.

Elle assure également la planification sanitaire régionale. Étant l'intermédiaire entre le Ministère de la santé et les structures sanitaires, elle doit informer ces dernières des différents plans établis par le gouvernement.

Enfin, la région médicale est chargée de « former le personnel de santé communautaire en organisant des colloques médicaux et des stages de réimprégnation » (arrêté 001047/82 qui définit les attributs de la région médicale). (9)

La pyramide sanitaire se compose comme suit : (6)



L'ensemble des établissements de soins se divise en deux niveaux : le premier niveau et le niveau de référence .

Le premier niveau est assuré par des postes de santé publics, privés ou communautaires. Ils sont implantés dans les chefs lieux de communautés rurales ou dans les grands quartiers de zones urbaines. Ils supervisent les cases de santé et les maternités rurales. Depuis l'indépendance en 1960, le nombre de postes de santé est passé de 201 à 863 en 2004. Il y a en moyenne 15 à 25 postes de santé par district autour du centre de santé.

Le Ministère de la Santé (MS) admet désormais de créer conformément aux normes préconisées par l'OMS, en milieu urbain et suburbain, y compris les communes, un poste de santé pour 10 000 (dix mille) habitants

Ces formations de premier niveau sont capables d'assurer non seulement la prise en charge des malades mais aussi de mener de véritables activités de promotion à l'intention de la population.

Le niveau de référence (appelé aussi niveau supérieur) est représenté par les structures de référence comme les hôpitaux régionaux ou encore les centres de santé, véritables structures hospitalières capables de prendre en charge des malades qui nécessitent un plateau technique approprié: bloc opératoire, laboratoire, imagerie médicale, hospitalisations, etc... Ce sont les structures de référence des postes de santé sur les plans préventif, curatif et administratif. Ils sont implantés dans chaque district sanitaire.

En 2005, le pays compte 2691 lits d'hôpitaux.

c) Secteur Privé

Privé Non Lucratif: formations sanitaires confessionnelles; infirmeries d'entreprise

Privé Lucratif: cliniques, cabinets médicaux et dentaires, infirmeries privées, officines de pharmacie, laboratoires d'analyses médicales, dépôts de médicaments privés,

Médecine et Pharmacopée Traditionnelles: Des centres de médecine traditionnelle ont été ouverts, mais ils fonctionnent hors de la tutelle et du contrôle du Ministère de la Santé.

Le tradipraticien, qui exerce à l'intérieur ou à l'extérieur de ces centres, est à la fois un praticien de l'art médical et pharmaceutique. Il contribue à la résolution des problèmes de santé des populations.

Les insuffisances du secteur public ont contribué au développement du secteur privé de la santé. Le nombre de cabinets médicaux, cliniques et officines privées s'est considérablement accru depuis l'indépendance. Cette tendance suit la demande solvable, et est essentiellement concentrée à Dakar ainsi que dans les capitales régionales. Depuis une vingtaine d'années, la région de Dakar connaît une surconcentration médicale, notamment en ce qui concerne les cliniques et les cabinets privés.

4) Le personnel de santé

On peut caractériser deux types de problèmes concernant le personnel de santé sénégalais : son quota insuffisant et sa disparité géographique.

L'offre médicale est très inégale, 63,35% de médecins et 88,57% de pharmaciens étaient concentrés dans la région de Dakar en 1993. Au début des années 1990, la densité à Dakar était d'un médecin privé pour 9900 habitants (contre 235 294 pour les autres régions) et d'un chirurgien dentiste privé pour 50 000 habitants (contre 1 pour 1 million pour le reste du pays).

Cette fin du 20^{ème} siècle a été marquée, en plus de cette disparité, par une baisse des effectifs dans le secteur public de l'ordre de 15%. La baisse la plus significative a été observée chez les pharmaciens entre 1988 et 1993 : -15%.

Tableau III : Répartition des professionnels de la santé par catégorie socioprofessionnelle, Sénégal

Catégorie socioprofessionnelle	Nombre
Médecins	649
Sages-femmes	588
Infirmières	1876

Le tableau indique le nombre de personnes par secteur d'activité dans le domaine de la santé. Autrement dit, le Sénégal compte actuellement 8 médecins pour 100 000 habitants. Ce chiffre est comparable à ceux du continent puisque l'Afrique compte en moyenne 10 médecins pour 100 000 habitants. (10) (1)

5) Le financement de la santé

a) Généralités

Les difficultés économiques connues dans le pays depuis plusieurs décennies ont provoqué une baisse des dépenses sociales. C'est ainsi que le secteur de la santé a subi une baisse continue des crédits budgétaires alloués. Le budget du ministère de la santé s'éloigne de plus en plus des 9% du budget national recommandé par l'OMS, résolution que le Sénégal a adoptée en 1982. Les fonds publics affectés au secteur de la santé sont en régression constante depuis le début de la décennie 1980. Ils s'élèvent en 1993 à 5,7% du budget national.

Principalement assuré par l'état durant des décennies, il recourt de plus en plus à d'autres sources. Ainsi, depuis les années 1990, participent au financement du secteur de la santé les sources suivantes :

- le budget de l'Etat
- les collectivités locales
- les ménages par le paiement direct
- les autres sources de financement (l'aide extérieure, les ONG, les entreprises et sociétés privées, les groupements associatifs).

b) Mutuelles

Le Sénégal est l'un des premiers pays à initier des Mutuelles de Santé (MS) en Afrique de l'ouest. Les premières tentatives des MS sur le lieu de travail (en 1973) ont été arrêtées par la législation qui prévoit une assurance obligatoire pour les travailleurs. En 1989, la première MS rurale, Fandene, a été créée dans la région de Thiès. Le succès apparent de cette MS, gérée et dirigée par les villageois, a servi de modèle et a fourni les outils simples de gestion et d'administration pour presque toutes les MS qui ont été créées plus tard au Sénégal.

Dans la région de Dakar, plusieurs types d'association (des organisations d'enseignants, des associations communautaire, des groupements de femmes et des caisses de crédit) ont commencé à établir leurs propres MS, en utilisant les principes de base des mutuelles initiées à Thiès.

En 1999, beaucoup de partenaires ouest africains se sont retrouvés pour créer un forum de concertation basé à Dakar et qui regroupe des promoteurs et des partenaires pour le développement des MS. Entre temps, le gouvernement sénégalais a établi une agence au niveau national, le CAMICS, pour coordonner et appuyer la promotion et le développement des MS dans tout le pays, avec l'appui financier de la Banque Mondiale. Après 1989, un nombre considérable de MS au Sénégal, en dehors de la région de Thiès, ont bénéficié de l'appui de la CAMICS ou d'un ou plusieurs des partenaires au développement. En 1997, il y avait 19 MS fonctionnelles au Sénégal. En 2003, ce nombre avait atteint 136, selon les enquêtes menées par la concertation.

(11) Malgré cette rapide expansion ces dernières années, le système de mutuelles au Sénégal est loin de connaître l'implantation bien organisée des pays industrialisés. Ces initiatives restreintes à une minorité de personnes demandent, donc, à être généralisées pour faciliter leur organisation et leur gestion.

c) Bilan

Au total, le système de santé sénégalais souffre actuellement de dysfonctionnements qui expliquent, pour une grande part, la médiocre couverture sanitaire. D'indéniables efforts d'amélioration sont en cours, en particulier en matière de recueil de données médicalisées, de politique de médicaments essentiels, et de recouvrement des coûts. Des problèmes de fond restent entiers, comme dans la majorité des pays africains; nous pouvons citer en particulier la gestion des ressources humaines (formations initiales et continues, supervision, application des sanctions), et le financement des hôpitaux.

La répartition de la dépense de santé, présente une physionomie assez caractéristique des pays en développement : plus de la moitié des individus ne dépense que 2400 F CFA (environ 4 euros) par an pour leur santé, soit près de 10 fois moins que les individus les plus aisés qui ne représentent que 5% de la population. Cette situation révèle de forts déséquilibres entre les catégories de populations en terme de consommation et donc d'accès aux services de santé.

III-LE SECTEUR PHARMACEUTIQUE

1) Données générales

Colonisé par la France pendant de longues années, le Sénégal présente une industrie pharmaceutique à l'image des autres secteurs d'activité économique qui ont été longtemps marqués par la présence étrangère.

Plus de 85% des médicaments consommés au Sénégal sont importés. Entre 1980 et 1987, les importations ont doublé en valeur, passant de 5,2 milliards à 10,14 milliards de FCFA. Depuis, elles sont restées au dessus de la barre des 10 milliards par an. En 1995, le montant de ces importations s'élevait à 17,1 milliard de FCFA dont 84% en provenance de France. (12)

Il existe au Sénégal trois unités de production pharmaceutique : Aventis (anciennement Sipoa, société créée en 1973), Pfizer Afrique de l'ouest, et Valdafrique.

Il faut aussi noter la présence de l'Institut Pasteur à Dakar qui fabrique le vaccin de la fièvre jaune.

La commercialisation des médicaments est assurée par une filière privée (85% du marché), qui regroupe environ 650 pharmacies de détail, et une filière publique organisée de façon pyramidale avec à sa tête la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) qui propose une liste de 350 médicaments essentiels disponibles dans les établissements publics de soins. A ce marché licite s'additionne un important marché illicite approvisionné par des importations clandestines mais aussi par des détournements de médicaments des filières privées et publiques.

Près de 3500 spécialités sont sur le marché. Elles sont pour la plupart commercialisées dans le domaine privé.

La dépense moyenne annuelle du médicament d'une personne au Sénégal est de 6 à 8 euros. (13)

La place des génériques est majeure dans le domaine public et très faible dans le domaine privé mais des efforts venant de la PNA sont effectués pour rendre leur accès plus simple au secteur privé.

Tableau IV : Evolution du marché du médicament au Sénégal de 1993 à 1999

Année	1993	1995	1999
Montant du marché du médicament en milliards de FCFA	17	28	58

L'évolution entre 1993 et 1995 est due en grande partie au changement de parité du FCFA (janvier 1994) et non à une augmentation de la consommation.

Le marché du médicament est financé par le paiement direct et indirect (système tiers payant) des ménages, l'Etat, les collectivités territoriales, les associations, et les partenaires au développement.

Tableau V : Sources de financement du marché du médicament

Sources de financement	Montant en milliards Fcfa
Ménages dans le secteur privé	46,3
Ménages dans le secteur public	6,0
Tiers payant	3
Etat, collectivités, associations	2,2
Partenaires	0,5
Total	58

L'accès géographique est imparfait. Plus des trois quarts de la population dispose d'un poste de santé à moins d'une heure de marche de son domicile mais les zones rurales sont moins bien couvertes que les villes.

2) La politique pharmaceutique nationale (PPN)

Le Sénégal est en cours d'élaboration d'une PPN. Une trame de cette PPN a été rédigée au courant du mois d'août 2004 mais on ne peut encore la consulter. (12)

Même s'il n'existe pas de document officiel concernant la PPN, les activités exécutées dans le cadre de la PPN intègrent le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS, 1998-2007). Ce plan retient la réforme du secteur pharmaceutique comme une action prioritaire. Cette réforme vise à améliorer la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments essentiels, renforcer les Directions de la Pharmacie et du Médicament, et enfin, promouvoir les médicaments essentiels génériques et l'usage rationnel des médicaments.

Nous allons développer les différents plans qui vont permettre de mener à terme les objectifs cités précédemment.

1-renforcer l'Autorité Nationale de Réglementation

Cette autorité est représentée par la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM). Elle est chargée, entre autres, d'élaborer et de mettre en œuvre la politique pharmaceutique, l'inspection et l'enregistrement des médicaments. Elle est assistée du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments qui se charge du contrôle technique des médicaments.

2-mettre à jour la législation et la réglementation pharmaceutiques

Des lois, décrets et arrêtés ont fixé les conditions d'octroi de l'AMM, de l'administration des prix, de la substitution des médicaments, de l'ouverture des Etablissements Publics de Santé (EPS), de l'inspection...

3-organiser un système d'approvisionnement et de distribution efficace

L'approvisionnement du secteur public est assuré par la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) qui a un statut d'autonomie en tant que EPS et qui a des structures décentralisées au niveau des régions : les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement.

L'approvisionnement du secteur privé est assuré par les quatre grossistes répartiteurs du pays : Laborex, Cophase, Sodipharm et la Sogen.

4-avoir un système de financement

Le système de recouvrement des coûts des médicaments est en vigueur dans le cadre de l'initiative de Bamako.

5-assurer la promotion de l'usage rationnel des médicaments

L'élaboration d'outils d'usage rationnel tels que ordinogramme, les fiches de prise en charge des cas (fièvre, paludisme...), les formulaires thérapeutiques (le guide des équivalences thérapeutiques par exemple) ainsi que la formation des prescripteurs sont des éléments de la politique.

6-autres plans d'action

La Pharmacopée traditionnelle est en phase de développement avec l'ouverture prochaine de centres d'expérimentation clinique des médicaments à base de plantes et la mise en place du cadre réglementaire devant permettre d'octroyer des AMM à ces médicaments.

« Selon des statistiques récentes, plus de 80% des sénégalais ont recours aux plantes ou phytomédicaments pour se soigner.(...) Le 31 août 2000, les ministres de la santé ont adopté une résolution sur la promotion du rôle de la pharmacopée et la médecine traditionnelle dans nos systèmes de santé.(...) Il existe aujourd'hui deux dispositifs de réglementation, d'abord un comité technique de pharmacopée traditionnelle et en second lieu un arrêté portant création d'une commission nationale de la pharmacopée et d'un formulaire où seront inscrites toutes les ressources nationales de la pharmacopée mais aussi les modes pratiques »[cf.article le magazine de la pharmacie n°4 auteur Abdou Aziz Nouwodjro](#)

La fixation des prix des médicaments

Un arrêté ministériel (n° 000188 /MSHP/DPM du 15 janvier 2003) fixe le mode de calcul des prix des médicaments quel que soit le secteur.

Secteur privé

Dans le secteur privé, la structure de prix est ainsi présentée : le PGHT (Prix Grossiste Hors Taxe encore appelé prix départ usine) est le prix de base accepté dans l'arrêté d'AMM. A ce prix sont ajoutés la valeur CAF pour les médicaments importés, le transit interne, ainsi que les

différentes marges des distributeurs. On aboutit ainsi à des coefficients multiplicateurs du PGHT en francs CFA, qui sont de quatre grandeurs :

- pour les médicaments dits « sociaux » avec la marge la plus faible, le coefficient est de 1,32 (exemples : médicaments antipaludiques, certains anti-hypertenseurs...)
- pour les médicaments dits « normaux », il est de 1,8586
- pour les médicaments à conditionnement hospitalier, il est de 2,12
- pour les génériques en DCI vendus par la PNA, le prix PNA est multiplié par 1,5

Secteur public

Dans la filière publique, les prix sont en moyenne 65% inférieurs à ceux de la filière privée compte tenu de leur prix d'achat beaucoup moins élevé.

La PNA s'approvisionne par appel d'offre international, ce qui lui permet d'avoir des prix très bas. Le prix PNA est multiplié par 1,5.

3) La DPM

Le rôle de la DPM selon son directeur, le Professeur Mamadou Keith Badiane est de « mettre en œuvre et de suivre la politique pharmaceutique nationale ».

⇒ Ses missions (cf. annexe 2)

(cf. article 9 décret 2003-466 du 24 juin 2003 portant organisation du Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention)

La DPM a pour mission l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de la politique et des programmes dans le domaine de la pharmacie et des analyses médicales. Elle est notamment chargée à ce titre d'élaborer et de veiller à l'application des textes législatifs et réglementaires relatifs à la pharmacie, aux médicaments, aux réactifs de laboratoire d'analyses médicales, aux substances vénéneuses, à l'alcool et aux dispositifs médicaux, de réglementer l'exercice des professions pharmaceutiques, de promouvoir et de contrôler les laboratoires d'analyses médicales publics et privés, de réglementer et d'assurer la promotion de la pharmacopée traditionnelle.

⇒ Organisation de la DPM

La DPM comprend :

- la division de la réglementation, du contentieux, des études de la documentation
- la division du contrôle administratif des médicaments
- la division des stupéfiants et des substances psychotropes
- la division des laboratoires d'analyses médicales
- le bureau de gestion

Le Directeur de la DPM est nommé par décret sur proposition du Ministre de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention parmi les agents d'état de la hiérarchie A.

⇒ Commissions

La DPM, dans le cadre de ses missions travaille avec un certain nombre de commissions d'experts. Ces commissions sont :

- ❶ La commission nationale du visa
- ❷ La commission technique permanente d'élaboration et de révision des listes de médicaments et produits essentiels
- ❸ La commission nationale de la pharmacopée
- ❹ La commission nationale de la pharmacovigilance

⇒ Ressources humaines

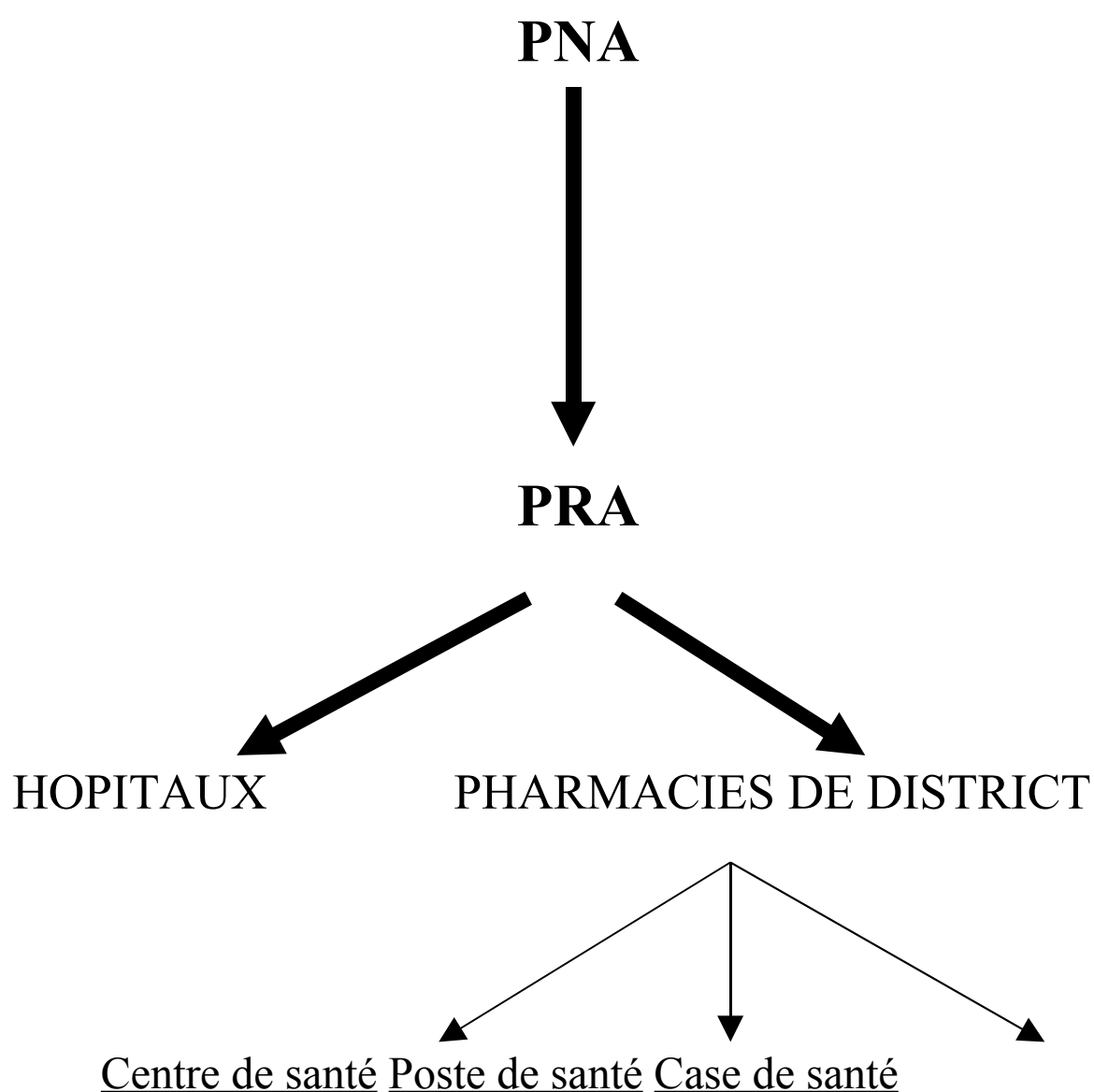
La DPM doit renforcer le personnel : 11 pharmaciens sont encore nécessaires pour pourvoir l'ensemble des divisions et des bureaux.

La formation des pharmaciens inspecteurs a commencé en 1998 au Maroc et s'est poursuivie, conformément aux recommandations issues des assises nationales de la santé jusqu'en 2002. Cinq pharmaciens inspecteurs sont nécessaires pour la DPM et un pour chaque région. Six pharmaciens inspecteurs sont formés à ce jour mais seuls trois d'entre eux exercent. Ce nombre est bien sûr trop juste pour réaliser dans des conditions favorables toutes les inspections à savoir les 654 officines du pays, les grossistes, les hôpitaux et les pharmacies de district. Lors d'une inspection de routine, plusieurs points sont passés en revue, à savoir les locaux, les conditions de stockage, le respect des substances vénéneuses, la tenue de l'ordonnancier, la délivrance, etc... (Annexe :Demande de visa des médicaments)

(Annexe :Lettre de circulaire d'importation de dons de médicaments au Sénégal)

4) Circuit de distribution du médicament dans le domaine public : la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA)

La structure pyramidale de la filière publique a à son sommet une structure centrale d'importation, la PNA. Les huit dépôts régionaux qui lui sont rattachés approvisionnent en médicaments essentiels les districts sanitaires et, à la base, les établissements de soins.



La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement

⇒ Historique

La PNA est un service public dépendant du Ministère de la Santé avec le statut d'Etablissement Public de Santé (EPS) depuis 1999. (14)

Elle a été instituée par l'arrêté ministériel 75-549 du 12 mai 1975. Sa fonction est définie par l'arrêté n° 13604 du 7 novembre 1979. L'arrêté 5525 du 4 juillet 1991 porte sur l'organisation du service de la PNA et lui rattache les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement.

La PNA, depuis sa création, a connu une évolution certaine tant du point de vue de ses caractéristiques internes que de ses relations avec l'environnement. Sa structure s'est développée et comprend aujourd'hui :

- le siège avec la direction et six centres de responsabilités qui sont les achats, le magasin central, la gestion administrative et financière, la clientèle, le personnel, et l'agence comptable,
- les huit Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) qui sont localisées à Dakar, Saint Louis, Kaolack, Tambacounda, Ziguinchor, Kolda, Diourbel et Matam

La PNA bénéficie d'une relative autonomie financière avec l'ouverture de comptes bancaires autorisés par le Ministre de l'Economie et des Finances sur proposition du Ministre de la Santé. Ces comptes ont été créés pour faciliter les transactions commerciales concernant l'approvisionnement en médicaments et produits pharmaceutiques auprès des fournisseurs internationaux de la PNA, afin d'éviter les lenteurs administratives et les risques de rupture de stock.

La PNA a vu ces dernières années, ses activités et sa capacité s'accroître considérablement grâce, dans un premier temps, aux aides accordées par les bailleurs de fonds puis grâce aux méthodes de gestion (gestion de type privée) mises en place depuis 1996.

Tableau VI : Evolution du chiffre d'affaire de la PNA de 1997 à 2000 (15)

Chiffre d'affaire en milliards de FCFA	1997	1998	1999	2000
	3,2	4,1	6,1	6,6

⇒ Missions

Le Programme des Médicaments essentiels occupe une place stratégique dans le développement de la santé ; la PNA a pour mission principale d'assurer aux populations les plus démunies l'accessibilité financière et géographique aux médicaments et produits essentiels de qualité.

- L'accessibilité financière implique que la PNA puisse acheter sur le marché national et international à des prix suffisamment bas pour assurer aux populations des médicaments de qualité au moindre coût.
- L'accessibilité géographique suppose la rationalisation de sa fonction distribution de manière à ce que les populations, à travers les structures sanitaires publiques et les PRA, aient accès aux médicaments dans les zones géographiques les plus reculées du pays.
- Le contrôle de la qualité des médicaments est assuré par le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments.

Les activités de la PNA sont à prédominance commerciale. Elle est le grossiste répartiteur du secteur public. Son but n'est pas lucratif.

La PNA s'approvisionne sur le marché local et international du médicament.

Les principaux clients sont les hôpitaux, les districts, les structures dépendantes d'autres ministères et les ONG privées à but non lucratif.

La PNA est soumise à la comptabilité privée de type commerciale informatisée depuis le 1^{er} janvier 1996.

La gestion centrale des stocks est informatisée, mais toutes les données sont également copiées de façon manuscrite sur des fiches papier pour palier aux éventuels problèmes informatiques.

⇒ Financement

La PNA a principalement quatre sources de recette :

le budget de l'état pour des programmes spécifiques comme les vaccins	7,5%
le budget des collectivités locales	18%
les clients faisant partie de l'initiative de Bamako	10%
les clients divers : armée, police, gendarmerie, ONG...	64,5%

Les ressources matérielles appartiennent toutes à l'état. Elles sont composées de bâtiments administratifs où sont installées les différentes structures de la PNA et des PRA, de mobiliers et matériels de bureau, de machines et autres matériel d'exploitation, et de matériel de transport.

⇒ Données économiques et financières

Effectif : 81 personnes qui sont soit des agents de l'état, soit des contractuels.

Chiffre d'affaire annuel pour l'année 2003 est de 8,9 milliards de F CFA. Ce chiffre d'affaire sert notamment à couvrir l'AOI PNA 2004 pour une période de 12 mois.

Le stock a oscillé en fonction de la période de l'année entre 1 et 3 milliards de F CFA pour l'année 2001.

⇒ Approvisionnement en médicaments et produits essentiels

La PNA se base sur la liste des médicaments essentiels adoptée par le ministère de la Santé pour acquérir ses stocks de médicaments de médicaments génériques de qualité.

- Les quantités à commander

L'évaluation des quantités à commander est basée sur les consommations antérieures en tenant compte des paramètres suivants :

Les besoins exprimés, le stock existant, le stock de sécurité, les délais de livraison, les commandes en cours, les ruptures et péremption, les fonds disponibles...

- Les commandes

La PNA utilise quatre type de commandes dans l'année :

1-L'Appel d'Offre International

2-La demande de prix

3-La commande de dépannage

4-La commande des produits spécifiques

1-L'Appel d'Offre International

Il existe deux types d'AOI :

-AOI ouvert

-AOI restreint après présélection d'une liste de fournisseurs

Le principe de ces deux types d'AOI est le même en dehors du fait que l'AOI restreint effectue en un premier temps la présélection des fournisseurs et en un deuxième lance un appel d'offre auprès des fournisseurs déjà présélectionnés.

La PNA est à son 9^{ème} AOI qui couvre la période 2004-2005.

La PNA disposait depuis 1994, c'est à dire depuis le lancement des Appels d'Offres Internationaux, d'une dérogation qui lui permettait de passer ses marchés de manière autonome sans passer par la Commission Nationale des Contrats de l'Administration (CNCA). Ainsi, les achats se faisaient en direct avec les fournisseurs et les bons de commande étaient envoyés directement après le lancement d'appel d'offre. Cela permettait de gérer les urgences de réapprovisionnement. Ces appels d'offre permettaient de couvrir des périodes d'approvisionnement d'au moins 18 mois. L'appel d'offre de 2001 a, par exemple, couvert la période de janvier 2002 à décembre 2003.

Cette dérogation a été supprimée en décembre 2002 par l'application de nouveaux codes de marché. La PNA doit désormais obligatoirement passer par l'intermédiaire de la CNCA pour lancer ses marchés et attendre son autorisation pour envoyer ses bons de commandes, ce qui rend la procédure d'un appel d'offre beaucoup plus longue. Elle atteint à l'heure actuelle une période approximative de six mois.

Déroulement de l'Appel d'Offre :

a) quantification des besoins

Cette quantification est basée sur deux critères de données : les sorties de médicaments enregistrés dans chaque région et les nombres de consultations relevés pour chaque pathologie.

b) confection d'un dossier d'Appel d'Offre

Autrefois nommé le cahier des charges, il correspond au socle juridique de l'appel d'offre.

Il regroupe les attentes de la commission qui sélectionnera les fournisseurs.

Il est divisé en cinq parties :

-1^{ère} partie : Avis d'appel public à concurrence

-2^{ème} partie : Règlement particulier de l'AO

Il rappelle notamment la langue de l'offre, la monnaie utilisée, la durée de sa validité, la composition et la présentation de l'offre

-3^{ème} partie : Cahier des clauses administratives

Il comprend entre autres la définition du marché, les conditions et délais de livraison, les modalités de paiement.

-4^{ème} partie : Cahier des clauses techniques

Il présente les caractéristiques des fournitures, c'est à dire leur conditionnement, leur étiquetage, leur notice d'emploi, leur péremption, leur emballage de transport avec à l'appui une présentation des échantillons.

-5^{ème} partie : Annexes

c) Publication de l'avis d'Appel d'Offre par voie de presse cf annexe

Il est publié - sur Internet sur le site : www.appel_d_offres.sn

-dans certains journaux internationaux

-dans les quotidiens et hebdomadaires du pays

-à la chambre du commerce

-dans certaines ambassades accréditées à Dakar comme celle de l'Egypte

Le fournisseur est tenu d'acheter le dossier d'AO (environ 100 000 F CFA) pour pouvoir faire une proposition de dossier et être éventuellement sélectionné.

Les fournisseurs ont trois mois pour rendre leurs propositions. Ils doivent, pour participer, obtenir un VISA du pays de fabrication et un VISA du Sénégal, ce dernier est délivré par le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments et est valable entre 5 et 10 ans.

Leurs proposition de marché doit être rendu sous forme de trois dossiers :

→ un dossier administratif

→ un dossier financier

→ un dossier technique

Le dossier administratif présente le fournisseur lui même. Il détaille ses activités, son historique, ou encore sa solvabilité. Chaque point est appuyé par un justificatif obligatoire.

Le dossier financier permet de voir les propositions de prix.

Le dossier technique présente le produit.

Un échantillon doit accompagner ces dossiers pour permettre à la commission de vérifier la conformité des arguments avancés.

Pour le dernier Appel d'Offre de septembre 2003, 158 fournisseurs ont acheté le cahier des charges et 96 ont été sélectionnés.

d) Dépouillement des dossiers des différents fournisseurs par une commission

Cette commission technique de dépouillement est composée de :

pharmaciens de la PNA, de la Direction de la Pharmacie et du Médicament, du Laboratoire National de contrôle des Médicaments

contrôleurs des finances

agents pour la transparence

bureaux de marché

- spécialistes comme les chirurgiens ou orthopédistes si leur avis est nécessaire

Elle est présidée en 2004 par Mr Diop lui même nommé par la commission nationale d'appel d'offre.

Cette commission étudie les trois dossiers de chaque fournisseur article par article pour sélectionner celui qui correspond le mieux aux attentes et au moindre coût.

Elle rend un document avec les fournisseurs sélectionnés à la commission nationale d'appel d'offre qui adjuge provisoirement. C'est la commission nationale des contrats de l'administration (CNCA) qui adjuge définitivement.

e) Etablissement d'un contrat de marché avec les fournisseurs sélectionnés

Un contrat de marché écrit est établi entre les fournisseurs retenus et la PNA. Ce contrat est signé une première fois par le fournisseur, il est ensuite envoyé à la PNA où le président de son conseil d'administration le signe une deuxième fois, enfin, il est envoyé à la CNCA qui le signe à son tour. Ce n'est qu'à ce moment là que la PNA est libre d'envoyer ses bons de commande. Il est à préciser que les fournisseurs qui ont obtenu un marché avec la PNA supérieur à 300 000 millions de F CFA doivent être consultés en plus par le ministère des finances.

Ces va-et-vient administratifs expliquent le long délai entre le lancement de l'appel d'offre et l'envoi réel des bons de commandes (10 mois ont été nécessaires pour l'AO de septembre 2003).

Nous développerons plus tard les différentes causes de ruptures de stock existantes à la PNA ; ce long processus d'appel d'offre en fait partie (16)

Les quatre premiers fournisseurs de la PNA pour l'appel d'offre de septembre 2003 :

❶ CSP : grossiste qui regroupe beaucoup de marchés

❷ Aventis Sénégal : 1,250 milliard de F CFA

Ce laboratoire a dû céder sa première place du dernier appel d'offre à cause de la chloroquinorésistance apparue dans le pays d'où l'abandon du marché avec la chloroquine du laboratoire

❸ Lafran (laboratoire et grossiste):900 millions de F CFA

❹ Bristol :800 millions de F CFA

2)La demande de prix

La demande prix est en quelques sorte, un AOI simplifié avec les contraintes formelles et administratives en moins et la possibilité de renégocier éventuellement les prix à la baisse après avoir reçu les offres des fournisseurs. Cette méthode est utilisée pour les petites quantités de produits dont l'inscription dans l'AOI ne présente aucun intérêt pour les fournisseurs.

3)La commande de dépannage ou urgente

Cette commande concerne le plus souvent des commandes complémentaires auprès de certains fournisseurs ayant été retenus pour des produits au cours du précédent AOI. Celle ci a pour avantage d'éviter des ruptures de stocks.

4)La commande de produits spécifiques

La commande de produits spécifiques concerne le plus souvent des demandes pour des programmes spécialisés sur financement déjà acquis (exemples : certains produits dentaires,

produits de laboratoire, vaccins...). Elle permet d'obtenir au meilleur prix des produits demandés de façon ponctuelle ou spécifique.

⇒Stockage et Distribution

Les commandes, groupées dans des containers, arrivent par bateaux le plus souvent ou par avion si la commande est urgente.

Les commandes sont réceptionnées qualitativement et quantitativement.

La gestion de stock se fait de façon informatique et manuscrite pour multiplier les chances de sauvegarde.

Un chef de service technique suit toutes les semaines les quantités disponibles de chaque produit et établit des seuils d'alerte pour les recommander. Ces seuils d'alerte sont calculés en fonction de la consommation moyenne mensuelle de chaque médicament et en fonction du délai de livraison des fournisseurs.

Cependant, malgré ces précautions, des facteurs imprévisibles s'ajoutent et créent des ruptures de stock.

Voici quelques exemples :

→ Retard de livraison des fournisseurs :

le délai entre le lancement de l'appel d'offre et l'envoi des bons de commandes est trop long

→ Augmentation de consommation d'un produit par rapport à l'année précédente si le nombre de pathologies est plus important

→ Mésusage de certains produits destinés à une consommation exceptionnelle et prescrits à grande échelle (exemple du générique du Bactrim® trop largement administré en 2004)

Le souci de stockage peut se révéler être dans l'autre sens et créer des sur stockages. En effet, la quantification des besoins est calculée à partir des consommations antérieures des districts et hôpitaux. Cependant, il arrive que ces chiffres soient erronés. Ils ne tiennent pas compte des médicaments qui se sont périmés ou bien des produits qui n'ont pas été directement consommés par des malades du marché formel. Les chiffres qui remontent à la PNA sont donc faussés et ne reflètent pas la réelle consommation des malades. Des contrôles plus

fréquents dans les districts seraient profitables pour connaître sans marge d'erreur leurs besoins véritables.

Le stock de la PNA a évolué de 793 millions en 1993 à 2,8 milliards en 2001.

Pour la distribution, le magasin central de la PNA opère les différents mouvements de stock auprès des différentes PRA selon leurs besoins. Aucune marge n'est récupérée par la PNA.

La vente des produits est effectuée par les PRA aux différentes structures sanitaires qui leur sont directement rattachées : Pharmacies de district, Hôpitaux.

⇒ Collaboration avec le secteur privé

Cette collaboration concerne la mise à disposition des médicaments génériques auprès des grossistes du secteur privé. Ces derniers approvisionnent les officinaux qui appliquent tous une marge équivalente et rendent accessibles les Médicaments Essentiels Génériques aux populations.

⇒ Les contraintes et perspectives pour la PNA

Les contraintes majeures se situent autour de cinq niveaux :

- capacité de stockage faible
- capacité de transport faible
- politique de communication limitée
- politique de formation limitée
- statistiques de consommation des structures de soins mal maîtrisées

Les perspectives essentielles visent à résoudre les contraintes majeures évoquées ci dessus, à savoir:

- renforcer la capacité de stockage de la PNA/PRA par la construction de locaux et de la rénovation de bâtiments administratifs dans les différentes régions du Sénégal
- renforcer la capacité de transport de la PNA/PRA par l'acquisition de nouveaux camions, frigorifiques de préférence

- développer une stratégie de communication fiable en direction des partenaires
- mettre en œuvre une politique de formation adéquate pour le personnel
- maîtriser les statistiques de consommation des structures de soins en introduisant la gestion informatisée des stocks avec le même logiciel que celui de la PNA. Ceci permettra un travail en réseau avec des économies de temps, des résultats de stock fiables assurés en temps et en heure et ainsi un moins grand risque de rupture de stock.

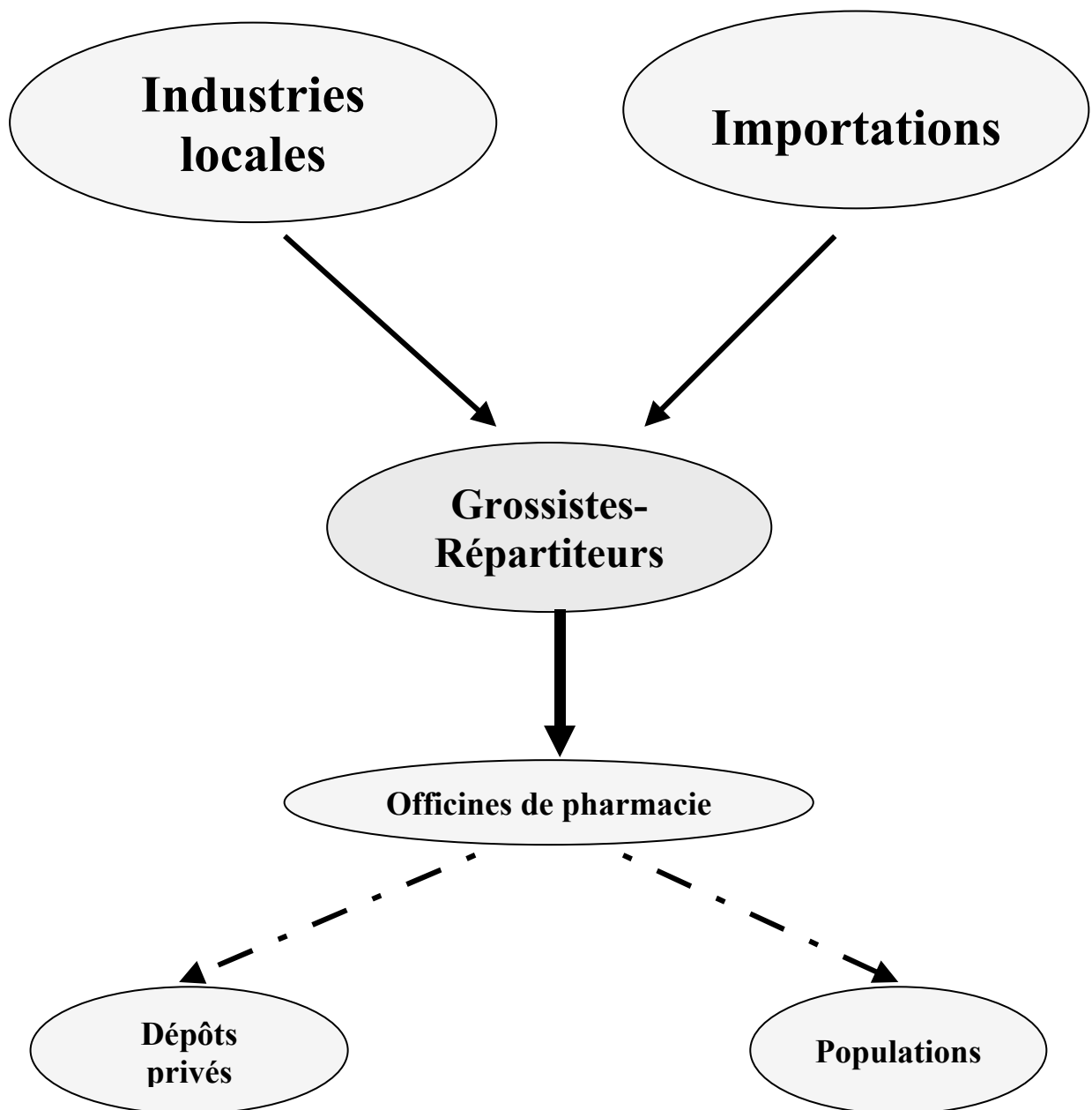
Un travail en réseau entre les différentes PRA et la PNA est envisagé pour un souci de gain de temps. Seule la PRA de Dakar travaille pour l'instant en réseau avec la PNA. Les autres PRA envoient leurs ventes et commandes par courrier.

- L'un des principaux objectifs de la PNA est de pourvoir chacune des onze régions d'une PRA, or, seulement huit PRA existent à l'heure actuelle. Il reste donc trois régions à pourvoir : Fatick, Thiès et Louga. (14)

5) Circuit de distribution dans le domaine privé

Le secteur pharmaceutique privé représente plus de 80% du marché officiel et regroupe plus de 75% des pharmaciens établis au Sénégal.

Il est difficile d'obtenir des chiffres très fiables sur les importations de médicaments au Sénégal, compte tenu de l'existence de circuits parallèles. La répartition sénégalaise s'approvisionne à 88% à partir de fournisseurs étrangers et pour le reste à partir de fournisseurs locaux (SIPOA filiale Rhône Poulenc, Park Davis, Valdafrique filiale laboratoire Cannone).



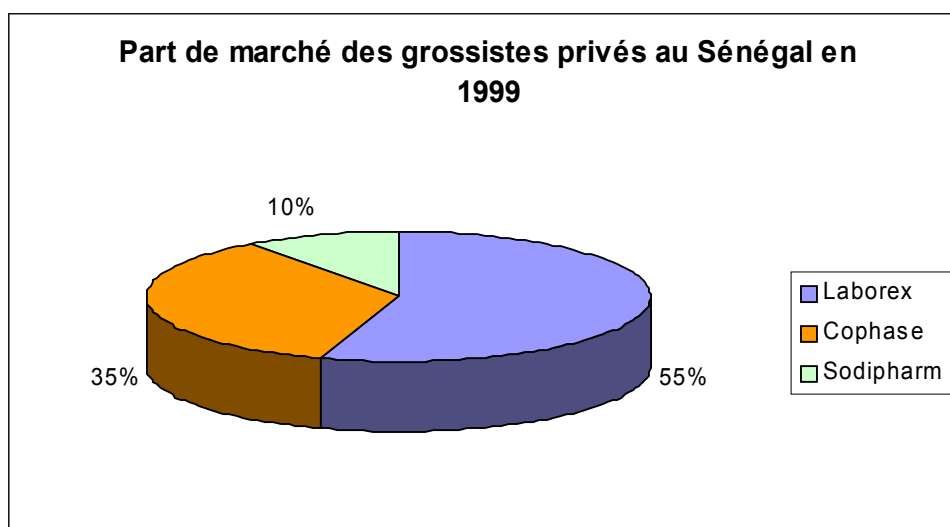
⇒ Historique de la répartition pharmaceutique privée. (17)

Les grossistes répartiteurs qui assurent l'approvisionnement du secteur pharmaceutique privé sont au nombre de quatre : Laborex, Sodipharm, Cophase et Sogen.

L'intégration des pharmaciens dans le réseau de distribution en gros des médicaments géré jadis par deux sociétés françaises (Laborex et UPIA), n'a pas été chose facile du fait du peu de ressources et du manque d'expérience. Une première expérience a été tentée en 1976 avec la création de SENEPHARMA, société de grossistes répartiteurs dont le capital a été entièrement financé par les pharmaciens sénégalais. Le manque total d'expertise a entraîné la faillite de cette société, suivie de celle de l'UPIA

Cette situation entraîna un quasi monopole du marché du médicament par LABOREX malgré la création d'un grossiste concurrent : SODIPHARM en 1986 (société à totalité sénégalaise et sans bureau d'achat limitant ainsi ses possibilités d'approvisionnement). Jusqu'en 1991, il n'y avait au Sénégal que ces deux seuls grossistes : LABOREX avec 90% du marché et SODIPHARM 10%. Cette suprématie de LABOREX dans la distribution créa une situation d'insécurité quant aux approvisionnements des officines, car il suffisait que ce répartiteur soit en rupture pour que le marché officiel soit sevré. Face à une nécessité de sécuriser les approvisionnements, des pharmaciens sénégalais se sont regroupés dans une coopérative en partenariat avec le bureau d'achat africain (BAA). Ainsi est née la Coopération Pharmaceutique Sénégalaise (COPHASE) en 1993 avec comme actionnaires principaux les pharmaciens qui sont eux mêmes les clients, dont les dividendes leurs sont reversés à la fin de chaque exercice. Cette société emploie aujourd'hui 115 personnes dont 6 pharmaciens.

Encadré I : Part de marché des grossistes privés au Sénégal en 1999



Depuis 2003, un quatrième répartiteur s'est implanté : la SOGEN ; dont le secteur d'activité est principalement le générique. Sa part de marché actuelle tourne aux alentours des 2%.

⇒ Situation actuelle des Grossistes répartiteurs (17)

➤ Implantation

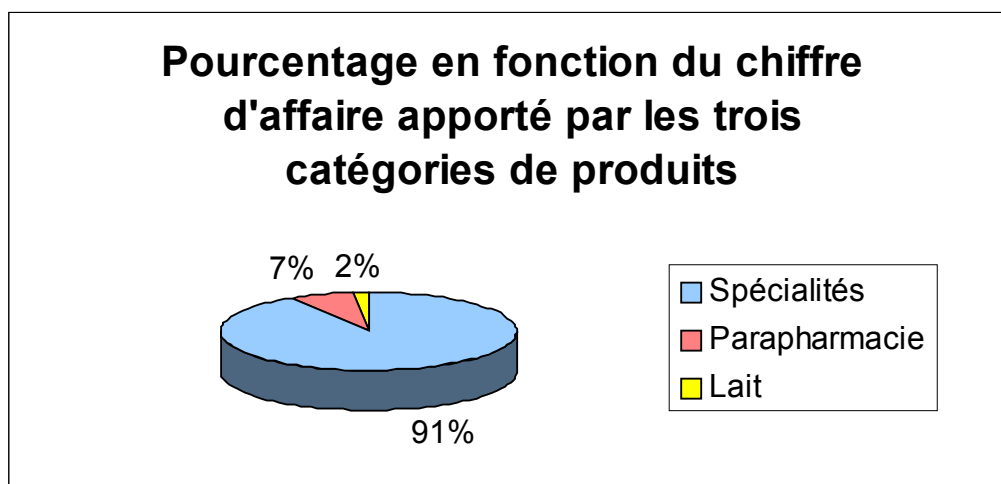
Tableau VII : L'implantation des répartiteurs sur le territoire national.

Répartiteurs	Dakar	Kaolack	Thiès	Ziguinchor	Saint Louis	Total
LABOREX	2	1	1	1	1	6
COPHASE	2	1				3
SODIPHARM	1					1
SOGEN	1					1

➤ Stock

Environ 4500 produits sont mis à la disposition par les répartiteurs aux officines. Voici un tableau qui représente la part de marché de chaque catégorie de produit pour l'ensemble des répartiteurs.

Encadré II : Pourcentage de chiffre d'affaire en fonction de la catégorie de produits (18)



➤ Personnel

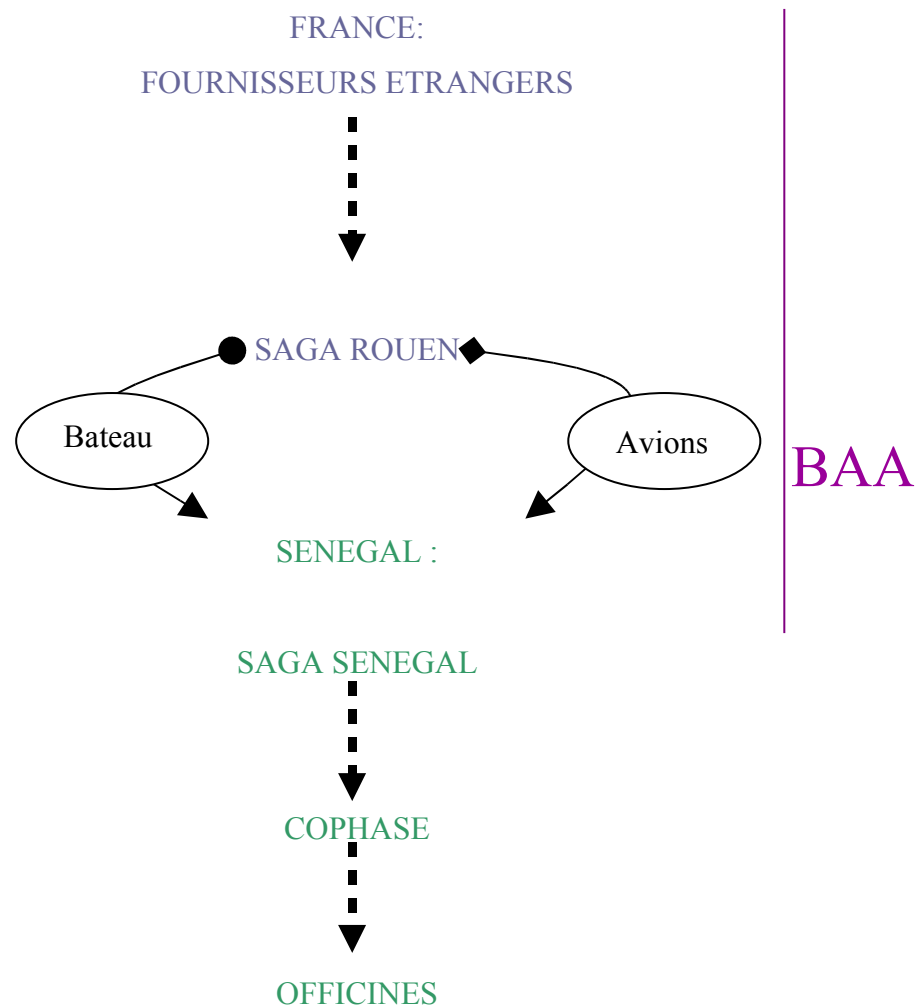
Concernant la qualification du personnel, il est demandé pour un établissement de répartition d'avoir au moins un pharmacien responsable accompagné d'un pharmacien assistant pour un effectif de 40 à 100 employés, d'un deuxième pharmacien assistant de 101 à 175 et ensuite d'un pharmacien assistant de plus par tranche de 100 employés supplémentaires .

➤ **Parcours du médicament avec l'illustration d'un répartiteur : la CPHASE**

Comme pour le secteur public, les médicaments commercialisés dans le secteur privé ont dû se voir attribués auparavant un VISA par la DPM.

La CPHASE est le deuxième répartiteur du marché. Elle est présente dans plus de 500 officines soit en tant que répartiteur primaire soit en tant que répartiteur secondaire.

La CPHASE s'approvisionne pour 93,6% à l'étranger et pour 6,4% en local. Voici ci-dessous le détail du transit des produits lorsqu'ils arrivent de l'étranger.



Pour s'approvisionner en produits étrangers, la CPHASE travaille avec un bureau d'achats basé à Rouen : le BAA (Bureau d'Achat Afrique Antilles). Ce bureau d'achats est l'intermédiaire entre la CPHASE et les fournisseurs étrangers. Ce dernier négocie les conditions d'approvisionnement auprès des fournisseurs et les prestations de transit. Il entretient des relations privilégiées avec des structures d'acheminements des produits qui lui permettent d'appliquer une réduction des délais de livraison. La CPHASE a signé une convention qui consiste à confier l'exclusivité de ses approvisionnements au BAA. La société BAA facture en contrepartie de ses prestations des commissions sur les bases suivantes :

-3,5% de la valeur CAF pour les médicaments et la parapharmacie

-2% de la valeur CAF pour les laits

Le BAA est chargé également dans ce transit de constituer des lots d'expédition CDX. Le CDX est en quelque sorte la carte d'identité du suivi de l'importation du produit. Il reprend entre autres l'identité du transitaire de départ, celle du transitaire d'arrivée, le nombre de colis, la catégorie de produits à importer, le montant CAF, etc...**(cf annexe)**

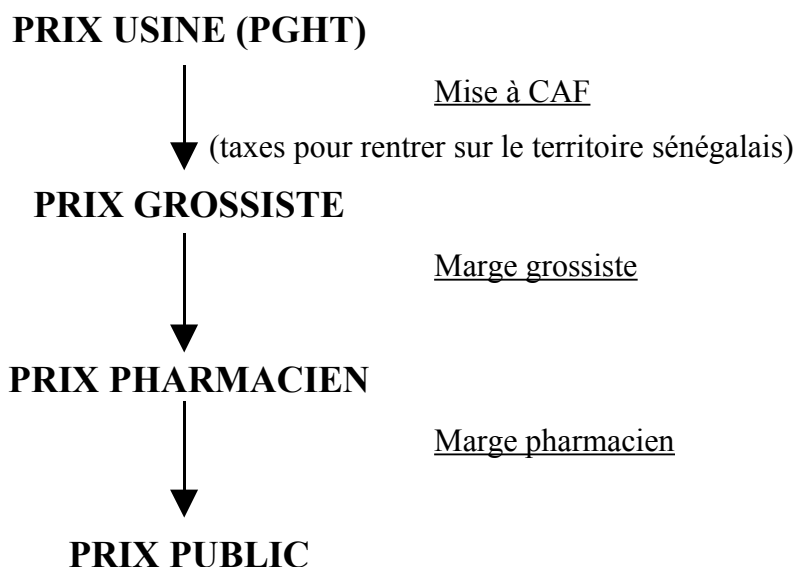
Le transit est assuré dans le cas de la CPHASE, par la SAGA Rouen au départ et par la SAGA Sénégal à l'arrivée. La SAGA, par l'un de ses services basés à l'aéroport et au port, s'occupe des formalités d'enlèvement de la marchandise.

A tous ces intermédiaires de transit se rajoutent des contraintes de délai imposées par les fournisseurs comme un minimum de quantité à commander ou par les autorités comme la DPM qui impose la visée des documents envoyés par le BAA pour s'assurer de l'identité des produits importés et ainsi délivrer son VISA.

Par conséquent, les délais de livraison des répartiteurs sénégalais atteignent, lorsque les produits sont acheminés par voie aérienne deux semaines, et lorsque les produits sont acheminés par voie maritime deux mois.

Ce constat des faits incite le répartiteur à posséder deux à trois mois de stock pour chaque référence, ce qui génère des frais d'immobilisation élevés. De plus, ces longs délais de livraison engendrent des ruptures de stock qui handicapent les grossistes. Le taux de rupture de la CPHASE s'élevait à 7% du stock en 2004.

➤ **Prix des Médicaments**



Le prix du médicament est fixé par le laboratoire, après négociation avec la DPM. Le prix public est fixé au préalable. Le prix de cession, c'est à dire le prix vendu par le grossiste au pharmacien est calculé à l'aide de constantes en fonction des prix fixés.

Au Sénégal, les médicaments sont exonérés de droit de douane.

Tableau VIII : Marges de distribution suivant l'arrêté de juin 1994

Type de produits	Marge grossiste (%sur prix de cession aux officines)	Marge officine (% sur prix de vente au public)
Liste sociale	9	9
Liste normale	15.5	28.91
Médicaments en vrac	18	36

Les marges at valorem sur les prix d'achat grossistes HT sont forte. Il en résulte, pour la filière privée, des prix sensiblement identiques à ceux de la France malgré de prix de gros inférieurs de 40 % en moyenne.

DEUXIEME PARTIE :
PRESENTATION DE RUFISQUE

I-DONNEES GENERALES SUR LA VILLE DE RUFISQUE

1) Historique

Créée par le décret colonial du 12 juin 1880, Rufisque est avec Dakar(1887), St louis(1872) et Gorée(1872) l'une des plus vieilles communes du Sénégal. (19)

D'après les études menées par Mamadou Wade, ingénieur en génie civil et urbanisme, les fondateurs de Rufisque seraient des chasseurs venus de Kounoune situé à 4 km de la ville actuelle en suivant le marigot de Sangalkam. Le site aurait ensuite été défriché par trois groupes familiaux. Le premier quartier implanté fut Thiawlène en bordure de mer mais l'avancée de la mer obligea ses occupants à être relogés dans un quartier plus reculé : Arafat.

C'est ainsi qu'au XVème siècle, les premiers européens installés à Rufisque autour de comptoirs commerciaux, trouvèrent sur le site des villages de pêcheurs agriculteurs établis depuis très longtemps.

Dans sa thèse de Doctorat d'histoire sur la « Gestion municipale à l'épreuve, Rufisque, Sénégal (1924-1964) », N'diouga Lexan Adrien Benga soutient que le nom autochtone de Rufisque est « Têng Gêcc », prononciation maladroite des wolofs du nom lébou « Tang Gêcc » qui signifie : « ceux qui jouxtent la mer ».

L'urbanisation a commencé avec les lébous pêcheurs (ethnie dominante) autour de la zone portuaire. Elle s'est propagée assez lentement vers l'est et l'ouest avant de se propager vers le nord.

L'histoire de la ville a été marquée par ses problèmes d'assainissement. En effet, cette cité a été construite sur une demi cuvette au dessous du niveau de la mer. Cette situation géographique aggravée par l'avancée de la mer a toujours posé d'énormes problèmes d'assainissement en général. L'effort d'assainissement entrepris par les autorités coloniales, qui s'est traduit par la construction de canaux d'évacuation, se montre à l'heure actuelle largement insuffisant.

Cet aperçu historique explique l'opposition entre les anciens quartiers coloniaux bien structurés comme Keury Souf (la zone des des maisons basses) et Keury Kao (la zone des

maisons en hauteur), et le reste de la ville généralement peu ou pas structuré. Il est à retenir également la prédominance de l'ethnie lébou et les gros problèmes d'assainissement actuels.

2) Géographie, démographie

Rufisque est situé à 26 kilomètres de Dakar.

La voirie est un des gros problèmes de la ville. On distingue la route nationale dénommée Boulevard Maurice Guèye qui est la principale artère de la ville la traversant d'est en ouest. Cette route connaît un encombrement permanent du fait qu'elle est le passage obligé pour entrer ou sortir de la capitale. On ne retrouve des routes bitumées que dans les « quartiers centraux », c'est à dire de part et d'autres de la route nationale. Ce défaut quantitatif et qualitatif des routes au sein du district induit l'enclavement de certains quartiers.

Le problème dominant du district reste son assainissement.

Les infrastructures scolaires sont insuffisantes. On note un nombre trop élevé d'élèves par classe et un déficit en matériel.

Avant la période coloniale, l'accroissement de la population était dû à l'arrivée d'autres ethnies du pays qui se sont ajoutées aux lébous, premiers occupants.

La période coloniale fut marquée par de fortes endémies dues à l'insalubrité consécutive à la configuration de Rufisque située dans une cuvette et à l'inobservation par la population des règles d'hygiène. On observait d'énormes pertes en vies humaines dues notamment à la peste pour la population africaine et à la fièvre jaune pour la population européenne. De 1921 à 1926, la population est passée de 11 307 à 8 953 habitants et depuis 1931, elle n'a cessé de croître.

Elle s'élève aujourd'hui à environ 280 000 habitants (20) Cet accroissement rapide de la population contraste avec la régression économique de la ville d'où le développement du chômage et de la pauvreté.

La population rufisquoise est inégalement répartie dans l'espace. Une grande partie est concentrée dans et autour du noyau urbain historique.

La répartition par âge montre que la population de Rufisque est très jeune :

0 à 11 mois → 12 387

1 à 4 ans → 51 163

5 à 14 ans → 127 369

66% de la population a moins de 25 ans.

Densité : 9,514 hab/km²

Taux de croissance annuelle : 3,32%

Cette population est caractérisée par une diversité ethnique. La plupart des groupes ethniques sont représentés. Cependant les Wolof, Sérère et Pulaar restent majoritaires.ⁱ

3) Caractéristiques socio-économiques

Sur le plan économique, Rufisque fut une cité prospère en raison notamment de la présence du port et du développement d'industries de transformations de produits de pêche (conserverie) et d'arachide (huilerie, savonnerie). Mais à partir de 1960, la régression économique de la ville se fait sentir en raison du transfert à Dakar du port autour duquel se développait une large industrialisation. Depuis lors, le chômage et la pauvreté n'ont cessé de frapper la ville.

On retrouve tout de même aujourd'hui, dans le périmètre industriel de la ville, plusieurs grandes unités comme la cimenterie Sococim®, l'usine de production électrique Sénélec®, ou encore l'usine de production pharmaceutique des produits Valda®.ⁱⁱ Cette dernière unité située route de Diokoul a suscité notre curiosité car c'est la dernière usine Valda® en Afrique.

A sa création, VALDAFRIQUE® fabriquait surtout des pastilles (encore commercialisées aujourd'hui) grâce à une matière première sénégalaise extraite des acacias : la gomme arabique. (21)

L'entreprise a évolué et a voulu s'imposer dans le marché de l'insecticide avec la conception d'une lotion anti-moustique à base de pyréthrinioïde de synthèse (Yotox®) prépondérante sur le marché à l'heure actuelle.

En 1984, VALDAFRIQUE® s'est modernisé avec la construction d'un laboratoire qui lui permet désormais de produire des spécialités pharmaceutiques avec une AMM : pommades et solutés essentiellement.

Elle compte aujourd'hui 3 unités de fabrication (22) :

- une unité non pharmaceutique où sont conçues les pastilles Valda®
- une unité où est produite le Yotox®
- un labo où sont préparées les spécialités pharmaceutiques.

Située en 25^{ème} position des entreprises sénégalaises en chiffre d'affaire, VALDAFRIQUE® a réalisé un chiffre d'affaire de 3,5 millions de F CFA en 2000 dont 25% dans l'exportation (dans la sous région, essentiellement en Côte d'Ivoire). Cette entreprise emploie 70 personnes en permanence et 40 journaliers supplémentaires en moyenne deux jours par semaine.

Deux pharmaciens y exercent, l'un est responsable dans la fabrication, l'autre assure le contrôle qualité.

Implantés au Sénégal depuis 1942, les laboratoires Valdafrique Canonne SA fabriquent et commercialisent toute une gamme de produits pharmaceutiques. Cependant, la majorité de son chiffre d'affaire est réalisé à l'aide des ventes de Yotox®. Les principaux clients sont les grossistes pour ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques. Son concurrent européen « La Cooper » pratique des prix trop excessifs pour l'inquiéter.

Une autre usine de production pharmaceutique, la deuxième plus importante au Sénégal, est implantée sur la route de Rufisque entre Dakar et Rufisque . Il s'agit d'Aventis®.(23)

Cet établissement date de 1973 avec la création de la SIPOA (Société Industrielle et Pharmaceutique de l'Ouest Africain). L'objectif était alors de produire sur place les médicaments essentiels tels l'aspirine, la chloroquine ou encore le paracétamol pour guérir la population des maladies endémiques.

A cette époque, le capital de la société était partagé entre différents actionnaires :

- le laboratoire Borhinger® (en part majoritaire)
- l'Etat,
- quelques pharmaciens sénégalais,
- les laboratoires Rhône Poulenc® (en part minoritaires)

En 1990, Rhône Poulenc®, voulant développer un outil industriel en Afrique a racheté la majorité des parts. La société a donc été rebaptisée Rhône Poulenc®. Puis, elle est devenue Aventis® lors de sa fusion avec Hoescht® jusqu'en 2004 où Aventis® a fusionné avec Sanofi®.

Aujourd'hui, elle emploie quatre pharmaciens, une centaine de personnes en permanence et une cinquantaine de personne de manière journalière. La plupart sont rufisquois.

Derrière Pfizer®(implanté à Dakar), Aventis® occupe la 7^{ème} place des entreprises sénégalaises avec un chiffre d'affaire d'environ 5 Milliards de FCFA par an.

En 2003, 75% de sa production était vendue localement (majoritairement à la PNA), tandis que le dernier quart était exporté dans une quinzaine de pays africains.

L'objectif de cette multinationale a toujours été de fabriquer les médicaments les plus utilisés au Sénégal.

Arrivent en tête de production les traitements antipaludéens comme la quinine injectable, la chloroquine ou l'amodiaquine. Ils représentent 30 à 40% du chiffre d'affaire.

Sont également fabriqués d'autres génériques :

- antalgiques : aspirine + paracétamol
- antiparasitaire : mébendazole
- antibiotique : amoxicilline
- antidiarrhéique : parégorique
- antianémique : acide folique.

En plus des génériques, l'entreprise produit certaines spécialités comme Toplexil®, Doliprane®, Nivaquine® ou aspirine du Rhone®.

Chaque année, Aventis sort de sa fabrique :

- 250 Millions de comprimés
- 700 000 sirop
- 25 Millions d'ampoules injectables essentiellement destinées à conditionner de la quinine.

La multinationale s'est soumise aux normes de qualité notamment pour les injectables qui obligent à travailler dans une zone à atmosphère contrôlée. Les rapports qu'elle a à rendre vont directement au siège social de France.

II-PRESENTATION DU DISTRICT SANITAIRE DE RUFISQUE

Le district sanitaire de Rufisque fait partie de la région médicale de Dakar. Cette région est elle même divisée en quatre départements sanitaires : Dakar, Pikine, Guédiawaye et Rufisque. La région médicale de Dakar est la plus importante des régions médicales du pays en terme de population, en effet, avec ses 2 374 549 habitants elle représente le quart de la population sénégalaise . Ce chiffre est à rapprocher à sa faible superficie : 550 km² soit 0,28% de la superficie totale du pays. On compte pour cette région une densité de 4 317 habitants au km².

1) Situation géographique

Le district sanitaire de Rufisque se confond au département sanitaire de Rufisque et couvre une superficie de 375 km². Il compte aujourd'hui quatre communes : Rufisque, Bargny, Diamniadio et Sebikotane (20)

Rufisque est elle même divisée en trois arrondissements et deux communautés rurales : Yene, Sangalcam (cf annexe).

Le district est limité à l'est par la région de Thiès, à l'ouest par le département de Pikine, au nord et au sud par l'Océan Atlantique.ⁱⁱⁱ

2) Epidémiologie

La stagnation des eaux usées dans les canaux à ciel ouvert et de manière générale, l'insalubrité dans la ville de Rufisque en font le lieu de prédilection de maladies diverses.

Les cinq premières affections rencontrées sont :

- Paludisme : 39,68%
- Affections cutanée : 17,66%
- Affections respiratoires : 15 ,26%
- Diarrhées/Vomissements : 10,60%
- Affections bucco-dentaires : 10,10%

3) Répartition des systèmes de soins

Le district compte :

- 1 centre de santé à Rufisque : Youssou M'Bargane Diop
- 1 centre de santé secondaire : Polyclinique
- 1 centre de santé à Diamniadio : Elisabeth Diouf
- 1 infirmerie au camp militaire de Bargny
- 27 postes de santé (cf annexe)
- 3 cases de santé
- 2 maternités isolées (Bargny et Sébikotane)
- 3 maternités privées
- 4 cabinets de soins privés
- 5 cabinets médicaux privés

4) Personnel (24)

Le district compte au total dans son système public :

- 4 médecins
- 1 pharmacien
- 1 dentiste
- 5 techniciens supérieurs de santé
- 20 sages femmes
- 90 infirmiers et agents sanitaires
- de nombreux agents communautaires

5) Missions du District Sanitaire

Rappelons que le district occupe une place importante dans la pyramide sanitaire puisqu'il représente le niveau opérationnel où sont exécutés les programmes définis dans la déclaration de Alma Ata , à savoir ceux issus des huit composantes de la politique sanitaire de santé

primaire. La réussite de ces programmes dépend dans une large mesure des prestations du district. Il n'est pas seulement chargé de traiter les affections courantes des habitants; il doit aussi, et surtout, informer, sensibiliser, éduquer, organiser et encadrer les populations en vue de promouvoir la santé dans sa zone de responsabilité.

Par ailleurs, son rôle lui impose d'assurer la supervision de toutes les activités sanitaires relevant de son secteur.

Ces missions curatives, préventives, sociales et éducatives sont mises en oeuvre par l'équipe du district dirigée par un médecin chef.

Composition de l'équipe du district :

Médecin - Chef du District ;

Médecin - Chef Adjoint

Superviseur des Soins de Santé Primaires ;

Coordinatrice SR ;

Responsable l'EPS ;

Responsable PEV.

Au besoin, à cette équipe peut s'adjoindre toute autre compétence susceptible de participer efficacement à l'accroissement des performances.

Missions de l'équipe du district sanitaire :

- assurer le bon fonctionnement du système de santé de district ;
- effectuer la supervision des PS ;
- assurer la gestion/administration/planification ;
- favoriser le développement sanitaire ;
- mettre en place, organiser et coordonner les structures sanitaires de district ;
- identifier les priorités sanitaires ;
- élaborer un plan sanitaire ;
- mobiliser et gérer les ressources ;
- mettre au point un plan de communication interne et externe ;
- établir des relations de partenariat ;
- suivre la mise en oeuvre du plan sanitaire du district ;
- évaluer la mise en oeuvre ;
- élaborer un plan de formation continue

6) Centre de santé « Hôpital Youssou Mbargane Diop » de Rufisque

⇒ Son histoire et son évolution

Le centre de santé de Rufisque est situé sur la route de Sangalcam depuis 1997.

On pouvait y trouver à son ouverture :

-un cabinet dentaire

-un dispensaire central avec des salles de :

⊕ consultation de médecine générale

⊕ consultation dans le cadre du plan de lutte contre la tuberculose

⊕ injections

⊕ pansement

-un local de PMI (protection maternelle et infantile) avec les salles de:

⊕ consultation gynécologique

⊕ consultation pré-natales

⊕ consultation post-natale

Ce centre a connu un large essor et s'est petit à petit développé avec notamment l'arrivée en 2003 d' :

✧ un bloc opératoire

✧ un laboratoire d'analyses médicales

✧ une salle de radiologie

Des aménagements de structure ont eu lieu ces dernières années avec :

- ✧ l'installation d'un groupe électrogène pour limiter les coupures d'électricité
- ✧ l'installation du téléphone en ligne interne dans chaque service
- ✧ l'installation de climatiseurs dans chaque service
- ✧ la peinture de fresques sur les bâtiments avec le nom des services

D'autres aménagements sont en cours comme la construction d'une banque de sang .

⇒ Prestations du centre de santé

L'établissement compte environ 70 lits répartis comme suit :

- 14 en pédiatrie
- 23 en médecine générale
- 12 en post opératoire
- 20 en maternité

Voici la liste des différents services de soins du centre de santé :

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| -Médecine générale | -Radiologie |
| -Bloc opératoire | -Cabinet dentaire |
| -Gynéco obstétrique | -Urologie |
| -Pédiatrie | -Laboratoire d'analyses |
| -Maternité | -Pharmacie |
| -Une salle de garde | |

Ce centre compte également une morgue.

Des médecins vacataires viennent en plus consulter dans leur spécialité à savoir en cardiologie et en échographie. L'échographie est un des derniers procédés de technique moderne arrivés au Sénégal. Ce moyen de vision par ultrasons est révolutionnaire dans le pays et remporte un vif succès malgré son coût relativement élevé (10 000 FCFA par consultation). Il permet un suivi des grossesses important dans un état où le taux de fécondité est fort (5,6), et il facilite le diagnostic de nombreuses pathologies abdominales.

Deux nouveaux emplois ont été créés plus récemment : un responsable du service social et un assistant social.

Le responsable du service social a le rôle d'accueillir les patients à très forte difficulté financière pour leur permettre d'accéder aux soins et médicaments gratuitement. C'est à lui de juger de la bonne crédulité des patients et de mener son enquête si besoin est pour s'assurer de leurs réels besoins.

L'assistant social, quant à lui, a le rôle de surveillant épidémiologique c'est à dire qu'il doit recenser tous les mois les nouveaux cas de maladies à potentiel épidémique important telles : la polio, la rougeole, la tuberculose, la méningite. Ses rapports mensuels sont transmis à la Région Médicale qui est chargée de coordonner toutes les actions médico sanitaires au niveau régional.

Un comité de santé composé d'un président, d'un vice président, d'un trésorier et de son adjoint est chargé d'assurer le bon fonctionnement du centre. Des réunions mensuelles leur permettent de coordonner et d'évaluer les programmes en cours ou d'exécuter le budget prévu.

⇒ Son fonctionnement

Ce centre de santé connaît malgré la création de structures secondaires une trop large fréquentation due à la grande confiance que la population lui accorde. En effet, cette structure comparée aux postes, comporte des médecins dans son équipe soignante et elle est mieux équipée au niveau du matériel médical (bloc opératoire, laboratoire d'analyse médicale, matériel de diagnostic plus perfectionné comme la radiographie...).

Le personnel soignant arrive pour la plupart à 9h le matin et consulte jusque dans l'après midi.

Un système de garde a été mis en place pour assurer un service continu. Il est ouvert de 16h à 9h le lendemain matin et est assuré par une équipe de 4 personnes parmi lesquels un médecin et des infirmiers. Ces 3 équipes se relaient tous les trois jours.

Pour faire gagner du temps aux prescripteurs qui découvrent de longues files d'attente devant leur salle de consultation chaque matin, un système de paiement a été mis en place par l'intermédiaire de tickets mis en vente à l'entrée de l'établissement.

Les patients arrivent donc chaque matin en taxi, charrette ou à pied, parfois de loin, sans avoir pris de rendez-vous pour la plupart, et achètent leur ticket à l'entrée.

Chaque type de consultation a son prix :

- enfants :150 F CFA soit 0.23 euros
- femmes enceintes :500F CFA soit 0.76 euros
- autres :cabinet dentaire :500 F CFA soit 0.76 euros
- tri :300 F CFA soit 0.46 euros
- médecin : 1000 F CFA soit 1.5 euros

Les patients ont le choix, lorsqu'il ne s'agit ni d'enfant ni de femme enceinte, de consulter directement un médecin ou bien d'aller voir la majeure (infirmière d'état) qui a l'avantage de consulter à moindre prix (300F au lieu de 1000F). Celle ci diagnostique lorsqu'elle en a la compétence. Si elle a un doute sur la nature de la pathologie, elle oriente le patient vers le médecin ce qui lui coûtera une consultation chez le médecin (1 000F CFA).

Parfois, des analyses médicales sont indispensables pour confirmer le diagnostic. Elles sont effectuées sur place au laboratoire et leur prix oscille de 500 F CFA à 2 500 F CFA (0.76 à 3.81 euros)

Les injections et pansements sont effectués dans une salle à part toujours dans un souci de faire gagner du temps aux prescripteurs. Ces soins coûtent 100 F CFA soit 0.15 euro.

Une hospitalisation est parfois nécessaire compte tenu de l'état du patient. Il est alors immédiatement pris en charge et placé dans une chambre collective de 3 ou 6 lits qui lui coûtera 3 000 F CFA soit 4.57 euros pour un forfait de 3 jours (nourriture non comprise, celle ci est apportée par la famille ou les proches).

La quasi totalité des consultations aboutit à la prescription d'ordonnances qui sont non remboursées mis à part les rares privilégiés mutualisés.

III-CIRCUIT PUBLIC DE DISTRIBUTION DU MEDICAMENT DE RUFISQUE

1) La PRA de Dakar

Avant 1991, chaque district venait s'approvisionner à la PNA de Dakar. Les longs déplacements que ces approvisionnements occasionnaient ont incité la PNA à se délocaliser dans les différentes régions administratives. La PNA compte en 2005 sous sa responsabilité huit PRA. La PRA de Dakar est la plus importante des huit comme le montre le tableau ci dessous.

Tableau IX : Répartition des différentes PRA en fonction du chiffre d'affaire

Zone géographique	Magasin central	PRA Dakar	PRA Ziguinchor	PRA Tamba	PRA Kaolack	PRA Saint Louis	PRA Kolda	PRA Matam	PRA Diourbel	Total
% Chiffre D'affaire	47,18	17,85%	4,19%	3,53%	10,60%	9,72%	5,15%	0,97%	0,81%	100%

Le magasin central de la PNA représente la majorité du chiffre d'affaire car il contient, entre autres, dans son stock les médicaments du programme national contre le SIDA et ceux du programme contre la tuberculose. Il est chargé également de l'approvisionnement des deux grands établissements de santé de Dakar : l'hôpital le Dantec et l'hôpital principal. Enfin, il se charge de l'approvisionnement de deux districts sanitaires de la région médicale de Dakar car la PRA de Dakar ne possède pas de locaux assez grands. En effet, lorsque les PRA se sont délocalisées dans les différentes régions médicales, celle de Dakar s'est installée sur le site même de la PNA. Ce site se situe en plein centre de la capitale dans le quartier de Hann et son terrain reste limité. C'est pourquoi, la PRA de Dakar envisage prochainement une délocalisation. Pour l'instant, son implantation dans le site de la PNA lui permet de travailler avec elle en réseau informatique (ce qui n'est pas le cas des autres PRA). La PNA et la PRA de Dakar se partagent donc le stockage des produits pour l'ensemble de la région médicale de Dakar. La PNA se charge de l'approvisionnement des deux districts sanitaires : Pikine et

Guédiawaye ; la PRA de Dakar, quant à elle, distribue aux deux autres districts sanitaires : Rufisque et Thiès. Mis à part ces deux districts, la PRA de Dakar a d'autres clients :

- une dizaine d'ONG à but non lucratif
- quelques services du ministère de la santé
- les infirmeries des écoles de la région : collèges et lycées publics
- l'Université de Dakar et ses facultés
- certains grossistes de la région pour permettre aux officines privées d'avoir des médicaments essentiels à un prix très bas et ainsi les proposer aux populations.

La marge entre la PNA et les différents PRA est nulle comme nous l'avons déjà cité. La marge s'effectue donc entre la PRA et ses différents clients. Elle est en moyenne de 13% mais elle n'est pas fixe. Quelques exemples illustrent cette oscillation de marge :

- certains médicaments pris à vie (ex : phénobarbital) : 0% de marge
- vaccins : 2 à 3% de marge
- antipaludéens : 10% de marge
- paracétamol : 20% de marge.

L'emploi du temps des salariés de la PRA s'organise de la façon suivante : le matin, les médicaments sont livrés aux clients, l'après midi est réservée au travail administratif (préparation de commande, vérification de non rupture...). La PRA de Dakar est livrée par la PNA tous les vendredi matin.

La préparation des commandes se fait par ordinateur mais il est à noter que toutes les données informatiques sont doublées de fiches manuelles (stock, entrées, sorties des produits) qui pourraient servir en cas de panne électronique.

Les clients, notamment les pharmacies de district sanitaire, se réapprovisionnent à leur PRA lorsque leur stock a atteint des seuils d'alerte. Ils font parvenir à leur PRA un fax mentionnant leur commande quelques jours avant leur venue pour laisser le temps à la PRA de préparer la commande.

Les commandes sont retirées par les clients au sein de la PRA et payées le jour même par chèque la plupart du temps.

2) La pharmacie du District Sanitaire de Rufisque

Cette pharmacie est responsable du stockage et de l'approvisionnement de l'ensemble des structures de santé publique du District Sanitaire de Rufisque.

⇒Situation

Ses locaux sont installés sur le site du Centre de Santé de référence du District : l'hôpital Youssou Mbargane. Cette situation rend la distribution des médicaments plus aisée pour son plus gros client. De plus, c'est dans ce centre qu'ont lieu les réunions et décisions prises par l'ensemble du District.

Les locaux se composent de trois pièces : deux bureaux (dont un pour le pharmacien chef du District) et un entrepôt de médicaments. Ces pièces sont climatisées, condition nécessaire, dans un pays chaud, pour une bonne conservation des produits stockés.

⇒Le personnel de la pharmacie du DS

Cette pharmacie est sous la directive du comité du district. Celui ci est chargé de superviser la gestion et le fonctionnement de la pharmacie eux mêmes assurés par une équipe de 4 personnes : un pharmacien et un infirmier diplômés d'état, un magasinier et un aide magasinier.

Il est plutôt rare de voir fonctionner une pharmacie de district avec autant de personnes ; l'équipe est normalement réduite à deux ou trois personnes. Ce surplus numérique est un avantage.

⇒Fonctionnement

Le matin, les activités sont majoritairement tournées vers le ravitaillement des postes de santé qui viennent chercher tour à tour les produits dont ils manquent. Leur fréquence de passage est variable selon leurs besoins et donc de la fréquentation de la population dans ces postes. Ces besoins oscillent selon les saisons avec une très nette augmentation lors de la saison des

pluies (de Juillet à Octobre). C'est ainsi que leur ravitaillement peut être hebdomadaire comme trimestriel.

La distribution des médicaments au centre de santé se fait plutôt en fin d'après midi avant la fermeture de la pharmacie du district (environ 17 h) pour éviter les ruptures de stock pendant la nuit. A chaque livraison est édité un bon de livraison signé par le pharmacien chef, le magasinier et le client.

Chaque entrée et sortie du médicament est enregistrée informatiquement et manuellement sur des fiches de stock pour multiplier les chances de sauvegarde.

3) La pharmacie du centre de santé Youssou M'Bargane Diop.

Son ouverture est assurée 24h/24 par une équipe de trois dispensateurs (plus un remplaçant) qui se relaient tous les jours. Ils travaillent chacun 24h à la suite et alternent entre eux chaque jour de la semaine. Ces horaires éprouvants demandent une grande disponibilité des dispensateurs mais ils permettent aux patients un accès à la pharmacie jour et nuit.

Il n'y a pas à proprement parlé de circuit de distribution à l'intérieur de l'hôpital. La vente s'effectue aux ambulatoires et non pas aux différents services.

Le système d'ouverture oblige tous les dispensateurs à avoir leur propre stock de vente. Il y a donc dans la pharmacie quatre armoires avec quatre stocks similaires de médicaments (une armoire par dispensateur). Cette organisation responsabilise chaque employé sur sa gestion de stock. Un inventaire mensuel est réalisé pour chaque vendeur. Il met en évidence des disparités et soulève des erreurs de sur-stockage comme le montre le tableau ci dessous .

Tableau XI : Inventaires du mois de Juin 2004 en FCFA selon les vendeurs

	Inventaire du mois De chaque vendeur	Chiffre d'affaire attendu	Chiffre d'affaire réalisé
Vendeur A	1 857 205	3 761 180	3 392 076
Vendeur B	1 318 450	2 935 841	3 182 543
Vendeur C	1 318 300	2 314 040	2 691 608

Le chiffre d'affaire attendu représente le stock initial au début du mois de Juin ajouté au CA des produits acheté à la pharmacie du district pendant le mois.

Le chiffre d'affaire réalisé représente le montant des versements du mois par les vendeurs au trésorier du centre de santé.

Pour chaque ordonnance délivrée, le dispensaire écrit sur un registre :

- le nom du patient
- les produits délivrés et leur quantité
- le montant de l'ordonnance.

Ce registre justifie notamment le montant du versement des recettes en fin de journée.

A partir de celui-ci les vendeurs peuvent compter et détailler sur un autre registre le nombre de ventes de la journée pour chaque médicament. Ce dispositif a été mis en place récemment à l'initiative du pharmacien chef du district pour donner accès, plus facilement, à un historique des ventes.

Seul une calculatrice aide les vendeurs à déterminer le coût total de l'ordonnance. Les paiements se font dans l'extrême majorité des cas en espèces. Il arrive beaucoup plus rarement que le paiement soit effectué à l'aide d'un « mandat » de mutuelle lorsque les patients travaillent dans une société qui prend en charge leurs frais de santé.

4) Le circuit des traitements des programmes nationaux

Le stock de la pharmacie du district est composé des médicaments essentiels dont la liste figure en **annexe**. On note sur cette liste certaines classes de médicaments comme les antituberculeux, les traitements du SIDA, les vaccins qui ne sont pas vendues à la pharmacie du centre de santé. En effet , ces médicaments font partie d'un ensemble de programmes nationaux, dans le cadre de l'application de la politique nationale de santé, comme nous l'avons développé en première partie.

Ces programmes de santé sont issus des composantes essentielles des soins de santé primaires.

Nous allons détailler quatre de ces programmes : les traitements de la tuberculose et du SIDA, les vaccins et les contraceptifs.

◆ **PNT (Plan National de Lutte contre la Tuberculose)**

Le centre de distribution des produits antituberculeux pour le district de Rufisque se trouve dans l'enceinte de l'hôpital Youssou M'Bargane. Chaque patient nouvellement déclaré dans le district passe par cette structure. Un dossier de suivi lui est ouvert.

Il a été recensé durant l'année 2003, 238 cas de tuberculose dans le district, et 175 cas pour l'année en cours (2004).

Le centre de santé comporte deux salles d'hospitalisation de six lits chacune pour les infections comprenant la tuberculose.

Les produits sont disponibles au centre de santé Youssou M'Bargane et également dans neuf postes de santé actuellement (3 postes datent du mois de juin 2004). Cette décentralisation de soins va se poursuivre car elle permet aux patients d'avoir un coût de transport moindre pour se traiter

La fiche de suivi retrace son traitement reçu et le résultat de ses analyses.

TRAITEMENT :

Le traitement dure 8 mois. Ce traitement se divise en deux phases :

- phase initiale de deux mois
- phase d'entretien de six mois.

La thérapeutique varie suivant qu'il s'agisse d'un nouveau cas ou d'une rechute.

Tableau X : Protocole de traitement antituberculeux selon les différents cas

	Phase initiale	Phase d'entretien
Nouveau cas	RHZE tous les jours	EH tous les jours
Rechute	RHZE + Streptomycine	RHZE
Tuberculose + SIDA	EH pendant 10 mois	

R → Rifampicine

Z → Pyrazinamide

H → Isoniazide

E → Ethambutol

Les patients se déplacent tous les jours dans la structure de santé pour recevoir leur traitement et donc assurer une bonne observance. Cependant pour un souci de commodité et de moindre coût, les patients ne se déplacent que tous les trois jours. Il y a en moyenne une quinzaine de visites par jour.

Quelques cas d'abandon sont recensés. Dans ce cas, les agents de santé téléphonent ou visitent les patients pour comprendre la raison de l'abandon et l'aider.

EXAMENS DE CONTROLE :

Ce traitement est suivi par des examens de contrôle

STOCK :

La pharmacie du district approvisionne le centre de PNT qui redistribue aux différents postes de santé du district.

◆PEV (Le Programme Elargi de Vaccination)

Initié au Sénégal en 1979, ce plan a pour objectif de vacciner 80% des enfants avant leur premier anniversaire contre 7 maladies. Jusqu'en 1990, les progrès réalisés dans le cadre de la mise en oeuvre du PEV furent remarquables. Puis, par la conjonction de facteurs multiples (contraintes liées au système de santé, environnement économique difficile, ...), on a noté une stagnation puis une chute des taux de couverture. Devant cette situation, le PEV fait l'objet depuis quelques années, d'un regain d'intérêt avec l'engagement des autorités et des partenaires. Ainsi, le Sénégal a souscrit depuis 1996 à l'initiative d'Indépendance Vaccinale avec une inscription formelle par son gouvernement d'une ligne budgétaire pour l'achat des vaccins et consommables.

Voici les recommandations, dans l'ordre chronologique, du programme mis en place :
(les chiffres correspondent au numéro de l'injection lorsqu'il y a des rappels)

Naissance	→	BCG à l'épaule HB1 à la cuisse gauche pour tous les nourrissons de plus de 2,5 kg
1 mois ½	→	HB2 DTC 1
2 mois ½	→	HB3 DTC 2
3 mois ½	→	DTC 3
9 mois	→	Rougeole Fièvre jaune

◆ Plan de santé de la reproduction

Les contraceptifs sont délivrés à la pharmacie du centre de santé mais leur stock n'est pas géré par la pharmacie du district. Leur gestion rentre dans le cadre de la Planification Familiale : un des services du programme de santé de la reproduction. Ce programme vise la santé maternelle, la survie de l'enfant, les IST et la contraception. Le programme est exécuté en partenariat avec le Ministère de la Santé et les collectivités locales de 29 districts sanitaires. Il vise à améliorer de manière significative la santé maternelle et infanto-juvénile, et à stabiliser le taux de prévalence du VIH/SIDA d'ici 2006.

Son objectif est d'accroître de manière durable l'utilisation des services de santé de la reproduction (survie de l'enfant (SE), santé maternelle (SM), planification familiale (PF), infections sexuellement transmissibles (IST) et SIDA) dans le cadre de la décentralisation dans les zones ciblées.

Un projet de renforcement de la lutte contre la carence en vitamine A est en cours dans le pays (24). En effet, parmi les causes de mortalité maternelle post partum, l'avitaminose A occupe une grande place. La vitamine A permet de baisser fortement le risque d'infections chez la mère et l'enfant en post partum. C'est pourquoi, dans le cadre du PNDSS (1998-2007), le gouvernement mène une campagne de supplémentation en vitamine A. Voici le protocole :

- | | |
|------------------------|--|
| -6 à 11 mois | →100 000 UI en une fois |
| -12 à 59 mois | →200 000 UI tous les 6 mois |
| -femmes en post partum | →200 000 UI dans les 6 semaines suivant l'accouchement |

◆ Plan national de lutte contre le SIDA

La prise en charge du traitement du SIDA fonctionne différemment de celle d'autres pathologies. En effet, c'est une des dernières prise en charge qui n'est pas relayé par les districts et qui s'effectue encore à Dakar.

Le ministère de la santé estimait en 2000 à 90 000 le nombre de personnes vivant avec le SIDA au Sénégal. Ce chiffre correspond à une prévalence moyenne assez faible d'environ 3%. Cette faible prévalence est due, entre autres, à la précocité des efforts de prévention mis en œuvre au plan national. Dès 1997, le pays réfléchissait sur l'utilisation des antirétroviraux (ARV) et dès 1998, il créait l'initiative d'accès aux ARV (IAARV). Cette initiative a été à

l'origine, entre autres, de la mise en place d'un système de subvention des ARV en fonction des ressources de chaque patient.

Suite à son adhésion à l'initiative ACCESS en mai 2000, le Sénégal a conclu un accord en Octobre 2000 avec l'OMS, l'ONU SIDA, l'UNICEF, la Banque Mondiale et 3 firmes pharmaceutiques : BMS, GSK et MSD pour réduire ses prix d'achats d'ARV au prix de base sortie d'usine (soit une diminution du prix d'achat de 85%).

Le coût du tout s'élevait alors à 150 Euros. La valeur moyenne de l'observance est passée de 83% en 1999 à 90% en 2000 suite à la réduction de la participation des patients au coût du traitement. Ces chiffres proviennent d'une étude menée sur 80 participants de Novembre 1999 à Octobre 2001.

Malgré cette réduction des coûts et d'importants programmes internationaux de soutien, le gouvernement n'arrive à prendre en charge qu'1% des personnes séropositives alors qu'il consacre plus de 80% de son budget de médicaments pour acheter des ARV (13)

La prise en charge du traitement du SIDA est lourde : achat des ARV lourde, suivi du patient et de son observance, contrôle des bilans sanguins CD4, évaluation de la charge virale... Cette prise en charge est donc réservée à l'heure actuelle aux hôpitaux de régions.

Pour la région médicale de Dakar, les deux structures dispensatrices sont l'hôpital FAN et l'IHS.

De même pour les locaux de stockage des médicaments ARV, leur implantation reste limité puisque seules deux structures pour le moment sont habilitées : la PNA et l'hôpital FAN.

Pour une meilleure observance, et un bon suivi des patients, le gouvernement souhaite décentraliser l'approvisionnement et la distribution des thérapeutiques à chaque PRA.

En ce qui concerne le dépistage de cette maladie, il peut être réalisé dans chaque district à l'aide d'un test rapide de détection : Determine® et d'un test de confirmation Bispot®.

Les dépistages effectués à Dakar se font à l'aide du test Elisa car ils sont bien plus nombreux. Une circulaire venant du ministère de la santé a été envoyée en Juin 2004 à chaque district pour les informer sur la nouvelle gratuité des tests de dépistage du VIH. Le ministère de la santé y écrit « ...mon département ministériel a décidé de rendre gratuit le dépistage VIH dans toutes les structures de santé du pays ...pour réduire la séro-ignorance... ». En effet, en 2002, cette séro-ignorance était encore évaluée à 80%. Le ministère demande par conséquent à chaque structure de prendre toutes les dispositions pour rendre le dépistage accessible à tous et donc se procurer les deux tests : Determine® et Bispot® dans leur PRA respective. Cette

circulaire illustre la volonté qu'avait le président d'état de rendre gratuit le dépistage et le traitement ARV. Reste à rendre le traitement ARV gratuit comme l'a été fait pour les trois différents programmes : PNT, PEV et PF. L'observance du traitement en sera d'autant mieux suivie.

Ce programme de lutte contre le SIDA est financé entre autres par l'état qui y consacre environ deux Milliards de FCFA par an, par certains bailleurs comme la banque mondiale et enfin par certains pays coopérateurs comme la Belgique et le Japon.

◆Téléthon

Nous allons développer un dernier programme qui ne fait pas partie du cadre de gestion du district. Ce programme, nommé Téléthon, ne rentre pas dans le cadre de la politique nationale de santé comme les autres plans. Ce programme a été créé sous l'initiative du ministre de la santé Eva Marie Coll Seck face à l'urgence des cas de paludismes au Sénégal et l'impuissance du gouvernement contre ce fléau. Il est financé grâce aux dons des sénégalais. Il vise à rendre gratuit la prise en charge du paludisme chez deux catégories de personnes :

- enfants de moins de cinq ans
- femmes enceintes.

Ces personnes, pour bénéficier de la gratuité des soins, doivent être atteintes de paludisme grave et être hospitalisées. Ainsi, toute une gamme de thérapeutiques gratuits a été mise à la disposition des établissements de santé.

La mise en application de ce programme a été effective pour le district de Rufisque le 04 août 2003. Depuis, un coordinateur établit un bilan annuel qui analyse les stocks de produits reçus et les sorties pour les cas déclarés.

Depuis sa date de mise en application (04/08/03) et la fin de l'année 2003, 200 enfants ont bénéficié de ce programme dans le district.

TROISIEME PARTIE :
ENQUÊTE AU CENTRE DE SANTE
YOUSSEU MBARGANE DIOP

I-CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une coopération entre le centre hospitalier universitaire de Nantes et le centre de santé Youssou M'Bargane de Rufisque.

Cette enquête contribue à l'étude de l'usage rationnel des médicaments en milieu hospitalier.

Les objectifs au départ de cette étude ont été les suivants :

- Evaluation de la prescription et de la dispensation des médicaments à l'hôpital Youssou M'Bargane
- Révélation des points forts et des points faibles des pratiques étudiées
- Contribution à l'amélioration des prestations en proposant des mesures visant à optimiser les ressources tout en assurant des soins de qualité.

II-METHODOLOGIE

Cette évaluation a été réalisée grâce à l'analyse d'ordonnances reçues à la pharmacie du centre et émanant des différents services de santé (médecine et pédiatrie). Une observation de certaines consultations (externes et hospitalisation) a été menée, cependant aucune donnée statistique n'en est ressortie. Cette analyse aurait nécessité une période d'étude plus longue et l'aide d'un accompagnateur qui aurait traduit les différents langages utilisés, notamment le Wolof.

Tous les services de consultation ont été pris en compte y compris le cabinet dentaire et la pédiatrie afin que les indicateurs obtenus représente un éventail de problèmes de santé et d'âge.

Nous étudierons les habitudes des professionnels de santé grâce à un recueil de données à partir des 463 ordonnances relevées à la pharmacie.

⇒ Collecte des données

En pratique la collecte des données a été conduite sur une période de 2 mois de mi-juin à mi-août 2004. Les données sont issues de l'étude des ordonnances provenant d'une part des services de l'hospitalisation et d'autres parts des patients ayant fréquenté les consultations externes. Ces deux types de prescriptions n'ont pas pu être distingués.

Le recueil des données a été réalisé au niveau du guichet même de la pharmacie hospitalière.

Comme nous l'avons vu, la pharmacie fonctionne 24h/24. Une personne assure la dispensation des médicaments aux patients ambulatoires 24 heures à la suite.

L'enquêteur a donc évolué au guichet de la pharmacie aux horaires correspondants à ceux des consultations médicales et pédiatriques (c'est à dire le matin) afin d'en recevoir les prescriptions.

Devant l'inexistence de duplicata d'ordonnance et l'impossibilité de conserver les ordonnances originales (rendues directement aux patients), chaque ordonnance a été recopiée afin de pouvoir étudier rétrospectivement chacune d'elle.

Les prescriptions étant généralement bien rédigées, il n'a pas été utile de demander à chaque patient la date de consultation ni le nom du service. Une tentative de questionnaire a été réalisée portant sur l'hospitalisation ou non du patient et les raisons pour lesquelles l'ordonnance a été partiellement ou non délivrée. Cependant, cette tentative a échoué du fait de la non compréhension du Wolof par l'enquêteur.

III-ANALYSE DES DONNEES

Chacune des ordonnances a été étudiée suivant un masque de saisie présenté en **annexe**.

Les informations consignées sont relatives :

- à la rédaction de l'ordonnance : lisibilité, date, identification du malade, du prescripteur, posologie
- à la nature des médicaments prescrits : nombre de lignes de prescription
- au coût des traitements délivrés.

Afin d'exploiter les données reportées sur le masque de saisie, nous nous sommes appuyés sur la liste des médicaments essentiels vendus à la pharmacie du centre de santé présentée en **annexe**

L'analyse statistique des ordonnances codées sous forme de masque de saisie a permis de calculer trois types d'indicateurs :

- 1- indicateurs de prescription
- 2- indicateurs de service de santé
- 3- indicateurs de soins aux malades

1) Indicateurs de prescription

Ces indicateurs servent à mesurer les habitudes des agents de santé en matière de prescription des produits pharmaceutiques.

- Nous avons d'abord évalué la qualité de rédaction des ordonnances à l'aide des indicateurs suivants :

- Pourcentage d'ordonnances où le prescripteur est correctement identifié (c'est à dire son nom sa qualification et sa signature)
- Pourcentage d'ordonnances où la date de consultation est mentionnée
- Pourcentage d'ordonnances où le traitement est correctement identifié (c'est à dire le nom de chaque médicament et sa posologie)

- La qualité du contenu a été mesurée en fonction des indicateurs suivants

- Nombre moyen de médicaments par ordonnance
- Pourcentage de médicaments prescrits figurant sur la liste de l'hôpital
- Pourcentage d'ordonnances avec au moins un antibiotique
- Pourcentage d'ordonnances avec au moins un injectable prescrit
- Coût moyen d'une ordonnance prescrite

Le pourcentage de médicaments génériques n'a pas été relevé car à quelques exceptions près, la prescription sous le nom générique a été respectée.

2) Indicateurs de service de santé

Les indicateurs de service de santé permettent de mesurer, dans les services, la présence d'éléments favorisant l'application de la politique pharmaceutique en termes de disponibilité des médicaments, de qualification du personnel et d'accès à des informations sur ces médicaments.

Concernant l'accès aux informations des médicaments, ce thème sera développé dans le chapitre « Résultats ».

La disponibilité des médicaments a été analysée à partir du pourcentage d'ordonnances délivrées partiellement pour cause de rupture de stock.

3) Indicateurs de soins aux malades

Ces indicateurs de soins aux malades déterminent les éléments clés de l'expérience vécue par le patient dans la structure de santé. Ils sont évalués à partir des statistiques suivantes :

- durée moyenne de délivrance des médicaments
- coût moyen d'une ordonnance délivrée
- pourcentage d'ordonnances délivrées entièrement
- pourcentage d'ordonnances délivrées partiellement pour raisons financières
- pourcentage d'ordonnances délivrées partiellement pour prescription hors liste

IV-RESULTATS

Au cours de ces semaines d'enquête au sein du centre de santé Youssou M'Bargane 463 ordonnances ont été recueillies au guichet de la pharmacie.

Sur l'ensemble des ordonnances, 80% proviennent de médecine et 20% de pédiatrie.

463 ordonnances : -93 pédiatrie
 -370 médecine

Les résultats obtenus sont retranscrits sous forme de tableaux.

1) Indicateurs de prescription

⇒ Les indicateurs de la qualité de rédaction des ordonnances

Les ordonnances ont toutes été rédigées à l'exception de trois sur des feuilles simples (cf annexe).

La grande majorité des prescriptions était lisible et sans rature.

2 % des ordonnances ne comportait pas la date de consultation.

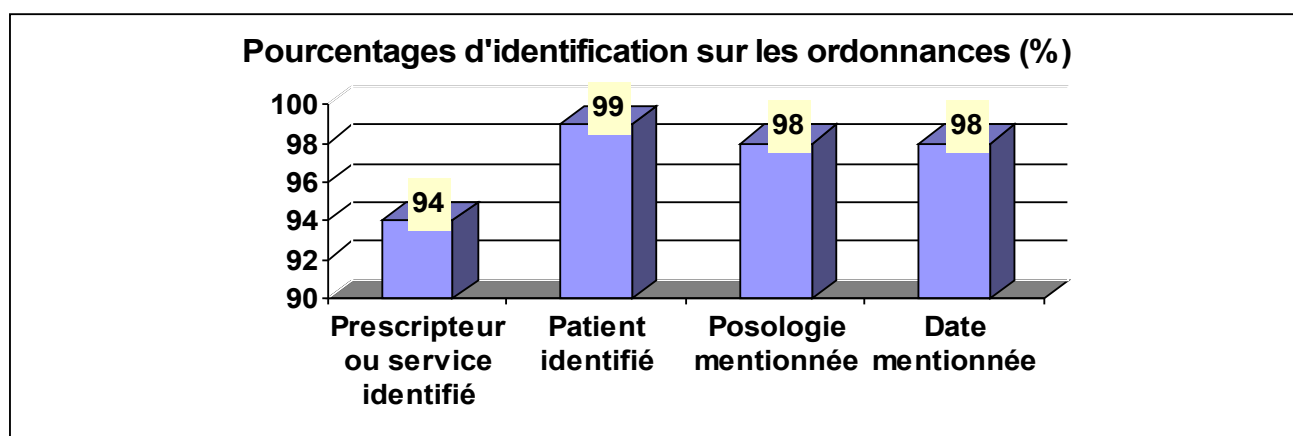
Concernant l'origine de la prescription, le service a pu être identifié dans 94 % des cas.

Pour presque 2 % des ordonnances, aucune identification du prescripteur n'a été possible, vu le manque d'information. Parmi ces 2 % d'ordonnances, la majorité était issue du service de bandage qui ne prescrivait que des bandes et des compresses.

A peine 1 % des ordonnances ne mentionnent pas le nom du patient.

Moins de 2 % sont dépourvues de posologie. Dans ce cas, elles ne mentionnent que la quantité d'unités à acheter.

Encadré III : Pourcentage d'identification sur les ordonnances (%)



⇒ Les indicateurs de la qualité du contenu de la prescription

Les 463 ordonnances étudiées correspondent à 1524 lignes de prescription. Une ligne de prescription signifie un médicament prescrit.

◆Médicaments :

Les prescriptions contenaient de 1 à 12 médicaments par ordonnance, soit une moyenne de 3,3 médicaments par ordonnance avec 36% de polyprescription. On entend par polyprescription des ordonnances comprenant quatre médicaments et plus.

La quasi totalité des médicaments était prescrite sous forme générique.

91% des médicaments appartenait à la liste des médicaments vendus à l'hôpital (dans l'enquête 144 lignes ne faisaient pas partie de la liste des médicaments officiels).

◆Part de l'antibiothérapie : 46% des ordonnances contenaient au moins un antibiotique

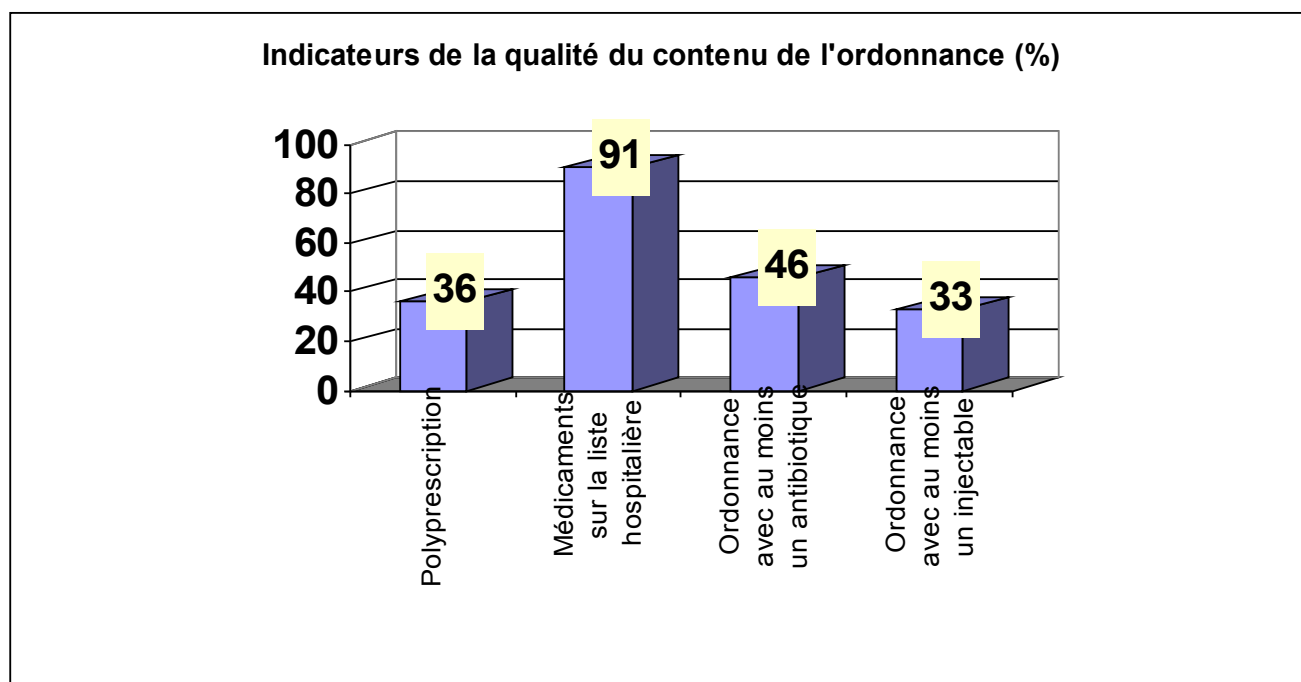
◆Part des injectables : 33% des ordonnances contenaient au moins un injectable

◆Part des produits antipaludéens : 33% des ordonnances contenaient au moins un produit antipaludéen

◆Coût de l'ordonnance prescrite :

Le coût moyen d'une ordonnance prescrite est de 1501 FCFA (2.29 euros).

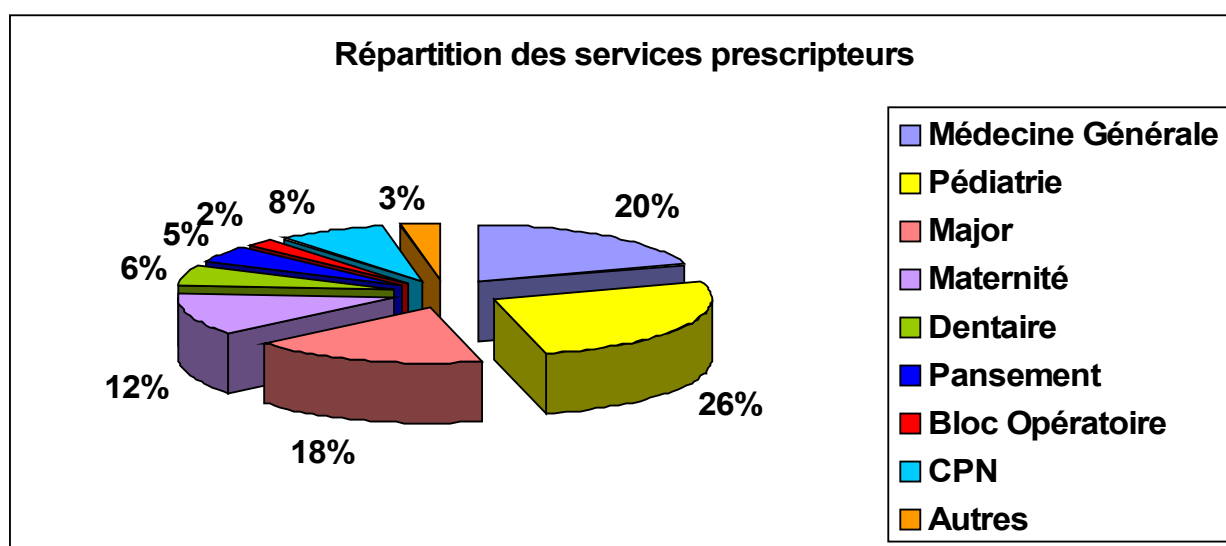
Encadré IV : Indicateurs de la qualité du contenu de l'ordonnance (%)



2) Indicateurs de service de santé

Aux dires des professionnels du centre de santé, le centre n'a pas assez de personnel qualifié. Il manque des prescripteurs et des dispensateurs. La délivrance des médicaments est assurée par des vendeurs sans diplôme qui ont été recrutés sans avoir aucune notion du médicament. En ce qui concerne les prescripteurs, il n'a pas été possible à travers l'enquête de connaître la réelle qualification de chaque prescripteur. En effet, sur les ordonnances, seuls un tampon du service suivi d'une signature faisaient augurer de prescripteur. Il aurait fallu être capable de reconnaître chaque écriture pour dresser un tableau statistique, ce qui était difficilement concevable. Nous avons donc relevé chaque service prescripteur sur les ordonnances et dressé un graphique à partir de ces données.

Encadré V : Répartition des services prescripteurs



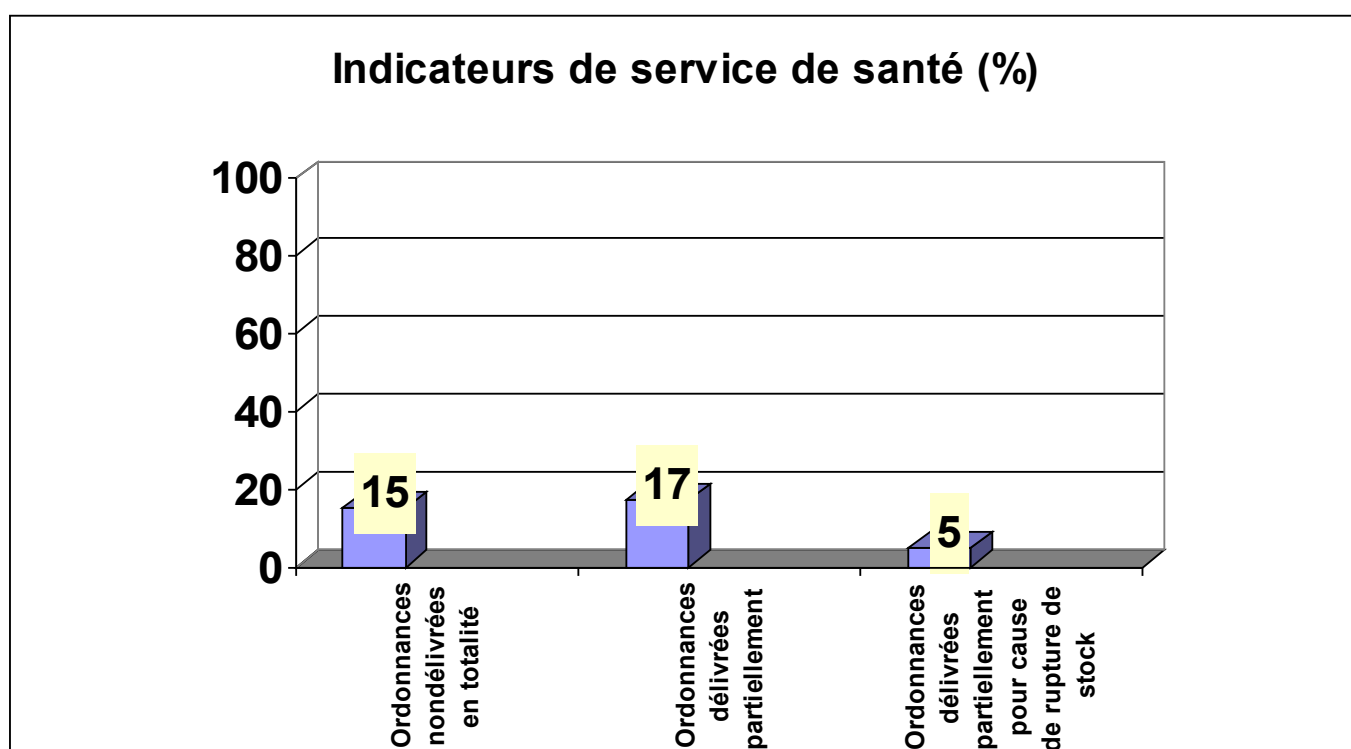
Concernant l'accès aux informations des médicaments, il n'était pas forcément évident, pour les prescripteurs avant juillet 2004, de consulter la liste des médicaments disponibles à l'hôpital. Ils devaient, en effet, se déplacer ou téléphoner à la pharmacie du centre de santé pour connaître les références en stock. La pharmacie du district a remédié à ce manque d'information en distribuant à chaque prescripteur une liste des médicaments essentiels disponibles. Cette liste figurant **en annexe** est classée par famille pharmacologique. C'est une liste exhaustive de tous les produits normalement en stock à l'hôpital.

En terme de disponibilité de médicaments, les résultats nous montrent que 68% des ordonnances ont été totalement délivrées par la pharmacie.

Aucune dispensation n'a été effectuée sur 15% des ordonnances et 17% ont été délivrées de façon partielle.

Les ruptures de stock de médicaments au sein de la pharmacie sont responsables de la délivrance partielle de 5% des ordonnances.

Encadré VI : Indicateurs de service de santé



3) Indicateurs de soins aux malades (indicateurs de dispensation)

Les indicateurs de soins seront caractérisés dans notre étude comme des indicateurs de dispensation puisqu'ils décrivent, plus spécifiquement, les pratiques quotidiennes du personnel pharmaceutique en matière de délivrance de médicaments aux malades.

La délivrance des médicaments aux malades a pris en moyenne moins de 3 minutes.

Le coût moyen d'une ordonnance est de 1501 FCFA (2.29 euros).

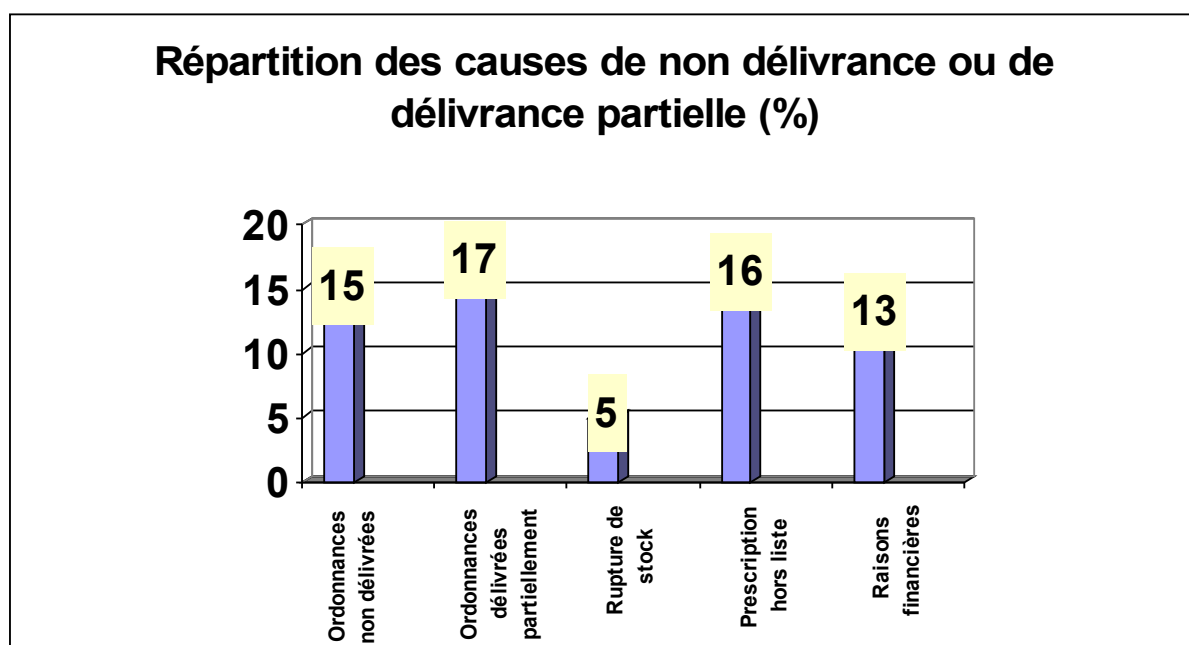
Médicaments :

Sur l'ensemble des ordonnances, 68% ont été délivrées entièrement. On en déduit que 32% n'ont pas été délivrées, ou bien que partiellement.

Nous l'avons vu, les achats incomplets peuvent être du fait du pharmacien avec 5% de rupture de stock, mais ils peuvent également être liés aux clients et aux prescripteurs.

Les achats incomplets (ou absents) pour difficultés financières de la part de l'acheteur concerne 13% des ordonnances. La prescription de médicaments n'appartenant pas à la liste des produits référencés à l'hôpital a engendré 16% d'ordonnances non délivrées, ou que partiellement délivrées. Les autres causes de délivrance partielle (comme le fait d'avoir déjà le médicament en sa possession ou la possibilité de revenir plus tard) représentent moins de 1%.

Encadré VII : Répartition des causes de non délivrance ou de délivrance partielle (%)



La substitution des médicaments était systématiquement pratiquée dès lors que le générique était en stock. On observe, dans la liste des produits référencés, que la quasi totalité des médicaments substituables est générique à quelques exceptions près comme le *Spasfon®*.

Le travail de substitution était donc plus facilement réalisable par les vendeurs qui n'avaient pas le choix entre le médicament de référence et le générique. Alors, lorsque une ordonnance présentait exceptionnellement un produit non générique, le vendeur délivrait systématiquement son générique.

Tableau XII : Résultats des principaux indicateurs**(25)**

Indicateurs de la qualité de rédaction des ordonnance	
Pourcentage d'ordonnances où le service prescripteur est identifié	94%
Pourcentage d'ordonnances où la posologie est mentionnée	98%
Indicateurs de la qualité du contenu de la prescription	
Nombre moyen de médicaments par ordonnance	3,3
Pourcentage de polyprescriptions	36%
Pourcentage de médicaments prescrits figurant sur la liste des médicaments officiels	91%
Pourcentage d'ordonnances avec au moins un antibiotique	46%
Pourcentage d'ordonnances avec au moins un injectable	33%
Indicateurs de service de santé	
Pourcentage d'ordonnances délivrées partiellement	17%
Indicateurs de soins aux malades	
Pourcentage des ordonnances délivrées partiellement pour raison financière	13%
Pourcentage des ordonnances délivrées partiellement pour prescription hors liste	16%
Coût moyen de l'ordonnance délivrée	1501 FCFA (2,29 euros)

V-DISCUSSION

1) Validité et limites de l'enquête

La première limite de l'enquête est la valeur de l'échantillonnage. Nous n'avons recueilli que 463 ordonnances, or, le plan d'échantillonnage de l'OMS prévoit d'étudier au minimum 600 ordonnances pour avoir une précision sur les résultats de 7,5%.

⇒ Biais de sélection

Le recueil d'ordonnances a eu lieu lors de la dispensation des médicaments. Les conceptions d'ordonnances qui ont lieu au moment des consultations n'ont pas été suivies. De ce fait, le procédé utilisé ne garantit pas que toutes les prescriptions rédigées dans les services arrivent à la pharmacie du centre de santé. Certains médecins vacataires spécialistes (gynécologues, cardiologues, ...) prescrivent surtout des spécialités et envoient directement leur patient dans une officine privée, ce qui entraîne une sous estimation de prescription de médicament hors liste. Certains patients sans ressource financière sont d'emblée sortis du centre de santé sans passer par la pharmacie, ce qui sous estime le nombre non délivrées pour raison financière.

⇒ Biais d'échantillonnage

Le recueil d'ordonnances a été limité dans le temps, ce qui a diminué l'aspect aléatoire de l'échantillonnage.

De plus, cette étude a été réalisée pendant les mois de juillet et août. Ces mois d'été au Sénégal correspondent à la saison des pluies, propice à la reproduction des anophèles et au développement des cas de paludisme. Plusieurs indicateurs ont été biaisés par la saison des pluies :

- le pourcentage d'ordonnances avec au moins un produit antipaludéen
- le pourcentage d'ordonnances avec au moins un produit injectable.
- le pourcentage de polyprescriptions

Ces indicateurs n'auraient pas eu la même ampleur au moment de la saison sèche.

⇒ Biais d'analyse

- L'évaluation de la compréhension, par le malade, du traitement prescrit n'a pas été réalisé, faute de temps et du barrage de la langue. Néanmoins, l'observation du personnel de la pharmacie a permis de constater l'absence de rappel de la posologie des médicaments lors de leur dispensation. Ce constat insinue que seuls les patients sachant lire (ou ceux connaissant quelqu'un de leur entourage sachant lire) ont pris correctement leur traitement. D'ailleurs, il est arrivé quelquefois que le patient questionne le personnel de la pharmacie pour savoir comment prendre son traitement .

- Le coût moyen d'une ordonnance a été évalué à partir de la liste des montants de chaque ordonnance. Ces montants ont été calculés, au moment de la délivrance, par les vendeurs qui connaissaient de tête le prix de chaque référence et qui additionnaient à l'aide d'une calculatrice chaque ligne de la prescription. Au moment de l'enquête, aucune liste officielle des prix n'était encore disponible. Les prix pouvaient donc être fluctuant selon le vendeur au comptoir ; ce fait biaise l'indicateur du coût moyen d'une ordonnance.

2) Mise en perspective des résultats

Les indicateurs utilisés ne font référence pour l'instant à aucune norme mais leur comparaison avec les résultats d'autres études similaires permettra de les consolider et, ultérieurement, de suivre leur évolution dans le temps. (26)

Dans les pays en voie de développement, les travaux réalisés en matière d'usage rationnel des médicaments concernent essentiellement les soins de santé primaires (SSP). C'est le cas d'une étude menée sur 6 pays d'Afrique en 1998 qui concerne : le Togo, le Cameroun, le Mali ; le Gabon, la Guinée et la côte d'Ivoire.

Peu d'études ont été faites à l'hôpital pour l'instant, à l'exception d'une enquête réalisée au Tchad en 2000 au sein de l'hôpital Général de Référence National de N'Djaména qui reprend entre autres les mêmes indicateurs. Nous allons nous appuyer sur ces deux types d'études afin de comparer et interpréter nos résultats. (27)

⇒ La prescription

◆ La qualité de la rédaction de l'ordonnance reste médiocre, notamment sur l'identification du prescripteur. La quasi totalité des ordonnances est rédigée sur une feuille simple déchirée en quatre, ce qui n'est pas propice à une bonne dispensation et observance du traitement (cf annexe).

◆ Il n'existe pas de norme généralement admise pour le nombre moyen de médicaments par ordonnance, mais 3,3 médicaments en moyenne paraît un chiffre un peu élevé, surtout que le pourcentage de polyprescriptions est estimé à 36% (ordonnance à quatre médicaments ou plus). Dans les études citées, cet indicateur est compris, seulement, entre 10 et 15%. Toutefois, cet indicateur est à manipuler avec précautions car il tient compte de la vente des solutés de perfusion (considérés comme des médicaments). Ces derniers ont pu avoir une incidence sur le nombre de lignes de prescription.

◆ 91% des médicaments prescrits appartenaient à la liste des médicaments disponibles au centre de santé Youssou M'Bargane. Ce chiffre traduit une forte utilisation des médicaments essentiels. C'est un bon résultat par rapport aux chiffres donnés pour le Sénégal qui sont 72% de prescription de médicaments essentiels dans le secteur public et 44% dans le secteur privé.

◆ Les traitements antibiotiques ou sous forme injectable sont réputés pour leur usage facilement abusif. Si l'on prend comme valeurs souhaitables les résultats observés dans les autres études (12-15% d'ordonnances avec injectable(s), 30-35% d'ordonnances avec antibiotique(s)), on voit que l'usage des antibiotiques (46%) et des injectables (33%) au centre de santé est relativement abusif.

⇒ La dispensation

◆ La disponibilité des médicaments est bonne puisque les ruptures de stock n'ont entraîné que 5% d'achats partiels des ordonnances.

♦ Le pourcentage d'achats incomplets des ordonnances se juxtapose à celui des autres études à savoir 15%.

68% des ordonnances ont été entièrement dispensées. Pour les 32% restant (17% non délivrées, 15% délivrées partiellement), deux motifs majeurs ont été avancés :

-prescription hors liste pour 46% des ordonnances non délivrées ou que partiellement

-manque de ressource financière pour 39% des ordonnances non délivrées ou que partiellement

♦ La délivrance de médicaments sous forme générique marque un très bon point puisque très peu de spécialités restent à générer. Le produit est donné sous sa forme DCI quelque soit l'intitulé de la prescription.

♦ Le coût moyen d'une ordonnance délivrée s'élève à 1501 FCFA (environ 2.30 euros). Ce montant paraît extrêmement bas comparé au coût moyen d'une ordonnance dans les 6 pays étudiés (environ 4 ;6 euros).

Ce faible coût peut s'expliquer par la large application de dispensation sous forme générique.

Tableau XIII: Mise en perspective des résultats avec une étude réalisée au Tchad en milieu hospitalier et une enquête de soins de santé primaires dans 6 pays d'Afrique. (25)

	Centre de santé Youssou M'Bargane Sénégal	Hôpital N'Djaména Tchad	6 pays d'Afrique (les deux résultats extrêmes)
I- PRESCRIPTION			
•Nombre moyen de médicaments par ordonnance	3,3	2,5	2,3-2,8
•Pourcentage de polyprescriptions	36%	15%	10-15%
•Pourcentage de médicaments appartenant à la liste de l'établissement	91%	91%	27-62%
•Pourcentage d'ordonnances avec au moins un antibiotique	46%	47%	31,4-45%
•Pourcentage d'ordonnances avec au moins un injectable	33%	29%	12,2-30,6%
II- DISPENSATION			
•Pourcentage d'ordonnances délivrées entièrement	68%	68%	57,7-94,1%
•Pourcentage de délivrance partielle pour :			
-raison financière	13%	4%	0,4%-12,2%
-prescription hors liste	16%	21%	3,1-40,7%
•Coût moyen de l'ordonnance achetée (euros)	2,30	2,44	

3) Bilan des résultats

Afin de faire le point sur l'usage rationnel des médicaments au sein du centre de santé Youssou M'Bargane, nous allons à la fois nous appuyer sur l'enquête et sur l'expérience vécue sur le terrain pendant deux mois.

⇒ Prescription

- Le problème majeur du centre de santé est le manque de diplômés. Malgré l'absence de chiffres statistiques concrets, nous avons remarqué une très faible proportion de prescripteurs médecins. La majorité des ordonnances a été rédigée par des infirmiers. Parfois, ni médecin ni même infirmier n'est à l'origine de la prescription.

- En matière de qualité de prescription, les auteurs ne respectent pas toujours les Bonnes Pratiques de Prescription qui incitent à une identification correcte du prescripteur et du malade.

- Les prescripteurs du centre de santé respectent dans l'ensemble la liste des médicaments essentiels ; d'autant plus depuis que la pharmacie du district leur a mis à disposition cette liste. 16% seulement des ordonnances contiennent un produit hors liste. Ce taux aurait pu être entaché par les nombreuses visites de délégués médicaux qui font la promotion de nouvelles spécialités mais les prescripteurs restent fidèles au principe d'économie.

⇒ Dispensation

- Tout comme pour les prescripteurs, la pharmacie manque de diplômés. Un seul pharmacien gère l'ensemble du district dans le domaine public (il comprend 3 centres de santé, 27 postes de santé et 3 cases de santé). Les dispensateurs du centre de santé Youssou M'Bargane n'ont pas de diplôme requis pour exercer leur fonction. Il s'en ressent inévitablement des lacunes lors de la délivrance des médicaments : aucun rappel de la posologie ni aucune précaution d'emploi n'est préconisé à l'égard du patient. Le plus grave est qu'ils ne peuvent pas s'assurer que l'ordonnance ne contient pas de contre indication. Le manque d'information est total. Aucun ouvrage n'est mis à leur disposition et aucune formation ne leur est proposée.

- Au sujet du rythme de travail des vendeurs, il n'est pas propice à une dispensation de qualité. En effet, les vendeurs se relaient toutes les 24 heures. Il est légitime de penser que la vigilance est moindre après 24 heures de délivrance en continu. Ce problème de surcharge de temps de travail a été soumis au médecin chef de l'établissement qui a envisagé des solutions pour répartir harmonieusement leurs horaires dans la semaine.

- Le principe de substitution est bien suivi par les vendeurs. Ils connaissent les équivalences pour les références les plus substituées. Ils sont disposés à économiser et ne manquent pas de conseiller les médicaments les plus urgents lorsque l'ordonnance est délivrée partiellement.

- Un des problèmes réglé depuis l'enquête est la variation des prix pratiqués par chaque vendeur. Une liste officielle des prix était en cours d'élaboration en août 2005. Depuis sa sortie, les coûts des ordonnances selon les différents vendeurs ont été harmonisés.

En parallèle à la notion d'usage rationnel du médicament, on peut évoquer un thème qui embarrasse les gestionnaires de la pharmacie : le surstockage. Le rangement des médicaments dans la pharmacie est assez insolite car chaque vendeur a sa propre armoire de médicaments. Chacun est responsable de sa réserve et chacun gère son stock comme il l'entend. Cette manière de procéder incite au surstockage qui s'en ressent dans le fond de commerce.

⇒ Accessibilité aux soins pour le malade

- Les consultations et hospitalisations sont financées sur la base d'un forfait ticket peu onéreux mais auquel peuvent s'ajouter d'autres prestations : examens, analyses, médicaments...

Malgré un large recours à la liste des médicaments essentiels qui engendre des économies, les prescripteurs ont tendance à un peu trop prescrire avec 36% de polyprescriptions. Cette notion ne facilite pas l'accès financier des patients aux médicaments.

- Il existe un léger abus d'usage des antibiotiques et injectables si l'on croise les résultats du tableau de mise en perspective. Cet abus nécessiterait une évaluation de la pertinence des diagnostics.

- La disponibilité des produits pharmaceutiques est bonne puisque les ruptures de stock n'occasionnent que 5 % des causes de délivrance partielle.

• Pour étudier les qualités de soins offertes au patient, il faut aussi observer ses conditions d'attente et de prise en charge.

Le patient sortant de consultation avec une prescription doit, lui-même, aller chercher ses médicaments, même s'il est hospitalisé (dans le cas d'une hospitalisation, ce sont souvent ses proches qui se déplacent pour lui).

La pharmacie du centre Youssou M'Bargane n'est pas si facile d'accès qu'elle devrait l'être. Les panneaux d'affichage, trop peu nombreux, peuvent dissuader le patient de la trouver. Une fois arrivé devant, le malade doit s'armer de patience pour être servi, surtout aux heures de pointe (c'est à dire aux heures de consultation).

Etant donné les conditions dans lesquelles les patients attendent, on ne peut prétendre que l'accès aux médicaments soit d'une qualité irréprochable.

Tout d'abord, aucune barrière n'a été construite pour organiser la file d'attente, ce qui est propice aux débordements et bousculades.

Ensuite, un seul guichet est ouvert quelquesoit l'heure. L'attente peut atteindre plusieurs dizaines de minutes aux heures de pointe. De plus, le personnel vient parfois se procurer des médicaments. Son intrusion dans la file n'est pas bien vu des malades qui attendent depuis longtemps.

Mais, une bonne initiative vient éclaircir le tableau sombre des conditions d'attente : une banne que l'on peut apercevoir sur **la photographie** a été installée en août 2005 pour protéger les patients du soleil et de la pluie.

Ces conditions d'attente peuvent être corrélées à celles précédant les consultations médicales.



4) Conclusion

Après analyse des ordonnances, cette étude qui a porté sur des indicateurs primaires nous révèle quelques points forts.

On note une bonne prescription et une bonne délivrance des médicaments essentiels. Le pouvoir de substitution est fort. On constate peu de ruptures de stocks. La prescription et la délivrance dans une unité de lieux qui permet, ainsi, aux malades d'obtenir leur traitement le jour même avec une bonne disponibilité des médicaments.

En revanche, on déplore un manque de personnel qualifié, des prescriptions pas toujours conformes aux bonnes pratiques et des mauvaises conditions d'attente (autant pour les consultations que la pharmacie).

Les points faibles révélés au cours de l'étude nuisent à la qualité des soins. La nécessité de formation continue, de diffusion de l'information, de mise à jour des connaissances pharmacologiques, d'élaboration d'outils d'aide à la prescription et la sensibilisation des acteurs de santé sont autant de possibilités que nous aborderons dans la prochaine partie de l'ouvrage pour aboutir à une amélioration des soins.

QUATRIEME PARTIE
PROPOSITIONS DE MESURES ET
COOPERATION
NANTES -RUFISQUE

I-MESURES A PRENDRE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE RUFISQUE

1) Mesures à prendre par le prescripteur, le dispensateur et l'établissement

Au vu des résultats obtenus et des impressions ressenties pendant l'enquête, un certain nombre de recommandations peuvent être formulées d'emblée auprès des acteurs de santé afin d'améliorer l'utilisation des médicaments au centre de santé Youssou M'Bargane.

Ces recommandations s'adressent d'une part :

♦ Au prescripteur qui doit :

Continuer de prescrire parmi la liste des médicaments essentiels (ce qui implique de l'avoir toujours à ses côtés au moment de la rédaction de l'ordonnance).

Eviter la polyprescription.

Respecter les bonnes pratiques de prescription avec identification du prescripteur et du malade sur l'ordonnance.

Expliquer le traitement aux malades (son intérêt, sa posologie, ses risques...).

♦ Au dispensateur qui doit:

Avoir un minimum de connaissance sur le médicament.

Analyser l'ordonnance pour pouvoir déceler une éventuelle interaction ou contre indication.

Expliquer au patient comment prendre le traitement.

Continuer de substituer.

Bien gérer son stock pour éviter une rupture de stock ou à l'inverse un surstockage.

♦ Au delà du prescripteur et du dispensateur, l'établissement de santé doit, lui aussi, contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins pour le malade. Voici quelques propositions d'amélioration du système :

une signalisation plus précise de la pharmacie pour y accéder plus facilement

une meilleure organisation de la file d'attente à la pharmacie à l'aide de barrières, par exemple, afin d'éviter tout débordement

l'ouverture d'un deuxième guichet qui servirait le personnel hospitalier et qui permettrait de désengorger la file d'attente aux heures de pointe

une répartition plus équilibrée dans la semaine des heures de travail des vendeurs

l'installation d'un poste informatique qui permettrait une vente plus rapide et un meilleur suivi des consommations

Certains points comme le principe de substitution ou la prescription de médicaments essentiels sont relativement bien suivis. Néanmoins, d'autres points sont à remettre en cause et pourraient faire l'objet de la mise en place d'un nouveau comité axé autour du médicament.

La création d'un « Comité thérapeutique et pharmaceutique » assurerait l'usage sûr et efficace des médicaments. Il représenterait les différents niveaux du personnel pour élargir les champs d'intérêt et regrouper les différentes compétences.

Ce comité veillerait :

- aux bonnes pratiques de prescription

- à la bonne délivrance du traitement avec rappel de la posologie

- à la mise à jour de la liste des médicaments officiels selon les traitements choisis par les médecins, le coût et l'efficacité des médicaments

- à la formation continue du personnel soignant et dispensateur pour leur garantir une bonne connaissance du médicament

- à l'utilisation d'arbres décisionnels en fonction des symptômes comme il existe déjà en pédiatrie

- à réaliser et diffuser une table d'équivalence pour faciliter les substitutions entre spécialités et génériques

Si les acteurs de santé adhèrent à ces principes et ne les perçoivent pas comme une atteinte à leur liberté, un usage plus rationnel des médicaments pourrait être réalisé.

2) Formation du personnel

La mise en place de sessions de formation courte en petits groupes pourrait être envisagée afin de sensibiliser le personnel à l'usage rationnel des médicaments. Ces formations devront bien sûr, cibler tous les niveaux de qualification du personnel de santé à commencer par les chefs de service et les membres constituant le comité thérapeutique. Ensuite, le reste du personnel suivra, avec des formations adaptées à chaque groupe, en fonction de leur qualification et de leurs besoins. Les futurs professionnels de santé (c'est à dire les étudiants en médecine et pharmacie, les futurs infirmiers...) doivent également être impliqués dans cette formation.

Ces formations devront conduire les professionnels à :

- adopter une politique pharmaceutique commune dans l'établissement
- critiquer et adopter la liste des médicaments essentiels retenu au sein du centre de santé
- élaborer des protocoles et arbres décisionnels pour aider à une prescription cohérente et non abusive
- détecter pour les dispensateurs les éventuelles erreurs commises lors de la prescription
- adopter un esprit critique sur l'information médicale reçue

Au terme de ces formations, le personnel devra être apte à relativiser les informations vantées par les délégués médicaux.

A propos de ces formations, des études ont montré qu'un meilleur impact sur les habitudes de prescription était obtenu par un programme de formation continue systématique et que le coût des formations répétées pouvait être inférieur au gain obtenu par la rationalisation des prescriptions. (28) A la suite de ces formations, des systèmes de suivi et d'évaluation devront être mis en place périodiquement pour mesurer l'impact des décisions prises au sein de l'hôpital. Des étudiants sont à même de réaliser ces évaluations, ce qui occasionnerait un moindre coût financier. Les résultats obtenus permettront de mesurer les progrès réalisés. Ces résultats pourront être divulgués par le comité thérapeutique aux acteurs de santé directement concernés. Cette notion de transparence impliquera davantage les professionnels (s'ils sentent que leurs efforts fournis aboutissent à un progrès réel). L'absence d'information sur l'évolution des résultats serait un facteur de démotivation des participants.

La promotion de l'usage rationnel des médicaments doit être diffusée au delà du personnel de l'hôpital afin que l'action menée soit complète et ait un réel impact.

Ce sont les étudiants dans le domaine de la santé qui sont également concernés. Leurs études ne doivent plus s'en tenir qu'aux cours scientifiques ; elles doivent aborder des thèmes plus larges comme la santé publique si importante dans les pays en voie de développement pour promouvoir le bon usage du médicament.

Les professeurs universitaires et praticiens hospitaliers ont un rôle majeur à jouer dans ce domaine. Ils doivent faire prendre conscience aux futurs acteurs de santé de l'enjeu d'un usage rationnel du médicament.

3) Information du personnel de santé

« Un médicament sans information peut être dangereux » (93).

Dans le domaine du médicament, l'accès à l'information reste encore très aléatoire dans de nombreux pays tant pour les professionnels de santé que pour les consommateurs.

Concernant le centre de santé de Rufisque, très peu d'ouvrages étaient à la disposition des prescripteurs et dispensateurs au moment de l'enquête. Seul un VIDAL® datant de 2000 renseignait la pharmacie du district. Quant à la pharmacie du centre de santé, aucun ouvrage n'était mis à la disposition des vendeurs. Cette pénurie laisse place à l'information de nature commerciale qui, elle, abonde. On sait que l'information offerte par les délégués médicaux n'est pas toujours de nature objective puisqu'elle cherche à faire vendre des produits. Une étude sur les publicités pharmaceutiques en Afrique francophone a révélé, dans près de 60% des publicités recensées, des inexactitudes dans les indications, les effets indésirables ou les contre indications. (29)

L'information fiable est donc difficile à décoder. Les professionnels doivent être à même de choisir leurs sources d'information scientifique pour se former. Certains quotidiens destinés aux médecins ou aux pharmaciens existent déjà.

« Le magazine de la pharmacie » paraît tous les deux mois depuis mai 2003. Il traite de sujets variés concernant la pharmacie : économie, nouvelles lois mises en application, entretiens avec des professionnels du secteur pharmaceutique, fiches de formation continue, nouveaux produits mis sur le marché.

Dans le but d'une information officielle, une coopération entre Nantes et Rufisque pourrait être envisagée pour mettre en place dans le district de Rufisque un centre d'information sur les médicaments et sur les offres de soin. Des demandes m'ont d'ailleurs été formulées à ce sujet, de la part de certains acteurs de santé, pour leur procurer des ouvrages spécialisés dans leur pratique. Ce centre d'information centraliserait des ouvrages de référence comme le VIDAL® ou le DOROSZ®, des bulletins officiels, ou bien encore des quotidiens assez complets pour assurer une formation continue.

4) L'information du public

Si le patient ne connaît pas les risques et avantages des médicaments qu'il prend, s'il n'a pas été informé de leur posologie, il a toutes les chances pour ne pas obtenir l'effet escompté. Au moment de l'enquête le patient repartait de la pharmacie avec son sac de médicaments et son ordonnance sans avoir reçu ni aucun conseil ni aucun papier explicatif.

Les patients doivent, pour optimiser leur traitement, être bien informés et aussi être partenaires actifs des professionnels.

Cette éducation pourra commencer (comme nous l'avons vu précédemment) par l'amélioration de la communication entre le prescripteur, le dispensateur et le patient. Cela sous entend, bien sûr, que les professionnels aient reçu, avant, la formation adéquate. Le personnel doit prendre le temps :

de l'informer sur l'action du médicament et ses éventuels effets indésirables

de lui expliquer comment prendre le traitement

de le persuader sur l'importance de la bonne observance du traitement.

Plusieurs outils pourraient aider le personnel à cette éducation du public:

-les notices correspondantes, remises à ceux qui savent lire, mais, méfiance, car certaines comportent des fautes d'orthographe qui peuvent prêter à confusion.(cf annexe)

-des fiches simples avec des dessins illustrant certaines recommandations

En dehors des établissements de santé, le système scolaire peut venir en aide au personnel de santé en sensibilisant les enfants aux médicaments essentiels par la réalisation de grandes fresques peintes ou l'apprentissage de chansons. Les fresques pourraient ensuite être affichées dans des lieux publics pour avoir plus d'impact.

Le gouvernement lui aussi, est concerné par l'éducation sanitaire des sénégalais. La publicité télévisée aurait un fort impact sur les adultes. On pourrait, également, envisager la mise en place de réunions explicatives avec des intervenants extérieurs, au sein même des quartiers.

Le professionnalisme du personnel médical associé à des actions médiatiques d'éducation devrait contribuer à l'éducation sanitaire de la population rufisqueoise et à une meilleure observance des traitements.

5) Coopération entre la ville de Nantes et la ville de Rufisque

En 1992 est née une coopération entre la ville de Nantes et celle de Rufisque. Depuis, les deux villes échangent, tissent des liens privilégiés et s'apportent mutuellement.

L'une des composantes retenue par Nantes, dès le début, comme axe prioritaire d'intervention est le développement de la santé communautaire et l'éducation nutritionnelle à Rufisque.

Les premières actions datent de 1997. Les projets déjà réalisés dans le domaine sanitaire sont l'équipement de l'hôpital Youssou M'Bargane et la construction de la « case de la mère nourricière ». L'initiative de créer cette case a été prise compte tenu de l'état nutritionnel des enfants rufisquois. En effet, la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans est estimée selon une étude à 13,2%. (30) La case remplit un rôle très important dans le secteur sanitaire puisqu'elle est destinée à l'éducation nutritionnelle des populations en difficulté. Elle fonctionne grâce à l'aide de relayeuses de santé qui vont au contact de jeunes mères pour leur apprendre les bases d'une bonne nutrition. Ces relayeuses préparent également des substituts de lait maternel pour les bébés dont la mère ne produit plus assez de lait.

Un programme triennal 2004-2006 de coopération Nantes Rufisque est en cours (cf annexe). Il projette notamment dans l'axe « Santé et Secours aux personnes », l'équipement de la case nourricière (aménagement intérieur, formation des relayeuses de santé) et, en lien avec l'hôpital de Rufisque, la formation du personnel soignant du centre de santé. La ville de Nantes peut, donc, être un coopérant privilégié pour aider le centre de santé de Rufisque à promouvoir l'usage rationnel du médicament.

Le CHU de Nantes pourrait proposer une formation à des professionnels de santé sénégalais capables ensuite de former sur place le personnel rufisquois. Plusieurs thèmes seraient envisageables au cours de ces formations :

- acquisition de connaissances suffisantes sur les médicaments
- construction d'outils d'aide à la prescription, et à la dispensation
- prise de conscience de l'importance de l'usage du médicament essentiel
- assurer une bonne coordination de l'offre de soins entre les différents services

La création du comité pharmaceutique et thérapeutique peut se faire à l'aide du CHU de Nantes. Des petits groupes de travail nantais pourraient travailler en coopération avec Rufisque afin de définir les facteurs de réussite de ce comité tels des objectifs clairs, un suivi permanent, et de la transparence.

Comme nous l'avons vu précédemment, le CHU pourrait intervenir dans l'information scientifique en soutenant la mise en place d'un centre d'information sur les médicaments et sur les offres de soins. Il procurerait des ouvrages récents et utiles pour chaque service, afin que chaque professionnel de la santé puisse se documenter sur ce qui l'intéresse.

En plus des manuels mis à disposition sur place, le CHU de Nantes pourrait faire bénéficier à l'hôpital Youssou M'Bargane d'un accès libre sur un site Internet nantais nommé « Medqual ». Ce site est un centre d'information et de ressources pour le bon usage des médicaments. Il fonctionne grâce à une équipe de médecins et de pharmaciens qui répondent aux questions que les professionnels de santé se posent au sujet du médicament.

Medqual est une association née de la loi de 1901, qui est financée par l'URCAM Pays de la Loire. C'est un service de conseils en ligne (par téléphone ou par mail) rapide et pratique, très apprécié des professions médicales. Seulement, à l'heure actuelle, seuls les professionnels de santé de la Région des Pays de la Loire peuvent le consulter. La ville de Nantes offrirait une grande source d'information scientifique fiable si elle rendait l'accès libre sur ce site Internet aux professionnels de santé rufisquois.

Des missions assurées par des étudiants nantais pourraient être organisées afin de suivre l'évolution des actions entamées et de réorienter, si besoin est, les axes de travail en fonction des situations rencontrées sur le terrain.

Au delà du centre de santé, d'autres enquêtes sont à mener dans les différents postes de santé de Rufisque. En effet, un bref aperçu de ces postes nous a fait prendre conscience de l'inégalité existante de moyens entre les postes de différents quartiers. Les causes de ces inégalités sont à développer. Est-ce dû à une mauvaise gestion des responsables de poste de santé, un manque de personnel ou bien à des moyens financiers mal répartis dans le district ? Autant de questions qui restent, encore à l'heure actuelle, sans réponse mais qui méritent une étude approfondie afin d'apporter une solution à ces inégalités.

Si l'ensemble des outils proposés est mis en place dans le district de Rufisque et que son système sanitaire constate une réelle évolution, les actions menées ne devront pas rester dans l'ombre. Elles devront être diffusées pour sensibiliser un maximum de public. Plusieurs stratégies de diffusion sont possibles, soit les acteurs de santé directement concernés témoignent dans des conférences ou séminaires, soit des articles sont publiés dans des quotidiens locaux, la presse scientifique ou encore sur Internet.

II-MESURES PLUS GENERALES

1) Avoir du personnel diplômé dans le secteur public

Si l'on en croit les statistiques, la voie la plus choisie par les étudiants en pharmacie n'est pas celle du domaine public. Selon Mamadou Keith Badiane (Directeur de la DPM), l'étudiant entrant en université de pharmacie a 99% de chances de finir en officine (31)

L'Etat ne recrute pas suffisamment dans ses hôpitaux (on a noté en première partie une baisse de 15% de recrutement dans le secteur public) et le secteur industriel au Sénégal offre encore peu de débouchés aux pharmaciens. Tous ces facteurs incitent les jeunes diplômés à travailler en officine et s'installer. Le problème est que l'on arrive à une surpopulation d'officines (surtout dans certaines régions) et que les autorités ont peu de pouvoir concernant l'enraiment des nouvelles installations. Ce phénomène conduit à une moins bonne viabilité de ces commerces. Le Professeur Keith Badiane constate : « Tout le monde veut s'installer à

Dakar, il y a 654 officines au Sénégal dont plus de la moitié à Dakar et sa banlieue. Personne ne veut s'installer à l'intérieur du pays ». Il ajoute même : « Ce qui reste à faire serait de réduire le flux d'entrée des étudiants en pharmacie. » Cette phrase paraît paradoxale vu le manque de personnel diplômé en pharmacie dans le district de Rufisque mais elle révèle un vrai décalage entre le secteur privé et le secteur public. Il condamne également le texte de l'OMS qui parle de vendeur et non de pharmacien dans les pharmacies de centre de santé. Cette disposition a été prise lors de l'initiative de Bamako en 1987. Il avoue que : « s'il y a un correctif à apporter à l'initiative de Bamako, c'est celui là ».

Le manque de diplômés pharmaciens dans le secteur public est une réalité au Sénégal et seul l'Etat a le pouvoir d'y remédier. Des dispositions de sa part sont à prendre pour faciliter l'accès des jeunes pharmaciens dans le secteur public.

2) Prise en main du marché illicite

Un autre grand fléau vient entacher l'usage rationnel du médicament au Sénégal : le marché illicite. En août 2004, une saisie de médicament a encore été réalisée à l'aéroport de Dakar d'une valeur de 150 millions de FCFA (environ 229 000 euros). La cargaison composée notamment d'antibiotiques et de produits aphrodisiaques comme le Viagra® a été fabriquée en Inde et acheminée vers la Guinée Conakry où elle a été convoyée par avion vers Dakar. (Capitaine Papa Moussa Sy, Journal Walfadjri n°3725, 13 août 2004, , p5)

Il y a des répercussions sur l'ensemble de la pyramide sanitaire. Aucun chiffre officiel n'est encore disponible pour illustrer le réel impact que ce fléau a sur la population. Toutefois, le marché illicite au Sénégal est estimé entre 4 et 6 milliards de F CFA. Une étude sur ce sujet est en cours avec l'aide de l'OMS. La contrefaçon toucherait 10% du marché mondial du médicament. (32)

Le gouvernement mène un réel combat vis à vis de ce marché. L'ampleur de la tâche les a amenés, ces quatre dernières années, à suivre une stratégie sur deux fronts : la sensibilisation des gouvernants et la sensibilisation des populations. Ils ont ainsi rencontré le chef d'Etat Mr A. Wade, les différents ministres concernés pour leur exposer l'étendue du problème. A l'égard des populations, des campagnes écrites et audiovisuelles ont été menées. Une campagne de sensibilisation a visé les enfants directement dans les écoles. Mais après toutes ces actions, ils restent humbles, et reconnaissent qu'il reste encore beaucoup à faire contre ces

tenants du marché illicite qui trouvent toujours de nouveaux moyens pour contrecarrer le marché rationnel (33)

3)Conclusion

Bon nombre de ces mesures générales relèvent essentiellement de la responsabilité du gouvernement sénégalais. Cependant, les entreprises du médicament peuvent participer à l'amélioration de la sécurité sanitaire et du contrôle qualité, et à la mise en place des bonnes pratiques de l'usage du médicament. Sur ces différentes pistes, plusieurs entreprises du médicament françaises préparent des initiatives conjointes avec les acteurs concernés.

CONCLUSION

En guise de conclusion, l'enquête menée au sein du centre de santé Youssou M'Bargane a montré que l'usage du médicament à l'intérieur de l'établissement était perfectible. En effet, l'enquête a révélé plusieurs lacunes au sein de cet établissement : bonnes pratiques de prescriptions pas toujours respectées, manque de personnel qualifié, absence de consignes données au patient. Ces lacunes peuvent être améliorées par la mise en place de quelques mesures : formation du personnel, création d'un comité du médicament, mise en place de petits groupes de travail pour apporter, ensemble, des solutions aux problèmes avancés. Dans le cadre de la coopération Nantes Rufisque, Nantes peut être un partenaire privilégié dans la mise en œuvre de ces mesures. D'autres enquêtes, comme celle menée dans le centre de santé de Rufisque, peuvent avoir lieu dans d'autres établissements similaires afin de comparer les résultats et agir à plus grande échelle si les résultats sont corrélés.

Beaucoup d'efforts ont été fournis par l'état sénégalais ces dernières décennies en matière de modernisation du cadre de la gestion de la santé : application d'une politique de soins de santé primaires, une plus grande proximité des systèmes de soins avec le découpage en districts sanitaires, une restructuration de la PNA, la parution d'une liste de médicaments essentiels... Malgré tous ces efforts, cette étude montre qu'il reste encore du chemin à parcourir pour le Sénégal notamment en matière d'usage rationnel du médicament. Simplement, si les acteurs de santé se sentent plus impliqués et mieux formés, si la population est sensibilisée et bien éduquée vis à vis du médicament, cela aboutira à un changement de comportement favorable à un usage plus rationnel du médicament.

Malgré tout, ces mesures ne régleront pas à elles seules les mauvaises habitudes prises. D'autres mesures, plus générales, sont à envisager particulièrement face à la grande disparité régionale qui existe et face au marché illicite toujours présent.

C'est donc un ensemble de mesures que l'Etat doit prendre (avec l'aide possible des grandes industries pharmaceutiques) afin de garantir à la population un usage rationnel du médicament. Et pour cela, l'Etat a, depuis 10 ans, fortement augmenté sa part de budget

accordée à la santé pour atteindre actuellement les 9%, valeur recommandée par l'OMS (cette part de budget ne s'élevait qu'à 5,2% en 1992). L'Etat sénégalais a fourni tous ces efforts car il sait que le secteur de la santé tient une place importante dans l'activité économique du pays. En effet, la santé est une variable clé du développement.

BIBLIOGRAPHIE

1-Rapport mondial sur le développement humain 2001 ; Indicateurs du Développement Humain, <http://www.undp.org/hdr 2001/french/indicateurs.pdf>, consulté en mai 2005.

2-Le Sénégal en bref, <http://www.gouv.sn/senegal/index.html>, consulté en mai 2005.

3-Histoire du Sénégal, <http://www.gouv.sn/senegal/histoire.html>, consulté en mai 2005.

4-Programme des Nations Unies pour le Développement Sénégal,Résumé du Rapport humain sur le développement1998, http://www.undp.org/sn/html/premier_rapport.htm, consulté en mai 2005.

5-Les politiques d'ajustement au Sénégal, <http://www.gouv.sn/politiques/ajustement.html>, consulté en mai 2005.

6-République du Sénégal, Ministère de la Santé, Direction de la santé, Division des soins de Santé Primaires, Fonctionnement des systèmes de santé de district au Sénégal, Protocole d'évaluation, mai 2004, Chapitre 2 : Présentation du cadre.

7-*Situation Analysis of District Health Profiles in the WHO African Region*. Harare, World Health Organization Regional Office for Africa, 1998 (reference document for the Regional Meeting on the Operationality of District Health Systems; available on request from WHO/AFRO P.O Box BE 773 Belvedere, Harare, Zimbabwe).

8-Rapport mondial sur le développement humain. PNUD, 2001.

9-Guide National du Médecin Chef de Région, Novembre 1993 ISEG/PDRH1, Chapitre 1 La Région Médicale.

10-www.phrplus.org/pubs/hfssar8f.pdf, consulté en mai 2005.

11-Lynne Miller Franco, PhD, University Research Co., LLC, La participation sociale dans le développement des mutuelles de santé au Sénégal, Novembre 2004, http://www.phrplus.org/Pubs/Tech056f_fin.pdf, consulté en octobre 2005.

12-Coodonnateur :DR Abdoulahath Mangane,DPL, assisté par Dr Mamadou Ngom,, Evaluation du secteur pharmaceutique au Sénégal-MSHP/OMS-Avril 2003/.

13-Jean marc Guimier, Yves Juillet, Ministère de la Santé Publique, Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique, Conférence de Presse, 2 juillet 2002, L'accès des pays en voie de développement aux médicaments : la réalité à partir de l'exemple du Sénégal..

14-Mr Sène, Directeur de la PNA, Pharmacie Nationale d'Approvisionnement, 2001.

15-Le secteur pharmaceutique, Politique pharmaceutique du Sénégal, <http://www.remed.org/html/senegal.html#secteur>, consulté en mai 2005.

16- Entretien avec Mr Diop D. , Chef du service technique de la PNA,Dakar, août 2004.

17-Mbengue O.(Docteur en pharmacie). Approvisionnement en produits pharmaceutiques à la coopération pharmaceutique sénégalaise « Copenhase ». D.E.S.S. de répartition pharmaceutique, Faculté de Pharmacie de Limoges; 1999-2000.

18-Listing du chiffre d'affaire de la Copenhase.

19-Anonyme, Document ENDA, Historique de Rufisque, 1997.

20-District sanitaire de Rufisque, Présentation du District Sanitaire de Rufisque, 2004.

21-Entretien avec Mr Heulin C., Directeur général adjoint Valdafrique, Rufisque, Août 2004.

22-Produits Laboratoire Cannone SA, www.vadafrique.com, consulté en septembre 2005.

23-Entretien avec Mr Kan K., Directeur commercial Aventis, Route de Rufisque, août 2004.

24-CISSE M., Projet de renforcement de la lutte contre la carence en vitamine A dans le District Sanitaire de Rufisque, Programme national de développement sanitaire et social, Région médicale de Dakar, octobre 2003.

25-OLLIVIER F, Enquête sur l'usage rationnel des médicaments à l'hôpital national de Donka, Conakry : Guinée, Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie Année 2003.

26-Fontaine D. Prescription, dispensation des Médicaments Essentiels Génériques dans 6 pays d'Afrique. Journal Réseau Médicament et Développement 1998.

27-Chastanier H, Mastika M.D. Conséquences de l'usage irrationnel des médicaments : Etude à l'hôpital de N'Djaména, 1998. Etude non publiée.

28-Bexell A, Lwando E, Hofsten B, et al. Improving drug use through continuing education : a randomised controlled trial in Zambia. J Clin Epidemiol 1996 ;(49):355-357.

29-. Missengue A. Les effets indésirables des médicaments : il faut en parler. Journal Réseau Médicaments Développement 1999 ; (22) : 14-15.

30-Dr Demba Anta Dione, Enquête ENDA GRAF sur les connaissances, pratiques et couvertures ; Programme de renforcement de la nutrition, novembre 2003.

31-Mr Badiane, Entretien avec Mamadou Keith Badiane le directeur de la DPM, Le magazine de la pharmacie n°1, mai-juin 2003 (p 21-22_23-25).

32-Pierre Delval : les Nouvelles Pharmaceutiques n°286, 16 novembre 2004, Contrefaçon de médicaments p 11.

33-Directeur du syndicat des pharmaciens sénégalais, Dossier bilan de fin de mandat, le Magazine de la Pharmacie n°4, novembre - décembre 2003

-

ANNEXES

ANNEXE 1

Découpage administratif du Sénégal

ANNEXE 2

REPUBLIQUE DU SENEGAL
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION
ARRETE PORTANT ORGANISATION DE LA DPM

ANNEXE 3

Lettre de circulaire d'importation de dons de médicaments au
Sénégal

ANNEXE 4

Demande de visa de médicaments

ANNEXE 5

AVIS D'APPEL D'OFFRE INTERNATIONAL

ANNEXE 6

EXEMPLE D'UN CDX

ANNEXE 7

Carte du district sanitaire de Rufisque

ANNEXE 8

LISTE DES POSTES DE SANTE DU DS DE RUFISQUE

1-	Keury souf
2-	Keury Kao
3-	Arafat
4-	Gouyde Mouride
5-	Diorga
6-	HLM
7-	Diokoul kher
8-	Diokoul vague
9-	Mbambilor
10-	Niague
11-	Nimzatt
12-	Fass
13-	Dangou
14-	Ndiolmane
15-	Missira
16-	Kip carrière
17-	Yenne
18-	Niagal
19-	Sébikotane
20-	Bargny guedj
21-	Sangalkame
22-	Keur Ndiaye Lô
23-	Dougar
24-	Sébi Ponty
25-	Déne
26-	Niacourab
27-	Tivaouane peulh

ANNEXE 9

Classification des médicaments essentiels disponibles à la
pharmacie du district

ANNEXE 10

Recueil de données à partir des ordonnances délivrées à la pharmacie de l'hôpital Youssou M'Bargane de Rufisque, Sénégal.

Ordonnance :

Ordonnance lisible et sans rature : OUI / NON

Présence :

de la date de la prescription : OUI / NON

de l'identité du prescripteur : OUI / NON

de l'identité du patient : OUI / NON

Traitement bien rédigé :

Nom du produit : OUI / NON

Posologie : OUI / NON

Nom du produit :

-

-

-

Coût total de l'ordonnance :

Présence de médicaments non délivrés : OUI / NON

Si oui, pourquoi ? Manque d'argent

Délivrés ailleurs

Rupture de stock

ANNEXE 11

Notice de Paracétamol

ANNEXE 12

Ordonnance type du centre de santé Youssou M'Bargane

ANNEXE 13

Extrait du programme triennal 2004-2006 de coopération entre les villes de Rufisque et de Nantes (axes santé, secours aux personnes, et éducation nutritionnelle

Nom - Prénoms : **HUCHET Julie**

Titre de la Thèse : **Introduction à l'étude du circuit du médicament et de son bon usage au Sénégal : à propos d'une enquête réalisée dans le district sanitaire de Rufisque**

RESUME

Selon l'Indicateur de Développement Humain (IDH) publié dans le Rapport Mondial Développement Humain 2000, le Sénégal occupe le 155^{ème} rang sur 174 pays considérés. Or, la santé est un facteur clé du développement. C'est pourquoi l'Etat sénégalais a, depuis plusieurs décennies, mis l'accent sur l'axe santé. Cela s'est traduit par la mise en application d'une politique de soins primaire qui préconise notamment l'usage rationnel des médicaments.

Rufisque, située à 26 km de Dakar, est l'une des plus vieilles communes du Sénégal. Avec un problème d'assainissement majeur et un taux de chômage croissant, cette ville connaît des difficultés dans le domaine sanitaire. Un Pacte d'Amitié et de Coopération a été signé entre les villes de Rufisque et Nantes le 6 février 1992. Ce pacte prévoit entre autres de développer l'« axe santé et secours aux personnes » à Rufisque. C'est dans le cadre de cette coopération qu'une enquête a pu être réalisée dans le district sanitaire de Rufisque, au sein de l'hôpital Youssou M'Bargane afin d'évaluer la qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments. Cette enquête s'est déroulée après avoir pris connaissance du circuit du médicament au niveau national que ce soit dans le domaine privé ou public.

Les résultats ont montré que les médicaments essentiels étaient accessibles à l'ensemble de la population.

Cependant, ces mêmes résultats ont mis en avant plusieurs lacunes comme le manque de professionnels qualifiés et le manque de sources d'information scientifiques fiables. Ces lacunes ne favorisent pas un usage rationnel du médicament et méritent d'être corrigées pour offrir à la population une qualité d'offre de soins digne de ce nom.

MOTS CLES

CIRCUIT DU MEDICAMENT

USAGE RATIONNEL

SENEGAL

RUFISQUE

JURY : **Président :** Mr Jacques AUBRY, Professeur d'Immunologie

Assesseurs : Mme Françoise BALLEREAU, Professeur de
Pharmacie Clinique et de Santé Publique
Mr Michel MARJOLET, Professeur de Parasitologie
Mme Florence OUARY, Docteur en Pharmacie

ADRESSE de l'AUTEUR

20 rue du vignoble
44860 Pont Saint Martin

i
ii
iii
.