

ETUDE DE LA DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS UTILISES DANS LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 5 ANS DANS LA REGION DE DAKAR AU SENEGAL.

Study Of The Availability Of Medicine For Childhood In Senegal.

Papa Gallo Sow¹, Martialcoly Bop¹, Assane Diop², Ousseynou Ka¹, Cheikh Tacko Diop¹, Mamadou Mokhtar M'Backe Leye², Mouhamadou Mansour Niang².

¹Université Alioune Diop de Bambey ; ² Université CheikhAnta Diop de Dakar.

Correspondance: Papa gallo sow ; BP : 5856 Dakar- Fann /Sénégal ; Email: papagallosow@uadb.edu.sn; Tel : (221)77 553 5796

RESUME

Introduction : Au Sénégal, les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans sont la pneumonie, la diarrhée et le paludisme. La malnutrition est un facteur sous-jacent dans plus d'un tiers des décès, car elle rend les enfants plus vulnérables aux maladies graves. **Méthode :** Notre étude est de type transversal, descriptif et a porté sur les formations sanitaires publiques les grossistes, les pharmacies privées, L'objectif général de cette recherche est d'étudier la disponibilité et le prix des médicaments dans la prise en charge thérapeutique des enfants âgés de moins de 5 ans dans la région de Dakar au Sénégal. La méthode utilisée était des questionnaires et entretiens. **Résultats :** Le groupe des antibiotiques, des anti acides, des antidotes, des vitamines, des diurétiques, des antiémétiques et des psychotropes n'étaient pas disponibles. Concernant 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 disponibilité des médicaments génériques à Dakar était de 81% dans le secteur public et de 113% dans le secteur privé. **Conclusion :** Les résultats prouvent l'impérieuse nécessité de rendre disponibles les médicaments pédiatriques si nous voulons réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans. **Mots clés :** disponibilité, médicaments, maladies, enfants, Sénégal

ABSTRACT

Introduction: In Senegal, the main causes of death are the pneumonia, the diarrhea and the malaria. The malnutrition is an underlying factor in more than a third of the deaths, because it returns the more vulnerable children to the serious illnesses. The general objective of this research is to study the availability and the price of medicine in the therapeutic care of the children of less than 5 years old in the region of Dakar in Senegal. **Methodology:** Our study is of transverse, descriptive concerned the public sanitary, the wholesalers, the private pharmacies, The population of study concerns the old children at least of 5ans. The methods used were the interviews by means of questionnaire. **Results:** The group of antibiotics, acid anti, antidotes, vitamins, diuretics, antiemetic's, and psychotropic were not available. As regards generic medicines, relatively low availability of 30,4 %, 23,8 % and 16,7 % is respectively observed in the public, private and denominational sectors. The availability of generic medicines in Dakar was from 81 % in the public sector and from 113 % in the private sector. **Conclusion:** The findings make it imperative for all other relevant medicine drugs in order to reduce the mortality rate. **Keywords:** availability, drugs, diseases, childhood, Senegal.

INTRODUCTION

En Afrique subsaharienne, la probabilité pour que les enfants meurent avant l'âge de 5 ans est 15 fois plus grande que dans les pays à revenu élevé. Les causes de décès chez les enfants sont : les infections respiratoires aiguës (19%), le paludisme (8%), la rougeole (4%), les maladies diarrhéiques (17%), le VIH/SIDA (3%), les causes néonatales (prématurés et anomalies congénitales) (37%), les maladies non transmissibles (10%), les traumatismes (3%) [12].

Notons que les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), adoptés par les Nations Unies en 2000, visent à faire baisser dans le monde entier les taux de mortalité pour les mères et les enfants d'ici 2015. Le quatrième OMD consiste à réduire de deux tiers par rapport à 1990 [1]. Plus de 26 ans après la

mise en œuvre de l'initiative de Bamako, force est de constater que l'accessibilité et la disponibilité des médicaments génériques essentiels n'est pas encore satisfaisante. A l'occasion de l'IB on s'était donné l'objectif d'améliorer la qualité des services par l'intermédiaire de l'autofinancement communautaire, tout en s'assurant que des mesures soient prises pour que les indigents puissent avoir accès aux services. [2, 3].

La déclaration d'Alma-Ata était en quelque sorte la première réforme sanitaire d'envergure internationale. Les gouvernements, en collaboration avec les communautés, devaient jouer un rôle essentiel pour diriger la réalisation des changements requis, car il s'agissait d'une évolution majeure [4].

Or le contexte de l'époque, des années 1970, n'était pas le plus propice aux initiatives gouvernementales. C'est en effet durant cette

période que les politiques d'ajustement structurel ont été imposées aux pays du Sud par la Banque mondiale et le Fond monétaire international [5].

L'autofinancement des services de santé de la part des usagers était apparu alors comme une des réponses possibles. Cette réflexion en faveur de l'autofinancement avait grandement favorisé l'établissement d'une nouvelle réforme sanitaire : la politique de l'Initiative de Bamako (IB).

Cette politique publique de santé a été formulée dans la capitale du Mali en 1987. Au Sénégal, l'initiative de Bamako (IB) adoptée en 1987 et démarré en 1992, était comprise comme une stratégie de relance des soins de santé primaires (SSP). Elle visait une accessibilité universelle aux services de santé par la triade : « *participation communautaire, recouvrement partiel des coûts (vente de médicaments essentiels génériques (MEG)), autofinancement partiel du fonctionnement des services* » [2,3]. L'objectif général de notre étude était de déterminer le taux de disponibilité des médicaments pour enfants de moins 5 ans et les principales pathologies dans la région de Dakar au Sénégal. Les objectifs spécifiques sont :

- Déterminer les pathologies les plus fréquemment rencontrées en consultation chez les enfants de moins de cinq ans au sein des structures de santé visitées
- Evaluer la disponibilité des médicaments pour les enfants âgés de moins de 5 ans en fonction des pathologies plus souvent rencontrées dans les structures de santé de la région de Dakar .
- Identifier les familles des médicaments les plus utilisées dans la prise en charge thérapeutique des enfants de moins de 5ans dans les structures de santé de la région de Dakar.
- Comparer le prix de vente au public (PVP) des médicaments essentiels pour les enfants de moins de 5ans dans la région de Dakar dans le secteur public et dans le secteur privé.

Questions de recherche : L'argumentaire de cette étude s'articule autour des questions suivantes :

- Les médicaments nécessaires pour traiter les enfants de moins de 5ans sont-ils disponibles dans les structures sanitaires publiques ?
- Si ces médicaments ne sont pas disponibles dans le secteur public, sont-ils disponibles et d'un cout abordable dans le secteur privé ?
- Quels sont les déterminants de la disponibilité des médicaments dans le secteur public ?

METHODOLOGIE

Type d'étude : Notre étude est de type transversal, descriptif et analytique et s'est déroulée dans la période de juillet à décembre 2011. L'étude a porté sur la pharmacie

nationale d'approvisionnement (PNA), Laborex, les pharmacies privées, l'hôpital Albert Royer pour enfant de Dakar, l'hôpital principal de Dakar et l'Institut d'Hygiène sociale de Dakar ex Polyclinique).

Population de l'étude : La population d'étude concerne les enfants âgés de moins de 5 ans vus en consultation externe dans les structures de santé objet de l'étude.

Echantillonnage : Nous avons utilisé la méthode d'échantillonnage raisonnée. En tout, 03 formations sanitaires publiques (l'hôpital Albert Royer pour enfant de Dakar, le service de pédiatrie de l'hôpital principal de Dakar et l'Institut d'Hygiène sociale de Dakar ex Polyclinique), 2 formations sanitaires confessionnelles (Saint Laurent à Gilbratar et Saint Martin de Rebeuss) et 3 pharmacies d'officines (Pharmacie Tawfekh à Thiaroye, Pharmacie MalickSy à la Médina , Pharmacie Sant yalla à Guédiawaye), 2 grossistes (PNA, Laborex), le choix de ces structures sanitaires est motivé par leur spécificité car étant toutes des structures sanitaires pour les enfants concernant notre cible. Pour les pharmacies d'officines le choix est fait en fonction de leur localisation urbaine et périurbaine de Dakar. Dans un deuxième temps, une fois dans la structure sanitaire sélectionnée, nous avons sélectionnés tous les enfants âgés de moins de cinq ans inscrits dans les registres de consultations externes entre juillet et décembre 2011. Ensuite, pour apprécier la disponibilité des médicaments prescrits à ces enfants et comparer les prix de vente au public durant la période objet de l'étude, nous avons vérifié les fiches de stocks des dépôts de pharmacies et les prix de vente des médicaments prescrits au niveau des structures. Enfin, nous avons aussi vérifié la disponibilité de ces médicaments et comparer les prix de vente au public au niveau de la PNA, de Laborex et au niveau des officines privées sélectionnées.

Outils d'enquête : Nous avons recueilli les données à l'aide de formulaires pour exploiter les fiches de stock au niveau des pharmacies et les renseignements sur les pathologies des enfants de moins de 5 ans à partir du registre du surveillant de service, le registre de garde des internes.

Sources et analyse des données : Nous avons utilisé plusieurs outils de collecte d'information pour nous permettre de tirer profit de leur complémentarité :

- la documentation bibliographique (la liste modèle de l'OMS 2011, L'indicateur des prix internationaux des médicaments, édition 2012)
- Les prix des médicaments dans les pharmacies privées ont été obtenus en visitant les pharmacies sélectionnées selon un choix raisonné.

- Des formulaires standardisés de recueil de données ont été utilisés à propos des médicaments disponibles et des pathologies les plus fréquentes au niveau des structures sanitaires publiques (Hôpital Albert Royer pour enfants, Hôpital polyclinique de Dakar, Hôpital principal de Dakar)
- Les données seront saisies sur Excel et analysées avec le logiciel EPI-INFO version 6.04 Fr.

RESULTATS

1 - Description des pathologies : Les pathologies les plus fréquentes notées chez les enfants âgés de moins de 5 ans sont : les maladies diarrhéiques (61%), les maladies respiratoires (60%), les dermatoses (59%), le paludisme (59%), les parasitoses (58%) et les infections néonatales (55%) (**Fig 1**).

2-Disponibilité dans le secteur public- privé des médicaments recommandés par l’OMS : Dans le secteur privé, la disponibilité moyenne des médicaments inscrits sur la liste des médicaments essentiels de l’organisation mondiale de la santé est de 85,7% pour les médicaments essentiels, contre 26,80% pour le secteur public.

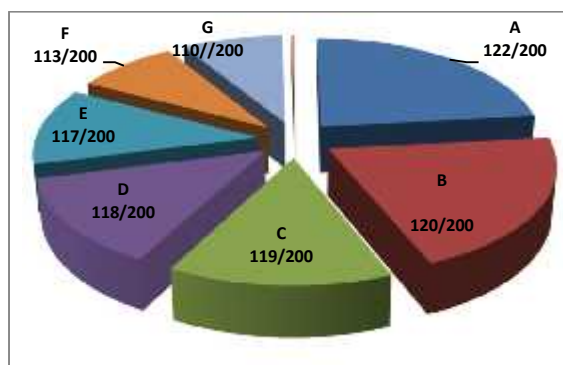


Figure 1 - Description des pathologies
 A: Maladies diarrhéiques ; B : Maladies respiratoires ;
 C : Maladies de la peau ; D : Paludisme ; E :
 Parasitoses F : Anémie ; G : Infections Néonatales

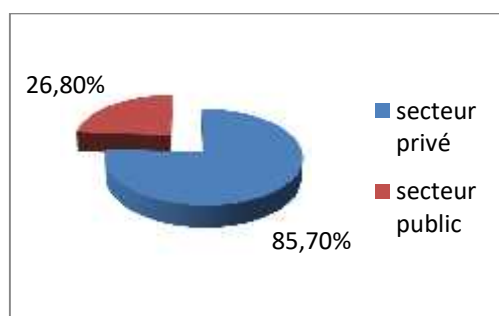


Figure 2 - Disponibilité dans le secteur public-privé des médicaments recommandés par l’organisation mondiale de la santé

3 Disponibilité dans le secteur public-privé des médicaments recommandés par le Sénégal

Notons que 55,2% de médicament essentiels inscrits sur la liste des médicaments essentiels du Sénégal étaient disponibles à la Pharmacie Nationale d’Approvisionnement (PNA). 95,4% pour les médicaments inscrits sur la liste des médicaments essentiels du Sénégal

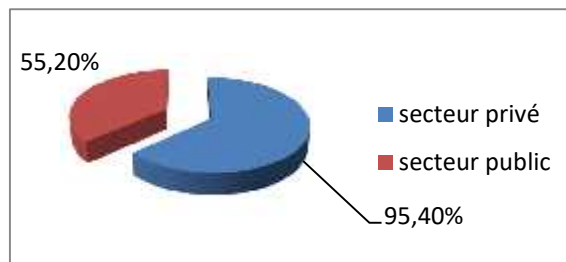


Figure 3 - Disponibilité dans le secteur public-privé des médicaments recommandés par l’OMS

Tableau I : Médicaments en rupture à la PNA et recommandés par l’OMS

Familles	DCI	Références
Antibiotiques	Azytromycine	Zytromax
Acides	Aluminium hydroxyde	Gélusil
Antidotes	Charbon active	Carbophos
Vitamines	Acide ascorbique	Vitamine C
Antispasmodique	Phloroglucinol	Spasfon
Antituberculeux	Pyrazinamide	Pirilène
Antiémétique	Métopimazine	Vogalène
Laxatifs	Pas disponible	
Psychotrope	Halopéridol	Haldol
Anti lépreux	Dapsone	Disulone
Anticancéreux	Pas disponible	
Antifongique	Griséofulvine	Griseofulvineine
Cardiotonique	Digoxine	Digoxine

4. Comparaison des prix de vente au public :

Parmi les médicaments destinés aux enfants de moins de cinq ans, le prix d’acquisition du Mebendazol (Anti helminthique) sirop est le plus élevé par rapport au prix de référence international ; il coûte encore très cher au

Sénégal bien que son brevet soit tombé dans le domaine public (RPM = 9,68).

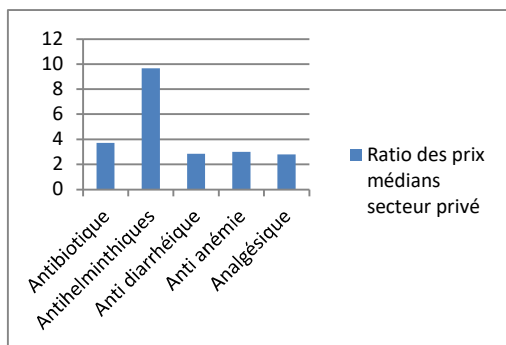


Figure 4 – Comparaison des prix de vente au public

DISCUSSION

Les pathologies les plus fréquentes notées chez les enfants âgés de moins de 5 ans sont : les maladies diarrhéiques (61%), les maladies respiratoires (60%), les dermatoses (59%), le paludisme (59%), les parasitoses (58%) et les infections néonatales (55%). Une enquête [6] a été menée en 1993 à Dakar dans les 20 pharmacies sélectionnées pour l'étude ; elle portait sur trois pathologies (diarrhée d'enfant, fièvre et toux de l'enfant) qui étaient les plus fréquentes. Les résultats de Jane B [7] viennent justifier nos résultats. Pour les médicaments génériques, nous avons noté dans le secteur public, que seulement quatre catégories médicaments (les antirétroviraux 28%, les antibiotiques 19%, les antipaludiques 9%, les collyres 16% et autres 28% étaient disponibles dans toutes les formations sanitaires, soit 4,5 %, contre 93 médicaments qui y étaient recommandés par l'organisation de la santé. Les médicaments pédiatriques disponibles au niveau de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) et des formations sanitaires, représentent 4,5% de la norme recommandée par l'organisation de la santé. Dans le secteur privé, nous avons une disponibilité parfaite de 85 % des médicaments génériques contre 15 % totalement absents (soit les antituberculeux, les anti-lépreux, les anticancéreux). La comparaison de la disponibilité des médicaments génériques montre des situations plus au moins différentes suivant le secteur (public, privé ou confessionnel) dans la région de Dakar sélectionnée pour l'enquête. Dans les pharmacies d'officine privées, où les médicaments innovateurs sont uniformément présents, la disponibilité des médicaments génériques est beaucoup plus faible. Les antirétroviraux et autres représentent 28% des médicaments disponibles tandis que les antibiotiques et les collyres représentent

respectivement 19% et 16%, les antipaludiques 9% seulement

Dans la liste modèle de l'organisation mondiale pour la santé des médicaments essentiels, 250 médicaments ont été répertoriés. Au Sénégal, 67 médicaments essentiels ont été sélectionnés par le ministère de la santé du Sénégal d'après l'arrêté ministériel fixant la liste des médicaments, produits et objets vendus aux grossistes privés vendus par la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement et que 40,2% représentent des médicaments essentiels pour les enfants âgés de moins de 5ans. Une faible disponibilité globale est constatée selon le type de médicaments et le secteur considéré. Le secteur privé bénéficie d'une bonne disponibilité en médicaments innovateurs (85,7%), contrairement aux autres secteurs qui enregistrent une disponibilité nulle en médicaments innovateurs. 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 disponibilité des médicaments génériques à Dakar était de 81% (Dakar) dans le secteur public et de 113% dans le secteur privé. Une étude réalisée au Tchad [8] a montré dans le secteur privé que la disponibilité des médicaments génériques était aussi très faible (13,6%). Il y a peu d'incitation pour les pharmaciens privés de vendre des médicaments génériques. Les prescripteurs et les patients eux-mêmes ne sont pas assez sensibilisés à l'utilisation des médicaments essentiels génériques. Quant à l'étude tunisienne [8], dans le secteur privé, la disponibilité moyenne des médicaments est de 77% pour les médicaments de marque innovateurs, 93% pour les équivalents génériques les plus vendus et 95% pour les équivalents génériques les moins chers. Cette disponibilité moyenne se retrouve pratiquement pour les trois catégories de médicaments. Par contre, dans le secteur public, la disponibilité moyenne des médicaments est de 0% pour les médicaments de marque innovateurs, 38% pour les équivalents génériques les plus vendus et 64% pour les équivalents génériques les moins chers. L'enquête Burundaise sur la disponibilité et les prix des médicaments [9] a montré une disponibilité moyenne de 42,8% dans le secteur public, 42% dans le secteur privé et 42,9% dans le secteur confessionnel. L'étude ENDA de 1988 [6] portant sur les listes des médicaments essentiels, dressées au niveau national pour les services de santé de premier recours, étaient très éloignées de la liste de l'organisation de la santé : seuls 45% des produits de la liste des centres de santé se trouvaient alors dans la liste l'organisation de

la santé. Par ailleurs, ces listes n'avaient aucun caractère contraignant. Une portion de 20,4% seulement de prescripteurs disaient se référer à la "liste sociale" pour rédiger leurs ordonnances. Cette faible utilisation était due à une information insuffisante sur l'existence de cette liste. Les prescripteurs des secteurs publics et privé recevaient des informations sur les médicaments quasi exclusivement par le biais des visiteurs des laboratoires pharmaceutiques. Dit autrement, l'aspect de disponibilité des médicaments de l'initiative de Bamako utilisé pour les enfants de moins de 5 ans a été négligé et les préoccupations premières des acteurs ont été concentrées sur l'efficacité de l'organisation à mettre en place. Des analyses des réformes sanitaires des récentes décennies par des experts en la matière aboutissent à la même conclusion [10, 11]. En Afrique, d'autres ont constaté qu'effectivement l'équité et la disponibilité des médicaments étaient devenues secondaires laissant la priorité à la viabilité financière, l'efficacité et l'efficience [12]. Les experts de l'organisation mondiale de la santé Afrique et de l'UNICEF, membres du récent « Bamako Initiative Working Group » aboutissent aux mêmes considérations : « s'occuper de la question de l'équité d'accès géographique et financier aux soins de santé demeure un défi » et ils veulent donc que « la problématique de l'équité et la manière d'atteindre ceux qui ne le sont pas deviennent une priorité dans le futur » [13]. Notre analyse concernant la mise en œuvre de quelques composantes de l'initiative de Bamako et des soins de santé primaires au Burkina Faso fournit les mêmes constats (Nitiéma, Ridde et al [14]. Drabo [8], dans son étude, sur la mise en œuvre des soins de santé écrit : « on peut affirmer que l'initiative de Bamako a permis un renforcement général du système de santé de district avec cependant une focalisation sur les aspects financiers de la gestion de l'offre de soins »

Des enquêtes socio-anthropologiques menées dans cinq capitales ouest-africaines (Bamako, Niamey, Dakar, Conakry et Abidjan) portant sur l'accès aux soins, la disponibilité des médicaments et l'organisation des services de santé ont, à la grande surprise des auteurs, abouti à la même conclusion : le dysfonctionnement et la rupture fréquente des médicaments [15]. Notons que la mise en œuvre de l'initiative de Bamako au Sénégal a débuté en 1992. Le but de celle-ci était d'améliorer la qualité des services par l'intermédiaire de l'autofinancement communautaire, tout en s'assurant de la disponibilité des médicaments y compris ceux pour les enfants. Pour ce faire d'aucun réclame maintenant, non pas des « réformes du secteur de la santé orientées vers le marché » [16] mais

« une nouvelle vague de réformes intenses orientées vers l'équité et la disponibilité des médicaments essentiels » [17] pour que les systèmes de santé soient plus équitables [18]. Ainsi que le souligne Flori et Tizio [19] : même si, dans la lettre, le principe de « santé pour tous » n'est pas oublié par les pays qui mettent en œuvre la stratégie sanitaire de l'initiative de Bamako, c'est explicitement le volet efficacité, à la fois au plan organisationnel et financier, qui est promu au rang de priorité dans les interventions de santé. Ces auteurs pensent que cette transition de l'équité des soins de santé primaires à l'efficacité de l'initiative de Bamako est principalement due au déclin du rôle des États africains [20]. Nous ne pouvons évidemment nous empêcher de lier cette affirmation aux préoccupations initiales lors du lancement de l'initiative de Bamako en 1987.

CONCLUSION

Le secteur public pharmaceutique est relativement efficace dans les achats et propose, grâce aux Appels d'Offres Internationaux, des prix plus bas que le secteur privé. La disponibilité des médicaments est très faible si ce n'est nulle dans les centres hospitaliers publics et les médicaments d'urgence hospitaliers existent principalement en spécialité. La conséquence est que les patients sont obligés de payer plus cher dans le secteur privé où les prix ne sont pas administrés par l'État. L'État doit rendre disponibles dans toutes les formations sanitaires les médicaments essentiels car les médicaments coûteux sont chers pouvant amener la population à ne pas se soigner ou à se tourner vers le marché illicite des médicaments. Les supervisions et le contrôle du respect des marges fixées doivent être renforcés. Les pouvoirs publics doivent mener une recherche constante de moyens pour améliorer l'accessibilité financière des médicaments.

REFERENCES

1. **(O.M.S.). Genève.** Enfants : réduire la mortalité, aide-mémoire, N°178. Septembre 2014
2. **Green A. and Collins C.** "Health systems in developing countries: public sector managers and the management of contradictions and change." *International Journal of Health Planning and Management*, 2003; 18 Suppl 1: S67-78.
3. **Whitehead M., Dahlgren G.** "Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?" *Lancet*, 2001; 358(9284): 833-6.
4. **Collins C.** Management and organization of developing health systems. Oxford, Oxford University Press, 1994.

5. **UNICEF, HAI.** Report on the international study conference on community financing in primary health care. Cape, Freetown, Sierra Leone, 1989.
6. **ENDA-Tiers Monde:** "La consommation des médicaments à Dakar : Contribution à une politique des médicaments essentiels", ENDA, Dakar, mars 1989.
- 7-**Briggs J, Michael G, Paul I.** Evaluation de la Gestion des Médicaments pour les Maladies de l'Enfant au Sénégal. Juin 2002.
8. **Drabo KM.** Revue de la mise en œuvre des soins de santé primaires au Burkina Faso. Ouagadougou, IRSS/Centre Muraz / OMS / Ministère de la santé 2002 ; 53.
9. **Enquête** sur les prix des médicaments au Tchad, Mai, 2004
10. **Standing H.** "An overview of changing agendas in health sector reforms." *Reprod Health Matters*, 2002, 10(20): 19-28.
11. **Zwi A B, Yach D.** "International health in the 21st century: trends and challenges." *Social Science and Medicine*, 2002, 54(11): 1615-20.
12. OMS/AFRO (1999). The Bamako Initiative Working Group. The first meeting 11-14 october 1999. Harare, WHO/AFRO, UNICEF: 29.
13. **OMS/AFRO.** Rapport sur les soins de santé primaires dans la région africaine. *Alma Ata*, OMS, 1978 : 18.
14. Nitiéma, A., V. Ridde, (2003). "L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest : le cas du Burkina Faso." *International Political Science Review* 24(2): 237-256.
15. **Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P.** Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique du projet "santé urbaine" (Unicef-Coopération Française). Enquêtes sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest. [Paru en 2003 sous le titre : Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Karthala, Paris], 2002 : 289.
16. **Benoist J.** Les communautés, l'argent et la santé en Afrique. *Actes du séminaire international : Argent et santé. Expériences de financement communautaire en Afrique.* CIE. Paris, 1991 : 47-60.
17. **Gwatkin D, Bhuiya A.** "Making health systems more equitable." *Lancet*, 2004, 364: 1273-1280.
18. **Gwatkin DR.** "The need for equity-oriented health sector reforms." *International Journal of Epidemiology*, 2001, 30: 720-723.
19. **Tizio S, Flori YA.** "L'initiative de Bamako : "santé pour tous" ou "maladie pour chacun"?" *Revue Tiers Monde*, 1997, XXXVIII (152): 837-858.
20. **Ridde V, Girard JE.** "Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé pour les indigents africains." *Santé Publique*, 2004, 15(1): 37-51.