

L'accès au médicament dans la banlieue de Dakar (1)

DESPRES-DELY C. *, JEANNÉE E. **, FASSIN D. ***

Le projet Pikine est basé sur le principe des Soins de Santé Primaires et comprend une triple participation de la population :

- à la gestion, par l'intermédiaire des Comités de Santé
- à l'élaboration et au suivi des stratégies de développement à un niveau départemental
- enfin, participation financière grâce au paiement par le malade de la consultation à un prix modique.

Théoriquement, cette participation financière doit assurer l'approvisionnement en médicaments du Projet et permettre de distribuer le traitement au patient. Ce travail vise à mesurer la réalité de cet accès aux soins.

Pikine est une ville de plus de 650 000 habitants créée en 1958 pour reloger les habitants expulsés des bidonvilles de Dakar lors de la politique dite de «dégueerpissement». La ville s'est rapidement développée, dépassant rapidement les prévisions des urbanistes. Devant l'incapacité de l'état à mettre en place un système de santé pouvant subvenir aux besoins de cette population démunie, cette dernière s'est mobilisée et a créé avec l'appui de la coopération belgo-sénégalaise «le Projet Pikine».

Au Sénégal, seuls les salariés bénéficient d'une protection sociale comprenant un remboursement des médicaments ; encore celui-ci n'est-il que partiel. Le niveau de revenu des ménages ne leur permet pas le plus souvent d'assumer l'achat en pharmacie de la totalité des médicaments prescrits. Aussi, la délivrance du traitement apparaît-elle fondamentale car les diagnostics posés au cours des consultations au Sénégal relèvent presque toujours d'un traitement médicamenteux, en particulier en raison de la prédominance de la pathologie infectieuse. Ainsi, si la consultation ne se solde pas par la délivrance du traitement approprié, elle est rendue inefficace.

Par ailleurs, la distribution de médicaments à l'issue de la consultation assure la crédibilité

du système de soins et incite à l'utilisation de ces services. Pour le malade, le médicament garde une valeur «magique», c'est lui qui opérera le «miracle» de la guérison et par là, il constitue un des motifs essentiels de recours à la médecine occidentale.

La méthodologie

Afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population de Pikine, nous avons réalisé un sondage aléatoire en 2 temps comprenant un premier tirage au sort de 120 quartiers d'après une carte administrative de la ville puis un tirage au sort des parcelles où les ménages seraient interrogés. Les enquêteurs travaillaient par groupes de deux, sur un questionnaire en français qui était traduit si cela s'avérait nécessaire. L'enquête se déroulant pendant les heures de la journée, ce sont plus fréquemment des femmes qui nous ont répondu. Cependant, il s'est avéré qu'elles connaissaient parfaitement, les pratiques médicales de la famille. Deux groupes de médicaments ont été relevés.

- les médicaments de la pharmacie familiale (1), c'est-à-dire les traitements en cours, les médicaments correspondant à des restes de traitements anciens, (soit que le traitement eût été interrompu avant son terme, soit qu'il eût été prescrit en quantités excessives), les médicaments constituant un stock de réserve en cas de besoin et les traitements préventifs.

- les médicaments achetés au cours du dernier mois.

Les médicaments achetés au dispensaire n'apparaissent jamais dans la pharmacie familiale à moins d'avoir été achetés la veille car ils sont délivrés à des doses correspon-

dant à la dose journalière nécessaire ou éventuellement à la dose totale du traitement. Il en est de même pour tout médicament entièrement consommé. C'est pourquoi, nous avons également étudié les médicaments achetés ou fournis au cours du dernier mois. Par ailleurs, nous nous sommes fixés la limite d'un mois ; au-delà, il paraissait peu probable que les malades se remémoreraient les épisodes morbides qu'ils avaient subi et les traitements associés. Notons que l'étude des médicaments achetés au cours du dernier mois est moins intéressante que celle de la pharmacie familiale, la durée d'un mois étant relativement courte pour donner un aperçu de la consommation familiale, d'autant que l'enquête s'est déroulée pendant la saison sèche.

Pour chacun de ces médicaments, étaient relevés le nom, la quantité, le prix, le lieu d'achat, le lieu de prescription et le prescripteur, la maladie ayant motivé cet achat, la quantité restante, la personne l'ayant pris et celle l'ayant acheté et, enfin, quand il n'y avait pas de prescription, qui avait conseillé le médicament.

Ajoutons, qu'il existe en Afrique de l'Ouest, un commerce illicite caractérisé par une vente de médicaments sur les marchés, à domicile par des colporteurs ou au coin d'une rue sur de petits étals. Ce commerce est surtout alimenté par un trafic avec la Gambie sous le contrôle de la puissante confrérie mouride mais aussi par des vols ou des détournements de médicaments du secteur public. Nous nous sommes donc enquis de la pratique d'achat de médicaments de ce réseau illicite.

Les résultats

L'accès aux soins

Didier Fassin a montré en 1985 que toutes les couches sociales de la population ont accès aux services de santé (2). Notre enquête confirme le rôle majeur que joue le «projet Pikine», puisqu'on observe que 60 % des médicaments de la pharmacie familiale ont été prescrits au dispensaire. C'est évidemment un moyen indirect de mesurer l'accès aux soins mais presque toutes les consultations donnent lieu à la délivrance de médicaments ou à la prescription d'une ordonnance. A l'évidence, cette méthode entraîne une sous-estimation de la part liée au dispensaire car les médicaments distribués sont des comprimés en quantité faible destinés à assurer un traitement d'une journée, ils sont consommés immédiatement et aucune

(1) Séminaire financement communautaire CIE 15/17 septembre 1991, Paris.

* : INSERM U263,

** : Institut tropical suisse, Bâle

*** : Institut Santé et Développement, Paris

trace écrite qui puisse en témoigner n'est laissée au patient. Ainsi, lors de notre enquête, les gens ne s'en souvenaient que si la consultation datait de quelques jours précédents et même dans ce cas, ils ne connaissaient pas le nom des médicaments à moins qu'il ne s'agisse d'Aspirine ou de Chloroquine.

Par contre, les structures de soins utilisées dépendent significativement du niveau socioéconomique et culturel du malade. Les plus démunis vont plutôt consulter au dispensaire alors que les plus favorisés consultent plus fréquemment les médecins libéraux. Les familles installées depuis plus longtemps en ville utilisent plus fréquemment les services publics que les ménages qui viennent d'arriver, le temps apportant une meilleure connaissance du milieu, une meilleure adaptation à la vie citadine.

La consommation des ménages :

Près de 30 % des familles n'ont pas de pharmacie familiale, c'est-à-dire qu'elles n'ont aucun médicament chez elles. Pour les autres, la valeur moyenne de la pharmacie familiale est de 4245 CFA et les valeurs varient entre 0 (médicaments gratuits) et 77 600 CFA. Il faut ajouter que la moitié des familles ont une pharmacie familiale dont la valeur n'excède pas 3 000 CFA. Le nombre moyen de médicaments d'une pharmacie familiale est de 4 à 5 médicaments, avec une fourchette comprise entre 1 et 47.

Les familles qui n'ont aucun médicament chez elles se distinguent significativement des autres par une protection sociale moins fréquente. Deux hypothèses sont plausibles :

– l'assurance sociale apparaît comme le meilleur indicateur socioéconomique, le plus fiable, le plus précis. Il est en effet, un bon révélateur de la pauvreté des familles puisque le revenu ne peut pas être utilisé dans les enquêtes en Afrique (il n'est pas toujours connu par l'épouse, la tranche de salariés dans la population est faible, la plupart des revenus sont irréguliers et de plus, un salaire sert à entretenir un nombre de personnes important qui n'est pas toujours quantifiable)

– l'existence d'une protection sociale est un facteur direct de consommation : le fait d'obtenir un remboursement des médicaments pour les salariés est probablement déterminant dans l'achat des médicaments. On peut alors se demander pourquoi les fonctionnaires ont eux aussi une consommation importante de médicaments ; est-ce l'économie réalisée sur la consultation qui leur permet par la suite d'acheter les médicaments ? Peut-être aussi s'y mêle-t-il un facteur indirect : l'achat et la consommation de médicaments valorisent socialement le statut de «fonctionnaire».

La valeur des achats mensuels est de 3 000 CFA mais 33 % des familles n'avaient pas effectué d'achats de médicaments lors du mois précédant l'enquête. De la même manière, l'achat ou non de médicaments au cours du dernier mois dépend de la possession d'une assurance sociale.

L'accès au médicament :

Les résultats concernant les lieux où les familles se sont procurés leurs médicaments contrastent avec les résultats précédents sur

l'accès aux soins. Il apparaît à l'évidence que «le Projet Pikine» ne réalise pas les objectifs qu'ils s'étaient fixé initialement lorsque ses promoteurs ont abandonné le principe de la gratuité des soins au profit de la délivrance du traitement.

88 % des médicaments de la pharmacie familiale ont été achetés en pharmacie. Ces résultats sont évidemment surestimés pour le même problème de biais que nous avons exposé précédemment : les patients se souviennent mal des médicaments délivrés par le dispensaire. Ce résultat même surestimé n'en exprime pas moins une réalité dont se sont souvent plaintes les personnes que nous interrogeons et que nous avons pu vérifier en assistant à des consultations.

Les facteurs intervenant pour limiter cet accès

– les facteurs socioéconomiques

Le lieu d'approvisionnement des familles en médicaments est significativement lié à leur niveau socioéconomique et surtout à la possession d'une assurance sociale, les assurés (fonctionnaires ou salariés) se fournissent plus souvent à la pharmacie et moins fréquemment au dispensaire, la part de médicaments provenant de dons est aussi plus grande pour les non assurés. La relation avec l'existence d'un salon, autre indicateur socio-économique utilisé dans cette enquête, s'opère dans le même sens.

La scolarisation, au contraire, n'intervient pas sur la provenance des médicaments.

L'ethnie est un facteur qui semble influencer dans certains cas sur le lieu où les familles se procurent les médicaments. Les Maures achètent pratiquement tous leurs médicaments à la pharmacie. Les Diolas, d'ethnie catholique, se les procurent beaucoup plus fréquemment dans les dispensaires privés des congrégations religieuses.

Les personnes installées depuis moins de 10 ans à Pikine achètent plus en pharmacie. On peut supposer que les familles installées depuis plus longtemps ont établi un réseau de solidarité avec des amis, des relations qui leur permettent de se procurer des médicaments plus facilement et moins cher.

Au total, un des objectifs du Projet Pikine est de pallier les inégalités socio-économiques en assurant la délivrance du traitement. Or, le Projet parvient uniquement à assurer à chacun l'accès aux soins alors, finalement, à quoi sert la consultation si ne peut être menée à terme la démarche thérapeutique en assurant le traitement correspondant au diagnostic posé ?

Rôle social du médicament

– les facteurs psychoculturels ne nous ont pas semblé limitatifs dans notre enquête. En général, la population a confiance dans la médecine moderne même si, souvent, le malade a une démarche simultanée vers la médecine traditionnelle qui lui offre un discours plus proche de ses propres conceptions et donne un sens symbolique à sa maladie. Si le patient attribue au médicament moderne des vertus miraculeuses comme nous l'avons expliqué précédemment, celui-ci est aussi pour lui un objet social, le symbole de

la modernité et du progrès, ainsi qu'un signe extérieur de richesse. Ce rôle social du médicament est particulièrement important dans les sociétés traditionnelles. Ce médicament peut devenir un véritable instrument de pouvoir, notamment pour les agents de santé sollicités en permanence par leur famille, les amis, et qui deviennent un pivot du système de solidarité.

La place du médicament essentiel dans la pharmacie familiale.

Il est intéressant de comparer la répartition des classes thérapeutiques selon que le médicament provient de la pharmacie ou du dispensaire. Ceci offre un bon reflet de la disponibilité en médicaments des différents services. Nous vous attendions, bien sûr, à observer que les médicaments délivrés au dispensaire soient majoritairement de la Chloroquine et de l'Aspirine (57,9 % des médicaments délivrés au dispensaire) en raison d'un approvisionnement tourné vers les pathologies les plus fréquentes et composé de médicaments essentiels. En revanche, ces deux classes ne représentent plus que 24,7 % de la totalité des achats en pharmacie. Cette différence s'explique par la coexistence d'un marché public très limité et d'un marché libre riche en spécialités médicales, qui est souvent amené à pallier les carences du précédent.

Les autres médicaments distribués au dispensaire sont les vitamines et les ions (7,9 %) et pour moindre part, les médicaments à visée respiratoires (2,6 %) et à visée digestive (2,6 %). Il est intéressant de noter cette part importante de prescription de vitamines et d'ions qui au-delà des besoins traduit une certaine «mode» et l'influence de la publicité. De même, les antibiotiques sont prescrits en quantité excessive, cette prescription ne se justifiant pas dans la majeure partie des cas. Les risques de favoriser les résistances sont le plus souvent ignorés par les prescripteurs.

En pharmacie, les médicaments dits «de confort» représentent une part beaucoup plus importante ainsi que tous les médicaments liés à des pathologies spécifiques ou plus rares (tous les médicaments à visée cardiaque, en particulier) qui, dans tous les cas, ne font pas partie de l'approvisionnement habituel des dispensaires et qui nécessitent la rédaction d'une ordonnance.

Ces premiers résultats nous ont amenés à une nouvelle problématique sur l'influence des prescriptions irrationnelles de médicaments sur les déficiences des structures de soins publiques quant à la distribution de médicaments. Nous avons donc comparé les classes prescrites par les médecins et par les autres prescripteurs. Les prescriptions faites par les agents de santé et les infirmiers sont plus souvent symptomatiques et comportent aussi beaucoup d'antibiotiques prescrits à l'aveugle. Le manque de formation de ces infirmiers et agents de santé est donc une cause importante de gaspillage facilitant les ruptures de stock.

Réseaux de solidarité

Les réponses de la population aux insuffisances du système :

Ces réactions font intervenir notamment les réseaux de solidarités. C'est fréquemment un parent, un frère, une sœur plus fortuné qui donne l'argent pour acheter les médicaments prescrits sur ordonnance, c'est une amie, une voisine qui offre un médicament, évidemment exceptionnellement celui qui avait été recommandé.

Il peut s'agir d'une relation, d'un ami, d'un parent qui travaille dans un dispensaire ou une clinique et qui offre le traitement.

Un second recours consiste à acheter les médicaments sur les marchés. En effet, le réseau de vente illicite est très populaire, notamment grâce à la possibilité d'acheter les médicaments à l'unité, et à l'économie qui est faite de la consultation. Cette forme d'achat est donc l'expression la plus courante de l'automédication. Le «Bana-Bana» comme on appelle le vendeur, peut aussi conseiller l'acheteur sur le choix du médicament dans un éventail d'ailleurs très réduit, l'étal se composant d'une vingtaine de spécialités dont la majorité sont à base d'aspirine ou de Paracétamol.

Si le système parallèle pose le problème de l'absence de contrôle de qualité, de mauvaises conditions de stockage et celui de l'incompétence des vendeurs, il constitue cependant un palliatif aux besoins des populations en l'absence de réponse officielle.

L'enquête montre que la démarche d'achat sur les marchés est inversement proportionnelle au niveau socio-économique, identifié par l'existence d'une assurance sociale, la possession d'un salon et la profession du chef de famille.

L'achat sur les marchés est d'autant plus fréquent que les familles sont installées depuis plus longtemps en ville. La vie citadine est génératrice de difficultés économiques et d'une précarité d'existence et certaines pratiques apparaissent, adaptation aux nouvelles lois, aux nouvelles conditions de vie. Le «bana-bana» est une des solutions apportées par ces populations africaines défavorisées, elle est avant tout une réponse à un besoin.

Cette pratique est confrontée par une forte tradition culturelle liée au marché, lieu d'échanges et de rencontres qui occupe une place importante en Afrique. La ménagère s'y procure tout naturellement un comprimé d'Aspirine parce qu'elle a des maux de tête ou que son enfant a de la fièvre de la même manière qu'elle y achète son riz et son poisson.

Améliorer l'évaluation des besoins, et la gestion des stocks

Cette étude montre donc aussi bien le caractère irremplaçable du projet Pikine que ses insuffisances en matière d'accès au médicament, sur les causes desquelles on peut s'interroger.

Divers facteurs interviennent, mais la mauvaise gestion au niveau des dispensaires occupe une place primordiale. Elle entraîne en effet de fréquentes ruptures de stock imposant au personnel soignant de rédiger des ordonnances. Parallèlement, nous avons évoqué le gaspillage lié aux prescriptions ir-

L'accès au médicament dans la banlieue de Dakar

DESPRES-DELY C., JEANNEE E., FASSIN D.***

*INSERME, U263, PARIS; **Institut Tropical Suisse, Bâle; ***Institut Santé et Développement, Paris

Objectifs :

de précédentes études ont montré que les inégalités de Santé au Sénégal n'étaient pas expliquées par un accès aux soins différent selon le niveau socio-économique des ménages. L'enquête cherchait à analyser l'accessibilité aux médicaments qui pourrait expliquer ces différences face à la maladie.

Terrain :

à Pikine, ville champignon, construite pour reloger les habitants délogés des bidonvilles de Dakar, un système de Santé basé sur les Soins de Santé Primaires a été instauré en collaboration avec la coopération belgo-sénégalaise. Ce projet est caractérisé par une participation financière de la population, par l'intermédiaire du paiement de la consultation à un prix modique mais incluant théoriquement le traitement.

Méthodes :

Un sondage en grappes a permis de sélectionner près de 400 familles. L'étude analysait la pharmacie familiale, relevant pour chaque médicament, en particulier son lieu d'achat et son lieu de prescription, la pratique d'achat de médicaments sur les marchés illicites et la prise de Chloroquine.

Résultats :

L'enquête a montré que «le Projet Pikine» constituait le principal recours des familles en termes d'accès aux soins (plus que de 60 %); par contre, près de 90 % des médicaments sont achetés dans les pharmacies d'officine. Cette situation entraîne une certaine détérioration de l'image de marqué du dispensaire public et sa désaffection, conduit les malades à ne pas acheter les médicaments prescrits sur ordonnance ou seulement une partie et favorise l'automédication, en particulier, sous la forme d'achat au marché noir.

Les causes de ces insuffisances sont dues aux ruptures de stocks fréquentes liées à une mauvaise gestion et des difficultés d'approvisionnement aggravées par le gaspillage et les prescriptions irrationnelles.

Conclusion :

Une rationalisation de la politique nationale du médicament, une amélioration de la gestion au niveau des dispensaires et de la formation des prescripteurs, une éducation de la population visant à améliorer l'observance et diminuer le gaspillage pourraient remédier aux problèmes évoqués.

rationnelles et les fréquents «détournements» de médicaments.

Une meilleure évaluation des besoins et une gestion saine des stocks devraient améliorer la situation. En outre, une formation ou un

complément de formation des personnels de santé devraient permettre d'ajuster les prescriptions, d'inciter à l'utilisation de produits génériques et surtout de limiter dans toute la mesure du possible les prescriptions sur ordonnance à une liste de médicaments essentiels.

Plus généralement, en matière d'accès au médicament, une véritable amélioration de la situation est possible à condition que soit réalisée à l'échelle nationale une politique cohérente engageant tous les professionnels concernés ainsi que la population. Aucun des maillons de la chaîne de production jusqu'à la consommation ne doit être négligé. Ceci sous-entend une prise de position ferme du gouvernement qui doit adopter une législation et la faire suivre.

L'analyse des motivations de l'achat sur les marchés permet de suggérer une proposition : une vente au détail, en pharmacie, de médicaments tels que les antalgiques ou les antipyrétiques enlèverait au «bana-bana» l'un de leurs principaux attraits.

Une autre proposition pourrait être faite dans la perspective de limiter le coût des traitements et diminuer le gaspillage : la délivrance de doses exactes à partir de conditionnements en vrac.

Enfin, le dernier interlocuteur n'est pas le moindre : c'est la population. C'est par une meilleure éducation qui souvent s'oppose aux connaissances populaires et par une optimisation de la relation soignant-malade que l'on peut espérer améliorer les pratiques face au médicament et à la santé en général. Une étude approfondie de type anthropologique, analysant la représentation du médicament dans les mentalités permettrait d'optimiser cette campagne d'éducation.

Le VII^{ème} Plan de Développement Economique et Social prévoit entre autre «la rénovation de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), la création de pharmacies régionales, le renforcement de la capacité de gestion de la PNA par l'élaboration d'une politique pharmaceutique nationale englobant une politique des prix, une stratégie de distribution, l'élargissement de la gamme de médicaments essentiels pour chaque type de structures».

Ces projets devraient se concrétiser. On peut espérer que les nouveaux axes donnés à la politique de santé permettront une amélioration de la distribution des médicaments dans les structures du secteur public dont le rôle est, essentiel et irremplaçable dans l'accès au médicament pour tous. ■

1) DESPRES-DELY C., les pharmacies familiales au Sénégal, Thèse de Doctorat en Médecine, Faculté de Médecine de Lille

2) FASSIN D., JEANNEE E., CEBE D., REVEILLON E., who consults and where, sociocultural differentiation in Access to Health Care in urban Africa, International Journal of Epidemiology, 1988, 17, n°4, pp. 858-863

3) REVEILLON M., Aspects économiques et financiers de la participation des populations au développement des services de Santé de base à Pikine, Medicus Mundi Belgium, 1987.