

LISTE DES ABREVIATIONS

ASC	:	Agent de Santé Communautaire
CA	:	Conseil d'Administration
CS	:	Comité de Santé
DCI	:	Dénomination Commune Internationale
EPS	:	Etablissement Public de Santé
FMI	:	Fonds Monétaire International
HCR	:	Haut Commissariat aux Réfugiés
IB	:	Initiative de Bamako
IDH	:	Indicateur de Développement Humain
ME	:	Médicaments Essentiels
MSP	:	Ministère de la Santé et de la Prévention
MSPAS	:	Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PCA	:	Président du Conseil d'Administration
PDDS	:	Plan Départemental de Développement Sanitaire
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PME	:	Politique des Médicaments Essentiels
PNA	:	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNB	:	Produit National Brut
PNS	:	Politique Nationale de Santé
PPTE	:	Pays Pauvres Très Endettés
PRA	:	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PRDS	:	Plan Régional de Développement Sanitaire
SMI/PF	:	Santé Maternelle et Infantile / Planification Familiale
SSP	:	Soins de Santé Primaires
TVA	:	Taxe à la valeur ajoutée
UEMOA	:	Union Economique Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

SOMMAIRE

	PAG ES
<i>INTRODUCTION</i>	1
<u><i>PREMIERE PARTIE : CADRE D'ETUDE : LE SENEGAL</i></u>	5
I – GEOGRAPHIE ET POPULATION DU SENEGAL.....	6
II – INITIATIVE DE BAMAKO.....	6
II.1. – Définition et rappels historiques.....	6
II.2. – Buts et objectifs.....	13
II.3. – Principes directeurs de l'Initiative de Bamako.....	14
II.4. – Etapes fondamentales de l'application pratique de la politique des médicaments essentiels et de l'Initiative de Bamako.....	16
II.4.1. – Sélection des médicaments essentiels.....	16
II.4.2. – Acquisition des médicaments essentiels.....	18
II.4.3. – Distribution des médicaments essentiels.....	20
II.4.4. – Utilisation des médicaments essentiels.....	21
II.4.5. – Le recouvrement du coût des médicaments.....	25
III – MEDICAMENTS ESSENTIELS.....	29
III.1. – Le concept des médicaments essentiels.....	29
III.2. – Avantages.....	29
III.3. – Un concept mondial.....	30
III.4. – Le concept des médicaments essentiels est adapté aux défis actuels.....	30
III.5. – La sélection des médicaments essentiels.....	31
III.6. – Critère de sélection.....	32

.../...

II.2. – Choix de l'échantillon d'étude.....	47
II.3. – Taille de l'échantillon	48
II.4. – Recueil des données.....	49
II.4.1. – Phase préparatoire.....	49
II.4.2. – Sources de recueil des données.....	50
II.4.3. – Collecte des données.....	50
II.5. – Difficultés rencontrées.....	51
III – RESULTATS.....	52
III.1. – Gérant de dépôt de Pharmacie.....	52
III.1.1. – Identification des dépositaires.....	52
III.1.2. – Connaissance sur les médicaments essentiels.....	53
III.1.3. – Fonctionnement.....	53
III.1.4. – Perception.....	55
III.2. – Agent de santé.....	55
III.2.1. – Connaissance de l'Initiative de Bamako.....	58
III.2.2. – Perception de la stratégie de l'Initiative de Bamako.	58
III.3. – Les élus locaux.....	60
III.4. – Les membres du comité de santé.....	61
III.4.1. – Fonction du membre interrogé.....	61
III.4.2. – Durée d'exercice selon la responsabilité dans le comité de santé.....	61
III.4.3. – Sensibilisation sur l'Initiative de Bamako.....	62
III.4.4. – Participation aux réunions du comité de gestion du comité de santé.....	62
III.5. – Les bénéficiaires.....	63
III.5.1. – Répartition des enquêtés selon les districts sanitaires.....	63
III.5.2. – Répartition des enquêtés selon les régions.....	67
III.5.3. – Répartition des bénéficiaires suivant le type de structure fréquentée et la zone.....	68
III.5.4. – Temps mis pour atteindre la structure.....	68
III.5.5. – Motifs de consultation.....	69

III.5.6. – Raisons évoquées du non achat des médicaments....	69
III.5.7. – Avis des bénéficiaires sur les prix des médicaments essentiels.....	70
III.5.8. – Examen de l’ordonnance.....	71
IV – DISCUSSION	72
CONCLUSION- RECOMMANDATIONS.....	76
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>.....	80
<i>ANNEXES</i>.....	85



INTRODUCTION

Le Sénégal a fait de la participation à l'effort de santé le moteur du système de santé des districts depuis 1976 (expérience de Pikine). A cet effet, un guide pour la participation à l'effort de santé a vu le jour. Ce document décrit le processus et les principes de mise en œuvre de la participation des populations à l'effort de santé.

Depuis cette date, les médicaments sont vendus au niveau des structures sanitaires publiques. Aussi, afin de pouvoir bénéficier des services de ces structures, l'achat d'un ticket subventionné est obligatoire. La gestion et la vente des médicaments essentiels est faite par les comités de santé selon les normes fixées dans le guide de la participation à l'effort de santé.

La disponibilité des médicaments essentiels et des produits pharmaceutiques est cruciale pour améliorer et pour conserver la santé de ces populations. Pour atteindre cet objectif, la stratégie de l'Initiative de Bamako (IB) a été élaborée en 1987 au Mali et mise en place au Sénégal de façon progressive à partir de 1991.

Le décret 92-118 portant organisation des comités de santé a contribué à la consolidation de l'I.B.

L'I.B. a permis de renforcer la disponibilité des médicaments essentiels et la gestion des recettes issues de la vente des médicaments et des tickets de consultation. Un modèle de répartition des recettes a été recommandé à toutes les structures publiques par le Ministère de la santé. Ce modèle insiste sur l'importance de la protection du médicament en recommandant l'ouverture de deux comptes bancaires dont l'un pour l'argent tiré de la vente des médicaments essentiels et l'autre pour l'argent de la vente des tickets. Le circuit d'approvisionnement en médicaments essentiels a été bien élaboré ainsi que des outils et les règles de gestion.

De 1991 à 1994, la marge bénéficiaire officiellement acceptable était de 10 %, mais en 1994, une directive ministérielle a fixé la limite maximale du taux de majoration sur le prix d'achat des médicaments essentiels à 50 % (Prix de vente = Prix d'achat + X ; $X \leq 50 \% = \text{Prix d'achat}$).

Au Sénégal, un réel effort a été fourni afin d'améliorer l'accessibilité géographique et financière aux médicaments essentiels au profit des populations par la construction dans toutes les régions, de centres de santé et de postes de santé où il existe des médicaments essentiels sous leur forme générique.

Il existe un réseau dense de distribution des médicaments essentiels qui respecte la liste des médicaments par niveau. La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement fournit des médicaments aux pharmacies régionales qui, à leur tour, approvisionnent les dépôts de pharmacie des districts, lieux d'approvisionnement des dépôts des postes de santé. Au niveau des postes de santé, il y a aussi des dépôts pour l'approvisionnement des cases de santé.

Malheureusement, le prix de vente élevé des médicaments est très souvent évoqué par les populations comme motif d'insatisfaction lors de l'utilisation des structures sanitaires. Cette inaccessibilité financière aux médicaments essentiels pourrait être l'une des causes principales de la faible fréquentation des structures sanitaires publiques. Elle pourrait être aussi une des causes des échecs thérapeutiques et de la mauvaise qualité des soins donnés aux malades dans les structures sanitaires publiques.

Nous nous proposons dans ce travail d'apporter notre contribution à la mise en œuvre de cette politique de médicaments essentiels en mettant un accent particulier sur l'accessibilité financière de ces médicaments essentiels avec comme outils de travail des questionnaires pour les prestataires de service, les bénéficiaires, les membres des comités de santé et les élus locaux.

Les objectifs de cette étude sont les suivants :

- identifier les différents déterminants de l'inaccessibilité financière aux médicaments essentiels ;
- faire un état des lieux de l'accessibilité financière aux médicaments ;
- cerner l'ampleur de l'inaccessibilité financière en terme de prescription non honorée ;

- analyser les déterminants de l'inaccessibilité financière aux médicaments essentiels ;

- proposer des solutions pour l'amélioration de l'accessibilité financière aux médicaments essentiels.

Notre travail comporte deux parties :

- une première partie consacrée à l'étude bibliographique,
- et une deuxième partie consacrée à notre enquête.



PREMIERE PARTIE

GENERALITES

I – GEOGRAPHIE ET POPULATION DU SENEGAL

Pays sahélien, situé à l'extrémité Ouest du Continent africain, le Sénégal s'étend sur une superficie de 192.722 km² et partage ses frontières au Nord avec la Mauritanie, à l'Est avec le Mali, au Sud avec la Guinée et la Guinée-Bissau.

Un autre pays souverain, la Gambie est situé dans la partie australe du territoire sénégalais.

Pays plat, le relief le plus élevé ne dépasse guère 130 mètres d'altitude à l'exception, des montagnes du Fouta Djallon, dans la partie du Sud-Est. Trois fleuves parcourent le pays : le fleuve Sénégal (long de 1700 km), le Fleuve Gambie (750 km) et le fleuve Casamance (300 km). Le pays connaît une saison sèche, qui va du mois de novembre à juin, et une saison des pluies, qui couvre la période de juillet à octobre.

Le Sénégal est divisé en 11 régions administratives et 33 départements.

La population sénégalaise est estimée à 9,3 millions d'habitants en 1999 et les jeunes âgés de moins de 20 ans en constituent 58 %. Elle est musulmane à 94 % et composée de groupes ethniques que sont les Wolofs et Sérères (58 %), les Peuls et les Toucouleurs (23 %) et les diolas, balantes, bassaris et mandingues représentant 19 %.

II - INITIATIVE DE BAMAKO [4]

II.1. – Définition et rappels historiques

En mai 1977, lors de la 30^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé à Genève, les Etats membres de l'OMS se sont fixés pour objectif la « *Santé pour tous d'ici l'an 2000* ».

En septembre 1978, les 134 pays représentés à la conférence internationale de Alma-Ata portant sur les Soins de Santé Primaires (SSP) ont tous reconnu que ces derniers étaient un moyen pouvant permettre d'atteindre

cet objectif dans le cadre de leur propre développement socio-économique et dans le cadre d'une esprit de justice sociale [10]

Au cours de cette même conférence, l'accent a été mis sur la participation de la communauté à l'effort de santé [7].

Parmi les 8 composantes minimales des SSP retenues à Alma-Ata figure la fourniture des médicaments essentiels [3].

L'utilisation des ME comme 8^{ème} composante des SSP et le relancement par l'OMS en 1981 de ce programme étaient largement justifiés par le fait que pendant cette période dans la région africaine, l'approvisionnement et l'accessibilité des médicaments posaient d'énormes difficultés.

Entre autres problèmes identifiés à ce niveau, on peut citer :

- une pénurie quasi-permanente en médicaments ;
- la lenteur constatée dans la mise en œuvre des SSP ;
- l'utilisation irrationnelle et la mauvaise gestion de la multitude de médicaments sous forme de spécialités importées à un coût très élevé par rapport à leurs correspondants génériques ;
- l'absence d'un contrôle de qualité de médicaments importés dans la plupart des pays africains ;
- l'insuffisance des budgets des Etats alloués à l'acquisition des médicaments ;
- une tendance à défavoriser l'acquisition des médicaments dits « essentiels » au profit de produits dont la vente est libre.

Enfin, les systèmes de santé de ces pays étaient davantage orientés vers la médecine élitiste, de haute technicité très onéreuse, accessible uniquement à la minorité des nantis [6].

Tout cet ensemble de facteurs a contribué à provoquer la désertion des malades des structures sanitaires publiques face à la détérioration de la qualité des soins et services ; et ceci a pour conséquences graves :

- la perte de crédibilité des structures sanitaires publiques ;
- le développement d'un marché parallèle de vente sauvage et illégale de médicaments non contrôlés [5] ;
- une tendance naturelle des populations à se tourner vers la médecine parallèle ;
- et enfin, le découragement du personnel socio-sanitaire (PSS) qui n'arrive plus à jouer son rôle face à l'état de déliquescence du système.

C'est pourquoi l'OMS a décidé d'apporter son appui financier et technique, par l'entreprise de son programme d'action en développant la stratégie de l'I.B. pour aider les pays désireux d'accélérer la mise en œuvre des SSP.

Ainsi, la direction régionale de l'OMS pour l'Afrique, après avoir dépêché une mission de consultation dans les différents pays de la région pour un diagnostic de la situation des médicaments, y lança le programme des ME. Outre sa collaboration sur le terrain, le programme d'action a joué un rôle primordial en préconisant d'améliorer les soins de santé et d'instaurer une plus grande équité sociale [14]. C'est dans cet optique que, depuis 1997, une liste modèle OMS est mise à jour tous les deux ans; chaque pays étant appelé à élaborer sa propre liste de médicaments essentiels (ME).

Beaucoup d'autres institutions de développement et de secours ont maintenant intégré l'Initiative de Bamako (I.B.) à leur système de santé. Un nombre croissant de pays mettent sur pied des politiques pharmaceutiques nationales complètes, dont les objectifs sont clairement définis et qui réunissent les diverses composantes de l'approvisionnement en médicaments et leur utilisation dans le cadre de l'I.B.

D'une façon générale, ces politiques tiennent compte des éléments suivants :

- la législation nécessaire à l'innocuité et l'efficacité des médicaments ;
- la réglementation du marché et de la distribution ;
- la centralisation de l'approvisionnement fondée sur la liste nationale des ME ;
- une information à des fins non commerciales concernant les médicaments ;
- enfin, l'éducation des prescripteurs et du public à l'utilisation rationnelle des ME.

L'objectif que s'est assigné cette nouvelle stratégie est :

- d'avoir des soins de qualité accessibles à tous ;
- une amélioration substantielle de la couverture sanitaire ;
- une application effective des soins essentiels (SMI/PF, PEV, etc..)

Malheureusement, la dégradation de la situation économique et sociale dans les pays en développement nuit considérablement au bon fonctionnement de programmes efficaces opérants et durables.

Le secteur public a été le plus atteint et l'accès universel aux soins est sérieusement compromis et c'est dans la poursuite de la réflexion dans le cadre du vaste mouvement en faveur de l'accélération des SSP pour l'amélioration des performances et des résultats que s'inscrit cette nouvelle stratégie de santé dite « Initiative de Bamako ».

Conçue par le FISE et l'OMS, l'I.B. a pour base la résolution AFR/RC.3/R6 adoptée par les ministres de la santé de la région africaine lors de la 37^{ème} Session du Comité Régional de l'OMS tenue à Bamako au Mali en Septembre 1987 et la recommandation E.ICEF/P/L40 du Conseil Exécutif du FISE [3].

Cette recommandation sollicitait l'OMS et le FISE en vue de contribuer à l'accélération de la mise en œuvre des SSP au niveau du district en accordant la priorité aux femmes et aux enfants. Les chefs d'Etat et de gouvernement de l'OUA y ont souscrit au cours de la 48^{ème} Session Ordinaire qui s'est tenue à Addis-Abeba en Ethiopie du 19 au 23 Mai 1988 [3].

Au Sénégal, l'adoption d'une telle approche de la santé pouvait à priori se concevoir du fait de l'existence d'un cadre optimal pouvant faciliter son essor. Ce cadre est défini par la politique globale de développement instituée par la loi n°72.025 du 18 Avril 1972 portant réforme de l'administration territoriale et locale [3].

Les quatre objectifs que s'est fixés cette réforme est de promouvoir :

- la participation responsable des populations ;
- la déconcentration des pouvoirs ;
- la décentralisation ;
- la régionalisation du plan.

Le Sénégal, au regard des dispositions internationales contenues dans les textes fondamentaux telles que la déclaration universelle des droits de l'homme, la charte de l'OUA, le pacte international relatif aux droits économiques et sociaux, la déclaration des chefs d'Etat de l'OUA (Santé égale base du développement), la charte du développement sanitaire de la région africaine d'ici l'an 2000, a adopté la stratégie des SSP préconisée par l'OMS ainsi que l'I.B. [3] .

Au-delà des textes à caractère constitutionnel et international, le Sénégal s'est également doté de deux documents de base organisant la participation des populations à l'effort de santé à savoir :

- participation des populations à l'effort de santé ; principe et directives pédagogiques promulgués en Juillet 1991 ;

- la circulaire n°1322 du 02 Mars 1992 du MSPAS relative à l'organisation de la collecte et de la gestion des recettes tirées de la vente des médicaments dans le cadre de l'application de l'I.B. [14].

Dans la perspective de satisfaire les besoins fondamentaux et de ce que le concept de santé pour tous pouvait signifier dans l'impulsion de la croissance économique et le développement, le Sénégal a plus récemment préparé et élaboré à l'aide de ses partenaires, une déclaration de la politique nationale de santé (PNS) qui s'inscrit sur un certain nombre de facteurs prioritaires et de réformes importantes.

Dans le cadre de la dimension sociale de l'ajustement structurel, un important programme de la Direction de la Prévision, de la Statistique et des Ressources Humaines (PDRH) a pris en charge les différentes réformes issues de la PNS. Parmi ces réformes, on peut citer :

- la restructuration du système de santé du pays en 45 districts ou unités opérationnelles ;
- l'élaboration des plans de développement des districts sanitaires (PDDS) et des plans régionaux de développement sanitaire (PRDS) ;
- la restructuration du système d'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments et produits essentiels ;
- la réforme du cadre juridique régissant les CS ;
- l'intégration des écoles de formation ;
- l'intégration des programmes nationaux dans les plans avec priorité à la santé maternelle et infantile y compris la Planification Familiale ;
- une politique plus adéquate des ressources humaines ;
- la restructuration de la PNA [11] ;
- la réflexion sur l'autonomie des hôpitaux ;

- la restructuration du budget du MS et le problème du financement de la santé au Sénégal.

Ainsi donc, le Sénégal, après avoir réaffirmé sa totale adhésion à l'I.B. au même titre que tous les autres Etats de la région africaine de l'OMS pendant la 39^{ème} session du comité régional de l'OMS tenue à Niamey au Niger en Septembre 1989, a entrepris en octobre 1989 une mission de consultation dans les différentes régions du pays pour permettre de collecter le plus de données possibles sur le terrain en vue de la finalisation de la liste des ME et de l'élaboration d'un programme de mise en œuvre de l'I.B. C'est ainsi que l'I.B. a démarré dans certaines régions du pays.

Cependant, pour mieux suivre le développement de cette stratégie et pouvoir au fur et à mesure corriger les erreurs et les déviations éventuelles dans son application, trois districts tests ont été sélectionnés (Bignona, Matam et Podor) [18].

Le début de la mise en œuvre de l'IB dans les autres localités fut rendu possible grâce à l'arrivée en 1991 d'un important don de médicaments offert par le Gouvernement Suisse au Sénégal. Ce qui a permis à l'ensemble des structures sanitaires du pays de disposer de la dotation initiale pour démarrer l'I.B.

Ce fut ainsi le cas pour le département de Pikine et ses trois districts (Pikine, Guédiawaye et Mbao), berceau de la participation des populations à l'effort de santé.

II.2. – But et Objectifs

L'I.B. a pour objectifs :

- de renforcer les actions à assise communautaire pour améliorer la survie et la qualité de vie des femmes et des enfants en particulier en mettant en place un système de financement communautaire principalement fondé sur l'approvisionnement et la vente des fournitures et ME ;
- d'assurer l'accès aux SSP ;
- d'assurer une participation communautaire maximale et efficiente aux SSP ;
- de rendre possible l'accès aux médicaments et soins aux populations les plus démunies.

La finalité étant d'accélérer et de redynamiser la mise en œuvre des SSP dans les pays en développement.

Cet objectif peut être atteint par le biais d'une décentralisation et une déconcentration de la gestion et de la prise de décision. Le cadre idéal de cette nouvelle approche de renforcement de la mise en œuvre des SSP est constitué par le district sanitaire, le niveau opérationnel par excellence. Ce choix se justifie pour deux raisons [9] :

- la superposition entre structures administratives et opérationnelles est possible à ce niveau ;
- la planification des services de santé perd de son efficacité à mesure que son objet augmente.

L'implication des utilisateurs à savoir les populations dans la gestion et le financement des SSP et dans son contrôle peut constituer un moyen d'améliorer la couverture sanitaire.

L'adoption d'une politique réaliste des ME facilitera également la mise en œuvre de cette stratégie de santé. Ces initiatives comme on le voit, tendent toutes à garantir l'accès universel des populations aux SSP.

La stratégie de l'Initiative de Bamako (I.B.) vise par conséquent à aider les pays à consolider et à élargir le réseau des SSP particulièrement au niveau des cases de santé, des dispensaires et postes de santé.

L'approvisionnement en médicaments et fournitures essentiels offrira un moyen de trouver des revenus pour soutenir et élargir le système de SSP à assise communautaire, en faisant contribuer les populations aux frais de consultation, traitement ainsi que la fourniture des médicaments [13]. Il apparaît donc clair que la réussite d'un tel programme repose sur le soutien qu'il pourrait trouver au niveau de la communauté.

II.3. – Principes directeurs de l'Initiative de Bamako [13]

La réussite de l'I.B. et son rôle dans le développement national passe d'abord par l'identification d'un certain nombre de principes de base, ce qui, dans une certaine mesure, permettra de garantir une meilleure harmonisation dans sa mise en œuvre.

Il faudrait donc que les gouvernements et tous les organismes donateurs aient la même perception du problème, et se mettent d'accord sur ce que la mise en œuvre d'un tel programme exige, notamment :

- un engagement national d'accélérer la mise en place des services de SSP universellement accessibles [5] ;

- les PME qui soient compatibles avec le développement national des SSP et complémentaires de ces derniers ;

- le financement des services de soins de santé par la communauté qui paiera pour les consultations, le traitement et les médicaments. Il faudra donc assurer l'homogénéité aux différents niveaux du système de santé.

Par exemple, il ne conviendrait pas de faire payer des services à assise communautaire tout en dispensant les mêmes services gratuitement dans les hôpitaux urbains.

- un appui financier substantiel des Etats (qui augmentera avec le temps si possible) aux SSP. L'Etat devra maintenir son soutien aux services du district et aux services locaux au niveau actuel [8] ;

- une décentralisation substantielle de la prise de décision par le Ministère de la Santé Publique pour la confier au niveau du district pour ce qui est de la gestion des SSP ;

- la gestion décentralisée des ressources communautaires, ce qui signifie que les fonds recueillis dans les établissements locaux demeureront sous le contrôle de la communauté au lieu d'être réservé au trésor public ou au Ministère de la Santé Publique ;

- l'argent recouvré sera utilisé pour renouveler les stocks des ME et financer les autres dépenses de fonctionnement du programme de SSP ;

- des mesures permettant de faire en sorte que les personnes les plus démunies puissent bénéficier des SSP ce qui se fera en les exemptant des honoraires en fournissant des subventions, sous réserve que des critères soient établis avec la communauté ;

- des ressources budgétaires complémentaires devront être fournies aux régions à faible revenu où l'autofinancement sera limité. Il conviendra d'avoir des revenus pour compléter la contribution financière des communautés à la santé.

Les objectifs intermédiaires devront être clairement définis et il faudra convenir d'indicateurs pour les mesurer. Une fois ces principes directeurs établis et acceptés définitivement, la mise en œuvre de l'IB pourrait se concevoir dans un cadre beaucoup plus harmonieux. Ainsi, les chances de réussite d'un tel programme s'en trouveraient majorées.

II.4 – Etapes fondamentales de l’application pratique de la Politique des Médicaments Essentiels et de l’Initiative de Bamako

II.4.1. – Sélection des médicaments essentiels

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

Toutefois, il faut rappeler les méthodes et procédures utilisées pour opérer cette sélection, pour décider des médicaments essentiels à sélectionner et il est nécessaire de :

- déterminer la physionomie de la pathologie existante dans la localisation en termes d’affections les plus fréquentes, les plus vulnérables, les plus graves par l’utilisation des médicaments essentiels ;

- identifier pour tel type d’affections le médicament le plus efficace, le moins nocif, le moins cher, le plus accessible et mieux, le plus acceptable pour la population et que les prescripteurs maîtrisent bien ;

- dresser ainsi une liste limitée de ces médicaments par niveau et par type de formation sanitaire en utilisant leurs noms génériques.

Cette sélection nécessite la constitution d’un comité au niveau de la formation pour la réaliser de la manière la plus efficace. Ce comité en s’inspirant des éléments d’orientation ci-dessus cités doit se fixer des critères précis pertinents pour décider des médicaments à utiliser au niveau de la formation quelles que soient les suggestions qui lui sont faites au niveau supérieur [4] .

Toutefois, une fois la liste arrêtée, elle doit être référée au niveau supérieur de la pyramide sanitaire. Cette liste peut faire l’objet d’une révision périodique pour l’adapter en permanence aux réalités de la localité. Et pour cela, il convient de procéder à son évaluation périodique en ayant toujours à l’esprit que le but visé par cette liste est de garantir la disponibilité en médicaments essentiels et la qualité des

services de santé primaires avec un souci d'efficacité économique et de la pleine participation des bénéficiaires.

Une fois la liste sélectionnée, elle doit être présentée et discutée avec toutes les personnes intéressées par son application notamment les organisations à l'effort de santé des populations, les autorités locales et éventuellement les autres techniciens opérant dans la localité.

Un accent particulier doit être mis sur les avantages que présente la liste des médicaments essentiels, à savoir :

- un nombre limité de médicaments nécessaires et suffisants pour traiter les affections les plus courantes ;
- un coût réduit de manière très substantielle par la seule utilisation de générique ;
- la simplicité d'emploi et la réduction des risques d'intoxication ;
- la facilité de stockage et de la gestion ;
- la facilité de mémorisation de ce nombre limité de médicaments aussi bien par les prescripteurs que par les populations ;
- la limitation, voire la disparition à terme, du système des dons de médicaments d'origine diverse de qualité plus ou moins douteuse ;
- la signification des schémas thérapeutiques et l'accroissement de leur efficacité et leur coût.

Il est bon d'envisager en cas de besoin légitime l'utilisation des médicaments qui ne figurent pas sur la liste mais cela doit être l'exception.

II.4.2. – Acquisition des médicaments essentiels [10]

Il s'agit de garantir la livraison régulière des quantités de médicaments essentiels sélectionnés au coût le plus bas possible. Pour cela, il convient de :

- déterminer le stock initial ;
- évaluer les ressources requises pour réaliser ce stock initial et leur source de provenance ;
- identifier les sources d'approvisionnement ;
- apprécier le système de transport.

■ *Détermination du stock initial*

Elle est faite à partir de la population cible desservie par la formation sanitaire et plus précisément sur la quantification des consommations réelles ou potentielles.

Cette consommation est elle-même déterminée par le nombre de malades vus ou attendus par type d'affections en se basant sur un schéma thérapeutique précis pour chaque type d'affection.

Les critères pour déterminer la qualité de médicaments sont basés sur :

- la fréquence des affections selon le type, la saison et l'âge ;
- les schémas thérapeutiques rationalisés selon le type d'affection et l'âge ;
- l'estimation des quantités nécessaires par type d'affection et par période ;
- la détermination des rythmes de consommation et du stock de sécurité en tenant comptes des déperditions possibles ;
- l'élaboration de fiches de commande ;
- la détermination des délais de livraison ainsi que le choix du cycle d'acquisition.

**■ *Evaluation des ressources acquises pour réaliser le stock initial
et leur provenance***

L'estimation des ressources requises pour réaliser le stock initial est faite sur la base des prix proposés par le fournisseur sélectionné et le coût des charges récurrentes. Pour les cases de santé, le fournisseur sera le dépôt communautaire.

Pour les postes de santé, c'est le dépôt de district et pour le district, c'est la pharmacie régionale approvisionnée par la PNA qui, elle, s'approvisionne sur le marché national et international [10].

Pour mobiliser ces ressources nécessaires, chaque formation doit apprécier les possibilités des sources potentielles existant dans les localités tels que les budgets des collectivités locales, les recettes des Associations et groupements, les crédits de l'Etat, les organisations non gouvernementales et les bailleurs de fonds.

Toutes les dispositions doivent être prises pour obtenir la participation effective des populations locales à la mobilisation de ces ressources requises.

■ *Identification des sources d'approvisionnement*

De la qualité du fournisseur dépend le coût, la régularité des approvisionnements, mais également la qualité des produits. Cependant, l'organisation du circuit d'approvisionnement en médicaments au Sénégal ne donne d'autres alternatives que celles préconisées par la PNA [4].

C'est pourquoi un accent particulier a été mis sur la nécessité de centraliser à la PNA toutes les commandes d'une part et d'autre part de lui permettre de pouvoir faire des appels d'offre internationaux. La PNA fonctionnera donc comme par le passé en véritable grossiste-répartiteur pour les PRA [10]. Le système d'approvisionnement et de distribution est décrite par la figure suivante :

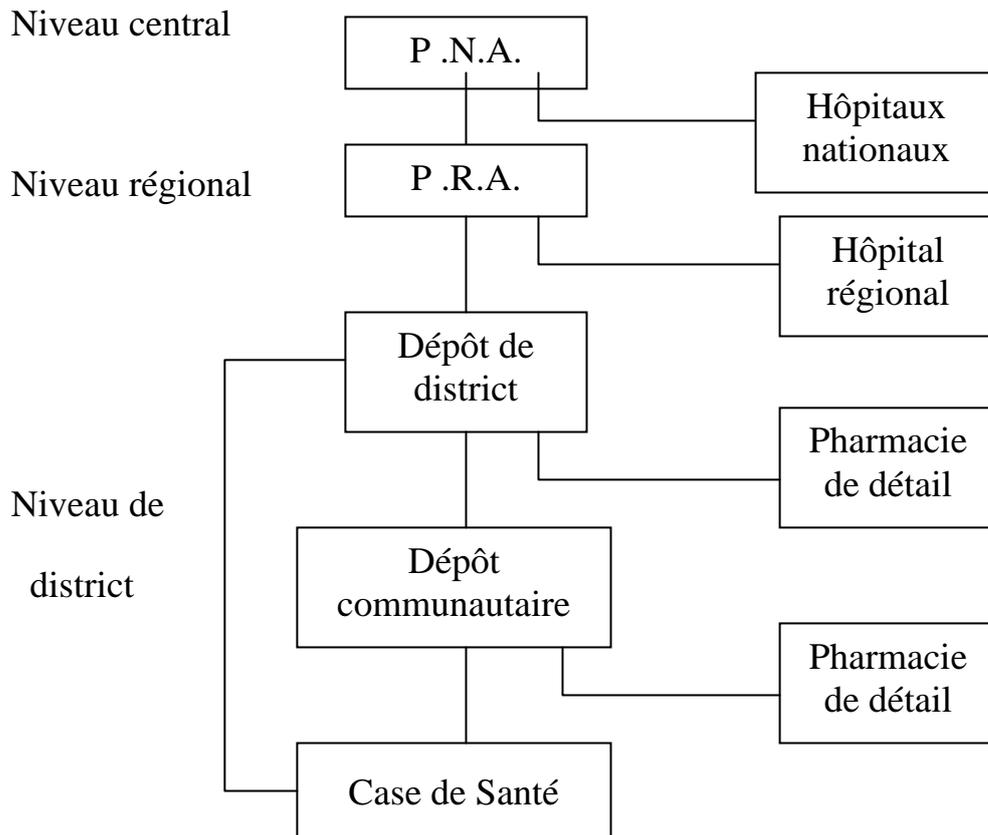


Figure 1 : Système d'approvisionnement en médicaments au Sénégal

■ ***Appréciation du système de transport***

Le transport des médicaments et du matériel médical revêt une importance particulière du fait que de ce transport dépend le prix de revient des produits pharmaceutiques mais également leur disponibilité en temps opportun au niveau des formations sanitaires. Chaque structure est donc tenue d'analyser sous tous ses aspects les moyens disponibles pour rendre optimum l'acquisition des médicaments et matériel médical tant en minimisant les charges récurrentes.

II.4.3. – Distribution des médicaments essentiels

Le système de distribution des médicaments et du matériel médical vise à assurer l'acheminement de ces produits du fournisseur jusqu'au niveau des formations qui les utilisent. L'option est de centraliser tous les médicaments et produits médicaux au niveau de la PNA, ensuite de les distribuer au niveau des districts sanitaires par le biais des PRA. Mais pour garantir le fonctionnement optimal d'un quelconque système de distribution des médicaments, il faut

nécessairement une planification systématique des activités de distribution aux formations sanitaires couvertes par ce système [19].

Cette planification-programmation doit couvrir tous les points de distribution en tenant compte du cycle de ravitaillement nécessaire en rapport avec les besoins exprimés par la formation. Ce système doit être appuyé par un système d'information qui donne des renseignements sur le niveau des stocks, la réception, les sorties de médicaments et la consommation des médicaments. Une bonne stratégie de distribution suppose également un choix clair sur le type d'approche qui peut être par commande sur la base des besoins identifiés ou par allocation périodique en partant du disponible.

L'approche par commande signifie que c'est le responsable de la formation sanitaire qui détermine la nature et les quantités de médicaments souhaitées. Alors que l'approche par allocation ou rationnement repose sur une détermination des quantités à allouer par une personne autre que le gestionnaire de la formation sanitaire.

Pendant longtemps, les centres et PS ont fonctionné sur la base d'un rationnement pour ce qui est des crédits de l'Etat et de commandes directes à la PRA ou à la PNA pour ce qui est de la recette tirée de la vente des tickets de participation des populations à l'effort de santé.

L'application de la PME et de l'I.B. réduit ces deux systèmes en un seul consistant à commander sur la base des besoins identifiés par les responsables des formations sanitaires. Le rendement et la surveillance d'un système de distribution de médicaments doivent être suivis sur la base d'indicateurs et de critères.

II.4.4. – Utilisation des médicaments essentiels

La mise en œuvre d'une stratégie performante d'utilisation des ME est capitale pour la réussite de cette politique de santé.

Selon le niveau où l'on se situe dans le système, le dispensateur varie en rapport avec son statut et son niveau de compétence. Ainsi au niveau du centre de

santé, la dispensation des médicaments est assurée par l'infirmier qui, jadis, s'occupait de la distribution des médicaments au niveau de la pharmacie de détail. Il est secondé par l'ASC choisi par le comité sanitaire de co-gestion. Ce dernier s'occupe particulièrement de la collecte des recettes, de la tenue des documents de gestion, des finances et des mouvements d'entrées et de sorties des médicaments et du matériel médical. L'infirmier assure le déconditionnement des produits livrés en conditionnement hospitalier, procède à la dispensation en veillant à bien expliquer les ordonnances aux patients [4, 21, 26].

Au niveau du PS et du dépôt communautaire, c'est un ASC qui assure l'ensemble des tâches sus-mentionnées. L'utilisation des ME interpelle un certain nombre d'acteurs du système de santé et des utilisateurs en général, à savoir :

- le prescripteur ;
- le comité de santé ;
- le gestionnaire des médicaments ;
- la population et les malades.

a) Les prescripteurs

En accord avec le principe de la rationalisation des ME, le prescripteur doit être suffisamment informé et formé sur les règles de la prescription sur la connaissance des médicaments, les génériques en particulier.

Il doit posséder une gamme étendue d'aptitudes techniques dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé [12].

Il doit également être constamment recyclé sur les éléments de diagnostic des affections les plus couramment rencontrées et doit être préparé à l'utilisation du minimum nécessaire de médicaments pour traiter un épisode de maladie. A cet effet, des schémas thérapeutiques rationalisés et standardisés ont été élaborés en vue d'initier les prescripteurs à une nouvelle approche beaucoup plus pragmatique et réaliste de la prescription.

Ces ordinogrammes, qui sont des arbres de décision permettant aux agents de la santé, face à une situation de prendre une décision thérapeutique ou de transfert prennent en charge les formes simples d'affections les plus couramment rencontrées [15, 19].

Ainsi, ces schémas sont appliqués à tous les niveaux par le prescripteur quel que soit son statut ou son niveau de formation ; ceci dans un souci d'harmonisation mais également de rationalisation du traitement.

b) Le comité de santé

Compte-tenu de l'importance et du rôle des comités de santé (CS) dans la gestion de l'IB, il était urgent de trouver un nouveau cadre statutaire permettant d'harmoniser les rôles et les prérogatives des CS dans le cadre de cette nouvelle politique de santé [9].

Cette initiative vise à mieux structurer les CS, à assurer une formation périodique à ses membres et à créer les conditions d'une supervision régulière avec comme finalité une évaluation périodique des résultats.

Compte-tenu du caractère sensible que constitue la gestion des recettes dans une structure sanitaire dont dépend la réussite de tout ce programme, il était donc opportun de restructurer le statut et le mode de fonctionnement des CS.

C'est dans cet optique que s'inscrivent :

- la loi n°92.07 modifiant l'intitulé de l'article 821 et l'alinéa 1^{er} du code des obligations civiles et commerciales [16] ;

- la circulaire n°1322 du 02 Mars 1992 du MSPAS relative à l'organisation de la collecte et de la gestion des recettes tirées de la vente des médicaments dans le cadre de l'application de l'I.B. [17].

A ce propos, il convient de rappeler certaines dispositions afférentes au versement préconisées pour éviter des détournements de sommes importantes telles que [17] :

- le versement journalier des sommes collectées au trésorier par tout vendeur de ticket ;
- le versement hebdomadaire au compte bancaire du comité par le trésorier ;
- l'interdiction de chèque au guichet ;
- la co-signature des chèques par les cadres de tutelle (infirmier ou médecin) ;
- l'établissement d'un rapport financier mensuel.

Au-delà de la gestion des recettes, les CS doivent s'acquitter d'une tâche tout aussi importante, à savoir la sensibilisation et la mobilisation des populations dans le cadre des programmes de santé.

c) Le gestionnaire des médicaments

La formation du gestionnaire est axée sur l'utilisation efficace des outils de gestion qui ont été élaborés à cet effet. En plus de cela, il doit maîtriser les méthodes et conditions de stockage des produits et leur distribution aux bénéficiaires ou dispensation [14].

Pour toutes ces raisons, le gestionnaire des médicaments doit bénéficier d'un bon encadrement et doit être suffisamment motivé. La réussite de la gestion des médicaments repose en grande partie sur son engagement et sa détermination.

d) La population

Pour atteindre les objectifs assignés par l'IB, il faudrait que les populations qui doivent bénéficier des prestations de service soient mieux informées et sensibilisées sur les différents aspects de cette nouvelle stratégie de santé.

En effet, l'adhésion des populations à ce concept est une condition essentielle pour sa réussite. Il faut qu'elles soient donc suffisamment informées sur les avantages qu'elles peuvent tirer de l'IB. A cet effet, des efforts ont été déployés en direction des prescripteurs et des CS pour qu'ils s'investissent davantage dans cette mission d'information et de sensibilisation [28].

e) Les malades

Les malades qui bénéficient des soins et services au niveau des structures sanitaires publiques sont un pilier important dans le cadre de la réussite de ce programme.

Il est donc primordial de dégager un volet information-éducation des malades sur l'utilisation appropriée des médicaments. Les malades doivent également être suffisamment convaincus et informés sur la justification de l'utilisation des noms génériques. Ainsi chaque malade doit être édifié sur :

- le mode d'action des produits ;
- les incidents et accidents possibles ;
- le résultat attendu du traitement, la date minimum pour son évaluation ;
- le coût moyen du traitement au niveau de la formation sanitaire.

Le prescripteur ainsi que le vendeur de médicaments doivent prendre un minimum de temps pour expliquer aux malades la portée de cette nouvelle approche de la santé ainsi que l'espoir qu'elle suscite dans le cadre de la résolution de nos problèmes de santé [20].

II.4.5. – Recouvrement du coût des médicaments

Au Sénégal, le principe fondamental qui constitue la nouveauté avec l'IB est que les médicaments sont systématiquement vendus, qu'ils soient payés directement par le patient ou par un tiers dans le cas du patient démuné.

Il y a toujours un remboursement du coût du médicament pour garantir le renouvellement des stocks. Devant cette alternative, il faudrait donc prendre les dispositions utiles pour amoindrir le coût des médicaments vendus au niveau des formations sanitaires. Pour cela, les mesures suivantes sont préconisées à savoir :

- utiliser les génériques ;
- grouper les commandes ;
- utiliser par épisode un nombre limité de médicaments ;

- minimiser les charges récurrentes (transport, manutention, intermédiaire, etc... ;
- éviter les pertes et vols ;
- assurer un bon stockage et une bonne gestion des produits.

La tarification varie selon les lieux et les types de formation sanitaire. Elle est réglementée par la circulaire du 02 Mars 1992 du MSPAS qui stipule : « Les médicaments sont tous vendus quelle que soit leur provenance et toutes les dispositions devront être prises à tous les niveaux pour minimiser les charges récurrentes et donc la marge bénéficiaire, même dans les zones les plus reculées, ne peut en aucun cas dépasser 10 % du prix d'achat » [18].

a) L'expérience sénégalaise en matière de participation des populations à l'effort de santé

Le Sénégal a acquis depuis des années des résultats intéressants dans le domaine de la participation des populations dans le financement de la santé.

En effet, outre la contribution des collectivités locales, la participation « symbolique » à l'effort de santé, de l'Etat, des utilisateurs des formations sanitaires publiques, rapporte environ 500 à 600 millions de Francs CFA et provenant uniquement de la vente des tickets de consultation. La spécificité de la version sénégalaise de l'IB repose essentiellement sur cet aspect [27].

En effet, il a été recommandé par l'OMS de vendre les médicaments avec une marge bénéficiaire importante qui permettra de financer les autres activités de SSP à assise communautaire.

Mais au Sénégal, il a été décidé de maintenir les acquis et en même temps de vendre les ME avec une faible marge bénéficiaire. Ainsi, les CS vont pouvoir mobiliser suffisamment de ressources pour financer les activités de SSP à assise communautaire qui jusque là étaient supportées par les bailleurs de fonds et les ONG.

Ainsi avec ce nouveau processus de vente des médicaments et le maintien de l'achat systématique de ticket de participation à l'entrée de chaque formation sanitaire, ces 60 % vont servir au renforcement des SSP.

Au niveau de chaque unité opérationnelle autonome du système sanitaire du district : case de santé, PS, maternité rurale, centre de santé, deux comptabilités séparées sont rigoureusement tenues :

- une alimentée par les recettes tirées de la vente des tickets pour services de soins (consultations, hospitalisation, examens paracliniques) ;
- l'autre comptabilité est alimentée par les recettes issues de la vente des médicaments. Ces médicaments sont vendus avec la plus faible marge bénéficiaire pour tout juste couvrir le prix de revient et les frais de salaire du vendeur de ces médicaments.

Ainsi « la version sénégalaise » de l'Initiative de Bamako peut être résumée par la figure suivante :

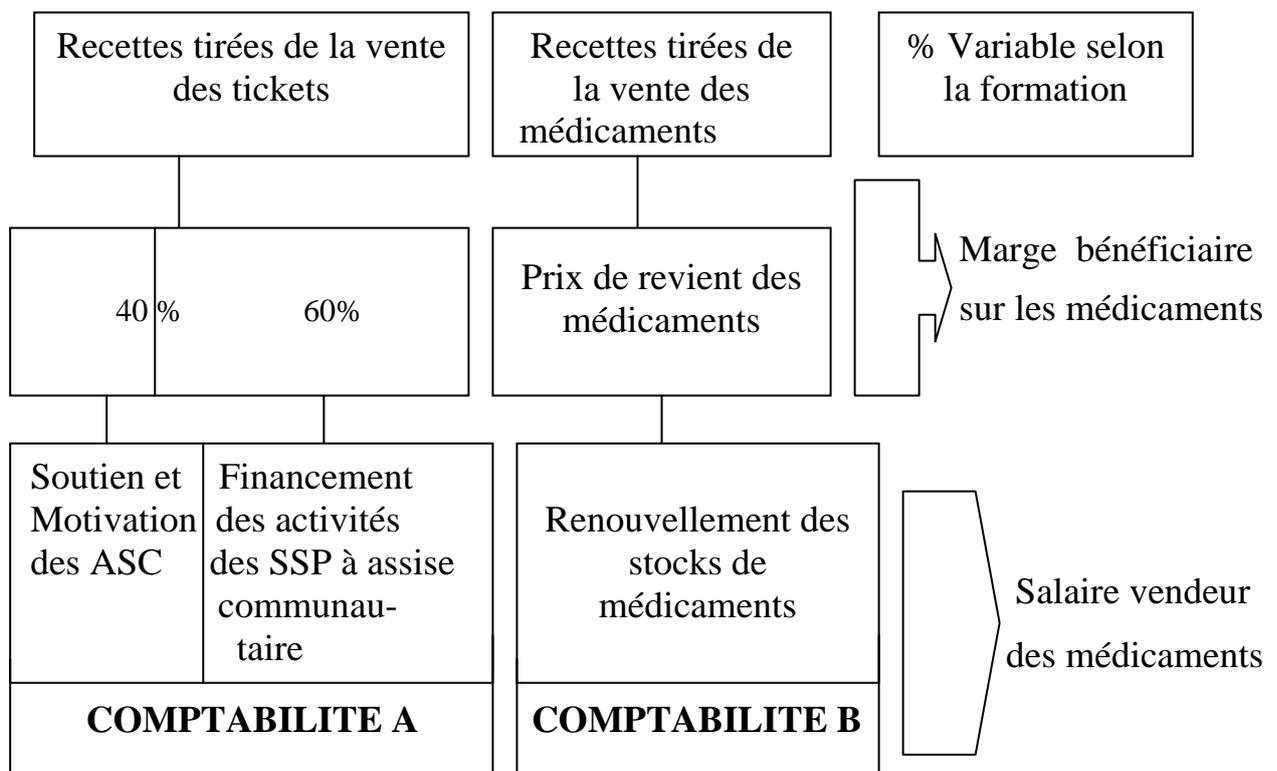


Figure 2 : La version Sénégalaise de l'Initiative de Bamako [5]

b) Mode de paiement des médicaments essentiels

Au niveau de chaque structure de soins du district, le paiement des ME est direct au niveau de l'unité chargée de la vente au détail des médicaments. Le vendeur ou dépositaire livre les médicaments après paiement des produits mentionnés sur l'ordonnance par le prescripteur.

Dans tous les cas, les médicaments doivent être vendus. Il appartient donc au comité de co-gestion au niveau de chaque structure sanitaire du district de déterminer les modalités de prise en charge des cas particuliers susceptibles de survenir au niveau de leur localité [10].

Ainsi donc, au cas où le paiement ne peut pas être assuré par le bénéficiaire, un tiers payant doit être identifié.

Le tiers payant peut être le CS, l'Etat, une association ou groupement dans la localité ou toute bonne volonté engagée à couvrir les frais de médicaments que le bénéficiaire ne peut pas payer.

c) Modèle de financement des SMI/PF par les populations

Une variante de ce modèle est actuellement expérimentée dans le département de Louga avec le projet Sénégal-Italien et dans les dispensaires privés catholiques.

Cette méthode consiste à intégrer tous les coûts et à les faire payer une seule fois au moment de l'achat du ticket. Dans tous les cas, le résultat doit être le même, à savoir le recouvrement du coût des médicaments pour garantir le renouvellement des stocks et une marge bénéficiaire suffisante pour financer les autres activités de SMI/SSP à assise communautaire [4].

III – LES MEDICAMENTS ESSENTIELS

III.1. – Le concept des médicaments essentiels

Les médicaments essentiels sont ceux qui satisfont aux besoins prioritaires de la population en matière de soins de santé. Ils sont choisis compte-tenu de leur intérêt en santé publique, des données sur leur efficacité et leur innocuité, et de leur coût/efficacité par rapport à d'autres médicaments [21].

Les médicaments essentiels ont pour but d'être disponibles à tout moment dans le cadre de systèmes de santé fonctionnes, en quantité suffisante, sous une forme appropriée, avec une qualité assurée, accompagnés d'une information adéquate et à un prix accessible pour les individus et les communautés. La mise en œuvre du concept des médicaments essentiels est destinée à être souple et adaptable à de nombreuses situations ; c'est à chaque pays qu'il incombe de déterminer quels sont exactement les médicaments qu'il considère comme essentiels [25].

Après la vaccination contre les maladies courantes de l'enfance, l'utilisation appropriée des médicaments essentiels est l'un des éléments des soins de santé modernes qui possède le meilleur rapport coût/efficacité. La sélection des médicaments essentiels est l'un des principes de base de toute politique pharmaceutique nationale car elle aide à fixer les priorités pour tous les aspects du système pharmaceutique. Il s'agit d'un concept mondial qui peut être appliqué dans tous les pays, dans le secteur privé comme dans le secteur public et à différents niveaux du système de soins de santé [26].

III.2. - Avantages

La sélection soigneuse d'une gamme limitée de médicaments essentiels améliore la qualité des soins, la gestion des médicaments (et aussi la qualité des médicaments prescrits), et le rapport coût/efficacité de l'utilisation des ressources sanitaires. De nombreuses études ont montré l'impact des directives cliniques et des listes de médicaments essentiels sur la disponibilité et le bon usage des médicaments dans les systèmes de soins de santé. Ces différents aspects sont encore

plus importants dans les contextes de faibles ressources où la disponibilité des médicaments dans le secteur public est souvent irrégulière. Dans de telles conditions, les mesures visant à assurer un approvisionnement régulier en médicaments essentiels se traduiront par de réels gains en matière de santé et par une confiance accrue du public dans les services de santé [26].

III.3. – Un concept mondial

Fin 1999, 156 pays disposaient d'une liste officielle de médicaments essentiels, et 127 d'entre eux l'avaient actualisée au cours des cinq années précédentes. La plupart des pays disposent de listes nationales et certains de listes au niveau de la province ou de l'Etat. Les listes nationales de médicaments essentiels suivent en général de près les directives nationales concernant la pratique clinique, qui sont utilisées pour la formation et la supervision des agents de santé [25].

Aucun gouvernement ni système d'assurance-maladie ne peut se permettre de fournir ou de rembourser tous les médicaments existants sur le marché. Les listes de médicaments essentiels servent donc de guide pour l'achat et la distribution de médicaments dans le secteur public, les systèmes de remboursement des dépenses pharmaceutiques, les dons de médicaments et la production pharmaceutique locale. De nombreuses organisations internationales, dont l'UNICEF et le HCR, ainsi que des organisations non gouvernementales et des organismes internationaux de distribution à but non lucratif ont adopté le concept des médicaments essentiels. Plusieurs pays développés suivent également la même approche.

III.4. – Le concept des médicaments essentiels est adapté aux défis actuels

L'émergence de nouvelles épidémies comme le VIH/SIDA, l'augmentation généralisée de maladies infectieuses comme le paludisme et la tuberculose, l'émergence de la résistance aux antimicrobiens et l'augmentation des maladies chroniques dans de nombreuses régions du monde font que le concept des médicaments essentiels est plus important que jamais.

Dans de nombreux pays développés, les dépenses pharmaceutiques totales augmentent de 10 à 18 % par an, beaucoup plus vite que l'indice des prix à la consommation ou le PNB. Cette augmentation est essentiellement liée à l'introduction de nouveaux médicaments plus coûteux et à l'augmentation générale de la consommation pharmaceutique. Dans les pays en développement, les nouvelles associations antipaludiques peuvent coûter 30 à 200 fois plus que la chloroquine. Les médicaments utilisés pour le traitement de la tuberculose multirésistante peuvent coûter 1 à 30 fois plus que le traitement habituel selon la stratégie DOTS ; et le traitement du VIH/SIDA par des antirétroviraux peuvent coûter entre US \$400 ET US\$ 2500 par an [27].

La plupart des budgets pharmaceutiques des pays en développement se situent au-dessous de US \$30 par personne et par an, et 32 pays disposent de moins de US \$2 par personne et par an. Il est donc vital que les pays s'attachent à la fois à augmenter le financement des médicaments dans le cadre du budget général de la santé et à appliquer le concept des médicaments essentiels de façon à atteindre les meilleurs résultats sanitaires possibles avec les ressources disponibles.

III.5. – La sélection des médicaments essentiels

La sélection des médicaments essentiels comporte deux étapes. Tout d'abord, l'autorisation de mise sur le marché d'un produit pharmaceutique est habituellement accordée sur la base de l'efficacité, de l'innocuité et de la qualité de ce produit, et rarement sur la base d'une comparaison avec d'autres produits déjà sur le marché ou d'après des considérations de coût. Cette décision réglementaire définit la disponibilité d'un médicament dans le pays. De plus, la plupart des systèmes publics d'approvisionnement en médicaments et d'assurance-maladie ont des mécanismes de limitation des achats ou de limitation du remboursement des médicaments [21].

Ces décisions sont nécessairement fondées sur un processus d'évaluation reposant sur une comparaison entre divers médicaments et sur des considérations de qualité-prix. Cette deuxième étape conduit à l'établissement d'une liste de

médicaments essentiels. Le mieux est d'établir des médicaments essentiels pour les différents niveaux de soins, en s'appuyant sur les directives cliniques normalisées concernant les maladies et affections courantes qui peuvent et doivent être diagnostiquées et traitées au niveau en question.

III.6. – Critères de sélection

Le traitement recommandé et le choix des médicaments à utiliser dépend de nombreux facteurs tels que le tableau épidémiologique, les moyens de traitement disponibles, la formation et l'expérience du personnel, les ressources financières, ainsi que des facteurs génériques, démographiques et environnementaux. Le comité OMS d'experts de la sélection et de l'utilisation des médicaments essentiels retient les critères suivants :

- seuls seront sélectionnés les médicaments pour lesquels, il existe des données sûres et suffisantes en matière d'efficacité et d'innocuité dans divers contextes.

- le rapport coût/efficacité relatif est un point majeur à envisager lors du choix de médicaments à l'intérieur de la même catégorie thérapeutique. Lors de la comparaison de différents médicaments, on devra prendre en considération non seulement le coût unitaire, mais aussi le coût total du traitement, et on le comparera avec son efficacité [21] ;

- dans certains cas, le choix pourra également être influencé par d'autres facteurs, tels que les propriétés pharmacocinétiques, ou par des considérations locales telles que l'existence d'installations de fabrication ou de stockage ;

- chaque médicament choisi doit être disponible sous une forme dont la qualité peut être garantie, y compris en ce qui concerne sa biodisponibilité ; sa stabilité dans les conditions prévues de stockage et d'utilisation devra être démontrée ;

- la plupart des médicaments essentiels devront être présentés en formulations à un seul principe actif. Les associations en proportions fixes ne sont choisies que s'il est démontré qu'elles présentent un avantage du point de vue de l'effet thérapeutique, de l'innocuité ou de l'observance par rapport à chaque constituant

administré séparément, ou qu'elles diminuent l'émergence de la pharmacorésistance dans le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA [24].

III.7. – Comment établir une liste nationale de médicaments essentiels

Le processus de sélection des médicaments revêt une importance cruciale. Une liste de médicaments essentiels qui est imposée d'en haut ne reflétera pas les besoins des utilisateurs et ne sera pas acceptée. Il est donc très important que le processus soit consultatif et transparent, que les critères de sélection soient explicites, que la sélection des médicaments soit reliée à des directives cliniques normalisées reposant sur des bases factuelles, que les directives cliniques et la liste soient stratifiées par niveau de soins, et que ces deux documents soient régulièrement réexaminés et mis à jour. Un réexamen des directives cliniques et de la liste doit être au moins un an sur deux, et leur utilisation et leur impact doivent être suivis [26].

Un comité permanent devra être désigné pour fournir des avis techniques. Ce comité pourra être constitué de personnes appartenant à différents domaines, comme la médecine, les soins infirmiers, la pharmacologie, la pharmacie, la santé publique, la consommation et également des agents de santé de base.

Des consultations formelles et informelles peuvent être organisées avec les parties intéressées, y compris des représentants d'organisations professionnelles, de l'industrie pharmaceutique, d'organisations de consommateurs et des départements officiels du budget et des finances. Cependant, la sélection finale des médicaments par les membres du comité devra être réalisée de façon indépendante.

Le comité devra accepter le principe important selon lequel toutes les données n'ont pas le même poids. Par exemple, les résultats d'un examen systématique d'essais cliniques pèsent davantage que ceux d'une étude d'observation sans groupe témoin, et beaucoup plus que les observations personnelles des divers experts. Le poids de la recommandation est déterminé par celui des données [23].

III.8. – Comment mettre en œuvre une liste nationale de médicaments essentiels

Lorsque les directives cliniques et la liste des médicaments essentiels seront finalisées et imprimées, elles devront être largement diffusées. Pour les mises à jour, il peut être utile de publier une brochure d'information qui récapitule les modifications ou d'informer des modifications au moyen d'une lettre d'information ou d'un bulletin pharmaceutique. L'usage prévu, la légitimité et l'autorité de la liste devront être clairs pour tous les utilisateurs.

III.9. – La liste modèle OMS des médicaments essentiels

La liste modèle OMS est mise à jour tous les deux ans depuis 1997. La liste modèle de 2002 contient 325 principes actifs et est divisée en une liste principale et une liste complémentaire. Les médicaments sont désignés par leur dénomination commune internationale (DCI) ou leur nom générique sans faire référence à des noms de spécialités ni à des fabricants. La liste modèle représente à la fois un produit modèle et un processus modèle [26].

En tant que produit modèle, la liste modèle OMS vise à identifier les médicaments d'un bon rapport coût/efficacité pour les maladies prioritaires, avec les raisons de son inclusion dans la liste, en relation avec des directives cliniques reposant sur des bases factuelles et en insistant particulièrement sur les aspects relatifs à la santé publique et les considérations de qualité-prix [24].

La mise à jour de la liste modèle se fait selon les procédures recommandées par l'OMS par l'élaboration de directives pour la pratique clinique. Les éléments clés en sont une approche systématique de la collecte et de l'examen des données et un processus de développement transparent comportant plusieurs séances d'examen externe. Ce processus est destiné à servir de modèle pour l'élaboration ou la mise à jour de directives cliniques et de listes de médicaments essentiels au niveau national et au niveau des établissements.

Il est important que des comités de sélection au niveau national et au niveau des établissements aient accès à l'information qui a servi de base pour la sélection des médicaments essentiels, par exemple les résumés de directives cliniques OMS pertinentes, les examens systématiques les plus importants, les documents importants cités en référence, une indication des coûts, des informations sur la nomenclature, et les normes d'assurance qualité. Ces informations sont regroupées dans une infothèque disponible sur le site Web de l'OMS, sous forme de CD-ROM et en version imprimée.

L'infothèque OMS sur les médicaments essentiels contient également le formulaire modèle de l'OMS qui présente un modèle d'information sur tous les médicaments figurant dans la liste modèle OMS des médicaments essentiels. Outre le fait qu'il s'agit d'un document de référence utile à chaque prescripteur, ce formulaire est principalement destiné à servir de référence et de point de départ pour l'élaboration de formulaires nationaux et de formulaires des établissements de santé.

IV – SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE DU SENEGAL

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. Les estimations pour l'année 1999 sont de 5,1 % dans une économie où le taux de croissance démographique est de 2,7 % en moyenne. Ainsi, la tendance négative du PIB par habitant, observée au cours de la décennie 80, a été renversée. Deux facteurs expliquent principalement ces performances à savoir :

- davantage de rigueur dans la mise en œuvre des réformes économiques initiées au titre des programmes de coopération entre le Sénégal et ses partenaires au développement (amélioration de la compétitivité de l'économie suite à la dévaluation de 50 % de la monnaie en 1994 et dynamisme observé dans la politique de privatisation/modernisation d'entreprises publiques) ;

- la relative bonne tenue des cours mondiaux des principaux produits d'exportation du Sénégal, même si ce pays a également subi, mais dans une moindre mesure, les effets négatifs induits par la crise financière en Asie en particulier en ce qui concerne les exportations des produits phosphoriques.

Cependant, un changement significatif de la structure de production n'est pas apparent, traduisant ainsi le caractère fragile des performances réalisées.

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. La contribution de ce dernier secteur à la formation de la richesse nationale est en nette régression. Elle passe de 21,3 % du PIB en 1990 à 17,8 % en 1998, tendance qui s'explique essentiellement par les contre performances du secteur agricole, qui est fortement dépendant des conditions climatiques (néanmoins sa valeur ajoutée a augmenté de 12 % en 1999 contre une variation négative de -3,2 % en 1998) [6].

■ Les parts des secteurs secondaire et tertiaire sont en hausse. De manière générale, les activités ont porté essentiellement sur les productions traditionnelles que sont les produits arachidières, les produits de la pêche et le phosphate. La prédominance des services, illustrée notamment par le dynamisme des secteurs transports et télécommunications se confirme avec 62 % du PIB en 1998.

■ La croissance a été soutenue par une évolution favorable de la demande intérieure surtout en biens et services à des fins d'investissement, mais également par une reprise des exportations du fait d'une compétitivité améliorée des produits sénégalais. Ainsi, le taux brut d'investissement a connu une tendance à la hausse en passant de 13,6 % en 1994 à 18,7 % en 1998 et est projeté à 20,6 % du PIB en l'an 2000, les investissements privés représentant environ 14,7 % du PIB. L'épargne intérieure est passée de 7 % du PIB en 1994 à 12,7 % du PIB en 1998 et est projetée à 14,1 % en l'an 2000. Cette économie suffisante en vue de faire face à la demande sociale croissante.

■ Le déficit global des finances publiques hors dons est réduit à 3,5 % du PIB en 1999 contre 7 % en 1993. Les réformes initiées ont permis d'améliorer la collecte de l'impôt sur le commerce extérieur et de la TVA suite aux initiatives en vue de la généralisation de celle-ci. Cependant, la pression fiscale qui est presque égale à son niveau de 1990 est estimée à 16m,8 % en 1998. S'agissant des dépenses publiques, des efforts de rationalisation ont contribué à les réduire de 21 % du PIB en 1990 à 15,9 % en 1998. En particulier, la masse salariale est évaluée à 37 % du total en 1998 contre plus de 40 % au début de la décennie 90.

La maîtrise de l'inflation constatée après l'année de dévaluation du franc CFA (1994) se confirme. Le taux d'inflation mesuré par l'indice des prix à la consommation est évalué à 1,6 % en 1999. En effet, la rigueur dans les dépenses publiques, soutenue notamment par un contrôle du crédit à l'Etat a permis au Sénégal de respecter les critères de convergence au sein de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) en consolidant les performances en matière d'inflation, à savoir un niveau inférieur à 3 % [6].

■ Le déficit de la balance courante (hors transferts officiels bruts) est de 6,6 % en 1999. Les efforts d'ajustement ont contribué à améliorer le taux de couverture des importations par les exportations. Cependant, la structure des exportations reste dominée par les produits traditionnels (arachidières et de pêche), l'acide phosphorique et le phosphate ; tandis que les importations de produits alimentaires en l'occurrence le riz et le blé continuent de peser sur la balance commerciale.

■ L'option nationale en matière de développement économique met l'accent sur la création d'un environnement favorable à la relance de l'investissement privé direct au Sénégal. Au delà des réformes institutionnelles, le Sénégal poursuit ses efforts de gestion rigoureuse de sa dette publique extérieure estimée (après annulation) à 76,8 % du PIB en 1998 et, constituée à majorité de dette multilatérale (62 %).

■ Ainsi, les programmes d'annulation dont le pays a bénéficié ont permis d'alléger le poids de la dette sur les ressources financières nationales. Selon les estimations faites par des autorités sénégalaises et le FMI en 1988, le service de la dette après annulation équivaut à 10,6 % des recettes d'exportation de biens et de services de 20,8 % des revenus de l'Etat. Par ailleurs, le Sénégal est présentement éligible à l'Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE). Le document intérimaire de Stratégie de Croissance pour la Lutte contre la Pauvreté que le Sénégal a formulé a été approuvé par les Institutions de Bretton Woods. Conformément au calendrier retenu, le document sera finalisé d'ici le mois de décembre 2001 [6].

■ Si les réformes appliquées ont permis une maîtrise des déséquilibres, les actions et initiatives doivent être multipliées pour favoriser l'investissement privé direct, national et étranger. L'approfondissement des réformes doit également aller de paire avec les efforts d'identification des avantages comparatifs du Sénégal.

■ Par ailleurs, d'importants efforts doivent être déployés pour améliorer les indicateurs de développement humain. 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.

■ En effet, sur le plan sanitaire, 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. Le taux de mortalité maternelle reste encore élevé (510 décès pour 100000 naissances vivantes). 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 %.

■ S'agissant de l'éducation, 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 national.

■ Sur le plan démographique : le taux de croissance démographique estimé à 2,7 % par an est relativement élevé compte tenu des capacités productives de l'économie.

En 2001, 56 % de la population a moins de 19 ans. Les femmes en âge de procréer représentent 23 % de la population. Le taux d'urbanisation de la population est de 40 %, en accroissement de 5 % par an.

V - LES REFORMES DU SYSTEME DE SANTE [4]

A/ - LA REFORME HOSPITALIERE

1. – Principes fondateurs

La réforme hospitalière du Sénégal a été adoptée le 12 Février 1998 sous forme de deux lois : « loi portant réforme hospitalière » et « loi relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des Etablissements Publics de Santé » [6].

La réforme tient compte de la loi de décentralisation qui donne aux collectivités locales des prérogatives en matière de gestion des établissements de soins. Ainsi, le Président du Conseil Régional est de droit Président du Conseil d'Administration (PCA) de l'établissement situé dans sa région [27].

Les hôpitaux bénéficient d'une autonomie de gestion avec statut d'établissement public de santé (EPS).

De nouveaux services sont créés dans l'hôpital : un service de soins infirmiers et un service administratif et financier ; sont également nommés un agent comptable et un contrôleur de gestion. Le CA désigne des commissaires aux comptes.

Dans le domaine de la santé, la mission de service public repose sur trois principes fondamentaux :

- la continuité des services : disponibilité permanente d'un service, traitement de toutes les urgences ;

- l'égalité de tous dans l'accès aux soins essentiels : tarifs accessibles, prise en charge des personnes démunies ;

- la mise à disposition des meilleurs soins possibles : mise en place d'un système informatisé pour chaque malade hospitalisé, institution d'une charte du malade.

Il est prévu à terme, l'adoption d'un statut spécial pour le personnel des établissements publics de santé.

2. – Stade d'avancement actuel

Dix hôpitaux ont été à ce jour élevés au statut d'établissement de santé : Le Dantec, Fann, Grand-Yoff, Albert Royer (Pédiatrique), Saint-Louis, Kaolack, Diourbel, Louga, Thiaroye (Psy.), Thiès.

L'objectif de la réforme hospitalière est d'améliorer la qualité du service en remettant à niveau les compétences du personnel technique, en perfectionnant la gestion.

Les ressources financières internes de l'établissement sont celles issues de la tarification selon une nomenclature des actes professionnelles, document public. Elles comportent la facturation des prix de journées d'hospitalisation, les subventions de l'Etat et les produits financiers générés par l'activité de consultation et la vente des médicaments aux patients.

Actuellement, pendant la période intermédiaire, le personnel est payé soit sur budget de l'Etat, soit sur budget de l'établissement.

Le projet d'établissement comprend un projet médical, un projet de soins infirmiers, un projet social et un projet de gestion spécifiant la maintenance préventive des équipements.

La participation des collectivités territoriales est fortement encouragée et organisée. Il faut reconnaître que les directeurs n'assument pas totalement l'autonomie des établissements et attendent encore de l'administration centrale des directives de gestion. De même, le CA n'assume pas encore ses fonctions décisionnelles [6].

B/ - LA REFORME DE LA PHARMACIE

La réforme du sous-secteur pharmacie vise à améliorer la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation rationnelle des médicaments dans le cadre d'un système d'assurance qualité propre à sauvegarder la sécurité des populations [6].

1 – Disponibilité en médicaments : le circuit d'approvisionnement public

La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) est effectivement devenue plus autonome, elle est établissement public de santé depuis 1999. Maître d'œuvre pour l'approvisionnement des établissements publics, elle procède par appels d'offres internationales selon des procédures similaires à celles de la Banque Mondiale. Elle reçoit entre 50 et 120 propositions par appel d'offres [4].

La PNA est gérée de façon transparente. Elle est informatisée et a adopté en 1996, une comptabilité de type privé. La PNA a généré en 1999 un chiffre d'affaires de 6 milliards de FCFA. Son activité et ses résultats sont en croissance constante.

Les ruptures de stock sont assez rares au niveau de la PNA. Les dépôts régionaux et les dépôts de district, eux, thésaurisent abusivement du fait d'une gestion par le rationnement, ce qui complique singulièrement la gestion des approvisionnements et la réputation entre régions.

La PNA répartit ses stocks entre les cinq pharmacies régionales (PRA) où s'approvisionnent les dépôts de districts. Les CS assurent la gestion et la vente des médicaments au niveau des formations sanitaires [10].

2 – Accessibilité des médicaments : le marché et la politique de prix

On estime que la PNA détient entre 10 et 15 % du marché sénégalais de médicaments qui s'élève à 48 milliards FCFA. En volume (unités vendues), la PNA représente près de la moitié du marché. Par son poids sur le marché, actuel et potentiel, elle peut exercer une réelle influence sur le prix de vente du médicaments dans le pays [6].

Dans le secteur public, la marge de la PNA/PRA est de 20 %. Le district prélève une marge de gestion de 20 %. En revanche, les comités de santé sont libres de fixer le prix des médicaments et de conserver une marge variable autour de 40 %.

Ces marges diffèrent selon nos interlocuteurs. Or, selon les textes, les médicaments ne peuvent être vendus à plus de 50 % du prix de vente de la PNA, ce qui correspond à une marge de 25 % pour les CS.

La PNA publie un catalogue qui indique le prix unitaire de vente conseillé, établi sur cette base. Cette réglementation n'est pas respectée et les tarifs des CS ne sont pas contrôlés.

3 – Le secteur privé et le développement des génériques

Les pharmacies privées s'approvisionnent auprès de trois grossistes-répartiteurs qui se fournissent sur le marché international par l'intermédiaire de centrales d'achat. Les produits importés doivent avoir reçu l'approbation de la direction de la pharmacie.

Dans le secteur privé, le prix de vente au client est fixé à l'avance, avec une marge grossiste en général de 15 % et une marge de pharmacien entre 10 et 30 %.

Depuis quelques temps déjà, le projet d'approvisionnement des pharmacies privées en médicaments génériques, s'est réalisé de manière significative.

La PNA fournit maintenant le privé par le biais des grossistes-répartiteurs habituels.

Les pharmacies privées ont vite fait d'adhérer à ce projet pour lutter efficacement contre le marché illicite des médicaments qui gangrène la profession pharmaceutique. En plus, de lutter contre le marché illicite des médicaments, les pharmacies privées participent également à cette politique d'accessibilité financière et géographique aux médicaments essentiels des populations.

A decorative scroll graphic with a grey background and a white border. The scroll is unrolled on the left and right sides, with the top corners curled up. The text is centered on the scroll.

DEUXIEME PARTIE

***TRAVAIL
PERSONNEL***

I – BUT ET OBJECTIFS

I.1. – But

Le but de cette présente étude est d'améliorer l'accessibilité financière aux médicaments essentiels dans les structures sanitaires publiques.

I.2. – Objectifs

I.2.1. – Objectif général

Identifier les différents déterminants de l'inaccessibilité financière aux médicaments essentiels.

I.2.2. – Objectifs spécifiques

- Faire un état des lieux de l'accessibilité financière aux médicaments
- Cerner l'ampleur de l'inaccessibilité financière en terme de prescription non honorée.
- Analyser les déterminants de l'inaccessibilité financière aux médicaments essentiels.
- Proposer des solutions pour l'amélioration de l'accessibilité financière des médicaments essentiels.

II - METHODOLOGIE

II.1 – Type d'enquête

Il s'agit d'une enquête descriptive et analytique transversale sur l'accessibilité financière aux médicaments essentiels au niveau des structures publiques de santé périphériques. L'enquête s'est déroulée du 15 au 30 Avril 2002 au niveau de 18 districts sanitaires par 9 enquêteurs qui ont parcouru chacun, deux districts sanitaires.

II.2 – Choix de l'échantillon d'étude

Il s'agit d'un échantillonnage stratifié à trois niveaux (district, structure, unité statistique). Les 10 régions médicales du Sénégal constituent notre base de sondage. A partir du document publié annuellement sur les recettes financières des districts, nous avons procédé à un classement des districts en fonction du montant des recettes annuelles en 1998.

Les districts ont été classés suivant le rapport issu des recettes totales sur la population du district. Un groupe est constitué par les huit districts dont les informations financières ne sont pas disponibles pour la même période. Ce résultat nous a permis de classer tous les quarante deux districts en fonction de la recette moyenne par tête d'habitant. Après le classement, ces quarante deux structures seront subdivisées en trois groupes à savoir, le tiers supérieur : les districts avec un rapport élevé (zone chère) ; le tiers moyen : les districts avec un rapport moyen (les zones intermédiaires) et le tiers inférieur, les districts avec les rapports les plus bas (les zones les moins chères).

Après avoir numéroté tous les districts, avec Epi-Info, nous avons procédé à un tirage aléatoire pour le choix des districts devant constituer notre population d'étude. Dans chaque groupe, un tiers des districts est sélectionné. Pour chaque district retenu, le centre de santé de référence du district est choisi et au hasard deux postes de santé sont sélectionnés sur la liste des postes du district. Toutefois, le choix porte sur un poste de santé urbain et rural. Dans la zones où il n'y a pas de poste de santé urbain, les deux postes de santé les plus près du centre de santé sont retenus par commodité.

Les districts suivants ont été retenus et visités :

- groupe des districts chers : Mbacké (Diourbel), Joal (Thiès), Koungheul (Kaolack), Vélingara (Kolda) et Nord (Dakar) ;
- groupe des districts intermédiaires : Touba (Diourbel), Guinguinéo (Fatick), Ziguinchor (Ziguinchor), Matam (Saint-Louis) et Guédiawaye (Dakar) ;

- groupe des districts les moins chers : Centre (Dakar), Linguère (Louga), Pikine (Dakar), Kaolack (Kaolack) et Louga (Louga) ;

- groupe des districts sans données : Khombole (Thiès), Mbao (Dakar) et Tamba (Tambacounda).

En ce qui concerne les unités statistiques, elles sont représentées par les agents de santé, les membres du comité de santé, les gérants de dépôts de pharmacie, les élus locaux et les bénéficiaires de services.

Dans chaque structure de santé, un questionnaire est administré à l'agent de santé prescripteur le jour de l'enquête, au gérant du dépôt de pharmacie, à un membre du comité de santé, à un élu local et aux dix premières personnes qui, après consultation dans la structure, ont bénéficié d'une ordonnance du prescripteur du jour et se sont rendues au dépôt de pharmacie pour l'achat de leur ordonnance.

II.3 – Taille de l'échantillon

Il s'agit d'une enquête quantitative orientée sur les bénéficiaires de prestation. Toutefois, les aspects de l'accessibilité des médicaments liés aux prescripteurs, les vendeurs de médicament, les élus locaux et les membres du comité de santé sont étudiés.

La taille de l'échantillon est estimée selon le fait que le nombre trente sujets est nécessaire par cellule pour effectuer des analyses croisées. Ainsi, avec une prévision de tableau croisé de 3 fois 4, il faut au moins 360 unités statistiques.

Tableau I : Estimation de la taille de l'échantillon

Réponse probable \ Structure sanitaire	Rural		Urbain		Total
	<i>PS</i>	<i>CS</i>	<i>PS</i>	<i>CS</i>	
Oui	30	30	30	30	120
Non	30	30	30	30	120
Sans avis	30	30	30	30	120
Total	90	90	90	90	360

Pour atteindre ce nombre, nous avons pris 10 unités statistiques (bénéficiaires) par structure visitée. Ce qui se traduit par un effectif de 520 unités qui est largement supérieur au nombre souhaité. Toutefois, ceci nous rassure sur les éventuels risques inhérents à une collecte de données sur le terrain.

Concernant l'effectif des sujets intervenant directement ou indirectement dans la gestion du médicament essentiel, un sujet par catégorie est retenu pour chaque structure visitée. Au total 52 unités statistiques par catégorie sont ciblées.

II.4 – Recueil des données

II.4.1. – Phase préparatoire

La phase préparatoire s'est déroulée en trois étapes :

- une première étape consistant à la formation de tous les enquêteurs et des superviseurs. Une traduction orale du questionnaire en langue locale a été faite pour éviter toute ambivalence ou incompréhension aussi bien au niveau des enquêteurs que des superviseurs. Des clarifications ont été faites sur la manière d'aborder les interrogés qui sont de catégories différentes et pouvant manifester une susceptibilité et/ou un refus par rapport à certaines questions faisant allusion aux finances ;

- la deuxième étape est représentée par le pré-test, les questionnaires sont administrés aux cinq catégories d'unité statistique. Des postes de santé et centres de santé de la Région de Dakar ne faisant pas partie des structures ciblées, ont été

visités par les enquêteurs ; ils ont interrogé les responsables répondant aux critères d'adhésion ;

- enfin, une analyse des résultats du pré-test nous a permis de reformuler certaines questions et de réaménager le processus de collecte des données à la vue des difficultés rencontrées par les enquêteurs. Aussi, nous a-t-il permis d'apprécier le temps nécessaire pour le remplissage de chaque type de questionnaire. Et ainsi, de réajuster le nombre de questionnaire à remplir par enquêteur et par jour.

II.4.2. – Sources de recueil des données

Un questionnaire a été élaboré pour chaque catégorie de responsable interrogé. Cinq variantes de questionnaire comportant chacun un chapitre réservé à l'identification de l'enquêté, un chapitre portant sur connaissance des médicaments essentiels, un chapitre sur la perception de la dispensation des médicaments essentiels. En plus de ces chapitres, le questionnaire destiné au bénéficiaire comporte des chapitres sur l'ordonnance prescrite le jour de la visite.

II.4.3. – Collecte des données

La collecte des données a duré environ trois semaines, les enquêteurs ont sollicité l'appui des équipes cadre de district. Ainsi, en collaboration avec ces dernières, la visite au niveau des postes de santé et centres de santé a été aisée de même que l'identification des informateurs. Les entretiens se sont déroulés dans l'enceinte des structures en ce qui concerne les bénéficiaires, les prescripteurs et les dépositaires ; pour les élus locaux et membres des comités de santé, ils se sont déroulés à domicile.

II.5.– Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées lors de la collecte peuvent être résumées en :

- l'absence des élus locaux et membres de comité de santé capable de fournir des informations utiles à l'enquête durant la période prévue ;
- la qualité des outils de gestion utilisée par les dépositaires ;
- la réticence des enquêtés à répondre aux questions relatives aux aspects financiers dans la gestion des médicaments essentiels ;
- les déplacements au sein des districts sanitaires.

III – RESULTATS

III.1. – Gérant de dépôt de pharmacie

Lors de la visite des structures sélectionnées, 51 gérants ont été interrogés sur les 52 prévus. Un gérant était absent de son lieu de travail durant la visite des enquêteurs.

III.1.1. – Identification des gérants

Le profil des gérants est très variable selon l'âge, le niveau d'étude et le degré de motivation financière. Les résultats se présentent comme suit :

- durée moyenne d'exercice : 6,8 ans ;
- durée minimale d'exercice : 1 an ;
- durée maximale d'exercice : 23 ans (n = 49) ;
- 60 % des gérants sont des hommes (n = 51) ;
- le niveau d'étude varie du cycle primaire (20 % des gérants), secondaire (68 % des gérants) et universitaire (4 %). Le niveau d'étude, le type de structure et le milieu sont variables ;
- l'âge moyen est de 36 ans variant de 20 ans à 64 ans avec une médiane de 34 ans ;
- motivation (n = 38).

La motivation moyenne est de 44.039,474 FCFA. La motivation la plus faible est de 10.000 FCFA et la plus importante est de 250.000 FCFA. Cependant, 75 % des interrogés ont une motivation inférieure ou égale à 50.000 FCFA. Le montant de la motivation varie selon le type de structure et le niveau d'étude du gérant du dépôt.

III.1.2. – Connaissance sur les médicaments essentiels

- 21,6 % n'ont pas participé à la formation sur la gestion des médicaments dans le cadre de l'initiative de Bamako.

- 83,4 % ont expliqué correctement ce qu'est un médicament essentiel (n=48).

- Seuls 16 % des gérants ont donné le pourcentage correct de marge bénéficiaire suggéré par le Ministère de la Santé, soit 50 % maximum du prix d'achat à la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement.

- 23 %, soit le quart des gérants ne connaissent pas la marge bénéficiaire qui sert de base de calcul des prix de vente des médicaments essentiels dans leur dépôt. Ceux qui prétendent avoir connaissance de la marge bénéficiaire ont donné des pourcentages allant de 10 à 50 %.

- Selon 21,6 %, des enquêtés, le prix est déterminé par le comité de santé alors que 35,3 % pensent que c'est le personnel de santé.

- 16,3 % ne disposent pas de fiches ou procès-verbal de réception de médicaments, soit 8 sur 49.

- 28,6 % ne disposent pas de cahier des sorties et d'entrées de médicaments.

- 21,6 % des gérants qui disposent de cahiers d'entrées et de sorties ne les remplissent pas alors que 40 % des gérants interrogés disposent d'un registre de vente journalière qui est généralement bien rempli (92 %).

- 20,8 % des gérants qui ont des fiches ne les remplissent pas et 6,3 % les remplissent mal.

- Conservation des fiches : 81 %, soit 39 sur 48

- Conservation des cahiers : 23,1 %, soit 9 sur 39.

- Conservation des registres : 96 % soit 48 sur 50.

III.1.3. – Fonctionnement

- 80,4 %, soit 41 sur 51 gérants déclarent avoir des ruptures de médicaments essentiels durant les 6 mois précédant l'enquête.

- Pour 39,2 % des gérants (20 sur 31), leur dépôt de pharmacie vend des spécialités.

- 92,2 % des commandes de médicaments sont visés par le responsable de la structure.

• *Supervision des dépôts de médicaments*

Tableau II : Supervision des dépôts de médicaments durant les six derniers mois

Nombre de supervision	Nombre de gérants	Fréquence absolue (%)	Fréquence cumulée (%)
0	8	17,4	17,4
1	16	34,8	52,2
2	10	21,7	73,9
3	6	13,8	87,0
4	1	2,2	89,1
6	5	10,9	100

- Durant les six mois précédant l'enquête, la proportion des gérants ayant bénéficié d'une supervision est très faible comme le montre le tableau II.

- Niveau central (4 fois), niveau régional 1(6 fois), niveau district (30 fois).

Tableau III : Achat partiel des médicaments essentiels prescrits

Achète une partie des médicaments essentiels	Fréquence absolue (%)	Fréquence relative (%)
Toujours	13	26
Souvent	31	62
rarement	6	12
Total	50	

L'achat des médicaments par les bénéficiaires est très souvent partiel.

III.1.4. – Perception

68,6 % des gérants, soit 35 sur 51, prétendent que les médicaments essentiels sont accessibles financièrement et 25,5 % pensent le contraire.

88,2 % des gérants reçoivent des prescriptions venant d'autres structures soit 45 sur 51.

Pour 24 %, les prescriptions venant d'autres structures sont nombreuses et pour 54 % pas nombreuses.

16,3 % des prescriptions reçues par les gérants sont faites en dehors des structures sanitaires publiques.

III.2. – Agents de santé

45 agents de santé, prescripteurs ont été interrogés dans les 52 structures.

Parmi eux, 12 sont médecins (26,7 %), 29 infirmiers (64,4 %), 1 sage-femme (2,2 %), 2 agents sanitaires (4,4 %) et 1 agent de santé communautaire (2,2 %).

La fonction des agents prescripteurs interrogés couvre toutes les fonctions au niveau de la structure.

Tableau IV : Répartition des agents de santé suivant leur fonction dans la structure sanitaire

Fonction	Fréquence absolue (%)	Fréquence relative (%)
Médecin-Chef de district	10	22,2
Médecin-Chef Adjoint	2	4,5
Major	5	11,1
Infirmier Chef de poste	24	53,3
Autres	4	8,9
Total	45	100

Tableau V : Répartition des prescripteurs ayant reçu ou pas une formation à la gestion des médicaments essentiels

Catégorie professionnelle	Formation sur la gestion des Médicaments Essentiels		Total
	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	
Médecin	7 58,3 % 16 %	5 41,7 % 11,4 %	12 27,4 %
Infirmier ou Sage-femme	26 81,2 % 59 %	6 18,8 % 13,6 %	32 72,6 %
Total	33 75%	11 25%	44 100 %

Un peu plus de la moitié des médecins interrogés (58,3 %) contre 81,2 % des infirmiers ont reçu une formation sur la gestion des médicaments essentiels.

Tableau VI : Répartition des agents de santé suivant leur aptitude à définir le médicament essentiel

Catégorie professionnelle	Aptitude à définir le M.E.		Total
	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	
Médecin	5 41,7 % 11,4 %	7 58,3 % 16 %	12 27,4%
Infirmier ou Sage-femme	19 59,4 % 43,1 %	13 40,6 % 29,5 %	32 72,6%
Total	24 54,5%	20 45,5%	44

Plus de la moitié des agents de santé interrogés ont pu définir le médicament essentiel (54,5 %).

Tableau VII : Répartition des prescripteurs suivant leur appartenance ou non au comité de gestion

Catégorie professionnelle	Membre du comité de gestion du comité de santé		Total
	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	
Médecin	10 22,7 %	2 18,2 %	12 27,37 %
Infirmier ou Sage-femme	23 52,3 %	9 20,5 %	32 72,8 %
Total	33 75%	11 25%	44

75 % des agents de santé interrogés appartiennent au comité de gestion.

Tableau VIII : Connaissance de l'autorité qui fixe le prix des médicaments essentiels

Catégorie professionnelle	Fixation du prix des Médicaments Essentiels		Total
	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	
Médecin	8 18,2 %	4 9,1 %	12 27,3 %
Infirmier ou Sage-femme	6 13,6 %	26 59,1 %	32 72,7 %
Total	14 31,8%	25 68,2 %	44

31,8 % des agents de santé connaissent l'autorité qui fixe le prix des médicaments essentiels. Cependant, 68,2 % des agents de santé n'ont aucune idée sur la fixation du prix des médicaments.

Tableau IX : Répartition des agents de santé suivant leur participation ou non aux réunions du comité de gestion

Catégorie professionnelle	Participation aux réunions du comité de cogestion		Total
	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	
Médecin	8 20,5 %	3 7,7 %	11 28,2 %
Infirmier ou Sage-femme	20 51,3 %	8 20,5	28 71,8 %
Total	28 71,8%	11 28,2 %	39

Que ce soit les médecins ou les infirmiers, la participation au réunion de cogestion gravite autour de 71,8 %.

Seuls 28,2 % des agents de santé ont avoué ne pas participer aux réunions du comité de santé dont ils sont membres.

III.2.1. – Connaissance de l'Initiative de Bamako

26,7 % des prescripteurs n'ont pas été formés sur l'Initiative de Bamako.

La moitié (46,6 %) des prescripteurs n'est pas parvenue à expliquer correctement le but des médicaments essentiels.

Plus du quart (27,3 %) des prescripteurs interrogés ne peuvent pas définir un ordinogramme, même si 86,7 % d'entre eux en détenaient.

Selon les prescripteurs la marge bénéficiaire varie entre 5 % et 50 %. Il faut noter que 15,9 % des prescripteurs n'ont aucune idée de la marge bénéficiaire portée sur les médicaments essentiels dans leur structure.

III.2.2. – Perception de la stratégie de l'I.B.

Pour 88,6 % des structures visitées, il n'existe qu'un seul point de vente.

Pour 52,2 % (n=23) des ordonnances, les prix de vente ne sont pas indiqués.

Seuls 34,1 % des prescripteurs bénéficient régulièrement d'une supervision en rapport avec la gestion des médicaments essentiels (n=41). La supervision est assurée alors par le chef de la structure dans 85,4 % des cas.

91,1 % des prescripteurs affirment prescrire des ordonnances à honorer hors de la structure sanitaire..

Les raisons évoquées pour la prescription de médicaments à honorer hors de la structure sont essentiellement liées à l'inexistence du médicament prescrit sur la liste des médicaments essentiels (59,3 %) et à la rupture du médicament au dépôt de la structure (28,3 %).

Selon les prescripteurs 77,3 % des patients achètent leurs ordonnances dans la journée. Cependant, 13,7 % l'achètent au-delà de 3 jours.

Les raisons évoquées sont le plus souvent l'absence d'argent.

64,4 % des prescripteurs interrogés affirment que les médicaments sont financièrement accessibles.

III.3. – Les élus locaux

48 élus locaux ont été interrogés dans les 52 localités visitées.

Il s'agit de 6 maires de commune (12,5 %), 7 conseillers ruraux (14,6 %), de 18 chefs de quartiers (37,5 %), de 14 chefs de villages (29,22 %) et de 3 présidents de communauté rurale (6,32 %) (n = 48).

La majorité des élus rencontrés ont une durée moyenne dans leur fonction d'élu local de 13 ans, mais le mode est à 5 ans et les extrêmes vont de 1 an à 41 ans.

Tableau X : Répartition des élus locaux suivant leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquence absolue (%)	Fréquence relative (%)
Primaire	10	20,8
Secondaire	13	27,1
Universitaires	3	6,3
Autres	22	45,8
Total	43	100

Parmi les élus locaux, le niveau d'instruction ne dépasse généralement pas celui du secondaire (27,1 %).

Une proportion importante d'élus locaux (35,4 %) n'a pas été sensibilisée sur les médicaments essentiels (n = 48)l.

70,2 % des élus locaux affirment participer aux activités des structures sanitaires.

Seuls 5 élus locaux affirment que la marge bénéficiaire est déterminée par le niveau national et pensent que la marge bénéficiaire est de 50 % ;

Les élus locaux estiment à 78,7 % (n = 47) que les médicaments essentiels sont abordables.

Néanmoins à 80,9 % (n = 74), ils pensent qu'il existe des périodes durant l'année où les populations ont des difficultés à honorer le prix de leur ordonnance.

Selon eux, ces périodes coïncident avec l'hivernage, les mauvaises récoltes ou l'insécurité en mer en milieu pêcheur.

Ainsi, 34 % d'entre eux estiment qu'il faudra réduire le prix des médicaments pendant les périodes difficiles sus-mentionnées.

III.4. – Les membres du comité de santé

Un membre du comité de santé de 50 structures sur les 52 visitées a répondu aux questionnaires.

Les présidents de comité de santé sont les responsables les plus représentés parmi les membres des comités de santé interrogés.

III.4.1. – Fonction du membre interrogé

Tableau XI

Fonction du membre interrogé	Fréquence absolue (%)	Fréquence relative (%)
Président	21	42,0
Trésorier	19	38
Autres	10	20
Total	50	100

III.4.2. – Durée d'exercice selon la responsabilité dans le comité de santé

Tableau XII

Fonction	Fréquence	Durée moyenne	Durée médiane	Mode
Président comité de santé	19	5	3	2
Trésorier	19	5,7	5	2
Autres	12	2,9	2	2

La durée moyenne dans leur fonction actuelle semble ne pas différer entre les Présidents et Trésoriers. Cette durée tourne autour de 5 ans pour les présidents et trésoriers et de 3 ans pour les autres catégories.

III.4.3. – Sensibilisation sur l’Initiative de Bamako

Tableau XIII

Fonction	Sensibilisation sur l’I.B.		Total
	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	
Président comité de santé	17 81 % 34 %	4 19 % 8 %	21 42 %
Trésorier	14 74 % 28 %	5 26 % 10 %	19 38 %
Autres	10 20 %	0 0 %	10 20 %
Total	41 82%	9 18%	50

Les présidents des comités de santé à 81 % et les trésoriers à 74 % ont été sensibilisés sur l’Initiative de Bamako.

Par rapport à la connaissance du mode de fixation des coûts des médicaments essentiels au niveau des structures, les présidents de comité de santé à 42,9 %, les trésoriers à 27,8 % et autres à 10 % estiment que ce sont les comités de santé qui déterminent le prix des médicaments essentiels.

III.4.4. – Participation aux réunions du comité de gestion du comité de santé

Tableau XIV

Fonction	Participation aux réunions du comité de gestion du comité de santé		Total
	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	
Président comité de santé	19 90,5 % 38	2 9,5 % 4 %	21 42 %
Trésorier	14 74 % 28 %	5 26 % 10 %	19 38 %
Autres	5 50 % 10 %	5 50 % 10 %	10 20 %
Total	68 76%	12 24 %	50

Les présidents des comités de santé à 90,5 %, les trésoriers à 74 % participent aux réunions des comités de gestion.

L'avis des membres du comité de santé sur celui qui fixe la marge bénéficiaire des médicaments essentiels est très partagé.

Tableau XV : Avis des membres du comité de santé sur la fixation de la marge bénéficiaire au sein de la structure

Mode de fixation de la marge bénéficiaire	Fréquence absolue (%)	Fréquence relative (%)
Comité de santé	15	30,6
Chef de la structure	10	20,4
Autres	24	48
Total	49	100

III.5. – Les Bénéficiaires

Au total, 498 bénéficiaires d'une ordonnance ont été interrogés.

III.5.1. – Répartition des enquêtés selon les districts sanitaires

Tableau XVI

Districts	Nombre d'interrogés
Dakar-Centre	29
Guédiawaye	30
Guinguinéo	30
Joal	30
Kaolack	30
Khombole	30
Koungheul	26
Lingère	30
Louga	30
Matam	30
Mbacké	30

Mbao	30
Dakar Nord	27
Tambacounda	30
Touba	30
Vélingara	30
Ziguinchor	26
Total	

Tableau XVII : Répartition selon le sexe et le moyen de transport utilisé pour rallier la structure sanitaire

Transport	Femme	Homme	Total
Charette	64 13,4%	29 6,1 %	93 19,5 %
Marche à pied	150 31,5%	78 16,4%	228 47,9%
Voitures	118 24,7%	38 7,9 %	156 32,6%
Total	332 69,6	145 30,4	477

Pour le transport, la voiture est utilisée par 24,7 % des femmes contre 7,9 % des hommes.

Tableau XVIII : Achat des médicaments selon l'âge

Achat total des médicaments	Fréquence	Age moyen	Age médian	Mode
Oui	317	27	26	30
Non	164	23	25	30
Différence		4		

L'âge moyen des bénéficiaires varie de 27 ans pour ceux qui ont acheté tous les médicaments inscrits sur leur ordonnance contre 23 ans pour ceux qui n'ont pas honoré la totalité de leur ordonnance.

Tableau XIX : Achat des médicaments selon le sexe

Sexe	Achat des médicaments		Total
	Oui	Non	
Femme	211 61,7 % 42,7 %	131 38,3 % 26,5 %	342 69,2 %
Homme	117 77 % 23,7 %	35 23 % 7,1%	152 30,8 %
Total	328 66,4	166 33,6	494

61,7 % des femmes déclarent avoir acheté tous les médicaments prescrits sur leur ordonnance contre 77 % chez les hommes.

Tableau XX : Coût de l'ordonnance selon le sexe

Sexe	Fréquence	Coût Moyen	Coût Médian	Mode
Femme	264	1546	985	1000
Homme	124	1387	940	300
Différence		159		

Le coût moyen des ordonnances achetées par les femmes est de 1546 F contre 1387 F pour les hommes.

Tableau XXI : Coût de l'ordonnance selon que les médicaments prescrits sont achetés ou non

Tous achetés	Fréquence	Coût Moyen	Coût Médian	Mode
Oui	264	1596	1000	175
Non	125	1284	840	300
Différence		311		

Le coût moyen des ordonnances dont tous les médicaments prescrits sont achetés est de 1596 F.

Tableau XXII : Coût de l'ordonnance selon la structure de santé

Structure de santé	Fréquence	Moyenne
Centre de santé	132	1971,121
Poste de santé	256	1253,137
Différence		717,984

Le coût moyen des ordonnances prescrites au centre de santé est supérieur à celui des postes de santé ; avec une différence de 717,9 FCFA.

Tableau XXIII : Coût de l'ordonnance selon le Poste de Santé

Poste de santé	Fréquence	Coût moyen	Coût médian	Mode
Rural	169	1339,030	1000	1000
Urbain	87	1086,287	875	300
Différence		252,782		

La différence entre le coût moyen des prescriptions faites aux postes de santé ruraux et celles faites aux postes de santé urbains est de 252 F en faveur des postes de santé ruraux.

Tableau XXIV : Achat total des médicaments selon les Postes de santé

Postes de santé	Achète tous		Total
	<i>Rural</i>	<i>Urbain</i>	
Oui	148 67 % 45,1 %	73 33 % 22,3%	221 67,4 %
Non	51 48 % 15,6%	56 52 % 171%	107 32,6 %
Total	199 60,7	129 39,3	328

Les ordonnances prescrites dans les postes de santé ruraux sont achetées entièrement à 67 % contre 33 % par celles prescrites dans les postes de santé urbains.

Tableau XXV : Achat total des médicaments selon les structures de santé

Achète tous	Structure de santé		Total
	<i>Centre de santé</i>	<i>Poste de santé</i>	
Oui	108 63,5 % 21,7 %	221 67,4 % 44,4%	329 66,1 %
Non	62 36,5 % 12,4%	107 32,6 % 21,5%	169 33,9 %
Total	170 34,1	328 65,9	498

67,4 % des ordonnances prescrites au niveau des postes de santé sont achetées entièrement contre 63,5 % au niveau des centres de santé

III.5.2. – Répartition des enquêtés selon les régions

Tableau XXVI

Régions	Fréquence absolue (%)	Fréquence relative (%)
Dakar ou 1	116	23,3
2	60	12
3	29	5,8
4	56	11,2
5	30	6,2
6	60	12
7	30	6
8	51	6,2
9	60	12
10	26	5,2
Total	498	100

23,3% des bénéficiaires interrogés se trouvent à Dakar.

Dakar est indiqué volontairement dans le tableau pour juste montrer l'importance du nombre de bénéficiaires interrogés dans cette région du Sénégal.

III.5.3. – Répartition des bénéficiaires suivant le type de structure fréquentée et la zone

Tableau XXVII

Type de structure		Fréquence absolue (%)	Fréquence relative (%)
Centre de santé		170	34
Poste de santé	Urbain	129	26
	Rural	199	40
Total		498	100

66 % des bénéficiaires interrogés sont trouvés au niveau des postes de santé dont 40 % au niveau des postes de santé ruraux.

III.5.4. – Temps mis par les patients pour atteindre la structure sanitaire

Tableau XXVIII

Temps mis (mn ou heures)	Fréquence absolue (%)	Fréquence relative (%)
Inférieur ou égale à 30 mn	284	57,0
Supérieur à 30 mn et ≤ à 60 mn	55	11
Supérieur à 1 heure et ≤ à 22 heures	9	1,8
Supérieur à 24 heures	10	2
Non déterminé	140	20
Total	498	198

Plus de la moitié des bénéficiaires ont fait au moins une demi-heure de marche pour se rendre à la structure le jour de l'enquête, soit 57 %. Cependant, 3,8 % des bénéficiaires sont à plus d'une heure de marche de la structure.

III.5.5. – Motifs de consultation

Tableau XXIX : Motifs de consultation les plus fréquents le jour de la visite (n = 485)

Affection	Fréquence relative (%)
Paludisme	16,5
Consultation prénatale	12
Douleur abdominale	11
Infection cutanée	9,5
Infection respiratoire	8,7
Asthénies	4,1
Vertiges	3,9
Affections bucco-dentaires	3,7
Douleurs abdominales	3,3
Hypertension artérielle	2,7
Diarrhée	2,5
Planification familiale	2,3
Total	100

Pour les motifs de consultation, le paludisme vient en tête (16,5 %) et la consultation prénatale vient juste après, avec 12 %.

III.5.6. – Raisons évoquées pour le non achat des médicaments

Tableau XXX

Raisons évoquées	Fréquence absolue (%)	Fréquence relative (%)
Hors initiative de Bamako	44	26
Manque d'argent	43	25,4
Rupture de médicaments	64	37,9
Pas de réponse	18	10
Total	169	100

Un peu plus de 3 personnes sur 10 n'ont pas acheté tous les médicaments inscrits sur leur ordonnance, soit 33,9 % (n = 492).

Les raisons évoquées sont habituellement les prescriptions hors de la liste des médicaments essentiels du niveau considéré et surtout les ruptures de médicaments.

III.5.7. – Avis des bénéficiaires sur les prix des médicaments essentiels

Tableau XXXI

Avis	Fréquence absolue (%)	Fréquence relative (%)
Cher	111	22,0
Abordable	369	74,1
Sans opinion	18	3,6
Total	498	100

La majorité des bénéficiaires trouvent que les médicaments sont abordables (74,1 %).

Cependant, un bénéficiaire sur quatre déclare que les médicaments sont chers.

Selon les bénéficiaires (45,2 %), il existe des périodes particulièrement difficiles durant lesquelles l'achat des ordonnances est pratiquement impossible.

Pour améliorer l'accès aux médicaments essentiels, 49 % (n = 498) ont formulé des recommandations allant de la réduction du prix des médicaments à l'élimination de la rupture des médicaments, en passant par une meilleure formation sur les médicaments essentiels des gérants des dépôts.

III.5.8. – Examen de l'ordonnance

Tableau XXXII : Répartition de la proportion de remplissage selon l'item

Nom	93,8 %	(n = 498)
Age du malade	60,6 %	(n = 498)
Numéro du registre	57,8 %	(n = 498)
Date de prescription	90 %	(n = 498)
Fonction du prescripteur	70,9 %	(n = 498)
Prescription de génériques	72,9 %	(n = 498)
Présence au stock des médicaments prescrits	72,5 %	(n = 498)
Durée du traitement	56,6 %	(n = 498)
Quantité prescrite	86,5 %	(n = 498)
Nombre de médicaments prescrits	88,8 %	(n = 498)
Prix médicaments sur l'ordonnance	67,9 %	(n = 498)

L'examen des prescriptions révèle une rédaction incomplète des ordonnances.

Pour 388 ordonnances prescrites dans les structures visitées durant l'enquête, le coût moyen est de 1497,399 FCFA. Le coût de la moitié des ordonnances est inférieur ou égal à 972,5 FCFA. Le coût le plus élevé est de 30.325 FCFA.

Cependant, sur 228 ordonnances dont les prix sont calculés à partir des affiches portant le prix des médicaments vendus dans la structure visitée, nous notons que le coût moyen est de 1.083,4329 FCFA, la moitié des prescriptions (ordonnances) coûtent 860 FCFA et le coût le plus élevé est de 6.055 FCFA.

IV – DISCUSSION

IV.1. – Gérant de dépôt de médicaments

A l'issue de l'enquête, nous avons remarqué que la grande majorité des gérants de dépôt de médicaments n'ont pas le niveau requis pour mener à bien la lourde tâche que constitue la gestion des médicaments. La preuve, il a fallu en certains endroits reformuler les questionnaires ou les traduire en langue nationale.

La plupart des gérants ont été sensibilisés sur l'I.B. et les médicaments essentiels mais cette sensibilisation ne s'est faite qu'au tout début de l'application du système de l'I.B. Les gérants regrettent qu'il n'y ait pas eu de formation continue ou de recyclage.

Nous avons constaté aussi qu'au niveau des dépôts de médicaments, la notion de marge bénéficiaire n'est pas du tout maîtrisée par les gérants. Les prix des médicaments sont généralement fixés indifféremment selon les structures.

Les outils de gestion (fiches, cahiers, registres de vente) sont disponibles et bien conservés mais ne sont pas utilisés de manière adéquate.

La supervision des dépôts est faite de manière irrégulière. La plupart des dépositaires (34,8 %) n'ont reçu qu'une seule supervision durant les six derniers mois précédant l'enquête.

IV.2. – Agents de santé

Nous avons remarqué durant notre enquête que la majorité des agents de santé interrogés sont des infirmiers. Ceci est dû au fait que durant notre passage, les médecins sont absents de la structure.

Dans les structures de santé, il y a beaucoup plus d'infirmiers que de médecins.

75 % des prescripteurs rencontrés ont déclaré avoir reçu une formation sur la gestion des médicaments.

La majorité des agents de santé appartiennent au comité de gestion de la structure mais n'ont aucune idée sur le mode de fixation du prix des médicaments

essentiels. Pourtant, ils participent dans leur grande majorité (tableau IX) aux réunions du comité de gestion.

Nous avons constaté aussi que beaucoup de prescripteurs possèdent un ordinogramme mais ne l'utilisent pas. D'après ces prescripteurs, ce serait mal vu par leurs patients et il se pose aussi la question du temps, vu le nombre élevé de malades qui attendent.

IV.3. – Les élus locaux

La remarque que nous avons pu faire chez ces élus locaux est la durée dans leur fonction (en moyenne 13 ans). Leur niveau d'étude n'est pas très élevé et la plupart d'entre eux s'investissent dans la politique.

En tant que représentants des populations au niveau de la localité, les élus locaux (78,7 %) estiment que les médicaments essentiels sont abordables, comparés à ceux des pharmacies privées. Cependant, ils exigent des autorités de l'Etat que les prix soient encore revus à la baisse s'il ne peut pas y avoir de gratuité.

IV.4. – Les membres du comité de santé

Concernant la durée d'exercice de leur fonction comme membre de comité de santé, la règle semble être de 2 ans.

La grande majorité des membres de comité de santé sont sensibilisés sur l'I.B. et les médicaments essentiels.

Seuls 19,6 % des membres ont pu donner la marge bénéficiaire recommandée par le niveau central et 27,1% ignorent la marge bénéficiaire pratiquée dans leur structure.

Certains membres du comité de santé affirment que dans leur localité, il existe d'autres points de vente de médicaments essentiels en dehors du dépôt de médicaments de la structure. Ces points de vente sont : les boutiques, les services sociaux, les infirmeries, les dispensaires de sœurs, les marchés ou loumas, la rue...

Ils signalent que dans ces endroits, les prix ne sont pas toujours identiques à ceux de la structure.

Parmi les membres du comité de santé, 78 % pensent que les prix sont abordables. Mais selon eux, 40 % des populations fréquentant les structures sanitaires se plaignent des prix élevés des médicaments essentiels.

Les membres des comités de santé suggèrent en général pour l'amélioration de l'accessibilité des médicaments essentiels, la fin des ruptures de stock, la baisse des prix des médicaments et leur gratuité pour les cas sociaux.

IV.5. – Les bénéficiaires

Le constat notable est que les femmes sont plus régulières que les hommes quant à l'achat de leur ordonnance.

Nous avons remarqué aussi que le coût moyen des ordonnances prescrites aux centres de santé est largement supérieur à celui des postes de santé. Ceci est peut-être dû au fait que dans les centres de santé, c'est les médecins qui prescrivent et ont un choix très large entre les nombreux médicaments de spécialité.

La plupart des bénéficiaires ont été rencontrés au niveau des postes de santé notamment ruraux (40 %) et généralement, ils marchent pour se rendre aux structures de santé. La raison est que dans les zones rurales, les infrastructures routières sont défectueuses et les moyens de transport font cruellement défaut.

L'éloignement des structures de santé constitue un réel problème. Dans la plupart des zones rurales, s'il existe une structure sanitaire, elle est généralement délabrée, mal équipée.

Le paludisme est le premier motif de consultation chez les patients que nous avons approchés. Cette maladie demeure l'endémie la plus préoccupante

Nombre de bénéficiaires trouvent les prix des médicaments abordables mais regrettent les ruptures fréquentes de stock et l'absence de nombreux médicaments sur la liste très restreinte des médicaments de l'Initiative de Bamako (I.B.).

IV.6. – Le coût des ordonnances prescrites

A l'issue de cette enquête, nous avons constaté que la plupart des hommes et des femmes qui ont reçu des ordonnances ont pu les honorer. Cependant, le constat frappant est que les ordonnances prescrites aux femmes sont un peu plus chères que celles prescrites aux hommes.

Ceci est peut-être dû à la prévalence du paludisme et éventuellement d'autres infections dont les femmes en visite prénatale sont plus exposées.

Nous remarquons également que les ordonnances prescrites au niveau des postes de santé sont plus chères que celles prescrites au niveau des centres de santé. Nous pouvons expliquer ce fait par le non respect de la marge bénéficiaire au niveau des postes de santé et l'absence de certains médicaments au niveau des dépôts des structures sanitaires.

IV.7. – L'achat total ou partiel des médicaments prescrits

Au niveau des postes de santé ruraux, nous constatons que la majorité des ordonnances prescrites (67 %) sont achetées contre seulement 33 % au niveau des postes de santé urbains. Cette différence peut être due au fait qu'au niveau des zones rurales, les populations ne savent pas si elles ont déjà certains médicaments prescrits à la maison. Elles achètent toute l'ordonnance si elles ont les moyens. Nous avons même l'occasion de voir certains attendre de disposer de la totalité de la somme pour venir acheter. Ce qui n'est pas le cas au niveau des villes où certains présentent avoir ou espérer d'un parent médecin ou pharmacien, tel ou tel médicament. Cependant, entre les centres de santé et les postes de santé, les proportions sont presque les mêmes (respectivement 63,5 % et 67,5 %).



CONCLUSION
&
RECOMMENDATIONS

Dans cette étude multicentrique qui s'est déroulée du 15 au 30 Avril 2002 au niveau de 18 districts sanitaires du Sénégal, nous avons essayé d'identifier les différents déterminants de l'inaccessibilité financière aux médicaments essentiels ; de faire l'état des lieux de l'accessibilité financière ; de cerner l'ampleur de l'inaccessibilité financière en terme de prescription non honorée ; d'analyser les différents déterminants et enfin de proposer des solutions pour améliorer l'accessibilité financière aux médicaments essentiels.

Dans l'ensemble, les indicateurs testés ont permis de se faire une opinion des causes d'inaccessibilité financière des populations aux médicaments essentiels dans les structures sanitaires étudiées.

Pour des raisons liées soit aux gérants des dépôts de médicaments, aux agents de santé, aux élus locaux, aux membres des comités de santé et aux bénéficiaires des soins, nous pouvons dire que :

- la gestion des dépôts de médicaments n'est pas confiée, dans la plupart des structures visitées, à des agents qualifiés ;
- la supervision des dépôts n'est presque pas assurée ;
- la formation des gérants des dépôts sur l'Initiative de Bamako (I.B.) et les médicaments essentiels n'est pas satisfaisante ;
- l'accueil au niveau des structures sanitaires et la disponibilité des médicaments essentiels ne sont pas globalement satisfaisants ;
- la permanence des soins n'est pas tout à fait assurée dans plusieurs services à cause d'un manque de personnel qualifié ;
- la gestion des comités de santé est anarchique en certains endroits où les bureaux ne sont jamais presque renouvelés ;
- l'utilisation des services de santé connaît un déséquilibre à cause de facteurs liés aux moyens socio-économiques. Les populations éloignées manquent de moyens de déplacement pour rallier les structures sanitaires.
- les prix des médicaments essentiels sont normalement abordables.

Parmi les indicateurs testés, ceux qui nous ont paru utiles à retenir pour les futures évaluations de la qualité des soins et de l'accessibilité des médicaments essentiels sont les suivants :

- accueil au niveau des structures de santé ;
- disponibilité des médicaments essentiels ;
- gestion démocratique et saine des dépôts de médicaments ;
- permanence des soins ;
- formation-recyclage de tous les acteurs de santé ;
- utilisation rationnelle des services de santé.

Pour rehausser la qualité des soins et l'accessibilité financière des populations aux médicaments essentiels, les actions concrètes suivantes s'imposent :

- la formation et l'information de tous les acteurs de santé au niveau des structures sanitaires ;
- la signature d'un contrat de travail avec affiliation à l'Institut de Prévoyance Retraite (I.P.R.E.S.) entre les associations de santé communautaire (ASC) et les agents de santé en activité au niveau des structures, définissant clairement les droits et devoirs des uns et des autres, et prévoyant un plan de carrière pour les agents ;
- la sensibilisation des bénéficiaires sur l'observance du traitement ;
- la prise en charge par l'Etat d'un deuxième infirmier et d'une deuxième sage-femme au niveau de tous les postes de santé surtout ruraux, puisque les recettes ne peuvent pas supporter ces charges ;
- l'assainissement de la gestion financière, matérielle et administrative des structures sanitaires, garantissant la disponibilité permanente des médicaments essentiels pour les soins curatifs et préventifs ;

- l'application par les comités de santé des marges bénéficiaires établies par le Ministère de la Santé. Toute violation de ces règles doit être suivie d'une sanction sévère à l'encontre des agents incriminés ;

- l'instauration d'un système de préfinancement pour la prise en charge immédiate des cas sociaux.



BIBLIOGRAPHIE

1. BANQUE MONDIALE.-

Rapport d'évaluation.

Projet de Développement des Ressources Humaines, 12 Mars 1991.

2. BILAN DU PDIS (Programme de Développement Intégré de la Santé).-

Année 2000.

3. DIALLO I.-

L'application au Sénégal de la politique des médicaments essentiels et de l'Initiative de Bamako.

Périodique, Mars 1992.

4. DIALLO I.-

Cours introductif sur les soins de santé primaires : 4^{ème} Année de Pharmacie
Mai 1993.

5. DIENG I.-

Evaluation de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako dans sa
composante médicaments essentiels dans la région de Dakar-Sénégal
(Districts de Pikine-Guédiawaye-Mbao).

Thèse Pharmacie, Dakar, 1993, n°96.

6. DIOP A.-

La santé à l'heure des ME et de l'IB.

Quelles perspectives pour les ME et les SSP au Sénégal.

Introduction à la Conférence de Presse du 15 Mai 1992, Dakar,
14 Mai 1992.

7. GUINDO S.-

Les soins de santé primaires.

Organisation de la participation communautaire, Janvier 1992.

8. HAMMOND M.-

Les SSP : un état d'esprit qui s'acquiert.

Forum Mondial Santé, 1985, 6 (1) : 22-26.

9. JOURNAL OFFICIEL DU SENEGAL.-

Décret n°92-118 du 17 Janvier 1992 fixant les obligations particulières auxquelles sont soumis les comités de santé et portant statuts types desdits comités.

Dakar, 19 Février 1992 : p.98

10.MBAYE Nd. F.-

I.B. : Evaluation de la prescription des médicaments essentiels dans la région de Dakar (Districts de Mbao et Pikine).

Thèse Pharmacie, Dakar, 1994, n°13.

11.MONEKOSSO G.L.-

Accélérer l'instauration de la santé pour tous les africains : scénario de développement sanitaire en trois phases.

Brazzaville, Janvier 1989 : p.59.

12.MSP.-

Termes de référence pour l'audit de la PNA

Dakar, Février 1987.

13.MSP.-

Conduites à tenir devant les affections courantes.

Banque Mondiale, Dakar, 1991 : p.60.

14.MSP.-

Guide thérapeutique.

Banque Mondiale, Dakar, 1991 : p.95.

15.MSP.-

Plan national de développement socio-sanitaire du Sénégal (1992-1996).

Cellule d'Appui et de Suivi de la DAGE/MSP, Mai 1991.

16.MSP.-

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

Equipe de la Division des SSP, Août 1991.

17.MSP.-

Circulaire n°1322 relative à l'organisation de la collecte et de la gestion des recettes tirées de la vente des médicaments dans le cadre de l'application de l'I.B.

Dakar, Mars 1992.

18.MSP.-

L'Initiative de Bamako dans la région de Diourbel : Processus de mise en place et résultats de la première évaluation interne.

Diourbel, Janvier 1993 : p.92.

19.MSP.-

Analyse et interprétation des résultats du premier « monitoring » de l'IB dans les districts tests de Bignona, Matam et Podor.

Equipe de la Division des SSP, Mars 1993.

20.OMS.-

Bulletin d'information de l'IB.

Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Juillet 1989, 1 (2).

21.OMS.-

Les médicaments essentiels.

Santé du Monde, Genève, Avril 1992.

22.OMS.-

Assurance de la qualité des produits pharmaceutiques.

Recueil de directives et autres documents, Genève, 1997, 1999, Vol. 1 et 2 .

23.OMS.-

Réforme de la santé et financement des médicaments : questions choisies.

Série « Economie de la santé et médicaments », Genève, 1998, n°6.

24.OMS.-

Mondialisation et accès aux médicaments : perspectives sur l'accord ADPIC de l'OMS.

Série « Economie de la santé et médicaments », Genève, 1998, n°7.

25.OMS.-

Principes directeurs applicables aux dons de médicaments.

Révision, Genève, 1999.

26.OMS.-

Médicaments contrefaits : guide pour l'élaboration de mesures visant à éliminer les médicaments contrefaits.

Genève, 1999.

27.OMS.-

Médicaments essentiels et politique pharmaceutique 1998-1999 : progrès accomplis.

Genève, 2000.

28.OMS.-

Stratégie pharmaceutique de l'OMS pour 2000-2003.

Genève, 2000.



ANNEXES

1 – LISTE DES ENQUETEURS

N°	Prénoms et Nom	Destination
1	Pape DIOUF	Khombole et Dakar Mbao
2	Diatta Appolinaire THIAO	Kaolack et Guinguinéo
3	Saliou DIOUF	Vélingara et Tamba
4	Baboucar NDONG	Mbacké et Touba
5	Hamidou Diabé TRAORE	Matam et Linguère
6	El Hadji SARR	Louga et Dakar-Pikine
7	Ndack THIAM	Joal et Dakar Guédiawaye
8	Edwige BADJI	Ziguinchor et Dakar Nord
9	Babacar MBENGUE	Koungheul et Dakar-Centre

2 – QUESTIONNAIRES

**A / GERANT DEPOT DE PHARMACIE
DU CENTRE DE SANTE**

I – IDENTIFICATION DU GERANT

- Ancienneté du gérant (dans la gestion du dépôt)
- Sexe
- Niveau d'étude
- Age
- Montant motivation

II – CONNAISSANCE SUR LES M.E.

1° - Avez-vous reçu une formation pour la gestion des médicaments ?

Oui /__/ Non /__/

Si Oui, quand, la date (année) _____

2° - Qu'est-ce qu'un médicament essentiel ? _____

3° - Quelle est la marge bénéficiaire autorisée au niveau national ? _____

Ne sait pas /__/

4° - Quelle est la marge bénéficiaire appliquée dans votre structure ? _____

Ne sait pas /__/

5° - Comment est fixé le prix des médicaments essentiels de votre structure ? _____

- par le comité de santé /__/
- par le personnel médical /__/
- autre /__/
- Ne sait pas /__/

6° - Quels sont les prix (achat et vente) des produits suivants ?

ME (boîtes)	Prix achat	Prix vente	Ecart
Cotri cp			
Cotri sirop			
Aspirine			
Amoxicilline			
Paracétamol			
Paluject			
Chloroquine cp			
Chloroquine sirop			

7° - Que pensez-vous de l'écart existant entre le prix de vente et le prix d'achat ?

8° - Que pensez-vous de la qualité des outils de gestion ?

Outils	Disponibilité		Remplissage			Conservation	
	Oui	Non	Bien rempli	Mal rempli	Non rempli	Oui	Non
Fiches stocks							
Cahiers stocks de médicaments							
Registre journalier de distribution							

III – FONCTIONNEMENT DU DEPOT DE MEDICAMENTS.

9° - Durant les 3 dernier mois, a-t-il existé une ou des ruptures de médicaments essentiels ?

Oui /__/ Non /__/

Si Oui, lesquels ? _____

Pourquoi ? _____

Pendant combien de jours ? _____

10° - Existe-t-il des médicaments de spécialité vendus par le dépôt ?

Oui /__/ Non /__/

Si Oui, lesquels ? _____

11° - Toutes les commandes sont-elles visées par le chef de la structure ?

Oui /__/ Non /__/ (vérifier les commandes des 6 derniers mois)

12° - Combien de supervision avez-vous reçu pendant les 6 derniers mois /__/?

Par qui ?
 - Niveau central /__/
 - Niveau régional /__/
 - Niveau district /__/
 - Autres /__/

13° - Est-il possible d'acquérir des médicaments dans la structure en dehors du dépôt ?

Oui /__/ Non /__/ Ne sait pas /__/

14° - Arrive-t-il que les patients achètent une partie de la prescription ?

- Toujours /__/
 - Souvent /__/
 - Rarement /__/
 - Jamais /__/

15° - Les patients achètent-ils particulièrement des médicament ? Lesquels :

16° - Quels sont à votre avis les éléments qui déterminent ce choix ?

17° - Quels conseils donnez-vous ?

IV – PERCEPTION SUR LA DISPENSATION DES MEDICAMENTS.

15° - Les personnes qui viennent acheter les médicaments font-elles des remarques par rapport au prix des médicaments ?

Oui / / Non / /

Si Oui, comment estiment-elles le prix des médicaments ?

- Cher / /

- Abordable / /

- Sans réponse / /

16° - Avez-vous d'autres remarques par rapport à l'accessibilité financière des populations aux médicaments essentiels ?

Oui / / Non / / Sans opinion / /

Si Oui, lesquels ? _____

18° - Avez-vous une idée de l'importance de ces prescriptions par rapport aux prescripteurs de la structure ?

- beaucoup / /

- peu / /

- inexistant / /

- Sans réponse / /

19° - Recevez-vous des prescriptions venant d'autres membres de la structure qui ne devrait pas le faire ?

Oui / / Non / / Sans opinion / /

Si Oui, la qualification du prescripteur ? _____

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

**B / QUESTIONNAIRE POUR AGENT DE SANTE
ET PRESCRIPTEURS D'ORDONNANCES**

I – IDENTIFICATION DU GERANT

QUALIFICATION

Médecin	/___/
Infirmier	/___/
Sage-femme	/___/
Agent de santé	/___/
ASC	/___/
Matrone	/___/

FONCTION

Médecin-Chef	/___/
Médecin-Adjoint	/___/
Major	/___/
Infirmier-Chef de poste	/___/
Maîtresse Sage-femme	/___/
Autres	/___/

II – CONNAISSANCE SUR L'INITIATIVE DE BAMAKO

1° - Avez-vous reçu une formation sur l'Initiative de Bamako ?

Oui /___/ Non /___/

Si Oui, quand, la date (année) /___//___/

2° - Qu'est-ce qu'un médicament essentiel ? _____

3° - Qu'est-ce qu'un ordinogramme ? _____

4° - Avez-vous un ordinogramme ?

Oui /___/ Non /___/

Si Oui, vérifier sa disponibilité sur le bureau du prescripteur

Oui /___/ Non /___/

5° - Si Oui, utilisez-vous l'ordinogramme pour vos diagnostics et vos prescriptions ?

Oui /___/ Non /___/

Si Non, pourquoi ? _____

6° - Quelle est la marge bénéficiaire autorisée au niveau national en ce qui concerne les médicaments essentiels ?

/___/ % Ne sait pas /___/

7° - Quelle est la marge bénéficiaire appliquée au niveau de votre structure ?

/__ / % Ne sait pas /__ /

IV – PERCEPTION SUR LA DISPENSATION DES MEDICAMENTS.

8° - Citez trois médicaments essentiels dont vous jugez le prix abordable :

Pourquoi ? _____

Sans opinion /__ /

9° - Citez trois médicaments essentiels dont vous jugez le prix élevé :

Pourquoi ? _____

Sans opinion /__ /

10° - Etes-vous membre du comité de cogestion ?

Oui /__ / Non /__ /

11° - Si Oui, assistez-vous aux réunions du comité de cogestion ?

Oui /__ / Non /__ /

12° - Comment est fixé le prix des médicaments essentiels dans votre structure ?

- par le comité de santé /__ /

- par l'infirmier chef de poste /__ /

- Autres (préciser) _____

13° - Arrive-t-il que le prix de certains médicaments essentiels soit fixé par le niveau supérieur ?

Oui /__ / Non /__ /

Si Oui, lesquels? _____

14° - Combien de points de vente existe-t-il dans la structure ? /__ /

15° - Les prix des médicaments essentiels pratiqués au niveau des différents points de vente de la structure sont-ils indiqués ?

Oui /__ / Non /__ /

Si Oui, pourquoi ? _____

16° - Combien de supervision du dépôt de pharmacie avez-vous effectué durant les 6 derniers mois ?

Responsable de structure /__ / Non concerné /__ /

17° - Vous arrive-t-il de prescrire des médicaments en dehors de la structure ?

Oui /__ / Non /__ /

Si Oui, pourquoi ? _____

18° - Les patients achètent-ils les médicaments prescrits ?

- immédiatement /__ /

- dans les 72 heures /__ /

- après 3 jours /__ /

Si achetés avec délai ou pas achetés, pourquoi ? _____

19° - Existe-t-il une ou des périodes de l'année pendant laquelle (ou lesquelles) les patients éprouvent des difficultés à acheter leurs médicaments ?

Oui /__/ Non /__/

Si Oui, lesquelles ? _____

20° - Les médicaments essentiels vendus dans votre structure sont-ils :

- accessibles /__/

- inaccessibles /__/

- sans opinion /__/

Pourquoi ? _____

21° - Avez-vous des remarques par rapport à l'accessibilité financière aux médicaments essentiels ?

Oui /__/ Non /__/

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

**C / QUESTIONNAIRE POUR MEMBRE
COMITE DE SANTE**

I – IDENTIFICATION DU MEMBRE DU COMITE DE SANTE

Membre comité de santé (à préciser)

Président /__/

Trésorier /__/

Autre /__/

Préciser _____

Ancienneté (années) /__/

II – CONNAISSANCE SUR LE FONCTIONNEMENT DE LA STRUCTURE

1° - Le comité de santé a-t-il été sensibilisé sur l'Initiative de Bamako ?

Oui /__/ Non /__/

Si Oui, quand, (année) /__//__/

2° - Etes-vous membre du comité de santé de cogestion ? Oui /__/ Non /__/

3° - Quelle est la marge bénéficiaire autorisée au niveau national pour les médicaments essentiels ?

- 50 % /__/

- 25 % /__/

- 75 % /__/

- 15 % /__/

4° - Quelle est la marge bénéficiaire appliquée au niveau de votre structure ?

/__/ %

5° - Existe-t-il d'autres points de vente des médicaments dans la structure ?

Oui /__/ Non /__/

Si Oui, combien /__//__/

Où _____

6° - Les prix pratiqués au niveau de ces points de vente sont-ils identiques ?

Oui /__/ Non /__/

Si Oui, pourquoi ? _____

III – PERCEPTION SUR L'ACCESSIBILITE DES MEDICAMENTS.

7° - Pensez-vous que les prix des médicaments vendus dans votre structure sont :

- Abordables /__/

- Chers /__/

- Sans opinion /__/

8° - La population se plaint-elle des prix des médicaments pratiqués dans la structure ?

Oui /__/ Non /__/

9° - Avez-vous des remarques ou suggestions par rapport à l'accessibilité aux médicaments essentiels ?

Oui / / Non / /

10° - Comment se fait la fixation des prix des médicaments essentiels dans votre structure ?

- par le comité de santé / /

- par le chef de la structure / /

- Autres / /

11° - Existe-t-il d'autres endroits où l'on peut se procurer des médicaments ?

Oui / / Non / /

Si Oui, précisez le lieu _____

Si Oui, les médicaments y sont-ils plus
accessibles _____

Pourquoi _____

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

D / QUESTIONNAIRE POUR ELU LOCAL

I – IDENTIFICATION DE L'ELU LOCAL

- FONCTION DE L'ELU

Maire (ancien)	/___/
Conseiller Rural (ancien)	/___/
Chef de Quartier	/___/
Chef de Village	/___/
Président Communauté Rurale	/___/

- ANCIENNETE : /___/**- NIVEAU D'INSTRUCTION :****- PROFESSION :**

II – CONNAISSANCE DE LA GESTION DE LA STRUCTURE

1° - Avez-vous été sensibilisé sur le fonctionnement des structures de santé ?

Oui /___/ Non /___/

Si Oui, quand ? /___/

2° - Participez-vous aux activités de la structure de santé ?

Oui /___/ Non /___/

Si Oui, parfois /___/ parfois /___/

Date de la dernière participation _____

A quelle occasion ? _____

Quelle était l'objet de la réunion ? _____

Si Non, pourquoi ? _____

3° - Connaissez-vous la marge bénéficiaire autorisée au niveau national pour les médicaments essentiels ?

Oui /___/ Non /___/

4° - Si Oui, préciser le pourcentage /___/ %

5° - Connaissez-vous la marge bénéficiaire appliquée au niveau de votre structure ?

Oui /___/ Non /___/

6° - Comment en général les populations trouvent-elles les prix des médicaments essentiels pratiqués au niveau de

la structure ?

- abordables /__/

- chers /__/

7° - Existe-t-il une ou des périodes de l'année pendant lesquelles les patients éprouvent des difficultés pour honorer leurs ordonnances ?

Oui /__/ Non /__/

Si Oui, préciser _____

8° - Quelles remarques ou suggestions portez-vous pour améliorer l'accessibilité financière des populations aux médicaments essentiels ?

9° - En général, quelles sont les doléances des populations pour l'amélioration des structures de santé ?

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes Condisciples :

D'Honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'Exercer, dans l'intérêt de la Santé Publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

VU
LE PRESIDENT DU JURY

VU
LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR