

Centre **A**fricain d'**E**tudes **S**upérieures en **G**estion



INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE
DESS ECONOMIE DE LA SANTE

10^{ème} Promotion

THEME:

**ANALYSE DE L'EXCLUSION FINANCIERE
DES MENAGES PAR RAPPORT A
L'ACHAT DES MEDICAMENTS :
cas du district sanitaire de Ziguinchor**

Présentée par

MBAYE Aissatou

Directeur de mémoire

Mr BAMBAMohamed Lamine
Enseignant associé au CESAG

ANNEE ACADEMIQUE 2007-2008

Bibliothèque du CESAG



M0156DSES10

2



DEDICACES

Je dédie ce travail à :

L'ETERNEL DIEU TOUT PUISSANT

A toute ma famille, qu'elle soit remerciée pour le soutien affectif, spirituel qu'elle m'a apporté tout au long de ma formation.

Mon époux Ousmane NDAO et fils Pape NDAO, vous êtes ma force et ma raison de vaincre.

Tous mes collègues du Bloc Scientifique de Ziguinchor.

Remerciements

A la **Coopération Française** au Sénégal, pour avoir financé cette étude.

A toute l'équipe de la **CAFSP/MSPHP**, en particulier à **Mr MBAYE Sène**,

Mme Bénédicte BRUSSET, pour votre disponibilité tout au long de notre période de stage. Soyez en remerciés.

A tout le personnel de l'**ISMS** du **CESAG**.

Au Directeur de l'Institut de Management de la Santé, **Dr Amani KOFFI**.

Au Chef du Département d'Economie de la Santé, **Dr El Hadji GUEYE**.

Aux assistantes du programme **Mme Fatoumata GUEYE** et **Mme Aissatou Lô**.

A **Mr BAMBA Mohamed Lamine** pour avoir accepté de diriger ce travail.

A **Mr El Hadji Mamadou DIOKHANE**, Médecin Chef du District de Ziguinchor pour ses encouragements et ses conseils.

A tous les stagiaires de la **10^{ème} Promotion** d'Economie de la Santé.

A tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de ce travail.

Sigles et abréviations

A E I P P S : Association Européenne des Institutions Paritaires de la Protection Sociale

B C G : Bacille de Calmette et Guérin

C A F S P : Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat

D i r e c t S t r u c t : Directement Structure

D S R P : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

E n d a - t m : Enda Tiers Monde

E S A M : Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages

E S P S : Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal

F . C F A : Franc de la Communauté Financière Africaine

F E A N T S A : Fédération Européenne Travaillant avec les Sans Abris

H T A : Hypertension Artérielle

I B : Initiative de Bamako

I S M S : Institut Supérieur de Management de la Santé

I S T : Infections Sexuellement Transmissibles

M E G : Médicaments Essentiels Génériques

M S H P : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

O M S : Organisation Mondiale de la Santé

O N G : Organisations Non Gouvernementales

P A S : Programme d'Ajustement Structurel

P E N T A : Pentavalent

P F : Planification Familiale

P I B : Produit Intérieur Brut

P N A : Pharmacie National d'Approvisionnement

P N B : Produit National Brut

P N U D : Programme des Nations Unies pour le Développement

P O L I O : Poliomyélite

P R A : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement

S P A : Seuil de Pauvreté Alimentaire

S P G : Seuil de Pauvreté Globale

S . S P r i v é s : Services de Soins Privés

U N I C E F : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

V A A : Vaccin Anti Amaril

V A R : Vaccin Anti Rougeoleux

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des ménages par département selon le critère de pauvreté.

Tableau 2 : Répartition des ménages par milieu selon la pauvreté.

Tableau 3 : Les formations sanitaires visitées.

Tableau 4 : Répartition de l'effectif selon le niveau de formation du patient.

Tableau 5 : Répartition de l'échantillon selon le type de malades et le lieu de fréquentation.

Tableau 6 : Répartition des malades selon le type de premier recours.

Tableau 7 : Revenu moyen du chef de ménage selon le sexe et le niveau de formation du chef de ménage.

Tableau 8 : Répartition des ménages selon les catégories sociales.

Tableau 9 : Répartition des malades selon le sexe et la catégorie sociale.

Tableau 10 : Répartition des ménages selon la taille.

Tableau 11 : Répartition des malades selon le lieu de consultation et la maladie.

Tableau 12 : Répartition des malades selon le motif d'hospitalisation au niveau du centre de santé.

Tableau 13 : Répartition des malades selon le motif d'hospitalisation au niveau des postes de santé.

Tableau 14 : Les coûts moyens des ordonnances en fonction de la maladie au niveau du centre de santé.

Tableau 15 : Les coûts moyens des ordonnances (pour accouchement) au niveau des postes de santé.

Tableau 16 : Les coûts moyens des ordonnances en fonction de la structure de santé et la maladie.

Tableau 17 : Les coûts moyens des factures d'hospitalisation au centre de santé.

Tableau 18 : Moyenne des factures d'hospitalisation au centre de santé.

Tableau 19 : Moyenne des factures d'hospitalisation au niveau des postes de santé.

Tableau 20 : Moyenne des factures d'hospitalisation pour l'ensemble des structures de santé.

Tableau 21 : Répartition en (%) des patients selon les sources de financement des dépenses de soins.

Tableau 22 : Répartition des ménages ayant subi une dépense catastrophique selon le motif d'hospitalisation au niveau du centre de santé.

Tableau 23 : Répartition des ménages ayant subi une dépense catastrophique selon le motif d'hospitalisation au niveau des postes de santé.

Tableau 24 : Répartition des ménages ayant subi une dépense catastrophique selon le motif de consultation externe.

Tableau 25 : Proportion de médicaments prescrits sous génériques.

Tableau 26 : Proportion du nombre d'ordonnances complètement achetées par les ménages.

Tableau 27 : Causes d'achat incomplet des médicaments.

Tableau 28 : Causes d'achat incomplet des ordonnances selon le lieu de dispensation des médicaments.

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition des malades en fonction de l'âge.

Graphique 2 : Répartition des malades en fonction du sexe.

Graphique 3 : Répartition de l'effectif selon la profession.

Graphique 4 : Catégorie professionnelle des chefs de ménage.

Graphique 5 : Répartition des prescripteurs par qualification.

Graphique 6 : Proportion du nombre d'ordonnances achetées complètement.

Graphique 7 : Causes d'achat incomplet des ordonnances.

Graphique 8 : Prix moyen des ordonnances prescrites dans les structures de santé.

Graphique 9 : Prix médian des ordonnances prescrites dans les structures de santé.

Table des matières

Dédicaces	i
Remerciements	ii
Liste des sigles et abréviations	iii
Liste des tableaux	v
Liste des graphiques	vii
Introduction Générale	6
I Problématique	9
I - 1 Objectif général	11
I - 2 Objectifs spécifiques	11
I - 3 Importance du sujet de recherche	11
I - 3 - 1 Pertinence scientifique	11
I - 3 - 2 Pertinence politique	12
Introduction	13
II - 1 Définitions des concepts	14
II - 2 Les dépenses en soins de santé	15
II - 2 - 1 En Amérique	15
II - 2 - 2 En Europe	15
II - 2 - 3 En Afrique	15
III Le cadre de l'étude	19
III - 1 Le cadre général : Le Sénégal	19

III - 1 - 1	Situation géographique.....	19
III - 1 - 2	La démographie.....	19
III - 1 - 3	L'économie.....	19
III - 1 - 4	Le système de santé au Sénégal	20
III - 1 - 5	La situation sanitaire du Sénégal	21
III - 2	Le cadre spécifique : La région de Ziguinchor.....	21
III - 2 - 1	Historique et situation géographique.....	21
III - 2 - 2	Caractéristiques socio-économiques.....	22
III - 2 - 3	La situation sanitaire de la région de Ziguinchor.....	25
III - 3	Le cadre pratique : District sanitaire de Ziguinchor.....	28
III - 3 - 1	Le cadre physique.....	28
III - 3 - 2	La démographie.....	28
III - 3 - 3	L'économie.....	28
IV	Méthodologie.....	28
IV - 1	Type d'étude.....	28
IV - 2	Les variables à l'étude.....	28
IV - 3	Le choix du centre et des postes de santé.....	29
IV - 4	Méthodes de collecte de données.....	29
IV - 4 - 1	L'observation.....	29
IV - 4 - 2	L'analyse documentaire.....	30
IV - 4 - 3	Le guide d'entretien.....	30
IV - 4 - 4	Le questionnaire.....	30

IV - 4 - 5 L'échantillonnage.....	30
IV - 4 - 6 Analyse des données.....	30
IV - 4 - 6 - 1 Stratégies d'analyse des données quantitatives.....	30
IV - 4 - 6 - 2 Stratégies d'analyse des données qualitatives.....	30
Conclusion.....	31
Introduction.....	32
V Présentation et analyse des résultats.....	33
V - 1 Caractéristiques de l'échantillon.....	33
V - 1 - 1 Age des malades.....	33
V - 1 - 2 Le sexe.....	34
V - 1 - 3 La situation matrimoniale.....	34
V - 1 - 4 Niveau de formation du patient.....	34
V - 1 - 5 Catégorie professionnelle du patient.....	35
V - 1 - 6 Montant du revenu par mensualité.....	35
V - 1 - 7 Catégorie de malades.....	36
V - 1 - 8 Caractéristiques du premier recours.....	36
V - 1 - 9 Description des variables à l'étude.....	37
V - 1 - 9 - 1 Catégorie professionnelle du chef de ménage.....	37
V - 1 - 9 - 2 Revenu chef de ménage.....	38
V - 1 - 9 - 3 Classification des ménages selon les catégories sociales.....	39
V - 1 - 9 - 4 Structure par sexe.....	41
V - 1 - 9 - 5 Taille des ménages.....	42

V - 2 Les motifs de consultation.....	43
V - 3 Les motifs d'hospitalisation.....	44
V - 3 - 1 Les coûts des ordonnances pour les hospitalisations.....	45
V - 3 - 2 Les coûts des ordonnances pour les consultations externes.....	47
V - 3 - 3 Les coûts des factures d'hospitalisation.....	48
V - 3 - 4 Comparaison des factures d'hospitalisation pour motif accouchement entre les structures.....	50
V - 4 Sources de financement.....	51
V - 5 Fragilité des ménages.....	52
V - 6 L'achat des médicaments.....	55
V - 6 - 1 Qualification du prescripteur.....	55
V - 6 - 2 Médicaments prescrits sous leur nom générique.....	55
V - 6 - 3 Proportion du nombre d'ordonnances complètement achetées par les ménages.....	56
V - 6 - 4 Causes d'achat incomplet des médicaments.....	57
V - 6 - 5 Comparaison des causes d'achat incomplet des ordonnances dans les structures de santé.....	58
V - 6 - 6 Ordonnances incomplètement achetées par manque d'argent.....	59
V - 6 - 7 Prix des ordonnances prescrites.....	59
V - 6 - 8 Prix des ordonnances prescrites selon le lieu de dispensation.....	59
V - 6 - 8 - 1 Au centre de santé.....	59
V - 6 - 8 - 2 Au poste de Belfort.....	59
V - 6 - 8 - 3 Au poste Néma.....	60
V - 6 - 8 - 4 Au poste Brin.....	60

V - 6 - 9 Comparaisons des prix moyens et des prix médians des ordonnances entre les structures de santé.....	60
V - 6 - 9 - 1 Prix moyen.....	60
V - 6 - 9 - 2 Prix médian.....	61
V - 6 - 9 - 3 Prix moyen d'une ordonnance et dépense de consommation mensuelle.....	61
V - 10 Discussions.....	62
V - 10 - 1 Limites de l'étude.....	62
V - 10 - 2 Discussion des résultats.....	62
V - 10 - 2 - 1 Achat incomplet de médicament.....	62
V - 10 - 2 - 2 Type de clientèle.....	63
V - 10 - 2 - 3 Les déterminants de l'inaccessibilité aux médicaments.....	63
V - 10 - 2 - 4 Conséquences des dépenses de médicaments sur les ménages.....	65
Conclusion.....	66
Recommandations	67
Conclusion	68
Annexes	I
Bibliographie	XIII

Introduction Générale :

La réalisation du droit à la santé suppose la levée de divers obstacles. Un des problèmes préoccupants au sein des pays en voie de développement concerne l'accessibilité aux services de soins de santé. Certes, cette problématique ne leur est pas spécifique, mais, elle y prend une dimension particulière¹. Les dépenses de santé et de médicaments y sont donc essentiellement supportées par les ménages, soit par paiement direct soit à travers des mécanismes de recouvrement de coûts et l'amélioration de leur efficacité constitue alors un objectif prioritaire. (GUIMIER J.M & al, 2001).²

Le médicament représente une donnée socio-économique importante pour le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté définie dans tous les pays en développement. On évalue qu'environ les deux tiers des dépenses de santé des ménages sont consacrées à l'acquisition de produits pharmaceutiques.³ Il peut être considéré comme un des éléments d'une politique sanitaire qui vise à augmenter l'accessibilité aux soins, dans les Pays en Voie de Développement, où le pouvoir d'achat est faible, stagnant voire en régression. Le pourcentage de la dépense pharmaceutique sur l'ensemble des dépenses de santé est pour les pays en développement compris entre 24 et 66% contre 7 à 20% pour les pays développés. Au cours des 20 dernières années, la part des Pays en Voie de Développement dans la consommation mondiale de médicaments a chuté, passant de 25 à 20 %. Autrement dit, 75 % de la population mondiale consomme, en valeur, 20 % des médicaments vendus dans le monde. ⁴

¹HODGSON M & OPPONG J (1994), Spatial Accessibility to Health Care facilities in Suhum District by association of American geographers, Ghana, volume 46, pp.558-564.

² GUIMIER J.M & al (2001), Mesurer l'accessibilité financière aux médicaments : l'exemple du Sénégal. Santé : Cahiers d'Etudes et de Recherches Francophones, pp.53-62.

³ MILLOT G (2006), Le médicament essentiel en Afrique : Pour une vision globale, Institut de médecine tropicale du service santé des armées, volume 66, pp 558-564.

⁴ QUICK Jonathan (2001), Accès aux médicaments essentiels dans les pays en développement, Rapport de l'atelier sur la fixation différenciée des prix et le financement des médicaments essentiels, Norvège, p.24.

En 1987, à Bamako, dans un contexte économique difficile, marqué par le poids de la dette, les problèmes de financement de la santé des Pays en Développement avaient conduit les Ministres de la Santé africains à adopter une résolution appelée « l'Initiative de Bamako », recommandée par l'OMS et L'UNICEF.

Une des résolutions était l'approvisionnement constant en médicaments. Vingt ans après le lancement de cette initiative, des recherches ont montré qu'elle a certes permis d'accroître globalement la disponibilité des médicaments essentiels génériques, mais son bilan reste toutefois mitigé, en raison de certaines insuffisances qu'il est encore possible de rectifier par un encadrement approprié.

Avant la dévaluation du franc CFA en 1994, on comptait plusieurs unités de productions pharmaceutiques locales dans différents pays africains.

Malheureusement la dévaluation du franc CFA a rendu plus difficile l'accès aux médicaments essentiels.

La consommation mondiale de médicaments est très inégalement répartie d'un point de vue géographique. Les pays en voie de développement, qui représentent pourtant 80% de la population ne consomment que 15 à 20% de la production pharmaceutique. En comparaison, l'Amérique du nord consomme 29% de la production pharmaceutique mondiale. La moitié des habitants des pays en développement n'aurait pas accès aux médicaments indispensables.⁵

En outre, quand les médicaments existent, ils sont chers ou inefficaces. C'est ainsi qu'en Afrique les médicaments antipaludiques de mauvaise qualité et produits localement nuisent à des patients à chaque instant : l'OMS déclare que deux cent mille (200 000) morts pourraient être évitées chaque année avec des médicaments de meilleure qualité. Ces médicaments de faible standard peuvent générer des souches de maladies résistantes aux médicaments, nécessitant ainsi par la suite des traitements encore plus onéreux.⁶

Une étude récente de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur l'industrie pharmaceutique :charité bien ordonnée...réalisée en février 2001,révèle que sur 1 233 médicaments de synthèse mis sur le marché

⁵ MILLOT G (2006), Le médicament essentiel en Afrique : Pour une vision globale, Institut de médecine tropicale du service santé des armées, volume 66, n°66, pp.558-564.

⁶ BATE Roger (Mars 2008), Des subventions pour les riches dans les pays pauvres, (www.unmondelibre.org).

entre 1975 et 1997, 11 seulement sont destinés à lutter contre les «maladies tropicales». L'accessibilité aux médicaments est influencée par une mauvaise répartition géographique des centres de soins, à laquelle s'ajoute une insuffisance des moyens de transport pour y accéder, tant pour les patients que pour un approvisionnement en médicaments respectant la chaîne de froid.

La capacité financière de la population, mesurée par la technique des seuils d'accessibilité financière est faible (moins de 40 % des individus aux prix de la filière publique et un peu plus de 20 % à ceux de la filière privée) et que, même aux prix les plus bas du marché (secteur public), 20 à 60 % de la population n'ont pas accès aux traitements de maladies courantes. (GUIMIER J.M & al.2001)⁷.

Les résultats d'une étude menée par le Ministère de la Ville dans certains quartiers de l'agglomération dakaroise indiquent une diminution des dépenses en matière de santé, les familles témoins déclarent toutes qu'il leur est presque impossible d'acheter la totalité des médicaments prescrits car, les prix de certains médicaments ont augmenté de 100 % et en moyenne de 60 %. Ainsi, la quasi totalité des familles utilisent des plantes médicinales et tentent d'en étendre l'usage. C'est pour répondre à cette attente que « Enda-tm » a publié une série de 40 fiches portant sur les plantes médicinales (teneur, usage et dosage) (Afristat mars 2000)⁸.

Face à cette situation, les ménages démunis ont du faire des sacrifices en réduisant les proportions cuisinées ou bien même le nombre de repas distribués par jour afin de pouvoir acheter une partie des médicaments ce qui peut déstabiliser plus ou moins longtemps l'économie du ménage.

On peut donc se demander quel est le degré d'exclusion financière des ménages par rapport à l'achat de médicaments.

C'est l'objet de notre présente réflexion qui propose l'étude de l'analyse de l'exclusion financière des ménages par rapport à l'achat de médicaments : cas du district sanitaire de Ziguinchor.

⁷ GUIMIER J. M & al (2001), Mesurer l'accessibilité financière aux médicaments : l'exemple du Sénégal. Santé : Cahiers d'Etudes et de Recherches Francophones, pp.53-62.

⁸ NDIAYE Abdourahmane (mai 20001), Endettement extérieur (PAS) et pauvreté au Sénégal, République du Sénégal, p.14.

I Problématique :

Chaque année, 14 millions de personnes meurent d'une infection ou d'une maladie parasitaire, faute d'avoir eu accès au traitement qui aurait pu les sauver (Snyderman R, Weil AT, 2002)⁹. Dans la grande majorité des pays du tiers monde, l'accès aux soins de santé de la population est imparfait. Cela s'explique par des problèmes d'infrastructures, de manque de connaissances et de moyens financiers et d'approvisionnement en médicaments. (Léon Chaitow, Christian Lamontagne ; 31 mai 2004)¹⁰.

Les paiements directs particulièrement dans le cas des consultations médicales et des médicaments, continuent d'être une pratique répandue dans de nombreux pays à bas et moyen revenu.

Le médicament constitue le nerf du système de santé de tous les pays en général et des pays en voie de développement en particulier. En effet, l'accessibilité à ce produit indispensable pour la restauration de l'état de santé a toujours causé des problèmes en raison notamment de son coût élevé et de sa disponibilité.

Au Sénégal, les médicaments essentiels et génériques commencent à être une véritable préoccupation des pouvoirs publics (Au départ, un stock de médicaments essentiels génériques est offert gratuitement au comité de gestion d'une structure de santé. Ces médicaments doivent ensuite être vendus aux usagers avec une marge bénéficiaire. Cette marge, ajoutée aux paiements effectués par les usagers pour les consultations, permet de racheter le stock initial de médicaments et d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des services) depuis les années 1990 après une analyse diagnostique qui révèle des problèmes qui malheureusement restent d'actualité :

- prix des médicaments y compris ceux de première nécessité, restent inaccessibles aux populations les plus démunies,
- le recours à des filières d'approvisionnement non contrôlées (marchés illicites), à l'achat partiel des médicaments ou à ne pas se traiter du tout.

⁹ SNYDERMAN R & WEIL A.T (2002), Médecine intégrative : Apporter des médicaments à ses racines, USA, pp.7-395.

¹⁰ LAMONTAGNE Christian (2004), Les cliniques de médecine intégrée. Une entrevue avec Léon Chaitow (www.passeportsante.net)

Selon ESAM II, la dépense moyenne de santé par personne et par an à Dakar s'élève à 64.079 FCFA, ceci étant supérieur au SMIG qui est de 47 700 FCFA. La dépense moyenne de santé par personne et par mois est donc de 5 340 FCFA.¹¹

Les dépenses de médicaments sont l'une des différentes composantes des dépenses de santé qui peuvent mener les foyers à supporter une charge financière catastrophique et qui continuent de détériorer la situation des pauvres. Une même enquête réalisée de janvier à mars 2005 révèle que les prix relativement élevés des médicaments rendent les traitements standards d'un grand nombre de maladies peu accessibles pour les personnes à faible revenu. Vu la faiblesse du salaire moyen d'un employé non qualifié de la fonction publique, l'accessibilité financière aux médicaments de la majorité de la population, qui a souvent des revenus inférieurs reste encore un problème majeur.¹²

En terme de développement humain, le Sénégal se situe au 156^{ème} rang sur 177 pays classés avec un indicateur de développement de 0.436 (rapport PNUD 2004), ce qui ne facilite pas l'accessibilité financière aux soins de santé et aux médicaments. Une bonne partie de la population (26%) vit avec moins de 1\$/jour. Par exemple, un traitement journalier par l'amoxicilline coûte 30% du salaire minimum interprofessionnel garanti c'est-à-dire 841.47 FCFA, dans le secteur public qui propose les médicaments les moins chers. Ceci étant supérieur à 1\$ USA conduisant donc ainsi à une impossibilité certaine de se soigner pour la moitié de la population. La région de Ziguinchor malgré ses potentialités économiques importantes n'est pas épargnée par cette situation. En effet le conflit que connaît la Casamance depuis vingt cinq années a considérablement dégradé l'environnement économique et social de la région de Ziguinchor. A cela s'y ajoute la baisse pluviométrique qui commence à avoir des conséquences incommensurables au sein des populations. Ces dernières ne peuvent plus assurer les trois repas quotidiens encore moins se prendre en

¹¹ Ministère de l'Economie et des Finances (2004), Rapport de Synthèse portant sur la deuxième Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (ESAM II), République du Sénégal p.260.

¹² Ministère de la Santé et la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (2005), Enquête sur le prix des médicaments dans toutes les structures de la pyramide sanitaire du Sénégal, République du Sénégal p.47.

charge lorsqu'elles perdent la santé.¹³

C'est cette logique de pensée qui nous semble être pertinente et nous pousse à formuler l'hypothèse suivante :

Le faible revenu des ménages constitue un obstacle à l'accessibilité aux médicaments.

La tentative de mise en évidence de cette hypothèse se fera à l'aide d'un modèle d'analyse comprenant une observation, un guide d'entretien et un questionnaire d'enquête.

I-1 Objectif général

Analyser les facteurs d'inaccessibilité des médicaments au niveau du district sanitaire de la région de Ziguinchor.

I-2 Objectifs spécifiques

- Déterminer le coût financier moyen d'une ordonnance par pathologie pour le ménage.
- Identifier les facteurs qui influencent l'inaccessibilité aux médicaments.

I-3 Importance du sujet de recherche

I-3-1 Pertinence scientifique

Les connaissances acquises au cours de notre formation nous ont poussé à entreprendre cette étude dans le but de :

- montrer que l'accès à des médicaments financièrement abordables est un élément clé de l'amélioration tant de l'accès à la prise en charge que de la prévention.
- Améliorer l'accès aux médicaments souvent influencée par une mauvaise répartition géographique des centres de soins à laquelle s'ajoute une insuffisance des moyens de transport pour y accéder, tant pour les patients que pour un approvisionnement en médicament respectant la chaîne de froid.

Au Sénégal où environ 30% des sénégalais vivent en dessous du seuil de pauvreté avec un PNB / habitant de 710 dollars américains, on constate qu'un épisode morbide peut condamner un ménage modeste à la pénurie, notamment s'il faut vendre ses biens de production pour couvrir des dépenses en médicaments.¹⁴

¹³ Service Régionale de la Prévision et de la Statistique (Edition 2004), Situation économique et sociale régionale, République du Sénégal, p.114.

Ainsi, analyser les différents facteurs d'inaccessibilité des médicaments semble être une étude importante car dans un contexte de pauvreté et de ressources limitées, l'accès aux médicaments se pose en terme de survie des populations.

I-3-2 Pertinence politique

Assurer aux populations dans leur diversité une bonne santé, constitue une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics du Sénégal.

En outre, malgré la souscription du Sénégal à la politique d'usage des médicaments essentiels et génériques, les médicaments restent hors de portée pour beaucoup de sénégalais.

L'accessibilité des sénégalais aux médicaments reste peu importante et ne concerne que 60% de la population dans la filière publique alors qu'elle n'est que de 20% en ce qui concerne la filière privée.

Pour améliorer cette situation l'état a encouragé une politique favorisant l'utilisation des médicaments génériques en stimulant la prescription générique. Malgré tout, au Sénégal il se vend en proportion plus spécialités pharmaceutiques que dans nombre de pays riches et ceci au mépris des recommandations en faveur des génériques.¹⁵

En ce qui concerne les médicaments génériques, des disponibilités relativement faibles de 30,4 %, 23,8% et 16,7% sont respectivement observées dans les secteurs public, privé et confessionnel.

La conséquence de cette situation pour le patient est, soit de dépenser beaucoup plus au niveau des pharmacies ou de se tourner tout simplement vers les plantes médicinales ou encore les médicaments de la rue du secteur illicite.

L'indisponibilité des médicaments génériques dans une région géographiquement isolée de l'essentiel du pays par la Gambie ne constituerait pas un élément phare d'exclusion. Les conclusions tirées de notre étude pourraient nous édifier sur cette question.

¹⁴ KONE, Kama Georges (2006), Etude des déterminants et de l'ampleur de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : le cas de la clientèle de l'hôpital Aristide le Dantec et de l'hôpital Général de Grand Yoff, CESAG, Dakar, p 103.

¹⁵ Ministère de la Santé et la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (2005), Enquête sur le prix des médicaments dans toutes les structures de la pyramide sanitaire du Sénégal, République du Sénégal, p.47.

PARTIE I : CADRE THEORIQUE

Introduction

Cette partie fait un bref aperçu de la revue de la littérature. Mais, il faut bien avant tout définir les différents concepts relatifs au sujet. Dans cette partie nous présenterons le cadre de l'étude, parlerons de la méthodologie de recherche qui s'articule autour de quatre (4) points que sont : les variables à l'étude, le type d'étude, le choix du centre et des postes de santé et enfin les méthodes de collecte de données.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

II-1 Définition des concepts

Analyse : Selon le petit Larousse 2007, ce mot signifie une étude faite en vue de discerner les différentes parties d'un tout, de déterminer ou d'expliquer les rapports qu'elles entretiennent les unes avec les autres.

Exclusion financière : Une personne se trouve dans une situation d'exclusion financière lorsqu'elle subit un degré de handicap tel qu'elle ne peut plus vivre normalement dans la société qui est la sienne en raison des difficultés qu'elle rencontre à accéder à l'usage de certains moyens de paiement ou règlements, à certaines formes de prêts ou financements, à préserver son épargne ou à s'assurer contre le risque de l'existence.¹⁶

Médicament : On appelle médicament toute substance présente comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leur fonction organique.

Médicament générique : Un médicament générique est la copie exacte d'un médicament de marque. Il contient le même principe actif que les médicaments originaux, dans la même quantité et la même forme et a le même effet thérapeutique.

Il est soumis aux mêmes normes de qualité et de sécurité. Tout d'abord, il est produit par un laboratoire pharmaceutique agréé par les pouvoirs publics.

Il est commercialisé lorsque le brevet du médicament original est expiré. Il est en principe bio équivalent aux médicaments originaux. Cela signifie que la quantité de substance active absorbée et la vitesse d'absorption sont identiques à celles du médicament original. Mais, il a surtout un avantage il est moins coûteux pour le patient.

Médicament essentiel : Le médicament essentiel, tel que défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est celui qui satisfait aux besoins de santé de la majorité de la population. Il doit être disponible à tout moment dans des quantités adéquates et dans des formulations appropriées, à un prix abordable pour les individus et pour la communauté.

¹⁶ SERVET J.M (2000), L'exclusion un paradoxe de la finance, Revue d'Economie Financière n°58, pp 17-28.

Ménage : Un ménage est défini comme un groupe de personnes apparentées ou non, vivant sous le même toit et qui mettent en commun tout ou une partie de leurs ressources pour subvenir à leurs besoins essentiels et reconnaissent l'autorité d'une seule et même personne, le chef de ménage.

Pauvre : D'après le Petit Robert, le pauvre est défini comme celui qui a peu de ressources, de biens, d'argent. Dans le cadre de l'étude, le pauvre est celui qui est en dessous du seuil de pauvreté.

II-2 Les dépenses en soins de santé

Les dépenses en soins de santé et leur impact socio-économique ont fait l'objet de nombreuses recherches et publications en raison de l'importance que revêt ce sujet.

II-2-1 En Amérique

Une étude sur, les saisies immobilières favorisent la dépression, réalisée en 2009 par Dr Craig Pollack nous renseigne que les personnes dont le logement a été saisi étaient le plus souvent dépourvues d'assurance maladie (22%) qu'un échantillon de la population américaine choisi (8% sans assurance).

Pour autant, les deux groupes ont dû faire face à des problèmes de santé semblables dans les mêmes proportions.

Près de 60% des participants à l'étude ont indiqué avoir sauté des repas, car ils n'avaient pas les moyens d'acheter suffisamment de nourriture, tandis que 48% d'entre eux ont décidé de renoncer à acheter des médicaments, faute d'argent.

En outre, elle révèle que pour 9% des sujets de l'étude un problème médical dans leur famille et les dépenses occasionnées ont été la principale raison ayant conduit à la saisie de leur maison. Plus d'un quart des participants ont en outre indiqué avoir un nombre important de factures médicales impayées.

Cette étude ne tient pas compte du pourcentage d'ordonnances non achetées, achetées partiellement, encore moins du pourcentage d'ordonnances achetées totalement et les raisons. Il serait intéressant de mesurer le coût du traitement par pathologie.

II-2-2 En Europe

Un rapport de synthèse sur les inégalités d'accès aux soins et d'état de santé dans un contexte de réforme du système de santé a été réalisé par Cristina Masseria à Hongrie. Hormis le pays hôte la Hongrie, neuf

pays pairs ont participé à l'évaluation: l'Autriche, la Bulgarie, la République tchèque, l'Estonie, la Finlande, la France, le Luxembourg, le Portugal et la Slovénie.

D'autres parties intéressées, comme la Fédération Européenne Travaillant avec les Sans-Abri (FEANTSA) et l'Association Européenne des Institutions Paritaires de la Protection Sociale (AEIPPS), ainsi que la Direction Générale de l'Emploi, Affaires Sociales et égalité des chances de la Commission Européenne, avaient envoyé des représentants. Il a pour objectifs de mieux connaître les politiques de santé capables d'accroître à la fois l'efficacité et l'équité du système ; de susciter des réactions utiles pour le pays hôte, la Hongrie ; et d'identifier certaines approches communes sur lesquelles le Comité de la protection sociale pourrait s'appuyer pour développer une perspective européenne concernant l'accès aux soins et la réduction des inégalités en termes de santé. L'enquête de terrain a révélé les résultats suivants : en Pologne, les études ont montré que 70% des dépenses en médicaments sont supportées par les ménages en 2003 (Czapinski & Panek , 2004)¹⁷, 60% des ménages ne disposant pas de moyens financiers pour acheter des médicaments ont décidé de s'abstenir.

Un quart de million de Suédois ont des difficultés pour acheter des médicaments (Whitehead et Dahigren, 2006)¹⁸ et 60% des personnes confrontées à des difficultés financières n'ont d'ailleurs pas acheté les traitements prescrits. En outre, 28% environ des personnes n'ont pas cherché à se faire soigner, contre 10% de celles qui jouissent d'une situation stable. (Cristina Masseria, 2007)¹⁹. Ces deux études ne tiennent pas compte du coût de l'ordonnance, du pourcentage d'ordonnances achetées partiellement et les raisons, achetées totalement, encore moins faire la comparaison du coût moyen de l'ordonnance aux ressources du ménage. Il aurait été intéressant d'analyser tous ces aspects.

¹⁷ MASSERIA Cristina (2007), Rapport de synthèse portant sur les inégalités d'accès aux soins et d'état de santé dans un contexte de réforme du système de santé, Hongrie, p.45.

¹⁸ WHITEHEAD M & DAHIGREN G(2006),Policies and strategies to promote equity in health, Who regional office for Europe, p.45.

¹⁹ MASSERIA Cristina (2007), Rapport de synthèse portant sur les inégalités d'accès aux soins et d'état de santé dans un contexte de réforme du système de santé, Hongrie, p.45.

II-2-3 En Afrique

Une étude sur la prescription et la dispensation des médicaments essentiels et génériques a été réalisée par Denis Fontaine après la dévaluation du FCFA dans six (6) pays d'Afrique que sont : Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Mali, Togo. Elle a pour objectif d'évaluer dans chaque pays le niveau de prescription et de dispensation des MEG dans les services de santé de premier niveau dans les secteurs publics et privés. L'enquête a été menée dans chaque pays au niveau des pharmacies privées et publics avec au total 800 ordonnances par pays. Cet article présente les résultats obtenus : dans le secteur privé le prix médian des médicaments varie du simple au double 4 000 FCFA (Mali) et 9 000 FCFA (Gabon), le prix de l'ordonnance est moins élevé dans le secteur public.

Au niveau du secteur public, le prix médian de l'ordonnance varie de 1 à 18 (295 FCFA pour la Guinée à 5 400 FCFA pour le Gabon), l'enquête révèle que deux motifs expliquent l'achat partiel des médicaments : le manque d'argent et l'absence du médicament en stock.

Elle confirme également que l'achat partiel des ordonnances est un phénomène répandu : 14% à 29% des médicaments prescrits ne sont pas du tout achetés (dans les deux secteurs).

L'achat complet des médicaments prescrits varie entre 58% et 70%.

Dans le secteur privé, 69% à 87% des ordonnances sont achetées le jour même ou le lendemain, contre 70% à 99% dans le secteur public (Fontaine, Denis ; 1998)²⁰.

Cette étude a donné des résultats intéressants, car elle a évalué sur le plan économique le coût des médicaments pour les malades, le pourcentage d'ordonnances partiellement achetées. Elle aurait gagné à essayer d'évaluer le coût moyen de l'ordonnance par pathologie, ainsi que le poids du prix d'une ordonnance sur les dépenses de consommation mensuelle.

L'étude menée dans la région de Dakar sur les conséquences économiques des prescriptions irrationnelles de médicaments aux malades dans les structures de soins, par Basenya Olivier, révèle que près de 23% des ordonnances prescrites sont l'objet d'achat incomplet pour deux raisons essentiellement : l'indisponibilité

²⁰ FONTAINE Denis (1998), Prescription et dispensation des médicaments essentiels et génériques : enquête dans six (6) pays, Ministère de la Coopération Française et l'Organisation Mondiale de la Santé, Cameroun, P.7.

du produit et le manque d'argent de la part du malade. L'indisponibilité du produit est surtout le fait du secteur public alors que l'achat incomplet pour cause de manque d'argent par le malade est plus répandu dans le secteur privé. Ceci s'explique par le fait qu'au niveau du secteur privé, le prix moyen d'une ordonnance est plus élevé que dans le secteur public.

Par ailleurs, les ordonnances incomplètement achetées pour manque d'argent de la part du malade ont un prix élevé, et celles incomplètement achetées pour indisponibilité du produit (surtout dans le secteur public) concernaient essentiellement des spécialités médicales ou des produits n'appartenant pas à la liste nationale des médicaments essentiels. (BASENYA Olivier, 2003)²¹.

Au Sénégal, une étude sur l'accessibilité aux médicaments réalisée en 2001 par Jean Marc GUIMIER, Danielle CANDAU nous renseigne que dans la filière publique le coût du traitement du paludisme sans complication chez l'enfant de 12 mois à 4 ans, traité par voie orale (comprimés) est de 55 FCFA donc accessible à l'ensemble de la population.

Dans la filière privée, la situation est encore moins bonne, le coût du traitement du paludisme sans complication chez l'enfant de 12 mois à 4 ans, traité par voie orale (comprimés) étant de 576 FCFA, n'est accessible qu'à 60 % des individus.

Les individus les plus aisés disposent d'une capacité théorique de supporter une dépense de médicament 60 fois supérieure à celle des individus les plus pauvres. (GUIMIER J.M & al 2001)²².

Cette étude ne passe pas en revue les différentes facettes de l'exclusion de la population aux médicaments. Bien qu'elle ait mesuré le coût du traitement par pathologie elle n'a pas analysé les raisons et le pourcentage d'achat incomplet des médicaments ainsi que les difficultés qui font que la population ne puisse pas payer entièrement leur ordonnance.

²¹ BASENYA Olivier (2003), Analyse des conséquences économiques pour les malades des prescriptions irrationnelles des médicaments dans les structures de soins de la région de Dakar, CESAG, Dakar, p 95.

²² GUIMIER J.M & al (2001), Mesurer l'accessibilité financière aux médicaments : l'exemple du Sénégal. Santé : Cahiers d'Etudes et de Recherches Francophones, p.53-62.

III Le cadre de l'étude

III-1 Le cadre général : le Sénégal

III-1-1 Situation géographique

Le Sénégal est situé à l'extrême Ouest du continent Africain. IL est limité au nord par la Mauritanie, au sud par la république de Guinée Bissau, à l'Est par le Mali et à l'Ouest par l'océan Atlantique. Avec une superficie de 196 192 km², il possède une grande ouverture sur l'océan atlantique avec ses 700 km de cotes. Au plan administratif, le territoire compte 14 régions, les dernières nées sont celles de Kédougou, Kaffrine et Sédhiou créées en 2008.

III-1-2 DEMOGRAPHIE

La population du Sénégal est estimée en 2007 à 11 126 832 habitants en 2007, la densité moyenne est de 43 habitants au km². Le taux de croissance de la population est de 2,7 % par an. La population est jeune en majorité, 50 % de celle-ci est composée de jeunes âgés de moins de 16 ans. Les femmes en représentent 52 %. Plus de 23 % de la population est concentrée dans la région de Dakar. L'Est du pays est très faiblement peuplé. Le Sénégal compte une vingtaine d'ethnies dont les principales sont les wolofs (43 %), les pulaar (24 %), et les sérères (15 %). Les étrangers représentent environ 2% de la population.

III-1-3 ECONOMIE

Le Sénégal est placé parmi les pays à revenu intermédiaire. L'économie Sénégalaise est essentiellement basée sur l'agriculture, mais la courte durée de la saison des pluies cumulées avec l'appauvrissement des sols continue à compromettre la production agricole. Le Sénégal est encore loin de l'autosuffisance alimentaire, seule 50% des besoins en céréales sont couverts par la production nationale. L'arachide est la principale culture de rente. Les autres filières agricoles concernent le riz, le mil, le manioc, la canne à sucre, le maïs.

L'incidence de la pauvreté reste élevée selon ESAM II, près de 49% des ménages vivent encore en dessous du seuil de pauvreté. S'agissant du secteur secondaire, des tensions inflationnistes sur le marché du pétrole n'ont pas été favorables à l'évolution de l'activité industrielle.

Le secteur industriel qui représente 25% du PIB joue un rôle important dans l'économie nationale.

III-1-4 Le système de santé du Sénégal

Titre : organisation du système sanitaire du Sénégal



Source : MSHP

Le système de santé du Sénégal se présente sous forme d'une pyramide à trois niveaux : l'échelon périphérique (District), l'échelon régional (Région médicale) et l'échelon Central. Le district de santé correspond à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie d'un département. Le Sénégal compte actuellement 63 districts sanitaires. Chaque district de santé est dirigé par une équipe à la tête de laquelle se trouve un médecin. Les postes de santé sont implantés dans les communes, les chefs lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. Ils s'appuient au niveau rural sur les infrastructures communautaires des villages (cases de santé et maternités rurales) créées par les populations qui en assurent également la gestion par l'intermédiaire des agents de santé communautaires ou des matrones choisies par elles.

La région médicale est la structure de coordination au niveau régional. Il existe une région médicale dans chaque région. A la tête de chaque région médicale se trouve un médecin de santé publique qui dirige l'équipe cadre régionale. Le niveau central comprend outre le cabinet du ministre, les directions et les services rattachés. Rappelons que la Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation qui est chargée de la gestion du soutien informationnel du programme.²³

²³ Ministère de la Santé et de la prévention médicale (2004), Plan de développement sanitaire et social du Sénégal (2004-2008), République du Sénégal, p.64.

III-1-5 La situation sanitaire du Sénégal

Au Sénégal, le paludisme constitue le premier motif de consultation, en 2007 le taux de morbidité est de 22,25%. Selon EDS (2005) le ratio de mortalité maternelle est de 401 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité infanto-juvenile est de 121 pour 1000 naissances, le taux de mortalité néonatale est de 35 pour 1000 naissances, l'espérance de vie à la naissance est de 52 ans.

En matière de VIH/SIDA, il existe au Sénégal deux types de virus (VIH1 et VIH2), selon les résultats de l'EDS IV la prévalence globale (tous sexes confondus) est de 0,7%.

Le dispositif sanitaire en 2007 est de 64 centres de santé, 22 hôpitaux et 888 postes de santé. Les principales sources de financement du secteur de la santé sont l'état, les collectivités locales, les populations à travers les comités de santé, les ONG et l'aide externe.

III-2 Le cadre spécifique : la région de Ziguinchor

Dans cette partie nous allons présenter la zone de Ziguinchor, en parlant de la situation géographique, des caractéristiques socio-économiques, de la situation sanitaire de la région.

III-2-1 Historique et Situation géographique

La région de Ziguinchor est née du décret n° 84 22 du 22 mars 1984 et située à l'extrême Sud - Ouest du Sénégal. Elle est limitée au nord par la Gambie, au Sud par la Guinée Bissau à l'est par la région de Kolda et à l'ouest par l'Océan Atlantique. Cette situation méridionale et frontalière fait de la région une zone relativement enclavée. Située en zone sub-guinéenne, la région est très arrosée (900 à 1600mm /an). La saison des pluies s'étale en moyenne sur cinq mois, de Mai à Octobre. Elle dispose de plusieurs cours d'eau et de forêts denses. Cet environnement constitue un site favorable pour les moustiques d'où la prédominance du paludisme parmi les affections courantes (30% des consultations). Elle est l'une des plus petites régions du pays après Dakar et Thiès et couvre une superficie de 7 339 KM² soit 4% du territoire national. La population globale de la région est estimée en 2007 à 468 897 habitants soit une densité

d'environ 63 habitants au Km². Cette population est essentiellement jeune (74% ont moins de 20 ans) et à majorité Diola (61%). Elle est constituée par une société fortement empreinte par le traditionalisme.

III-2-2 Les caractéristiques socio-économique

L'agriculture est bien développée dans la région mais reste tributaire de la pluviométrie. Les principales cultures sont le riz, l'arachide, le mil. La production fruitière est assez importante. Elle est à l'origine d'un commerce informel très florissant qui assure des revenus substantiels aux populations. Aujourd'hui avec l'insécurité nombre de vergers sont à l'état sauvage. A cela, il convient d'ajouter la production du vin de palme et de l'huile de palme qui est une spécificité de la région.

S'agissant de l'élevage, il connaît un développement relativement important. Les tendances avicoles et apicoles sont prometteuses malgré la situation de crise qui y prévaut. La pêche, en particulier celle des crustacés et des mollusques est assez développée.

L'agriculture, l'élevage et la pêche ne représentent que 7,2% des revenus monétaires, mais jouent un rôle primordial dans l'autoconsommation. La région compte une faible activité industrielle, les principales unités industrielles qui y sont implantées sont : une huilerie, trois unités de traitement des crevettes, une usine de bois et un petit domaine industriel pour la promotion de la petite entreprise. Le secteur informel est encore caractérisé par une multitude de micros entreprises dispersées et sous-équipées. Le pourcentage des salariés est de 16,8% et le salaire minimum de croissance est de 67 euros par mois.

Cette région sud a une vocation touristique en raison de sa nature luxuriante et de son riche folklore. La région de Ziguinchor a le taux de scolarisation le plus élevé du Sénégal, il est de 100% environ. Sur le plan sanitaire la région a enregistré des progrès assez significatifs pour le bien être de sa population. Mais les efforts de développement sont freinés par la situation de crise que connaît la région depuis 20 ans environ²⁴.

²⁴ Service Régionale de la Prévision et de la Statistique (Edition 2004), Situation Economique et Sociale régionale, République du Sénégal, p114.

L'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS, 2005-2006) effectuée dans la région de Ziguinchor indique le pourcentage de ménages pauvres au niveau départemental et de la région en 2005. Il fait donc la situation actuelle de la pauvreté de l'ESPS 2005-2006. Les pourcentages sont en ligne et renseignent donc la part des ménages pauvres dans le total des ménages.

Tableau 1 : Répartition des ménages par département selon le critère de pauvreté.

Département		Ménages		Ensemble
		Non pauvres	Pauvres	
Bignona	Effectif	7 500	16 476	23 976
	%	31,3	68,7	100,0
Oussouye	Effectif	1 712	5 334	7 046
	%	24,3	75,7	100,0
Ziguinchor	Effectif	11 790	13 839	25 629
	%	46,0	54,0	100,0
Région	Effectif	21 002	35 649	56 651
	%	37,1	62,9	100,0

Source: Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS, 2005-2006), ANSD, Dakar, Sénégal.

Ce tableau fait donc ressortir la situation actuelle de la pauvreté du point de vue de l'ESPS 2005-2006. Dans la région 62,9% des ménages sont considérées comme pauvres et 37,1% non pauvres.

Tableau 2: Répartition des ménages par milieu selon la pauvreté.

Milieu		Ménages		Ensemble
		Non pauvres	Pauvres	
Urbain	Effectif	11 976	11 042	23 018
	%	52,0	48,0	100
Rural	Effectif	9 027	24 607	33 634
	%	26,8	73,2	100
Région	Effectif	21 003	35 649	56 652
	%	37,1	62,9	100

Source : Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS, 2005-2006), ANSD, Dakar, Sénégal.

Ce tableau fait ressortir la répartition du nombre et du pourcentage d'individus pauvres en 2005 selon le milieu. Le pourcentage de ménages pauvres dans la région est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain.

Il est respectivement de 62,9% et 37,1%.

III-2-3 Situation sanitaire de la région

La région compte en 2007 :

- une (1) région médicale,
- un (1) hôpital régional (qui est la référence des structures sanitaires de la région),
- une (1) pharmacie régionale d'approvisionnement,
- une (1) brigade d'hygiène,
- un (1) village psychiatrique,
- un (1) centre IST, un (1) BREIPS,
- un (1) centre de référence PF,
- cinq (5) districts sanitaires (Ziguinchor, Bignona, Oussouye, Thionck-Essyl, Diouloulou) situés dans les capitales départementales et composés comme suit :
 - quatre (4) centres de santé,
 - quatre vingt quinze (95) postes de santé fonctionnels,

Le personnel de santé comprend :

- 22 médecins, 38 sages-femmes ,4 chirurgiens dentistes ,118 infirmiers tout grade confondu.

Les taux de couverture régionaux sont les suivants :

- * 468 897 habitants pour un hôpital,
- * 93 779 habitants pour un centre de santé,
- * 11 330 habitants en milieu urbain pour un poste de santé,
- * 5 825 habitants en milieu rural pour un poste de santé,
- * 2 212 habitants pour un infirmier d'état,
- * 20 387 habitants pour un médecin.

Une sage-femme d'état pour 2 696 femmes en âge de reproduction (FAR).

Si pour les centres de santé (93 779 personnes par centre) les normes de l'OMS sont respectées il n'en est pas de même pour les postes de santé, l'hôpital, les infirmiers d'état et les médecins.

Les consultations prénatales effectuées dans les maternités des districts ont permis de dépister 1 203 grossesses à risque dont 293 ont été référées aux structures les plus appropriées.

Les maternités ont enregistré 4 362 femmes hospitalisées en 13 263 journées, donnant une durée de séjour moyenne de trois (3) jours. Cette durée de séjour des malades n'a pas évolué depuis 2004.

En 2007 le taux de mortalité maternelle est de 315 pour 100 000 naissances, la région a enregistré 7 706 accouchements dans les maternités et 799 accouchements à domicile non assistés. Compte tenu du développement des structures de santé dans la région, ce chiffre reste élevé. L'assistance à l'accouchement demande de poursuivre la sensibilisation des femmes afin de les amener à connaître les signes nécessaires pour se rapprocher des structures de santé. Toutefois les maternités des districts ont enregistré une baisse du nombre d'accouchement en 2007 par rapport à 2006 d'environ 2%. Durant la même période, les accouchements à domicile connaissent également une baisse avec un taux de variation de 18% environ.

Les consultations postnatales sont moins importantes surtout pour la deuxième consultation. Les taux de couverture des consultations postnatales 1 et 2 sont respectivement de 55 et 45% pour la période considérée. Les avortements sont passés de 554 en 2006 à 498 en 2007 soit une baisse d'environ 10%.

Les enfants nés avec un poids inférieur à 2 500g sont au nombre de 624 en 2007 contre 565 en 2006. Le bilan des activités de vaccination pour l'année 2007 a montré, hormis Thionck-Essyl, qu'aucun district n'a atteint l'objectif de 80% d'enfants vaccinés aux VAR/VAA.

Les taux de couverture pour les antigènes BCG, POLIO, PENTA sont acceptables et sont supérieurs à 80% pour l'ensemble des districts. On note cependant d'abandons élevés en :

- BCG /ROUGEOLE

- Ziguinchor : 20%
- Bignona : 31,98%
- Diouloulou : 27,98%

- PENTA

- Bignona

La répartition de la morbidité sur les dix premières affections montre la prédominance du paludisme sur toutes les affections dans la région avec environ 30,52% des consultations et 67% de mortalité hospitalière.

La surveillance nutritionnelle et pondérale a touché 40 497 enfants en 2007 contre 56 928 en 2006 soit une baisse d'environ 29%. Près de 39 815 se trouvent dans la zone verte dans une situation satisfaisante au cours de l'année 2007. Les référées occupent des proportions non négligeables (210 enfants), même si la zone rouge compte 1 102 enfants.

La population participe à l'effort de santé dans la région. Durant l'année 2007, les districts ont fait plus de 300 millions de recettes qui ont contribué à la couverture des dépenses à près de 104%. Ce taux est plus élevé dans le district de Ziguinchor avec une couverture d'environ 123%, qui en 2006 était de 50%, suivi de Thionck-Essyl (Service Régional de la Prévision et de la Statistique, Rapport de santé 2007, Ziguinchor)²⁵.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

²⁵ Service régionale de la prévision et de la statistique, Rapport de Santé (Edition 2007), République du Sénégal, p.114.

III-3 Cadre pratique : district sanitaire de Ziguinchor

Nous allons présenter le district sanitaire de Ziguinchor à travers sa géographie, sa démographie et son économie.

III-3-1 Cadre physique

Le district sanitaire de Ziguinchor se confond avec le département du même nom. Il est limité au Nord par le fleuve Casamance, à l'Ouest par le département d'Oussouye, à l'Est par celui de Sédhiou et au Sud par la république de Guinée Bissau. Il couvre une superficie de 1 589 km². Il se situe à 450 km de la capitale Dakar.

III-3-2 Démographie

La population totale du district compte 213 745 habitants en 2007 soit une densité de 123 habitants/km² et avec un taux d'accroissement de 2,54%.

III-3-3 L'économie

La situation de la crise qui prévaut dans la région a entraîné une paupérisation de la population. Les principales activités sont : le petit commerce, le maraîchage et l'élevage.

IV- Méthodologie

Ce chapitre présentera la typologie de l'étude, les variables à l'étude, le choix du centre et des postes de santé, les méthodes de collecte de données et les outils d'analyse et de traitement de données.

IV-1 Type d'étude

Notre étude est de nature prospective et s'est déroulée du 03/02 /2009 au 29/03/2009 au niveau du district sanitaire de Ziguinchor.

IV-2 Les variables à l'étude

L'exclusion financière du ménage sera mesurée à travers les indicateurs suivants :

- le revenu du chef de ménage,
- le lieu de dispensation des médicaments,
- la source de financement,
- la taille du ménage,
- les motifs de consultation et d'hospitalisation,
- la catégorie sociale.

IV-3 Choix du centre et des postes de santé

Le choix du centre et des postes de santé est fait sur avis du Médecin Chef de District et du Superviseur des soins de santé primaires. Ce choix n'a pas été fait au hasard pour la bonne raison que nous avons été orientés par la situation géographique du centre et des postes mais également par l'importance de la population couverte. Afin de mesurer le degré d'accessibilité aux médicaments nous avons choisi en milieu urbain un centre de santé et 2 postes de santé et en zone rurale un poste de santé. Ainsi donc l'enquête s'est déroulée dans les différentes structures citées dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Les formations sanitaires visitées.

District Sanitaire	District de Ziguinchor	Total
Centre de santé (Hôpital Silence)	Centre de santé de Ziguinchor	1
Poste de santé	-Poste de Belfort -Poste de Néma -Poste de Brin	3
Total	1	4

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

En somme, ce sont ces quatre (4) structures de santé qui ont fait l'objet de notre étude. Pour ce qui concerne le centre, il est un centre sanitaire de référence et est de niveau 1 (centre de santé sans bloc opératoire), tandis que les postes santé sont tous dotés de salle d'accouchement.

IV-4 Méthodes de collecte de données

Différents outils ont été utilisés pour la collecte des données il s'agit de l'observation, de l'analyse documentaire, du guide d'entretien et du questionnaire.

IV-4-1 L'observation

Elle nous permet d'avoir une vision globale de la situation socio-économique des ménages et du cadre de l'étude d'une manière générale. Elle nous permet également de voir la disponibilité des médicaments dans ces structures et l'itinéraire thérapeutique (circuit des malades au sein des structures de santé).

IV- 4 -2 L'analyse documentaire

Elle va nous permettre de faire l'analyse des ordonnances des patients car c'est nous qui les récupérons. A partir de ce constat, nous notons le nombre de médicaments prescrits et ceux qui sont achetés ou non.

IV- 4 -3 Le guide d'entretien

Ce guide d'entretien nous permet d'avoir l'avis de certaines personnes ressources et des spécialistes (gestionnaires IB, infirmier chef de poste, médecin chef de centre, responsable régional de la direction de la statistique et de la démographie, etc.).

IV- 4 - 4 Le questionnaire

Il est destiné au personnel médical, aux patients/clients et aux ménages. Avant l'administration du questionnaire un pré- test sera fait. Ceci va nous permettre de vérifier la pertinence et la validité de l'outil de collecte et de faire des réglages pouvant contribuer à l'amélioration du questionnaire.

IV- 4 - 5 Echantillonnage

Notre étude est menée dans les structures de santé suivantes : un centre de santé et 3 postes de santé. La population cible de notre étude est constituée par les nouveaux malades reçus dans chaque formation sanitaire et ceci pendant 15 jours. Sur ce, vu la position géographique des formations sanitaires ainsi que l'importance de la population couverte nous avons voulu enquêter 60 personnes dans chaque structure de santé. Ce qui fait que 240 patients doivent être touchés dans le cadre de cette enquête. Pour obtenir une certaine homogénéité de la population, nous avons pu enquêter sur 238 malades au total, soit 87 hommes, 48 femmes et 103 enfants. Cet échantillon qui semble assez représentatif nous permettra de calculer le coût moyen d'une ordonnance par pathologie. Pour les gestionnaires IB, ils seront tous interrogés étant donné qu'ils sont le plus souvent au nombre de trois.

IV- 4 - 6 Analyse des données

IV- 4 - 6-1 Stratégies d'analyse des données quantitatives

L'analyse des données quantitatives sera faite à l'aide du logiciel R et du tableur Excel à cause de leur performance en matière de traitement de données quantitatives.

IV- 4 - 6-2 Stratégies d'analyse des données qualitatives

L'analyse des données qualitatives sera faite à l'aide du logiciel R et du tableur Excel à cause de leur performance en matière de traitement de données qualitatives.

Conclusion de la première partie

Au terme de la première partie, nous pouvons dire que les programmes de développement socio sanitaires mis en œuvre ces dernières années au Sénégal, conçus comme des instruments destinés à rendre les actions de développement plus efficaces au profit des populations les plus pauvres, prennent plus largement en compte la problématique de l'accessibilité aux services de santé et aux médicaments.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PARTIE II: RESULTATS ET DISCUSSION

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Introduction

Cette partie traite de l'analyse et de l'interprétation des résultats. A ce stade, il convient de préciser que nous proposons de nous atteler à effectuer cette tâche en utilisant trois parties : la première, sera l'analyse descriptive des caractéristiques de l'échantillon, la deuxième, l'analyse des variables à l'étude et la troisième, les conséquences des dépenses de médicaments sur les ménages. Elle propose pour faciliter cette analyse d'utiliser des outils de collecte de données que sont : une observation, d'effectuer des entretiens avec les différents acteurs. Les données seront recueillies sur des fiches et l'analyste sera libre dans l'organisation de sa fiche de collecte de données. L'étape qui incombe aussi à l'analyste reste le calcul des coûts de revient d'une pathologie.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

V Présentation et analyse des résultats

L'analyse se fera en 3 parties :

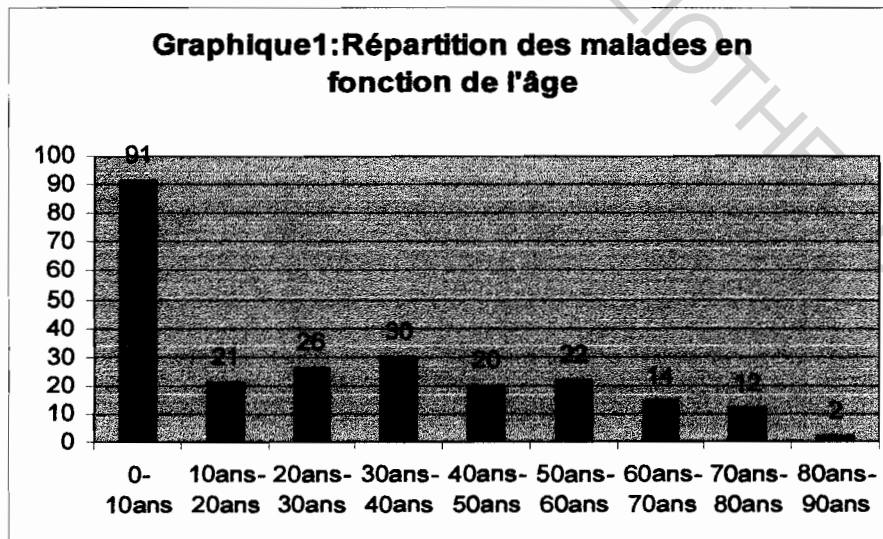
- la première consistera en une analyse descriptive des caractéristiques de l'échantillon,
- la deuxième à l'analyse des variables à l'étude,
- la troisième traitera les conséquences des dépenses de médicaments sur les ménages.

V- 1 Caractéristiques de l'échantillon

V- 1-1 Age des malades

L'âge des personnes interrogées variait entre 1 mois et 90 ans. L'âge moyen des patients de notre échantillon est de 26 ans. On observe que 38,2% des malades ont un âge compris entre 0-10 ans. Ce résultat montre que se sont les enfants qui ont les taux de morbidité les plus élevés. 23,6% ont un âge compris entre 20 et 40 ans. Les personnes âgées de (plus de 60 ans) ne représentent que 11,7 % des malades.

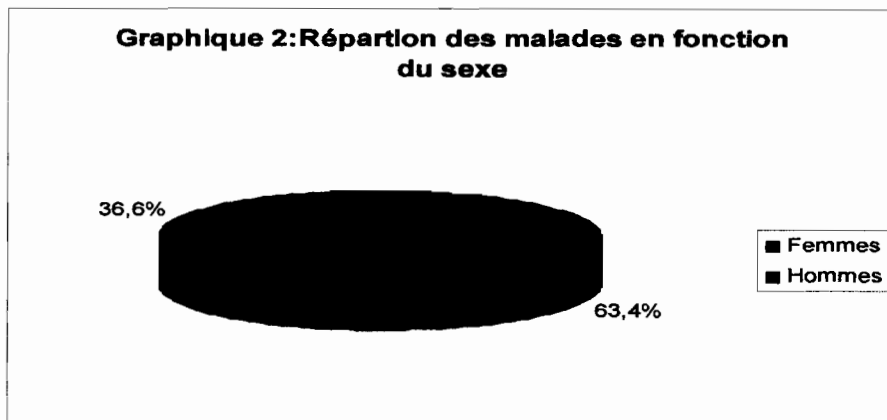
En effet, il est assez difficile d'obtenir des réponses des enfants nous avons plutôt interrogé le parent accompagnant. Ceci doit être mis en rapport avec la répartition du sexe, étant donné que se sont les mères qui accompagnent le plus souvent les enfants aux structures de santé.



Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

V- 1- 2 Le sexe

L'échantillon compte 151 femmes, 87 hommes soit 63,4% de femmes et 36,6% d'hommes.



Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

V- 1- 3 La situation matrimoniale

La majorité de patients rencontrés sont des enfants n'ayant pas l'âge de se marier avec un pourcentage de 43,3%. Les mariés représentent 34,9%, les veufs (es) et célibataires avec respectivement 10,5% et 10%. Le plus faible pourcentage correspond aux divorcés avec 1,3%.

V- 1- 4 Niveau de formation du patient

Tableau 4 : Répartition de l'effectif selon le niveau de formation du patient

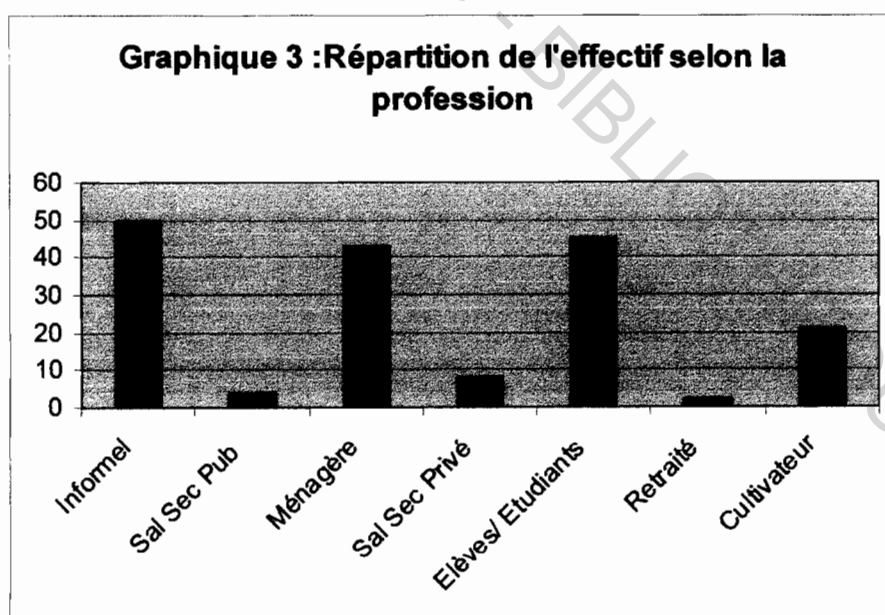
Structures de santé	Libellés	Niveau de formation du patient					Total
		Aucun	Arabe	Elémentaire	Secondaire	Supérieur	
Centre de santé	Effectif	35	1	18	6	0	60
	%	58,4	1,6	30	10	0	100
Poste Belfort	Effectif	45	2	11	2	0	60
	%	75	3,4	18,3	3,3	0	100
Poste Néma	Effectif	34	2	17	5	2	60
	%	56,7	3,4	28,3	8,3	3,3	100
Poste Brin	Effectif	35	2	16	4	1	58
	%	60,3	3,5	27,6	6,9	1,7	100
Ensemble	Effectif	149	7	62	17	3	238
	%	62,6	2,9	26	7,1	1,4	100

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

Le résultat de notre enquête montre dans l'ensemble que la majorité des patients n'a aucun niveau de scolarité. Cette catégorie représente 62,6%, donc le double du pourcentage de la catégorie élémentaire avec 26%. Ensuite viennent les catégories secondaire, arabe et supérieur avec respectivement 7,1%, 2,9% et 1,4%. De plus, nous avons constaté que le poste de Néma est caractérisé par une présence considérable de patients n'ayant aucun niveau de formation mais également reçoit le plus de patients ayant le niveau secondaire et supérieur.

V-1- 5 Catégorie professionnelle du patient

Dans l'ensemble, 21% des patients sont dans le secteur informel, 18,9% sont des Etudiants/Elèves et 18% représentent les ménagères. Les retraités ne représentent que 0,8% de l'échantillon. L'analyse entre les différentes structures montre que le poste de Néma reçoit plus de salariés que les autres postes et centre. Il faudra noter que le poste de Brin reçoit plus de cultivateurs environ 15% et près de 27,3% des patients de l'échantillon sont trop jeunes pour travailler.



Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

V- 1- 6 Montant du revenu par mensualité

La majorité des patients rencontrés ont un faible revenu, en effet 88,2% des patients ont un revenu compris entre 0 et 30 000 FCFA. Les patients qui ont un revenu compris entre 35 000 et 65 000 FCFA représentent 7,1% de l'effectif total, tandis que 4,7% ont un revenu de plus de 90 000 FCFA.

V- 1- 7 Catégorie de malades

Tableau 5 : Répartition de l'échantillon selon le type de malades et lieu de fréquentation.

Formations sanitaires	Malades ambulatoires	Malades hospitalisés	Pourcentages malades ambulatoires	Pourcentages malades hospitalisés
Centre de santé	39	21	65%	35%
Poste Belfort	58	2	96,6%	3,4%
Poste Néma	59	1	98,3	1,7%
Poste Brin	57	1	98,3%	1,7%
Ensemble	213	25	89,55%	10,45%

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

L'analyse du tableau montre dans l'ensemble que la majorité des malades ont subi une consultation externe (89,55%). Les postes de santé à eux seuls consultent 97,73 % des malades ambulatoires alors que le reste a été récupéré par le centre de santé. Quant aux malades hospitalisés le centre accueille à lui seul 35% des malades de notre échantillon. Ce faible taux de malades hospitalisés observés au niveau des postes de santé s'explique par le fait qu'ils n'ont pas l'autorisation d'hospitaliser, seul l'accouchement leur est permis.

V- 1- 8 Caractéristiques du premier recours

Tableau 6 : Répartition des malades selon le type du premier recours

Formations sanitaires	Libellés	Caractéristiques du premier recours			Total
		Direct Struct	S S privé	Tradipraticien	
Centre de santé	Effectif	53	1	6	60
	%	88,3%	1,6%	10,1%	100
Poste Belfort	Effectif	54	1	5	60
	%	90%	1,6%	8,4%	100
Poste Néma	Effectif	55	2	3	60
	%	91,6%	3,3%	5,1%	100
Poste Brin	Effectif	47	1	10	58
	%	81%	1,7%	17,3%	100
Ensemble	Effectif	209	5	24	238
	%	87,8%	2,1%	10,1%	100

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

L'analyse du tableau nous montre dans l'ensemble que, pour le premier recours se sont les services de soins qui sont les plus fréquentés par les malades avec un pourcentage global de 87,8%. Nous avons

remarqué également que les soins traditionnels sont 4,8 fois plus utilisés que les soins offerts dans les services de soins Privés. Quant au recours aux soins traditionnels ils sont plus utilisés par les malades du poste de Brin et cela est prévisible car le plan économique le village est assez pauvre l'activité principale est l'agriculture, basée sur la culture du riz mais également 70% de la population est animiste.

V- 1- 9 Description des variables à l'étude

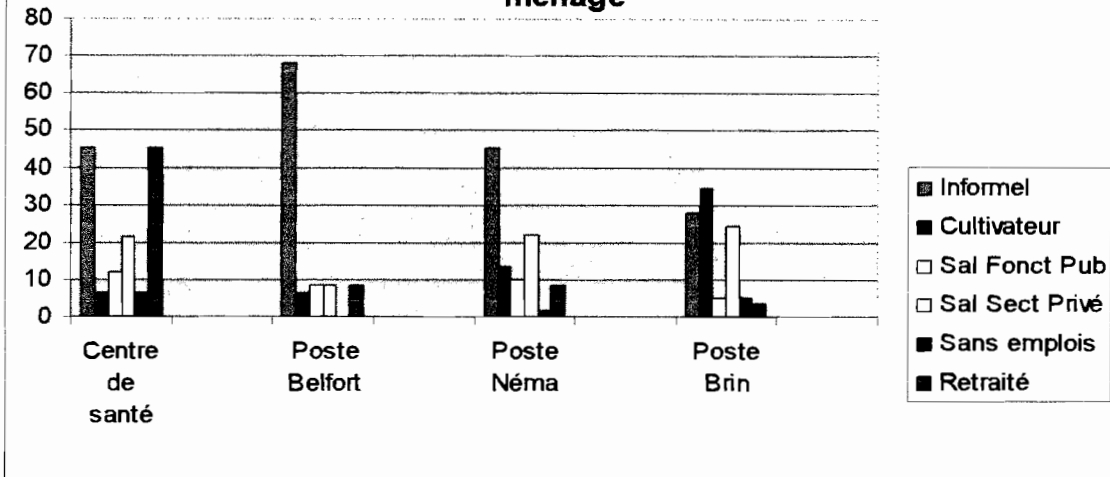
Les variables concernant l'exclusion financière par rapport à l'achat de médicament sont :

- le revenu du chef de ménage,
- le lieu de dispensation des médicaments,
- la source de financement,
- la taille du ménage,
- les motifs de consultation et d'hospitalisation,
- la catégorie sociale.

V- 1- 9-1 Catégorie professionnelle du chef de ménage

Dans l'ensemble 46,7% des chefs de ménages sont dans le secteur informel ; 18,9% sont dans le secteur privé et 15,1% sont des cultivateurs. Les retraités et les sans emplois ne représentent que respectivement 7,2% et 3,3% de l'échantillon. L'étude comparative des différentes structures montre que l'hôpital Silence (centre de santé) et le poste de Néma reçoivent plus de salariés que les postes de Brin et de Belfort soit respectivement 33,2% et 31,6% des chefs de ménages contre 29,3% et 16,6% au poste de Brin et Belfort. Il faudra noter que le poste de Brin reçoit 34,5% des cultivateurs et près de 68,3% des chefs de ménage de Belfort sont dans le secteur informel.

Graphique 4: Catégorie professionnelle des chefs de ménage



Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

V-1- 9- 2 Revenu chef de ménage

Tableau 7 : Revenu moyen du chef de ménage selon le sexe et le niveau de formation du chef de ménage.

Sexe du chef de ménage	Libellés	Niveau de formation du chef de ménage						Total
		Aucun	Arabe	Elémentaire	Moyen	Secondaire	Supérieur	
Masculin	Effectif	68	21	52	25	22	12	200
	Revenu	29625	48 763	45137	60 937	146 690	203 909	60719
Féminin	Effectif	18	4	5	2	1	1	31
	Revenu	25 000	35 000	30 800	45 000	115 000	130 000	38774
Ensemble	Effectif	86	25	57	27	23	13	231
	Revenu	45 000	27 388	43 684	59 711	145 250	197 750	57 722

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

L'analyse du tableau nous montre que le revenu mensuel de l'ensemble des ménages est de 57 722 FCFA.

Pour les ménages dont le chef est de sexe masculin le revenu moyen est de 60 719 FCFA, par contre pour les ménages dont le chef est de sexe féminin le revenu est de 38 774 FCFA. C'est ainsi que nous en déduisons que les hommes ont 1,56 fois le revenu des femmes.

Pour les ménages dont le chef a au moins le niveau secondaire ,le revenu moyen est de 145 250 FCFA ,par contre les ménages dont le chef n'a aucune formation et de surcroît est une femme le revenu moyen est de 25 000 FCFA. Au regard de ces résultats,nous pouvons dire que faible niveau d'éducation et le fait d'être de sexe féminin traduisent des facteurs de pauvreté et peuvent engendrer des difficultés pour le ménage à supporter les coûts des médicaments parfois trop élevés.

V-1- 9 - 3 Classification des ménages selon les catégories sociales

La méthodologie utilisée dans le cadre du DSRP donne l'estimation suivante du seuil de pauvreté pour la région de Ziguinchor :

- seuil de pauvreté alimentaire (SPA)= 353 FCFA /J/équivalent adulte,
- seuil de pauvreté globale (SPG)= 681 FCFA/J/équivalent adulte.

C'est cet indicateur que nous avons utilisé pour la classification des ménages pauvres et non pauvres.

Le seuil journalier a été multiplié par 30 donc rapporté au mois soit : seuil de pauvreté globale mensuel= $681 \times 30 = 20\,430$ F CFA/mois/équivalent adulte. Dans cette optique la Banque Mondiale identifie les pays pauvres et extrêmement pauvres : pays pauvres = 370 dollars /personne/an et très pauvres= 270 dollars /personne /an. Si on fait le rapport de dépense pauvre et très pauvre on a $270/370 = 0,7$. Ce ratio multiplié par le seuil de pauvreté globale mensuel on obtient le seuil de pauvreté globale des très pauvres qui est égale à $20\,430 \times 0,7 = 14\,301$ FCFA/mois/personne.

Dans le cadre de notre étude, vu la spécificité de la région de Ziguinchor voilà donc nos critères de pauvreté :

- * est considéré comme très pauvre tout ménage qui a un revenu de moins de 14 301 FCFA,
- * est considéré comme pauvre tout ménage qui a un revenu compris entre 14 301 FCFA et 20 430 FCFA,
- * est considéré comme non pauvre tout ménage qui a un revenu de plus de 20 430 FCFA.

Tableau 8: Répartition des ménages selon les catégories sociales.

Structures de santé	Libellés	Catégories sociales			Total
		Non pauvres	Pauvres	Très pauvres	
Centre santé	Effectif	33	25	2	60
	%	55%	41,6%	3,4%	100
Poste Belfort	Effectif	22	26	12	60
	%	36,6%	43,3%	20,1%	100
Poste Néma	Effectif	21	34	5	60
	%	35%	56,6%	8,4%	100
Poste Brin	Effectif	14	29	15	58
	%	24,1%	50%	25,9%	100
Ensemble	Effectif	90	114	34	238
	%	37,8%	47,8%	14,4%	100

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

De façon générale la pauvreté est répandue de manière inégale entre les différentes structures de santé.

Dans l'ensemble, nous avons 148 ménages pauvres dont 34 très pauvres. Au niveau des postes, le poste de Néma a 56,6% de pauvres contre 50% à brin, 43,3% à Belfort. Il en est de même pour le centre de santé où le nombre de ménages pauvres atteint un pourcentage non négligeable égal à 41,6%.

V-1- 9- 4 Structure par sexe

Tableau 9: Répartition des malades selon le sexe et la catégorie sociale.

Sexe	Catégories sociales	Libellés	Formations sanitaires				Ensemble	
			Centre de santé	Poste Néma	Poste Belfort	Poste Brin		
Masculin	Non pauvres	Effectif	23	9	12	8	52	
		%	44,2%	17,4%	23%	15,4%	100	
	Pauvres	Effectif	18	24	17	13	72	
		%	25%	33,4%	23,6%	18%	100	
	Très pauvres	Effectif	0	3	5	6	14	
		%	0%	21,4%	35,8%	42,8%	100	
	Ensemble	Effectif	41	36	34	27	138	
		%	29,8%	26%	24,6%	19,6%	100	
	Féminin	Non pauvres	Effectif	21	1	10	6	38
			%	55,4%	2,5%	26,3%	15,8%	100
Pauvres		Effectif	7	10	9	16	42	
		%	16,6%	23,8%	21,4%	38,2%	100	
Très pauvres		Effectif	2	2	7	9	20	
		%	10%	10%	35%	45%	100	
Ensemble		Effectif	30	13	26	31	100	
		%	30%	13%	26%	31%	100	

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

L'analyse du tableau montre que la répartition des malades par sexe diffère selon les structures de santé.

On retrouve plus d'hommes au centre de santé qu'au poste de Brin soit 29,8% contre 19,6% et 25% de ces hommes sont des pauvres. Au centre de santé et au poste de Brin, nous avons une prédominance du sexe féminin. En fait, au centre de santé ,10 de ces femmes ont été hospitalisées pour accouchement et 16,6%

parmi elles sont pauvres. Par contre à Brin 45% des femmes sont très pauvres. D'après ces résultats nous pouvons affirmer que le poste de Brin est le poste des femmes très pauvres et le centre de santé, le centre des hommes pauvres.

V-1-9-5 Taille des ménages

Tableau 10 : Répartition des ménages selon la taille

Structures de santé	Libellés	Catégories sociales			Total
		Non pauvres	Pauvres	Très pauvres	
Centre de santé	Effectif	33	25	2	60
	Moyenne	5,9	9,2	16	7,4
Poste Belfort	Effectif	22	26	12	60
	Moyenne	7,1	10,5	14,5	10
Poste Néma	Effectif	21	34	5	60
	Moyenne	7,8	12,2	14,8	11
Poste Brin	Effectif	14	29	15	58
	Moyenne	7,7	9,8	13,6	13,6
Ensemble	Effectif	90	114	34	238
	Moyenne	6,9	10,4	13,4	9,8

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

L'analyse du tableau montre que le nombre moyen d'individus par ménage varie dans l'ensemble entre 5 (centre de santé) et 14 (Poste Belfort). Ainsi, il existe une différence considérable entre les tailles des ménages et selon les catégories sociales. D'après les résultats, on constate que plus la taille du ménage est petite plus le niveau de vie est élevé.

En effet, 47,9% des ménages qui ont une taille de 10 personnes sont pauvres, 37,8% des ménages qui ont une taille de 6 personnes sont non pauvres et 14,3% des ménages qui ont plus de 13 personnes sont très pauvres.

V-2 Les motifs de consultation

Dans l'ensemble cinq affections ont été ciblées parce qu'elles correspondent aux causes de consultation les plus fréquentes observées dans les formations sanitaires : maladies diarrhéiques, les infections respiratoires, les infections sexuellement transmissibles, les brûlures gastriques et l'hypertension artérielle.

Tableau 11 : Répartition des malades selon le lieu de consultation et la maladie

Formations Sanitaires	Libellés	Motif de consultations externes						Total
		Maladies diarrhéiques	Infections respiratoires	IST	Brûlures gastriques	HTA	Autres maladies	
Hôpital Silence	Effectifs	7	7	2	2	8	13	39
	%	17,9	17,9	5,1	5,1	20,6	33,4	100
Poste Belfort	Effectifs	18	29	3	5	3	0	58
	%	31	50	5,1	8,8	5,1	0	100
Poste Néma	Effectifs	27	1	4	12	1	14	59
	%	45,8	1,7	6,7	20,3	1,7	23,8	100
Poste Brin	Effectifs	10	12	2	4	1	28	57
	%	17,5	21	3,5	7	1,8	49,2	100
Ensemble	Effectifs	62	49	11	23	13	55	213
	%	29,1	23	5,1%	10,8	6,1	25,9	100

Source : Nous mêmes à partir des résultats d'enquête réalisée.

Dans l'ensemble, les maladies diarrhéiques sont la première cause de consultation dans 2 postes de santé à savoir Néma et Belfort avec respectivement 45,8 % et 31%. Cette fréquence de la maladie peut s'expliquer par le fait que bon nombre de ménages ne dispose pas d'eau courante chez eux et en plus le réseau d'assainissement est inexistant. Ensuite, suit les infections respiratoires qui représentent 46,6% des consultations à Belfort et 20,7% au poste de Brin. La première cause de consultation au centre est l'hypertension artérielle et les autres maladies. Le centre reçoit 8 fois plus d'hypertendus que le poste de Néma et de Brin.

V-3 Les motifs d'hospitalisation

Les maladies diarrhéiques, l'HTA, les maladies respiratoires, le paludisme, l'accouchement sont les causes d'hospitalisation au centre de santé, contrairement aux postes de santé(Belfort,Néma et Brin) où l'on a assisté uniquement à des accouchements. Ces accouchements sont au nombre de quatre (4), 2 au poste de Belfort et 1 à Néma et à Brin. Ce faible taux d'accouchées au niveau des postes s'explique par le fait que les femmes préfèrent accoucher au centre de santé pour des raisons de sécurité. La première cause d'hospitalisation au centre est l'accouchement (16,7%). Ils s'en suivent les maladies diarrhéiques qui représentent 8,3 % des hospitalisations, les maladies respiratoires 3,3%, le paludisme 3,3% et enfin l'HTA qui prend le pourcentage le plus faible (1,6%) des cas d'hospitalisation.

Tableau 12 : Répartition des malades selon le motif d'hospitalisation au niveau du centre de santé.

Formation sanitaire	Libellés	Motif d'hospitalisation				
		Accouchement normal	Maladies diarrhéiques	Maladies respiratoires	Paludisme simple	HTA
Centre de santé	Effectifs	10	5	2	3	1
	%	47,6%	23,8%	9,6%	14,3%	4,7%

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

Tableau 13 : Répartition des malades selon le motif d'hospitalisation au niveau des postes de santé.

<i>Formations sanitaires</i>	<i>Libellés</i>	<i>Motif d'hospitalisation</i>
		<i>Accouchement normal</i>
<i>Poste Belfort</i>	<i>Effectif</i>	2
	<i>%</i>	3,3
<i>Poste Néma</i>	<i>Effectif</i>	1
	<i>%</i>	1,6
<i>Poste Brin</i>	<i>Effectif</i>	1
	<i>%</i>	1,6
<i>Total</i>	<i>Effectif</i>	4

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

L'analyse entre les tableaux (8 et 10) nous montre qu'il existe de façon significative une différence entre la taille des ménages selon le niveau de vie. Nous avons constaté que plus le niveau de vie est élevé, plus la taille du ménage est faible et avons en moyenne 9,5 personnes par ménage, ce résultat correspond parfaitement à ceux d'ESAM II qui donne une taille moyenne de (9,8 personnes) par ménage. La similitude des deux résultats montre la qualité de nos données.

V-3-1 Les coûts des ordonnances pour les hospitalisations.

Tableau 14 : Les coûts moyens des ordonnances en fonction de la maladie au niveau du centre de santé.

Formations sanitaires	Libellé	Motif hospitalisation					Ensemble
		Accouchement normal	Maladies diarrhéiques	Maladies respiratoires	Paludisme simple	HTA	
Centre de santé	Coût moyen	9 394,7	15 614,4	64 595	8 927,5	7 864	18 097,52

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

Le tableau nous montre les coûts moyens des ordonnances selon la pathologie. Parmi toutes les affections répertoriées le coût moyen des ordonnances pour traiter les maladies respiratoires est le plus élevé

(64 595 FCFA) faisant le quadruple de l'ordonnance traitant les maladies diarrhéiques (15 614,5 FCFA). On note que le coût moyen d'une ordonnance pour un accouchement normal au niveau du centre de santé revient en moyenne à 9 394,7 FCFA.

Tableau 15 : Les coûts moyens des ordonnances (pour accouchement) au niveau des postes de santé.

Formations sanitaires	Coûts moyens des ordonnances
Poste Belfort	7 975
Poste Brin	2 500
Poste Néma	5 263
Ensemble	5 246

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

L'analyse du tableau nous montre qu'au niveau des postes de santé les coûts moyens des ordonnances varient. Pour le ménage qui a un accouchement au poste de Belfort la dépense moyenne en médicaments est de 7 975 FCFA donc la plus élevée égale au triple de celui de Brin. Ce dernier a la dépense en médicaments la moins élevée alors que le poste de Néma quant à lui a le double de celui de Brin. Ces résultats portent à affirmer que le poste de Brin est le poste où le coût moyen des ordonnances est le moins élevé et ceci est valable aussi bien pour les consultations externes que pour l'accouchement. Ceci montre encore une fois la pauvreté observée au niveau des ménages de Brin (50%) et explique de surcroît pourquoi les coûts de prestations y sont plus abordables.

V-3-2 Les coûts des ordonnances pour les consultations externes

Les coûts des ordonnances sont les sommes d'argent dépensées par les ménages au cours d'un épisode de maladie.

Tableau 16 : Les coûts moyens des ordonnances en fonction de la structure de santé et la maladie.

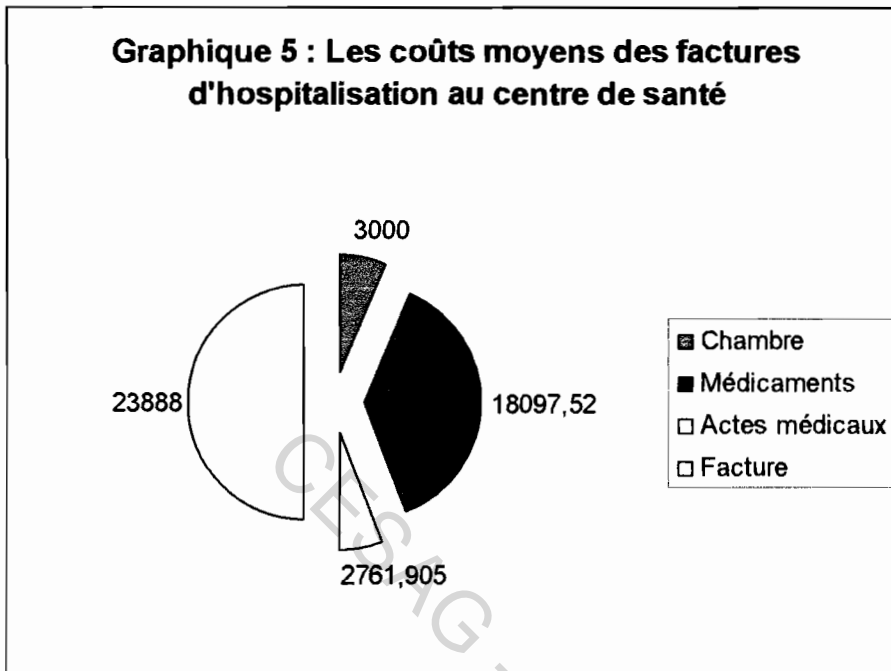
Formations Sanitaires	Libellés	Motif de consultation						Ensemble
		Maladies diarrhéiques	Infections respiratoires	IST	Brûlures gastriques	HTA	Autres maladies	
Centre santé	Coût	3258,571	3650,714	4886	4350	1618,75	12 349,56	8327,86
	moyen							
	Effectifs	7	7	2	2	8	13	39
Poste Belfort	Coût	2810,714	4485,071	3090,33	4215	2333,333	0	4044,59
	moyen							
	Effectifs	18	29	3	5	3	0	58
Poste Néma	Coût	1546,889	2600	6049,5	2687	1600	2317,333	2284,5
	moyen							
	Effectifs	27	1	4	12	1	14	59
Poste Brin	Coût	495	585,416	3011	200	1200	562,069	1029,40
	moyen							
	Effectifs	10	12	2	4	1	28	57
Ensemble	Coût	1877,172	3348,167	4478,45	2731,261	1750	5984,47	20169,5
	moyen							
	Effectifs	62	49	11	23	13	55	213

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

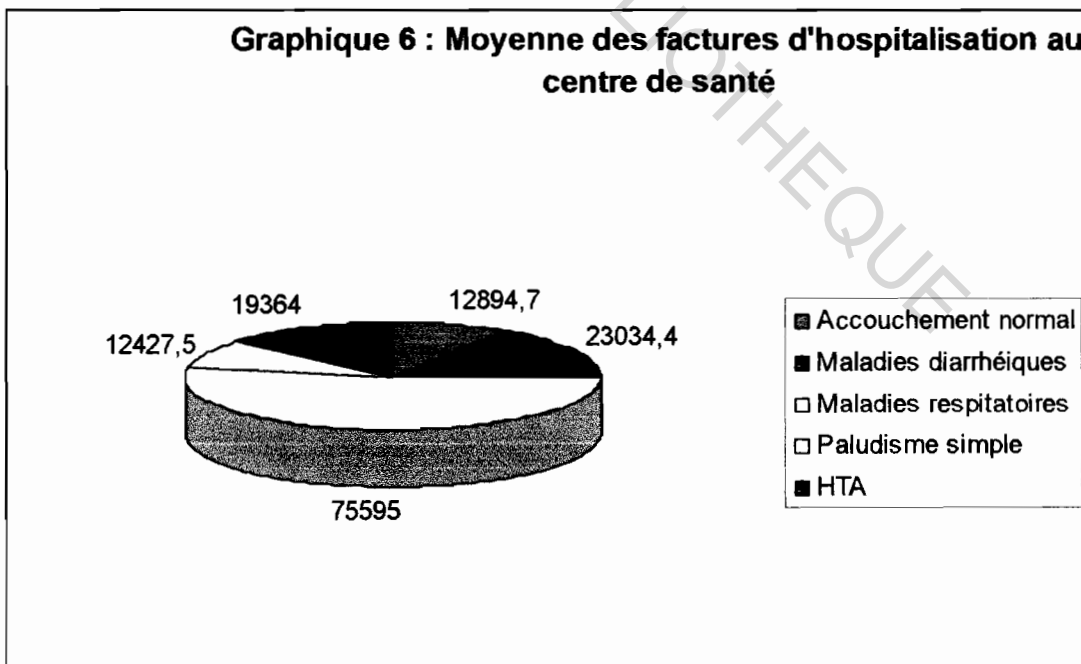
Le tableau montre les coûts moyens des ordonnances pour les consultations externes selon la pathologie et le lieu de consultation. Il faudra noter que, pour toutes les affections, les coûts du poste de Brin sont moins élevés que ceux de l'ensemble des structures visitées. On note qu'une ordonnance pour traiter les brûlures gastriques est 21,75 fois plus élevée au centre de santé qu'au poste de Brin. Par contre, à quelques exceptions près les coûts du centre de santé sont plus élevés que ceux des autres formations sanitaires.

V-3-3 Les coûts des factures d'hospitalisation

Les coûts d'hospitalisation sont les sommes d'argent dépensées par le ménage au cours d'une hospitalisation. La facture moyenne d'une hospitalisation au centre de santé est de 23 888 FCFA.



Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

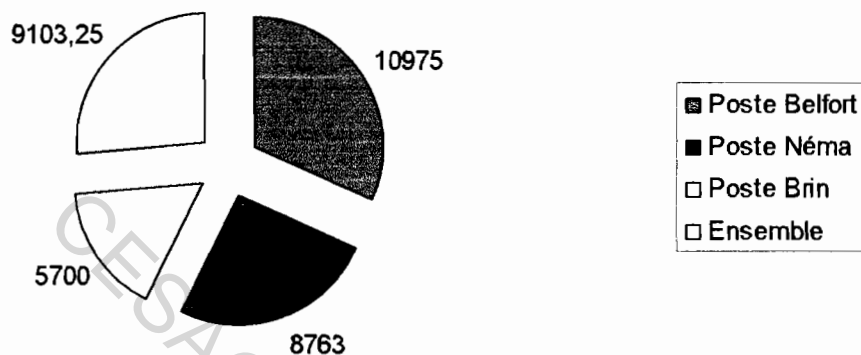


Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

Le graphique 6 montre les coûts moyens des factures d'hospitalisation selon la pathologie au niveau du centre de santé. On note qu'un accouchement normal au centre de santé revient en moyenne à 12 894,7

FCFA au ménage. La facture d'hospitalisation pour paludisme simple est de 12 427,5 FCFA donc la moins coûteuse suivi de celle de l'accouchement. Quant aux maladies respiratoires leur traitement nécessite un coût élevé.

Graphique 7: Moyenne des factures d'hospitalisation (motif accouchement) au niveau des postes de santé



Source : Nous mêmes à partir des résultats d'enquête réalisée.

Le graphique 7 nous montre les coûts moyens des factures d'hospitalisation au niveau des postes de santé et avec comme motif l'accouchement. Les coûts du poste de Belfort sont plus élevés que ceux de tous les autres postes de santé. On note qu'un accouchement normal au poste de Brin revient à 5 700 FCFA pour le ménage, contre 8 763 FCFA à Néma. En moyenne les factures de Belfort sont 1,92 fois plus élevées que celle de Brin et 1,25 fois que celle de Néma.

V-3-4 Comparaison des factures d'hospitalisation pour motif accouchement entre les structures de santé.

Tableau 20 : Moyenne des factures d'hospitalisation pour l'ensemble des structures de santé.

Formations sanitaires	Libellés	Motif d'hospitalisation
		Accouchement
Poste Belfort	Effectif	2
	Facture moyenne	10 975 FCFA
Poste Néma	Effectif	1
	Facture moyenne	8 763 FCFA
Poste Brin	Effectif	1
	Facture moyenne	5 700 FCFA
Centre de santé	Effectif	10
	Facture moyenne	12 894,7 FCFA

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

L'analyse comparative des factures d'hospitalisation pour motif (accouchement) entre le centre de santé et les postes de santé nous révèle que les coûts du centre de santé sont plus élevés que ceux des différents postes de santé. Le centre de santé est 2,26 fois plus cher que le poste de Brin, 1,47 fois plus cher que le poste de Néma et enfin 1,17 fois plus cher que celui de Belfort. Dans l'ensemble le coût moyen des ordonnances au centre de santé est de 18 097,5 FCFA, tandis que le coût moyen des ordonnances pour l'ensemble des postes est de 5 246 FCFA donc le coût moyen des ordonnances du centre est 3,44 fois plus élevé que celui de l'ensemble des postes. Ces résultats montrent que ce sont les salariés qui fréquentent le centre de santé.

V-4 Sources de financement

Tableau 21 : Répartition en (%) des patients selon les sources de financement des dépenses de soins.

Formations sanitaires	Libellé	Ressources propres	Aide de la famille	Couverture médicale	Autre aide	Total
Hôpital silence	Effectif	14	44	2	0	60
	%	23,3%	73,3%	3,4%	0	100
Poste Néma	Effectif	23	24	1	12	60
	%	38,3%	40%	1,6%	20,1%	100
Poste Belfort	Effectif	6	47	1	6	60
	%	10%	78,3%	1,6%	10,1%	100
Poste Brin	Effectif	17	40	0	1	58
	%	29,3%	68,9%	0	1,8%	100
Ensemble	Effectif	60	155	4	19	238
	%	25,2%	65,1%	1,6%	8,1%	100

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

L'analyse du tableau nous montre que les sources de financement des dépenses de soins de santé sont diverses. Dans le cadre de notre étude, la principale source de financement des soins de santé est l'aide à la famille qui obtient le pourcentage le plus élevé (65,1%). Ce pourcentage varie selon la structure de santé, 78,3% au poste de Belfort, 73,3% au centre de santé, 68,9% au poste de Brin et 40% au poste de Néma. On note également dans l'ensemble que seul 1,6% des patients bénéficient d'une couverture médicale. Ce pourcentage varie 3,4% au centre de santé, 1,6% au poste de Néma et Belfort. Cette couverture est composée essentiellement de mutuelles de santé professionnelles. Ces dernières ayant une faible capacité financière ne couvrent que 60% des frais. Cette faible couverture médicale montre également que les populations n'ont pas une culture mutualiste.

V-5 Fragilité des ménages

Tableau 22 : Répartition des ménages ayant subi une dépense excessive selon le motif d'hospitalisation au

Niveau du centre de santé.

Pression Facture/Revenu ménage	Libellés	Motif d'hospitalisation					Ensemble
		Accouchement Normal	Maladies diarrhéiques	Maladies respiratoires	HTA	Paludisme	
< 0.16	Effectif	2	2	0	0	0	4
Non excessive	%	50%	50%	0%	0%	0%	100
0,165- 0.32	Effectifs	5	0	0	0	0	5
Non excessive	%	100%	0%	0%	0%	0%	100
0.32-0.51	Effectif	2	1	0	1	1	5
Non excessive	%	40%	20%	0%	20%	20%	100
0.53-1.01	Effectif	1	1	1	0	2	5
Peu excessive	%	20%	20%	20%	0%	40%	100
1.014-10.38	Effectif	0	1	1	0	0	2
excessive	%	0%	50%	50%	0	0	100
Total	Effectif	10	5	2	1	3	21
	%	47,6%	23,8%	9,5%	4,8%	14,3%	100

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

Parmi les motifs d'hospitalisation au centre de santé, les coûts de traitement des maladies diarrhéiques et respiratoires s'avèrent excessifs pour 40% des ménages. Ces derniers se sont donc retrouvés dans une situation dramatique.

Tableau 23 : Répartition des ménages ayant subi une dépense excessive selon le motif d'hospitalisation au niveau des postes de santé.

Pression Facture/Revenu ménage	Libellés	Motif d'hospitalisation (Accouchement)	Ensemble
< 0.16	Effectif	0	0
	%	0%	0%
0,165- 0.32 Non excessive	Effectifs	0	0
	%	0%	0%
0.32-0.51 Non excessive	Effectif	4	4
	%	100	100
0.53-1.01 Peu excessive	Effectif	0	0
	%	0%	0%
1.014-10.38 excessive	Effectif	0	0
	%	0%	0%
Total	Effectif	0	0
	%	0%	0%

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

Au niveau des postes de santé les 4 ménages qui ont été hospitalisées pour motif accouchement n'ont subi aucune dépense excessive.

Tableau 24 : Répartition des ménages ayant subi une dépense excessive selon le motif de consultation

externe.

Pression Facture/Revenu ménage	Libellés	Motif (Consultation externe)						Total
		Maladies Diarrhéiques	Maladies Respiratoires	IST	Brûlures Gastriques	HTA	Autres maladies	
< 0.16 Non excessive	Effectif	10	15	5	7	2	13	52
	%	19,2	28,8	9,7	13,5	3,8	25	100
0,165- 0.32 Non excessive	Effectifs	12	4	2	8	3	12	41
	%	29,2	9,7	4,9	19,5	7,5	29,2	100
0.32-0.51 Non excessive	Effectif	4	3	1	2	1	10	21
	%	19	14,4	4,7	9,6	4,7	47,6	100
0.53-1.01 Peu excessive	Effectif	8	2	1	2	1	5	19
	%	42,1	10,5	5,2	10,5	5,2	26,5	
1.014-10.38 excessive	Effectif	28	25	2	4	6	15	80
	%	35	31,2	2,5	5	7,5	18,8	100
Total	Effectif	62	49	11	23	13	55	213
	%	29,1	23	5,1	10,8	6,2	25,8	100

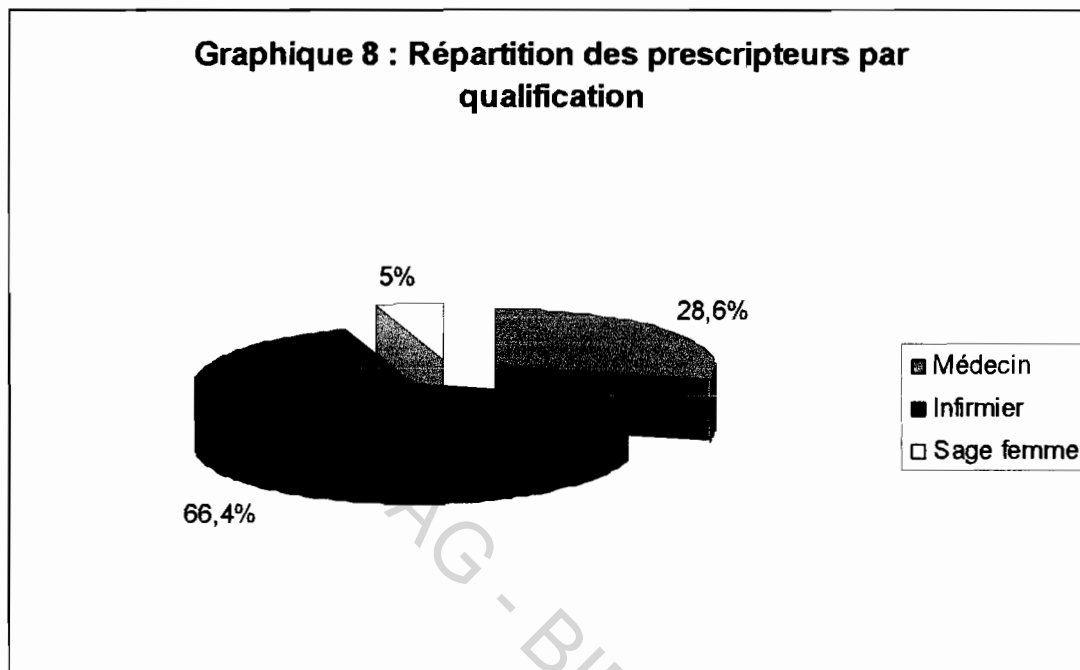
Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

Parmi les motifs de consultations externes, les maladies diarrhéiques sont le premier motif qui entraîne des dépenses excessives pour le ménage. En effet, 35% des ménages qui ont eu à se faire consulter pour maladie diarrhéique se sont retrouvés dans une situation déplorable. Le deuxième motif entraînant des dépenses lourdes pour les ménages est la maladie respiratoire avec 31,2% et enfin, les derniers sont les autres maladies avec 18,8%.

V-6 L'achat des médicaments

V-6-1 Qualification du prescripteur

Sur les 238 ordonnances, 66,4% ont été prescrites par des infirmiers, 28,6% par des médecins et 5% par des sages femmes.



Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

V-6-2 Médicaments prescrits sous leur nom générique

Tableau 25: Proportion de médicaments prescrits sous génériques

Nombre total de médicaments prescrits	Nombre de médicaments prescrits sous génériques	Pourcentage
853	559	65,53%

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

Le pourcentage de médicaments prescrits sous générique est de 65,53%. Ce résultat montre que la prescription de médicaments génériques est fréquente.

V-6-3 Proportion du nombre d'ordonnances complètement achetées par les ménages

L'achat complet d'une ordonnance suppose que tous les médicaments qui y figurent ont été achetés en intégralité et selon les quantités prescrites.

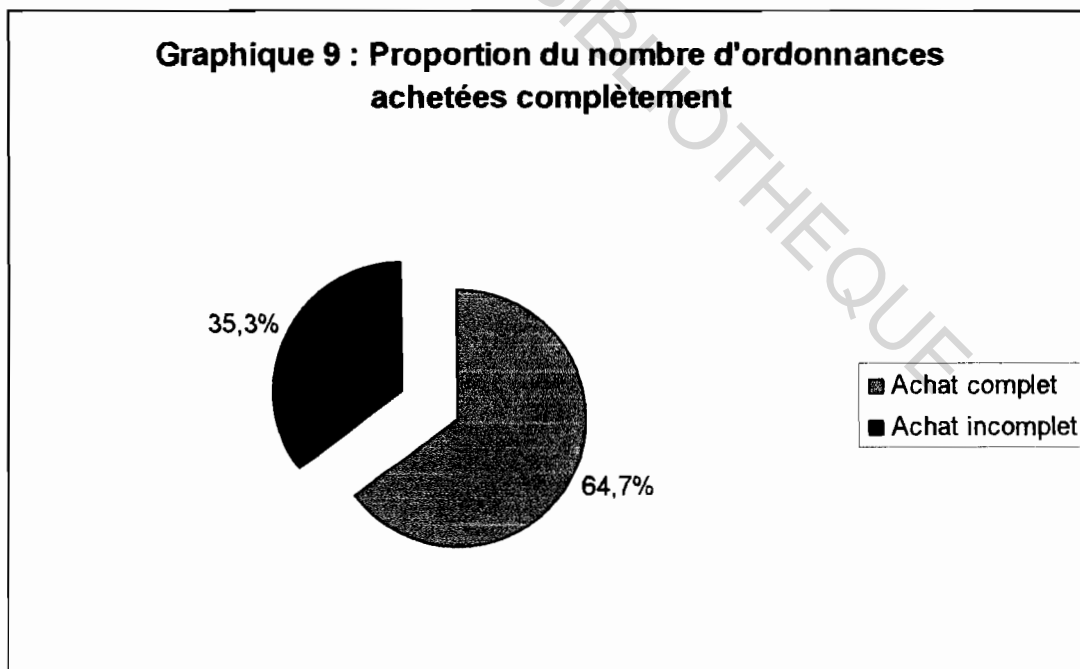
L'achat incomplet englobe tous les médicaments qui n'ont pas été achetés et celles dont les quantités ont été réduites.

Tableau 26 : Proportion du nombre d'ordonnances complètement achetées par les ménages.

Nombre total d'ordonnances	Nombre d'ordonnances complètement achetées	Pourcentage
238	154	64,7%

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

64,7% des ménages ont complètement payé leurs ordonnances ce qui veut dire que 35,3% des ménages n'ont pas achetées complètement leurs médicaments et ceci pour plusieurs raisons.



Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

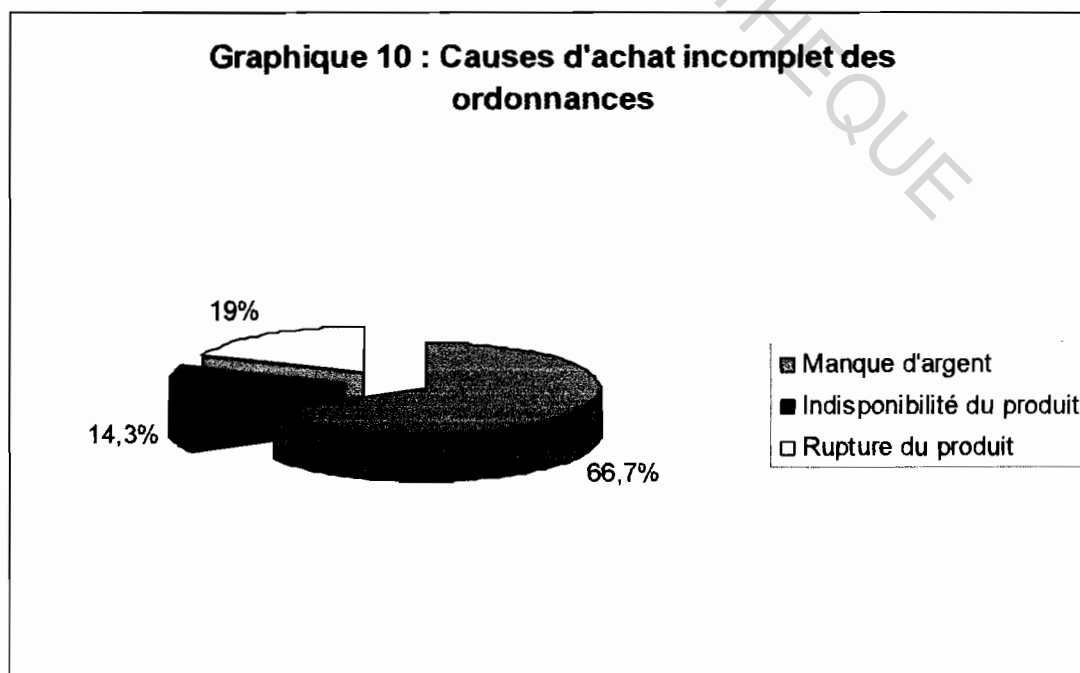
V-6-4 Causes d'achat incomplet des médicaments

Tableau 27 : Causes d'achat incomplet des médicaments

Causes d'achat incomplet	Nombre d'ordonnances incomplètement achetées	Pourcentage
Manque d'argent	56	66,7%
Rupture du produit	16	19%
Indisponibilité du médicament	12	14,3%
Total	84	100

Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

L'analyse du tableau montre que les causes d'achat incomplet d'une ordonnance sont dues au manque d'argent de la part du ménage (66,7%), à sa rupture dans la pharmacie des structures de santé (19%) et à l'indisponibilité du produit (14,3%).



Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

V-6-5 Comparaison des causes d'achat incomplet des ordonnances dans les structures de santé.

Tableau 28 : Causes d'achat incomplet des ordonnances selon le lieu de dispensation des médicaments.

Structures de Santé	Causes d'achat incomplet			Total
	Manque d'argent	Rupture du produit	Indisponibilité du produit	
Centre de santé	14	4	3	21
Poste Néma	7	3	4	14
Poste de Belfort	32	5	4	41
Poste de Brin	3	4	1	8
Total	56	16	12	84

Source : Nous mêmes à partir des résultats d'enquête réalisée.

L'achat incomplet des ordonnances lié au manque d'argent est beaucoup plus observé au poste de Belfort avec un pourcentage de 53,3% contre 23,3% au centre de santé. En moyenne, l'achat incomplet dû au manque d'argent est 2,28 fois plus fréquent au poste de Belfort qu'au centre de santé. Il en est de même pour le poste de Belfort dont l'achat incomplet lié au manque d'argent est 10,66 fois plus fréquent au poste de Brin. Ceci porte à croire que le poste de Belfort serait le poste des ménages pauvres (43,3%). Au niveau de toutes les structures visitées c'est le manque d'argent de la part du ménage qui est la première cause d'achat incomplet des ordonnances.

V-6-6 Ordonnances incomplètement achetées par manque d'argent

Le prix moyen des 56 ordonnances incomplètement achetées par manque d'argent est de 5 693,6 FCFA donc 1,4 fois supérieur au prix moyen des ordonnances. Le prix médian est de 5 155,5 FCFA, ce qui fait qu'il est 2,2 fois supérieur au prix médian des ordonnances prescrites. Le prix minimum des ordonnances incomplètement achetées est de 450 FCFA, tandis que le maximum coûte 41 074 FCFA.

Au regard de ces résultats, nous pouvons donc affirmer que les ordonnances incomplètement achetées par manque d'argent avaient un prix élevé.

V-6-7 Prix des ordonnances prescrites

Sur un total de coût de tous les médicaments qui s'élève à 966 043 FCFA, le prix moyen d'une ordonnance est de 3 975,4 FCFA.

Le prix médian s'élève à 2 300 FCFA ceci voulant dire que la moitié des médicaments prescrits ont un prix qui est supérieur à 2 300 FCFA.

Ainsi, il faudra noter également que l'ordonnance la moins chère vaut 50 FCFA tandis que la plus chère coûte 117 013 FCFA.

V-6-8 Prix des ordonnances prescrites selon le lieu de dispensation

V-6-8-1 Au centre de santé

Le prix moyen d'une ordonnance prescrite au centre de santé est de 8 327,8 FCFA. Le prix médian quant à lui est de 3 580,5 FCFA, ce qui veut dire que 50% des ordonnances prescrites au centre de santé coûtent plus de 3 580,5 FCFA.

L'ordonnance la moins chère vaut 500 FCFA alors que la plus chère coûte 117 013 FCFA.

V-6-8-2 Au poste de Belfort

Le prix moyen d'une ordonnance prescrite au Poste de Belfort est de 4 023,9 FCFA. Le prix médian quant à lui est de 3 480 FCFA, ce qui veut dire que 50% des ordonnances prescrites au Poste Belfort coûtent plus de 3 480 FCFA.

L'ordonnance la moins chère vaut 1 600 FCFA alors que la plus chère coûte 9 500 FCFA.

V-6-8-3 Au poste Néma

Le prix moyen d'une ordonnance prescrite au Poste Néma est de 2 235,8 FCFA. Le prix médian quant à lui est de 1 600 FCFA, ce qui veut dire que 50% des ordonnances prescrites au Poste Néma coûtent plus de 1 600 FCFA.

L'ordonnance la moins chère coûte 250 FCFA alors que la plus chère vaut 11 260 FCFA.

V-6-8-4 Au poste Brin

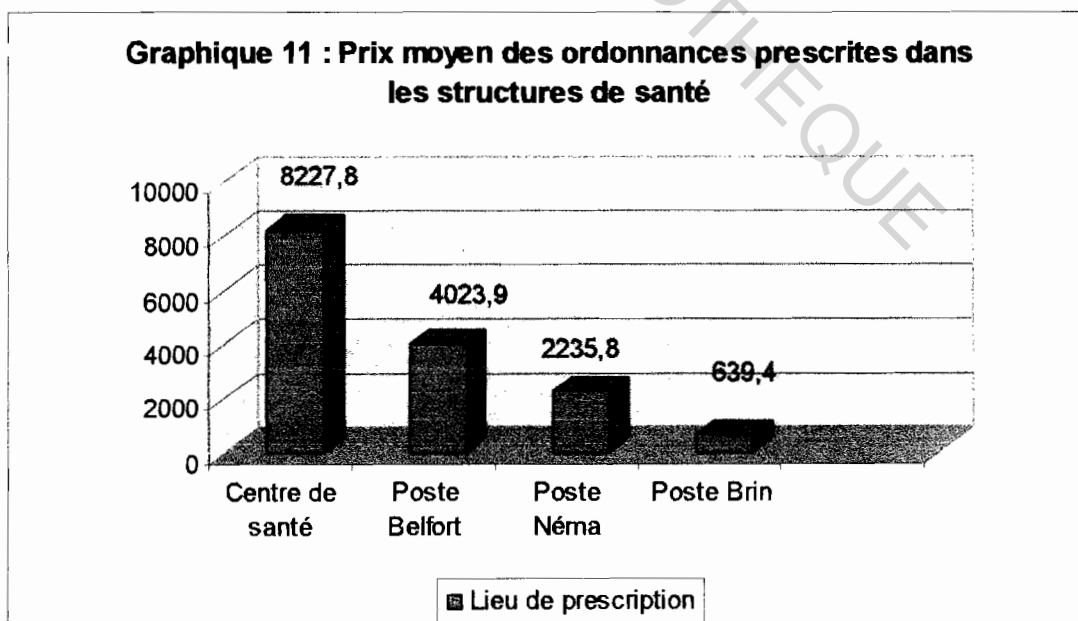
Le prix moyen d'une ordonnance prescrite au Poste Brin est de 639,4 FCFA. Le prix médian quant à lui est de 400 FCFA, ce qui veut dire que 50% des ordonnances prescrites au Poste Brin coûtent plus de 400 FCFA.

L'ordonnance la moins chère coûte 50 FCFA et plus chère vaut 5 572 FCFA.

V-6-9 Comparaisons des prix moyens et des prix médians des ordonnances entre les structures de santé.

V-6-9-1 Prix moyen

Le prix moyen d'une ordonnance prescrite au centre de santé est donc 2 fois supérieur à celui prescrit au poste de Belfort, 3,7 fois supérieur à celui de Néma et 13 fois supérieur à celui du poste de Brin.

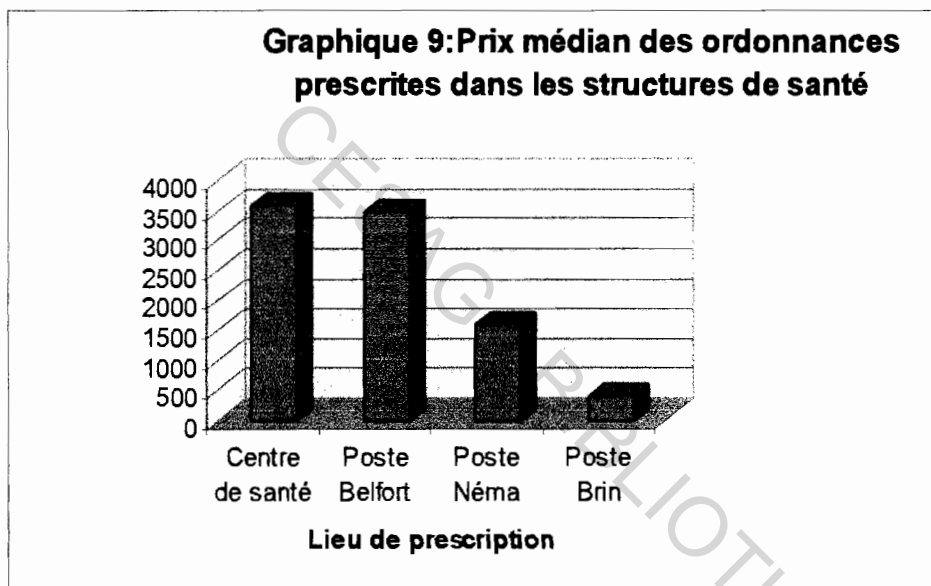


Source : Nous mêmes à partir des résultats d'enquête réalisée

V-6-9-2 Prix médian

Le prix médian des ordonnances prescrites au centre de santé est 2,2 fois à celui des ordonnances prescrites au poste de Néma et 8,9 fois supérieures à celui des ordonnances prescrites au poste de Brin.

Les prix des ordonnances qui sont prescrites au centre de santé sont supérieurs à ceux prescrits dans les postes de santé car la plupart des ordonnances prescrites au centre de santé comportent des spécialités médicales surtout pour les malades hospitalisés qui sont obligé de les acheter dans les officines privées qui vendent à des prix beaucoup plus élevés que dans le public.



Source : Nous mêmes, à partir des résultats d'enquête réalisée.

V-6-9-3 Prix moyen d'une ordonnance et dépense de consommation mensuelle

Selon l'enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS 2005-2006), la dépense de consommation moyenne par personne et par an dans la région de Ziguinchor est de 145 108 FCFA. La dépense de consommation moyenne par mois et par personne est alors de 12 092 FCFA.

Le prix moyen d'une ordonnance qui est égale à 3 975,4 FCFA représente donc 32,8% des dépenses de consommation mensuelle par personne.

Le prix médian d'une ordonnance quant à lui étant de 2 300 FCFA représente alors 19% des dépenses de consommation mensuelle.

Ceci nous pousse à dire que le prix élevé des médicaments constitue une lourde charge pour les ménages.

V-10 Discussions

V-10-1 Limites de l'étude

Pour ce qui est de l'échantillon nous avons prévu d'enquêter 60 patients dans chaque structure de santé soit au total 240 mais sur le terrain nous n'avions pu en enquêter que 238 ceci étant due au fait qu'au niveau du poste de santé qui se trouvait dans le village de Brin nous en avons interrogé 58 car les malades se faisaient rares.

La dépense totale d'hospitalisation englobe la facture d'hospitalisation plus les dépenses indirectes. Les dépenses indirectes sont déclarées par les ménages et donc sont très subjectives. Sur ce, les informations sur la dépense indirecte n'ont pas été recueillies compte tenu de leur manque d'objectivité. Une étude plus poussée sur la question serait souhaitable.

V-10-2 Discussion des résultats

V-10-2-1 Achat incomplet de médicaments

Notre étude révèle que près de 35,3% des ménages n'ont pas acheté complètement les ordonnances et ceci pour trois (3) raisons : manque d'argent de la part du ménage, de sa rupture au niveau des structures de santé et enfin de l'indisponibilité du produit. Ainsi au niveau de toutes les structures de santé visitées c'est le manque d'argent de la part du ménage qui est la première cause d'achat incomplet des ordonnances.

L'achat incomplet des ordonnances, lié au manque d'argent est beaucoup plus observé au niveau du poste de Belfort avec un pourcentage de 53,3% contre 23,3% au centre de santé. Ceci s'explique par le fait que c'est au niveau du centre de santé et du poste Belfort que le prix d'une ordonnance est le plus élevé, étant donné que c'est au niveau de ces structures qu'on traite les maladies les plus graves et dont les ordonnances sont plus coûteuses.

Les ordonnances incomplètement achetées pour manque d'argent de la part du malade avaient un prix élevé. En effet, ces 56 ordonnances avaient un prix moyen 1,4 fois supérieur au prix moyen de l'ensemble de notre échantillon.

V-10-2-2 Type de clientèle

L'analyse révèle qu'il n'existe pas une grande différence entre la clientèle du centre de santé et les différents postes de santé.

Les malades reçus au niveau des différentes structures et à des proportions différentes n'ont en général aucun niveau d'éducation. Le poste de Belfort reçoit à lui seul près de 75% des malades n'ayant aucun niveau de scolarité, suivi du poste de Brin (60,3%) et enfin le centre de santé et le poste de Néma avec respectivement (58,4 et 56,7%). Le niveau d'éducation, un déterminant du niveau de vie montre que la plupart des chefs de ménages n'ayant aucun niveau d'éducation se rendent au niveau de ces structures et c'est ce qui fait que nous avons au niveau du poste de Néma 56,6% de pauvres contre 50% au poste de Brin ,43 ,3% à Belfort. Quant au centre de santé il n'est pas en reste car il reçoit 41,6% de pauvres.

En dehors de cette différence de clientèle nous avons constaté que la première cause de consultation externe au centre de santé est l'hypertension artérielle, tandis qu'au niveau des postes à savoir Belfort et Néma ce sont les maladies diarrhéiques et à Brin les maladies respiratoires.

En plus, pour les motifs hospitalisations à savoir l'accouchement, le centre de santé est 2,26 fois plus cher que le poste de Brin, 1,47 fois plus cher que le poste de Néma et enfin 1,17 fois plus cher que celui de Belfort. Cette différence également s'observe au niveau des coûts des ordonnances.

V-10-2-3 Les déterminants de l'inaccessibilité aux médicaments

- Le lieu de prescription des médicaments : l'analyse des résultats montre que l'achat des médicaments au centre de santé peut entraîner des dépenses excessives au ménage surtout en cas d'hospitalisation. En effet les 40% de ménages qui sont hospitalisés au centre se sont retrouvés dans une situation dramatique. Cela s'explique par les coûts élevés des médicaments au niveau du centre de santé.

L'exemple des maladies respiratoires est patent car elles sont la première cause de vulnérabilité des ménages (117 013 FCFA) rien que pour l'achat des médicaments.

- La taille du ménage est un facteur d'exclusion face à l'achat de médicaments. L'analyse des résultats montre que plus la taille du ménage est petite, plus le niveau de vie est élevé.

On note que 47,9% des ménages qui ont une taille de 10 personnes sont pauvres, 37,8% des ménages qui ont une taille de 6 personnes sont non pauvres et 14,3% des ménages qui ont plus de 13 personnes sont très pauvres.

➤ L'analyse des sources de financement des dépenses en médicaments montre que ce sont les familles qui financent les dépenses en médicaments à près de 65,1%. Ce pourcentage varie selon la structure de santé, 78,3% au poste de Belfort, 73,3% au centre de santé, 68,9% au poste de Néma et 40% au poste de Brin. On note également dans l'ensemble que seul 1,6% des patients bénéficient d'une couverture médicale. L'analyse socio-économique de ces ménages montre que se sont des ménages de grandes tailles et pauvres. Les chefs de ménages pour la plupart du temps n'ont aucun niveau d'études ou sont dans le secteur informel ou n'exercent aucune activité. De ce fait, ils sont dans une situation d'exclusion.

➤ Le revenu des ménages : l'analyse des résultats a montré que se sont les pauvres qui sont les plus vulnérables.

29,4% des chefs de ménage dont le sexe est masculin et ayant un revenu mensuel inférieur à 30 000 FCFA ont eu à faire face à une dépense excessive. Par contre, 7,8% des chefs de ménages dont le sexe est féminin et ayant un revenu mensuel égal à 25 000 FCFA ont également une dépense lourde. En somme, dans l'ensemble, nous avons 37,2% de ménages qui ont eu des dépenses lourdes pour l'achat de leurs médicaments lors d'un épisode de maladie. Ce résultat confirme notre hypothèse à savoir que le faible revenu des ménages constitue un obstacle à l'accessibilité aux médicaments.

➤ La catégorie sociale : 148 ménages pauvres dont 34 très pauvres. Parmi ces ménages pauvres 40% ont eu une dépense lourde lors d'une hospitalisation et 35% lors d'une consultation externe.

V-10-2-4 Conséquences des dépenses de médicaments sur les ménages.

Les résultats de notre enquête nous donnent une vue d'ensemble sur les conséquences des dépenses lourdes sur l'économie des ménages :

L'enquête a révélé que près de 30% des chefs de ménages enquêtés se sont retrouvés avec une dette,

- 15% des ménages ont vendu un bien familial,
- la perte de revenu dû à l'incapacité de travailler,
- problèmes pour assurer les dépenses d'alimentation et même payer le loyer,
- la privation d'électricité car ne pouvant pas payer la facture,

Ces conséquences mettent en exergue la relation qui existe entre santé et pauvreté.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Conclusion de la deuxième partie

A travers ces observations nous avons pu constater que la fréquentation des différentes structures sanitaires diffère selon le type de malade et le type de pathologie. Cette différence est notée aussi bien au niveau des factures de consultations externes qu'au niveau des factures d'hospitalisation. En effet, le niveau de scolarité du chef de ménage, son sexe, le type de pathologie, la catégorie sociale peuvent être des facteurs qui fragilisent le ménage lors d'une épisode de maladie face aux dépenses de santé.

Deux facteurs externes à savoir le non respect de la tarification, les pratiques de dispensation contribuent à dégrader les bas niveaux d'accessibilité observés.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

CFRSG - BIBLIOTHEQUE

Recommandations

A l'endroit du ministère de la santé :

- Veiller au respect de l'arrêté interministériel n°188 /MSHP/DMP visant en date du 15 Janvier 2003 fixant les prix de cession des médicaments au niveau des dépôts communautaires.
- Mettre en place des mesures de lutte contre les ruptures de médicaments à la PNA et à la PRA.
- Renforcer la capacité des services sociaux afin de permettre la prise en charge des indigents.
- Accroître les subventions pour leur permettre de baisser leurs tarifs.
- Mettre à la disposition des prescripteurs un guide d'équivalence thérapeutique comportant aussi les prix des médicaments.
- Mettre à la disposition des prescripteurs du secteur public des moyens d'investigations appropriés.
- Sensibiliser les usagers des structures de soins sur la qualité et l'efficacité des médicaments génériques.

A l'endroit des responsables du centre de santé (Médecin Chef de District) et des postes de santé (Infirmier Chef de Poste) :

- Prescrire des médicaments efficaces et à moindre coût, éviter la prescription des spécialités les plus chères.
- Privilégier la prescription des médicaments génériques et ceux faisant partie de la liste des médicaments essentiels.
- Respecter les marges légales pratiquées sur les médicaments pour une meilleure accessibilité aux soins de santé.
- Identifier les besoins réels des formations sanitaires afin de faire preuve d'efficience dans l'allocation des ressources propres.
- Mettre en place un service d'information sur les tarifs pratiqués et sur l'existence d'un service social auquel le malade peut s'orienter lorsqu'il en a besoin.

A l'endroit des ménages :

- Penser à adhérer à une mutuelle de santé pour amoindrir les conséquences d'une dépense catastrophique.

CONCLUSION GENERALE

L'étude a permis d'analyser l'impact que peut avoir les dépenses en médicaments sur les ménages. Différents facteurs qui entraînent l'inaccessibilité aux médicaments ont été soulevés il s'agit :

- du motif d'hospitalisation et de consultation externe : pour motif de consultations externes 35% des ménages ont eu à faire face à une lourde dépense, pour motif hospitalisation 40%,
- les coûts élevés des traitements : les coûts de traitements observés au centre de santé sont plus élevés que ceux des postes de santé. Ainsi l'ordonnance la plus chère et qui traite une infection respiratoire a été dispensé au centre de santé elle coûte 117 013 FCFA,
- les médicaments prescrits sont entièrement achetés à 64,7%.

Les ordonnances non achetées parce qu'il n'y avait pas assez d'argent représente 66,7%, parce qu'il y avait rupture du produit (19%) ou qu'il y avait indisponibilité du médicament (14,3%).

L'accessibilité financière des médicaments n'est pas garantie : la dépense en médicaments au cours d'une épisode de maladie a représenté la moitié des revenus hebdomadaires de la famille.

La maladie diarrhéique a été la principale cause de recherche de soins dans le tiers des cas.

- D'après toujours l'étude plus la taille du ménage est petite plus le niveau de vie est élevé.
- La catégorie sociale du ménage : 148 ménages pauvres dont 34 très pauvres. Parmi ces ménages pauvres 40% ont eu une dépense catastrophique lors d'une hospitalisation et 35% lors d'une consultation externe.

Les conséquences sur les ménages que nous avons dégagés sont :

- difficultés d'assurer les besoins primaires,
- impact sur les dépenses de consommation mensuelle moyenne car le prix moyen d'une ordonnance représente 32,8% de ces dépenses,
- le ménage risque de se priver des autres biens pourtant de première nécessité ou d'emprunter de l'argent,
- vente de bien familial.

Au Sénégal, où 30% des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté, des mesures nécessaires doivent être mises en place pour améliorer la politique des prix des médicaments et améliorer l'accessibilité des populations aux médicaments.

ANNEXES

CFRAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE I : Tableaux

Tableau 7* : Revenu moyen du chef de ménage selon le sexe et le niveau de formation du chef de ménage.

Sexe du chef de ménage	Libellés	Niveau de formation du chef de ménage						Total
		Aucun	Arabe	Elémentaire	Moyen	Secondaire	Supérieur	
Masculin	Effectif	68	21	52	25	22	12	200
	Revenu	29625	48 763	45137	60 937	146 690	203 909	60719
Féminin	Effectif	18	4	5	2	1	1	31
	Revenu	25 000	35 000	30 800	45 000	115 000	130 000	38774
Ensemble	Effectif	86	25	57	27	23	13	231
	Revenu	45 000	27 388	43 684	59 711	145 250	197 750	57 722

Tableau 14* : Les coûts moyens des ordonnances en fonction de la maladie au niveau du centre de santé

Formations sanitaires	Libellés	Motif hospitalisation					Ensemble
		Accouchement normal	Maladies diarrhéiques	Maladies respiratoires	Paludisme simple	HTA	
Centre de santé	Coût moyen	9394.7	15 614.4	64 595	8927.5	7864	18 097.52

Tableau 16* : Les coûts moyens des ordonnances en fonction de la structure de santé et la maladie.

Formations	Libellés	Motif de consultation						Ensemble
		Maladies diarrhéiques	Infections respiratoires	IST	Brûlures gastriques	HTA	Autres maladies	
Sanitaires	Coût moyen	3258,571	3650,714	4886	4350	1618,75	12 349,56	8327,86
	Effectifs	7	7	2	2	8	13	39
Centre de Santé	Coût moyen	2810,714	4485,071	3090,333	4215	2333,33	0	4044,59
	Effectifs	18	29	3	5	3	0	58
Poste Belfort	Coût moyen	1546,889	2600	6049,5	2687	1600	2317,333	2284,5
	Effectifs	27	1	4	12	1	14	59
Poste Néma	Coût moyen	495	585,416	3011	200	1200	562,069	1029,40
	Effectifs	10	12	2	4	1	28	57
Poste Brin	Coût moyen	1877,172	3348,167	4478,45	2731,261	1750	5984,47	20169,5
	Effectifs	62	49	11	23	13	55	213

Tableau 17* : Les coûts moyens des factures d'hospitalisation au centre de santé.

Libellés	Centre de santé	
	Effectif	Moyenne
Chambre	21	3 000
Médicaments	165	18097 .52
Actes médicaux	49	2761.905
Facture	21	23 888

Tableau 19* : Moyenne des factures d'hospitalisation au niveau des postes de santé.

Formations sanitaires	Libellés	Motif d'hospitalisation
		Accouchement
Poste Belfort	Effectif	2
	Facture moyenne	10 975 FCFA
Poste Néma	Effectif	1
	Facture moyenne	8 763 FCFA
Poste Brin	Effectif	1
	Facture moyenne	5 700 FCFA
Ensemble	Effectif	4
	Facture moyenne	9 103,25 FCFA

**Tableau 22* : Répartition des ménages ayant subi une dépense excessive selon le motif
d'hospitalisation au niveau du centre de santé.**

Pression Facture/Revenu ménage	Libellés	Motif d'hospitalisation					Ensemble
		Accouchement Normal	Maladies diarrhéiques	Maladies respiratoires	HTA	Paludisme	
< 0.16 Non excessive	Effectif	2	2	0	0	0	4
	%	50%	50%	0%	0%	0%	100
0,165- 0.32 Non excessive	Effectifs	5	0	0	0	0	5
	%	100%	0%	0%	0%	0%	100
0.32-0.51 Non excessive	Effectif	2	1	0	1	1	5
	%	40%	20%	0%	20%	20%	100
0.53-1.01 Peu excessive	Effectif	1	1	1	0	2	5
	%	20%	20%	20%	0%	40%	100
1.014-10.38 excessive	Effectif	0	1	1	0	0	2
	%	0%	50%	50%	0	0	100
Total	Effectif	10	5	2	1	3	21
	%	47,6%	23,8%	9,5%	4,8%	14,3%	100

Tableau 24* : Répartition des ménages ayant subi une dépense excessive selon le motif de consultation externe.

Pression Facture/Revenu ménage	Libellés	Motif (Consultation externe)						Total
		Maladies Diarrhéiques	Maladies Respiratoires	IST	Brûlures Gastriques	HTA	Autres Maladies	
< 0.16 Non excessive	Effectifs	10	15	5	7	2	13	52
	%	19,2	28,8	9,7	13,5	3,8	25	100
0,165- 0.32 Non excessive	Effectifs	12	4	2	8	3	12	41
	%	29,2	9,7	4,9	19,5	7,5	29,2	100
0.32-0.51 Non excessive	Effectifs	4	3	1	2	1	10	21
	%	19	14,4	4,7	9,6	4,7	47,6	100
0.53-1.01 Peu excessive	Effectifs	8	2	1	2	1	5	19
	%	42,1	10,5	5,2	10,5	5,2	26,5	
1.014-10.38 excessive	Effectifs	28	25	2	4	6	15	80
	%	35	31,2	2,5	5	7,5	18,8	100
Total	Effectifs	62	49	11	23	13	55	213
	%	29,1	23	5,1	10,8	6,2	25,8	100

ANNEXE II : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE DESTINE AUX PATIENTS DU CENTRE OU

POSTE VISITE.

IDENTIFICATION

Age du patient

Sexe

Situation matrimoniale

Ethnie

Niveau d'instruction

SITUATION SOCIO - ECONOMIQUE

- Cultivateur

- Eleveur

Professeur - Salarié fonction publique

- Salarié secteur privé

- Retraité

- Autres

1) QUEL A ETE VOTRE PROBLEME POUR QUE VOUS FREQUENTIEZ LA STRUCTURE ?

1- Maladie (à préciser)

2- Accouchement

3- Accident

4- Autres

2) QU'AVEZ-VOUS RECU COMME PRESCRIPTION ?

1- Ordonnance

2- Rendez-vous

3- Examen externe

4- Autres :.....

3) RECOURS AUX SOINS

1) Avez-vous été voir :

1- un tradipraticien (guérisseur/marabout)

2- un privé

3- un pharmacien

4- directement une personne qui travaille dans la structure

Quelles sont les raisons qui ont expliqué le choix de ces types de recours ?

4) SOURCES DE FINANCEMENT :

1) Avec vos ressources propres achetez-vous vous mêmes les médicaments ?

1- OUI

2- NON

Si oui comment comptez-vous les payer ?

1- De la recette de votre activité économique

1-1- Recette obtenue après vente du petit bétail

1-2- Autres

Si non qui d'autres vous aide à en disposer ?

- La famille

- Le service social

- Assurance maladie (IPM, mutuelle)

- Dette contractée

- Autres à préciser

2) Les avez-vous achetés entièrement ? Oui Non

Si oui pouvez vous dire combien vous avez dépensé pour votre ordonnance ?

Si non combien de médicaments avez-vous achetés et pourquoi ?

5) LIEU D'ACHAT DES MEDICAMENTS

Où allez-vous acheter les médicaments ?

Pharmacie du centre

Pharmacie privée la ville

Pharmacie privée se situant loin de la ville

6) SATISFACTION

1) Quelle appréciation faites-vous d'une ordonnance composée essentiellement :

1- de médicaments de marque innovateurs ?.....

2- de leurs équivalents génériques ?.....

2) Parmi les deux lequel pensez-vous être le plus efficace ?

1- Le médicament de spécialité

2- Le médicament générique

Quels sont vos raisons ?

3) Comment avez-vous apprécié le coût de votre ordonnance ?

1- Elevé

2- Moyen

3- Dérisoire

4) Vous arrive t-il de vérifier le nombre de médicaments qui figure sur votre ordonnance ?

Oui

Non

5) Avez-vous l'impression qu'on vous a prescrit des médicaments inutiles ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Si oui quelles sont vos raisons ?

ANNEXE III : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE DESTINE AUX MENAGES.

1) Niveau de scolarité du chef de ménage ?

- Niveau primaire
- Niveau secondaire
- Niveau universitaire
- Ecole Coranique
- Aucun

2) Quelle est la situation matrimoniale du chef de ménage ?

- 1- Célibataire
- 2- Marié(e)
- 3- Divorcé(e)
- 4- Veuf (ve)

3) Quelle est l'activité principale du chef de ménage ?

- 1- Cultivateur/Éleveur
- 2- Salarié fonction publique
- 3- Salarié secteur privé
- 4- Petit commerce
- 5- Élève/Étudiant
- 6- Femme au foyer
- 7- Chômeur
- 8- Retraité

4) Pouvez-vous m'indiquer la fréquence de votre revenu ?

- 1- Jour
- 2- Semaine
- 3- Mois

5) Combien dépensez-vous par jour/semaine/mois pour :

- la nourriture :
- la santé :
- l'habillement :
- loyer:.....
- eau,électricité,téléphone.....
- les loisirs :
- autres.....

(Montant à préciser en FCFA)

- Une fois ces dépenses effectuées, vous reste t-il un surplus destiné à être épargné ?
-

6) Si oui de quelle forme d'épargne s'agit-il ?

- Thésaurisation
- Tontine
- Placement dans une institution financière : Caisse d'épargne
- Crédit Mutuel
- Banque

Cette somme épargnée vous a t-elle permis à investir dans :

- l'achat de matériel destiné à la location (chaises, tentes, vélos, taxis, véhicules de transport, etc.....)
- l'Achat de bétail
- l'achat de terre cultivable
- Autres.....

7) Si non avez vous un ou plusieurs crédits ?.....

8) Votre ménage est composé de combien de personnes ?

Nombre d'individu

9) Quelle est la structure de votre ménage ?

1- Polygame 2- Monogame

3- Monoparental 4- Autre

10) Quel est le statut de votre logement ?

1- Propriétaire 3- Locataire

2- Logement de fonction 4- Autre

11) Votre maison dispose t-elle de :

1- poste téléviseur

2- un réfrigérateur

3- un poste radio

4- un vélo/Voiture/Camion

5- une cuisinière à gaz électrique

6- une ligne téléphonique

**ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE DESTINE AU PERSONNEL MEDICAL DU CENTRE OU
DU POSTE VISITE.**

1) Vous arrive t-il de prescrire plus de 3 médicaments sur une même ordonnance ?

Oui Non

Si oui pour quelles raisons :

- nécessité thérapeutique
- doute diagnostic
- autres

2) Avez-vous l'impression de prescrire des médicaments inutiles pour satisfaire la demande de votre patient ?

Souvent Rarement Je ne sais pas

3) Prescrivez-vous des médicaments génériques ?

Très souvent Souvent Rarement

Si rarement pour quelles raisons :

- inefficacité du générique
- réticence du patient à l'égard du patient
- autres

4) Vous arrive t-il de prescrire des médicaments dont vous ne disposez pas ?

Oui Non

Si oui pourquoi ?.....

5) Avez-vous une idée du prix de chaque ordonnance que vous rédigez ?

Oui Non

BIBLIOGRAPHIE

CESMA - BIBLIOTHEQUE

1. BATE Roger (2006), Des subventions pour les riches dans les pays pauvres (unmondelibre.org)
2. BASENYA Olivier (2003), Analyse des conséquences économiques pour les malades
Des prescriptions irrationnelles des médicaments dans les structures de soins de la
région de Dakar, CESAG, Dakar, p 95.
3. CANDAU D & GUIMIER JM (2001), Mesurer l'accessibilité financière aux médicaments :
l'exemple du Sénégal. Santé: Cahiers d'Etudes et de Recherches Francophones, pp.53-62.
4. MASSERIA Cristina (2007), Rapport de synthèse portant sur les inégalités d'accès
aux soins et d'état de soins dans un contexte de réforme du système de santé, Hongrie, p.45.
5. DIOP Diakité (2007), Le mayite équivalence. Aide au conseil et à la prescription,
(www.mayite.com)
6. FONTAINE Denis (1998), Prescription et dispensation des médicaments essentiels
et génériques : enquête dans six (6) pays d'Afrique, Ministère de la coopération
française et l'Organisation Mondiale de la Santé, Cameroun, p.7.
7. HODGSON M & OPPONG J (1994), Spatial Accessibility to Health Care facilities in Suhum
District by association of American geographers, Ghana, volume 46, pp.199-209
8. KONE Kama Georges (2006), Etude des déterminants et de l'ampleur de la vulnérabilité socio-
économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : le cas de la clientèle
de l'hôpital Aristide le Dantec et de l'hôpital Général de Grand Yoff, CESAG, Dakar, p.103.
9. LAMONTAGNE Christian (2004), Les cliniques de médecine intégrée. Une entrevue
avec Léon Chaitow (www.passeportsante.net)
10. MASSERIA Cristina (2007), Rapport de synthèse portant sur les inégalités d'accès
aux soins et d'état de soins dans un contexte de réforme du système de santé, Hongrie, p.45
11. MILLOT, G (2006), Le médicament essentiel en Afrique : Pour une vision globale,
Institut de Médecine Tropicale du Service Santé des Armées, volume 66, pp.558-564.

12. Ministère de l'économie et des finances (2004), Rapport de synthèse portant sur la deuxième Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (ESAM II), République du Sénégal, p.260.
13. Ministère de la Santé et la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (2005), Enquête sur le prix des médicaments dans toutes les structures de la pyramide sanitaire du Sénégal, République du Sénégal, p.47.
14. Ministère de la Santé Publique et de l'action sociale (2004), Plan national de développement sanitaire et social du Sénégal (2004-2008), République du Sénégal, p.64.
15. NDIAYE Abdourahmane (2001), Endettement extérieur (PAS) et pauvreté au Sénégal, République du Sénégal, p.14.
16. QUICK Jonathan (2001), Accès aux médicaments essentiels dans les pays en développement, Rapport de l'atelier sur la fixation différenciée des prix et le financement des médicaments Essentiels, Norvège, p.24.
17. Service Régionale de la Prévision et de la Statistique (Edition 2004), Situation économique et sociale régionale, République du Sénégal, p.114.
18. SERVET J.M (2000), L'exclusion un paradoxe de la finance, Revue d'économie financière N°58, pp.17-28.
19. SNYDERMAN R & WEIL AT (2002), Médecine intégrative : Apporter des médicaments à ses racines, USA, pp.7-395.
20. WHITEHEAD M & DAHIGREN G (2006), Policies and strategies to promote equity in health, Who regional office for europe, Copenhagen, p.45.

CESAG - BIBLIOTHEQUE