



HAL
open science

Dynamiques socioculturelles et traitement des maladies non transmissibles : le cas de l'insuffisance rénale et du diabète aux hôpitaux Aristide Le Dantec et Abass Ndao (Dakar-Sénégal)

Malick Hamidou Ndiaye

► **To cite this version:**

Malick Hamidou Ndiaye. Dynamiques socioculturelles et traitement des maladies non transmissibles : le cas de l'insuffisance rénale et du diabète aux hôpitaux Aristide Le Dantec et Abass Ndao (Dakar-Sénégal). Sociologie. Université Gaston Berger de Saint-Louis (Sénégal), 2017. Français. NNT : . tel-02136276

HAL Id: tel-02136276

<https://hal.science/tel-02136276>

Submitted on 22 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Gaston Berger de Saint-Louis (UGB)

Unité de Formation et de Recherche
(UFR)

des Lettres et Sciences Humaines
(LSH)

École Doctorale des Sciences de l'Homme et de la Société
(SHS)

Formation Doctorale : Études Sociologiques

Observatoire pour l'Étude des Urgences, des Innovations
et des Mécanismes du Changement Social
(URIC)

Parcours : Socio-anthropologie de la santé



Dynamiques socioculturelles et traitement des maladies non transmissibles : le cas de l'insuffisance rénale et du diabète aux hôpitaux Aristide Le Dantec et Abass Ndao (Dakar-Sénégal)

THÈSE DE DOCTORAT UNIQUE

Présentée par :
M. Malick Hamidou NDIAYE

Sous la direction de :
M. ABDOULAYE NIANG
Professeur Titulaire de Sociologie

Membres du jury :

M. Boubakar LY, Maître de Conférences émérite (Sociologue),
Université Cheikh Anta DIOP de Dakar (Président et Rapporteur) ;
M. Gora MBODJ, Professeur Titulaire (Sociologue),
Université Gaston Berger de Saint-Louis, Sénégal, (Examinateur) ;
M. Ibou SANE, Professeur Titulaire (Sociologue),
Université Gaston Berger de Saint-Louis, Sénégal, (Rapporteur) ;
M. Paul DIEDHIOU, Maître de Conférences (Anthropologue),
Université Assane SECK de Ziguinchor, Sénégal, (Examinateur) ;
M. Sidy Mohamed SECK, Maître de Conférences (Médecin-néphrologue)
Université Gaston Berger de Saint-Louis, Sénégal, (Examinateur) ;
M. Abdoulaye NIANG, Professeur Titulaire (Sociologue),
Université Gaston Berger de Saint-Louis, Sénégal, (Directeur de Thèse).

Soutenue, le samedi 22 juillet 2017

Université Gaston Berger de Saint-Louis (UGB)

Unité de Formation et de Recherche
(UFR)

des Lettres et Sciences Humaines
(LSH)

École Doctorale des Sciences de l'Homme et de la Société
(SHS)

Formation Doctorale : Études Sociologiques

Observatoire pour l'Étude des Urgences, des Innovations
et des Mécanismes du Changement Social
(URIC)

Parcours : Socio-anthropologie de la santé



Dynamiques socioculturelles et traitement des maladies non transmissibles : le cas de l'insuffisance rénale et du diabète aux hôpitaux Aristide Le Dantec et Abass Ndao (Dakar-Sénégal)

THÈSE DE DOCTORAT UNIQUE

Présentée par :
M. Malick Hamidou NDIAYE

Sous la direction de :
M. ABDOULAYE NIANG
Professeur Titulaire de Sociologie

Membres du jury :

M. Boubakar LY, Maître de Conférences émérite (Sociologue),
Université Cheikh Anta DIOP de Dakar (Président et Rapporteur) ;
M. Gora MBODJ, Professeur Titulaire (Sociologue),
Université Gaston Berger de Saint-Louis, Sénégal, (Examinateur) ;
M. Ibou SANE, Professeur Titulaire (Sociologue),
Université Gaston Berger de Saint-Louis, Sénégal, (Rapporteur) ;
M. Paul DIEDHIOU, Maître de Conférences (Anthropologue),
Université Assane SECK de Ziguinchor, Sénégal, (Examinateur) ;
M. Sidy Mohamed SECK, Maître de Conférences (Médecin-néphrologue)
Université Gaston Berger de Saint-Louis, Sénégal, (Examinateur) ;
M. Abdoulaye NIANG, Professeur Titulaire (Sociologue),
Université Gaston Berger de Saint-Louis, Sénégal, (Directeur de Thèse).

Soutenue, le samedi 22 juillet 2017

IN MEMORIAM

Je présente ce travail à la mémoire de :

Mon père (Hamidou Malick NDIAYE) qui m'a donné une bonne éducation et la rigueur sur tout ce que je fais. Avant de mourir mon papa m'a dit trois phrases :

« Si tu as une chose, un projet à faire, aujourd'hui, n'attends pas demain, commences aujourd'hui, même si c'est tard. Et lorsque tu n'arrives pas à finir, tu termineras demain ».

« Partout où tu seras, ais un bon comportement pour mieux vivre avec les gens avec qui tu seras et respectes les personnes âgées quel que soit leur foi (croyance) ».

« Tu aideras toute personne qui est faible car l'Homme : on ne le mange pas et on ne le boit pas, seuls ses actes comptent ici-bas comme dans l'au-delà ».

Reposes en paix *baabo* !

À Thierno Hamidou LY, un grand khalife de la tarikha tidiane et de la famille Elhadj Mamadou Moussa LY de Dara Halybé. Il fut un homme de Dieu d'une dimension spirituelle incommensurable. Il nous a quittés ce premier avril 2017. Thierno n'a jamais cessé de prier pour ma réussite.

Reposes en paix thierno !

À tous ceux et à celles qui ont été emportés par les flammes du Daaka de Médina Gounnass édition 2017.

Que Dieu les accueille dans ses plus hauts paradis !

DÉDICACE

Je dédie cette thèse à :

Ma mère (Aïssata SY), une femme exemplaire qui m'a toujours soutenu. Que Dieu vous protège et vous accorde santé de fer et longue vie, chère maman !

Mes frères Oumar Hamidou, Silèye Hamidou, Aboubacry NDIAYE et Moctar Hamidou ;

Mes sœurs Marième Hamidou, Fatimata Hamidou,... ;

Ma tante Khadiyatou SARR née Aïssata Ngoumayel pour son dévouement totale à ma modeste personne et mes oncles Mamadou SY, Abdoul Aziz SY, Alassane et Ousseynou SY ;

Mes neveux et nièces Silèye Chérif NDIAYE, Silèye Baaba NDIAYE, Abdoulaye Djiby SARR, Silèye Thierno, Hamidou Moctar NDIAYE, Fama Moctar NDIAYE, Ramata Thierno, Ramata Malick NDIAYE, Fama Abou et Oumar ;

Mes cousines Malado Elhadj NIAYE, Khadiyatou Diouldé NDIAYE, Salimata BA, Ramata Samba DIALLO...

Mes cousins Mountaga Silèye, Elhadj Oumar NDIAYE, Silèye Oumar NDIAYE, Thierno Saïdou NDIAYE, Silèye Demba, Hamidou Silèye NDIAYE, Oumar Ousmane NDIAYE Abdoul Aziz NDIAYE, Mamadou Ousmane NDIAYE, Silèye Moctar NDIAYE, Adama NDIAYE, Mamadou Moussa, Moctar Silèye, Mika SECK, ses frères et sœurs ainsi que l'ensemble de la famille NDIAYE ;

Mes amis Abdoulaye LY, Amadou Tidiane LY, Oumar DIOP, Issa BA, Harouna DIA, Baïdy BA, Soumaïla OULALE et leurs femmes ;

Mes chers collègues et compagnons depuis l'UCAD notamment Limany DIEDHIOU et Boubou Malick KANE, des gens avec qui j'ai partagé les études au département de sociologie et que j'ai retrouvé à UGB pour fonder une petite famille ;

Mes chers collègues du laboratoire URIC avec qui j'ai cheminé ensemble dans la recherche notamment Boury DIA, Khady Diatou NDOYE, Youssoufou SARR, Jean N. Etienne DIATTA, Adja E. AW, Mamadou Bonaventure SANE et sa femme, Demba SECK, et tous les chercheurs fréquentant notre laboratoire ;

Tous les doctorants du bâtiment de la recherche

REMERCIEMENTS

Aucun travail de recherche scientifique à proprement parler ne peut s'accomplir sans le concours d'autres personnes.

Je tiens à remercier :

Mon Directeur de thèse Abdoulaye NIANG qui a accepté de diriger ce travail sans pour autant me connaître tout en m'apportant la rigueur scientifique que nécessite toute recherche digne de ce nom par son encadrement sans reproche. Le professeur Abdoulaye NIANG est un homme de sciences d'une dimension humaine incommensurable. Car sans lui je ne pourrais jamais obtenir une inscription à l'université Gaston Berger de Saint-Louis et réaliser mon rêve de chercheur. N'étant pas au courant de ma sélection pour la thèse, je suis venu à UGB juste au lendemain de la date de clôture des inscriptions mais le Pr. NIANG s'est battu pour qu'on m'accepte à l'université. Il a adressé une lettre au recteur qui a émis un arrêté à ma faveur. Pr. Abdoulaye, un homme de biens qui ne peut jamais faire du mal à une personne. Grâce à sa sagesse et son humilité, il me semble dormir dans les rencontres scientifiques mais dès qu'il prend la parole c'est la connaissance qui est diffuse, la vraie science. C'est ainsi comme le dit un proverbe Pulaar (« So maayo heewi deeyat ») « le fleuve, lorsqu'il est rempli, reste toujours calme », pour dire ainsi un savant apparaît toujours comme un vieillard. Car, le vieillard, il dort sans fermer les yeux. Il vous semble regarder au dormir et dès que vous le réveiller, il émet toujours de la connaissance que vous ignorez. Vive mon professeur ! Que Dieu vous accorde la santé de fer et une longue vie !

Serigne Fallilou DIAW du bureau du courrier de l'UFR LSH de l'université Gaston Berger de Saint-Louis. C'est lui qui a accepté que je dépose mon dossier de candidature sous réserve parce que celui-ci étant incomplet de la lettre d'un professeur qui s'engage à diriger ce présent travail, M. DIAW a accepté de prendre mon dossier parce que le Pr. NIANG était en déplacement à Paris pour deux semaines et au moment même de son retour, il se trouve que le dépôt est déjà clôturé. Au retour du Pr. NIANG qui a accepté par conséquent de diriger cette thèse, j'ai remis la lettre d'engagement de celui-ci à M. DIAW afin que le dossier soit complet. Merci M. DIAW que la bénédiction divine soit avec vous !

Pr. Paul DIEDHIOU qui a toujours accepté de m'accompagner dans mes recherches. C'est lui qui a encadré mes mémoires de maîtrise et de DEA depuis l'université Cheikh Anta Diop de Dakar. Pendant, mon mémoire de maîtrise, il a mis à ma disposition une documentation qu'il a

commandée depuis les États-Unis. Grâce à sa rigueur scientifique et sa bonté, il m'a également apporté beaucoup d'orientation pour cette thèse malgré la distance qui nous sépare. Je ne peux pas parler de sociologie sans évoquer son nom. Merci mon Pr., santé de fer et longue vie à vous !

Dr. Antony BILLAUD qui m'a apporté ses lectures orientations

Tous les professeurs du département de sociologie de l'université de Cheikh Anta Diop de Dakar qui ont participé à ma formation.

Tous les professeurs de l'université Gaston Berger de Saint-Louis qui ont participé aux séminaires de notre laboratoire URIC.

Thierno DIALLO (faux Imam), mon ami, doctorant en économie du laboratoire SERGE UGB qui m'a initié au logiciel STATA.

Mon cousin Thierno Malick NDIAYE qui m'a accueilli chez lui pendant tout mon séjour à Sanar.

Aya NDIONGUE (BARRO), doctorant en économie (laboratoire SERGE UGB) qui m'a donné un coup de main pour la mise en forme de ce document.

Joseph NDAW, doctorant en mathématiques (laboratoire LERSTAD) qui intervient à chaque fois que ma machine a des problèmes techniques.

SOMMAIRE

<i>IN MEMORIAM</i>	i
DÉDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
SOMMAIRE.....	v
LISTES DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES GRAPHIQUES	xii
LISTE DES SCHÉMAS.....	xiv
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE :	6
CADRES THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE.....	6
CHAPITRE I : L'ÉTAT DE LA QUESTION	7
I.1. La santé, une urgence mondiale	7
I.2. L'accroissement démographique	16
I.3. Les politiques de population	21
I.4. Les politiques du Sénégal après Alma-Ata	28
I.5. Les dispositifs institutionnels et politiques	30
I.6. Les limites d'Alma-Ata	33
I.7. Le dialogue sourd entre médecin, anthropologue et sociologue	38
CHAPITRE II : LES ASPECTS THÉORIQUES DE LA RECHERCHE	46
II.1. Revue critique de la littérature	46
II.2. Problématique	85
II.3. Objectifs de recherche	89
II.4. Hypothèse :	90
II.5. Élaboration et opérationnalisation des concepts	90
II.6. Modèle théorique	98
II.7. Approche épistémologique	99
CHAPITRE III : CADRE MÉTHODOLOGIQUE	103
III.1. Les méthodes de la recherche	104
III. 2. Les techniques de collecte de données	105

III.3. Les outils de collecte de données	108
III.4. La collecte de données.....	109
DEUXIÈME PARTIE :	114
CADRE D'ÉTUDE	114
CHAPITRE IV : PRÉSENTATION DU SÉNÉGAL ET APERÇU SUR LA SITUATION SANITAIRE.....	115
IV.1. Présentation du Sénégal	115
IV.2. Aperçu sur la situation sanitaire	122
IV.3. L'utilisation des médicaments illicites	135
IV.4. La médecine traditionnelle	145
CHAPITRE V : LA DÉCENTRALISATION SANITAIRE	155
V.1. Les différentes politiques axées sur la décentralisation sanitaire.....	159
V.2. La structuration sanitaire à type pyramidale.....	165
V.3. Le Fonds de Dotation de la Décentralisation.....	167
V.4. La couverture risque maladie	171
V.5. Les régimes non contributifs.....	171
V.6. Les régimes contributifs	174
V.7. Les régimes contributifs volontaires	175
V.8. La coopération décentralisée.....	177
CHAPITRE VI : LA PRÉSENTATION DES LIEUX D'ÉTUDE	181
VI.1. Dakar, une région attractive.....	181
VI.2. La santé.....	186
VI.3. Présentation de l'hôpital Aristide Le DANTEC	196
VI.4. Ressources humaines.....	199
VI.5. Présentation du service de néphrologie	200
VI.6. Présentation de l'hôpital Abass NDAO	204
VI.7. Ressources humaines.....	206
VI. 8. Présentation du centre Marc Sankalé.....	207
TROISIÈME PARTIE :	210
PRÉSENTATION, ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	210
CHAPITRE VII : LES HABITUDES SOCIO-CULTURELLES	211
VII.1. Les comportements alimentaires	211
VII.2. L'activité physique et socio-professionnelle	226
VII.3. Les représentations sociales des patients sur les maladies	229

VII.4. Les itinéraires thérapeutiques des patients	241
CHAPITRE VIII : LA PRISE EN CHARGE DE L'ÉTAT	255
VIII.1. Les processus de prise en charge de l'insuffisance rénale et le diabète.....	255
VIII.2. Le déroulement des soins aux seins des hôpitaux.....	261
VIII.3. L'impact des lenteurs administratives sur les soins	268
VIII.4. Les contraintes liées à l'accès des soins	273
CHAPITRE IX : L'ENVIRONNEMENT SOCIO-SANITAIRE DES PATIENTS	290
IX.1. Les relations entre patients et corps médical	290
IX.2. L'impact comportemental des patients et de leur l'entourage familial sur la maladie	297
IX.3. Le syncrétisme des pratiques sanitaires	307
IX.4. Les relations entre patients eux-mêmes et associations de soutien sanitaire .	310
CONCLUSION	316
INDEX DES TERMES UTILISÉS.....	322
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	324
ANNEXE.....	337
TABLE DES MATIÈRES	401

LISTES DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ADSP : Actualité et Dossier en Santé Publique

ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

BTP : Bâtiments et Travaux Publics

CETRI : Centre Tricontinental

CEPED : Centre Population et Développement

CMU : Couverture Maladie Universelle

DCI : Dénomination Commune Internationale

DHS : Demographic and Health Surveys

DPCA : Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire

DPCC : Dialyse Péritonéale Continue Cyclique

CPN : Consultation Prénatale

CPON : Consultation Post Natale

DPP : Déclaration de la Politique de Population

EDHS : Enquête Démographique de l'Habitat du Sénégal

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EPS : Établissement Public de Santé

FID : Fédération Internationale du Diabète

FMI : Fond Monétaire International

GRIPPS : Groupe international de Partenaires Population Santé

IB : Initiative de Bamako

IMC : Indice de Masse Corporel

ISF : Indice Synthétique de Fécondité

MT : Maladies Transmissibles

IRA : Insuffisance Rénale Aigue

IRC : Insuffisance Rénale Chronique

MSF : Médecin Sans Frontière

MNT : Maladies Non Transmissibles

MSPM : Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de Santé

ONG : Organisation Non Gouvernemental

ONU : Organisation des Nation Unies
ONUDC : Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime
PAD : Personnes Atteintes du Diabète
PAS : Politique d'Ajustement Structurel
PAMP : Plan d'Action Mondiale pour la Population
PDEF : Programme de Développement de l'Éducation et de la Formation
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PMI : Programme de Protection Maternelle et Infantile
PND : Produit National Brut
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
UIESP : Union Internationale pour l'Etude scientifique de la Population
SND : Société des Nations Unies
SNERS : Système National d'Évaluation des Rendements Scolaires
SSP : Soins de Santé Primaires
SST : Soins de Santé Traditionnelle
SRSD : Service Régional de la Statistique et de la Démographie
TT : Thérapeute Traditionnel
WDF : World Diabeties Federation

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Espérance de vie à la naissance dans quelques pays d'Asie en 1990-95 (en années).....	p.12
Tableau 2 : l'espérance de vie à la naissance dans le monde	p.15
Tableau 3: Évolution de la population mondiale par grandes régions à différentes dates.....	p.19
Tableau 4: Taux d'urbanisation des principales régions du monde (en %)......	p.21
Tableau 5: Budget approuvé de l'OMS (en milliers de dollars des États-Unis) et taux d'exécution, par objectif stratégique, au 31 décembre 2009.....	p.32
Tableau 6 : Niveau et tendance de la population du Sénégal entre 1976 et 2013.....	p.115
Tableau 7 : Les compétences transférées en matière de santé aux collectivités locales à partir de1996.....	p.161
Tableau 8 : Les indicateurs de couverture sanitaire des populations de Dakar	p.187
Tableau 9 : Situation des ressources humaines des EPS 3 de la région de Dakar	p.188
Tableau 10 : Populations cibles prioritaires de la région par district Dakar	p.190
Tableau 11 Résultats PEV dans la région.....	p.193
Tableau 12 : La répartition des patients selon le type de maladie	p.212
Tableau 13 : Consommation du café des patients avant la maladie	p.215
Tableau 14 : Consommation du thé des patients avant la maladie	p.218
Tableau 15: Consommation d'autres boissons sucrées avant la maladie	p.221
Tableau 16: Les plats de consommation habituelle des patients avant leur maladie	p.224
Tableau 17 : Rapport origine de la maladie et antécédent familial.....	p.232
Tableau 18: Représentations sociales sur l'origine de la maladie par rapport à la prise d'autres boissons sucrées	p.236
Tableau 19: Croyances aux médicaments traditionnels selon le type de maladie	p.239
Tableau 20 : Rapport de la prise de médicaments sans prescription médicale et le type de maladie.....	p.244
Tableau 21 : Les différents types d'analyse soumis aux insuffisants rénaux chroniques...p.263	
Tableau 22 : Les types de radiographie chez patients hémodialysés	p.263
Tableau 23: Type de médicaments prescrits chez les patients hémodialysés	p.264
Tableau 24 : Répartition de RV des hémodialysés dans la semaine	p.265
Tableau 25: Configuration de la consultation et ses coûts	p.268

Tableau 26: L'accès aux soins dans les hôpitaux par rapport à la situation matrimoniale des patients	p.274
Tableau 27 : Rapport entre coûts des soins à l'hôpital et contraintes économiques à l'achat des médicaments	p.276
Tableau 28 : Contraintes économiques des patients par rapport aux types de maladie	p.279
Tableau 29 : Situation professionnelle des patients par rapport aux contraintes économiques devant les soins	p.282
Tableau 30 Coûts des soins des patients à l'hôpital par rapport à leur situation matrimoniale	p.285
Tableau 31: Répartition des patients selon les contraintes économiques de l'achat des médicaments par rapport à la fréquentation des thérapeutes traditionnels	p.287
Tableau 32: Contraintes économiques par rapport à la prise en compte du régime alimentaire	p.298
Tableau 33 Liste des remèdes traditionnels utilisés par les patients	p.370

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Évolution de la population du Sénégal de 1960 à 2008.....	p.27
Graphique 2: Évolution de la population future du Sénégal de 2005 à 2032.....	p.28
Graphique 3: Taux d'urbanisation selon la région en 2013.....	p.117
Graphique 4: L'évolution du budget de la santé du Sénégal 2000 -2013	p.127
Graphique 5: L'antécédent familial dans l'affection de la maladie.....	p.212
Graphique 6: Répartition des patients selon le sexe	p.213
Graphique 7 : Tendence de la consommation du café avant la maladie.....	p.216
Graphique 8 : Tendence sur la consommation du thé avant la maladie	p.219
Graphique 9: Tendence sur la consommation des autres boissons sucrées avant la maladie.....	p.222
Graphique 10 : Fréquence de consommation des plats habituels des patients avant la maladie	p.225
Graphique 11 : Tendence de l'activité sportive sur la maladie	p.227
Graphique 12: Répartition des patients selon l'activité socio-professionnelle	p.228
Graphique 13 : Tendence de la thérapie fréquentée des patients selon la représentation sociale sur l'origine de la maladie	p.230
Graphique 14 : Représentations sociales sur l'origine de la maladie par rapport à l'antécédent familial.....	p.234
Graphique 15 : Effet des représentations sociales sur l'origine de la maladie par rapport à la consommation des boissons sucrées	p.237
Graphique 16: Croyance aux médicaments de la thérapie traditionnelle par rapport aux types de maladies	p.240
Graphique 17 : Le motif à l'automédication	p.242
Graphique 18 : Type de médicaments pris dans l'automédication	p.243
Graphique 19 : Rapport de la prise de médicaments sans prescription médicale et le type de maladie	p.245
Graphique 20 : Tendence sur les itinéraires thérapeutiques abordés par les patients.....	p.247
Graphique 21 : Les manières de fréquentation aux thérapies traditionnelles	p.248
Graphique 22 : La disposition des patients par rapport au recours des thérapies traditionnelles	p.249

Graphique 23 : Configuration des indications des thérapies traditionnelles	p.250
Graphique 24 : Niveau d’instruction des patients par rapport au recours des thérapies traditionnelles.....	p.251
Graphique 25 : Recours des patients aux thérapies traditionnelles par rapport à leur situation matrimoniale.....	p.252
Graphique 26 : Classification des thérapies traditionnelles par ordre de fréquentation.....	p.253
Graphique 27 : L’accès aux soins dans les hôpitaux par rapport à la situation matrimoniale.....	p.275
Graphique 28 : Coûts des soins à l’hôpital par rapport aux contraintes économiques à l’achat des médicaments	p.277
Graphique 29 : Contraintes économiques des patients par rapport aux types de maladies ...	p.280
Graphique 30 : Situation professionnelle par rapport aux contraintes économiques des soins patients.....	p.283
Graphique 31 : Contraintes empêchant les patients de suivre régulièrement les soins à l’hôpital.....	p.286
Graphique 32 : Contraintes économiques à l’achat des médicaments par rapport à la fréquentation des thérapeutes traditionnels	p.288
Graphique 33 : Contraintes économiques par rapport à la prise en compte du régime alimentaire par la famille	p.299
Graphique 34 : Le vécu des patients par rapport à la non prise en compte du régime alimentaire par leurs familles.....	p.300
Graphique 35 : La consommation des aliments interdits chez les patients	p.302
Graphique 36 : Genre de soutien familial bénéficié par les patients	p.303
Graphique 37 : Représentations sociales des patients par rapport à leurs situations au sein de leurs familles	p.305
Graphique 38 : Situation psychologique des patients	p.306
Graphique 39 : La combinaison d’autres soins avec ceux de la biomédecine.....	p.308
Graphique 40 : Le motif du choix des traitements dans le syncrétisme des soins.....	p.309

LISTE DES SCHÉMAS

Schéma 1 : Le cheminement de la santé après Alma-Ata.....	p.45
Schéma 2 : Opérationnalisation des concepts	p.97
Schéma 3 : La disposition hiérarchique du service de néphrologie.....	p.202
Schéma 4 : La structuration du service de néphrologie	p.203
Schéma 5 : La disposition hiérarchique du centre.....	p.209

INTRODUCTION

Depuis la Déclaration d'Alma-Ata de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui prônait le slogan «la santé pour tous en l'an 2000 », les politiques sanitaires, partout ailleurs qu'en Afrique, sont accentuées sur les maladies transmissibles. Celles-ci, connues par ses ravages macabres, ont soulevé une lutte mondiale pour le développement et l'épanouissement de l'être humain dans un monde meurtri où aucun des pays n'est épargné des pandémies internationales dont la contamination est liée au phénomène de la migration. La santé devient ainsi un droit fondamental (l'accès au médicament, un droit fondamental de l'Homme)¹ que tous les peuples doivent avoir sans exception de races, de cultures ou de continents. Pour atteindre cet objectif, l'OMS, avec l'appui des pays du Nord, développe un programme appelé SSP (Soins de Santé Primaires). Celui-ci soutenu par des industries pharmaceutiques, les médicaments deviennent accessibles dans les pays du Sud. Avec la gratuité des soins et l'intégration de la MT (Médecine Traditionnelle) dans de la biomédecine une nouvelle tournure apparaît à travers une crise dans les services publics de santé africains.

Entre 1978 et 1986, le nombre des consultations enregistrées dans les services publics de santé sénégalais a baissé de 83% et celui des journées d'hospitalisation de 67,3%. Au Burkina, le budget de la santé a chuté de 25,8% entre 1983 et 1990 en francs constant, alors la population croissant de près 15%²

Ceci est dû non seulement à l'intégration des systèmes de soins traditionnels mais également à la prolifération des cliniques privées et la libéralisation du médicament³. Le développement du secteur commercial grandissant ouvre la porte au marché parallèle de médicaments dans les années 80 où apparaissent les défaillances du système de santé publique des pays du Sud avec l'implication de certains de ses professionnels dans l'écoulement des produits pharmaceutiques offerts dans le cadre des Soins de Santé Primaire (SSP). Car, « *la logique commerciale s'est donc implantée au sein même du secteur public de santé* »⁴. Ainsi,

¹ Cf. Baimanai Angelain PODA, *La mise sur le marché et la distribution du médicament en Afrique noire francophone : réflexions à partir des exemples du Burkina Faso et du Sénégal*, Paris, L'Harmattan, 2015.

² Amadou KOITA et Joseph BRUNET-JAILLY cité par Jean-Pierre UNGER, (La santé en Afrique) «Des solutions de rechange existent en Afrique », in *Le Monde diplomatique* 1980-2000 sur CD-ROM.

³ Dans les années 1970, apparaissent les médicaments dits « essentiels » pour permettre aux pays du Sud d'acquérir à un certain nombre de médicaments peu coûteux pour la santé de leurs populations. À partir des années 1980, se développent, selon Carine BAXERRES, des médicaments génériques un peu partout dans le monde, dans le but notamment d'approvisionner le secteur public en médicaments essentiels peu coûteux. Cette époque correspond à un développement dans les pays « émergents » une industrie pharmaceutique autochtone. Elle se base sur le « learning by copying » qui permet la production locale de médicaments génériques de bons marchés à travers la « reverse engineering » technique.

⁴ Maurice CASSIER, Préface du livre de Carine BAXERRES, *Du médicament informel au médicament libéralisé. Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2013, p.3.

le recouvrement des soins lancés par l'Initiative de Bamako et les Politiques d'Ajustement Structurel (PAS) ont engendré le désengagement de l'État à assumer son rôle dans la continuité de la gratuité des soins de santé publique. À cela s'ajoute la commercialisation des médicaments contrefaçons dans le marché informel où les médicaments sont vendus à des prix imbattables.

L'accès facile à ces médicaments conduit beaucoup de patients à emprunter cette voie même si certains d'entre eux ignorent les risques immenses que cela peut engendrer. Au Sénégal, la naissance des circuits parallèles de vente de médicaments, la fréquence des tradithérapeutes ont fait que les structures de santé publique n'ont plus le monopole des soins de la population. Par ailleurs, la revalorisation de la Médecine Traditionnelle s'est soldée par la cristallisation de recourt des populations aux remèdes coutumiers et un syncrétisme de soins des deux médecines (biomédecine et médecine traditionnelle) avec l'affirmation progressive des guérisseurs dans le champ de la santé. Le rattachement des individus à certaines de leurs valeurs culturelles (sorcellerie, maraboutage...) constitue un moteur principal des retards des personnes affectées dans la fréquentation des structures de santé.

Car, on note que la croyance très forte au mysticisme et à des choses invisibles qui ne peuvent être expliquées par la raison restent encore aujourd'hui une réflexion fortement ancrée dans la mentalité africaine en général et du sénégalais en particulier. Ceci peut être lié à des situations conjoncturelles difficiles ou à des maladies que la société n'arrive pas à trouver des solutions et à expliciter clairement. C'est ainsi que devant ces moments d'inquiétude ou de bouleversements la plupart des gens consultent les féticheurs et voyants afin que ceux-ci puissent les indiquer des recommandations dans le but de s'en sortir facilement.

En effet, au lendemain d'Alma-Ata, le recul des maladies contagieuses s'est nettement senti en Afrique au sud du Sahara. Les progrès de la santé ont donné naissance à une augmentation de longévité de vie des populations et de sa croissance démographique très rapide engendrant ainsi l'exode rural pour la recherche de survie dans les grandes villes. Le peuplement urbain a engendré un changement de comportements physico-alimentaires et des habitudes socioculturelles favorisant le développement de nouvelles maladies dites chroniques. Il est important aussi de souligner que les mauvais comportements devant la préparation des aliments n'est pas à négliger. On assiste maintenant à toute sorte de mélanges d'ingrédients dans les plats de la restauration qui sont hostiles, semblent-ils, au bon fonctionnement de l'organisme.

Ces mélanges sont souvent un ornement pour une simple beauté des plats. Les produits OGM (organisme génétiquement modifié) et l'infiltration des produits chimiques sont presque devenus inévitables dans la consommation des populations. De plus, l'augmentation de la population par rapport à la capacité d'accueil des institutions de santé a fait que bon nombre de malades sont éconduits par les hôpitaux publics à cause d'un manque considérable de lits. D'ailleurs, c'est ce qui a nourri beaucoup de réflexions sur l'inexistence même des systèmes de santé publics fiables⁵ de la part de certains chercheurs en sciences sociales.

De ce fait, à travers cette situation complexe, nous avons constaté qu'au Sénégal, les maladies chroniques telles que l'insuffisance rénale et le diabète ne bénéficient pas autant de privilèges des politiques de santé que les pathologies contagieuses. Elles affectent de plus en plus les populations et continuent d'en faire des victimes. C'est pourquoi, cette présente étude s'intéresse aux dynamiques socioculturelles et le traitement des maladies non transmissibles aux seins des hôpitaux Aristide le Dantec et Abass Ndao uniquement pour le cas des deux pathologies citées-dessus.

En effet, notre étude intervient au moment où l'insuffisance rénale et le diabète ont connu un essor considérable⁶ chez la population sénégalaise aussi jeune qu'adulte et les difficultés que rencontrent ces patients aux seins des structures de soins. Malgré les problèmes que les patients rencontrent devant les structures de santé avec la gratuité récemment des soins de l'insuffisance rénale, les politiques sanitaires des maladies tels que le sida⁷ et le paludisme ont connu, depuis longtemps, une grande avancée sur ces premières dans la prise en charge médicale. Et pourtant l'insuffisance rénale, aussi grave que ces dernières, est très mal connue du grand public et ne suscite pas beaucoup d'attention de la part des populations et le monde des médias.

Le diabète, une des causes de l'insuffisance rénale, continue de tuer silencieusement ses affectés. C'est pourquoi, nous avons décidé de mener une étude socio-anthropologique afin de saisir l'ampleur socio-économique des maladies qui ne cessent de faire des ravages. Ainsi, les différentes représentations sociales faites autour de la maladie afin de mieux comprendre les principales causes liées à ces affections. Notre recherche est destinée également à avoir une meilleure connaissance de la prise en charge médicale et les habitudes socioculturelles des

⁵ Cf., Jacques Le Goff, *La défaite de la santé publique*, Paris, Flammarion, 1996.

⁶ Au Sénégal, on parle de plus de 650.000 souffrants de la maladie rénale et de 720 000 diabétiques.

⁷ Cf., Alice DESCLAUX et Bernard TAVERNE, *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Karthala, Collection Médecines du monde, 2000, in <http://classiques.uqac.ca/>, 28 mars 2017 à 8h 30.

patients. Autrement dit, elle tente de comprendre les comportements, de décrire et d'analyser l'itinéraire thérapeutique des malades, leurs perceptions, les relations soignants-soignés et leur environnement socio-sanitaire.

En fait, cette thèse est divisée en trois parties portant respectivement sur les cadres théorique et méthodologique dans un premier temps, la présentation du cadre d'étude dans un deuxième temps et enfin la présentation, analyse et interprétation des résultats dans un troisième temps. Elle comprend neuf chapitres :

- Le premier chapitre intitulé l'état de la question décrit la situation mondiale qui s'est posée dans les années 70, les politiques de santé qui s'en ont suivi, le cheminement de la situation sanitaire dans lequel le monde se trouve aujourd'hui.
- Le deuxième chapitre porte sur les aspects théoriques de la recherche notamment la revue critique de la littérature, la problématique, les objectifs, les hypothèses, l'élucidation et l'opérationnalisation des concepts, le modèle théorique et l'approche épistémologique.
- Le troisième chapitre qui, est le cadre méthodologique, comporte les méthodes, les techniques, les outils et la collectes des données qui ont permis la réalisation de cette présente étude.
- Le quatrième chapitre qui, correspond à la présentation du Sénégal et l'aperçu de sa situation sanitaire, procède d'abord à la connaissance de sa géolocalisation, sa démographie, sa socio-culture, son éducation et son économie. Ensuite, le contexte et les inégalités sanitaires dans lesquels le pays se trouve actuellement. Et enfin, l'utilisation des médicaments illicites et la position qu'occupe la médecine traditionnelle dans le traitement des maladies.
- Le cinquième chapitre intitulé la décentralisation sanitaire décrit les différentes politiques sanitaires, la structuration sanitaire du Sénégal qui est constituée en type pyramidal, les Fonds de Dotation de la Décentralisation (FDD), la Couverture Risque Maladie (CRM), les régimes non contributifs, les régimes contributifs, les régimes contributifs volontaires et la coopération décentralisée.
- Le sixième chapitre qui, se porte sur la présentation des lieux, décrit la région de Dakar et sa position stratégique, la santé à travers ses infrastructures sanitaires de hauts niveaux, la présentation des hôpitaux Aristide Le Dantec et Abass Ndao, les lieux d'étude où se sont déroulées les enquêtes pour cette thèse notamment le

département de néphrologie et le centre Marc Sankalé ainsi que leurs ressources humaines respectives.

- Le septième chapitre intitulé les habitudes socioculturelles décrit et analyse les comportements alimentaires des patients, leur activité physique et socio-professionnelle, leurs représentations sociales sur les maladies auxquelles ils souffrent et les itinéraires thérapeutiques qu'ils ont abordés.
- Le huitième chapitre qui, porte sur la prise en charge de l'État, examine et analyse les processus de prise en charge de l'insuffisance rénale et le diabète, le déroulement des soins aux seins des hôpitaux, l'impact des lenteurs administratives sur les soins ainsi que les contraintes liées à l'accès de ces derniers.
- Le neuvième chapitre, enfin le dernier, intitulé l'environnement socio-sanitaire des patients, procède à la description et à l'analyse les relations existantes entre soignants-soignés, l'impact comportemental des patients et leur entourage familial sur les maladies auxquelles ils souffrent, le syncrétisme de pratiques sanitaires auquel ils se rabattent pour régler ce problème ainsi que les relations existantes entre les patients eux-mêmes et les associations qui les soutiennent.

PREMIÈRE PARTIE :
CADRES THÉORIQUE ET
MÉTHODOLOGIQUE

CHAPITRE I : L'ÉTAT DE LA QUESTION

I.1. La santé, une urgence mondiale

Convoquée en 1978, la conférence d'Alma-Ata, est l'une des premières rencontres qui a su mobiliser 134 pays et 67 organisations non gouvernementales afin de venir en aide à un monde qui doit faire face à des grandes épidémies mortuaires dans des disparités socioéconomiques assez importantes. Réunie en urgence dans un contexte de guerre froide, Alma-Ata, met la synergie entre les pays capitalistes et ceux communistes à une même ambition de réduire les inégalités en matière de santé entre les pays et en leur sein pour contribuer à la réalisation de l'objectif commun « la santé pour tous en l'an 2000 ». Les soins de santé primaires (SSP) ont été définis comme étant des «soins de santé essentiels » accessibles à tous. Ces soins de santé primaires reposent essentiellement sur huit éléments : une éducation concernant les problèmes de santé, une nutrition adéquate, des soins de santé maternelle et infantile, des mesures d'assainissement de base, un approvisionnement suffisant en eau salubre, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et blessures courantes, et la fourniture de médicaments essentiels.

La Déclaration d'Alma-Ata appelle les gouvernements à élaborer des politiques nationales visant à introduire les soins de santé primaires dans leur système national de santé. Elle insiste sur l'importance des soins de santé communautaires qui reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays. Ce modèle permettrait de « rapprocher le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent »⁸ en leur permettant de se faire traiter par des agents de santé communautaires, des infirmières et des médecins dûment préparés. Un tel modèle devrait également favoriser l'autosuffisance des individus au sein d'une communauté et leur participation à la planification et au fonctionnement des programmes de soins. Des systèmes d'aiguillage viendraient compléter la gamme de soins en offrant des services complets aux personnes qui en ont le plus besoin – les plus pauvres et les plus marginalisées.

En effet, Alma-Ata est venue au moment où les grandes endémies (la méningite, le choléra, la rougeole, le paludisme, la tuberculose, les maladies diarrhéiques...) déciment le monde alors que les écarts économiques persistent entre les pays riches et les pays pauvres. Ces

⁸ <http://www.unicef.org/french/sowc09/docs/SOWC09-Encadres-2.2-FR.pdf>, consulté, le 10, septembre, 2014 à 10 h 08.

grandes maladies ont fait des ravages aussi bien en Afrique qu'ailleurs dans le monde. Cette conférence s'est déroulée également, selon Sala-Diakanda⁹ au moment où presque toutes les économies du monde étaient secouées par la crise de l'énergie de 1973. C'est aussi à cette époque-là que le rapport du *Massachusetts Institute of Technology* sur les limites de la croissance a été publié. La mortalité maternelle et infantile est aussi élevée dans un contexte de précarité avancée à un certain moment. L'espérance de vie est également faible dans presque tous les pays à un tel point qu'on estime qu'elle (l'espérance de vie) est très basse dans les pays pauvres et se situe entre 25 et 35 ans. De ce constat, John CALDWELL et Pat CALDWELL soulignent que :

(...), le taux brut de mortalité pour 1974 et la première moitié de 1975 était très élevé, atteignant trois fois les valeurs de 1971-1973 et 2,6 fois celles de 1969-1970. Il expliquait cette augmentation par une épidémie de méningite cérébro-spinale, maladie qui se développe plus facilement dans les populations affaiblies que dans celles en bonnes santé, et qui a tué à Tudu un quart des enfants âgés de 1 à 4 ans. Cet excédent de décès, non directement dû aux privations engendrées par la famine, mais plutôt à la phase suivante des épidémies, doit tout de même être mis sur le compte de la famine, bien que l'expérience de Tudu ne soit pas vraiment typique. Si nous comparons le taux de mortalité de la période allant du début 1971 au milieu de 1975 à la mortalité moyenne de 1969-1970, on enregistre une augmentation d'un tiers et si l'on compare cette même période avec 1973, l'augmentation est presque du triple.¹⁰

Cette citation illustre comment les populations affaiblies sont décimées par une épidémie contagieuse avec une augmentation d'un taux de décès croissant. Dans ces cas de maladies, les enfants payent la plus lourde tribu parce qu'ils constituent une cohorte la plus vulnérable de la population. Il est important de noter que l'épidémie parfois au moment de son passage dans une famille prend tous les enfants. La zone sahéenne semble être l'endroit où les populations sont plus touchées. Ils considèrent que si les populations sahéennes les plus exposées (probablement environ 15 millions de personnes) ont connu la même augmentation de mortalité pendant ces quatre années et demi, l'excédent des décès serait proche d'un demi-million, soit près de 3% de population (comparée à 4,5% en Chine en 1959-1961). Entre ces deux périodes le taux d'accroissement naturel a subi une nette diminution en passant de 3,5 à 2,0% entre 1974 et 1975. Cette baisse exposée à l'ensemble de la population sahéenne est estimée à un an et demi.¹¹

⁹ Cf., D. -M. Sala DIAKANDA, « De l'émergence de politique de population en Afrique » in *Politique Africaine* N°44 : Politique de population, Paris, Karthala, 1990, pp.37-48.

¹⁰ John CALDWELL, Pat CALDWELL, « Famine et mortalité en Afrique » in *Mortalité et société en Afrique au Sud du Sahara* sous la direction de Gilles Pison, Etienne Wan de WALLE et Mpembele Sala-DIAKANDA, Paris, PUF, 1989, p.369.

¹¹ *Ibid.*, p.369.

On peut dire que la conférence d'Alma-Ata s'est essentiellement inspirée des systèmes de politiques sanitaires de différents pays tels que la Chine, le Viêt-Nam, le Cuba, le Costa-Rica... qui ont compris que la santé ne dépend pas seulement des infrastructures comme le pensaient la plupart des pays industrialisés. La Chine est parvenue avec ses « pieds nus » à dominer certaines maladies depuis longtemps. PENG FEI, Philippe WANNER et Michel LORIAUX écrivent que :

Depuis près de 50 ans, la Chine a connu un progrès remarquable en matière de soins de santé qui a eu certainement un effet sur la baisse de la mortalité, et plus particulièrement sur la baisse de la mortalité infantile. Les pouvoirs publics ont été largement impliqués dans cette évolution. Des moyens techniques, financiers et humains considérables ont été mobilisés tant sur le plan national que local pour promouvoir les soins de santé. Au début des années 1950, la priorité a été donnée aux mesures de prévention et à l'éradication des principaux fléaux traditionnels (par exemple, les maladies contagieuses, les maladies liées à la consommation d'opium, les maladies vénériennes et la lèpre) : vaccination massive des enfants, campagnes en faveur de l'hygiène, assainissement de l'environnement (et éradication des nombreux parasites et insectes responsables de la transmission de maladies).¹²

Ces pays ont réussi à faire reculer beaucoup de maladies transmissibles au moment où elles continuent d'être la principale cause de mortalité dans d'autres. Cette conférence¹³ marqua une étape centrale dans le développement d'une conscience mondiale sur la nécessité d'une santé publique, mais elle eut des précédents et elle déboucha aussi sur des affirmations de plus en plus précises concernant le droit à la santé et sur des appels pressants à mobiliser les énergies pour qu'il devienne une réalité.

En Afrique, comme ailleurs dans le monde, on assiste à de grands efforts résultant d'une mobilisation de toute la communauté internationale en vue de dominer et de vaincre les épidémies, d'apporter de justice sociale, de réduire les inégalités devant la santé et de l'accès de tous aux soins de santé primaires nécessaires pour le développement des États. Les pays développés, les ONG et les bailleurs de fonds se sont tous mobilisés afin d'apporter leur expérience déjà acquise sur la lutte de certaines maladies infectieuses dans les pays riches. C'est ainsi que les politiques et la mise en application de ces politiques sont diffusées partout à travers les pays. Les médecins et personnels de santé sont formés, les médicaments distribués, les campagnes de vaccinations de grande envergure sont lancées, des structures sanitaires construites dans des localités qui étaient jusque-là dépourvues de toutes infrastructures, le culte

¹² Peng FEI, Philippe WANNER et al., « L'impact du système sanitaire sur les tendances de mortalité en Chine » p.4 in <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/sped/documents/WP12.pdf>, consulté le 17 septembre 2014 à 20 h 30.

¹³ www.cetri.be/spip.php?, consulté le 11 septembre 2014 à 08h 00.

de volontarisme en santé développé et la santé devient accessible à toutes les populations avec l'instauration des programmes de santé communautaire.

« En effet, lorsque les pays d'Afrique Subsaharienne ont acquis leur indépendance, seulement deux facultés de médecine existaient, l'une au Sénégal et l'autre à Madagascar. Maintenant tous les pays forment, dans leurs propres facultés, entre 100 et 300 médecins par an »¹⁴. Les collectivités locales sont responsabilisées et dotées de matériaux nécessaires pour l'application des SSP. Un monde nouveau vient d'être construit avec une médecine de proximité aux seins des populations. L'accessibilité universelle aux soins de santé primaires est l'objectif de tous les pays qui prônent le slogan la « santé pour tous en l'an 2000 ». La décentralisation du secteur sanitaire est en train de s'effectuer. On observe que les personnes les plus diminuées ont accédé à la santé, la mortalité et les maladies ont commencé à disparaître. De ce constat, l'OMS souligne que :

Dans l'ensemble, les populations sont en meilleure santé, plus prospères et vivent plus longtemps qu'il y a 30 ans ; si les enfants continuaient à mourir au même rythme qu'en 1978, on aurait enregistré 16,2 millions de décès d'enfants dans le monde en 2006. Or il y en a eu que 9,5 millions. Cette différence de 6,7 millions représente 18 329 vies d'enfants sauvées chaque jour. La notion jadis révolutionnaire de médicaments essentiels s'est banalisée. Des améliorations significatives sont intervenues en matière d'accès à l'eau, d'assainissement et de soins prénatals.¹⁵

Depuis, des améliorations considérables en santé sont marquées à travers le monde mais avec de profondes disparités surtout dans le domaine des grandes épidémies mortifères où la communauté internationale est parvenue à mettre la main mise sur elles dans certains pays. C'est pourquoi on note que :

Le 21^e siècle nous apporte la promesse d'une meilleure santé pour tous. Non seulement vivrons-nous plus longtemps mais en outre, nous jouirons d'une meilleure qualité de vie et serons moins exposés à un risque d'incapacité et de maladie. À l'approche du nouveau millénaire, les perspectives sanitaires n'ont jamais été aussi favorables pour la population mondiale.¹⁶

Cependant, la réapparition en 2014 du virus Ébola en Guinée et en Sierra Léone dont les victimes sont estimées auprès de 2000 morts vient relativiser cette assertion. Malgré l'épidémie d'Ébola, ce fut également un changement vers une transition sanitaire dans les pays pauvres et notamment en Afrique semblablement qu'en Asie. Quant à cette transition épidémiologique,

¹⁴ Dominique DESPLATS, « Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais ? L'expérience de Santé Sud auprès des médecins communautaires » in *Repères - Pansons le monde*, Paris, 1^{er} édition 2012, p.3.

¹⁵ *Rapport sur la Santé dans le Monde*, Les soins de santé primaires maintenant plus que jamais, 2008, p.6.

¹⁶ *Rapport sur la Santé dans le Monde*, 1998, p.1.

elle a commencé en Occident depuis longtemps. Selon Michel Garenne¹⁷, dans les pays comme la France, l'espérance de vie à la naissance est passée de moins de 45 ans en 1900, soit moins que la majorité des pays africains en 1990, à plus de 78 ans en 1999 (74,9 ans pour les hommes, et 82,3 ans pour les femmes). L'augmentation de l'espérance de vie a été assez régulière au cours du siècle, hormis les périodes de guerre. Elle a touché toutes les couches de la société, et a affecté tous les groupes d'âge, les gains absolus étant les plus forts chez les jeunes enfants.

Ainsi, la mortalité infantile en France est passée de 162‰ en 1990, un niveau supérieur de la majorité des pays africains actuellement, à moins de 5‰ en 1999. Cette baisse de la mortalité se retrouve dans tous les pays développés, ainsi que dans la plupart des pays en développement avec un certain décalage dans le temps. Dans les pays comme le Japon, elle a même été plus rapide que dans les pays européens, atteignant actuellement un niveau plus bas que les pays européens. On constate que les pays asiatiques ont connu une espérance de vie assez élevée à la naissance depuis les années 90.

¹⁷ Michel GARENNE et *al.*, « La transition sanitaire en Afrique Subsaharienne » in *Adsp* N° 30 mars 2000, p.26.

Tableau 1: Espérance de vie à la naissance dans quelques pays d'Asie en 1990-95 (en années)

Pays	Hommes	Femmes	Ensemble
Japon	76,4	82,4	79,5
Singapour	73,9	78,3	75,6
Corée du sud	67,3	74,9	70,9
Chine	66,7	70,5	68,4
Philippines	64,5	68,2	66,3
Inde	60,3	60,5	60,3

Source : Nations Unies (1999).

Après la lecture de ce tableau, nous constatons que la mortalité a diminué en favorisant une espérance de la vie à la naissance contrairement à l'époque de 1900 où l'espérance de la vie des pays comme l'Inde et la Chine se situait entre 25 et 35 ans selon Michel Garenne.

En effet, en Afrique, l'installation des colons a permis le développement des infrastructures sanitaires dans le continent. Pour, Michel GARENNE¹⁸, dès le début du vingtième siècle, des embryons de soins préventifs et curatifs modernes, d'abord dans les villes coloniales naissantes puis progressivement en milieu rural, appliquant avec plus ou moins de succès les recettes qui ont réussi en Europe. En milieu urbain, on construit des hôpitaux et des dispensaires, on s'attelle à l'approvisionnement en eau potable, à l'assainissement, et à la lutte contre les vecteurs des maladies tropicales (paludisme et fièvre jaune notamment). Les soins médicaux en milieu rural, selon lui, sont essentiellement assurés par les missions chrétiennes (catholiques et protestantes) à la suite d'accords passés entre les autorités coloniales et religieuses. À cela, il faut ajouter la lutte systématique contre certaines endémies particulièrement craintes par les colons en particulier la fièvre jaune, la trypanosomiase, et les

¹⁸ Michel GARENNE et *al.*, « La transition sanitaire en Afrique Subsaharienne » in *Adsp* N° 30 mars 2000, *Op.cit.*, p.27.

maladies sexuellement transmissibles. À partir de 1950 et jusqu'aux indépendances, l'État colonial investira un peu plus dans le secteur sanitaire, en formant des médecins et infirmiers locaux, en développant l'infrastructure, en installant de nouveaux programmes de protection maternelle et infantile (PMI). C'est aussi à cette époque que se développent les premiers grands programmes de vaccination, notamment contre la variole.

Si la plupart des pays industrialisés ont connu une transition sanitaire dès la seconde moitié du 19^e siècle, on peut dire que celle-ci a marqué son rayonnement dans les pays en voie de développement qu'après la conférence d'Alma-Ata. Ceci est dû aux grands financements et moyens investis dans le secteur de santé et la mobilisation internationale face aux épidémies contagieuses. Ces pays riches ont gagné non seulement cette transition sanitaire grâce à une lutte efficace contre les grandes épidémies dès le 18^e siècle, mais également à la mise en place d'une agriculture abondante pour faire reculer les disettes et le développement des voies de communication avec une libéralisation du commerce. Ainsi, France MESLE et Jacques VALLIN soulignent qu' :

Au milieu du XIXe siècle, l'espérance de vie atteint ou même dépasse 40 ans en Angleterre, dans les pays scandinaves, en France et aux Pays-Bas. Dans la seconde moitié du XIXe siècle, la transition sanitaire gagne l'Amérique du Nord puis le Japon, en même temps qu'elle s'étend, en Europe, au Sud et à l'Est. Ce n'est qu'entre les deux guerres mondiales qu'elle atteint l'Amérique latine et quelques pays d'Asie et du Moyen-Orient, et, finalement, seulement au lendemain de la seconde guerre mondiale qu'elle se généralise au reste du monde.¹⁹

Dans beaucoup de pays, on note que les maladies infectieuses ont disparu grâce à l'accessibilité facile aux soins de santé primaire ainsi qu'à l'accès de plus en plus propice des populations à l'alimentation de qualité et à une éducation à l'hygiène dans presque tous les pays. C'est pourquoi dans ses politiques pour l'appui au développement, la Banque Mondiale souligne : « *qu'aucun pays ne peut atteindre un niveau de développement durable ou réduire son niveau de pauvreté sans une population en bonne santé, bien nourrie et éduquée* ». ²⁰ Avec la mal nutrition l'homme devient vulnérable devant les maladies. À l'époque, les maladies sévissaient le monde pendant les crises liées à la sécheresse ou à la guerre.

Partout, dans les pays en voie de développement, on assiste au recul de la mortalité et à une forte évolution vers la transition sanitaire. Au Sénégal, selon Michel Garenne :

¹⁹ France MESLE et Jacques VALLIN, *La mortalité dans le monde : tendances et perspectives*, Paris, Les DOSSIERS DU CEPED N°30 INSTAPRINT S.A, 1995, p.6.

²⁰ « Sector Strategy: Health, Nutrition, Population », Human Development Network, the World Bank Group, 1997, cité par Marie-Odile Waty in « L'apport de la Banque mondiale dans la politique de santé des pays pauvres » in *Adsp* n° 30 mars 2000, pp.68-69.

*On estime la mortalité des jeunes enfants à 379‰ en 1950, 322‰ en 1970, 222‰ en 1980, 155‰ en 1990, et 121‰ en 1997, soit une baisse très régulière et remarquable, malgré une stagnation dans les années soixante, probablement due à un regain du paludisme.*²¹

Cette baisse progressive et régulière de la mortalité infantile certifie une domination très importante des États africains des grandes épidémies infectieuses en général et du Sénégal en particulier. La domination des politiques sanitaires sur les maladies fortement contagieuses a donné une évolution croissante de l'espérance de vie à la naissance à travers le monde. (Cf., tableau n 2)

Le recul de ces grandes maladies a redonné un espoir aux seins de nombreuses familles surtout en Afrique parce qu'ici les gens avaient l'habitude de faire beaucoup d'enfants non seulement pour que ces derniers puissent être actifs dans reproduction des cultures vivrières mais également lorsque ces épidémies passent, certains enfants auront la chance d'échapper. Cependant, il arrive souvent lorsque ces grandes maladies viennent, elles emportent deux à trois enfants, voire quatre ou cinq au sein d'une même famille mais parfois même aucun d'entre eux n'est emporté par ces pathologies transmissibles. Depuis la disparition des grandes épidémies, on assiste à une croissance massive des populations dans les pays en voie de développement. Ainsi, la régression de la mortalité va en concomitance avec l'espérance de la vie et l'augmentation de la population.

²¹ Michel GARENNE et al., « La transition sanitaire en Afrique Subsaharienne » in *Adsp* N° 30 mars 2000, *Op.cit.*, p.30.

Tableau 2: l'espérance de vie à la naissance dans le monde

Espérance de vie à la naissance dans le monde								
Par grande région, en années								
	1950 - 1955	1960 - 1965	1970 - 1975	1980 - 1985	1990 - 1995	2000 - 2005	2005 - 2010	Evolution 1950-2010
Europe	63,6	69,2	70,6	71,6	72,6	73,8	75,3	11,7
- Europe de l'Ouest	67,7	70,5	71,8	74,2	76,5	78,9	80,2	12,5
- Europe de l'Est	60,3	68,4	69,2	68,7	68,3	67,9	69,5	9,2
Amérique du Nord	68,6	70,2	71,4	74,5	75,8	77,4	78,4	9,8
Amérique latine et Caraïbes	51,4	56,9	61,0	65,2	68,9	72,1	73,4	22,0
Asie	42,2	46,3	57,7	62,1	65,4	68,8	70,3	28,1
- Asie de l'Est	46,2	46,5	65,3	68,6	71,0	74,5	75,5	29,3
- Asie du Sud	37,0	44,0	50,2	56,0	59,9	63,7	65,5	28,5
- Asie du Sud-est	44,0	51,3	55,9	61,7	65,9	68,9	70,3	26,3
- Asie centrale du Sud	37,4	44,5	50,7	56,4	60,1	63,8	65,5	28,1
- Asie de l'Ouest	42,6	50,2	57,1	62,6	67,5	71,1	72,2	29,6
Océanie	60,4	63,9	66,4	70,2	72,5	75,3	76,8	16,4
Afrique	37,4	42,3	46,5	50,6	51,7	52,9	55,6	18,2
- Afrique du Nord	42,4	48,6	53,2	59,9	64,6	67,2	68,3	25,9
- Afrique australe	44,7	49,7	53,5	58,3	62,0	62,2	61,9	7,2
- Afrique subsaharienne	36,2	40,7	44,7	48,3	48,9	50,0	52,9	16,7
Pays développés	64,7	69,4	71,1	72,8	74,1	75,6	76,9	12,2
Pays les moins développés	41,6	46,0	55,8	60,0	62,7	65,3	67,0	25,4
Monde	46,9	51,1	58,8	62,4	64,8	67,1	68,7	21,8

Source : Nations Unies - Division population, 2014

I.2. L'accroissement démographique

La transition démographique a fait naître un boom démographique dans le monde. Avec le recul de la mortalité infantile, on assiste partout dans les pays une espérance de vie plus importante. Ceci est dû à une croissance rapide des populations dans les pays en voie de développement en général et en Afrique en particulier. Estimée à 7,2 milliards d'habitants, la population mondiale devrait augmenter de près d'un milliard de personnes au cours des douze prochaines années, pour atteindre 8,1 milliards en 2025 et 9,6 milliards en 2050, selon un nouveau rapport des Nations Unies «Perspectives de la population mondiale : révision de 2012».²² L'Afrique au Sud du Sahara reste encore aujourd'hui l'une des zones du globe où le taux de fécondité reste le plus élevé au monde. Selon le Rapport, le Nigeria devrait dépasser les États-Unis avant 2050, pour rivaliser avec la Chine à la fin du siècle comme le deuxième pays le plus peuplé du monde. En 2100, plusieurs autres pays devraient compter des populations de plus de 200 millions d'habitants, à savoir l'Indonésie, la Tanzanie, le Pakistan, la République démocratique du Congo, l'Éthiopie, l'Ouganda et le Niger.

Le rapport montre également que plus de la moitié de la croissance de la population mondiale d'ici 2050 devrait se produire en Afrique. La population de ce continent pourrait ainsi plus que doubler d'ici 2050, passant de 1,1 milliard aujourd'hui à 2,4 milliards en 2050, pour atteindre 4,2 milliards d'ici 2100. Alors que la population du reste du monde devrait augmenter d'un peu plus de 10% entre 2013 et 2100, la population européenne devrait, quant à elle, diminuer de 14%, en raison d'une fécondité en dessous du taux de remplacement – 2,1 enfants par femme en moyenne – dans presque tous les pays européens. Enfin, le rapport indique que l'espérance de vie devrait augmenter dans les années à venir, poursuivant une tendance apparue au 20ème siècle lorsqu'elle était passée de 47 ans en 1950-1955 à 69 ans en 2005-2010. Au cours des 40 prochaines années, l'espérance de vie au niveau mondial devrait atteindre 76 ans en 2045-2050 et 82 ans en 2095-2100, conclut le rapport.

Cette croissance exponentielle de la population africaine s'explique par les grossesses précoces des jeunes filles généralement à l'âge de 13-14 ans et le fait aussi que dans cette zone la plupart des pays est à tendance dominés par les musulmans où la polygamie est souvent appliquée à une forte majorité. On peut noter également que les politiques liées à la planification familiale ne sont suivies qu'en minorité dans les grandes villes. Alors que cette pratique est

²² Source : Centre d'actualités de l'ONU

généralement suivie par les femmes instruites. D'ailleurs, c'est la raison pour laquelle le Rapport Mondial sur le Développement Humain PNUD 2011, souligne que :

L'éducation des femmes joue également sur le taux de fécondité. Une étude récente couvrant plus de 90 % de la population mondiale montre que les femmes qui n'ont jamais été scolarisées ont en moyenne 4,5 enfants, tandis que celles qui ne sont allées que pendant quelques années à l'école primaire en ont à peine 3 en moyenne ; ce chiffre tombe à 1,9 pour les femmes qui ont passé un ou deux ans dans le secondaire. Lorsque les femmes accèdent au marché du travail, s'installent à leur compte ou héritent d'actifs, leur souhait d'une famille nombreuse tend également à diminuer.²³

L'instruction des jeunes filles justifie leur retard à être données au mariage par les parents car la plupart des femmes mariées n'ont consommé leur premier mariage qu'à l'âge de 15 ans. Les filles qui sont à l'école maîtrisent le plus souvent les pratiques contraceptives contrairement à celles qui n'ont jamais fréquenté l'école. Alors, force est de reconnaître que la scolarisation des filles même si elle est prônée ces dernières années par les politiques, il est important de noter que l'alphabétisation de ces filles n'a pas encore atteint les résultats escomptés en matière de politique de population en Afrique au Sud du Sahara.

En effet, selon Benoît FERRY²⁴, la croissance annuelle de la population en Afrique subsaharienne restera demain la plus élevée dans le monde. Selon les estimations des Nations unies, elle est restée égale ou supérieure à 2,5 % par an de 1960-1965 à 2000-2005, et elle devrait être encore de 2,3 % en 2010-2015. Ainsi, les populations d'Afrique subsaharienne demeurent, et de loin, celles dont la fécondité reste aujourd'hui la plus élevée au monde. Proche de 7 enfants par femme en moyenne, des années 1950 aux années 1970, la fécondité a commencé à décliner lors de la décennie 1980 pour atteindre 6,1 enfants par femme en 1990-1995 et 5,5 enfants par femme en 2000-2005. Commencée plus tard que dans les autres régions, la diminution de la fécondité se poursuit à des rythmes très variables selon les pays. À partir d'un niveau pré-transitionnel élevé et relativement homogène de 6 à 8 enfants par femme dans les années 1960, exception faite de quelques pays fortement touchés par la stérilité (le Gabon par exemple), le déclin fut rapide en Afrique australe, dans certains pays insulaires et au Zimbabwe. Il a été plus lent dans une vingtaine d'autres pays, avec une baisse de un à moins de deux enfants par femme entre 1980-1985 et 2000-2005. La transition de la fécondité reste en outre très timide ou n'est pas encore amorcée dans une quinzaine de pays, pour la plupart

²³ PNUD, *Rapport mondial sur le développement humain*, 2011, p. 71.

²⁴ Benoît FERRY, *L'Afrique face à ses défis démographiques : Un avenir incertain*, Paris, Karthala, Collection Homme et Société, 2007.

situés en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. Par ailleurs, la diminution de la fécondité se révèle très inégale selon les catégories de population, beaucoup plus lente dans les populations rurales et celles faiblement instruites.

Ainsi, il est important de souligner que la transition démographique n'est pas encore en lieu dans cette région africaine. Car, la transition démographique est marquée par une diminution du taux de mortalité, une augmentation de l'espérance de vie et une diminution du taux de natalité. Ici, on constate que les grandes épidémies (maladies contagieuses) ont disparu et que le taux de mortalité a baissé avec une forte augmentation de l'espérance de vie mais le taux de natalité n'a pas encore baissé. Ce qui constitue alors le véritable problème en Afrique au Sud du Sahara. Selon Awa Coll-SECK :

(...), la situation en Afrique reste préoccupante ; en effet, l'indice synthétique de fécondité moyen des pays à faible développement humain est 5,2 en 1997 contre 2,1 dans les pays à développement humain élevé. Ces indices de fécondité varient de 3,3 en Afrique du sud à 6,8 au Malawi et 6,6 au Mali.²⁵

Ceci montre alors que le poids démographique est plutôt considérable en Afrique Subsaharienne. Le taux de fécondité, même si elle a baissé dans certains pays, il reste à noter que cette zone n'a pas encore connu la transition démographique à vrai dire au sens propre du terme. D'ailleurs, ce boom démographique a créé un déséquilibre profond entre villes et monde rural tout en affectant le système des institutions sanitaires et de la santé en général. C'est ce qui a poussé Didier GOBBERS et Eric PICHARD à dire que :

La répartition de la population entre les villes et la campagne n'est pas sans conséquences sur l'organisation du système de santé : d'un côté, en nombre limité, des cités en expansion permanente (enfant de plus en plus monstres comme Lagos ou Abidjan) et de l'autre des zones d'habitat dispersé ne comptant que quelques centaines d'âmes.²⁶

Ici, on note qu'avec la disparition des périodes épidémiologiques, le nouveau monde permet l'épanouissement de l'enfant ce qui, par conséquent, explique le peuplement au départ de la campagne qui n'arrive pas retenir cette population devant les contraintes socioéconomiques à travers lesquelles la ville devient un lieu d'espoir où se réfugient les villageois dans une forte imagination ou représentation sociale de retrouver un avenir meilleur.

²⁵ Eva Coll. SECK, « Femmes et programmes de santé en Afrique » in *Adsp* N°30 mars 2000, p.51.

²⁶ Didier GOBBERS et Eric PICHARD, « L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest » in *Adsp* N° 30 mars 2000, pp.38-39.

Tableau 3: Évolution de la population mondiale par grandes régions à différentes dates

	1500	1900	1950	2000	2050	% pop totale 1950	% pop totale 2050
Population mondiale	458	1 613	2 535	6 124	9 191	100	100
Chine (avec la Corée)	84	415	586	1347	1485	23	16
Inde, Pakistan, Bangladesh	95	290	453	1330	2205	18	24
Reste de l'Asie (sauf Japon)	56	153	289	901	1474	11	16
Total Asie (sans Japon)	235	858	1327	3578	5163	52	56
Afrique du Nord	8	23	44	141	237	2	3
Reste de l'Afrique – Afrique Subsaharienne	78	95	180	680	1761	7(contre 17% en 1500)	19
Total Afrique	86	118	224	821	1998	9	22
Amérique centrale et Amérique du Sud	39	75	168	523	769	7	8
Europe (avec la Russie)	84	422	548	729	664	22	7
Amérique du Nord	3	90	172	316	445	7	5
Japon	8	44	84	127	103	3	1
Océanie	3	6	13	31	49	1	1

Source : Tableau adapté de :

- années 1500 et 1900 : Biraben. (2003) ;

- années 1950, 2000, 2050 : United Nations (2007)

En outre, l'urbanisation très rapide des villes à travers le monde a posé d'autres problèmes sur la santé des populations. En Afrique Subsaharienne, l'accroissement éclairé des villes a accentué les limites de financements des États en matière de santé dans cette région. Car les institutions sanitaires n'ont plus la capacité d'accueillir et de traiter tous les patients face une disproportion aigüe du personnel, des moyens par rapport au nombre pléthorique des malades. C'est pourquoi, Didier GOBBERS et Éric PICHARD montrent que :

L'organisation des systèmes de santé en Afrique de l'Ouest est déjà entrée à marche forcée dans une ère différente. Si globalement les grands indicateurs laissent entrevoir une amélioration de l'état de santé des populations (au sens étroit de la définition de l'OMS), une analyse attentive montre que certains progrès sont aussi apparents que fragiles. De surcroît la course entre les moyens et les besoins imposés par la démographie fait émerger de nouveaux problèmes exacerbés par les exigences de la morale de ce début de siècle. En Afrique de l'Ouest, sous le double coup de bouloir de l'évolution démographique et de la raréfaction des ressources publiques découlant autant des dépressions économiques que de gestions défailtantes, les systèmes de santé se sont dégradés progressivement lorsqu'ils n'étaient pas de transfusion massive d'aide extérieure. Les pays qui pour la plupart vivaient dans la confusion entre les définitions de politiques de santé publique et leur mis en œuvre par la seule action publique, ne parvenaient qu'à mettre des personnels dans les structures publiques et de diagnostics et de soins ; avec des difficultés pour les rétribuer.²⁷

Cela explique comment la surpopulation de cette région africaine est devenue une contrainte majeure à l'accès libre et équitable à tous aux soins de santé. La majorité des États n'ont pas les moyens nécessaires pour confronter ces paramètres car on constate la dépendance de ces pays à ceux plus riches. Les écarts entre le monde rural et urbain se font de plus en plus sentir. Ceci est lié notamment à l'exode rural massif pendant les périodes marquées par la sécheresse et les crises économiques d'autant plus que bon nombres d'infrastructures et industriels sont concentrés dans les villes. Face à ces situations incontrôlables beaucoup de gens intègre la ville et change d'habitudes alimentaires et comportementales.

D'ailleurs, c'est la raison pour laquelle, on note l'apparition de nouvelles maladies liées au monde moderne. Ces pathologies sont le plus souvent les maladies cardio-vasculaires, le stress, les maladies mentales dues l'usage abusive des drogues ou à des situations de précarité économique, l'hypertension artérielle, le diabète, l'insuffisance rénale, les infections respiratoires aigües liées à la pollution (des industrielles, la cigarette et circulation de véhicules urbains), le cancer... Ces maladies sont appelées maladies chroniques ou maladies non transmissibles.

²⁷Ibid., p.42.

Tableau 4: Taux d'urbanisation des principales régions du monde (en %)

	1950	1970	1990	2010
Amérique du Nord	63,9	73,8	75,4	79,8
Amérique latine et Caraïbes	41,9	57,6	71,1	79,0
Océanie	61,6	71,2	70,8	75,7
Europe	52,4	64,6	72,1	75,1
Asie	17,4	23,4	32,3	43,0
Afrique	14,7	23,1	31,8	42,7
Pays les plus développés	54,9	67,7	73,7	77,4
Pays en développement	17,8	25,1	35,0	45,9
Pays les moins avancés	7,4	12,9	20,8	31,4

Source: United Nations Organization, cité par Nicolas BRICAS, Pape Abdoulaye SECK, « L'alimentation des villes du Sud : les raisons de craindre et d'espérer » in Cahiers Agricultures 2004, p.11

I.3. Les politiques de population

Depuis le début de la transition sanitaire dans les pays industrialisés, on ne cesse de développer des politiques de population afin de faire face à cette situation démographique qui est en train de s'accroître à travers le monde. La croissance très rapide de la population dans le Tiers Monde devient l'une des grandes préoccupations des pays développés après la seconde guerre mondiale. Ceci est lié non seulement aux soucis de financements de ces derniers dans les programmes d'appui au développement mais aussi et surtout à l'affluence prochaine des candidats à la migration. Car les pays du nord ont la crainte que ces pays sous-développés deviennent un lourd fardeau pour eux. Les ressources économiques disponibles de ces États ne sont pas assez suffisantes pour couvrir l'ensemble de la population alors qu'ils n'auront plus la capacité de retenir les individus au sein de leur propre terroir. C'est pourquoi D. –M. Sala DIAKANDA écrit que :

L'humanité, face à sa population, est inquiète ! Rien ne va plus en effet dans les relations qui lient l'évolution démographique et le développement socio-économique. Le problème se pose avec de plus en plus d'acuité en raison de l'évolution inverse des éléments en présence : d'une part, l'accélération sans précédent de la population mondiale du fait principalement de la forte croissance démographique enregistrée dans les pays en développement depuis le début des années 1970 ; d'autre part, épuisement ou tout au moins pénurie, dans un proche avenir, de ressources non renouvelable et dégradation de l'environnement du fait

*du niveau élevé de la consommation et surtout, de l'industrialisation effrénée des pays développés.*²⁸

Ce passage explique le souci que l'Occident a toujours sur le fait qu'il y a une dépendance entre l'économie et la croissance de la population. Cette théorie a été depuis longtemps défendue par les économistes pour qui, la subsistance de l'humanité (ressources naturelles disponibles) par rapport à la croissance de la population devrait avoir une certaine harmonie dans le but de ne pas créer un déséquilibre (pénurie) entre les ressources et le potentiel de développement mondiale. Car, « (...) *le fait démographique explique l'échec de la lutte contre le sous-développement* »²⁹ Alors qu'en Afrique la théorie nataliste était jusque-là perçue comme la principale force reproductive. Ici le nombre important d'enfants possédés dans une famille était la source de sa subsistance. La façon de favoriser le système nataliste ressemble à ceux du moyen âge parce que :

*Les doctrines populationnistes en relation à ces époques et encore après se basent sur la conception que la population est la source de toute richesse. Par richesse, il faut entendre le plus souvent puissance militaire ou ressource fiscale.*³⁰

La population est considérée ici comme une source de richesse grâce à la main-d'œuvre qu'elle fournisse dans le cadre de l'exploitation agricole et l'importance non négligeable de la collecte des impôts par tête pour le bon fonctionnement d'un empire ou d'un État. Elle sert aussi de défense en cas d'attaque extérieure surtout au moment où les guerres ont été très fréquentes.

En effet, cette théorie populationniste a été plutôt soutenue par Thomas Robert MALTHUS, qui lui-même inspiré par ses précédents sur la pression de la population sur les ressources, dans son célèbre ouvrage *Essai sur le principe de population* publié en 1798. Il prône pour la limitation volontaire de la procréation par l'abstinence et le recourt aux mariages tardifs. La doctrine malthusienne s'est manifestée en Occident au XVIII^e siècle dans un contexte socioéconomique assez important où le bonheur et les aspirations individuelles se sont aperçus au profit du recul des épidémies et de la famine. Ainsi, après lui, le néo-malthusianisme s'est développé avec l'utilisation des méthodes contraceptives comme principe et moyen de limitation des naissances. Pour les néo-malthusiens, tout individu doit avoir une sexualité libre

²⁸ D. -M. Sala DIAKANDA, « De l'émergence de politique de population en Afrique » in *Politique Africaine* N°44 : Politique de population, Paris, Karthala, *Op.cit.* p.39

²⁹ Didier GOBBERS et Eric PICHARD, « L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest » in *Adsp* N° 30 mars 2000, *Op.cit.*, p.42.

³⁰ J. BODIN et J.F. BIELFELD, cité par Patrick LIVENAIS, « Les théories de la population : une continuité certaine dans le changement » in *Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement*, Paris, ORSTOM, 1986, p.68.

sans pour autant courir aux risques de grosses indésirables. C'est ainsi que se sont développés les politiques de population pour le meilleur contrôle de la démographie à travers le monde.

Depuis, les politiques sont diffusées pour la faveur de la mise en application de restriction des naissances. D'ailleurs, dès 1927, la première conférence internationale fut organisée à Genève puis à Londres par la Société des Nations Unies (S.N.D.) Selon Léon TABAH, la Conférence de Genève eut, entre autres résultats, la création de l'*Union Internationale pour l'Étude scientifique de la Population* (U.I.E.S.P.) qui réunit depuis la communauté mondiale des chercheurs. Cependant, on note que c'est seulement à la conférence de Bucarest en 1974 que la politique sur la population commença à prendre effet. Car, Léon TABACH montre que :

La Conférence de Bucarest légitimait la notion de « politique démographique ». Certains pays – notamment en Amérique latine – modifièrent leur Constitution pour y intégrer le droit des personnes à choisir librement le nombre et l'espace des naissances, d'autres affichèrent des objectifs chiffrés, comme le Mexique qui se fixa de faire baisser son taux de croissance démographique de 3,2% par an en 1976 à 1% à la fin du siècle.³¹

Le désir de certains pays pour l'intégration de politique de population au sein de leur constitution fut un début prometteur pour les experts en la matière. Mais, force est de reconnaître que Bucarest a été trop controversée car la plupart des pays du Tiers Monde et ceux africains notamment n'étaient pas d'accord à ce que le « déséquilibre mondiale » leur soit incriminé. Quant en Afrique, à l'époque, la croissance de la population n'avait pas atteint un niveau excédant par rapport à l'occupation et l'exploitation de la terre.

Pour Mpembele SALA-DIAKANDA³², les africains considèrent que la cause fondamentale de la crise que connaît le monde ne doit pas seulement être attribué à la croissance des populations africaines mais à la surconsommation et le gaspillage des ressources naturelles que font aussi bien des ménages et des industries des pays riches. C'est en fait cet excès dans la consommation qui est à l'origine de l'iniquité dans les relations économiques internationales. Pour résoudre ce problème, il propose que les pays occidentaux réduisent leur niveau élevé de consommation et accordent une priorité absolue au développement économique et sociale dans les pays du tiers monde.

³¹ Léon TABAH, « Les Conférences mondiales sur la population », in *Bulletin Mensuel d'Information de l'Institut National d'Études Démographiques* Numéro 290, Paris, INED, Mai 1994, p.2.

³² Mpembele SALA-DIAKANDA, « De Bucarest à Mexico : évolution des positions africaines en matière de population » in *Cahier des Sciences Humaines*. 24, Paris, ORSTOM, 1988, pp.174-175.

L'Afrique ne se situe pas dans le même contexte dont parle l'Occident. Venus en disparité devant la question, les pays sous-développés n'ont pas voulu accepter la limitation des naissances prônée par les pays riches. Ce qui montre d'ailleurs qu'après la rencontre, beaucoup de pays n'ont pas suivi l'idée véhiculée pour la volonté libre des pays et des nations d'adopter une limitation ou le contrôle des naissances malgré le consensus retenu pour l'élaboration d'un plan d'action mondial pour la population mondiale (PAMP). Nombre de pays voit leur population se développer très rapidement dans les années qui suivirent la conférence à tel point qu'ils trouvent la nécessité de rejoindre le groupe. Ainsi, selon le Programme d'Action de Kilimanjaro:

*Au cours des années 70 les programmes de recensements en Afrique, l'enquête mondiale sur la fécondité et d'autres enquêtes démographiques avaient permis de mieux connaître la situation démographique de la région et il était apparu que les taux d'accroissement démographique étaient en augmentation au point que la plupart des pays verraient leur population croître considérablement d'ici la fin du siècle. En raison de cette tendance, de nombreux gouvernements s'étaient intéressés aux questions de politiques et de programmes liées à la planification familiale dans le cadre de programmes de santé maternelle et infantile, de projets de réinstallation de la population et d'une intégration plus poussée des variables démographiques à la planification du développement.*³³

En effet, on peut dire que c'est seulement à la deuxième conférence africaine sur la population en 1984(Arusha en Tanzanie) que l'Afrique commence à développer une politique de population grâce à sa prise de conscience sur l'ampleur du phénomène. Celle-ci a été bien même préparée dès 1971 à Accra au Ghana lors de la première rencontre sur le continent africain. Alors que la troisième conférence s'est tenue à Dakar / Ngor en 1992. Cependant, il est important de souligner qu'après trois grandes conférences africaines sur la population, le continent reste inefficace devant cette situation. Selon John BONGAARTS³⁴, l'Afrique subsaharienne dont les naissances restent élevées dans la majorité des pays même si la baisse du taux de fécondité est annoncée, elle demeure toujours supérieure à 5,1 naissances par femme pour la période 2005-2010, soit plus du double des niveaux observés en Asie et en Amérique latine.

De ce constat, l'Afrique Subsaharienne est devenue une partie du globe où la croissance de la population n'est pas encore maîtrisée. La transition sanitaire est déjà observée mais celle

³³ Programme d'Action de Kilimanjaro cité par Mpembele SALA-DIAKANDA, « De Bucarest à Mexico : évolution des positions africaines en matière de population » in *Cahier des Sciences Humaines*. 24, Paris, ORSTOM, 1988, p.180.

³⁴ John BONGAARTS, « Les programmes de planification familiale peuvent-ils réduire le désir de famille nombreuse en Afrique subsaharienne? » in *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*, Numéro spécial, 2012, p.32.

démographique n'a pas atteint les résultats escomptés malgré les efforts et l'adoption des États pour un équilibre favorable dans le cadre du développement économique et sanitaire. Ici, nombre d'États a développé les politiques de planification familiale, ce qui permet de noter une certaine légèreté de baisse de fécondité surtout en milieu urbain d'où les programmes véhiculés sont plutôt mieux compris qu'en milieu rural. En matière de politique de population, il existe non seulement des disparités entre ville et campagne mais aussi entre les États eux-mêmes. Ceci est lié notamment à ce que John BONGAARTS appelle :

*Plusieurs facteurs contribuent à la hauteur de cet indice en Afrique subsaharienne. Par rapport aux populations d'Asie et d'Amérique latine, les populations du continent africain sont en moyenne plus pauvres, moins instruites et plus vulnérables à la mortalité infantile. Ces facteurs contribuent à un désir de familles nombreuses, qui explique à son tour les hauts indices de fécondité. À cela s'ajoute, à quelques exceptions près, la faible priorité accordée par les gouvernements d'Afrique subsaharienne aux programmes de planification familiale.*³⁵

Il faut également noter que le facteur culturel n'est pas à négliger dans l'échec de la planification familiale. Certaines familles ou sociétés ne considèrent pas les méthodes contraceptives modernes comme bonnes parce que nulle ne doit décider sur le nombre d'enfants qui lui est réservé car cela dépend de la volonté divine. L'idée aussi véhiculée pour la plupart des gens que la contraception suscite souvent des maladies cancéreuses ou à des complications de la naissance de l'enfant et la stérilité de la femme est l'une des causes de l'obstacle au développement du planning familial.

En effet, au Sénégal la croissance très rapide de la population (Cf., graphique 1) a poussé les autorités administratives à adopter une politique de réduction de la population (voir déclaration de politique de population du Sénégal annexe 1) au début des années 1970 :

*Dès 1974, suite à la Conférence mondiale sur la Population qui s'est tenue à Bucarest, le Sénégal a mis en place une Commission Nationale de la Population. En 1986, une Unité de Population rattachée au Ministère du Plan a été créée et en 1988 une Déclaration de Politique de Population (DPP) a été adoptée. Le Sénégal est devenu alors le premier pays francophone de la sous-région à formaliser le principe de réduction de la croissance démographique. La déclaration de politique de 1988 a été réactualisée en 2002.*³⁶

Cette citation illustre le désir manifeste que le pays a œuvré pour avoir une main mise sur le développement de sa population. On note que malgré l'application d'une politique de

³⁵ *Ibid.*, p.32.

³⁶ Jean-Pierre GUENGNANT et al., *Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA Analyse pays SENEGAL*, Paris, Agence Française de Développement, 2011, p.31.

population, le Sénégal n'est pas encore arrivé à maîtriser son accroissement démographique. De 11,9 millions en 2008, la population sénégalaise est passée à 14 086 103 habitants en 2010³⁷ avec un taux d'accroissement naturel de 2,34 %. Jean-Pierre GUENGNANT ajoute qu'auparavant :

*À l'occasion de la révision de la politique de 1988, la DPP 2002 a constaté que si certains objectifs démographiques quantifiés adoptés par le gouvernement au cours d'un conseil interministériel tenu en juillet 1995, comme la réduction du taux de mortalité infantile et la baisse de l'indice synthétique de fécondité (ISF), avaient été atteints ou presque atteints, les objectifs d'amener à l'horizon 2000 le taux de prévalence contraceptive à 22% et le taux de croissance démographique à 2,59% n'avaient pas été atteints.*³⁸

Ce qui montre d'ailleurs que les efforts exercés pour une population adéquate au rythme du développement économique et sanitaire n'ont pas encore abouti même si on note une certaine baisse de fécondité. Car, la politique de population se veut « *Améliorer la qualité de la vie et favoriser l'instauration d'un bien-être pour toutes les catégories de la population... grâce à la réalisation d'une meilleure adéquation entre les ressources humaines et les possibilités de développement du pays* ». ³⁹ (Cf. déclaration de politique de population annexe 1). Estimé à 7,1 enfants par femme en 1978, le nombre moyen d'enfants par femme a diminué, atteignant 5,7 enfants par femme en 1997 et 5,2 enfants par femme en 1999 lors de l'enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé.⁴⁰ L'utilisation de la contraception au Sénégal reste parmi les plus faibles au monde. Selon les résultats de l'enquête DHS 2005, seulement 10% des femmes en union utilisaient alors une méthode quelconque de contraception⁴¹.

Ce qui pousse le Ministère de la santé⁴² à dire qu'entre 1976 et 1988, et entre 1988 et 2002, les taux d'accroissement intercensitaire sont respectivement 2,7 % et 2,5 % par an. Ce qui correspond à un doublement de la population tous les 25 ans.

³⁷ ANSD, *Situation économique et sociale du Sénégal en 2010*, cité par Fatou DIOP in *Politiques Publiques de santé et dynamiques de la reproduction : des inégalités sociales aux inégalités de santé. Cas des communautés rurales de Kelle, Léona, Coki et Ngeune sarr dans la région de Louga*, Thèse pour le Doctorat d'Etat ès Lettres et Sciences Humaines, UGB, 2012-2013, p.25.

³⁸ Jean-Pierre GUENGNANT et al., *Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA Analyse pays SENEGAL*, Paris, Agence Française de Développement, 2011, *Op.cit.*, p.31.

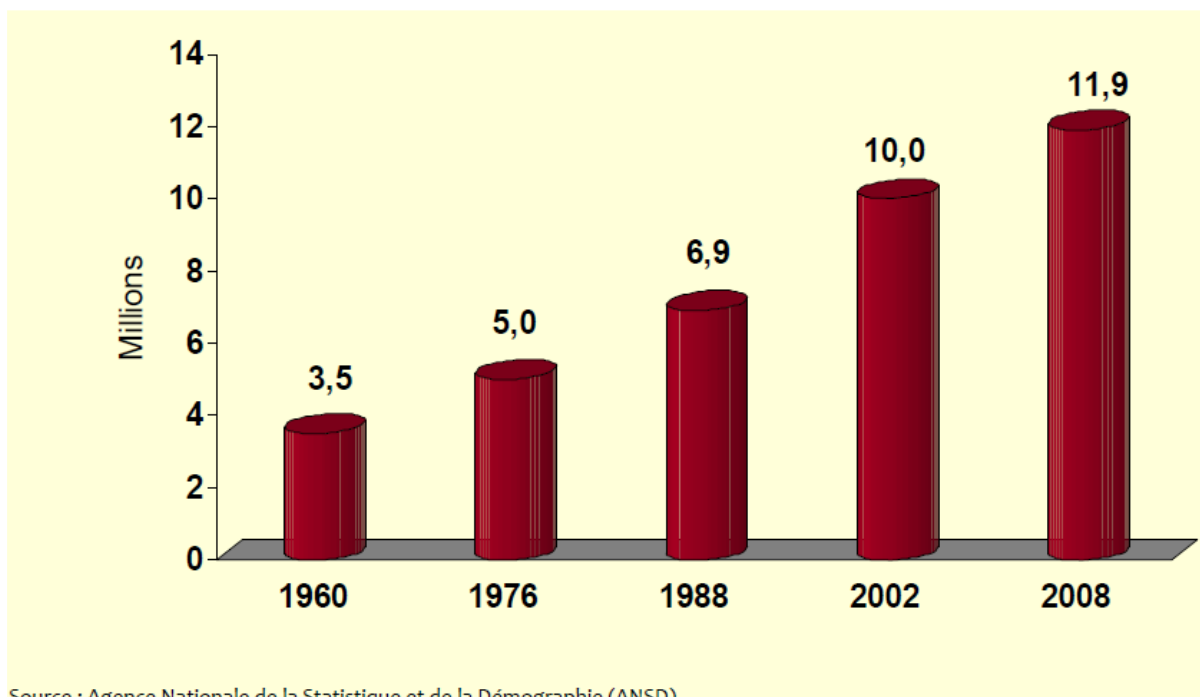
³⁹ Cf., Annexe 1

⁴⁰ Ministère de la Santé et al., cité par Soukeynatou FALL, *Les facteurs de la contraception au Sénégal*, Dakar, GRIPPS, 2004, p.3.

⁴¹ Jean-Pierre GUENGNANT et al., *Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA Analyse pays SENEGAL*, Paris, Agence Française de Développement, 2011, *Op.cit.*, p.41.

⁴² Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique in *Sénégal Population, Planification Familiale et Développement*, p.7.

Graphique 1: Évolution de la population du Sénégal de 1960 à 2008

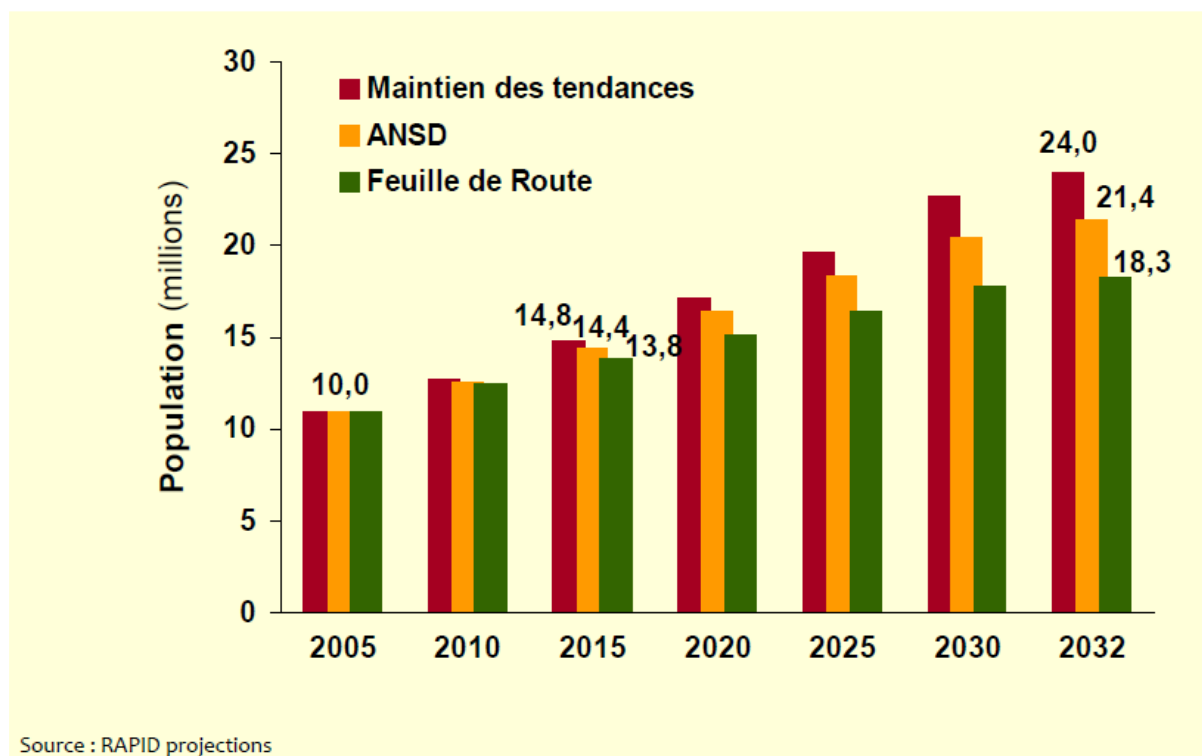


Avec l'utilisation très faible de la contraception moderne selon EDS, seules 10%⁴³ des femmes en union, une baisse lente de l'indice synthétique de fécondité (3,59 en 2032), l'ANSD procède à la projection de la croissance de la population sénégalaise afin d'avoir une idée sur son évolution. La faible demande en planification familiale au Sénégal peut s'expliquer par le fait que les sénégalaises n'ont pas toutes encore conscience de leur droit d'espacer ou de limiter leurs naissances.⁴⁴

⁴³ *Ibid.*, p.24.

⁴⁴ Jean-Pierre GUENGNANT et al., *Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA Analyse pays SENEGAL*, Paris, Agence Française de Développement, 2011, *Op.cit.*, p.44.

Graphique 2 : Évolution de la population future du Sénégal de 2005 à 2032



I.4. Les politiques du Sénégal après Alma-Ata

À l'instar des pays africains, le Sénégal s'est engagé à l'intégration des SSP afin de vaincre les grandes épidémies et de faire accéder sa population à une santé meilleure dans le but d'atteindre les objectifs fixés par l'OMS en l'an 2000. À ses débuts, la totalité des soins de santé est détenue par les hôpitaux qui sont la plupart implantés dans les grandes villes ou les capitales régionales. Ce qui fait que l'accès à ces structures de santé n'est pas aussi aisé par les ruraux. D'ailleurs, c'est après sa volonté politique de l'application des soins de santé primaires de l'initiative de la conférence d'Alma-Ata que le Sénégal vient de connaître des changements majeurs au sein de son système de santé publique. De ce constat, les auteurs de l'ouvrage *les changements démographiques au Sénégal* soulignent que :

Les programmes sanitaires tout comme le développement économique ont vraisemblablement joué un rôle majeur dans ce mouvement de baisse de la mortalité en Afrique. Au Sénégal, les structures de santé ont été organisées au départ sur le modèle des pays industrialisés : la plupart des soins étaient délivrés dans des hôpitaux ; ponctuellement, des opérations particulières étaient en outre entreprises pour contrôler certaines maladies. Des programmes spécifiques ont été ainsi organisés pour limiter les maladies infectieuses, comme les programmes d'éradication de la variole ou de contrôle de la lèpre. Bien que ces programmes aient atteint les zones rurales, dans l'ensemble, la plupart des structures de santé étaient situées dans les villes. La réorientation des politiques de santé vers une

*politique de soins de santé primaires fut un des grands changements survenus dans la période récente.*⁴⁵

Ceci montre que le pays a fait mobiliser ses ressources humaines économiques et sanitaires pour une vaste campagne de soins, de sensibilisation et de mobilisation à l'échelle nationale. La santé devient alors l'un des premiers objectifs de décentralisation. Avec l'appui des bailleurs de fonds, le Sénégal s'est inspiré du modèle sanitaire des pays développés. Ainsi, le PNDS est adopté par le biais d'une mise en application du système de santé communautaire et la responsabilisation des collectivités locales en matière de santé. Car, les objectifs du Plan National de Développement Sanitaire concernent : l'amélioration de l'état de santé de la population avec en priorité la réduction de la mortalité maternelle, de la mortalité infantile et la maîtrise de la fécondité ; la réponse aux besoins de santé de la population en veillant particulièrement à l'égal accès à des soins de qualité.⁴⁶

On assiste à une accessibilité à la santé dans le monde rural et les zones qui sont depuis dépourvues d'aucune structure sanitaire par la création d'un poste de santé ou d'une case de santé. Les pharmacies sont ouvertes dans plusieurs régions du pays. Un véritable changement est en train de s'effectuer dans le secteur sanitaire après la conférence de 1978. Le Sénégal a redéfini sa politique de santé en accordant une importance particulière aux soins de santé primaires surtout dans les zones rurales où les infrastructures sanitaires (hôpitaux, postes de santé et pharmacies) et agents de santé ont fortement augmenté. Ainsi qu'une couverture vaccinale (PEV) est lancée en 1981 dans les villes et campagnes du pays.⁴⁷

Cette forte mobilisation au lendemain de 1978 s'est soldée par le recul des grandes épidémies et à l'instauration d'un système de santé efficace. Le Sénégal a accédé à une transition sanitaire grâce à la disparition des grandes épidémies et la baisse considérable de la mortalité infantile et à l'augmentation de l'espérance de vie. Ceci est dû à l'accès de tous aux soins de santé primaires par une politique de décentralisation. Après l'espoir et la domination de la médecine des épidémies contagieuses, se voient naître les maladies non transmissibles qui jusque-là n'étaient connues que dans les pays développés. Le développement très rapide de ces maladies chroniques dans le monde en général et dans la région africaine en particulier a suscité

⁴⁵ Gilles PISON, Kenneth HILL et al, *Les changements démographiques au Sénégal*, Paris, PUF, 1997, p.103

⁴⁶ Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, PNDS-PHASE II, 2004-2008, p.9.

⁴⁷ Gilles PISON, Kenneth HILL et al, *Les changements démographiques au Sénégal*, Paris, PUF, 1997, *Op.cit.*, p.104.

la mise en place des dispositifs institutionnels et politiques de la part de la communauté internationale pour faire face à cette nouvelle donne des pathologies dites silencieuses.

I.5. Les dispositifs institutionnels et politiques

Depuis que les maladies non transmissibles sont perçues comme un problème de santé publique, l’OMS et l’ONU ne cessent de multiplier les appels pour une politique d’action contre ces pathologies considérées comme une menace pour le développement de l’humanité. Car, selon l’OMS⁴⁸, la charge mondiale des maladies non transmissibles et la menace que celles-ci représentent constituent un problème de santé publique majeur qui entrave le développement économique et social dans le monde entier. Il faut exercer un leadership et agir d’urgence aux niveaux mondial, régional et national pour atténuer cette menace, qui a notamment pour effet de creuser les inégalités entre les pays et aux seins des populations.

La lutte contre les maladies non transmissibles devient une des préoccupations majeures de l’OMS qui, dès l’an 2000, structure un plan d’action en son contre. Plusieurs résolutions⁴⁹ ont été adoptées. La nécessité de tenir une mobilisation s’ouvre parce que, pour l’OMS⁵⁰, la charge mondiale des maladies non transmissibles continue à augmenter et la lutte contre ces maladies est l’un des principaux défis pour le développement au XXI^e siècle. Dans sa résolution WHA53.17, sur la lutte contre les maladies non transmissibles, l’Assemblée de la Santé a réaffirmé que la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles et le plan d’exécution qui l’accompagne visaient à réduire la mortalité prématurée et à améliorer la qualité de la vie.

En effet, du fait de sa vulnérabilité devant les épidémies, on note que d’importantes rencontres ont eu lieu en Afrique car, selon le Ministère de la Santé du Bénin⁵¹, on estime qu’en 2008, 40% des décès survenus en Afrique sont dus aux MNT et aux traumatismes. Si rien n’est fait, cette prévalence passera à 55% en 2025. C’est pourquoi on considère que :

Les maladies chroniques non transmissibles sont demeurées un problème croissant de santé publique. L’appel à l’Action de Nairobi pour combler le fossé de la mise en œuvre en promotion de la santé, adopté en 2009, l’Appel à l’Action de Maurice pour la lutte contre le diabète, les maladies non transmissibles, adopté également

⁴⁸ OMS, *Projet de plan d’action pour la lutte contre les maladies non transmissibles, 2013-2020*, p.5.

⁴⁹ *Ibid.*, p.7, Les résolutions AFR/RC62/WP/7, CSP28.R13, EMR/C59/R2, EUR/RC61/R3, SEA/RC65/R5 et WPR/RC62.R2.

⁵⁰ *Ibid.*, p.1.

⁵¹ Ministère de la Santé du Bénin, *Plan Stratégique Intégré de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles 2014-2018*, p.16.

en 2009, ont été autant de possibilités offertes pour s'attaquer à la charge croissante des maladies non transmissibles dans la Région.⁵²

Ceci montre d'ailleurs que les maladies non transmissibles sont devenues un véritable problème dans la santé des populations africaines. Alors que la domination même des maladies contagieuses a été l'objet de concours des pays développés. Face à cette situation nouvelle, il est important de souligner que le continent sera le foyer de ces épidémies qui vont impacter d'avantage sur la croissance et le développement des économies tout en créant des écarts aussi colossales entre les individus, les communautés, les régions et les États. À cet effet, l'OMS approuve un budget en fonction de 13 objectifs stratégiques à la région africaine pour en fait appuyer la lutte contre les MNT. (Cf., tableau 5)

⁵² *Activités de l'OMS dans la Région africaine 2008-2009, Rapport Biennal Du Directeur Régional, p.X.*

Tableau 5: Budget approuvé de l’OMS (en milliers de dollars des États-Unis) et taux d’exécution, par objectif stratégique, au 31 décembre 2009.

Objectif Stratégique N° *	Budget Total approuvé (1)	Montant total Des fonds mis disposition (2)	% des fonds mis à dispositions (2) (1)	Montant total des engagements (3)	Taux d’exécution (3) (2)
1	316 203	530 988	168	489 571	92
2	242 912	120 376	50	109 780	91
3	20 723	14 311	69	13 855	97
4	115 695	57 783	50	55 331	96
5	66 021	94 280	143	87 522	93
6	25 566	14 973	59	14 494	97
7	9 116	8 083	89	8 071	100
8	18 749	10 743	57	9 611	89
9	39 778	8 130	20	7 598	93
10	142 093	57 386	40	51 785	90
11	22 592	20 641	91	19 147	93
12	48 966	45 203	92	44 967	99
13	125 526	102 667	82	102 450	100
Total	1 193 940	1 085 564	91	1 014 182	93

Source : Région africaine de l’OMS, Budget programme 2008-2009 : Évaluation de la performance à la fin du biennium

En outre, l’aspect financier que nécessitent ces maladies oblige les organismes internationaux à agir vite afin d’atténuer la charge économique et sociale engendrée par celles-ci devant les restreints de nombre de pays à travers le monde. C’est ainsi que :

Le sommet de l’ONU sur les MNT en 2011 est le plus important forum jusqu’à maintenant où sera examiné le fardeau économique et social des MNT et qui optimisera les objectifs du Plan d’action 2008-2013 de la stratégie mondiale de prévention et de lutte contre les MNT de l’Organisation mondiale de la santé pour

*rehausser le profil des MNT et élaborer des stratégies visant à en considérer le fardeau croissant.*⁵³

Sans la mobilisation internationale pour la prévention des MNT, il serait très difficile d'affronter et de vaincre ces pathologies qui sont développées très rapidement après quelques décennies de la conférence mondiale des soins de santé primaires. L'apparition inopinément de ces maladies non transmissibles montre que le monde n'était pas bien préparé face à cette situation due à la transition épidémiologique, l'augmentation de l'espérance de vie, l'essor de la démographie et les changements des modes vie et de comportements liés au développement et de la modernité. Ce qui nous permet d'ailleurs de souligner les limites de la conférence mondiale sur la santé d'Alma-Ata.

I.6. Les limites d'Alma-Ata

Si au lendemain de la conférence internationale d'Alma-Ata, le monde a connu un progrès considérable dans le domaine de la santé lié au recul et à la domination des grandes épidémies, cependant force est de reconnaître que cette rencontre mondiale a manifestement créé des déséquilibres entre les pays. Ceci est dû non seulement au désengagement très tôt des pays du Nord au slogan la « santé pour tous en l'an 2000 » mais également à l'apparition de nouvelles maladies et à l'instabilité politique de certains pays. Ce qui pousse Hubert BALIQUE à soutenir que « mises à part quelques rares initiatives, les pays industrialisés restent à l'écart de ce mouvement qui, de fait, était conçu pour les pays pauvres de la planète »⁵⁴. Les écarts se creusent de plus en plus entre les pays et à leur intérieur.

Selon Dominique DESPLATS⁵⁵, l'effet des guerres ou l'instabilité des politiques est à l'origine de la stagnation et du recul de certaines régions (République démocratique du Congo, Centrafrique et Guinée). Quant aux autres pays comme Swaziland où l'espérance de vie a fortement reculé (59 à 40 ans), le phénomène s'explique par l'avancement important de l'épidémie du VIH/Sida.

Ceci illustre que le retrait éclairé des pays industrialisés devant le slogan, les nouvelles maladies comme le sida et l'instabilité politique ont engendré des inégalités si considérables entre pays, qui en fait, devaient concourir au même titre que les autres pour atteindre les objectifs fixés par l'OMS. Toutefois, malgré les efforts consentis des pays du Sud pour

⁵³ Document d'information sur les Sommets de l'ONU, Canada, 2011, p.1.

⁵⁴ Hubert BALIQUE, « Les programmes de santé » in ADSP N° 30, mars 2000, p.43.

⁵⁵ Dominique DESPLATS, « Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais ? L'expérience de Santé Sud auprès des médecins communautaires » in *Repères - Pensons le monde*, Paris, 1^{er} édition 2012, *Op.cit.*, p.3.

l'élimination des épidémies contagieuses, d'autres paramètres se tiennent obstacle. Il s'agit notamment des besoins en soins de santé par rapport à l'accroissement de la population « (à Madagascar la population a triplé depuis l'indépendance) »⁵⁶.

Ceci certifie que le monde n'était pas bien préparé pour mettre au devant les suites progressistes des retombés d'Alma-Ata. Car, la diminution de mortalité infantile, l'augmentation de l'espérance de vie, l'urbanisation très rapide et incontrôlée, le changement de mode de vie (alimentaire et physique) ont fait naître des MNT. Les conséquences négatives de la rencontre mondiale se dessinent. Ici, on note que la domination des grandes épidémies a donné la naissance aux maladies chroniques qui jusque-là n'étaient pas prévues par les professionnels et les experts en matière de santé.

En outre, le retrait précaire des bailleurs de fonds et les pays industrialisés à l'appui pour la pérennisation des SSP dans les pays du Sud montre qu'Alma-Ata n'était qu'une politique à moitié engagée. C'est d'ailleurs la rupture de cette politique qui pousse Hubert BALIQUE à constater que :

Les centres de santé où l'on ne trouve pas de médicaments sont rapidement désertés et sont dans l'impossibilité d'avoir d'autres activités indispensables telles que l'éducation, la prévention, etc. Environ le tiers des 50 millions de personnes qui meurent chaque année dans le monde d'une infection. Ces personnes vivent pour l'essentiel dans les pays du Sud et meurent de maladies qui sont la plupart curables (à l'exception du sida). Le résultat est là : quand un médicament pour le traitement des maladies tropicales est identifié à un stade précoce de recherche, le fabricant décide souvent de ne pas le développer, car il serait inabordable pour les patients concernés. On assiste aussi à la commercialisation de faux médicaments, les contrefaçons, mises sur le marché de manière illicite. Les équipes MSF ont été confrontées à ce problème pendant la campagne de vaccination contre la méningite menée en 1995 au Niger. Quelques 88 000 vaccins, objet d'un don en provenance du Nigéria, ne contenaient pas de principe actif. Les conséquences en ont été fatales pour des personnes mal vaccinées.⁵⁷

La volonté politique exhortée à tous les pays d'adopter les soins de santé primaire afin que les populations, même les plus diminuées dans les contrées les plus reculées, accèdent aux soins de santé se voit heurté à des obstacles. Ces derniers sont le retrait d'une part des pays industrialisés et les bailleurs de fonds, d'autre part la crise économique des années 80 qui a fait recourir à des PAS (Politique d'Ajustement Structurel). Les politiques d'ajustement structurel,

⁵⁶ *Ibid.* p.3.

⁵⁷ Hubert BALIQUE, « Les programmes de santé » in ADSP N° 30, mars 2000, *Op.cit.*, pp.44-45.

pour Rachel KOUKPO⁵⁸, imposées aux pays en développement par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international pour leur permettre de rembourser leur dette en diminuant leurs dépenses publiques, ont contraint les pays à diminuer encore les ressources qu'ils affectaient à la santé et à l'éducation. L'autofinancement partiel des services de santé par les usagers est alors apparu comme une idée légitime, à condition qu'elle soit assortie de mesures d'accès aux soins pour les personnes les plus démunies, et que la qualité des services soit améliorée.

Cependant, les PAS se sont elles-mêmes soldées par un échec. Selon J.E. STIGLITZ⁵⁹, les politiques d'ajustement structurel (les mesures censées aider un pays à s'ajuster face à des crises et des déséquilibres chroniques) ont provoqué dans de nombreux cas des famines et des émeutes ; et même quand leurs effets n'ont été aussi terribles, même quand elles ont réussi à susciter une maigre croissance pour un temps, une part de ces bénéfices est souvent allées aux milieux les plus riches de ces pays en développement, tandis qu'au bas de l'échelle la pauvreté s'était parfois aggravée. Selon Eyeffa Ekomo SYLVIE⁶⁰, par exemple, pour l'ensemble des pays de l'Afrique subsaharienne, le taux de croissance annuelle du PNB par habitant est passé de 1,2% pour la période 1965-80 à -1,4% pour la période 1980-93. C'est à cet effet que l'Initiative de Bamako introduite en 1987, prône une relance des SSP mais tout en obligeant les intéressés à se prendre en charge des coûts de leur propre santé. Les populations endossent désormais les coûts de leurs soins parfois même par la cotisation pour alimenter les pharmacies.

La mise en termes de la gratuité des soins de santé enfonce les populations des pays en voie de développement dans des disparités plus importantes. L'accès universel aux soins primaires connaît une volte-face. Le prix élevé des médicaments liés à la mise en valeur de recherche et droit de propriété intellectuelle affectent l'accès à ces produits. Ce qui montre que « *la logique de la marchandise s'affronte à celle du bien-être* ». ⁶¹ La santé devient alors un produit, une marchandise à vendre d'où l'idée de « rentabilité dans les systèmes de santé » ⁶² selon l'expression Bernard HOURS.

⁵⁸ Rachel KOUKPO, *Rapport de stage : Santé publique au sein de la CEDEAO à la suite de l'Initiative de Bamako ; évaluation et adaptation des politiques de santé*, Université Montesquieu bordeaux IV, du 08 octobre au 10 décembre 2007, p.26.

⁵⁹ J. E. STIGLITZ cité par Eyeffa Ekomo SYLVIE, « Ajustement Structurel dans les pays de l'Afrique Centrale : Bilan et Perspectives » in <http://www.codesria.org/IMG/pdf/eyeffa>, p.2, consulté le 26 octobre 2014 à 23h00.

⁶⁰ Eyeffa Ekomo SYLVIE, « Ajustement Structurel dans les pays de l'Afrique Centrale : Bilan et Perspectives » in <http://www.codesria.org/IMG/pdf/eyeffa>, p.3, consulté le 26 octobre 2014 à 23 h00.

⁶¹ Centre tricontinental, « Les obstacles à la santé pour tous » in <http://www.cetri.be/spip.php?article354>, consulté le 11 septembre 2014 à 08h 29.

⁶² Bernard HOURS, « La santé publique entre soins de santé primaires et management » in *Anthropologie et santé publique Cahier des Sciences Humaines* vol.28 – n° 1, Paris, éditions de l'ORSTOM, 1992, *Op.cit.*, p.124.

Ainsi, le CETRI⁶³ ajoute qu'en même temps, selon l'OMS, la moitié de l'humanité n'a pas accès aux médicaments, 3 millions d'enfants meurent chaque année de maladies pour lesquelles il existe des vaccins (il suffirait de 63 millions de dollars pour résoudre le problème). Plus de 11 millions de personnes meurent annuellement de maladies infectieuses, faute d'accès aux médicaments de base. Selon son rapport de 1998, l'organisation internationale révèle qu'entre 1975 et 1993, 16 pays ont reculé dans l'espérance de vie, ce qui concerne 300 millions de personnes et que l'écart de la mortalité infantile entre les pays ayant le taux le plus élevé et le taux le plus bas, était passé de 1 à 13 en 1955 à 1 à 42 en 1995, accusant ainsi une distance accrue. L'organisation Médecins du Monde écrivait en 2003, que sur les 1 223 nouveaux médicaments produits entre 1975 et 1997, 13 seulement concernaient le traitement des principales maladies du Tiers Monde.

En effet, l'intégration des soins de santé traditionnels (SST) dans les SSP qui est une des politiques lancées par la conférence d'Alma-Ata, n'a fait que dévaloriser la médecine traditionnelle. Car, la collaboration de celle-ci avec la biomédecine a constitué un échec dans la mesure où les réalités socioculturelles dans lesquelles évolue la médecine traditionnelle ne sont pas prises en compte. Dans l'administration antérieure des SST, les tradipraticiens restaient attachés dans leurs localités et respectaient les pratiques symboliques auxquelles sont liées à leur mode de soins. Cependant, depuis la collaboration entre ces deux médecines, nombre de thérapeutes traditionnels ont accepté de travailler avec les praticiens de la biomédecine moderne. C'est dans ce contexte que Jean-Pierre DOZON souligne que :

Valorisation donc qui implique une mise entre parenthèses, voire un rejet des configurations « magico-religieuses », des systèmes symboliques auxquels ces savoirs et ces pratiques sont étroitement liés, comme s'il fallait pour les besoins de la cause, séparer le bon grain de l'ivraie, le noyau positif de sa gangue « irrationnelle ». Il s'agit là très littéralement d'une opération de réduction, voire même de dévalorisation puisque des valeurs, des statuts, des pouvoirs sont sinon ignorés, du moins pas pris en compte. Le terme de tradipraticien est à cet égard tout à fait significatif: il représente à lui seul une véritable épure qui ne réfère à aucune compétence particulière, mais suggère une figure positive dépouillée de tout élément « magico-religieux ».⁶⁴

Cette citation illustre que la force des SST réside dans le pouvoir et le rapport étroit que le guérisseur entretient avec son environnement physique et socioculturel. En l'absence de ce lien, le thérapeute est privé de son pouvoir, de sa capacité d'antan de faire guérir ses patients.

⁶³ CETRI, *Ibid.*

⁶⁴ Jean-Pierre DOZON, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », ORSTOM in *Politique Africaine n°28 Politiques de santé*, Paris, Karthala, 1987, pp.14-15.

Ici, le pouvoir du guérisseur est non seulement lié à l'aspect symbolique mais aussi à la puissance du verbe et son attachement à sa localité, c'est-à-dire, qu'il ne doit pas se déplacer pour attribuer des soins en dehors de son milieu de travail. Alors que toute tentative de collaboration avec la biomédecine fera abstraction même les éléments de base qui ont fait que cette médecine puisse exister. Car, pour opérer correctement, la médecine traditionnelle n'a besoin d'aucune compétence particulière qui lui est étrangère. L'auteur met en garde l'idée de vouloir s'approprier des connaissances des guérisseurs d'une simple tentative de valorisation de la médecine traditionnelle par une collaboration avec la biomédecine parce que cela se solde toujours par l'échec de la première.

On note ici, que le guérisseur perd son pouvoir de thérapeute dès qu'il quitte son milieu de travail en vue d'exercer ses compétences ailleurs pour des buts lucratifs, de prestige ou d'autres. Car, beaucoup de paramètres sont liés au bon fonctionnement de la médecine traditionnelle et le fait de les ignorer entre dans l'enjeu des pratiques et entraîne l'inefficacité des soins. Ce qui fait que le guérisseur n'arrive plus à obtenir des résultats donnant l'amélioration ou la guérison totale de ses patients. C'est dans cette perspective qu'il est important encore de souligner un autre échec de la conférence mondiale d'Alma-Ata sur la santé. Ainsi, la collaboration médecin/guérisseur s'est soldée par une dévalorisation des SST et de la transformation du guérisseur en charlatan. L'échec se situe également au niveau où le guérisseur tente de se comporter comme le médecin en faisant recours à ses pratiques. Force est de reconnaître que la plupart des tradipraticiens qui opèrent aujourd'hui dans les grandes villes africaines se sont laissés emporter par le rapport de cette collaboration. Force de chercher une légalité pour faire « *valoir leurs aspects modernistes (emprunts divers à la biomédecine)* »⁶⁵, les guérisseurs finissent par perdre la quintessence de son pouvoir

En utilisant les outils de la biomédecine, le « guérisseur » essaie de légitimer ses pratiques et de répondre aux besoins de la demande. Dans ce cas-là, il devient charlatan parce qu'il a abandonné les rituels inédits de ses ancêtres (soins liés à l'aspect symbolique) au profit du lucratif. Mais aussi lorsque la médecine moderne essaie de s'approprier des pratiques du guérisseur cela ne donne pas de résultats probants à la manière de la thérapie traditionnelle authentique. C'est pourquoi Seydou Nourou FAYE écrit qu' :

En effet, les études pharmacologiques, malgré l'intérêt qu'elles présentent, en permettant d'expliquer l'efficacité de certaines plantes médicinales, à travers une mise en évidence de leurs propriétés chimiques et leurs rôles

⁶⁵ *Ibid.*, p.17.

*pharmacodynamiques, ne nous semblent pas suffisantes pour une appréhension adéquate de la médecine traditionnelle. En amputant de la pharmacopée sa dimension culturelle, les analyses de pharmacologie en ont une conception réductionniste. La médecine traditionnelle, dans cette perspective, est isolée, détachée de son environnement social et culturel qui lui donne sens et légitimité.*⁶⁶

De ce constat, on note que ni l'une des deux médecines citées ci-dessus ne jaillira gagnante dans cette collaboration. La médecine traditionnelle sortira la plus perdante dans la mesure où ses praticiens n'auront plus le pouvoir curatif sur leurs patients. Toutefois, il est important de souligner que la seule façon de faire pour que ces médecines puissent exister, s'opérer et cohabiter sans destruction de l'une par rapport à l'autre n'est pas en fait la collaboration-intégration de l'une dans l'autre mais un développement en parallèle de chacune d'elle vis-à-vis de l'autre comme l'écrit Emmanuelle Kadya TALL⁶⁷. Dans son récit, elle note comment le psychiatre et le guérisseur échangent leurs malades et les traitent en milieu béninois. Pour elle, il existe une similitude entre les pratiques du psychiatre et du guérisseur dans le traitement des malades mentaux. Elle souligne que les psychiatres béninois ont une vision très culturaliste de la maladie mentale

Dans le traitement des maladies mentales en psychiatrie, il apparaît nécessaire d'associer la médecine traditionnelle parce qu'en Afrique c'est ce qui permet le plus souvent d'obtenir de bons résultats. Cependant, au lieu de converser pour une issue favorable, les praticiens du monde biomédical s'opposent. Ainsi, c'est la confrontation de ces médecines qui vient même différencier l'objet d'intervention du médecin, de l'anthropologue et du sociologue tout en créant un dialogue sourd entre eux.

I.7. Le dialogue sourd entre médecin, anthropologue et sociologue

Depuis très longtemps, la recherche scientifique est minée par un dialogue sourd entre chercheurs. Leur rencontre est toujours marquée par des rapports conflictuels d'incompréhension et de contradictions. Selon Marc-Éric GRUÉNAP⁶⁸, la rencontre entre sociologue ou anthropologue et médecins dans les champs de recherches se fait toujours mal malgré l'ancienneté de leur collaboration.

⁶⁶ Seydou Nourou FAYE, *Médecine Traditionnelle et Dynamiques interculturelles Les Implications Socio-anthropologiques de la Formalisation de la Tradithérapie à "l'Hôpital Traditionnel" de Keur Massar*, Mémoire de Maîtrise de Sociologie, Université Gaston Berger de Saint-Louis, 2000-2001, p.6.

⁶⁷Cf. Emmanuelle Kadya TALL, « L'anthropologue et le psychiatre face aux médecines traditionnelles » in *Anthropologie et santé publique Cahier des Sciences Humaines vol.28 – n° 1*, Paris, Editions de l'ORSTOM, 1992, pp.67-81.

⁶⁸ Marc-Éric GRUÉNAP, « Une rencontre à venir » in *Anthropologie et santé publique Cahier des Sciences Humaines vol.28 – n° 1*, Paris, Editions de l'ORSTOM, 1992, p.5.

Ce positionnement campé par les médecins au déni de collaboration avec les sociologues et anthropologues aboutisse toujours à des limites de la biomédecine dans le traitement des malades parce qu'abandonnée à elle seule dans la recherche, elle fera abstraction des dimensions socioculturelles qui relèvent de la compétence des chercheurs en sciences sociales.

Il souligne que:

(...) l'ethnologue peut figurer à la meilleure place sans que ses propos aient une quelconque portée. Par exemple dans une introduction à un ouvrage de l'OMS; sur la médecine traditionnelle, G.FOSTER (1983) - un des grands noms de l'anthropologie médicale américaine - invite à adopter une attitude très critique à l'égard des tentatives d'intégration des guérisseurs traditionnels dans les programmes de soins de santé primaires. Or, on constate que la plupart des articles de ce même ouvrage traitent entre autres de l'intérêt à utiliser les pratiques traditionnelles dans de tels programmes. L'absence de prise en compte des propos du chercheur ne concerne pas seulement les anthropologues travaillant dans les pays « exotiques. P. AÍACH, sociologue, relatant son expérience d'une enquête sur Boulogne-Billancourt, souligne combien la médecine se trouve désemparée, au point d'oblitérer l'information, lorsque le sociologue montre que l'individu n'apparaît plus seulement comme porteur d'une maladie, mais investit ses déclarations de représentations qui ne coïncident pas avec le diagnostic médical. (cf. p. 13-21)⁶⁹.

La non prise en compte des propos de grands chercheurs en sciences sociales montre non seulement les limites de certains savants de la même discipline mais également, elle met « hors-jeu » ceux de la biomédecine dans les spéculations essentielles pour la compréhension des domaines relevant surtout de pratiques culturelles à des sociétés exotiques. C'est en fait, cette absence de dialogue réelle entre les chercheurs que souligne Jean-Pierre Olivier de SARDAN :

Chercheurs isolés dans leur tour d'ivoire, études sans portée pratique, savoir coupé des vrais problèmes sociaux, disent les uns... Sociologues aux ordres des décideurs, enquêtes hâtives sans valeur scientifique, compromissions de la recherche dans une douteuse légitimation du développement, disent les autres... Les dialogues de sourds entre « recherche fondamentale » et « recherche appliquée », entre sciences sociales et opérateurs de développement, entre institutions de recherche et bureaux d'étude, entre ethnologues et agro-économistes, parmi diverses variantes, semblent constituer autant de figures d'un même malentendu fondamental. Celui-ci ne date pas d'aujourd'hui, seul le vocabulaire qui l'exprime change selon la nature des partenaires ou au fil des modes intellectuelles. Périodiquement des appels au dialogue s'efforcent de surmonter la difficulté, ou plutôt de l'abolir par incantation. Le temps d'un colloque, d'un stage, d'une conversation. La tentation est grande, en effet, de jouer sur un registre moral ou d'en appeler à la bonne volonté des partenaires, autrement dit d'interpréter en termes psychologiques cette manifestation particulière de la contradiction entre connaissance et action.⁷⁰

⁶⁹ *Ibid.*, pp.6-7.

⁷⁰ Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN, *Anthropologie et développement Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala, Collection Hommes et sociétés, 1995, p.243.

L'enferment des chercheurs dans leurs disciplines ou bien lorsque les sociologues sont soumis aux ordres des décideurs dans des études sur lesquelles leurs opinions ne sont pas sollicitées. Lorsque ceux-ci, ne sont même pas saisis pour l'élaboration des concepts et des objectifs, tentent de dévoiler la face cachée de l'iceberg afin que des réalités socioculturelles soient prises en compte, alors qu'ils sont les savants détenteurs de connaissances et d'idées pertinentes dans la matière – leurs opinions se voient toujours réprimandées pour de simples intérêts des donateurs, la recherche n'atteindra jamais à la finalité scientifique – laquelle ont besoin les populations pour la résolution de leurs problèmes ou pour leur développement.

Ainsi, ayant servis dans différents ONG, nous constatons que la plupart des projets de développement véhiculés par ceux-ci sont, à vrai dire, sont des projets de développement à eux parce que dès lors que le consultant souligne des réalités fondamentales semblant être les objectifs recherchés par l'organisme mais qui au départ n'étaient pas considérées, on répond souvent que l'avis du consultant n'est pas recherché ici car ce qui est important c'est d'appliquer à la lettre les recommandations du décideur ou du bailleurs. Quant au finish les résultats obtenus sont plutôt biaisés car les populations auxquelles l'ONG sensé aider ne bénéficient pas en fait des retombées obtenues. Dans cette perspective, Didier FASSIN et Anne-Claire DEFOSSEZ⁷¹ soulignent que l'abstraction des réalités sociales de bon nombre de projet de santé publique dans les pays en développement ne conduit qu'à occulter les dimensions sociale, politique et économique dont les modèles empruntés sont étrangères au contexte constituant ainsi une image appauvrie et déformée.

La plupart des projets en développement échouent du fait que certaines dimensions et réalités culturelles sont omises d'où l'abstraction dans leur contexte originel permettant plus d'appréhender les faces cachées d'une société à laquelle le chercheur est étranger. La tentation de vouloir expliquer les sociétés exotiques par le biais culturel dans leur apparence mène souvent le chercheur à une « décontextualisation » qui par conséquent résulte à des résultats erronés. C'est pourquoi Marc-Éric GRUÉNAP écrit que :

*Nous sommes sans doute encore aujourd'hui à une situation de « communication inter-culturelle » entre médecine et anthropologie, où le stade du malentendu n'a pas été dépassé. Mais, pour reprendre une notion empruntée à P. BOHANNAN et M. SAHLINS et utilisée par J. F. BARE (1985) dans un tout autre contexte. Ce malentendu n'en sera pas moins un « malentendu productif ».*⁷²

⁷¹ Didier FASSIN, Anne-Claire DEFOSSEZ, « Une liaison dangereuse » in *Anthropologie et santé publique Cahier des Sciences Humaines vol.28 – n° 1*, Paris, Editions de l'ORSTOM, 1992, p.29.

⁷² Marc-Éric GRUÉNAP, « Une rencontre à venir », in *Anthropologie et santé publique Cahier des Sciences Humaines vol.28 – n° 1*, Paris, Editions de l'ORSTOM, 1992, *Op.cit.*, p.11.

D'ailleurs, ceci montre comment le dialogue est-il nécessaire afin d'arriver à une rencontre réelle des différentes disciplines citées ci-dessus. Car, aucune d'entre elles n'a le caractère exclusive d'apporter des réponses définitives sur les problèmes de la société à travers les diversités culturelles. Pour, Emmanuelle Kadya TALL⁷³, les médecins pensent que leur confrontation avec un chercheur en sciences sociales les permet de conquérir les outils méthodologiques et théoriques afin d'aboutir à des nouvelles bases de recherche dans la pratique de la psychiatrie au Bénin.

Ceci marque l'intérêt que les sciences sociales peuvent apporter aux praticiens de la biomédecine dans la compréhension surtout des maladies mentales. Lorsque les médecins acceptent de travailler avec ou d'écouter le sociologue et l'anthropologue, ils parviendront à mieux comprendre les dimensions socioculturelles de la maladie qui les échappent. C'est pourquoi dans une étude pour la réduction de la mortalité maternelle en Equateur Didier FASSIN et Anne-Claire DEFOSSEZ⁷⁴ montrent comment les explications des médecins n'arrivent pas à saisir les vraies causes de ce phénomène. L'idée qu'ils se fondent pour soigner les populations ne répond aux attentes de celles-ci dans la mesure où elle ressort souvent de la sociologie ou de l'anthropologie spontanée (une sorte de bon sens).

Les préjugés que construisent souvent les médecins et les décideurs constituent un obstacle du dialogue entre les praticiens du biomédical et les chercheurs en sciences sociales. La nécessité du dialogue dans une rencontre entre les chercheurs en sciences sociales et les praticiens de la santé ainsi que les décideurs apparaît comme un moyen essentiel pour trouver un consensus dans la mesure où les professionnels de la santé seront initiés à la dimension sociale ou culturelle de la maladie afin de mieux la comprendre et de l'associer dans pratiques de soins sanitaires.

Dans ce cas, la formation des professionnels de la santé (auxiliaires, infirmiers, médecins, décideurs) à mieux appréhender la dimension sociale de la maladie (les relations humaines aux soins) permet non seulement aux praticiens de la biomédecine de s'ouvrir aux autres disciplines pour un dialogue de complémentarité mais elle devient également source de convergence de celle-ci (biomédecine) aux profits des populations. Cependant, force est de

⁷³ Emmanuelle Kadya TALL, « L'anthropologue et le psychiatre face aux médecines traditionnelles » in *Anthropologie et santé publique Cahier des Sciences Humaines vol.28 – n° 1*, Paris, Editions de l'ORSTOM, 1992, *Op.cit.*, p.68.

⁷⁴ Didier FASSIN, Anne-Claire DEFOSSEZ, « Une liaison dangereuse » in *Anthropologie et santé publique Cahier des Sciences Humaines vol.28 – n° 1*, Paris, Editions de l'ORSTOM, 1992, *Op.cit.*, p.28.

reconnaître que même si cette rencontre se dessine à l'horizon certes, elle n'est pas encore prête à s'effectuer convenablement comme le souhaite les sociologues ou les anthropologues. Ceci est dû le plus souvent à la dimension purement politique dans laquelle fonctionnent nombre d'États à travers le monde. L'obligation des médecins à se soumettre à une décision des politiques, empêche ceux-là d'adopter une mesure qui leur paraît la meilleure à prendre. C'est pourquoi Didier FASSIN et Anne-Claire DEFOSSEZ expliquent que :

D'une part, le contexte idéologique dans lequel se développe la médecine ne laisse guère la place à une valorisation de la dimension sociale de la maladie, et moins encore évidemment à une critique de l'appareil de soins. D'autre part, les nécessités politiques auxquelles sont confrontés les responsables sanitaires, obligés d'apporter au gouvernement un produit électoralement rentable, ne leur permettent pas, quelle que soit leur bonne volonté, d'intégrer une réflexion plus générale en vue d'une action à long terme.⁷⁵

Le déni des praticiens de la biomédecine à consulter le sociologue ou l'anthropologue ainsi que l'influence des politiques dans leur champ d'action entravent cette discipline à cheminer vers le lieu de rencontre à d'autres qui pourtant peuvent l'aider à émerger dans un monde où l'explication de la maladie repose parfois sur des dimensions étiologiques plutôt ésotériques dans les biodiversités culturelles de plus en plus complexes. Cependant, on note que les échanges qui, avec les professionnels de la santé et les chercheurs en sciences sociales, devraient aboutir à un consensus, sont souvent minés par idéologies politiciennes. D'ailleurs, c'est dans cette optique que Joseph E. STIGLITZ écrit que :

L'intellectuel français Pierre Bourdieu a conseillé aux responsables politiques d'agir davantage en universitaires – d'engager un débat scientifique fondé sur les faits et les chiffres. Hélas, on voit trop souvent le contraire : les universitaires qui font des recommandations se politisent, ils déforment les réalités en fonction des idées chères aux dirigeants politiques.⁷⁶

En fait, lorsque les politiques acceptent d'écouter les scientifiques et d'appliquer les résultats de leurs recherches, c'est toute l'humanité qui en bénéficiera des avantages. Il s'agit seulement d'appliquer les résultats des recherches scientifiques afin que les changements sociaux positifs s'opèrent en faveur des populations. Ainsi, on constate que là où les projets scientifiques sont suivis par les politiques, les résultats apparaissent comme étant les meilleurs pour les populations. Par exemple en Suède, l'État a agi de telle manière pour appliquer les décisions scientifiques. Ce pays a réussi à avoir des revenus par tête comparables à celui des États Unis mais avec moins d'inégalité et de pauvreté au sein de la population surtout dans le

⁷⁵ *Ibid.*, pp.34-35.

⁷⁶ Joseph E. STIGLITZ, *La grande désillusion*, Paris, Fayard, 2002, p.18.

domaine de la santé et de l'économie où l'État suédois a développé les politiques sociales du bien être tout en offrant à sa population « *un bien meilleur système de santé publique, une bien meilleure indemnisation du chômage et de bien meilleures retraites que les États-Unis* ». ⁷⁷

Le respect et la circonscription aux idées des scientifiques par des politiques ont permis à la Suède d'avoir un niveau de santé plus meilleur qu'aux États-Unis. En revanche, on note que la plupart des programmes mis en œuvre par les Institutions Internationales sont dictés à vocation politique par les grandes puissances. D'ailleurs, c'est la raison pour laquelle la Russie a échoué là où la Chine a réussi en voulant adopter l'économie de marché. Car, « *on ne saurait concevoir plus frappant contraste qu'entre la transition de la Russie, mise en œuvre les institutions économiques internationales, et celle de la Chine, conçue par elle-même* ». ⁷⁸ La Russie a brusquement adopté les politiques de la Banque Mondiale et du FMI pour appliquer l'économie de marché tandis que la Chine est allée étape par étape en suivant les études des universitaires sur la transition de l'économie de marché. Ce qui pousse STIGLITZ à démontrer que :

La mondialisation et l'introduction d'une économie de marché n'ont pas produit les effets promis en Russie, ni dans la plupart des autres économies engagées dans la transition du communisme de marché. L'Occident avait dit à ces pays que le nouveau système économique allait leur apporter une opulence sans précédent. À bien des égards, et pour la grande majorité des habitants, l'économie de marché s'est révélée encore pire que leurs dirigeants communistes ne l'avait prédit. En 1990, le PIB de la Chine représentait 60% de celui de la Russie. Dix ans plus tard, c'est l'inverse. La pauvreté a considérablement augmenté en Russie, considérablement diminué en Chine. ⁷⁹

En réalité, « *les universitaires qui font des recommandations se politisent, ils déforment les réalités en fonction des idées chères aux dirigeants politiques* » ⁸⁰ tel est le cas des médecins en Équateur ⁸¹ qui ont voulu rendre service aux politiques en appliquant des décisions afin de permettre aux dirigeants d'accéder à nouveau ou de se maintenir au pouvoir. Lorsque les universitaires se soumettent aux politiques, ils perdent souvent même l'objectivité de leur champ d'études. C'est pourquoi Emmanuelle Kadya TALL souligne que :

Le rôle de l'anthropologue et celui du psychiatre ou de tout autre biomédecin n'est pas d'officialiser les pratiques de soins des thérapeutes locaux. Une tentative en ce sens est sans doute le meilleur moyen de les rendre inopérantes, comme le

⁷⁷ *Ibid.*, pp.82-83.

⁷⁸ *Ibid.*, p.31.

⁷⁹ *Ibid.*, pp.30-31.

⁸⁰ *Ibid.*, p.18.

⁸¹ Cf., Didier FASSIN, Anne-Claire DEFOSSEZ, « Une liaison dangereuse » in *Anthropologie et santé publique Cahier des Sciences Humaines vol.28 – n° 1*, Paris, Editions de l'ORSTOM, 1992, *Op.cit.*, pp.23-36.

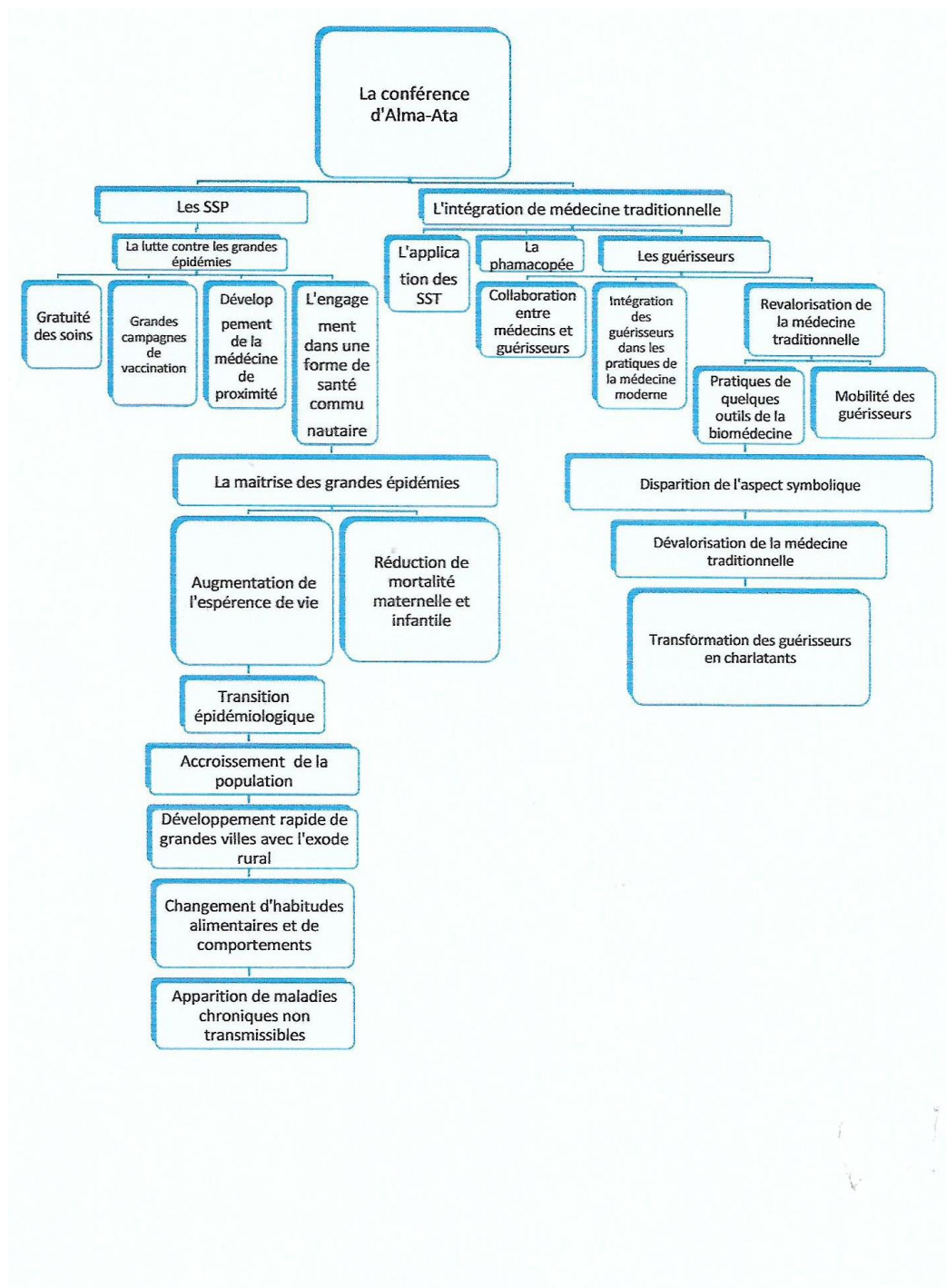
*prouve la désertion dont les guérisseurs sont l'objet, lorsqu'ils sont intégrés à des institutions biomédicales.*⁸²

On reconnaît ici que le rôle du chercheur ce n'est pas d'appliquer une décision politique mais c'est de trouver dans ses recherches des solutions objectives à des questions sociales auxquelles les politiques ou tous autres décideurs peuvent se référer au service des populations. Toutefois, on note que même si chaque discipline est indépendante dans son champ d'investigation, il est important de souligner que les chercheurs doivent trouver un lieu de rencontre dans la logique de la complémentarité de leurs disciplines surtout en matière de santé où la complexité du champ d'étude nécessite un dialogue fondamental afin de trouver un consensus à l'ensemble des acteurs intervenant dans ce domaine. Ainsi, en santé mentale cela s'est fait seulement qu'*«en reconnaissant la légitimité des étiologies locales, la psychiatrie béninoise aspire à devenir le lieu thérapeutique privilégié du passage entre tradition et modernité»*⁸³. En outre, après avoir caricaturé le cheminement de la santé à travers le schéma ci-dessous qui résume le contexte actuel dans lequel se trouve le monde d'aujourd'hui, nous nous sommes intéressé aux aspects théoriques de la recherche.

⁸² Emmanuelle Kadya TALL, « L'anthropologue et le psychiatre face aux médecines traditionnelles » in *Anthropologie et santé publique Cahier des Sciences Humaines vol.28 – n° 1*, Paris, Editions de l'ORSTOM, 1992, *Op.cit.*, p.81.

⁸³ *Ibid.*, p80.

Schéma 1 : Le cheminement de la santé après Alma-Ata



CHAPITRE II : LES ASPECTS THÉORIQUES DE LA RECHERCHE

II.1. Revue critique de la littérature

Depuis plusieurs décennies, la santé ne cesse d'être un champ d'étude et de réflexion non seulement des chercheurs du monde biomédical mais également ceux des sciences sociales, de la nature, de politiques, d'économistes, de journalistes...

Ceci est lié généralement à ce que Jacques Le GOFF appelle « *la défaite de la santé publique* »⁸⁴ dans les pays du nord comme ceux du sud. Ainsi, à travers le thème de la santé bon nombre d'auteurs ont consacré leurs travaux.

Parmi ces derniers on note, *La défaite de la santé publique* qui est un ouvrage de Jacques LE GOFF à travers lequel il montre les dysfonctionnements du système de santé publique par le biais du sang contaminé ou de l'hormone de croissance. L'auteur y discerne bien la conséquence logique de la faillite d'un système tout entier, imputable à la très grande faiblesse institutionnelle politique et culturelle de la santé en France plus particulièrement. Pour lui, c'est une faiblesse qui reconstitue le déroulement du système. Qu'il s'agisse de la généralisation du test biologique, de la technique du « poolage » (mélange des sangs), du chauffage ou de la pratique systématique des prélèvements en prison, à aucun moment la politique de santé ne semble avoir été sérieusement pilotée, du fait de l'inconsistance des structures administrato-politiques de santé (pas de conseiller auprès du premier ministre) et d'une culture du risque hyper-rationaliste, rétive à la prise en compte de la « prophétie » du malheur.

Une faiblesse, dit-il, au fond « génétiquement programmée » depuis le XIX^e (crainte de l'effet liberticide de l'impératif de santé publique : le retard de la vaccination est à cet égard, édifiant) et entretenue par un système qui n'a jamais su se donner de véritables principes et instruments de cohérence et de régulation faute d'un sens suffisamment affirmé de l'État et par suite des incohérences d'une architecture globale hésitant entre dirigisme de principe et liberté sans limite du monde médical.

Toutefois, force est de reconnaître que les critiques sur les défaites de la santé n'ont rien changé car la commercialisation liée à la course de la richesse (cliniques privées, vente de médicaments...) continue à accentuer le manque de sérieux de certains médecins dans les institutions publiques. Ici, nous défendons la thèse de LE GOFF car la santé est très souvent

⁸⁴ Jacques LE GOFF, *La défaite de la santé publique*, Paris, Flammarion, 1996.

orientée par des idées politiques qui créent de grands écarts entre leurs propos et les réalités du champ médical. Alors que la complexité de ce domaine mérite l'abstraction de toute influence politique et de mettre des spécialistes au sommet des instances de décision afin qu'ils puissent mieux répondre aux besoins des citoyens affectés. Ainsi, la santé publique n'est pas aussi facile à gérer surtout à l'heure de la libre circulation des individus et des biens où des pandémies peuvent surgir à tout moment.

D'ailleurs, c'est dans cette dynamique que Raymond MASSE, Daniel WEINSTOCK, Michel DESY et al., soulignent l'effet d'une telle maladie chez la population québécoise dans leur article intitulé « Perceptions populaires du risque et savoirs experts en contexte de pandémie : le cas du A(H1N1) au Québec. »⁸⁵ Cet article est écrit dans un contexte temporel bien déterminé face à une pandémie qui suscite une grande anxiété chez la population québécoise. Il met en exergue les perceptions de la dite population devant une telle maladie et remet en cause les services de la santé publique car, disent-ils (les auteurs) la propagation de ces virus est présenté comme un risque « évitable » à condition que les moyens adéquats (hygiène, vaccination) soient mobilisés et que des stratégies de communication adéquates soient élaborés pour stimuler l'implication de la population. Les incertitudes liées aux risques associés au virus et au vaccin ont alimenté beaucoup de souci chez la population.

En effet, les auteurs soulignent le manque d'information qu'ils déplorent, les incohérences et les contradictions dans le flux des communications, voire principalement l'absence d'un « discours scientifique officiel » crédible qui permettent de trancher entre sensationnalisme et rigueur scientifique. Au Québec, la stratégie de communication autour du risque épidémique ne s'est pas avérée à la hauteur ; la perception qu'en a la population fut mitigée, positive pour certain un échec pour d'autres.

Ici, le vaccin est perçu comme un moyen de prévention pour certains ; cependant pour d'autres, le souci aux effets secondaires conduit à une abstention. Il existe alors un dilemme chez certains de prendre ce vaccin ou d'en courir les effets secondaires de ne pas le prendre risque d'être vulnérable face à une telle pandémie pour d'autres. Par conséquent, ceci amène une anxiété chez la population devant une situation sociale où la cohabitation des uns aux autres ne permet pas de rassurer aucun des membres de ladite population. Devant cette situation les

⁸⁵ Raymond MASSE, Daniel WEINSTOCK et al. , « Perceptions populaires du risque et savoirs experts en contexte de pandémie : le cas du A(H1N1) au Québec. », *Anthropologie et santé* [En ligne], 3 | 2011, mis en ligne le 28 novembre 2011, consulté le 14 avril 2012 à 09h. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/739>

autorités doivent prendre une mesure adéquate afin d'obliger tous les citoyens à prendre le vaccin. On note que ces auteurs cités ci-dessus s'inscrivent dans la même dynamique que LE GOFF. Car, ils soulignent tous, le manque de sérieux ou l'absence de rigueur de la part des autorités administratives et hospitalières dans le traitement des soins au service de la population.

C'est presque dans la même perspective que Pascal DUCOURNAU et Claire BEAUDEVIN abordent le thème de la santé dans leur article intitulé « Génétique en ligne : déterritorialisation des régulations de santé publique et formes de développement commercial »⁸⁶, ils s'attaquent au système malsain de l'internet dans l'utilisation de la santé.

En effet, ces auteurs soulignent ici que la consultation sur la santé des populations en ligne sur le net constitue un empiètement des institutions hospitalières publiques car, disent-ils, l'arrivée récente de ces tests bouleverse profondément les cadres de régulation de santé publique construits au niveau des États et participe à leur déterritorialisation. Ainsi, pour maîtriser ce nouveau phénomène qui remet en question le système des institutions de santé publique, DUCOURNAU et BEAUDEVIN notent que la France et la majorité des pays européens ont conditionné la délivrance de tests à une prescription médicale et un suivi assuré par un professionnel de santé.

Cependant, beaucoup de gens peuvent s'en procurer en dehors du cadre médical par le biais de l'internet. Ceci suscite un débat sur le contournement des législations par les professionnels de la santé qui voient probablement dans cette pratique une remise en question de leur champ d'activité mais aussi ils s'inquiètent de la qualité de cette offre de soins et de la pertinence de l'information de ces tests délivrée par le biais d'un marché électronique et globalisé. Pour eux, ces politiques de marketing – dont certaines ne sont probablement pas pensées de manière systématique – recouvrent un certain nombre d'enjeux et de risques qu'il nous est possible d'anticiper, sur la base de nos premières analyses : l'exploitation du « santéisme » peut certes être lucrative pour les compagnies mais elle est potentiellement anxiogène pour les usagers.

Ces espaces remplissent une triple fonction. Ils permettent aux utilisateurs de dialoguer directement avec les personnes administrant les sites, et de discuter avec les autres usagers.

⁸⁶ Pascal DUCOURNAU et Claire BEAUDEVIN, « Génétique en ligne : déterritorialisation des régulations de santé publique et formes de développement commercial » in *Anthropologie & santé Revue internationale francophone d'anthropologie de santé* n°3 novembre 2011, consulté le 14 avril 2012 à 21h, URL : <http://anthropologiesante.revues.org/777>.

Ceci renvoie ainsi à la formation d'une démocratie sanitaire et scientifique autour de la génomique, mais ils ont aussi pour vocation sur certains sites de permettre de « se faire des amis » par le biais d'un partage d'information génétique personnelle. C'est en fait un réseau social. Il semble que nous ayons affaire avec ce type de communauté fondée sur le partage d'informations génétiques à des biosocialités.

D'une part, il permet de décrire et de qualifier l'apparition de nouvelles entités sociales (notamment des groupes ou associations de patients qui partagent une même séquence génétique) sous l'effet de ces derniers. On a ainsi vu des personnes former des collectifs et parfois de véritables associations militantes au service de la promotion d'une démocratie médicale et scientifique sur la base du fait qu'elles pouvaient être porteuses d'une caractéristique biologique ou pathologique. D'autre part, le concept de biosocialité renvoie à une artificialité croissante de la nature, du fait des découvertes et des applications biotechnologiques issues de la génomique.

Au-delà du « santéisme », le second ressort sociétal sur lequel jouent les firmes des tests génétiques est celui des revendications contemporaines des usages des systèmes de santé à pouvoir devenir de véritables acteurs / auteurs des décisions médicales et de santé les concernant et des usages corporels afférents. La valorisation de l'individu, de son autonomie et de son émancipation face au carcan de l'ignorance et aux tutelles que peuvent représenter le paternalisme de certains médecins, ou la technocratie, est une des clefs de voûtes du marketing employé.

En deçà de cette dynamique de médicalisation les services préposés par les sites de tests s'ancrent surtout dans une évolution culturelle, politique et idéologique majeur de nos sociétés contemporaines qui est venue placer la santé au panthéon de nos valeurs et de nos préoccupations tout en l'accompagnant d'une nouvelle vision du monde reposant sur la promesse d'une longévité physique et intellectuelle pour qui saurait se conduire selon des principes hygiénistes. L'importance de cet article est de montrer que même si la toile mondiale occupe une place signifiant dans le domaine de la santé, force est de constater ses limites surtout dans la perfection et de la qualité des soins. À cet effet, nous pensons que la consultation en ligne ne permet à aucun malade de se faire soigner sérieusement car il est nécessaire que le patient soit physiquement toujours en face d'un personnel qualifié (médecins, gynécologues ou spécialistes) afin de bénéficier des soins qui lui sont appropriés. La recommandation aux patients de privilégier les soins dans les institutions hospitalières est plus rassurante. Mais, c'est

cette absence de politique de santé fiable de la part des Etats qui continue à nourrir la réflexion de différents auteurs.

Si Pascal DUCOURNAU et Claire BEAUDEVIN abordent le thème de la santé au travers le rôle important que joue la toile mondiale dans le cadre de la création de réseaux sociaux pour une démocratie sanitaire, toutefois, Patrice QUENEAU et Gérard OSTERMANN s'opposent à cette pratique dans leur ouvrage intitulé *le médecin, le malade et la douleur*.⁸⁷ Ils montrent comment la communication verbale est-elle importante dans le traitement des maladies. Autrement dit, les relations que doivent entretenir les médecins avec leurs patients ne soient pas à négliger parce qu'elles participent au bon fonctionnement de la thérapie.

En effet, cet ouvrage se présente comme un support d'aide aux médecins devant la douleur de leurs patients. C'est en fait, un conseil médical qu'il (cet ouvrage) préconise aux professionnels de la santé afin de mieux se servir des antalgiques et le comportement relationnel qu'ils doivent entretenir avec les malades souffrants. Patrice QUENEAU et Gérard OSTERMANN souligne que le thérapeute n'est pas que science et technique, il est aussi médiateur symbolique, sorte de médicament au-delà du médicament : il agit parce qu'il est symbole et il est symbole parce qu'il agit. En outre, écrivent-ils, que la prescription pertinente de médicaments efficaces n'y suffit pas toujours. Mais le médecin dispose aussi, pour reconforter son patient, de la douceur de son empathie : la parole, la présence du médecin antalgique complètent souvent avec bonheur l'effet pharmacodynamique de sa prescription. L'efficacité antalgique maximale exige donc du médecin à la fois compétence technique et qualités relationnelles ; elle est aussi fondée sur sa richesse humaine et son art de communication. C'est ainsi que nous défendons cette thèse car la bonne relation du médecin avec ses patients contribue à édulcorer toute forme de souffrance et d'inquiète non seulement avec le malade mais aussi et surtout avec son entourage.

Ainsi, Didier FASSIN, dans son ouvrage *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*⁸⁸, fait une analyse des pratiques politiques pour comprendre les réponses des groupes dominés aux mécanismes de domination en montrant également comment le champ de santé peut-il influencé la politique. Il visite différents terrains géographiquement distincts en insistant sur l'importance du politique dans le champ de la santé.

⁸⁷ Patrice QUENEAU et Gérard OSTERMANN, *le médecin, le malade et la douleur*, Paris, Masson 3^e édition, 2000.

⁸⁸ Didier FASSIN, *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala, 2000.

Pour lui, c'est le plan de la réforme de la sécurité proposé par un gouvernement récemment nommé qui entraîne, en décembre 1995, le plus important mouvement social que la France ait connu depuis plus d'un quart de siècle, annonçant, quelques mois plus tard, la chute de la majorité présidentielle aux élections législatives. Cette irruption sporadique des désordres du corps dans l'espace public a ainsi conduit, dans l'histoire, à une redéfinition progressive du gouvernement des hommes qui, à côté des fonctions traditionnelles visant à assurer la sécurité des gouvernés par des dispositifs de police et défense, a inclus de plus en plus systématiquement l'administration sanitaire des populations et la protection médicale des individus.

De plus, il souligne que l'étude de la vente illicite de médicaments au Sénégal montre ainsi comment les produits pharmaceutiques apparaissent comme des biens de consommation particulièrement lucratifs et, ce faisant, découvrir les liens mafieux entre la confrérie religieuse qui en contrôle le commerce et l'État qui assure la régulation. L'enquête sur les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Equateur met de même en évidence la manière dont le corps des femmes est essentiellement vu par les institutions médicales du point de vue de la reproduction biologique, les violences dont souffrent les paysannes indiennes.

L'analyse des statistiques sanitaires en France atteste des disparités dont sont victimes les étrangers en matière de santé, mais témoigne simultanément de la difficulté à aborder les questions de différences et de discriminations en fonction de l'origine, en particulier lorsqu'elles touchent au biologique. Dans chaque cas, elle-même enjeu du politique, la santé en dévoile à son tour les enjeux qu'elle cristallise. Sous ce double aspect, la santé apparaît donc pour le politique, comme une épreuve de vérité.

C'est dire que l'anthropologie politique de la santé dont le présent ouvrage se voudrait une défense et illustration, ne peut être que critique. Elle dénonce des raisonnements servant à rendre compte de faits ou justifier des actions, comme le recours généralisé à des interprétations culturelles dès lors que l'on a affaire à une forme d'altérité, qu'il s'agisse de femmes indiennes dans le contexte équatorien ou d'immigrés africains sur le territoire français, critique des rhétoriques mystifiantes qui ont pour objet de masquer la pauvreté des réalisations ou la duplicité des intentions, tel qu'on le voit souvent dans le développement sanitaire. Nous agréons les critiques de FASSIN sur des politiques qui priment leurs propres intérêts au détriment de la santé des populations. Parce aucun intérêt personnel ne doit être au-dessus des personnes affaiblies.

En outre, la santé apparaît aussi comme une force mystique ou une manière de se défendre. C'est ce que Didier FASSIN⁸⁹ montre à travers l'histoire de Nianguiri. Il souligne que chez les africains le savoir peut devenir une puissance, c'est-à-dire un pouvoir de faire du bien (soigner, guérir ou se protéger contre les mauvais sorts) et du mal (tuer une personne par vengeance ou rendre malade quelqu'un). À travers ce récit, l'auteur montre comment le détenteur du savoir noir peut agir de près ou de loin pour faire ce dont il désire d'effectuer. Ici, la santé se déploie dans les zones les plus urbanisées comme un marché plutôt qu'un champ. Mais, il existe une différence entre champ médical et marché de la santé. Le premier apparaît comme un lieu où les soins sont une activité principale des thérapeutes et où les médecins et guérisseurs entraînent dans une relation de concurrence et de complémentarité. Le second se présente comme un lieu d'échange où les soignés ont le choix de leur soignant et où ne se forment que des relations contractuelles temporaires.

En effet, pour FASSIN, le champ médical se situe exclusivement du côté de l'offre de soins tandis que le marché de la santé permet d'introduire le malade et de faire jouer les mécanismes de l'offre et de la demande. Sur le marché de la santé, le malade peut encore choisir entre les herbes de l'aïeule, les remèdes magiques du guérisseur, les écrits coraniques du marabout, les médicaments modernes du vendeur ambulant, les prescriptions ordonnées par le médecin du quartier. Sur ce marché également, les membres des comités de santé peuvent intervenir comme représentants des populations, les guérisseurs peuvent chercher à s'associer pour mieux défendre leurs intérêts professionnels, les marabouts mourides peuvent contrôler la majeure partie de la vente illicite des médicaments. Cependant, il est important de noter que même si le champ médical occupe une place importante dans les soins aussi traditionnels que modernes, force est de reconnaître que le marché de la santé est toujours affecté par des politiques malsaines.

Claudine HERZLICH quant à elle, part des faits culturels dans son ouvrage intitulé *Santé et Maladie analyse d'une représentation sociale*⁹⁰. Elle souligne qu'être malade, être en bonne santé est une expérience individuelle qui ne se peut partager. Car, la maladie, dit-elle, est un apprentissage de la société par le biais des institutions (l'hôpital, la sécurité sociale) et de même que le nom donné par le médecin à la maladie. Pour elle, étudier la représentation sociale de la

⁸⁹ Didier FASSIN, *Pouvoir et maladie en Afrique Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Collection les champs de la santé, Paris, P.U.F, 1992.

⁹⁰ Claudine HERZLICH, *Santé et Maladie analyse d'une représentation sociale*, Paris, éditions Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996.

santé et de la maladie, c'est observer comment cet ensemble de valeurs, de normes sociales et modèles culturels est pensé et vécu par des individus de notre société, étudier comment s'élabore, se structure, logiquement et psychologiquement, l'image de ces objets sociaux que sont la santé et la maladie. L'auteur soutient que l'on tente d'ailleurs à inclure dans la maladie des états d'inadaptation – personnelle et sociale-qui, naguère, ne relevaient que d'une approche morale et légale. Il montre aussi que, pour nous, la maladie a cessé d'être exclusivement un fait d'un corps, objectivable en seuls termes organiques.

En effet, HERZLICH suggère que le contenu de ses études est formé par deux idées fondamentales. Premièrement, les représentations de la maladie, comme d'ailleurs les comportements des malades et de leur entourage ou les pratiques médicales, sont variables selon les cultures. Ainsi, on distingue classiquement des conceptions endogènes et exogènes de la maladie. Dans les conceptions exogènes – la maladie est causée par l'intrusion, réelle ou symbolique, d'un objet dans le corps du malade. Dans les conceptions endogènes, ou encore centrifuges et soustractives, la maladie est causée par le vol magique de l'âme de l'individu. Il semble que les théories exogènes soient davantage employées pour expliquer les maladies douloureuses et qu'on recoure aux théories endogènes pour des troubles accompagnés de perte de conscience. La seconde idée fondamentale est celle-ci : les représentations et pratiques sont liées au système global de valeurs de la société. La maladie peut être liée à une origine magique : elle est causée par l'action d'un autre homme ou d'un sorcier ; où elle est d'origine religieuse c'est-à-dire qu'elle provient d'un dieu ou d'un esprit. Mais le fait essentiel est l'absence de différences nettes entre médecine, magie et religion. Les pratiques se rejoignent toujours aux systèmes de valeurs et de représentations. La maladie, en dernière analyse, provient d'une faute envers les dieux, les morts ou la société, la rupture d'un tabou ou d'un manquement aux valeurs du groupe et ; pour le malade lui-même, la maladie est une sanction. Ici, la maladie est déterminée par des valeurs culturelles.

Ainsi, Marc RENAUD s'inscrit dans la même perspective que Claudine HERZLICH. Il défend lui aussi la conception de la maladie comme un produit culturel. Dans son article intitulé « De la sociologie médicale à la sociologie de la santé ; trente ans de recherche sur le malade et la maladie »⁹¹, il souligne qu'avant Parsons, pour définir la maladie, on se fondait guère que sur des corrélations entre variables sociales et des variables biologiques, en se basant uniquement

⁹¹ Marc RENAUD, « De la sociologie médicale à la sociologie de la santé ; trente ans de recherche sur le malade et la maladie » in *Traité d'anthropologie médicale. L'Institut de la santé et de la maladie*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), 1985, chapitre 13, pp.281-291.

sur ce que les médecins en disaient et sans tenir compte de ce qui est au fond une évidence. Car quelqu'un est perçu comme malade uniquement quand il se dit malade ou se comporte à la façon d'un malade (selon les normes sociales). Les individus réagissent différemment devant une maladie qui présente les mêmes symptômes. C'est ce qui a poussé PARSONS à avoir l'intuition que le rapport d'un individu à sa maladie est, d'une certaine manière, la manifestation du rapport que cet individu entretient avec les valeurs de sa société. Ici, la maladie est perçue comme une conduite sociale.

En outre, RENAUD insiste sur la socialisation de la maladie car, dit-il, pour la société, par ailleurs, la maladie contient en germes des menaces pour la stabilité de l'ordre social, menaces que la société doit arriver à contrôler par l'intermédiaire de la médecine. La société tend toujours à légitimer la maladie par le biais du « rôle de malade » dans la relation patient – médecin. Parce que ce rôle donne au malade l'obligation d'essayer de se rétablir ou de consulter l'aide technique compétente et de s'y soumettre. L'existence d'un tel « rôle de malade » permet donc à une forme de déviance sociale de se manifester alors même que la maladie est socialement explosive parce qu'elle est une des seules formes de déviance légitime. Le « rôle de malade » permet à la société de le contrôler et d'en limiter l'impact grâce à la supervision médicale.

En fait, le niveau socio-économique, selon l'auteur, et le niveau d'éducation ont également une influence sur la propension à recourir aux soins médicaux. Le degré de sévérité des symptômes ressentis, la gravité et le caractère ambigu du pronostic contribuent également à renforcer la conformité au rôle de malade. Bref, RENAUD indique qu'il faut nuancer le concept de rôle car, ces études montrent qu'en réalité les gens ne réagissent pas tous de la même manière devant les mêmes symptômes. Ce concept s'applique mieux aux cas de malade aiguë et qu'il permet mal de comprendre les affligés de maladies chroniques (cancers, maladies cardiaques, diabète, etc.), qui sont en nombre croissant.

La maladie n'est pas temporaire et on ne peut s'attendre à ce que le malade retrouve totalement la santé et reprenne complètement ses fonctions normales. Dans le même ordre d'idées, il soutient que ce concept n'est pas valide pour la maladie mentale car le psychiatre ne s'attend pas à une soumission aussi grande de son patient que ce qui est le cas pour les maladies physiques. L'auteur soutient que la maladie est une conduite sociale quelle que soit la compréhension que les couches sociales lui attribuent.

En outre, la maladie et le malade apparaissent également comme des produits sociaux. Il s'interroge sur les mécanismes par lesquels la médecine s'est appropriée du presque monopole de définir le malade, son traitement et de créer socialement le malade c'est-à-dire cette idéologie que les gens font de la maladie et de la santé. En somme, RENAUD tente de faire la synthèse de l'impact de ce monopole de différents auteurs par trois thèses :

Dans la première, il souligne que le recours de la médecine moderne plutôt qu'à l'étiologie (une maladie, une cause précise) a fait qu'elle (la médecine) a pris une position de domination pratiquement incontestée. Mais cette position est fortement discutée par Jean-François CHANLAT pour qui, la médecine ne raisonnait qu'en fonction de cette logique de l'étiologie. Car, la persistance des inégalités sociales en matière de santé a aussi rappelé la médecine à l'ordre. En revanche, il nous reste à comprendre, dit-il, les facteurs médiateurs qui expliquent pourquoi, dans une même couche sociale, certains individus sont beaucoup plus vulnérables que d'autres dans leur santé. Ces facteurs médiateurs ont un lien à avoir avec le stress ressenti dans les sociétés industrielles parce qu'il agirait en diminuant les mécanismes de défense contre la maladie et créerait une « susceptibilité générale » à la maladie.

Dans la deuxième thèse, l'auteur nous montre les limites de la médecine. Car pour lui, la médecine n'a pris une dominance qu'après le développement des conditions sociales des individus et grâce au recul considérable des maladies dans les pays développés. De plus, malgré le progrès des techniques incontestablement efficace (développement de la vaccination et des antibiotiques, traitement des désordres digestifs de certaines maladies du rein, de l'hypertension, des brûlures, progrès en chirurgie, etc.), l'impact de la médecine devant les maladies cardiaques et les cancers reste encore faible pour faire reculer les taux de mortalité.

Enfin, grâce à l'élargissement ainsi de son champ d'intervention, la médecine est devenue un mécanisme de contrôle social beaucoup plus important que la religion et le droit. On a dépossédé les gens de leur autonomie et de leur liberté en livrant aux mains d'experts que l'on appelle des « professionnels de la relation d'aide », mais qu'il faudrait peut-être voir comme des « professionnels qui rendent incapables ». L'auteur montre les limites du médecin et de sa technologie à laquelle il se réfère pour exercer son métier. Il appelle cette thèse la « médicalisation de la société ». Autrement dit, la manière dont les problèmes sont médicalisés. Toutefois, force est de reconnaître que vouloir donner à toutes les maladies une explication culturelle relève de l'utopie car la fonction biologique joue un rôle très important dans la compréhension des affections. Par exemple, l'insuffisance rénale donne toujours précision à

une panne biologique d'un organe (le rein). Il est aussi important de noter que le culturel et le biologique sont difficiles à séparer.

En fait, c'est ce que Jacques DUFRESNE montre dans son article intitulé « Aspects culturels de la santé et de la maladie »⁹². Il défend la fonction biologique de la culture. Car, pour lui, loin de constituer un monde autonome, la sphère de la culture apparaît comme une annexe de celle du biologique. Il montre comment la culture occupe-t-elle un rôle important à travers le vêtement et apparaît comme un moyen de renforcer l'identité et de favoriser la réinsertion sociale afin de modifier l'impact de l'environnement inorganique sur l'organisme (l'utilisation du vêtement contre les rayons ultra-violet). Ici, la culture est toujours perçue comme un filtre des agents pathogènes.

Mais, il souligne que certaines attentes peuvent être trompées par des études anthropologiques. Il arrive en revanche que des études biologiques aient des prolongements culturels. Il en est ainsi par exemple des travaux sur la dissémination des maladies infectieuses. DUFRESNE soutient que les maladies se propagent toujours par le biais de la mobilité de l'homme (l'émigration) ou par l'alimentation. Car, on sait maintenant, dit-t-il, que ces maladies ont progressé dans le sillage de l'homme, sans les migrations de ce dernier elles (les maladies) seraient demeurées confinées à leur foyer originel. Les maladies infectieuses affaiblissent les soins traditionnels tandis que la médecine occidentale les domine. Ceci est lié également selon MOERMAN au prestige dont se jouissent les médecins, l'assurance et l'enthousiasme avec lesquels ils opèrent de même que par la confiance qu'inspire leur équipement. Cependant, il est important de noter que malgré leurs moyens et leur technologie de pointe, l'occident n'arrive pas à dominer ou à vaincre définitivement la maladie. Ce qui montre alors les limites de l'homme devant toute chose. L'imagination joue un rôle important dans la représentation des maladies.

De plus, c'est dans la représentation de la maladie que J.HASSOUN oriente son étude dans son article intitulé « Quelques silences sur la douleur des femmes malades du sida en Côte

⁹² Jacques DUFRESNE, « Aspects culturels de la santé et de la maladie », in *Traité d'anthropologie médicale. L'Institut de la santé et de la maladie*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, 1985, chapitre 10, pp.241-251.

d'Ivoire »⁹³. Il s'interroge d'ailleurs sur le silence des femmes malades du sida dans les pays du sud notamment en Côte d'Ivoire.

Ce silence n'est pas seulement manifesté par les chercheurs mais aussi et rarement ouvertement dit par les malades eux-mêmes. Il souligne que les études visant à comprendre les pratiques en matière de prévention dominant également les recherches qualitatives effectuées par les anthropologues, sociologues ou encore des économistes. Les conséquences du sida sont d'abord étudiées en termes économiques, et les répercussions psycho-sociales sont souvent négligées. Ce qui fait une différence entre les pays du sud et ceux du nord car dans ces derniers les études ont été déjà menées sur l'aspect psycho-social.

Les recherches se sont appesanties sur les comportements sexuels et les pratiques en matière de prévention des maladies. Ici, le chercheur se met à la place des malades car il ressent les mêmes peines qu'eux (la douleur, la honte). Les femmes malades du sida déniaient leur souffrance, dit-il, leur maladie mais le déni est en soi une souffrance. La souffrance non-dit ou non exprimée augmente encore dans le silence. Ce qui redouble la peine des femmes malades du sida c'est qu'elles ne font pas part de leur maladie de peur d'être rejetées. Mais souvent, dit l'auteur, le temps déconstruit le déni : il permet à la femme de se réapproprier progressivement le sida.

Ainsi, certaines d'entre elles finissent, une fois le choc de l'annonce passé et quelques mois plus tard, par reconnaître qu'elles sont malades du sida. Le sida réduit les relations interindividuelles. L'implantation du chercheur dans une telle étude lui permet de connaître l'intime des malades. Ce qui pourrait créer une dépendance entre le chercheur et ses enquêtés car il pourrait avoir des sollicitations. Cependant, on reconnaît que J.HASSOUN ignore certaines de ces réalités culturelles africaines. Parce qu'en Afrique les représentations sociales que la société fait des maladies comme le sida obligent les affligés à taire de leur pathologie. Nous critiquons également l'attitude de l'auteur de vouloir être à la place de ses enquêtés car dans une étude scientifique, le chercheur doit toujours prendre une distance sur les prénotions afin d'objectiver sa démarche. Encore il est important de noter une réserve dans la thèse de HASSOUN car vouloir interpréter les réalités culturelles d'une maladie par rapport à la sienne (sa propre culture) pourrait se résumer à son internationalisation.

⁹³ Judith HASSOUN, « Quelques silences sur la douleur des femmes malades du sida en Côte d'Ivoire », *Socio-anthropologie* [En ligne], N°5 | 1999, mis en ligne le 15 janvier 2003, Consulté le 23 octobre 2009 à 8h 39. URL : <http://socio-anthropologie.revues.org/index51.html>.

De ce fait, l'internationalisation des maladies a créé un système de santé plus ou moins lié dans le temps et dans l'espace. C'est pourquoi, Didier FASSIN aborde le thème de la santé dans sa globalisation. Ainsi, dans son article intitulé « La globalisation de la santé. Éléments pour une analyse anthropologique »⁹⁴, il souligne que si le processus de globalisation concerne la santé, il faut voir ce phénomène d'un triple point de vue. En premier l'interdépendance mondiale des déterminants de la santé, ensuite la circulation mondiale des modèles sanitaires en termes de représentations et des pratiques. En dernier lieu, la manière dont la santé devient partout objet de préoccupation des États, de négociations et de conflits entre des collectivités internationales, nationales ou locales.

Mais, il souligne que l'idée de la globalisation doit être relativisée pour au moins trois ordres de raisons. D'abord, une prospection historique de longue durée montre au contraire que ces évolutions sont engagées depuis plusieurs siècles avec le développement d'économies-mondes, puis d'une colonisation qui n'impliquait que des transferts d'hommes et de richesses, mais avaient également des effets sur des continuités historiques (celle, par exemple, des structures idéologiques servant à penser la santé publique, telle que la référence au progrès et au bien-être ou l'opposition binaire entre universalisme et particularisme, depuis la médecine coloniale jusqu'à la santé des immigrés) et au contraire, des discontinuités historiques (ainsi, dans le tiers monde, le remplacement d'une tutelle coloniale imposant un ordre sanitaire par une conditionnalité financière des bailleurs de fonds orientant les politiques de santé).

Ensuite, la globalisation n'a de sens que si elle est comprise comme un processus asymétrique, inégalitaire et différencié. Enfin, la globalisation ne signifie pas l'assimilation pure et simple des mêmes diagnostics et des mêmes recettes. Comme on l'a montré pour d'autres domaines, on assiste à un double processus, d'une part, d'appropriation, voire de détournement, des logiques globales (c'est le cas par exemple avec les politiques du médicament dont le libéralisme effréné a favorisé le développement d'un marché illicite mais prospère) et d'autre part, d'innovation et de création. Ici, nous approuvons bien la thèse de FASSIN car la globalisation ne peut être comprise que dans la différence et dans les inégalités. Il est important de souligner également que les comportements des individus et leurs manières de faire devant la maladie diffèrent toujours selon la culture et le milieu.

⁹⁴ Didier FASSIN, « La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique » in *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 2001, pp.25-40.

Armelle Giglio-Jacquemot quant à lui aborde ce thème sous l'angle des conflits dans son article intitulé « Unicistes versus pluralistes : l'homéopathie brésilienne à l'ère de la globalisation ».⁹⁵ Ici, l'auteur souligne la place de l'anthropologie dans la globalisation tout en essayant de redéfinir un nouveau contexte du rôle de la santé ou des médecines et de leur évolution dans ce nouveau monde. Car, dit-il, nous nous proposons d'examiner ici, à savoir les réactions et transformations suscitées, dans le champ de l'homéopathie brésilienne, par l'établissement récent des laboratoires homéopathiques Boiron au Brésil. La globalisation constitue un système favorable aux entreprises et la circulation des biens. Il s'agit ici de l'implantation sur le territoire brésilien la firme mondiale pharmaceutique de l'hémopathie. L'auteur souligne que l'homéopathie brésilienne se révèle particulièrement intéressante dans la mesure où elle permet d'observer, au moment où elles sont en train de s'accomplir, les réactions, les stratégies et les changements induits par l'implantation d'une grande industrie pharmaceutique) grâce à l'implantation d'une grande industrie pharmaceutique française qui malgré les difficultés qu'elle a connues, a pu quand même obtenir une influence avec succès devant l'interdiction même de ses médicaments.

Car, souligne-t-il, l'homéopathie « façon Boiron » est l'objet d'une réception qui n'est pas neutre, et son implantation en tant que celle des laboratoires qui la diffusent ne peut faire fi de l'histoire et des spécificités locales sans courir le risque d'écrouler ou du moins subir de sérieux revers, comme en témoigne de façon exemplaire l'interdiction de vente libre du médicament vedette de la marque, aussi exceptionnelle qu'inattendue. L'arrivée de cette firme au Brésil suscite un conflit d'intérêt qui oppose unicistes et pluralistes. Chez les unicistes, administrer le même médicament à tous les malades selon la même posologie apparaît comme un scandale. Par conséquent, ils perçoivent l'implantation de Boiron Brésil comme inutile. En revanche, on note chez les pluralistes le désir de conserver les pratiques anciennes dans le traitement de homéopathie car pour eux il existe une limite dans l'industrialisation du médicament.

Les unicistes comme les pluralistes voient dans l'implantation de Boiron Brésil le danger représenté par le prosélytisme des laboratoires Boiron. Ils craignent deux effets pervers susceptibles d'affecter l'homéopathie brésilienne en profondeur. Le premier est l'extension de la prescription homéopathique aux médecins allopathes, selon le modèle de l'homéopathie pluralistes « à la française ». Les homéopathes brésiliens craignent qu'avec les spécialités des

⁹⁵ Armelle Giglio JACQUEMOT, « Unicistes versus pluralistes : l'homéopathie brésilienne à l'ère de la globalisation » in *Anthropologie & santé revue internationale francophone d'anthropologie* n°3 novembre 2011, consulté le 14 avril 2012 à 7h 35, URL : <http://anthropologiesante.revues.org/767>.

laboratoires Boiron, n'importe quel médecin allopathe pourra se mettre à prescrire des médicaments homéopathiques. Le second phénomène redouté (et condamné) est l'extension de la pratique de l'automédication homéopathique dans la mesure où la mise sur le marché des spécialités Boiron offrent la possibilité aux gens de choisir « à la carte » les médicaments pour soigner leurs symptômes sans consulter un spécialiste. Ainsi, il y a un point de vue commun entre FASSIN⁹⁶ et JACQUEMOT sur l'aspect économique dans mesure où ils dégagent les conflits d'intérêt résultant de ce processus de globalisation.

Toutefois, même si la globalisation a joué un rôle nécessaire dans l'intégration des individus et de leurs biens, certes, il est important de noter que les méfaits, qu'elle peut enregistrer sur la santé des personnes. Car, l'implantation de cette firme engendre l'automédication au sein de la population. Encore la globalisation continue d'alimenter la réflexion de Juliette SAKOYAN, Sandrine MUSSO et Stéphanie MULOT dans leur article « Quand la santé et les médecines circulent Introduction au dossier thématique Médecines, mobilités et globalisation »⁹⁷. Dans cet article, ils expliquent comment la globalisation est devenue un système propice à la mobilité des personnes surtout dans le cadre de la recherche des soins sanitaires pour le bien-être humain. Ils notent également des limites dans ce processus de voyager afin d'accéder aux soins. Parce que pour eux, le terme « mobilité » renvoie, d'une part, aux conditions et contraintes (politiques juridiques, administratives, économiques, culturelles) qui façonnent, modèlent et rendent ou non possible le fait de se mouvoir. Les contraintes peuvent être le cadre légal d'accès aux dispositifs thérapeutiques relatifs à la fertilité, l'impasse thérapeutique, le manque de ressources, etc.

En fait, soulignent-ils, les mobilités impliquent certes des personnes et des corps, ceux des malades comme ceux des professionnels, mais aussi des objets, des techniques, des produits, des savoirs, des modèles thérapeutiques et des normes de santé. Les contributions de ce numéro montrent toutes, en effet, comment des stratégies commerciales sont aujourd'hui le moteur des ajustements et des reconfigurations auxquels procèdent ces médecines à l'ère de la globalisation. Ici, il s'agit d'étudier la santé dans le système de la globalisation tout en tenant compte de la pluralité des espaces dans un monde interculturel ou pluraliste. Le voyage thérapeutique, disent-ils, loin d'être un nouveau phénomène existait au 19^e siècle entre Europe

⁹⁶ Didier FASSIN, « La globalisation et la santé. Eléments pour une analyse anthropologique », *op.cit.*

⁹⁷ Juliette SAKOYAN, Sandrine MUSSO et Stéphanie MULOT, « Quand la santé et les médecines circulent », *Anthropologie et santé* [En ligne], 3 | 2011, mis en ligne le 07 décembre 2011, consulté le 14 avril 2012 à 11 h 05. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/819>

et Amérique. Mais ce qui diffère de l'ancien voyage et du nouveau voyage (sanitaire) contemporain est une nouvelle redéfinition de la santé selon une plus large économie politique de la maladie et de la santé, les coûts, le cadre légal et les structures économiques globales. Ces déterminants sont bien plus larges que les seules dimensions climatiques ou spirituelles où se résumait l'ancien voyage. La globalisation favorise la mobilité des personnes vers la quête des soins.

Ils montrent que la globalisation facilite aussi la conquête de nouveaux marchés thérapeutiques. Car, écrivent-ils, la forte émergence sur l'échiquier des rapports géopolitique et économique sont autant d'exemples qui obligent à repenser les rapports Nord-Sud, Sud-Sud et Est-Ouest et la définition même du sud (et par voie de conséquence, du nord), au regard de la dynamique des marchés observables dans le domaine de la santé. Ils notent le débat contre la délocalisation de la firme Boiron au Brésil. L'implantation de la « culture globale du spa » à travers le cas de la marque Mongo spa chaîne indienne de centres de soins et de remise en forme. Nous approuvons la thèse de ces auteurs cités ci-dessus dans la mesure où la globalisation n'est pas également favorable aux pauvres personnes. Ici, la mobilité dépend toujours des ressources financières des concernés mais difficile dans un contexte encore où la précarité domine notamment.

Ainsi, c'est dans la conquête de marché économique que Sylvain Landry FAYE nous montre la mobilité des soignants à Dakar. Dans son article intitulé « Quand les tradithérapeutes ouest-africains soignent l'infertilité conjugale à Dakar (Sénégal) : recompositions et dynamiques entrepreneuriales »⁹⁸, il souligne comment les tradithérapeutes ouest-africains se sont installés à Dakar tout en influant un service de soins sanitaires spécifiques dans l'exercice de leur métier.

Ces tradithérapeutes étrangers sont venues à Dakar à la suite d'un climat socioéconomique lié à l'instabilité politique des pays de la sous-région ou d'une intégration économique résultant de la CEDA O et de l'UEMOA. Ces étrangers, dit-il, se distinguent par le type de relations qu'ils ont instituées avec les médias. Ils utilisent la publicité au travers ces médias afin de marquer leur présence dans le but de présenter leurs domaines de compétences, leurs expériences ou affirmer leur contacts. Il note que ces tradithérapeutes étrangers à la différence de bon nombre

⁹⁸ Sylvain Landry FAYE, « Quand les tradithérapeutes ouest-africains soignent l'infertilité conjugale à Dakar (Sénégal) : recompositions et dynamiques entrepreneuriales », *Anthropologie et santé* [En ligne], 3 | 2011, mis en ligne le 28 novembre 2011, consulté le 14 avril 2012 à 15 h 20. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/755>

de leurs collègues sénégalais qui n'utilisent pas les médias pour se faire la publicité, ont investi le marché de soins sénégalais afin de devenir des entrepreneurs. Il souligne que dans le sens où ils ont eu l'idée originale d'adapter leur offre de soins à la transnationalité des autochtones. Par conséquent, ces tradithérapeutes étrangers sont qualifiés de charlatans par leurs homologues sénégalais. Cependant, ils marquent une légitimité chez les femmes sénégalaises en difficultés de procréation qui en revanche reconnaissent leur compétence.

En effet, l'accessibilité aux soins tradithérapeutiques étrangers est due à la cherté des soins offerts par les institutions hospitalières ou les tradithérapeutes sénégalais. Il note le mysticisme et une forte représentation sociale chez les patients qui reçoivent des soins. La publicité a mis en avant une affluence à leurs soins et leur efficacité. On note le désir de pratiquer le formel dans l'informel chez les tradithérapeutes étrangers la plaque indiquant la spécialité du traitant, vente de tickets, le registre où sont écrites les prescriptions des clients, la date de visites ou les rendez-vous. Ceci est fait dans le but d'acquérir une certaine légitimité scientifique.

On note que ces soignants profitent de la situation conjecturale des patients afin de venir vendre leurs savoirs faire. La médiatisation et le syncrétisme des soins anciens à la médecine moderne constituent des éléments favorables à la conquête de leur légitimité. L'auteur souligne aussi qu'il y a des guérisseurs sénégalais qui sont aussi membre de PROMETRA (Promouvoir les Médecines Traditionnelles) développent parallèlement leur qualité de soins à titre individuel ou claquent la porte de l'ONG afin de vendre leur savoir-faire à l'instar des étrangers dans les pays de la sous-région.

Cependant, force est de constater une certaine réserve à la thèse de S.L. FAYE parce que le circuit parallèle de soins existe même dans les institutions hospitalières au Sénégal. Cela peut se justifier par la prolifération des cliniques privées ou la vente informelle de médicaments. Alors qu'il est important de souligner que cette recomposition et dynamique entrepreneuriale ne s'arrête pas seulement aux soins traditionnels. Ceci est engendré encore par une course toujours vers l'enrichissement de la part des soignants. Le recours à ces guérisseurs découle d'une situation conjecturale difficile. Car, en moments de détresse, bon nombre de sénégalais ne consulte pas un psychologue mais préfère les tradithérapeutes. Ceux-ci sont acceptés par leur mysticisme dans les soins traditionnels.

Marc-Adélar TREMBLAY, quant à lui, part des soins traditionnels pour déterminer l'évolution de ces derniers vers la modernité par le biais des institutions. Ainsi, dans son article

intitulé « les fonctions de l'hôpital dans la nouvelle société »⁹⁹, il met en exergue le mythe fondateur du traitement médical traditionnel en montrant le processus de son développement, c'est-à-dire, retracer les idéologies qui font naître ces institutions. Il montre que dans l'hôpital médiéval le traitement consistera dans l'utilisation des moyens magiques appropriés. Comme on le sait, dit-il, le « médecine man » de la société primitive possède à la fois les attributions du sorcier et celle du prêtre. Ici, on tente alors de prédire l'avenir, de connaître l'intention des dieux, laquelle se manifeste dans des signes les plus divers, comme la nature des rêves, le mouvement des étoiles, le dessin de la flamme du feu et ainsi du reste. Si un malade, par le truchement de techniques magiques très spécifiques, ne guérit pas, c'est qu'il possède en lui des éléments de dégénérescence, qu'il est un être inférieur, qu'il transgresse les lois et qu'il est pécheur. La société alors n'est plus capable de surmonter les afflictions méritées du coupable et elle abandonne le malade déviant à son sort.

En effet, TREMBLAY met en exergue sur accent que l'idéologie hospitalière est liée au christianisme et à une vision spiritualiste du monde. Cette idéologie place le malade et l'infirme au centre des préoccupations de ceux qui en prennent soin. L'hébergement à l'hôpital apparaît alors comme un geste de charité, une forme de prise en charge au plus démunie. Les structures administratives et professionnelles découlent de cette idéologie de charité. L'hôpital est ici conçu comme un système social pour réduire la souffrance, atténuer la pauvreté, voire enrayer la mendicité. Pour lui, il n'existe aucun critère d'admission à l'hôpital : les nécessiteux et les miséreux s'y rendent afin de recevoir les soins. Bref, l'hôpital de cette époque est d'abord et avant tout une institution philanthropique et spirituelle qui intéresse surtout ceux et celles qui consacrent leur vie à Dieu. Avec le progrès des soins, le médecin se rattache de plus en plus à l'hôpital. Le traitement repose alors sur le charisme du médecin et de ses pouvoirs thérapeutiques. Cependant, il est important de noter que même si l'hôpital est perçu comme un lieu de soin ou d'aide, force est de reconnaître aujourd'hui son caractère d'exploitation de la souffrance de la plupart des patients.

En outre, la culture hospitalière se développe par l'idée de regroupement du personnel infirmier dans une communauté religieuse ayant des règles et une discipline propre. Les méthodes de financement de l'hôpital reflètent son idéologie et ses fonctions. La charité publique des chrétiens occupe une fonction essentielle et réduit les coûts d'opération et

⁹⁹ Marc-Adélar TREMBLAY, « Les fonctions de l'hôpital dans la nouvelle société » in *L'hôpital d'aujourd'hui*, Québec, Université Laval de Québec, 1966.

d'entretien de l'hôpital. De ce fait, la santé devient un champ de prédilection du public car, les municipalités se substituèrent ou épaulèrent l'Église dans ses fonctions hospitalières. Les autorités civiles voulurent, par ce geste, affirmer peu à peu leur indépendance ou subordonner le pouvoir ecclésiastique au pouvoir civil dans le domaine de la santé. De plus en plus, les municipalités s'occupèrent de pouvoir financier des hôpitaux tandis que l'Église, elle s'occupait du soin des malades. La santé est à ce moment-là vue comme une responsabilité publique parce qu'elle est reliée au développement de l'économie. C'est l'historicité sur le fonctionnement de l'hôpital médiéval qui nous a permis de connaître le processus du développement de celui moderne. Car, l'auteur souligne que la différence fondamentale entre la médecine médiévale et la médecine moderne tient au fait que la première est intuitive et mystique tandis que la seconde cherche à connaître la nature de la maladie par une analyse scientifique et élabore une intervention qui est en étroite relation avec son processus évolutif.

Ainsi, l'hôpital moderne a connu le développement grâce à son efficacité technique (l'application des études en laboratoire) c'est-à-dire, la guérison de la maladie, la spécialisation à l'intérieur de la profession et la division du travail. Mais, TREMBLAY note des limites dans cette nouvelle idéologie de l'hôpital à travers la négligence sur les réactions subjectives et les expériences culturelles du patient durant son hospitalisation. En outre, l'attribution des responsabilités à un personnel moins qualifié, les conflits d'intérêts économiques et le raccourcissement de la période d'hospitalisation entrave également la qualité des soins.

En effet, les recherches en sciences sociales ont modifié le traitement médical en occident dans le cadre hospitalier et dans le sens d'une plus grande humanisation du soin. Une conception psychosomatique de la maladie ainsi que l'importance de l'univers socioculturel de traitement orientent les soins hospitaliers et les structures hospitalières dans de nouvelles directions. L'hôpital devient alors un lieu de soin obligatoire en occident quelle que soit l'origine sociale de l'individu car l'État prend en charge les plus défavorisés. À travers son analyse comparative de l'hôpital d'hier et celui d'aujourd'hui, l'auteur tente de caricaturer sa vision futuriste de l'hôpital de demain, c'est-à-dire la manière dans laquelle cette institution pourra fonctionner dans l'avenir. Pour lui, l'hôpital de l'avenir sera un lieu de complémentarité et d'interdépendance dans les spécialités (disciplines) aussi bien que dans la complémentarité des structures sanitaires de haut niveau afin de mieux servir la société. En plus d'être un milieu thérapeutique, dit-il, l'hôpital de demain sera également un centre de recherche dans les domaines de l'étiologie, du traitement et de la médecine préventive.

Toutefois, force est de constater que cet hôpital de demain, là où régnera la complémentarité de toutes les spécialités dans la mouvance très dynamique de travail en équipe avec des rapports démocratiques et interdépendants entre les membres ne serait-il pas un idéal difficile à réaliser ?

Ainsi, dans son article intitulé « Afrique et diabète la fin d'un paradoxe »¹⁰⁰, Stéphane BESANÇON aborde cette maladie tout en indiquant que le continent africain est devenu un foyer non négligeable d'une pathologie qui, jusque-là, était considérée comme n'affectant que les riches en s'opposant également à tous ceux qui diffusent les images d'une zone marquée par la pauvreté extrême. Pour lui, contrairement aux images véhiculées par les médias et ONG où l'Afrique est souvent présentée comme un bout de brousse où tous les problèmes alimentaires renvoient aux images d'adultes aux visages creusés, vieilli avant l'âge, et d'enfants décharnés aux ventres ballonnés, la réalité sur le terrain est tout autre.

L'auteur souligne que le continent africain fait face à une véritable épidémie de diabète. La Fédération internationale du Diabète (FID) rappelle que l'on compte, aujourd'hui, 371 millions de Personnes atteintes du diabète (PAD) dans le monde soit 8,3 % de la population adulte mondiale. Le diabète compte 6 millions de nouveaux malades chaque année et est responsable de plus de 4 millions de morts annuellement, d'1 million d'amputations (85% du nombre total d'amputations et de multiples complications invalidantes. L'avenir semble encore alarmant puisque les projections de la FID estiment que le nombre de personnes touchées par le diabète devrait dépasser les 552 millions d'ici 2030, dont 80% de ces patients résideront dans les pays intermédiaires et en voie de développement, ce qui fera de cette condition l'une des principales causes d'invalidité et de décès dans le monde.

En effet, écrit-il, le continent africain est déjà très fortement touché par l'épidémie de diabète avec plus de 14 millions de PAD ; ce qui représente 4,3% de la population adulte. L'Afrique va connaître la progression la plus importante de la maladie dans les 20 prochaines années, avec un doublement de la prévalence du diabète (3,5% à 7%) et du nombre de patients de (14 à 28 millions. Ces chiffres montrent la transition épidémiologique qui est cours en Afrique, du fardeau des maladies transmissibles à celui des maladies non transmissibles. Il démontre que trois facteurs sont à l'origine de l'expansion de cette épidémie.

¹⁰⁰ Stéphane BESANÇON, « Afrique et diabète la fin d'un paradoxe » in *Diabète & Obésité*, octobre 2013, vol.8, numéro 72.

D'abord, une augmentation de l'espérance de vie moyenne en Afrique subsaharienne qui était faible, est passée de 44 ans en 1970 à 52 ans aujourd'hui. Cette augmentation s'accroît d'année en année le nombre de personnes présentes dans les classes d'âge où se développe le plus le diabète.

Ensuite, à cause d'une urbanisation très rapide, en 2009, dit-il, l'Afrique dépassait le milliard d'habitants avec 395 millions de personnes vivants dans les zones urbaines (40%). En 2050, la population totale des villes africaines passera de 1,23 milliard d'habitants, représentant ainsi 60% de la population africaine. L'urbanisation galopante entraîne une modification des modes de vie avec une forte augmentation de la sédentarité.

Enfin, une transition nutritionnelle qui se caractérise par une augmentation de consommation de graisses, de sucres et de produits d'origine animale. Ces changements de mode de vie, ajoute-il, associés au prestige social du surpoids et de l'obésité, expliquent l'explosion du surpoids et de l'obésité en cours sur le continent, entraînant une transition des formes de malnutrition. Ainsi, depuis quelques années les problèmes de surpoids dépassent les problèmes de sous-poids en Afrique.

Selon Besançon, l'explosion de l'épidémie de diabète en Afrique pose des problèmes importants à des systèmes de santé disposant des ressources limitées qui sont majoritairement orientées vers la prise en charge des maladies infectieuses. Les difficultés à surmonter sont nombreuses : il s'agit de l'accès aux soins, aux traitements, à l'éducation et la prise en charge des diabétiques et des complications liées au diabète. Ce manque de prise en charge du diabète engendre pour un accès aux soins très limité pour les personnes atteintes de cette maladie. Cette situation devient encore plus dramatique si le pays plonge dans une crise humanitaire.

En effet, dit-il, le diabète ne fait pas partie des pathologies prises en charge par les organisations internationales et les ONG urgentistes dans les contextes d'urgence humanitaire. À partir de l'exemple du Mali, un des pays les plus pauvres du monde, l'ONG Santé Diabète a pu démontrer, depuis plusieurs années, qu'une approche globale, mise en œuvre en étroite partenariat avec les autorités locales, renforçant le système de santé permettait d'améliorer fortement les capacités de prise en charge du diabète et donc d'améliorer fortement la qualité de vie des personnes atteintes de diabète. L'expérience complémentaire développée par l'ONG Santé Diabète lors de la crise survenue au Mali a démontré aussi l'importance de prendre en compte le diabète dans une réponse humanitaire globale en tenant compte des problématiques

spécifiques engendrées par le diabète dans les situations d'urgence humanitaire. Il est vrai que l'épidémie du diabète n'a pas encore fait l'objet d'une crise humanitaire au sein de la communauté internationale dans le but de mobiliser des fonds pour venir en aide aux personnes affectées. Cependant, nous notons une certaine réserve dans la thèse BESANÇON voulant démontrer que cette pathologie est liée à l'espérance de vie chez les africains.

De plus, Anne LAURIS oriente son étude dans la même perspective que BESANÇON. Ainsi, dans son article intitulé « Diabète : l'Afrique face au défi d'une épidémie silencieuse », ¹⁰¹ il souligne que le diabète est une maladie chronique que l'on croyait réservée seulement aux pays riches. Néanmoins, cette pathologie se développe rapidement en Afrique car le nombre de cas devrait doubler d'ici 2030 et atteindre 24 millions.

Ici, l'auteur défend l'idée selon laquelle c'est le changement lié à la modernité qui a favorisé l'expansion du diabète. C'est pourquoi, écrit-il, l'explosion de la maladie, comme celle d'autres pathologies non transmissibles que sont l'hypertension artérielle ou les maladies cardiovasculaires, accompagnent l'urbanisation, les changements de mode de vie et de régime alimentaire des pays en développement. Le phénomène s'est si rapidement développé qu'on est venu à parler d'épidémie. Dans le monde, note-il, le nombre de personnes souffrant de diabète est passé de 135 millions en 1995 à 371 millions en 2012, et devrait augmenter à plus de 552 millions en 2030. Chaque année 4,5 millions de personnes meurent du diabète et de ses complications.

Il souligne qu'à l'occasion de la troisième édition du symposium international sur le diabète en Afrique qui s'est tenu du 7 au 8 juin à Libreville au Gabon que les chercheurs, médecins et acteurs de la santé ont échangé sur les problématiques de cette maladie en Afrique, et notamment de la non-détection du diabète infantile type 1, du dépistage, de l'accès aux soins et du pied diabétique. Mais c'est surtout la progression fulgurante de la maladie qui inquiète et risque de mettre à mal le système de santé publique déjà fragilisé par la lutte contre les maladies infectieuses comme le VIH/Sida et le paludisme. Le continent sera particulièrement exposé avec une progression de près de 100% de la prévalence de la fin des prochaines années. Si rien n'est fait, le nombre de personnes affectées devrait passer de 12,1 millions en 2010 à 23,9 millions en 2030, selon la Fédération internationale du diabète (FID). La menace que représente le diabète ne fera que croître à mesure que l'urbanisation s'intensifie et que la population vieillit,

¹⁰¹ Anne LAURIS, « Diabète : l'Afrique face au défi d'une épidémie silencieuse » in *Enjeux africains* N°8 août-septembre 2013, pp.60-61.

prévient la FID. Le continent africain abrite également le pourcentage le plus élevé de cas de diabète non diagnostiqués à 81 %. Les campagnes de dépistage, souvent gratuites à l'occasion de la journée mondiale du diabète (le 14 novembre) permettent ainsi de diagnostiquer des diabétiques qui s'ignorent. Le diabète type 1 (voir encadré) sera traité par des injections d'insuline à vie, alors que le diabète type 2 sera traité par des antidiabétiques oraux (comprimés), plus exceptionnellement par l'insuline.

Il souligne que le diabétique doit chercher à manger moins gras et beaucoup de légumes et du poisson. Mais cela, dit-il, l'observance reste difficile pour des raisons financières et au plan culturel l'embonpoint est perçu dans certains pays comme un signe de réussite sociale. Un dépistage précoce et une bonne observance du traitement d'éviter de graves complications (amputations, maladie des yeux, des reins...). Ainsi, ce n'est seulement qu'en 2011 que les Nations Unies ont commencé à s'intéresser aux maladies non transmissibles tandis que la tuberculose et le VIH / SIDA ont connu depuis longtemps la gratuité. L'engagement des bailleurs de fonds sur la prise en charge du diabète en dépit des complications graves qui lui sont associées reste encore presque inexistant.

Ce qui montre que la plupart des investissements se sont orientés sur les maladies infectieuses. Selon lui, l'Afrique bénéficie de 1% des dépenses mondiales en soins de santé pour le diabète, taux insuffisant, parce que l'émergence rapide du diabète induit des coûts socioéconomiques supplémentaires, tant en termes de soins médicaux qu'en perte de ressources humaines. Le coût économique direct des soins du diabète en Afrique est considérable, surtout pour les pays pauvres. On préconise une approche adaptée aux particularités socio-culturelles africaines et multisectorielles, au-delà du secteur de la santé, pour lutter contre le diabète. Les estimations pour la région Afrique indiquent qu'au moins 2,8 milliards de dollars ont été dépensés dans des soins de santé liés au diabète en 2011. Ces dépenses devraient augmenter de 61 % d'ici 2030. Nous approuvons vivement la thèse de LAURIS car lorsque les moyens ont été mis à l'instar de ces dernières maladies qu'elle a citées ci-dessus, le diabète aurait pu être maîtrisé.

Si Stéphane Besançon et Anne Lauris ont abordé l'infection du diabète en Afrique, Dr. Lydia ARCHIMEDE étudie quant à lui ce phénomène en Asie dans son article intitulé « Un défi majeur pour les pays en développement 200 millions de diabétiques en 2010 »¹⁰². Ce qui

¹⁰² Lydia ARCHIMEDE, « Un défi majeur pour les pays en développement 200 millions de diabétique en 2010 » in *Le quotidien du médecin*, édition principale, 03-04- 2006, pp.1-14

montre d'ailleurs que cette maladie est devenue une véritable tourmente de la santé publique. C'est la raison pour laquelle, il estime que plus la moitié des nouveaux cas de diabète seront diagnostiqués en Inde et en Chine. Il écrit que si les maladies infectieuses constituent encore la première cause de mortalité et de morbidité dans les pays en développement, les affections telles que le diabète, les cancers, les maladies cardio-vasculaires et respiratoires chroniques devraient, selon l'OMS (Organisation Mondiale de Santé), devenir, dans les vingt-cinq prochaines années, les principales pourvoyeuses de décès et d'invalidité. Déjà, dit-il, l'épidémie de diabète touche majoritairement les régions les plus défavorisées : 123 des 194 millions de diabétiques y vivent. En 2025, leur nombre devrait doubler et représenter plus de 70% des 334 millions de diabétiques dans le monde. Le continent asiatique compte quatre des cinq pays qui enregistrent la prévalence la plus forte de diabète : l'Inde (33 millions), la Chine (23 millions), le Pakistan (9 millions) et le Japon (7 millions). En Afrique, on compte déjà 7 millions de diabétiques.

Ainsi, la WDF a été créée en 2002 afin de d'améliorer la prévention et la prise en charge des diabétiques dans les pays les plus pauvres, grâce au financement et au soutien technique de projets pérennes. La conférence organisée à Hanoi, avec le soutien du ministère de la santé vietnamien, l'OMS et l'IDF, doit constituer, selon les vœux de ses organisateurs, la première étape d'une stratégie visant à mobiliser les experts mondiaux, les représentants des gouvernements et de la santé publique et à faire du diabète un objectif prioritaire de l'agenda international. Les pays en développement ne doivent pas connaître la même explosion que les pays du nord, notamment celle qui a vu le nombre de cas diabète tripler entre 1990 et 2000 aux États Unis. Une évolution d'autant plus inquiétante que l'épidémie est largement silencieuse : la moitié des 19 millions de diabétiques ignore leur maladie et on estime à 310 millions le nombre de sujets pré-diabétiques qui souffrent d'une intolérance au glucose. Un autre fait contribue à la dangerosité de l'épidémie. Le diabète de type 2 selon le président de la Fondation. Les causes sont avant tout socioéconomiques, avec la disparition progressive de l'économie sub-saharienne au profit d'une urbanisation accélérée. Le changement rapide de mode d'alimentation (aliments manufacturés, fast-foods) et du style de vie (motorisation, télévision) s'accompagne d'une augmentation de l'obésité et d'une diminution de l'activité physique. A New Delhi (Inde), par exemple, un enfant sur six est obèse, ce qui caractérise ces pays, c'est que la pauvreté et la malnutrition coexistent avec l'obésité d'où la difficulté des messages de prévention.

De plus, le surpoids est souvent associé à l'image de prospérité, précise-t-il. Les conséquences de l'épidémie sont dramatiques. Un accès insuffisant aux soins fait que la maladie est diagnostiquée plus tardivement, avec des complications aiguës et chroniques (ulcère du pied, amputation, cécité, atteintes rénales et cardiaques) plus fréquentes. Alors que l'OMS estime que 40% des diabétiques devraient être sous antidiabétiques oraux et 40% sous insulinothérapie, seulement 3% des malades du Sud bénéficient de traitements. La revue de 3 études réalisées en 1998, 2001 et 2003 dans 12 pays d'Asie¹⁰³ portant sur 46 473 diabétiques (respectivement 22 177, 8 567 et 15 729) pris en charge dans 655 centres, a mis en évidence l'insuffisance du suivi biologique ou clinique.

Le contrôle glycémique optimal n'est atteint que pour 20% des patients, celui de l'hypertension artérielle pour seulement 20% également. Plus de 95% d'entre eux souffrent d'un diabète type 2 pour un IMC moyen (indice de masse corporelle) relativement faible (29kg/m²). C'est un paradoxe dans ces pays. Le diabète n'est pas corrélé avec une forte obésité. L'accent doit être mis sur la prise en charge. Sur les 20 à 50% de diabétiques diagnostiqués, seulement la moitié bénéficie d'un traitement, avec un contrôle optimal obtenu de 20% d'entre eux. Cependant, les traitements coûtent chers et doivent être pris au long terme. Or la plupart des pays n'ont pas la couverture sociale, ce qui fait que le diabète entraîne les patients et leurs familles dans la spirale des dettes et de la misère. Toutefois, force est de constater que même si la prise en charge diabète est effective comme le souligne l'auteur, nous pensons que l'essentiel c'est d'imposer une éducation de la maladie par le biais de la prévention et d'une politique massive de dépistage au sein des populations.

Annick Tijou Traoré dans son article intitulé « L'expérience dans la production de savoirs profanes sur le diabète chez des patients diabétiques à Bamako (Mali) »¹⁰⁴ s'intéresse à l'élaboration de savoirs des patients d'une maladie chronique qui pousse ses victimes à trouver des solutions afin de mieux vivre avec la pathologie malgré les contraintes qu'elle les expose. Pour l'auteur, il s'agit celui d'un malade qui n'est pas dans un rapport passif avec sa maladie, mais un acteur social qui développe des stratégies pour prendre en charge sa maladie, qui vit et interprète activement la souffrance qu'il subit, qui s'en forme une image qui s'alimente notamment à des caractéristiques socioculturelles et économiques, aux informations et

¹⁰³ Bangladesh, Chine, Inde, Indonésie, Corée, Malaisie, Philippines, Singapour, Sri Lanka, Taiwan, Thaïlande et Vietnam.

¹⁰⁴ Annick Tijou TRAORE, « l'expérience dans la production de savoirs profanes sur le diabète chez les patients diabétiques à Bamako (Mali) in *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 28, n° 4, décembre 2010, pp.41-76.

représentations savantes qu'il obtient au contact des professionnels de santé mais aussi à son vécu d'acteur social et d'individu singulier. C'est sur ce savoir profane qu'il s'appuiera pour réagir et agir en tant que patient. Ainsi, on note que ceci est lié non seulement à la chronicité du diabète mais également à une forte affluence des malades dans les structures de santé devant la disponibilité du nombre réduit de médecins spécialistes créant les limites de l'information. La construction de savoirs profanes résultants de l'expérience du patient lui-même, de ses pairs ou des médecins oppose les patients selon les centres fréquentés.

En effet, pour les patients du centre hospitalier la référence unique aux savoirs des médecins prime sur tout autre savoir tandis ceux du centre privé s'appuient aux savoirs issus de celui du médecin d'abord mais expérimenté ensuite par le malade ou ses pairs par le biais de l'expérience. Selon l'auteur, c'est aussi à travers des observations personnelles, en dehors de tout échange verbal, que l'expérience des autres patients peut être connue et incorporée comme élément de savoir. Cette dernière forme d'application de soins est considérée comme un risque par les premiers alors les soignés du centre privé se réfèrent à l'élaboration du savoir profane pour leur diabète. Les patients du centre hospitalier considèrent eux aussi l'application du savoir profane comme trop risquée. Du fait, de la cherté de la maladie les patients, adoptant le savoir profane, se procurent des médicaments déjà expérimentés par d'autres afin de réduire les coûts de la maladie jugée trop contraignante.

En outre, Annick Tijou Traoré souligne que pour des raisons d'affluence, plusieurs patients (toujours de même sexe) sont invités à rentrer en même temps dans le bureau du médecin, une pratique que nous avons fréquemment observée dans les deux centres de santé et qui est sans doute à mettre en lien avec le manque de structures spécialisées dans la prise en charge du diabète, au niveau national. Le savoir issu de l'expérience des autres prend ici un caractère spécifique. L'expérience des autres circule non plus entre deux patients (comme nous l'avons vu précédemment) mais entre le patient et le médecin devant d'autres patients qui ne participent pas à la discussion. Ainsi, pour l'auteur, la différenciation dans la hiérarchisation que les patients font de ces deux principales sources de savoirs (les médecins et les autres patients diabétiques) n'est pas liée à une attitude des médecins qui serait spécifique à une structure plutôt qu'à une autre. Elle résulte en grande partie de l'organisation des centres de santé fréquentés. La configuration spatiale du centre spécialisé, caractérisée par des grands espaces en plein air contigus aux différents services, crée des conditions de proximité entre les patients.

Cependant, le savoir profane même s'il est attesté sûr dans le traitement du diabète au travers l'expérience, il relève ainsi d'une ambivalence dans la mesure où il peut engendrer des risques sur la santé des patients. Il est important de souligner que le savoir du médecin est aussi consolidé par les résultats qu'ils obtiennent à partir de l'expérience de ses patients. Nous notons également une réserve dans les propos de l'auteur sur l'idée selon laquelle il soutient la non responsabilité du médecin à la contribution de l'élaboration du savoir profane. Car, le fait de recevoir plusieurs patients pour une consultation favorise l'interconnexion des patients pour une légitimité de leur savoir.

Ainsi, dans leur article intitulé « La " fabrique " locale de rôles professionnels et profanes dans le domaine de la santé. Apprendre à " savoir y faire " avec le diabète au Mali » Isabelle Gobatto et *al.*, s'inscrivent dans la même perspective qu'Annick Tijou Traoré. Ils montrent comment le diabète type 2 l'une des maladies chroniques non transmissibles est responsable de plusieurs décès au travers le monde et en Afrique. Ils s'intéressent plus particulièrement au Mali sur la manière dont les savoirs locaux et les savoirs de la biomédecine entrent en jeu dans la lutte de cette maladie. Autrement dit, il s'agit de l'étude des rapports de tension entre savoir professionnel et savoir profane situés autour du diabète. Ils notent que l'explication des médecins malins repose essentiellement sur le discours véhiculé par les épidémiologistes c'est-à-dire une occidentalisation des modes de vie et d'alimentation. L'inactivité physique et le surpoids sont considérés ici comme les principaux facteurs de risque. En revanche, disent-ils, c'est autour de la place qu'il convient de donner aux patients dans la prise en charge du diabète que l'on repère un certain vide dans les savoir-faire traduits en préconisations médicales globalisées et en corollaire, c'est autour de cette place que les accommodements des savoirs et savoir-faire théoriques sont les plus prégnants. Le non-respect des patients du régime alimentaire constitue un problème majeur dans la prise en charge de la maladie.

En effet, ils soulignent que si les malades rencontrés sont dans une quête incessante de moyens financiers – aspect largement documenté par l'anthropologie, ils sont aussi dans une attente d'informations du fait du caractère chronique du diabète dont ils ont tous conscience et du sentiment d'incertitude très fort qui en découle quant à l'évolution de leur état de santé. Ce, d'autant plus que les expériences du diabète, telles qu'elles se construisent et se relatent dans ce pays, renvoient à une maladie la plupart du temps coûteuse, impliquant de la dépendance à l'égard de la famille, des incidences sur les conditions d'existence de l'ensemble de la famille,

et souvent handicapante car perturbant le quotidien (fatigue, mobilité réduite lors de plaies, arrêt de travail etc.).

Cette quête d'informations structure le rapport des individus à leur maladie alors qu'elle est totalement ignorée des médecins qui, cela a été mentionné, les perçoivent comme des patients indisciplinés et peu soucieux de leur diabète. Pourtant, ces patients se tournent vers les médecins tout d'abord, puis sans rompre leur relation avec ces derniers, vers les autres patients ensuite, pour obtenir ces informations. Par contre, les connaissances – d'ordre plus général sur le diabète ou concernant un point précis de sa prise en charge – accessibles via internet, des radios nationales et étrangères ou par la famille sont peu sollicitées. Leurs sources essentielles de savoirs, qu'ils vont hiérarchiser par la suite, se construisent à partir du contexte local. Au début de leur prise en charge, le médecin représente la source de savoirs perçue comme la plus évidente et légitime. L'ensemble des patients évoque une grande crédibilité à son égard.

Cependant, écrivent-ils, de façon générale, les patients reconnaissent peu dialoguer avec leur médecin, certains en font un constat justifiable, d'autres le regrettent. Ils l'expliquent en partie par le peu de disponibilité dont font preuve ces professionnels, liée à l'affluence dans les lieux de prise en charge. S'autoriser à poser des questions au médecin revient selon eux à prendre le risque de ne pas être écouté et d'apparaître inopportun : « *Quand tu vas beaucoup expliquer, ils ne vont pas t'écouter parce qu'il y a trop de monde* » ; c'est aussi augmenter le temps d'attente des autres malades. Ces difficultés relationnelles entre médecins et malades ne sont pas spécifiques au contexte africain même si elles prennent, dans certains pays d'Afrique, des formes structurellement spécifiques. C'est pourquoi des patients qui ressentent le besoin d'avoir soit davantage d'informations, soit des informations d'une autre nature que celles disponibles dans l'interaction avec leurs médecins se tournent progressivement vers les autres patients pour l'échange d'expériences et de conseils dont l'ancrage dans le vécu de la maladie est, pour eux, essentiel. L'insuffisance d'information sur leur maladie pousse les patients à aller à la quête du savoir afin de construire leurs propres connaissances sur le diabète.

En élaborant ces savoir-faire, ils se construisent en parallèle une place dans la division du travail médical ; les patients prennent donc de la distance à l'égard des prescriptions médicales et s'autorisent des marges de manœuvre. Ils le font avec d'autant plus de convictions qu'ils considèrent les prescriptions médicales autour du régime inappropriées à leurs conditions locales d'existence.

Ainsi, la prise de distance des patients à leurs médecins participe à l'élaboration des savoirs locaux différents de ceux véhiculés par les soignants. Ces savoirs qui se résument en trois modes spécifiques de construction résultent de l'expérience du vécu du patient lui-même et des différents échanges avec ses pairs sur la gestion de la maladie.

Le premier d'entre eux est l'expérimentation. Les malades ne pouvant s'appuyer uniquement sur des éléments de savoirs obtenus auprès des médecins, ils peuvent par exemple expérimenter l'effet d'aliments proscrits sur leur corps ; expérimentation qu'ils valident par la suite en contrôlant leur glycémie, une manière de tester les informations médicales et de leur conférer ou pas de la légitimité.

Le second mode de production de connaissances relève de l'usage qu'ils font de leur propre expérience de leur diabète au quotidien, c'est-à-dire le diabétique parvient lui-même à détecter parmi ses aliments ceux qui lui sont incompatibles.

Enfin, la troisième manière de se construire du savoir provient des connaissances que les personnes diabétiques repèrent chez d'autres patients ou par le biais des discussions entre patients. Ils échangent par exemple leur expérience sur ce qu'ils s'autorisent à consommer ou pas. Ces discussions entre patients, illustrées ici autour de l'exemple du régime alimentaire, sont des lieux importants de construction de savoirs locaux autour du diabète qui sont mal perçus par les médecins. Toutefois, nous marquons une réserve à l'idée selon laquelle les difficultés relationnelles entre médecins et patients ne sont pas spécifiques en Afrique car ce sont les relations limitées avec les médecins rendant les rapports dans la communication non verbale qui poussent souvent les patients à emprunter d'autres horizons de soins. En revanche, nous approuvons la thèse qui soutient la déficience du système biomédicale liée à un personnel restreint de soignants.

Mohammed Ababou et *al.*, quant à eux orientent leur recherche particulièrement à la période du jeûne musulman sur les comportements adoptés par les soignants et les soignés au travers d'une maladie chronique qui est le diabète. Dans leur article intitulé « Le jeûne du Ramadan au Maroc : un dilemme pour les patients diabétiques et les soignants »¹⁰⁵, ils s'intéressent aux habitudes socioculturelles et les représentations sociales que les médecins marocains et leurs patients ont sur le traitement du diabète pendant le mois du Ramadan. Ils

¹⁰⁵ Mohammed ABABOU et *al.*, « Le jeûne du Ramadan au Maroc : un dilemme pour les patients diabétiques et les soignants » in *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 26, n° 2, juin 2008, pp.79-104.

soulignent que malgré l'interdiction aux patients diabétiques de ne pas observer le jeûne, certains malades tiennent à jeûner même s'ils encourent des risques énormes sur le déséquilibre de leur état sanitaire. Le respect quasiment strict à ce rite du jeûne est lié non seulement à la crainte des malades d'être culpabilisé par l'environnement sociale proche ainsi que leurs soucis sur les sanctions dans l'au-delà mais également à la position ambiguë des soignants musulmans devant la question parce que nombre de médecins, face à leur croyance religieuse, hésitent d'autoriser ou de proscrire le jeûne aux patients.

Ainsi, écrivent-ils, une étude épidémiologique réalisée dans treize pays, sur une population de 12 914 patients diabétiques musulmans, montre que 78 % de ceux qui ont un diabète de type 2 (non insulino-dépendants) et 43,8 % de ceux qui souffrent d'un diabète de type 1 (insulino-dépendants) observent au moins 15 jours de jeûne durant le mois de Ramadan. Cette période de l'année s'accompagne d'un changement de mode de vie chez presque la moitié des patients avec notamment moins d'activité physique, plus de sommeil, une alimentation plus abondante et plus riche (surtout en sucre), moins de boissons et une modification des doses et rythmes des médicaments (ce qui se traduit par une moins bonne adhésion au traitement). Il en résulte un nombre d'hypoglycémies par mois et par patient significativement plus élevé que pendant les autres mois de l'année. Selon les auteurs, le taux de mortalité des malades diabétiques pendant cette période n'a pas été étudiée, mais on peut penser qu'il est plus élevé étant donné la corrélation démontrée entre hypoglycémie sévère et mortalité.

En effet, pour eux, les attitudes et comportements des personnes diabétiques pendant le jeûne du Ramadan dépendent de logiques multiples et interactives entre de nombreux éléments tels que la croyance et les appartenances religieuses, magiques et culturelles, les pressions sociales et psychologiques, les croyances de santé, l'expérience du jeûne, l'hétérogénéité de la maladie et des caractéristiques des patients. Ces logiques sont dépendantes de la culture référentielle profane des malades dans ses différentes dimensions : religieuse, médicale, populaire, appartenance de groupe, etc., mais également des caractéristiques des patients et du contrôle social exercé par la communauté.

On pourrait être tenté de supposer, soulignent-ils, que les personnes diabétiques qui jeûnent sont celles qui réussissent à « gérer correctement » leur état de santé ou qui ont le sentiment d'être en « bonne santé » mais, même en présence de symptômes, affaiblis physiquement et démoralisés, il y a des malades diabétiques qui observent le jeûne. Ici, jeûner est considéré comme un acte religieux essentiel. Renoncer au jeûne serait non seulement

ressenti comme un échec de la gestion médicale de la maladie, mais aussi comme une culpabilité religieuse et sociale et la peur d'être stigmatisé et marginalisé.

Dans le monde musulman, certaines croyances viennent interférer avec la gestion de la maladie. Ainsi, la maladie est interprétée comme une épreuve voulue par Dieu afin de se faire pardonner ses péchés et le mois de Ramadan est celui du grand pardon. De plus, la croyance au destin incite à penser que le moment de la mort est dicté par Dieu. Ces croyances ont une influence notable sur l'attitude des pratiquants qui considèrent que renoncer au jeûne équivaut à un abandon de la religion. Ces croyances l'emportent bien souvent sur les conseils du médecin et exercent une pression telle que les patients préfèrent mettre en jeu leur vie ou risquer une aggravation de leur état de santé.

Les patients se trouvent tiraillés entre trois types de savoirs : le savoir scientifique auquel ils ne recourent qu'en cas de complications graves, le savoir religieux savant qu'ils déclarent respecter, et le savoir magico-religieux populaire qui interfère et prend parfois le pas sur le savoir religieux savant.

La pression sociale qui est exercée pour l'observation du jeûne est très forte, bien que ce rite ne soit que l'un des cinq piliers de la religion musulmane. À titre de comparaison, la société marocaine est tolérante vis-à-vis des personnes qui ne pratiquent pas les cinq prières quotidiennes (obligation religieuse aussi importante que le jeûne, si ce n'est plus), les non pratiquants de ce rite ne sont ni sanctionnés par la loi, ni par l'opinion publique. En revanche, ne pas respecter le jeûne est stigmatisant.

Ici, il est important de souligner que la culture religieuse fortement ancrée chez les médecins pousse ceux-ci à autoriser leurs patients à observer le jeûne sauf en cas d'aggravation de la maladie. De plus, le poids des représentations socioculturelles de la société marocaine oblige les diabétiques à jeûner pendant le mois du ramadan. Nous approuvons l'idée selon laquelle la position du médecin joue sur l'influence très forte dans les décisions des patients diabétiques. Ce qui permet de montrer que l'interaction ne se limite pas seulement entre médecins et patients car celle qui existe entre ces derniers et la société contribue également aux comportements déviants des malades sur le respect strict du traitement biomédical. Toutefois, nous observons une réserve de cet article qui tente de montrer une relecture opposant système référentiel profane et système référentiel professionnel dans la mesure où les professionnels de

la santé qui, sensés même prendre une neutralité sur l'influence culturelle, chevauchent entre la praxis biomédicale et du profane.

Cependant, Renée WAISSMAN oriente sa recherche sur l'insuffisance rénale. Elle souligne dans son article intitulé « Interactions familiales et impact de la technologie dans la gestion d'une maladie chronique chez l'enfant »¹⁰⁶ comment les médecins et les familles des malades entretiennent-ils des relations dans un même objectif pour apporter les soins aux enfants atteints d'insuffisance rénale à l'heure d'un traitement essentiellement technique. Les complications de cette maladie contraignent les soignants à utiliser la technologie qui devient le seul recours permettant aux patients de vivre encore longtemps avec leur pathologie.

L'auteur note que l'insuffisance rénale au stade terminal peut aussi se déclarer brutalement. Lorsque la phase ultime est atteinte, le traitement conservateur ne suffit plus, la diététicienne continue à assurer un régime de façon à ne pas entraîner d'accumulation excessive de déchets dans le sang, il est complété par les techniques de prolongation de la vie. Celles-ci incluent les différentes méthodes de dialyse et la transplantation rénale. Les techniques de dialyse les plus utilisées aujourd'hui comprennent l'hémodialyse périodique et la dialyse péritonéale continue ambulatoire et/ou cyclique (DPCA, DPCC). Ces traitements ont pour but d'épurer le sang du malade des substances nocives qui s'y accumulent du fait de l'insuffisance rénale et d'en apporter d'autres nécessaires à la vie du malade. L'hémodialyse est un procédé d'épuration extra-corporelle comportant un dispositif technique sophistiqué. Elle consiste en un échange entre le sang du malade et une solution, à travers une membrane (filtre) facilitant l'épuration des déchets du sang. La réunion d'une veine et d'une artère créée chirurgicalement sur l'avant-bras du malade (ou fistule) constitue un circuit artério-veineux permanent permettant la réalisation de dialyses répétées. Ce réseau veineux est ponctionné par une ou deux aiguilles à chaque séance de dialyse, ce qui provoque une cause de conflit entre les malades et leurs soignants.

Les séances d'hémodialyse périodique se déroulent, en moyenne, deux à trois fois par semaine, à raison de trois heures par séance. Une autre technique, la dialyse péritonéale repose sur le principe d'introduction d'un liquide (dialysat) dans le péritoine qui va se charger des déchets accumulés dans le sang et sera rejeté. La dialyse péritonéale continue ambulatoire et/ou cyclique (DPCA, DPCC) employée à domicile surtout, permet l'épuration du sang d'une

¹⁰⁶ Renée WAISSMAN, « Interactions familiales et impact de la technologie dans la gestion d'une maladie chronique chez l'enfant » In *Sciences sociales et santé*. Volume 13, n°1, 1995. pp. 81-100.

manière continue, assurée par la présence du liquide dans la cavité péritonéale, renouvelé trois à cinq fois par jour, nécessitant la manipulation de poches fixées à un cathéter permettant l'accès à la cavité péritonéale, implanté dans l'abdomen. La dialyse péritonéale continue cyclique fait intervenir une machine fonctionnant la nuit, d'où l'intérêt de cette technique pour certaines familles, machine qui opère automatiquement le changement de poches.

Face à cette nouvelle technologie pour le traitement de l'insuffisance rénale, Renée WAISSMAN souligne que les familles des malades sont responsabilisées afin d'effectuer les soins elles-mêmes à domicile. La méthode de l'hémodialyse à domicile est généralement faite par les mères qui abandonnent leur fonction initiale au détriment des soins de leurs propres enfants.

En effet, l'essentiel des conflits repose sur l'exercice des soins car, selon l'auteur, la piqûre dans la fistule est ressentie par l'ensemble des enfants comme une agression sur leur corps. Une tension de plus en plus forte se développe entre l'enfant et la mère dès la mise en œuvre du traitement de dialyse, en particulier lors de la phase du branchement et du débranchement de la machine. Certains parents subissent l'agressivité de leurs fils au moment de l'exercice des soins. Ainsi, l'auteur souligne également que d'autres parmi eux, malgré les douleurs excessives, encouragent leurs mères à effectuer les soins. Ces traitements qui sont les piqûres font souffrir les enfants malades mais nécessaire pour leur santé. Ce qui fait d'ailleurs que ces enfants sont condamnés dans la souffrance par leur maladie car il n'existe pas d'autres moyens pour les faire soigner.

L'exercice des soins nécessite une certaine vigilance. Selon Renée WAISSMAN, la mise en œuvre des techniques de dialyse exige que la conduite du traitement soit menée avec rigueur au niveau de la mise en place du matériel technique et de la surveillance clinique durant le déroulement des séances. La responsabilité de l'accompagnant porte sur l'état général de l'enfant, la mesure de son poids avant et après la séance de dialyse, les variations de la tension artérielle mesurées à intervalles réguliers. Ces données sont recueillies et consignées sur un cahier de dialyse ou des bordereaux spéciaux (lorsqu'il y a informatisation). Les incidents susceptibles d'intervenir sont également notés. Pour la dialyse péritonéale continue ambulatoire, l'accompagnant doit procéder au changement de poches en respectant certaines conditions d'asepsie (masque couvrant le nez et la bouche, savonnage et rinçage des mains, passage à l'alcool, avant la manipulation du circuit ouvrant le changement de poches), sous peine d'entraîner une infection grave : la péritonite.

Cependant, les soins à domicile engendrent non seulement des relations conflictuelles entre enfants et leurs mères mais aussi entre médecin responsable de la maladie et la famille. Ceci est lié à la complexité de la maladie. Ainsi, pour l'auteur, lorsque les parents ne sont pas confrontés directement à la dimension technique du travail médical, la technologie a, néanmoins, des effets sur leurs relations avec leur enfant. Les écueils dans l'administration des soins génèrent des rapports tendus des différents interactants qui se soldent par des négociations aboutissant à l'harmonisation des traitements pour la santé des enfants. Pour Renée WAISSMAN, l'importance des relations entre l'institut médical et l'institut familiale, c'est donner la maladie une dimension sociale tandis qu'à une époque encore récente, le défi médical était la maîtrise de la maladie somatique. Autrement dit, une rencontre dans laquelle les médecins et les familles échangent des arguments, les relations de pouvoir peuvent être déplacées. C'est dans ce sens que l'ordre social est négociable et que les familles et les médecins deviennent des partenaires dans la gestion de la maladie. Mais néanmoins les décisions des médecins priment sur les rapports entre eux et les familles.

Toutefois, on note que malgré la dimension sociale de la maladie rendue opérationnelle par l'intégration de l'institution familiale dans l'exercice des soins des enfants malades de l'insuffisance rénale, celle-ci reste une pathologie qui désocialise ses affectés du fait de sa chronicité.

FASSIN, Pierre AÏACH et al., quant à eux s'intéressent aussi aux maladies chroniques. En faisant allusion au cancer et à l'insuffisance rénale chronique dans leur article intitulé « Vivre une maladie grave. Analyse d'une situation de crise »¹⁰⁷, ils soulignent que « la maladie grave, c'est la vie sociale autour d'individus qui en sont atteints et d'individus qui la combattent ». De ce fait, ils montrent trois points de vue ou mieux, trois façons de vivre avec la maladie: malades, médecins et familles qui font ainsi l'objet de trois études qui tentent de rendre à la maladie sa dimension sociale globale.

Le choix du « paradigme de la maladie grave comme situation limite », c'est-à-dire « la rupture d'une structure, une crise qui détermine des changements dus à la perte du cadre de références ». Ici, la maladie est assimilée à deux concepts : la souffrance et la mort qui font brutalement irruption dans la vie de l'individu, de son entourage et de ses soignants à partir du moment où est établi le diagnostic (et parfois même avant), bouleversent les repères de chacun,

¹⁰⁷ Didier FASSIN, Pierre AÏACH et al., « Vivre une maladie grave. Analyse d'une situation de crise ». In: *Revue française de sociologie*. 1991, 32-4. pp. 652-655.

jusqu'à ce que soit opérée une remise en place des affects, des attentes, des comportements, autrement dit jusqu'à ce que se rétablisse un certain ordonnancement du social permettant de continuer à vivre dans de nouvelles conditions.

Alicia KAUFMANN montre, au travers son étude aux cancéreux, s'attache à mettre en évidence les trois phases par lesquelles passe le malade : avant le diagnostic, où la crainte de savoir conduit parfois à retarder l'échéance de la consultation et des examens; la période du diagnostic, où la révélation de la vérité, quand elle est dite, met le patient en présence d'une certitude – la mort – et d'une méconnaissance – le chemin qui y mène; enfin, l'après-diagnostic qui correspond à l'adaptation à ces nouvelles conditions de vie dans les soins, les souffrances, les limitations, la peur de mourir. En effet, souligne-t-elle, la façon de réagir dépend des individus et revêt trois formes : la réponse négative pouvant aller jusqu'au suicide, le déni de réalité, qui ne saurait toutefois se maintenir au-delà d'une certaine déchéance physique, et la transformation positive avec la constitution de nouveaux projets personnels. Cette attitude du malade est conditionnée par deux éléments – «la classe sociale » et « la culture sanitaire », ce que l'auteur montre à travers deux études de cas qui mettent en scène un homme menant une vie de bohème qui refuse son traitement et finit par mourir, et un directeur d'entreprise qui au contraire lutte contre la maladie et parvient à guérir.

Pierre AÏACH quant à lui décrit comment un «pacte avec le malade» la relation qui s'établit entre le sujet cancéreux et son thérapeute lors de la découverte de la maladie et qui peut se poursuivre jusqu'aux derniers instants de la vie du patient. Comme le relève l'auteur, la littérature sociologique sur le cancer traite beaucoup plus du malade que du médecin, et moins encore du généraliste qui semble relégué au second plan des soins, compte tenu du haut niveau de spécialisation de la cancérologie. Il note que les cancéreux ne préfèrent pas avoir des relations avec les médecins généralistes parce que ceux-ci mettent plus l'accent sur les relations entre patients et médecins. Les patients les considèrent comme moins importants dans la mesure où ils ne maîtrisent pas le processus thérapeutique de leur maladie. Selon lui, l'enquête montre qu'entre les «deux pôles idéologiques» -technique et humaniste- par rapport auxquels se situent les médecins, c'est, dans le cas du généraliste confronté au cancer, le second qui prévaut souvent, à la fois par choix individuel et par conscience des limites de la médecine.

Renée WAISSMAN s'intéresse au «travail médical de la famille». Dans le cas de l'insuffisance rénale chronique en effet, les parents sont sollicités pour prendre en charge à domicile les séances de dialyse de leurs enfants insuffisants rénaux et nécessitant soit trois

hémodialyses par semaine, soit une dialyse péritonéale continue. L'auteur décrit à la fois «le travail médical» et «le travail sentimental» qu'effectue la famille. Cette double dimension est en effet essentielle pour comprendre à la fois les contraintes des tâches auxquelles se livrent les parents et les conséquences de ces activités sur la structure familiale. La critique de l'ouvrage peut être menée à trois niveaux –théorique, épistémologique et méthodologique– qui se recourent en partie.

En premier lieu, et quoique les auteurs se défendent d'en faire un usage théorique, l'importance centrale accordée à la notion de « situation limite » justifie qu'on s'y arrête. « Situation limite » parce qu'il n'y a pas de remède de la maladie. Ce qui la caractériserait, c'est d'une part «l'idée de rupture, d'irruption dans la quotidienneté», d'autre part «la certitude d'une mort prochaine»; par opposition, la situation de maladie qui ne serait pas limite correspondrait à celle de maladie banale, sans gravité et souvent transitoire. On peut cependant discuter les deux critères retenus ici.

Tout d'abord, si la situation limite est une rupture, c'est qu'elle correspond à des moments plus ou moins précis – autour de la découverte du diagnostic et dans la proximité de la mort – et non à toute la période qui s'étend entre ces deux moments : c'est bien ce que les auteurs semblent indiquer implicitement lorsqu'ils font appel à la notion de «phénomène aigu bien que de durée indéterminée » (qui est considérée comme proche de la mort), ou encore lorsque Renée WAISSMAN parle de «changement subit dans l'état d'un malade... qui se manifeste surtout dans des périodes critiques : lors du diagnostic de la maladie et à l'approche de la phase terminale».

Ensuite, la certitude de la mort qu'aurait le malade est à nuancer : en effet, si pour le cancer l'image négative de la maladie peut donner prise à un tel pessimisme – ce qui resterait pourtant à démontrer, étant donné la part d'espoir objectif et subjectif que conserve en lui chaque patient, en revanche pour l'insuffisance rénale chronique la menace de mort est moins ce qui la caractérise qu'au contraire la perspective de vivre dans la souffrance quotidienne des soins et des limitations. Autrement dit, et pour cette double raison, le choix de l'expression «situation limite» est peut-être moins fondé qu'il y paraît au premier abord, et ce sont plutôt la chronicité et la dépendance qui semblent le mieux rendre compte des phénomènes décrits autour de la maladie grave.

Subséquentement, l'objet même de l'étude conduit les auteurs à des explorations qui se situent plus dans le registre de la psychologie que dans celui de la sociologie. Il y a peut-être là une difficulté spécifique à affirmer d'une part la place des sciences sociales dans l'ensemble des sciences dites humaines, d'autre part la position du sujet observateur par rapport à son sujet devenu objet d'étude. Le chapitre d'Alicia Kaufmann est à cet égard révélateur puisque, tant dans ses références bibliographiques que dans le choix du vocabulaire – «situation de conflit ou de frustration», «sentiments d'anxiété, diminution de l'estime de soi, impuissance, voire même hostilité et agressivité», il présente plutôt une analyse de type psychologisant. Si cette approche permet assurément d'humaniser la description, elle a en même temps tendance à la désocialiser. Ainsi, les deux études de cas censées montrer le rôle de la classe sociale et de la culture sanitaire sur les comportements de soins et l'issue de la maladie n'emportent pas la conviction et paraissent des concessions, faites en quelque sorte in extremis, à la sociologie : en quoi ces deux exemples peuvent-ils prétendre à un niveau plus général d'interprétation en faisant apparaître les mécanismes de détermination des pratiques et des chances de survie par des éléments culturels et sociaux ?

En dernier lieu, le choix de la technique d'entretiens pose un problème de méthode que Pierre Aïach relève lui-même avec cet intertitre en forme de manifeste à la fin de son chapitre : « Plutôt l'observation de la pratique que le discours sur la pratique ». L'étude des mots du malade, du médecin, des familiers apporte certes des éléments sociologiquement pertinents, mais elle revient toujours à devoir se contenter de ce que l'individu sait, interprète ou veut qu'on entende – ce qui est particulièrement vrai dans le cas des médecins pour lesquels le souci légitime d'auto-justification, joint à un niveau d'éducation permettant une certaine intellectualisation du rapport à la maladie, rend encore plus complexe l'analyse des discours.

On ne peut qu'être d'accord avec l'auteur lorsqu'il affirme que, «sur des questions de cet ordre, les déclarations de principe sont insuffisantes et viennent peut-être même fausser l'analyse en déplaçant le regard sur des oppositions d'un discours idéologique ou supposé tel, alors que la pratique dans sa permanence structurelle impose une homogénéité peut-être plus grande qu'il n'y pourrait paraître ». Le décalage entre ce qui est dit et ce qui est fait aurait pu enrichir le propos. Au-delà de ces réserves, il importe toutefois de souligner l'originalité du point de vue adopté par les auteurs qui, en se démarquant des analyses classiques en termes de pouvoir, de conflits et de stratégies, tentent de rétablir à la fois la complexité des situations autour de la maladie et une certaine humanité des relations qui s'y tissent.

En effet, avant d'élaborer la problématique, nous allons essayer de faire la synthèse des travaux des auteurs cités ci-dessus afin de ressortir leurs pertinences et limites. LE GOFF¹⁰⁸ s'attaque à la défection de la santé publique tout en soulignant les erreurs et le manque de sérieux dans le fonctionnement des institutions hospitalières. Raymond MASSE, Daniel WEINSTOCK et al.,¹⁰⁹ quant à eux notent la psychose d'une pandémie de la population québécoise face à une absence de décision unanime des responsables politiques. Ceci est encore très difficile à réaliser dans la mesure où en occident les libertés individuelles sont toujours respectées.

Pascal DUCOURNAU et Claire BEAUDEVIN¹¹⁰ s'intéressent à l'utilisation malsaine de la toile mondiale dans le traitement des patients, ce qui n'assure pas d'ailleurs l'efficacité des soins mais une façon de contourner des institutions de santé ou encore une manière de déstabiliser le métier du corps médical. Si ces derniers soulignent l'importance des consultations et du traitement médical au travers le net sous forme de réseau social constituant ainsi une démocratie sanitaire. Toutefois, Patrice QUENEAU et Gérard OSTERMANN¹¹¹ s'opposent à cette pratique tout en montrant l'importance de la relation directe entre le médecin et les patients. Ils notent comment la communication verbale du médecin avec ses sujets est-elle nécessaire dans l'adoucissement de la douleur du malade souffrant. Car le comportement communicationnel du médecin devant un patient est plus important que le médicament antalgique. Autrement dit une bonne relation du médecin avec ses patients participe au traitement médical.

Didier FASSIN¹¹² fustige la mauvaise gestion de la santé par les politiques. Il souligne la puissance dérivant du savoir noir de certains guérisseurs africains en distinguant le champ médical et le marché de la santé. FASSIN défend aussi l'idée de relativiser le processus de la globalisation sur la santé des individus. Car, la globalisation ne doit être comprise que dans la biodiversité culturelle.

¹⁰⁸ Jacques LE GOFF, *La défaite de la santé publique*, *op.cit.*

¹⁰⁹ Raymond MASSE, Daniel WEINSTOCK et al. , « Perceptions populaires du risque et savoirs experts en contexte de pandémie : le cas du A(H1N1) au Québec. », *op.cit*

¹¹⁰ Pascal DUCOURNAU et Claire BEAUDEVIN, « Génétique en ligne : déterritorialisation des régulations de santé publique et formes de développement commercial », *op.cit.*

¹¹¹ Patrice QUENEAU et Gérard OSTERMANN, *le médecin, le malade et la douleur*, *op.cit.*

¹¹² Didier FASSIN, *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, *op.cit.*

Claudine HERZLICH¹¹³ et Marc RENAUD,¹¹⁴ quant à eux, expliquent les valeurs culturelles de la maladie tout en précisant que c'est la culture qui détermine l'état de santé des individus dans la société. Cependant, nous notons les limites de leurs thèses car vouloir expliquer toute maladie par le biais de la culture relève de l'utopie. Jacques DUFRESNE¹¹⁵ souligne l'étroite relation entre la culture et le biologique ou la domination de la médecine occidentale sur les maladies infectieuses au détriment des soins traditionnels. Il note également les différentes représentations de la maladie des individus selon la culture et le milieu au travers la globalisation. Mais, force est de reconnaître que les soins de la médecine occidentale n'ont pas encore la main mise sur toutes les maladies. J.HASSOUN¹¹⁶ oriente son étude sur le silence des femmes malades du sida en Côte d'Ivoire. Alors que ce silence augmente la peine des malades qui refusent d'exprimer leur souffrance. Ici, l'auteur ignore certaines réalités culturelles de ces africaines parce que le fait de divulguer leur pathologie est synonyme d'exclusion sociale.

Armelle Giglio-Jacquemot¹¹⁷ explique à l'instar de FASSIN¹¹⁸ les conflits d'intérêt de la globalisation. L'auteur souligne que celle-ci, avec l'accès facile aux médicaments, peut engendrer l'automédication qui est un danger pour la santé des populations. C'est encore dans cette globalisation que Juliette SAKOYAN, Sandrine MUSSO et Stéphanie MULOT¹¹⁹ montrent que la mobilité des individus dépend toujours de leurs moyens financiers. Sylvain Landry FAYE¹²⁰ suggère la recomposition et la dynamique entrepreneuriale des thérapeutes traditionnels africains à Dakar. Nous marquons une réserve à sa thèse parce que cette recomposition ne se limite pas seulement aux tradipraticiens. Marc-Adélar TREMBLAY¹²¹ défend le principe de l'évolution des soins traditionnels vers la modernité et le désir de vouloir donner à l'hôpital une capacité absolue dans la gestion de la maladie.

¹¹³ Claudine HERZLICH, *Santé et Maladie analyse d'une représentation sociale*, *op.cit.*

¹¹⁴ Marc RENAUD, « De la sociologie médicale à la sociologie de la santé ; trente ans de recherche sur le malade et la maladie », *op.cit.*

¹¹⁵ Jacques DUFRESNE, « Aspects culturels de la santé et de la maladie », *op.cit.*

¹¹⁶ Judith HASSOUN, « Quelques silences sur la douleur des femmes malades du sida en Côte d'Ivoire », *op.cit.*

¹¹⁷ Armelle Giglio JACQUEMOT, « Unicistes versus pluralistes : l'homéopathie brésilienne à l'ère de la globalisation », *op.cit.*

¹¹⁸ Didier FASSIN, « La globalisation et la santé. Eléments pour une analyse anthropologique », *op.cit.*

¹¹⁹ Juliette SAKOYAN, Sandrine MUSSO et Stéphanie MULOT, « Quand la santé et les médecines circulent », *op.cit.*

¹²⁰ Sylvain Landry FAYE, « Quand les tradithérapeutes ouest-africains soignent l'infertilité conjugale à Dakar (Sénégal) : recompositions et dynamiques entrepreneuriales », *op.cit.*

¹²¹ Marc-Adélar TREMBLAY, « Les fonctions de l'hôpital dans la nouvelle société », *op.cit.*

Toutefois, malgré les critiques, on note encore aujourd'hui les limites de l'homme dans la manière de vaincre la maladie.

Stéphane BESANÇON¹²², quant à la lui, pose le problème de la maladie notamment du diabète dans les pays en voie de développement. Pour lui, trois facteurs sont à l'origine du développement rapide de cette maladie en Afrique : à savoir l'augmentation d'une espérance de vie, l'urbanisation galopante et la transition alimentaire. Il montre également comment l'ONG Santé Diabète a pu améliorer les conditions de prise en charge dans un pays comme le Mali et soulager les personnes affectées de ladite maladie dans un système de santé dont les moyens sont aussi limités. Cependant, nous réfutons toute idée de vouloir expliquer l'expansion du diabète à l'augmentation de l'espérance de vie chez les africains parce qu'il y a beaucoup d'entre eux qui ont atteint un âge très avancé sans être affecté par cette maladie. En outre, Anne LAURIS¹²³ s'inscrit presque dans la même perspective en soulignant que cette pathologie est liée au changement de mode vie, au phénomène de l'urbanisation et le régime alimentaire des pays en voie de développement. Il note que le secteur du financement pour le traitement du diabète il y a une inertie. Alors que si les moyens ont été mis l'accès au traitement serait bon à l'instar du sida et le paludisme.

Quant à Lydia ARCHIMEDE¹²⁴, en soulignant le phénomène en Asie, explique le diabète est devenu une réelle menace de santé publique pour les pays en voie de développement. Cette revue critique nous a permis de savoir les différents travaux effectués par nos précédents afin de mieux aborder les questions de la santé dans les structures hospitalières.

II.2. Problématique

La santé et / ou la maladie sont restées depuis longtemps dominées par les chercheurs du monde biomédical. Cependant, on constate que l'élargissement de ce champ d'étude par les anthropologues ou sociologues a permis de bien comprendre les mécanismes et les dimensions socioculturelles de l'homme sur la manière de vaincre la maladie. C'est pourquoi Jean BENOIST souligne que :

L'approche anthropologique a entraîné la recherche à passer souvent du terrain biologique au terrain sociologique, sans qu'il s'agisse d'une démarche interdisciplinaire, mais plutôt d'une démarche intégratrice dans la mesure où, au

¹²² Stéphane BESANÇON, « Afrique et diabète la fin d'un paradoxe », *op.cit.*

¹²³ Anne LAURIS, « Diabète : l'Afrique face au défi d'une épidémie silencieuse », *op.cit.*

¹²⁴ Lydia ARCHIMEDE, « Un défi majeur pour les pays en développement 200 millions de diabétique en 2010 », *op.cit.*

*sens entendu plus haut, nous nous trouvions en face d'un nouvel objet, nouveau sinon dans son essence du moins dans sa relation à la connaissance.*¹²⁵

Ainsi, la maladie devient de plus en plus l'objet de recherche des sciences sociales dans le but d'explicitier les différentes perceptions et stratégies utilisées par l'homme dans les politiques de sa propre santé. Autrement dit, la dimension sociale apportée par cette discipline a permis de saisir une partie même la quintessence cognitive cachée dans les facettes culturelles de la maladie. Hormis sans la connaissance de cet aspect et de son intégration dans la compréhension de la maladie, on se confrontera même à un grand domaine qui permet toujours de montrer la valeur de l'existence humaine et de son épanouissement. Car, selon Raymond MASSE :

*La santé est le lieu d'expression du développement social et économique, un marqueur fondamental de la richesse et du développement des nations. Elle devient un lieu privilégié de lutte contre inégalités sociales et de redistribution de la richesse, un levier du développement collectif autant que personnel.*¹²⁶

C'est pourquoi santé et maladie sont considérées comme deux états qui s'opposent mutuellement. Le premier concept constitue l'élément le plus recherché pour l'épanouissement de l'homme dans son univers social et naturel alors que le second est perçu comme ennemi perturbateur et est combattu par tous les moyens dans toutes les sociétés humaines au travers des différences de perceptions et de cultures. Ce qui les caractérise est qu'aucune personne ne peut vivre sans les connaître.

En effet, après la domination des grandes épidémies contagieuses, l'humanité a connu ces dernières décennies de nouvelles maladies dites chroniques ou non transmissibles qui sont devenues un véritable problème de santé publique. L'insuffisance rénale et le diabète qui, jusque-là conçus uniquement touchant les riches pays, sont aujourd'hui très dominants dans les pays en voie de développement. C'est pourquoi, nous nous intéressons à ces maladies du fait de leurs caractères silencieux qui n'attirent pas beaucoup d'attention des politiques sanitaires afin de mieux permettre aux affectés de bénéficier d'une réduction de la cherté des médicaments et d'une prise en charge médicale effective aux seins des institutions hospitalières ainsi qu'aux conséquences des pratiques ou habitudes socioculturelles que les malades engendrent, tout en essayant de décrypter les causes fondamentales desdites pathologies. L'absence de sensibilisation à grande échelle de ces pathologies à l'instar de l'initiative faite autour des

¹²⁵ Jean BENOIST, « Sur la contribution des sciences humaines à l'explication médicale », Université de Montréal, in revue *Anthropologie et société* « La Dynamique Biosociale », vol 5, n°2, 1981, pp.5-15.

¹²⁶ Raymond MASSE, « La santé publique comme projet et politique individuel » in *Systèmes et politiques de santé*, Paris, Karthala, 2001, p.47.

maladies contagieuses conduit également les populations à ignorer l'insuffisance rénale et le diabète car les maladies contagieuses sont encore considérées comme étant prioritaires à cause de leur expansion éclairée et de la peur qu'elles suscitent aux dirigeants politiques. À la référence de Raymond MASSE et al.,¹²⁷ il est important de reconnaître que la défection des institutions sanitaires publiques se trouve dans l'impossibilité de prévenir ces maladies par le biais de la communication. En outre, la fréquentation des populations des structures de santé en dehors d'une maladie n'est pas dans l'habitude de nombre de personnes. On note aussi que certaines ne dévoilent leurs affections qu'après la dominance de la pathologie d'autant plus que les maladies rénales et le diabète sont silencieux. Le silence que les malades accordent à ces pathologies dont ils sont victimes n'est-il pas une cause de leur aggravation ?

Ainsi, se posent des problèmes liés au nombre réduit d'infrastructures spécialisées pouvant accueillir les populations affectées au sein de leur proximité, la défection d'une manière générale des institutions sanitaires par un manque considérable du personnel soignant et du matériel opératoire et également les lenteurs dans l'acceptation des malades. Car, ici les malades éprouvent parfois énormément de rejets aux seins des structures de santé avant d'être admis aux soins provoquant ainsi leur hospitalisation ou leur réorientation vers les cliniques privées. Il semble que ces dernières certifient que la plupart des médecins ayant leurs propres cliniques n'effectuent correctement pas leurs tâches aux seins des structures de santé publiques.

Les limites de communication des soignants envers les soignés, comme le souligne Annick Tijou TRAORE,¹²⁸ poussent les patients à se rabattre à la construction du savoir profane dans le but de combler ce vide afin d'accéder un état de santé meilleur. Les habitudes socioculturelles qui semblent toujours être recherchées pour expliquer la maladie dans une dimension étiologique, orientent les patients vers les thérapies traditionnelles. De ce fait, l'engagement des populations vers ces dernières a permis aux thérapeutes traditionnels de développer une « industrie médicale » informelle dans les grandes villes. Ce qui fait qu'on assiste aujourd'hui à toutes sortes publicités à travers les médias avec des thérapeutes qui s'affirment intervenir dans différents domaines du champ médical comme étant des spécialistes. Ils se donnent des titres : docteur ou professeur pour dire qu'ils soignent le diabète et l'insuffisance rénale. Les médicaments traditionnels qu'ils utilisent sont le plus souvent

¹²⁷ Raymond MASSE et al., *op.cit.*, « Perceptions populaires du risque et savoirs experts en contexte de pandémie : le cas du A(H1N1) au Québec. », *Anthropologie et santé* [En ligne], 3 | 2011, mis en ligne le 28 novembre 2011, consulté le 14 avril 2012. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/739>

¹²⁸ Annick Tijou TRAORE, « l'expérience dans la production de savoirs profanes sur le diabète chez les patients diabétiques à Bamako (Mali) in *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 28, n° 4, décembre 2010, *op.cit.*

exposés partout dans les rues et vendus sans aucun respect des normes hygiéniques. En sus, l'incapacité de ces tradipraticiens à mesurer le dosage de leurs médicaments impacte sur la santé des patients qui reviennent souvent chez les médecins à un niveau très détérioré. Le recours de ces patients à un syncrétisme médical s'explique par leur désir de retrouver une bonne santé car « *lorsqu'on est malade, on ne refuse pas un traitement* »¹²⁹.

De ce fait, les représentations socioculturelles liées à la fréquentation des patients chez les tradipraticiens et l'utilisation des plantes médicinales posent encore le véritable problème dans le traitement de ces maladies. Force est de reconnaître qu'il est très difficile de rompre avec les réalités socioculturelles fortement ancrées dans la mentalité des individus. L'insuffisance rénale et le diabète considérés ici comme maladies que la biomédecine ne peut pas soigner définitivement sont plutôt aggravées par les pratiques des guérisseurs. L'État ne doit-il pas mettre en fin le marché de la santé ou bien d'y sélectionner les soignants les plus qualifiés dans le but de les insérer dans des secteurs formels reconnus ?

En effet, la surcharge alimentaire à travers la préparation des repas dans la cuisine sénégalaise et le désir de vouloir intégrer la médecine traditionnelle ces dernières années dans les pratiques de la biomédecine contribuent également au développement de ces maladies non transmissibles. D'une part, on assiste de plus en plus à un mélange d'ingrédients typiquement pathogéniques à ces maladies. D'autre part, l'orientation de la médecine traditionnelle à des pratiques médicinales de la biomédecine a fait disparaître l'aspect symbolique qui constitue le fil conducteur de son fonctionnement. Ce qui fait que les thérapeutes qui ont emprunté ce chemin se sont transformés en charlatans par perte de leur pouvoir mystique en créant d'énormes problèmes de santé publique aux populations.

Ces malades croient toujours au pouvoir des guérisseurs traditionnels. Ceci peut être lié à l'accès facile de leurs soins par rapport à ceux de la médecine moderne. Car bon nombre de patients font recours aux différentes pratiques culturelles sans pour autant connaître que celles-ci peuvent encore favoriser le développement de leur maladie. La combinaison des médecines traditionnelles et modernes n'a pas encore donné de résultats probants dans ce domaine. D'ailleurs, c'est la raison pour laquelle la biomédecine fait éviter ses patients la pharmacopée. Mais elle n'arrive pas à elle seule à résoudre les problèmes de la santé.

¹²⁹ Bernard HOURS, « La santé publique entre soins de santé primaires et management » in *Cahier des Sciences Humaines* vol.28 – n° 1, Paris, Éditions de l'ORSTOM, 1992, p.127.

Par ailleurs, l'anxiété que l'insuffisance rénale et le diabète suscitent chez les affectés est liée souvent à la non guérison de telles maladies qui obligent les patients à suivre un régime alimentaire particulier très difficile à respecter du fait des réalités socio-économiques et culturelles des patients. Ces maladies tuent aussi de plus en plus ses affectés à court ou à long terme. Selon Abdou Latif COULIBALY, l'insuffisance rénale est une maladie mortelle car « *la mortalité est de 100%, à court terme, en l'absence de traitement* »¹³⁰. Ainsi ajoute-t-il que :

*Sur le plan des ressources humaines formées pour assurer la prise en charge médicale de cette affection, on constate que le Sénégal ne dispose que trois néphrologues diplômés pour tout le Sénégal. Soit environ 1 néphrologue pour 4 millions d'habitants. Six infirmières spécialisées pour tout le pays. Six étudiants sénégalais sont inscrits en spécialité de néphrologie.*¹³¹

En outre, le degré d'instruction des malades peuvent également influencer sur le retard à fréquenter les structures sanitaires. Il est important de souligner que beaucoup de patients ne visitent les centres hospitaliers qu'aux moments extrêmes de leurs maladies. Mais encore l'éloignement des patients des hôpitaux engendre le développement des maladies de plus en plus complexes. Le recours surtout et uniquement aux soins traditionnels constitue le principal défaut des patients en Afrique.

En définitive, nous estimons avoir ressorti les différents problèmes ou facteurs liés au traitement de ces maladies qui doivent être saisis afin de mieux apporter une mesure appropriée à la réalité du phénomène et d'élaborer les objectifs suivants.

II.3. Objectifs de recherche

II.3.1. Objectif général

La finalité de notre étude est de montrer comment les comportements des patients, les limites d'engagement de l'État dans la prise en charge et la non régularisation des thérapies traditionnelles constituent-ils un enjeu majeur de génération de ces maladies chroniques.

¹³⁰ Abdou Latif COULIBALY, « Prise en charge de l'insuffisance rénale au Sénégal 12 000 malades condamnés » in *La Gazette* n°03 du 02 au 09 Avril 2009, p.21.

¹³¹ *Ibid.*, p.21.

II.3.2. Objectifs spécifiques

Notre étude cherche à :

✓ Décrire l'itinéraire thérapeutique des patients afin de mieux appréhender les difficultés éprouvées par ceux-ci dans les structures sanitaires et l'environnement social qui règne aux seins de ces lieux dans le but de comprendre les rapports entre eux et les soignants.

✓ Analyser les comportements et les différents chemins que les patients empruntent pour trouver les soins à leurs maladies.

Nous posons les hypothèses suivantes :

II.4. Hypothèse :

II.4.1. Hypothèse principale

Les habitudes socioculturelles dans les domaines alimentaires et thérapeutiques traditionnelles ainsi que l'inefficacité de la prise en charge par l'État des problèmes de santé publique favorisent le développement des pathologies de l'insuffisance rénale et du diabète.

II.4.2. Hypothèse secondaire 1

Les comportements alimentaires incontrôlés et les représentations sociales sur les maladies qu'ils occasionnent poussent les populations à fréquenter en premier lieu les thérapies traditionnelles accessibles.

II.4.3. Hypothèse secondaire 2

De même, le coût onéreux de la prise en charge de ces maladies dans les structures sanitaires amènent les patients à opter davantage pour les thérapies traditionnelles plus accessibles ou à l'automédication.

II.5. Éluclidation et opérationnalisation des concepts

La médecine : du latin *medicina* qui signifie « art de guérir, remède, potion », la médecine est une science qui s'intéresse au corps humain. Elle utilise un ensemble de techniques et de pratiques et elle a pour objet la conservation et le rétablissement de la santé. En fait, elle l'est art de prévenir et de soigner les maladies de l'homme. Cependant, force est de constater qu'avec tout l'intérêt qu'elle accorde à l'homme le domaine de sa recherche, il existe deux types de médecine : la médecine traditionnelle et la médecine moderne.

La médecine traditionnelle, dans cette étude, il est important de la clarifier. Lorsqu'on se réfère à l'adjectif « traditionnelle », on peut dire que c'est ce qui est ancien, qui date de très

long temps et qui relève de l'antériorité. Nous abordons le terme par rapport aux comportements et valeurs culturelles ésotériques que certains peuples ont sur les notions de la maladie et de la santé. Autrement dit, il s'agit d'un arsenal de valeurs véhiculées à travers les représentations sociales que ces gens font des plantes, des animaux, des spiritualités, etc., pour diagnostiquer, traiter une maladie ou de préserver la santé. Elle est plurielle, c'est-à-dire que dans chaque culture, il existe une médecine qui lui est appropriée. Ce qui fait d'ailleurs qu'elle est souvent opposée à la médecine moderne.

La médecine moderne est ici la médecine contemporaine, c'est-à-dire celle qui est universelle et qui utilise les normes scientifiques reconnues. Elle est aussi appelée biomédecine. La médecine moderne est au singulier, c'est-à-dire qu'elle est pratiquée de la même manière dans tous les pays. Autrement dit, ces pratiques sont identiques et internationales. Elle utilise des technologies pour diagnostiquer, détecter ou traiter une maladie. Les médicaments qu'elle utilise sont des produits confectionnés et testés par des laboratoires conformément au respect de la rigueur de la science. C'est ce qui la différencie de la médecine traditionnelle dans la recherche de la santé.

La santé est définie comme un bon état physique ou psychique d'une personne. Elle est souvent opposée à la maladie. Un être humain se dit ainsi étant en bon état de santé lorsqu'il répond physiquement et moralement aux attentes de la société dans laquelle il vit. Toutefois, une personne peut être bien portante dans l'apparence alors qu'elle est en fait malade comme le souligne Henri PEQUIGNOT. *«Par ailleurs, dit-il, si l'on examine systématiquement une population, on y découvre des tuberculeux, des hypertendus latents. Ces sujets étaient considérés comme bien portants, jusqu'au moment où ils étaient victimes d'une évolution rapide»*.¹³²

C'est pourquoi beaucoup de gens sont malades sans pour autant le savoir. On peut dire donc que la santé résulte parfois d'un état d'esprit culturel car ici une personne ne se sent malade qu'après un diagnostic dévoilant la présence d'une maladie dans son organisme. Selon Guy LAZORTHES :

*La santé, peut être définie comme la capacité de maintenir l'état d'équilibre physiologique et biologique toujours menacé de notre organisme, de s'adapter continuellement aux variations extérieures, de résister aux agressions microbiennes, toxiques, traumatique et de guérir après avoir été malade.*¹³³

¹³² Henri PEQUIGNOT, Jean-Yves NAU « Santé et maladies » in *Encyclopaedia*, 2011.

¹³³ Guy LAZORTHES, *L'homme la médecine et le médecin*, Paris, Masson, 1993, p.159.

Ici, la santé est perçue par la force de résistance par rapport aux attaques extérieures du corps humain. Ce qui montre que la valeur de la santé n'est connue qu'après la guérison d'une maladie. La santé et la maladie apparaissent comme deux êtres qui entrent mutuellement en conflit dans lequel chacun essaie de dominer son adversaire. Il est difficile de dissocier ces deux termes parce que sans la maladie on ne connaîtra pas ce qu'est la santé et sans la santé on ne connaîtra pas la maladie.

La maladie est souvent perçue comme un état de détresse d'un individu qui se manifeste toujours par une incapacité physique ou mentale dans l'exercice de ses propres tâches au sein de sa société. De ce constat, Claudine HERZLICH¹³⁴ défend l'idée selon laquelle la maladie est une expérience individuelle car aucune autre personne ne peut connaître le degré de souffrance d'autrui tout en soulignant également qu'être malade est un produit de l'apprentissage de l'individu par le biais de sa socialisation. Elle classe la maladie en deux conceptions endogène et exogène. Dans la première conception la maladie est l'intrusion réelle ou symbolique d'un objet dans le corps du malade. Elle soutient dans la seconde conception que la maladie est causée par un vol magique de l'âme de l'individu. La maladie peut être liée aussi, pour elle, à une origine magique (l'action d'un autre homme ou d'un sorcier), d'une faute envers les dieux, les morts ou la société, la rupture d'un tabou ou d'un manquement aux valeurs du groupe.

À l'instar de HERZLICH, Marc RENAUD¹³⁵ soutient lui aussi le lien manifeste de la culture dans le comportement du malade. C'est en fait une conduite sociale. Il souligne qu'un individu est présenté comme malade que quand il se comporte comme tel selon les normes sociales. En effet, dans la conception traditionnelle sénégalaise, la maladie est souvent attribuée à un mauvais sort, aux sorciers, au maraboutage, à la magie noire ou aux attaques êtres invisibles (génies). Elle peut être également liée aux ancêtres morts dans certaines ethnies (manjacques, diolas...) dans la mesure où leurs rituels funéraires ne sont pas bien organisés par les vivants. Ici, les vivants risquent d'être tourmentés par les morts revenants lorsque les rites funéraires ne sont pas tenus selon les règles culturelles du groupe et les vœux du défunt comme le souligne Malick Hamidou NDIAYE :

¹³⁴ Claudine HERZLICH, *Santé et Maladie analyse d'une représentation sociale*, Paris, éditions Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996, *op.cit.*

¹³⁵ Marc RENAUD, « De la sociologie médicale à la sociologie de la santé ; trente ans de recherche sur le malade et la maladie » in *Traité d'anthropologie médicale. L'Institut de la santé et de la maladie*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), 1985, chapitre 13, *op.cit.*, pp.281-291.

Cependant, il est important de noter qu'une autre cérémonie sera toujours organisée en Guinée Bissau. Ce qui nous montre comment les manjaques sont encore attachés à leur tradition. Car, sans la célébration de cette cérémonie au pays natal, les membres de sa famille risquent d'être tourmentés par le mort. Cela se manifeste par des difficultés incessantes telles que la maladie très grave, chômage, succession d'événement malheureux ou même mort.¹³⁶

C'est pourquoi les concernés vont d'abord consulter les tradipraticiens dans le but de déterminer la causalité de la maladie afin de pouvoir chercher les soins appropriés. Ce qui permet alors de nourrir les habitudes socioculturelles.

Les habitudes socioculturelles sont des comportements fortement ancrés par les individus du fait du poids de leur culture. C'est en fait des manières de faire, de penser et d'agir qui apparaissent toujours dans le quotidien des individus. Ce sont des conduites spontanées qui ressortent manifestement dans le vécu des personnes pour répondre aux problèmes.

L'inefficacité de la prise en charge de l'État des MNT est considérée ici par l'attitude adoptée par l'État dans la gestion des problèmes de santé publique. Nous nous intéressons à la non régularisation des pratiques de la médecine traditionnelle dans la mesure où ce champ est laissé à n'importe qui veut pratiquer cette médecine. On constate que beaucoup d'individus, certains qui viennent même d'autres pays s'autoproclament médecin, docteur ou professeur sans pour autant avoir une parfaite connaissance des thérapies traditionnelles. Leurs manières de traiter les patients provoquent souvent d'autres maladies comme l'insuffisance rénale.

L'insuffisance rénale est une maladie caractérisée par une diminution des capacités du rein à épurer le sang, et plus précisément à le filtrer des glomérules (petit peloton de capillaire sanguins).

Le rein est un organe pair situé dans l'abdomen dont le rôle est l'élimination des déchets métaboliques présents dans le sang et l'élaboration de l'urine.

La dialyse permet de débarrasser le sang d'un malade atteint d'insuffisance rénale de ses déchets toxiques par une filtration à travers une membrane semi-perméable.

L'hémodialyse est un traitement médical permettant d'épurer le sang des déchets toxiques par filtration sur un rein artificiel chez des patients atteints d'insuffisance rénale.

¹³⁶ Malick Hamidou NDIAYE, *Les Manifestations funéraires à Pikine nord Mémoire de maîtrise*, Département de Sociologie, U.C.A.D, 2007-2008, p.67.

Le diabète est une maladie chronique caractérisé par une augmentation anormale de la glycémie (taux de sucre dans le sang et dans les urines). On distingue le diabète de type 1 encore appelé « maigre » ou insulino-dépendant, traité par insuline ; et le diabète de type 2 dit « gras » ou « non insulino-dépendant », dont le traitement comporte une alimentation moins grasse, moins sucrée et une activité physique sous contrôle médical. Autrement dit :

Dans le cas du diabète dit de type 1, le pancréas ne fabrique plus d'insuline. Il concerne 10% des cas et touche plus particulièrement des jeunes enfants, des adolescents ou des jeunes adultes, les astreignant à s'injecter de l'insuline quotidiennement. Dans le cas du diabète type 2, l'insuline produite par le pancréas n'est pas utilisée de manière adaptée par l'organisme. Il est la conséquence d'un excès pondéral de l'inactivité physique.¹³⁷

Traditionnellement appelé « fébaru borom barké » en wolof (maladie des nantis), le terme diabète a été connu depuis très longtemps comme une maladie des riches. Mais de nos jours, on constate que cette pathologie n'a pas seulement affecté que les riches car aujourd'hui il est important de souligner que même les plus pauvres souffrent de ladite maladie. Ainsi, comme le souligne Anne LAURIS « *Maladie chronique que l'on croyait réservée aux pays riches, le diabète se développe rapidement en Afrique. Le nombre de cas devrait doubler d'ici 2030 et atteindre 24 millions* ». ¹³⁸ Pourquoi cette maladie était-elle considérée comme celle des nantis ? Cela pourrait s'expliquer par le fait que ceux-ci se nourrissaient toujours de d'aliments riches en lipides et en quantité et ils se déplaçaient rarement à pieds.

Toutefois, force est de reconnaître qu'avec l'avènement de la modernité même les pauvres se déplacent de moins en moins à pieds et continuent encore de s'approvisionner des matières très abondantes en lipides. La vie urbaine n'est pas à négliger dans l'accroissement de ce phénomène parce qu'en ville la presque quasi-totalité des déplacements s'effectuent en véhicule. Par conséquent, on note que les moins riches sont devenus également vulnérables du diabète. Cette maladie s'explique aussi par son caractère héréditaire. La manifestation de ces maladies silencieuses fait souvent recourir les malades à d'énormes représentations sociales.

Le concept de **représentations sociales** vient du latin *repraesentatio* « action de mettre sous les yeux », « tableaux » (au figuré), et de *repraesentare* « rendre présent, reproduire,

¹³⁷ www.santediabete.org cité par Anne LAURIS, « Mali : lutte contre le diabète envers est contre tout » in *Enjeux africains* n°8 août-septembre 2013, p.62.

¹³⁸ Anne LAURIS, « Diabète : l'Afrique face au défi d'une épidémie silencieuse » in *Enjeux africains* n°8 août-septembre 2013, p.61.

montrer ». Située au carrefour de la psychologie sociale, de la sociologie, de l'anthropologie et de l'histoire selon le *Dictionnaire de Sociologie*, cette notion a été ainsi définie par FISCHER :

*La représentation sociale est un processus d'élaboration perceptive et mentale de la réalité qui transforme les objets sociaux (personnes, contextes, situations) en catégories symboliques (valeurs, croyances, idéologies) et leur confère un statut cognitif permettant d'intégrer les aspects de la vie ordinaire par recadrage de nos propres conduites à l'intérieur des interactions sociales.*¹³⁹

De ce fait, la maladie est souvent expliquée en Afrique par différentes causes qui ne sont que le reflet d'un dynamisme culturel, idéologique, religieux ou social fortement ingurgité dans un processus de socialisation. Ceci est dû à un arsenal imaginaire fortement ancré dans la mentalité collective à travers laquelle les populations fondent généralement une fausse représentation de la réalité. Ici, lorsqu'une personne est malade la plupart des gens réagissent culturellement à la manière dans laquelle il a intériorisé la maladie. La maladie est souvent absorbée comme une incursion des êtres invisibles (diable), un mauvais sort envoyé par un ennemi (magie noire), un maraboutage ou la sorcellerie (mangeur mystique d'âme), c'est-à-dire, ceux qui ont le pouvoir de prendre d'autres formes et de survoler dans le but de faire du mal. C'est à cet effet que les malades vont fréquenter les voyants, féticheurs et certains marabouts pour se faire consulter. Ces derniers font croire aux malades beaucoup de choses qui sont à l'origine de la maladie.

Les représentations sociales sont le reflet d'une pure et forte imagination qui apparaît souvent dans les situations complexes parfois mêmes ésotériques. Elles permettent également de nourrir les esprits d'espoir dans le but d'atténuer psychologiquement des problèmes sociaux. « *En fait, on peut dire que les représentations sociales ne sont rien d'autres que l'imagination que nous faisons dans les situations de la vie courante. Elles sont aussi la manière de répondre aux problèmes que la société n'arrive pas à résoudre* ». ¹⁴⁰ C'est à cet effet que L. NDIAYE souligne que « *chaque société a besoin de donner du sens à la maladie. Ce besoin social, culturel de signifier la maladie est du fait que les données scientifiques ne suffissent pas à donner du sens à cette dernière* ». ¹⁴¹ Elles sont également le fil conducteur entre le monde visible et le monde invisible et échappent souvent à l'explication rationnelle à l'ordre du

¹³⁹ André AKOUN, Pierre ANSART, France AUBERT, *al.*, *Dictionnaire de Sociologie*, Tours, Les presses de Mame Imprimeurs, 1999, p.460.

¹⁴⁰ Malick Hamidou NDIAYE, *Les Manifestations funéraires à Pikine nord Mémoire de maîtrise*, Département de Sociologie, UCAD, 2007-2008, *op.cit.*, p.36.

¹⁴¹ Lamine NDIAYE cité par Malick Hamidou NDIAYE, *Les Manifestations funéraires à Pikine nord Mémoire de maîtrise*, Département de Sociologie, UCAD, 2007-2008, *op.cit.*, p.37.

déroulement des événements dans la vie en société. Elles sont dotées de savoir parfois symbolique et de compréhension des situations sociales. D'ailleurs, c'est pourquoi Denis JODELET écrit que :

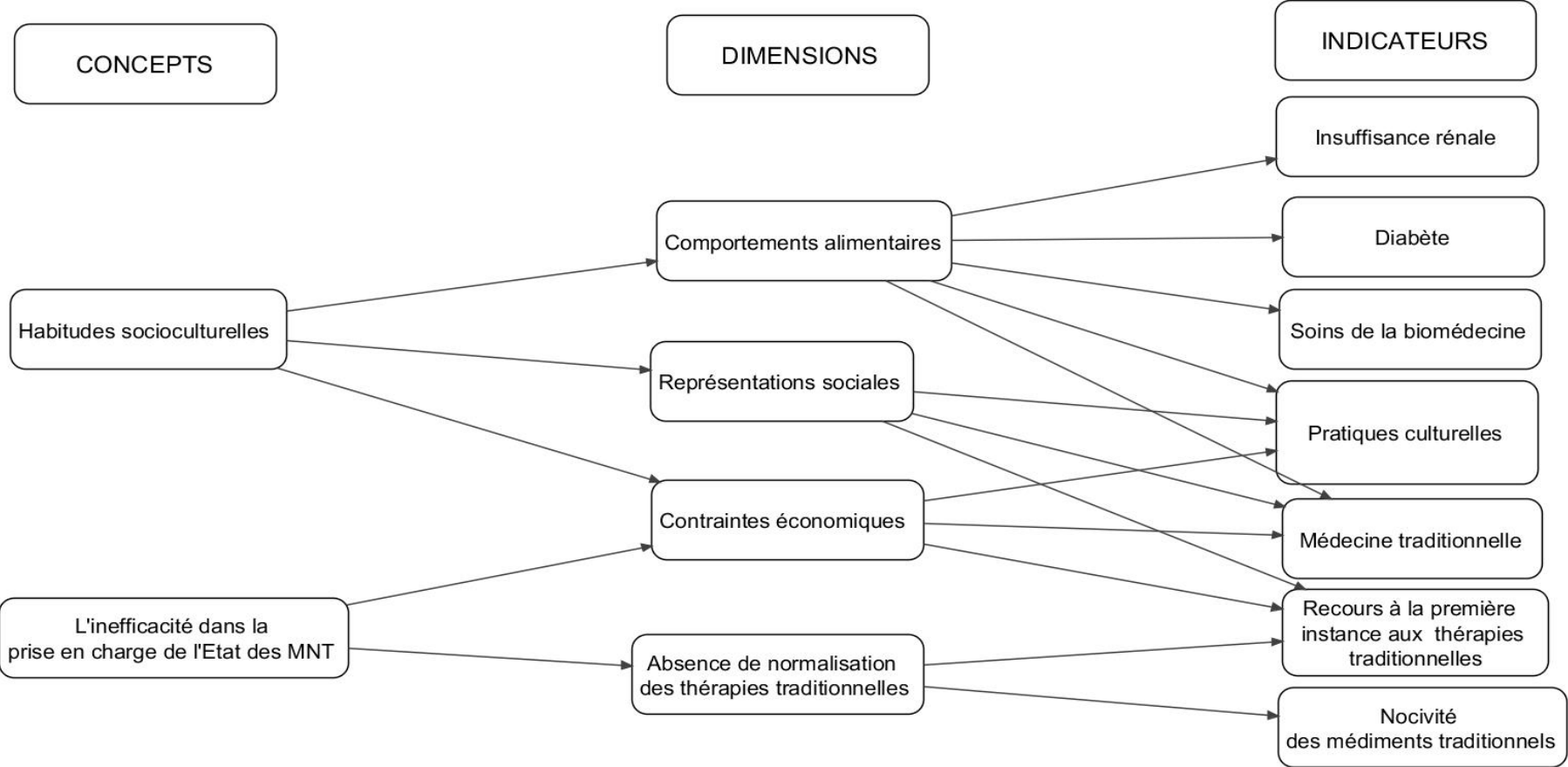
Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. En tant que telles, elles présentent des caractères spécifiques sur le plan de l'organisation des contenus, des opérations mentales et de la logique. Le marquage social des contenus ou des processus de représentation est à référer aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent les représentations, aux communications par lesquelles elles circulent, aux fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec le monde et les autres.¹⁴²

Cette citation illustre le sens et le rôle que les représentations sociales occupent dans les processus de la socialisation. Elle montre également l'importance de la relation que l'homme a avec ses semblables dans le monde visible et celle qui existe et le lie avec les autres que ce soit dans le monde des êtres visible ou invisible. Cette clarification nous permet d'aller sur les hypothèses pour l'opérationnalisation des concepts.

En fait, elle consiste à décomposer les concepts utilisés dans les hypothèses en diverses dimensions qui à leur tour sont divisés en plusieurs indicateurs ou en indices qui sont, généralement, des unités élémentaires abstraites et mesurables.

¹⁴² Denis. JODELET, *Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie*. In : MOSCOVICI. (S) ; Psychologie sociale. Paris, PUF, 1984, p. 357-378.

Schéma n° 2 : Opérationnalisation des concepts



II.6. Modèle théorique

Notre étude sur la prise en charge de l'insuffisance rénale et du diabète s'inscrit dans le registre de l'anthropologie de la santé plus précisément dans la mouvance des approches émique et étique. Ces deux concepts résultent d'un courant anglo-saxon dont le principal concepteur est Kenneth PIKE. En effet, ces termes sont utilisés pour désigner les différentes manières de représenter la maladie. L'approche émique indique les représentations culturelles de la maladie car dans chaque groupe, chaque culture a sa façon qui lui est propre de signifier la maladie différemment des autres. C'est pourquoi Marc RENAUD souligne que : « *Parsons eut cette intuition que le rapport d'un individu à sa maladie est, d'une certaine manière, la manifestation du rapport que cet individu entretient avec les valeurs de sa société* ». ¹⁴³ Ici, on note qu'une maladie peut présenter les mêmes symptômes mais lorsqu'elle affecte deux individus leurs comportements et manières de supporter celle-ci varient selon le degré de différence de leur culture.

En fait, pour HERZLICH, la maladie est toujours expliquée par des valeurs culturelles. La maladie provient souvent d'une action de sorcellerie à travers un vol magique ou d'une malédiction divine. RENAUD s'inscrit dans la même perspective car il soutient que la maladie est intériorisée par le biais de la socialisation. Nous utilisons cette première approche afin de savoir le comportement culturel et les représentations sociales que les malades font de leurs pathologies.

Quant à l'approche étique, elle montre les valeurs scientifiques reconnues par les spécialistes de la maladie. C'est en fait un ensemble de discours tenu et / ou mis en œuvre par ces derniers. Car, « *la médecine est le seul recours possible en cas de maladie et son approche est scientifiquement et éthiquement indiscutable* ». ¹⁴⁴ Cette dernière (approche) nous permet également de recueillir et d'analyser les réactions que les soignants entretiennent avec leurs patients. Toutefois, force est de constater que l'opposition entre ces deux approches est relative dans la mesure où « *une conception étiologique compréhensive de la maladie ne se réfère pas uniquement au langage génétique de l'individu et à sa physiologie, mais elle inclut également ses expériences de vie et les contraintes provenant du milieu culturel dans lequel il vit* ». ¹⁴⁵

¹⁴³ Marc RENAUD, « De la sociologie médicale à la sociologie de la santé », *Op.cit.*, p.7

¹⁴⁴ *Ibid.* p.13.

¹⁴⁵ Marc-Adélar TREMBLAY, « Les fonctions de l'hôpital dans la nouvelle société », *Op.cit.*, p.12.

Notre étude s'inscrit également dans le registre de l'expression « l'interactionnisme symbolique » qui désigne un courant de pensée qui étudie des relations réciproques entre les individus et des signes de ces échanges. Produit de l'École de Chicago, ce courant a fait une rupture avec la sociologie durkheimienne qui prônait que les actions de l'individu sont le fruit d'un système ou d'une logique extérieure. L'expression créée en 1937 par Herbert BLUMER s'intéresse toujours aux échanges sociaux. L'interaction est une relation sociale de base. Pour Philippe BESNARD¹⁴⁶, l'originalité de l'interactionnisme symbolique est de considérer l'action réciproque des êtres humains et les signes qui la rendent visible comme le phénomène social majeur. Il s'agit ici aussi d'étudier les différentes relations sociales qui existent au sein de l'hôpital afin de mieux de comprendre les significations qui en découlent. Avec le recours souvent des patients aux médecines traditionnelle et moderne et le rapport que celles-ci entretiennent, nous avons procédé à une approche épistémologique.

II.7. Approche épistémologique

Depuis l'intégration de la médecine traditionnelle au sein de la biomédecine dans le but de la revaloriser, on constate que certains remèdes de son domaine telle que la pharmacopée sont exploités par la biomédecine rendant ainsi la réduction de son vaste terrain d'intervention. Autrement dit, les ressources latentes de la médecine traditionnelle ont été dévoilées au bénéfice de la médecine moderne. La médecine traditionnelle, par ces recettes empiriques, soigne au même titre que la biomédecine. Cependant, son seul problème, c'est qu'elle n'est pas rationnelle et ne peut répondre aux critères qui permettent de la considérer comme une science. La médecine traditionnelle évolue dans un domaine où plusieurs aspects, à savoir le symbolique, le mystique ou le magique entrent en connivence avec le médicament (plantes) pour donner, en fait, l'efficacité du remède prescrit par le guérisseur.

Quant à la médecine moderne, elle s'applique avec l'aide de la science. Ses médicaments sont confectionnés et établis par des laboratoires répondant aux normes scientifiques avérées. Il est vrai que ces deux médecines évoluent dans des sphères différentes, voire opposées. Mais aucune d'elle n'a le monopole de la santé et ne peut ignorer les compétences de l'autre. Elles se complètent. Cette complémentarité est-elle une raison de vouloir intégrer la médecine traditionnelle au sein de la biomédecine ? Cet état de fait n'est-il pas une manière de mieux connaître quelques éléments (composition substantielle des plantes)

¹⁴⁶ Philippe BESNARD *Dictionnaire de la sociologie*, Paris, Larousse 1996, p.125-126.

de la médecine traditionnelle afin d'avoir une main mise sur elle et de réduire son domaine d'intervention ?

En effet, lorsqu'on se réfère à Edgard MORIN qui considère que « *toute connaissance, y compris la connaissance scientifique, est enracinée, inscrite dans, et est dépendante d'un contexte culturel, social et historique* »¹⁴⁷, on peut dire que l'intégration de la médecine traditionnelle au sein de la biomédecine ne peut que faire perdre au guérisseur une partie ou la totalité de son pouvoir. Cette rupture d'approche du tradipraticien avec son environnement physico-symbolique n'est-il pas la cause principale de sa disgrâce, de l'inefficacité de la médecine traditionnelle qui a reconverti beaucoup de guérisseurs en charlatans ? La collaboration des deux médecines nécessite-t-elle l'intégration de l'une dans l'autre ? Qui est réellement guérisseur ? Qui est charlatan ? En tout cas, on constate que de nos jours beaucoup d'individus interviennent dans le champ de la médecine traditionnelle comme guérisseur, « docteur » ou « professeur ». Partout dans les grandes villes, on découvre des panneaux indiquant des spécialistes de la médecine traditionnelle et on entend leur présence à travers les publicités médiatiques. La santé n'est-elle pas devenue une industrie d'enrichissement pour tous ces praticiens qui prétendent détenir les soins de toute sorte de maladie ? Existe-t-il réellement une collaboration au sens propre du terme entre les médecines moderne et traditionnelle ?

Si ces deux médecines doivent se rencontrer, les politiques ne doivent pas aborder un domaine aussi complexe sans pour autant saisir des hommes de science tout court, et, notamment les chercheurs en sciences sociales dans la mesure où il est nécessaire au préalable de s'investir à une étude scientifique. Toute forme d'abstraction de la médecine traditionnelle africaine de sa dimension culturelle conduit éventuellement à un échec des propositions de ses remèdes. Telle est la voie empruntée par l'OMS avec les soins de santé primaires dans les années 70. Cet organisme ne pense-t-il pas que la biomédecine à elle seule a la vraie maîtrise du remède en voulant intégrer la médecine traditionnelle dans son domaine ? N'est-ce pas pour cette raison que Gaston BACHELARD souligne que :

Mais la médecine, répondions-nous, est-elle pratiquée par les « grands médecins » ? Et si l'on veut juger des difficultés de la formation de l'esprit scientifique, ne doit-on pas scruter d'abord les esprits troubles en essayant de dessiner les limites de l'erreur et de la vérité ? Or il nous semble-très caractéristique qu'à l'époque présocratique la surdétermination vienne masquer la détermination. Alors le vague en impose au

¹⁴⁷ Edgard MORIN, *La Méthode 4. Les Idées, Leur habitat, leur vie, leurs mœurs, leur organisation*, Paris, Seuil, 1991, p.15.

*précis. Nous allons d'ailleurs plus loin, et nous croyons que c'est la surdétermination qui a enseigné une détermination purement et simplement affirmée, sans qu'on se soit référé à des expériences.*¹⁴⁸

Ici, l'auteur montre que la surdétermination considérée comme la pensée non-scientifique a nourri la science à laquelle on se réfère aujourd'hui et a constitué son point de départ. Le plus important dans la formation de l'esprit scientifique, c'est d'éclaircir les zones d'ombre afin de limiter l'erreur et d'atteindre la vérité scientifique.

Le fait de vouloir associer ces deux médecines n'est-il pas un frein au développement de la médecine traditionnelle ? Dans la mesure où celle-ci pourrait se développer et arriver à la même science que réclame la biomédecine, nous semble-il, que la médecine traditionnelle pourrait avoir un processus qui la permettra d'arriver à l'explication rationnelle de son champ. En tout cas, ces deux médecines n'évoluent pas dans un même champ de pratiques de soins sanitaires et l'intégration de la médecine traditionnelle dans la biomédecine n'est pas voulue par certains penseurs comme le souligne Marc-Éric GRUÉNAP :

*(...) G. FOSTER (1983) - un des grands noms de l'anthropologie médicale américaine – invite à adopter une attitude très critique à l'égard des tentatives d'intégration des guérisseurs traditionnels dans les programmes de soins de santé primaires.*¹⁴⁹

Ce problème que soulèvent souvent les chercheurs en sciences a depuis toujours fait la sourde oreille des politiques qui ne s'intéressent qu'aux résultats immédiats. L'aspect culturel qui relève du domaine de l'anthropologie ou de la sociologie, lorsqu'il est omis dans une société traditionnelle, engendre une dé-contextualisation des valeurs instructives qui sont la principale raison d'être des populations à tradition secrète. Pour mieux comprendre les sociétés traditionnelles, les étudier d'une manière efficace et authentique sans risque d'être en déphase avec leurs réalités et de créer des conséquences délétères dans l'avenir, le chercheur doit toujours s'adapter afin de se réappropriier du contexte culturel pour utiliser les bonnes techniques qui lui permettent de « négocier » la collecte de ses données sur le terrain. Dans cette perspective Abdoulaye NIANG écrit que :

L'instrument d'enquête et d'objectivation, qu'utilise le chercheur de terrain, doit être suffisamment « intelligent » pour s'adapter sans difficulté, à la fois, aux modalités socioculturelles variables de communication et d'échange en vigueur

¹⁴⁸ Gaston BACHELARD, *LA FORMATION de l'esprit scientifique Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*, Québec, Édition numérique, 2015, p.104.

¹⁴⁹ Marc-Éric GRUÉNAP « Une rencontre à venir » in *Anthropologie et santé publique Cahier des Sciences Humaines vol.28 – n° 1*, Paris, Editions de l'ORSTOM, 1992, *Op.cit.*, p.6.

dans les milieux d'étude et aux divers cas particuliers, également changeants, de la relation d'enquête qui s'établit entre le chercheur de terrain et chaque sujet particulier : car, c'est ce faisant que le chercheur de terrain pourra s'octroyer une marge stratégique d'initiative méthodologique lui permettant d'ajuster sa méthodologie pour l'adapter aux exigences toujours particulières de la situation présente et de trouver ainsi plus facilement les réponses les plus valides et les plus fiables à ses questions.¹⁵⁰

Cette citation illustre que le chercheur doit être en mesure d'adaptabilité afin de ne pas manquer à ce rendez-vous du dialogue pour le recueil des informations dans la mesure où le terrain, dans les sociétés africaines, a ses réalités que seules les techniques de collecte standardisées comme le questionnaire ne peuvent ressortir. Dans l'universalité des techniques de recherche dans la conquête de la science, le chercheur surtout en sciences sociales, découvre souvent les limites de celles-ci. Si la science veut que le chercheur soit objectif, elle ne doit pas seulement, nous semble-t-il, se borner à cet objectivisme aveuglé sans pour autant saisir le sens des valeurs culturelles, leurs significations et de mesurer ainsi l'abstraction que celles-ci peut induire dans le temps. C'est la raison pour laquelle Pierre BOURDIEU souligne que :

La science sociale ne doit pas seulement, comme le veut l'objectivisme, rompre avec l'expérience indigène et la représentation indigène de cette expérience ; il lui faut encore, par une seconde rupture, mettre en question les présupposés inhérents à la position d'observateur « objectif » qui, attaché à interpréter des pratiques, tend à imposer dans l'objet les principes de sa relation à l'objet, comme en témoigne par exemple le privilège qu'il accorde aux fonctions de communications et de connaissance et qui l'incline à réduire les interactions à de purs échanges symboliques.¹⁵¹

Ceci montre que pour atteindre la science, le chercheur est obligé d'utiliser toutes les possibilités qui lui permettent de comprendre ce qui est caché dans l'apparence. Autrement dit, il doit comprendre la relation qui existe entre l'objet et les pratiques, et, d'utiliser toutes les fonctions de communication qui sont un lien essentiel pour accéder à la connaissance et les valeurs latentes d'où il est nécessaire de procéder à une rupture épistémologique pour une bonne méthodologie.

¹⁵⁰ Abdoulaye NIANG, « Le sociologue, les réalités socioculturelles du milieu d'étude et les problèmes posés par l'emploi du questionnaire : le « dialogue méthodique » une alternative culturelle ? » in *Annales de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines* n°30, Dakar, Presse Universitaire de Dakar, 2000, p.111.

¹⁵¹ Pierre BOURDIEU, *Le sens de la pratique*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1980, p.46.

CHAPITRE III : CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Conformément à toute recherche scientifique, la sociologie est une discipline qui spécule à partir d'une démarche rationnelle et d'une méthode bien conçue. L'importance de cette étape est de choisir les méthodes et techniques afin d'atteindre les objectifs recherchés. De ce fait, Madeleine GRAWITZ souligne qu'« *au sens le plus élevé et plus général du terme, la méthode est constituée de l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre, les vérifie* ». ¹⁵²

Ainsi, pour la réalisation de notre étude nous avons utilisé la triangulation des méthodes qualitative et quantitative. La première renferme les entretiens et l'observation directe qui nous semblent être mieux adaptés ici pour la collecte des informations. Les entretiens nous ont permis de dialoguer directement avec les enquêtés avec une vive interaction. Ils sont également une méthode active et efficace dans le recueillement des données sur le terrain. L'observation directe a pour rôle de saisir le déroulement de l'enquête, les soins médicaux et les différents comportements que les entretiens n'ont pas arrivés à déceler.

En revanche, la seconde consiste à mesurer, à partir d'un échantillon représentatif, la variabilité de certains comportements par rapport aux facteurs sociodémographiques, professionnels, économiques et aux habitudes liées à l'alimentation des personnes malades avant et pendant leurs affections, leurs niveaux d'éducation et les différentes représentations socioculturelles devant les pratiques sanitaires de la médecine moderne et traditionnelle. La complémentarité de ces deux méthodes nous a permis de donner une analyse aussi qualitative que quantitative et de bien saisir les écueils liés aux traitements de ces pathologies non transmissibles en milieux hospitaliers sénégalais.

¹⁵² Madeleine GRAWITZ, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, éditions Dalloz, 2000, p.351.

III.1. Les méthodes de la recherche

III.1.1. La recherche documentaire

Étant la première étape de toute recherche scientifique, la recherche documentaire nous a permis de sillonner différentes bibliothèques afin de trouver des documents qui pouvaient être en rapport avec notre sujet d'étude. C'est bien à partir de ces éléments que tout chercheur doit adopter pour orienter son étude avec une analyse de l'ensemble des documents lui permettant d'élaborer sa revue de la littérature. Cette étape nous a conduit à appréhender différentes approches sur le domaine de la santé. Cependant, force est de reconnaître que la plupart des documents que nous avons consultés n'a pas orienté leur étude sur la spécificité de notre recherche.

En effet, nous avons fait cette étape à la Bibliothèque du Département de Sociologie, à la BU de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Bibliothèque Universitaire), au CODESRIA (Conseil pour le Développement de la Recherche en Sciences Sociales en Afrique), à la B.U de l'Université Gaston Berger de Saint-Louis, à la bibliothèque du laboratoire URIC sur le Net et dans quelques ouvrages que nous avons achetés. Après la lecture et l'exploitation de ces documents, nous avons choisi les méthodes quantitative et qualitative qui nous semblent appropriées à notre étude.

III.1.2. La méthode quantitative

Pour cette méthode nous nous sommes intéressé uniquement aux patients qui nous semblent détenir l'essentiel des informations liées à leurs comportements et habitudes avant et pendant leurs maladies pour l'explication de ce phénomène social. Ainsi, notre étude s'est focalisée essentiellement à la méthode quantitative (le questionnaire) pour recueillir les informations des personnes affectées de l'insuffisance rénale et le diabète.

III.1.3. La méthode qualitative

Cette méthode s'effectue à l'aide de techniques de collecte de données tels que les entretiens et l'observation directe avec la population ciblée. Elle nous a permis de recueillir toutes les informations liées à nos objectifs de recherche mais également de confronter les opinions reçues de les analyser afin de mieux comprendre la réalité du phénomène étudié.

En effet, cette population est composée de personnel médical et paramédical, de patients et de personnes morales des deux associations (ASHIR et ASSAD) aidant les patients dans le traitement de leurs maladies. Pour le corps médical et paramédical, nous avons fait référence aux outils de collecte de données de la méthode qualitative (entretiens et observation directe).

III. 2. Les techniques de collecte de données

III.2.1. Les entretiens

Les résultats de cette étude sont le fruit d'entretiens et d'observations que nous avons menés auprès de la population ciblée sur le terrain. Tous les entretiens sont réalisés avec un dictaphone numérique. Nous avons pu entretenir avec le corps médical et paramédical, les patients ainsi que les personnes morales des associations des malades. Les entretiens nous ont permis d'enregistrer autant d'éléments d'informations sur le traitement médical offert aux seins des hôpitaux et les différentes relations qui existent entre les médecins, les paramédicaux et les patients ainsi que les itinéraires thérapeutes empruntés pour le traitement de leurs maladies. En fait, avec les entretiens nous avons pu recueillir les différents discours de nos interviewers afin de les confronter dans l'analyse avec d'autres techniques de collecte que nous avons usitées pour la réalisation de cette étude. Ce qui fait qu'en sociologie, il est toujours préférable d'utiliser les techniques qui sont les plus adaptées dans la collecte de l'information sur le terrain d'étude. Car l'entretien en socio-anthropologie nécessite une certaine vigilance du chercheur dans la relance des idées moins claires afin que ses interlocuteurs lui apportent les informations touchant le fond de son sujet et restent dans le cadre du thème abordé. C'est pourquoi, dans l'entretien selon Raymond QUIVY et Luc Van CAMPENHOUDT :

(...) s'instaure en principe un véritable échange au cours duquel l'interlocuteur du chercheur exprime ses perceptions d'un événement ou d'une situation, ses interprétations ou ses expériences, tandis que, par ses questions ouvertes et ses réactions, le chercheur facilite cette expression, évite qu'elle s'éloigne des objectifs de la recherche et permet à son vis-à-vis d'accéder à un degré maximum d'authenticité et de profondeur.¹⁵³

Ainsi, utilisation de cette technique nous a permis de connaître l'environnement médical, de bien saisir les relations que ces individus cités ci-dessus entretiennent avec eux-mêmes et les soins effectués aux seins des hôpitaux. La confrontation de ces techniques de collecte d'information (entretiens et observations) a accentué l'investigation empirique et a donné une objectivité dans l'analyse des discours enregistrés. Dans cette perspective, ils ont servi à la connaissance du traitement des maladies, la prise en charge sociale, l'itinéraire thérapeutique, les obstacles que patients et médecins rencontrent dans les soins, les relations socio-sanitaires ou les différentes perceptions faites sur ces pathologies.

¹⁵³ Raymond QUIVY, Luc Van CAMPENHOUDT, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995, p.194.

En effet, pour la réussite de cette étude nous avons interrogé les médecins afin de connaître leur approche des maladies, c'est-à-dire, les explications liées à la causalité, les processus d'annonce de celle-ci aux patients, et bien comprendre l'atmosphère qui règne aux seins des structures sanitaires publiques. Autrement dit, les relations sociales qui existent entre médecins, patients et accompagnants. En ce qui concerne les patients, nous avons cherché leurs différentes perceptions de la pathologie, les obstacles rencontrés dans le traitement et les rapports sociaux entretenus avec eux-mêmes et leur entourage familial, le corps médical et paramédical ainsi que les comportements enregistrés devant les soins. Pour le cas des assistances sociales, les entretiens sont focalisés sur l'état et les processus de la prise en charge, les modalités, les écueils éprouvés par les services face à un nombre pléthorique de demandeurs d'aide sociale.

En outre, les interviews avec les patients ont permis également d'obtenir une autre version dans le déroulement et l'administration des soins effectués. À cet effet, ils nous ont aidés à mieux comprendre le discours des malades, leurs états psychosociologiques et les changements de comportements liés aux problèmes de ces maladies. Dans le but d'approfondir ces entretiens, nous nous sommes approché des patients en toute intimité pour revisiter leurs vécus à travers le récit de vie.

III.2.2. Le récit de vie

La familiarité avec nos enquêtés et la confiance qu'ils nous ont accordé, nous avons jugé nécessaire d'utiliser cette technique pour recueillir d'autres informations que les entretiens n'ont pas pu aborder. Les patients ont parvenu à nous témoigner leurs parcours médicaux à la recherche de soins de santé ainsi que les différents obstacles qu'ils ont encourus dans le traitement de leurs maladies. Avec le récit de vie, les patients nous ont retracé leurs vécus. Tout ceci est mis en œuvre avec la complémentarité de l'analyse de contenu.

III.2.3. L'analyse de contenu

Utilisée dans cette recherche, l'analyse de contenu nous a servi d'aller au fond de chaque discours dans le but de décortiquer clairement les propos de nos interviewés pour accéder à leurs sens. C'est une des techniques très efficace de la méthode qualitative. Elle a permis de comprendre le vécu de l'ensemble des personnes interrogées. Les limites de cette technique nous obligent de se rabattre à l'observation directe.

III.2.3. L'observation directe

L'observation directe usitée au cours de cette étude a également permis d'appréhender les réalités qui ne résultent pas directement des entretiens. C'est en fait, l'une des techniques d'observation socio-anthropologique qui nous semble la mieux adaptée pour cette étude.

Nous avons utilisé l'observation directe qui est aussi ici une technique la plus appropriée pour notre terrain d'étude. Elle nous a servi la détection des différents comportements des patients, médecins et infirmiers pour une meilleure compréhension de l'environnement socio-sanitaire. Car, « *les observations sociologiques portent sur les comportements des acteurs en tant qu'ils manifestent des systèmes de relations sociales ainsi que sur les fondements culturels et idéologiques qui les sous-tendent* ». ¹⁵⁴ Elle a mis en exergue les non-dits de certains discours. L'observation directe a permis enfin de dévoiler la conduite de la population cible. C'est pourquoi A. Laperrière souligne que « *l'observation directe consiste à être le témoin des comportements sociaux d'individus ou de groupes dans les lieux mêmes de leurs activités ou de leurs résidences, sans en modifier le déroulement ordinaire* ». ¹⁵⁵ L'observation semble aussi nécessaire pour apporter des compléments dans la méthode quantitative afin atteindre les objectifs fixés dans la complémentarité des techniques que le questionnaire n'arrive pas à révéler.

III.2.4. Le questionnaire

Technique de collecte de données quantitatives, le questionnaire est utilisé dans cette étude pour mesurer les différents comportements qu'ont adoptés les patients traités dans les hôpitaux avant et pendant leurs maladies. En fait, il nous a permis d'entrer en communication avec nos informateurs en les interrogeant un à un de façon identique. Dans cette étude, nous avons utilisé le questionnaire-interview, c'est-à-dire, que nous avons posé verbalement les questions à nos enquêtés pour collecter leurs réponses. À l'instar, des techniques citées ci-dessus, le questionnaire est non seulement utilisé pour cette étude mais avec l'appui d'autres techniques de collecte de données. Le questionnaire permet toujours au chercheur de manipuler ses données à travers l'analyse statistique.

¹⁵⁴ Raymond QUIVY, Luc Van CAMPENHOUDT, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995, *op.cit*, p199.

¹⁵⁵ A. LAPERRIERE, « l'observation directe » dans B. Gauthier (éd.) *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données* (5^e éd.), Presse de l'Université du Québec 2009, p.316.

III.2.5. L'analyse de statistique

Dans la collecte des données, nous avons recouru également à l'analyse statistique qui est une technique très efficace de la méthode quantitative. Elle nous a permis de consulter, regrouper, croiser et de mesurer, évaluer les données quantitatives qui sont déjà disponibles. Pour l'efficacité de l'analyse statistique, nous avons utilisé les logiciels Sphinx et STATA. Avec cette technique, il est beaucoup plus facile d'avoir une idée claire sur le phénomène étudié à partir des statistiques découlant de l'enquête de terrain. Cependant, la pertinence de l'analyse statistique dépend toujours de la fiabilité des données recueillies. D'ailleurs, c'est ce qui contraint au chercheur de veiller aux outils de collecte de données.

III.3. Les outils de collecte de données

III.3.1. Les guides d'entretien

Pour la réussite de notre étude, nous avons élaboré deux types de guide d'entretien : celui destiné aux patients¹⁵⁶ et celui réservé au corps médical¹⁵⁷. Chacun des guides est structuré en plusieurs thématiques sous forme de différents rubriques qui poussent nos enquêtés à révéler la quintessence des informations visées par cette recherche. Ils sont administrés avec un dictaphone numérique. Le recours aux guides d'entretien, c'est de compléter les renseignements recueillis par le formulaire.

III.3.2. Le formulaire¹⁵⁸

Il est l'outil principal de la cueillette des données de la méthode quantitative. Conformément à la taille de l'échantillon choisie, nous avons produit le nombre de formulaires égal pour la collecte des réponses de nos enquêtés. Notre formulaire comprend trois pages composés en différents thématiques abordant les objectifs et hypothèses de la recherche. La collecte des données par le formulaire est complétée par la classification de celles-ci dans le tableau simple.

III.3.3. Le tableau simple

Il permet de recueillir les éléments d'une seule variable en vue de les analyser qualitativement ou quantitativement. Le tableau simple nous a permis de rendre les informations de cette étude plus visibles et intéressantes à travers les analyses. Ces dernières sont complétées à l'aide d'un tri dans le tableau croisé.

¹⁵⁶ Cf., Annexe 2

¹⁵⁷ Cf., Annexe 3

¹⁵⁸ Cf., Annexe 4

III.3.4. Le tableau croisé

Outil de l'analyse statistique, le tableau croisé permet de regrouper les données de plusieurs variables dans le but de les mettre en corrélation pour une analyse effective et cohérente du chercheur. Le tableau croisé nous a facilité de mieux connaître l'évolution du phénomène étudié à travers une lecture très rapide de la collecte des données.

III.4. La collecte de données

III.4.1. L'échantillonnage

Pour la réussite de notre étude, nous nous sommes intéressé, dans le cadre de l'échantillonnage, uniquement aux patients traités en milieux hospitaliers. Cette population est notre principal échantillon afin de comprendre l'affection des maladies non transmissibles et leurs principales causes d'évolution aux seins des différentes pratiques de soins adoptées selon le milieu et les modes de vie. L'étude s'est focalisée pour chacun des hôpitaux à une population de 100 patients. Ce qui fait que pour déterminer l'échantillon, nous nous sommes référé au tableau de Kreje, R.V. and Morgan, D.W. « Determining Sample Size for Reearch Activities » ; Educational and Psychological Measurement, vol. 30 : 607- 610, 1970.

Par conséquent, pour cette étude, nous avons utilisé deux échantillons afin d'obtenir un échantillon global de 160 patients pour les enquêtes par questionnaire. Autrement dit, au niveau de chaque hôpital, nous avons une population de 100 patients qui donne un échantillon de 80 enquêtés par hôpital. Le cumul des deux échantillons donne 160 malades la taille réelle de notre échantillon pour cette étude. Pour plus de précision cf. cette table ci-dessous. Ce sont des tailles d'échantillon du niveau de confiance de 95% et d'une erreur d'échantillonnage de +/-5%

Table de Kreje, R.V. and Morgan, D.W

Taille de la population	Taille de l'échantillon	Taille de population	Taille de l'échantillon
10	10	550	226
20	19	600	234
40	36	700	248
50	44	800	260
75	63	900	269
100	80	1 000	278
150	108	1 200	291
200	132	1 300	297
250	152	1 500	306
300	169	3 000	341
350	184	6 000	361
400	196	9 000	368
450	207	50 000	381
500	217	100 000	385

III.4.2. Le déroulement de la collecte

L'enquête de terrain pour cette présente étude a commencé le 10 août 2016 et s'est terminée le 18 novembre de la même année. Nous avons d'abord débuté nos premières enquêtes à l'hôpital Aristide Le Dantec le jour même de la sortie de l'attestation nous autorisant à commencer notre étude comme stagiaire. Le major du service du département de néphrologie

après nous avoir présenté aux médecins a mis à notre disposition deux blouses nous permettant de se ressembler au personnel médical afin d'accéder à tous les services au sein de l'hôpital sans pour autant susciter d'interpellation.

Depuis, l'accès à l'entrée de la grande porte de l'hôpital nous est devenu libre. Du nouveau bâtiment à la salle clinique de l'hémodialyse nous avons commencé à administré notre questionnaire aux patients par ordre de disponibilité. Pour interroger tous les patients nous sommes obligé de venir à six heures du matin pour assister au premier branchement des hémodialysés et d'y rester jusqu'à vingt heures pour la dernière séance d'hémodialyse. Ensuite, après cette première étape nous avons également entamé les entretiens et les récits de vie pour certains.

Enfin, viennent nos entretiens avec le corps médical, les techniciens des générateurs d'hémodialyse, les services d'analyse, de radiographie, de pharmacie et de services sociaux. Les informations reçues des patients nous ont permis à chaque fois de les confronter avec celles des infirmiers spécialisés, les techniciens, les médecins et les professeurs.

À l'hôpital Abass Ndao nous avons reçu notre autorisation d'enquête depuis le 28 juillet 2016 mais pour des raisons administratives que nous allons expliquer sur les difficultés rencontrées, nous avons commencé nos investigations qu'après deux semaines de notre intervention à l'hôpital Aristide Le Dantec. Au centre Marc Sankalé, nous avons procédé nos enquêtes de la même façon qu'au département de néphrologie. De la salle d'accueil du centre, aux séances d'éducation et de dédramatisation du diabète, nous avons assisté aux soins de traitement des pieds diabétiques dans la salle de podologie jusqu'à la médecine interne chez les personnes hospitalisées, nous avons interpellé les patients et le corps médical sur les questions qui nous intéressent à travers le questionnaire, le guide d'entretien et le récit de vie. Pendant toute cette période, nous faisons la navette entre les hôpitaux Aristide Le Dantec et Abass Ndao. Avant de terminer notre enquête nous nous sommes également entretenu avec les personnes morales des associations de soutien aux malades rattachées à chacune des structures. Dans la réalisation de toute étude scientifique, le chercheur est souvent confronté à des difficultés.

III.4.3. Les difficultés rencontrées

Pour cette présente étude, la première difficulté que nous avons rencontrée c'est d'abord la tracasserie administrative et sa lenteur car l'administration hospitalière nous exige d'introduire les lettres d'enquête nous affiliant à une institution de recherche. Ainsi, après

l'introduction des demandes d'enquête de notre directeur de recherche, nous nous sommes encore confronté à des lenteurs administratives pour obtenir les attestations nous autorisant à commencer nos enquêtes car il nous a fallu de rester pendant un mois d'attente avant de commencer. C'est seulement avec notre processus itératif auprès des sectaires des services de ressources humaines que la situation a pu changer à notre faveur.

En fait, nous avons connu un blocage de signature du directeur du département de néphrologie de l'hôpital Aristide Le Dantec qui, au départ, avait refusé de nous accepter parce qu'il a révélé qu'il reçoit depuis toujours les mêmes études s'intéressant à leur institution, c'est-à-dire, aux maladies rénales et qu'il a jugé que maintenant c'est trop suffisant pour ces enquêtes incessantes. C'est à travers la négociation avec sa secrétaire que la situation a pu se décanter favorablement.

Au centre Marc Sankalé de l'hôpital Abass Ndao, nous sommes encore heurté, après la réception de notre autorisation d'enquête, au déni du major de service qui nous a révélé que malgré l'accord de son directeur sur l'attestation que nous détenons, il ne peut pas nous accepter sans le retour de celui-ci qui vient de partir en congé. Ceci a un peu prolongé notre séjour à Dakar. La chef du service social de l'hôpital Abass Ndao a également refusé de nous recevoir malgré notre autorisation d'enquêter parce qu'elle nous demande de fournir une autre demande de notre directeur de thèse adressée à elle avant de nous livrer une quelconque information. C'est en fait, cette tracasserie administrative qui nous a beaucoup retardé.

Ensuite, la deuxième difficulté, c'est que nous nous sommes intéressé à des malades. Par conséquent ce n'est pas facile d'interroger des patients qui souffrent des maladies chroniques surtout chez les insuffisants rénaux hémodialysés parce que dès qu'ils sont branchés aux machines, la plupart du temps, ils dorment. Et après la séance d'hémodialyse, ils ne pensent qu'à rentrer chez eux. C'est pourquoi, pour la réalisation de cette étude, nous sommes obligé de rester en permanence dans la salle clinique et de les interroger dès qu'ils se réveillent au cours de la séance du branchement.

Enfin, la troisième difficulté à laquelle nous nous sommes confrontée pour la réalisation de cette étude est d'ordre psychologique, car il n'est pas aisé de rester très longtemps dans la salle clinique et de voir la circulation extracorporelle du sang humain à travers les raccords des machines et l'odeur du sang qui se dégage. Parfois même, on observe une hémorragie chez certains patients au moment de la séance d'hémodialyse ou tout juste après le branchement.

Ainsi, il est très difficile de voir les gens souffrir des affections auxquelles nous n'avons pas de solutions. C'est après avoir énuméré les difficultés auxquelles nous nous sommes heurtées pour la réalisation de cette présente étude, nous avons pensé à la présentation de la deuxième partie de ce travail recherche qui est le cadre d'étude.

DEUXIÈME PARTIE :
CADRE D'ÉTUDE

CHAPITRE IV : PRÉSENTATION DU SÉNÉGAL ET APERÇU SUR LA SITUATION SANITAIRE

IV.1. Présentation du Sénégal

IV.1.1. Géolocalisation

Situé au sud du Sahara, le Sénégal, est sur la pointe extrême occidentale du continent africain entre 13° et 18° de latitude nord et 12° et 17° de longitude ouest. Le pays est bordé à l'ouest par 700 km de côtes sur l'océan atlantique et entouré par la Mauritanie, le Mali, la Guinée, la Guinée Bissau. Enclavée dans la partie sud, la Gambie a une ouverture sur l'océan. Le Sénégal est aligné sur l'heure du méridien de Greenwich (G.M.T)¹⁵⁹.

Le pays a une superficie de 196 722 km² avec un réseau hydrographique de 4 grands fleuves (le Sénégal, la Gambie, la Casamance et le Saloum) et un climat tropical : longue saison sèche de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre et d'une situation pluviométrique de 1 400 mm en Casamance contre 381 mm au Nord. Situé dans la zone du sahel, le Sénégal est menacé par une forte désertification. Celle-ci pousse une partie de sa population à la migration d'où l'importance est d'interroger la répartition de sa démographie.

IV.1.2. Démographie

Sur le plan démographique, la population est estimée en 2013 à 12 873 601 habitants¹⁶⁰. La densité de la population qui était de 50 habitants au km² en 2002, est passée à 65 habitants au km² en 2013¹⁶¹. Cette population en 2002 s'établissait à 9 858 482 habitants, soit un taux d'accroissement moyen annuel intercensitaire entre 2002-2013 de 2,5%. Avec 4 958 085 en 1976 et 6 881 919 en 1988, les taux d'accroissement intercensitaires étaient respectivement de 2,7 % et 2,5 % pour 1976-1988 et 1988-2002.

Tableau 6 : Niveau et tendance de la population du Sénégal entre 1976 et 2013

Année de recensement	1976	1988	2002	2013
Effectifs	4 958 085	6 881 919	9.858.482	12.873.601
Périodes		1976-1988	1988-2002	2002-2013
Taux d'accroissement intercensitaire		2,7	2,5	2,5

Source : ANSD, Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage (RGPHAE) 2013, Rapport provisoire mars 2014.

¹⁵⁹ *Le Magazine d'air Sénégal international*, Terrangan°32 septembre/octobre 2007, p10.

¹⁶⁰ ANSD, Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage(RGPHAE) 2013, *Rapport provisoire mars 2014*, p.18

¹⁶¹ *Ibid.*, p.20

La population sénégalaise se caractérise par sa grande jeunesse : la moitié de la population est âgée de moins de 18 ans (17 ans chez les hommes contre 19 ans chez les femmes). En outre, les moins de 20 ans représentent 52,7%. Les enfants âgés de moins de 15 ans constituent 42,1% de la population globale. La proportion est plus importante chez les garçons (43,6%) que chez les filles (40,5%). Par ailleurs, 3,5% de la population a 65 ans et plus.¹⁶² En effet, les femmes en âge de reproduction (15-49 ans) sont estimées à 3 124 600, enfants de moins de 5 ans à 1 755 800, taux brut de natalité est de 39,1 pour mille. Le taux de croissance annuel de la population estimé à 2,5% (fécondité encore élevée, indice synthétique de fécondité estimé à 5,3 enfants par femme) (EDS IV).¹⁶³

La répartition géographique de la population est inégalitaire selon les régions car les grandes villes comme Dakar, Thiès, Saint-Louis, Touba... abritent une forte population. La densité de la population qui était de 50 habitants au km² en 2002, est passée à 65 habitants au km² en 2013. La région de Dakar se démarque de loin des autres avec une densité de 5 404 habitants au km². Sa population est de 2 956 023 habitants en 2013, soit près du quart de la population totale (23%) sur une superficie représentant 0,3% seulement de celle du pays.

La région de Tambacounda, qui représente la région la plus vaste du pays (21,5% de la superficie du pays), ne compte que 5,0% de la population du Sénégal, soit une densité de 15 habitants au km².¹⁶⁴ Selon ANSD¹⁶⁵, la population du Sénégal en 2013 est en majorité rurale avec 7 048 624 (55% contre 59,3% en 2002). La population urbaine est de 5 824 977 habitants, soit un taux d'urbanisation de 45% (Cf., graphique 3). En 2002, ce taux s'établissait à 40,7% et cache d'énormes disparités régionales. La région de Dakar avec un taux d'urbanisation de 96%, regroupe presque la moitié de la population urbaine du pays (49%), elle est suivie de loin par la région de Thiès avec 49% de taux d'urbanisation, représentant 14% de la population urbaine. Les trois régions Diourbel, Fatick et Kaffrine sont les moins urbanisées avec un taux de 16% chacune. On note également que le découpage administratif est mal réparti car plusieurs structures sanitaires peuvent appartenir à un même département. Composé d'une variété de groupes ethniques, les populations de ce pays sont imprégnées dans de fortes représentations liées à la socio-culture.

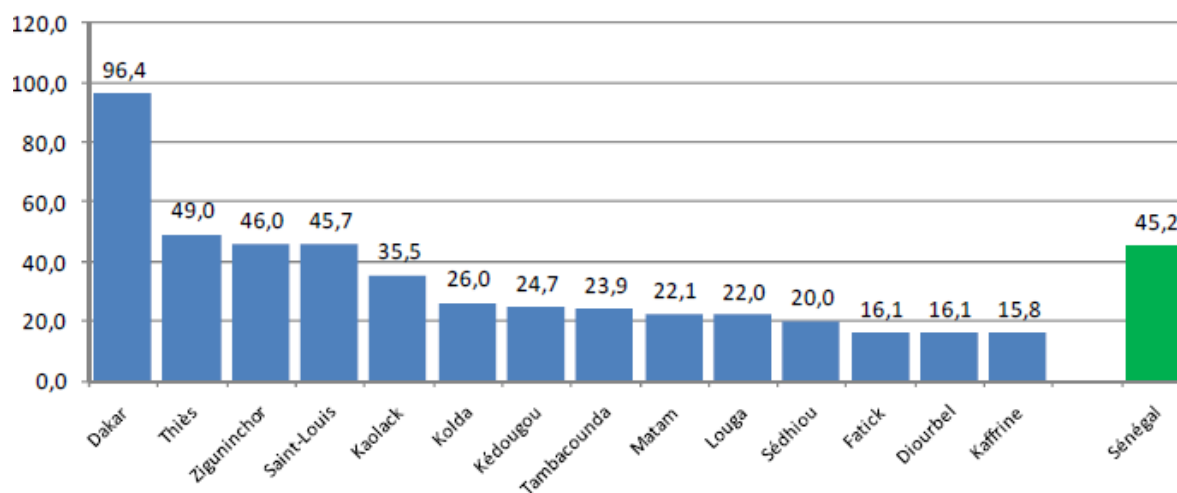
¹⁶²*Ibid.*, p.18

¹⁶³ Cité par Boubacar SARR, *Situation sanitaire du Sénégal* p.5 in www.fundacioferrueruela.com/.../PresentacioSistema_Sanitari_Senegal.pdf. Consulté 5 août 2014

¹⁶⁴ANSD, Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage(RGPHAE) 2013, *Rapport provisoire mars 2014*, *Op.cit.*, p.20.

¹⁶⁵¹⁶⁵*Ibid.*, p.21.

Graphique 3 : Taux d'urbanisation selon la région en 2013



Source : ANSD, Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage (RGPHAE) 2013, Rapport provisoire mars 2014

IV.1.3. Socio-culture

Sur le plan socioculturel, le Sénégal compte une vingtaine d'ethnies dont la majorité est les wolofs, les pulaar et les sérères. La population est estimée à plus 90% de musulman, 5% de chrétiens et 2% d'animistes. Cependant, il est important de noter que les ethnies sont fortement ancrées dans leurs pratiques culturelles à tel point qu'elles n'arrivent pas à séparer les rituels religieux et ceux qui ne le sont jamais. C'est pourquoi Doudou DIENE souligne qu' « *au Sénégal, le christianisme - comme l'islam - est profondément imprégné de ce que les occidentaux appellent l'animisme, c'est-à-dire un sens sacré dans toutes les choses* ». ¹⁶⁶ Ceci montre que dans ce pays les religions sont plutôt domestiquées parce que les populations font toujours recours à leurs traditions dans presque toutes les pratiques de la vie courante lorsqu'il est nécessaire.

Certains parlent aussi de syncrétisme religieux. La diversité culturelle constitue un atout principal au Sénégal et donne une harmonie dans la cohabitation des ethnies. Ceci est dû non seulement au développement des brassages ethniques par alliance, par le système de plaisanterie par cousinage entre les ethnies (Sérère, Diola, Pulaar...) et entre les noms de famille (Ndiaye, Diop, Sy...) mais aussi par le rôle de régulateurs sociaux qu'offrent les marabouts et les prêtres

¹⁶⁶ Doudou DIENE, « Le christianisme vu par des non chrétiens. La résistance à l'ordre établi », in *Actualité des religions*, n°11 décembre 1999, p.49a.

sans oublier encore le dialogue islamo-chrétien et la maturité du peuple sénégalais devant le choix de ses élus à travers les élections.

D'ailleurs, c'est ce qui a donné le pays la chance d'avoir une nation et une stabilité politique. La plupart des groupes ethniques de sa population est fortement attachée aux pratiques culturelles. L'influence de ces dernières dans leurs comportements montre que la population est parfois dépourvue de moyens économiques suffisants pour pouvoir répondre aux soins dans les institutions hospitalières. C'est à cet effet que Rokia SANOGO souligne qu' :

*En Afrique de l'ouest, comme dans le reste du continent, plus de 80% de la population a recours à la médecine traditionnelle et aux plantes médicinales pour ses soins de santé primaire. Le manque de médicaments essentiels, l'insuffisance des soins de santé, le coût élevé des médicaments et les habitudes socioculturelles des patients expliquent le recours aux pratiques traditionnelles à base de plantes médicinales.*¹⁶⁷

Le recours à ces pratiques s'explique par le fait que les africains accordent beaucoup d'importance à la tradition. La majorité des institutions sanitaires ne sont pas à la proximité de la population surtout les gens qui habitent dans le monde rural. Mais également le coût très élevé des médicaments qui ne sont pas à la portée de tous et l'incapacité de la médecine moderne à détecter certaines maladies et de les faire soigner poussent certains patients à chercher des soins dans d'autres pratiques culturelles. L'éloignement des infrastructures scolaires dans certains endroits du pays a aussi créé depuis longtemps un problème dans l'éducation.

IV.1.4. Éducation

Sur le plan de l'éducation de base, on note que beaucoup d'efforts ont été consentis avec notamment le PDEF (Programme de Développement de l'Éducation et de la Formation). Ce programme couvre une période commençant de 2000 à 2015 dans le but d'atteindre le développement du millénaire avant la date échu, d'accorder la priorité à l'expansion de tous les niveaux d'éducation et ses sous-secteurs. Il est important de souligner que le budget alloué à l'éducation estimé à 40% du budget total de l'État. « *Le taux d'alphabétisation est fortement corrélé au degré d'urbanisation. Pour une moyenne nationale de 65 % d'analphabètes, le taux d'analphabétisme le plus faible est observé à Dakar (35 %)* ». ¹⁶⁸ Ceci est lié non seulement au niveau de vie un peu plus élevé en ville par rapport à la campagne mais aussi à la proximité des

¹⁶⁷Rokia SANOGO, « Le rôle des plantes médicinales en médecine traditionnelle », pp.3-4 in http://www.sifee.org/static/uploaded/Files/ressources/contenu-ecole/bamako/jour-4/2_Sanogo.pdf, consulté le 5 août 2014

¹⁶⁸ Évaluation du système de santé du Sénégal, p.14 in http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnadx708.pdf, consulté le 12 Août 2014.

écoles auprès des populations citadines. Dans le monde rural, l'accès à l'éducation nationale n'était pas aussi facile pour bon nombre familles jusqu'au milieu des années 90 avec une politique de l'État sur le recrutement des « volontaires de l'éducation » qui vient en fait apporter un changement dans le système éducatif. Cependant, la situation va vite changer comme l'écrit Abdoulaye DIAGNE :

*L'évolution des effectifs scolaires des années 1990 et 2000 est marquée par une hausse des recrutements dans le système avec une accélération à partir de 2000, particulièrement dans l'enseignement élémentaire et le moyen. Dans la « Petite enfance », qui inclut l'enseignement préscolaire classique, les effectifs passent de 17 000, en 1991, à 147 000, en 2010. Jusqu'en 2000, les recrutements augmentent peu, passant de 17 042 élèves à un peu plus de 25 000, soit un taux d'accroissement moyen annuel de 4,1%. Mais dans les dix années qui suivent, le sous-secteur connaît une nette croissance avec des effectifs qui passent à 146 838 élèves en 2010, soit un taux d'accroissement moyen annuel de 19%. Le rythme de la progression de la population scolarisée est alors cinq fois supérieur à celui de la décennie 1990. Cela est dû à de nouvelles initiatives de prise en charge des tout-petits à côté des écoles maternelles et des garderies gérées par le secteur public et privé.*¹⁶⁹

Avec la construction des écoles aux environs des populations en milieu rural, l'éducation a atteint un niveau d'accroissement assez considérable car on assiste actuellement à une forte scolarisation des filles et des garçons. Les parents sont plutôt conscients de l'importance que l'éducation puisse apporter pour le développement d'un pays.

La mise en œuvre du PDEF a permis un afflux plus important de ressources publiques en faveur du système éducatif. En effet, les crédits votés en faveur de l'éducation dans le budget de l'État ont connu une forte évolution entre 2000-2011. De 105 milliards de F CFA au début du programme, ils ont atteint 432 milliards de F CFA en 2011, soit un taux d'accroissement moyen annuel de 12,5%. Les cinq dernières années du programme marquent une hausse de l'effort public d'éducation qui a dépassé largement les prévisions du secteur dans le modèle de simulation du PDEF. Comparativement à d'autres pays, le système éducatif sénégalais n'est pas en situation de sous financement puisqu'il a reçu en moyenne pour la décennie presque 5% du PIB.

En se référant à sa part dans le budget de fonctionnement de l'État hors dette publique et hors charges communes, elle atteint plus de 40% se conformant ainsi aux engagements de l'État en matière de financement de l'éducation. Les prévisions du modèle de simulation sont conformes à ces évolutions notées. Le taux de croissance du PIB est fixé à 5,8 % à l'horizon

¹⁶⁹ Abdoulaye DIAGNE, *Le Sénégal face aux défis de l'éducation : enjeux et perspectives pour le XXIe siècle*, Paris, 2012, éditions Karthala et CRES, pp.37-38.

2017, la part du budget de fonctionnement de l'éducation par rapport au budget de fonctionnement à 40% et le pourcentage des dépenses en capital sur ressources internes par rapport aux dépenses en capital sur financement intérieur à 10% en 2025. Ces ressources mises à disposition ont permis d'enregistrer beaucoup de progrès au niveau des trois axes stratégiques que sont l'élargissement de l'accès à tous les niveaux du système éducatif, l'amélioration de la qualité des apprentissages et le renforcement du processus déconcentration / décentralisation.

En fait, l'effort du Gouvernement et des PTF ont permis de faire évoluer le taux d'achèvement du primaire qui est passé de 49,7% en 2006 à 66,2% en 2011. Toutefois, ce résultat reste insuffisant en égard à l'objectif intermédiaire de 85% ciblé en 2010 et 100% visé à l'horizon 2015. L'accès à l'enseignement moyen a été amélioré comme en témoigne le taux de transition qui atteint 90,5% en 2011 contre un objectif de 67,6%. Cette performance étant liée à l'application de la loi relative à l'obligation scolaire de 10ans. Le décrochage entre le cycle moyen et le cycle secondaire a également enregistré une amélioration en passant de 49,3% en 2007 à 55,1% en 2011.

Toutefois, l'objectif de 70,6% qui était visé n'a pas été atteint, en partie à cause de non renseignement de la transition entre la 3^{ème} et la formation professionnelle. Parallèlement, l'indice de parité entre les filles/garçons, qui était en faveur des garçons au début de la décennie pour tous les cycles, voit le rapport s'inverser notamment aux niveaux de préscolaire et de l'élémentaire. L'indice de parité se situe à 1,1 en faveur des filles en 2011. Une des conséquences de cette dynamique est la scolarisation de bon nombre d'enfants dans des conditions précaires (abris provisoires, effectifs pléthoriques), ne permettant pas un enseignement de qualité.

En effet, l'augmentation des effectifs d'élèves masque des problèmes persistants, notamment la faible proportion d'élèves qui maîtrisent les compétences en lectures et en mathématiques au cours des premières années d'études. Les évaluations réalisées dans le cadre du SNERS (Système National d'Évaluation des Rendements Scolaires) ont révélé qu'un peu plus de la moitié des élèves maîtrisent les compétences de la base dans les disciplines fondamentales que sont la lecture, les mathématiques et les compétences de vie courante. Par conséquent, la massification des effectifs scolaires ne s'est pas accompagnée d'une éducation de qualité.

En outre, l'on note la faible intégration des modèles alternatifs d'éducation qui constituent une forte demande des populations. Très peu développée, l'offre de la formation technique et professionnelle ne coïncide pas toujours avec les besoins d'un marché de l'emploi. L'enseignement supérieur continue de produire beaucoup de diplômés non compétitifs sur le marché du travail. Aux faibles capacités d'accueil des établissements, concentrés pour l'essentiel à Dakar, s'ajoute une surcharge des effectifs d'étudiants et une dégradation continue de la qualité des enseignements.¹⁷⁰ La précarité dans ce domaine est souvent justifiée par une faible croissance de l'économie.

IV.1.5. Économie

Sur le plan économique, le Sénégal est considéré comme un pays en « voie de développement » et son économie essentiellement basée sur l'agriculture, la pêche et l'élevage. Le pays possède quelques industries dont les plus grandes exploitent le phosphate et l'or. Avec un indice de développement humain de 0,464 (IDH PNUD) le classant au 166ème rang sur 182 pays, le Sénégal reste un pays peu avancé. Son produit intérieur brut (PIB) qui s'élevait à 3 332 milliards de F CFA en 2000 a atteint 6 767 milliards de F CFA en 2013. Le taux de croissance réel du PIB s'établit à 4,2 % en 2011, après avoir connu d'importantes fluctuations au cours de la décennie avec un pic de 6,7 % en 2003 et un creux de 2,2% en 2009. Ce faible niveau de la croissance de l'économie sénégalaise qui s'établit en moyenne autour 3,9% pour la période 2000-2011, résultent des facteurs suivants : les chocs exogènes qui soulignent la fragilité des fondements productifs de l'économie sénégalaise et les impacts relativement limités des politiques publiques sur la croissance de l'économie et la prépondérance du secteur informel, peu productif dans la création des richesses.

L'économie sénégalaise se caractérise par une coexistence d'un secteur moderne peu développé et un secteur rural plutôt en stagnation. Les interactions entre ces deux secteurs s'opèrent dans les zones urbaines et se traduisent par le développement d'un important secteur informel qui est le premier employeur du pays. Il génère 95% de la création d'emplois et fournit plus de la moitié du PIB. L'agriculture occupe saisonnièrement plus de la moitié de la population active et contribue pour moins de 10% à la formation du PIB. Outre l'agriculture, les principales recettes proviennent de la pêche, du tourisme, des BTP, des NTIC et des télécommunications.

¹⁷⁰ Programme d'Amélioration de la Qualité, de l'Équité et de la Transparence-EF 2013-2025, pp.13-14.

D'ailleurs, c'est à partir de ces secteurs identifiés comme étant à fort potentiel de croissance que le gouvernement du Sénégal a bâti en 2005 sa stratégie de croissance accélérée qui vise en 2015 le doublement du revenu par tête d'habitant (estimé à 580 \$US) et une croissance de l'économie d'au moins 8%. Le succès de la réalisation de ce programme dépend en grande partie de ce niveau du PIB qui influe sur la capacité de mobilisation des ressources en faveur de l'éducation.¹⁷¹ La politique dans le secteur de la santé demeure dans la dynamique de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement(OMD) et de la réalisation des objectifs prioritaires du deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS-II, 2009-2018) avec notamment pour objectif la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto juvénile, la maîtrise de la fécondité et l'accès accru aux services de base pour les plus démunis. La part du budget de l'État allouée au secteur de la santé est en hausse régulière ces dernières années.

La priorité accordée au secteur de la santé s'est traduite par une augmentation constante du budget du Ministère de la Santé qui est passé de 36 milliards de francs CFA en 1998, à 90,5 en 2008, 105,9 en 2011 et à 110,5 milliards en 2012. Ce budget représente aujourd'hui 10,4 % du budget de fonctionnement de l'État.¹⁷² Cette évolution nous permet de positionner le pays à travers un aperçu sur la situation sanitaire.

IV.2. Aperçu sur la situation sanitaire

IV.2.1. Contexte sanitaire

Au lendemain de sa souveraineté internationale, le Sénégal a connu un essor favorable dans le domaine de la santé. Ici, les infrastructures léguées par la colonisation assurent un rôle très important dans le traitement des soins sanitaires des populations. Ces dernières reçoivent des soins de qualité qui répondent à leurs attentes. Marquée par la gratuité des soins, cette période post-indépendance était l'État de providence où les populations jouissaient de la totalité de la prise en charge de leurs maladies sans aucune peine majeure. C'est pourquoi Ousmane NDIAYE souligne qu' :

Après son indépendance, le Sénégal a bénéficié des investissements du gouvernement postcolonial, axés surtout vers les secteurs de l'éducation et de la santé. Ces deux secteurs ont occupé une place centrale et ont connu une expansion continue jusqu'à la fin des années 1970. De manière spécifique, pour le secteur de la santé, l'accent a été mis sur le développement d'infrastructures modernes destinées à la majorité de la population. Des premiers centres de santé aux plus grands hôpitaux, surtout implantés en ville, et les centres médicaux spécialisés, l'expansion du secteur de santé « moderne » était traitée comme un

¹⁷¹ Ibid., p.12.

¹⁷² ANSD, *Enquête Démographique et de santé Continue au Sénégal, 2012-2013*, p.2.

*des objectifs tangibles de l'indépendance et ce secteur recevait des investissements publics relativement importants.*¹⁷³

Ces propos illustrent que l'éducation et la santé font partie des premières instances de de l'indépendance du pays car sans ces deux éléments il sera toujours difficile, voire, impossible d'obtenir le développement et de l'épanouissement humain. La première instance, c'est-à-dire l'éducation, elle permet l'éveil des consciences et participe à la formation des ressources humaines notamment de la seconde instance. Cette dernière, c'est-à-dire la seconde, elle permet à la première d'avancer et de propulser pour un perpétuel remplacement des forces vives d'une nation. En outre, l'implantation des services sanitaires ont eu un impact positif dans la mesure où :

*Au même moment, une attention plus soutenue fut portée à la formation des personnels de santé –infirmières, sages-femmes et médecins– à la fois localement et à l'étranger. Jusqu'au milieu des années 80, la plupart des centres médicaux publics ont bien fonctionné. Ils étaient bien approvisionnés en médicaments et en personnel. Les subventions gouvernementales servant à leur fonctionnement étaient également régulières même si elles s'avéraient insuffisantes. Par conséquent, les établissements publics de santé avaient la confiance du public et étaient souvent le premier choix de la plupart des patients à cause de la qualité de leurs services et des équipements mis à la disposition du personnel.*¹⁷⁴

C'est ce qui montre d'ailleurs qu'au Sénégal, le système de santé était bien parti parce que les institutions hospitalières assuraient des soins de qualité et les populations ne sentaient presque aucun problème dans l'administration des pratiques sanitaires. Cependant, le système avait subi des bouleversements liés notamment au choc pétrolier et la sécheresse des années 80. C'est pendant cette période que de sérieuses difficultés viennent affecter le système de la santé. Ainsi, selon Cheikh Tidiane MBENGUE¹⁷⁵ la politique de gratuité des soins dont bénéficiaient les populations dans les hôpitaux tout comme dans les dispensaires, va disparaître au nom de la raison d'État. Les populations, jadis très gâtées, vont commencer à participer dans la prise en charge des soins de santé avec l'avènement du ticket modérateur et l'achat des médicaments. Face à ce choc, le système sanitaire sénégalais vient de connaître un coup dur qui va même apporter de profonds bouleversements dans le secteur. Ceci permet à Ousmane NDIAYE de démontrer que :

¹⁷³ Ousmane NDIAYE, «Politique de santé et problème d'accès aux soins au Sénégal : le cas du Ferlo », pp.1-2 in www.larsi.uqam.ca/communications consulté le 09 Juin 2014

¹⁷⁴ *Ibid.*, pp.1-2.

¹⁷⁵ Cheikh Tidiane MBENGUE, « De Senghor à Macky Sall, 54 années de soins ! Le système sanitaire sénégalais sur le divan », Sud Quotidien | Sénégal | 20/12/2014 in [http:// www.cooperation-hospitaliere.org/?cat=19](http://www.cooperation-hospitaliere.org/?cat=19), consulté le 18 mars 2015 à 13 h 38.

Cette situation allait, néanmoins, changer rapidement dès le milieu des années 1980, à la suite des crises économiques que traversaient les pays africains, l'un après l'autre ; le secteur de la santé a subi des revers dont il ne s'est pas remis. En plus des réductions drastiques dans l'allocation de fonds par les gouvernements, le secteur allait connaître un exode massif de son personnel qualifié du fait de différents facteurs. La fuite des cerveaux du secteur de la santé publique était alimentée par la détérioration des infrastructures physiques et des équipements dans la plupart des institutions de santé, les pénuries sévères de médicaments et autres fournitures, la baisse des rémunérations du personnel de santé publique et la détérioration de l'environnement de travail qui décourageaient l'excellence professionnelle. À cela s'ajoute la mise en place de cliniques privées destinées à la population riche.¹⁷⁶

Ces propos illustrent un changement radical mettant le système de santé publique en difficulté à travers la réduction de ses travailleurs compétents qui ont préféré l'exode pour la recherche de meilleures conditions de vie et de travail. Mais également les conséquences sévères tombent sur une population qui bénéficiait jusqu'ici à la gratuité des soins. Les sénégalais doivent désormais faire face à une situation qui oblige l'obtention de moyens financiers pour accéder aux soins. Depuis, le Sénégal ne manque pas de développer des politiques de santé pour la protection de sa population sur différentes maladies qui sont souvent des facteurs handicapants pour le développement.

On constate que la plupart des politiques de santé s'intéressent de plus en plus aux maladies transmissibles. Ceci peut être lié, d'une part, aux politiques de SSP lancées par l'OMS et l'UNICEF lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978. D'autre part, elles peuvent être l'influence non seulement du degré de leur contamination mais également aux différentes représentations qu'elles provoquent surtout dans le cadre des MST (VIH/SIDA). Depuis, les épidémies contagieuses ont pris le devant de la scène des politiques internationales sur la santé et continuent d'avoir le financement des bailleurs. Au lendemain de la déclaration mondiale sur les SSP, il est important de souligner que les grandes maladies ont connu une régression considérable à l'échelle mondiale. Cependant d'autres pathologies comme le sida et le paludisme suscitent une inquiétude de la part des pays développés qui ont jugé nécessaire d'apporter leur aide à ceux du Sud afin de les dominer. Selon Diossine Lopy OUPA :

Le Sida fait donc ombre aux autres maladies surtout les maladies chroniques non transmissibles. Il y a un plan national de lutte contre le paludisme et un plan national de lutte contre le Sida mais il n'y a pas de plan national de lutte pour l'alimentation qui est la principale cause des maladies chroniques. Or, « sans une alimentation saine, on ne peut pas vivre en bonne santé. »¹⁷⁷

¹⁷⁶ Ousmane NDIAYE, « Politique de santé et problème d'accès aux soins au Sénégal : le cas du Ferlo », *Op.cit.*, p.2.

¹⁷⁷ Diossine Lopy OUPA, *Les maladies chroniques non transmissibles dans le système de santé au Sénégal: le cas du diabète dans la ville de Dakar*, p.134, in www.codesria.org, consulté le 09 Juin 2014 à 23h.

Ces maladies deviennent des priorités et bénéficient de subventions attirantes. En tout cas, c'est dans ce domaine que les politiques sur la santé sont plus visibles. L'État sénégalais s'est intéressé aux maladies tels que le sida, le paludisme, la tuberculose...

Au moment où ces pathologies recevaient des subventions, les maladies chroniques faisaient des ravages dans la plus grande discrétion. Une séance d'hémodialyse d'un patient d'insuffisance rénale s'effectuait en 180 000f/semaine. C'est seulement à partir de 2010 que l'État a fait baisser 80 % des coûts de l'hémodialyse, de 95 % de la dialyse péritonéale, dans les centres publics de santé.

En outre, s'effectue la mise en place de différents programmes qui sont entre autres : le Programme Élargi de Vaccination (PEV), le Programme National de la Santé de la Reproduction, le Programme National de Lutte contre les IST/SIDA, le Programme National de Lutte contre le Paludisme, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose, le Programme de Lutte contre les Infections Nosocomiales et le Programme des Médicaments Essentiels sous la coordination du Ministère de la santé et de la prévention médicale ont été lancés par l'État.

En effet, selon l'OMS¹⁷⁸, la lutte contre le VIH sida et le paludisme a connu des progrès remarquables. La prévalence du VIH sida a été maintenue à moins 1% dans la population générale alors que dans la lutte contre le paludisme la baisse de la morbidité est de 33,6% en 2001 à 4,4% en 2013. Les performances du PEV ont permis d'obtenir de bons résultats en particulier dans la lutte contre la rougeole et la poliomyélite. L'introduction de nouveaux vaccins vient élargir la gamme à 10 antigènes qui devront contribuer à améliorer la santé des enfants ainsi que des nouvelles cibles.

Les maladies non transmissibles, généralement chroniques, constituent de véritables problèmes de santé publique touchant 18,6% des femmes et 8,5% des hommes¹⁷⁹ liées en grande partie au mode de vie les favorisant. Malheureusement leur prise en charge reste encore faible du fait de manque d'infrastructures appropriées, une faiblesse des ressources humaines et du financement. La prise en compte de certains déterminants de la santé pourrait aider à amoindrir le fardeau lié à ces maladies.

La perspective d'atteindre les OMD s'éloigne de plus en plus notamment pour ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle et dans une moindre la mortalité infantile.

¹⁷⁸ OMS, Sénégal stratégie de coopération in www.Who.int/contryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_sen_fr.pdf, consulté le 5 août 2014

¹⁷⁹ EDS-MICS, 2010-11, p.51.

L'État introduit ainsi en 2013, la politique de la couverture maladie universelle (CMU) et la gratuité des soins de santé de moins de 5 ans. La politique de l'État sur la santé ne cesse d'évoluer depuis 2000 avec une augmentation croissante sur le budget de la santé (Cf. graphique 4 de l'évolution du budget de la santé 2000 à 2013). La restructuration du domaine de la santé nécessite de bonnes politiques d'accompagnement afin que tous les citoyens accèdent aux soins essentiels quels que soient leurs lieux d'habitation car l'État est le garant de la protection et des libertés fondamentales des individus sur l'ensemble du territoire national. Selon la Constitution du Sénégal :

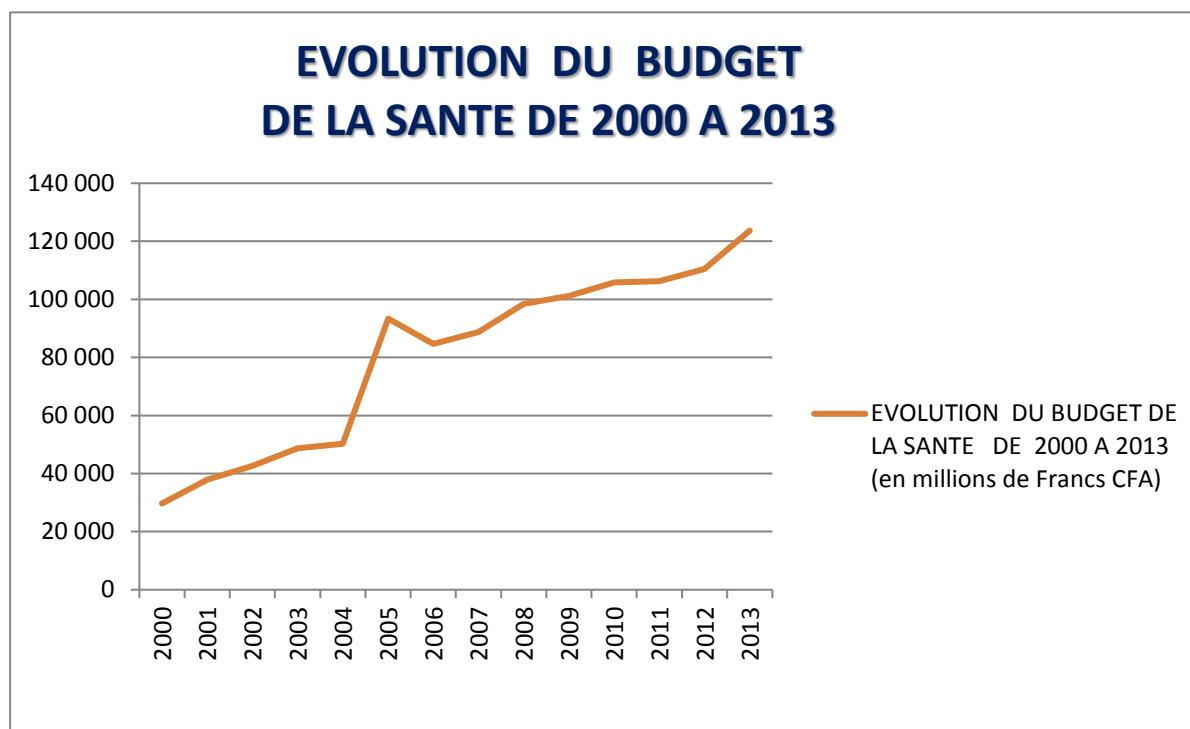
L'État et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées. L'État garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien-être. Il garantit également aux femmes en général et à celles vivant en milieu rural en particulier, le droit à l'allègement de leurs conditions de vie.¹⁸⁰

Ces propos montrent que l'État est la seule institution qui doit se charger de la protection de tous les citoyens à son sein sans aucune discrimination de race, de culture, de religion ou de localité. Ceci grâce à son rôle de garant qu'il doit jouer dans la contrepartie du contrat social¹⁸¹ qui le lie avec ses sujets. Les catégories des classes sociales aisées sont aux mêmes pieds d'égalité que celles moyennes ou inférieures devant les biens communs de la République.

¹⁸⁰ Constitution de la République du Sénégal du 22 Janvier 2001, Article 17 in <http://www.gouv.sn/-Constitution-du-Senegal-.html>, consulté le 07 Avril 2015 à 11h 19.

¹⁸¹ Cf., Jean Jacques ROUSSEAU, *Du contrat social*, Paris, Nouvelles éditions Flammarion, Bruno BERNADI (dir.) 2011, 256 p.

Graphique 4 : L'évolution du budget de la santé du Sénégal 2000 -2013



Source : Ministère de la Santé et de Prévention du Sénégal

Toutefois, malgré les efforts consentis ces dernières années sur le secteur de la santé, on note des disparités devant l'accessibilité aux soins au sein de la population. Ici, il existe d'importants écarts entre urbains et ruraux par rapport à la proximité et à l'accès aux soins de santé. La plupart des institutions sanitaires et le personnel de santé se concentrent dans la capitale Dakar qui, à elle seule, recouvre 70% des médecins et 80% pharmaciens et dentistes.¹⁸² Il arrive également que plusieurs districts sanitaires se retrouvent au sein d'une même commune au moment où d'autres témoignent leur rareté. Ce découpage administratif mal réparti des espaces géographiques est lié à des fins politiques de la part des gouvernants engendrant ainsi un déséquilibre des individus aux différentes ressources du pays. De ce fait, Mamadou DJIGO souligne qu' :

Au Sénégal, une bonne politique d'aménagement du territoire n'a jamais existé. Du moins, elle est reléguée au second plan. En tout cas, elle n'a jamais été la priorité des anciens régimes. Le constat est là et il est très amer ; le Sénégal a un espace mal organisé, un territoire déséquilibré, des installations humaines incontrôlées et des ressources naturelles surexploitées ou mal exploitées. Cette situation freine son

¹⁸² [http://www.senegal-online.com/tourisme au senegal/](http://www.senegal-online.com/tourisme%20au%20senegal/), consulté le 14 mars 2015 à 13 h 00.

*développement, hypothèque son patrimoine naturel et compromet l'avenir de ses générations futures.*¹⁸³

Cette répartition déséquilibrée des biens publics au niveau des villes et dans les régions du pays engendre d'énormes écarts entre les habitants selon leurs situations et lieux de résidence. Mais, on constate que même s'il existe des disparités entre les citadins, elles sont plus visibles entre ces derniers et les ruraux car la distribution des institutions de santé à ce niveau est claire dans la mesure où elle crée d'ailleurs des inégalités sanitaires.

IV.2.2. Les inégalités sanitaires

Les inégalités sanitaires résultent, d'une part, de la situation sociale et économique des individus. Au Sénégal, les affinités sociales constituent un privilège et permettent à ceux qui les détiennent d'accéder à des portes d'entrée ou de sortie en dehors de rang ou de toute compétition. Les gens de cette catégorie sociale, de par leurs connaissances, leurs relations sociales, obtiennent ce dont ils ont besoin par le biais de la recommandation sans écueils majeurs devant les structures. Les personnes qui sont riches également ont tendance à bénéficier de ces faveurs. Ils parviennent à des soins de santé de qualité par leur capacité de pouvoir répondre financièrement à la demande en fréquentant les institutions avérées meilleures par leur performance à les satisfaire. D'ailleurs, c'est la raison pour laquelle il est souligné qu' :

*En outre, au Sénégal, se faire examiner par un médecin spécialiste de certaines pathologies relève, dans bien des cas, d'un parcours du combattant, sauf si l'on a la capacité financière à recourir aux services de santé privés, si l'on dispose d'un carnet d'adresse lourd ou bien si l'on est recommandé dans les structures publiques.*¹⁸⁴

Cette citation corrobore la rareté des spécialistes dans le traitement de certaines maladies. Ceci montre que l'accès à la consultation devienne difficile lorsqu'on n'est pas connu ou riche. En revanche, ceux de faibles revenus se bousculent à peine aux seins des centres de santé. Ils se heurtent à toutes les difficultés pour avoir les soins. C'est à cet effet que Papa Yona Boubacar MANE souligne que :

¹⁸³ Mamadou DJIGO « Aménagement du territoire au Sénégal: Sénégal, un territoire déstructuré à aménager » in http://www.sendeveloppementlocal.com/Amenagement-du-territoire-Senega-unterritoire-structure-a-amenager_a5937.html, consulté le 08 Avril 2015 à 12 h 21.

¹⁸⁴ Lydie BELAUD, Frédérique CHANNA, Arsène Kouablan ADOU et al., *Démocratie et développement en Afrique : perspective des jeunes chercheurs africains* sous la direction de Alain Laurent ABOA et al, tome II *Imaginaires et pratiques du développement à l'épreuve de la politique internationale*, Paris, Harmattan, 2013, p.163.

*Les résultats de cette première mesure montrent que d'importantes iniquités existent en faveur des populations de revenus supérieurs dans le bénéfice des soins dans les hôpitaux et les centres de santé. Les soins délivrés dans les postes de santé bénéficient plus aux populations pauvres. Constatant que plus de 22 % des patients souffrant d'une maladie sans invalidité sont soignés dans les hôpitaux et plus de 60 % des patients dont la maladie présente un niveau élevé d'invalidité sont soignés dans les postes de santé, (...).*¹⁸⁵

Les moyens financiers constituent l'un des facteurs de différenciation des individus et créent des inégalités importantes à travers la population devant le traitement et l'accessibilité aux soins. On peut dire que ce moteur de développement inégalitaire s'est accentué ces dernières décennies par le biais du système politique des grandes institutions internationales (FMI, BM...).

*Les ressources du monde sont de plus en plus concentrées entre les mains d'une minorité qui s'efforce d'accroître ses propres profits. Les politiques économiques néo-libérales sont décidées par un petit groupe de gouvernements puissants et par des institutions internationales telles que la Banque Mondiale, le Fonds Monétaire International et l'Organisation Mondiale du Commerce. Ces politiques, ainsi que les activités non régulées des compagnies transnationales, ont des effets graves sur la vie, la santé et le bien-être des gens du Nord et du Sud.*¹⁸⁶

Cela fait qu'en voulant même réduire les inégalités, la mondialisation est devenue une clé de voute des disparités dans un processus où la concurrence des grandes entreprises écrasent les petites moins structurées.

D'autre part, les inégalités sanitaires proviennent souvent de l'éloignement des structures de santé de la population surtout en milieu rural où l'accès aux soins est un véritable casse-tête. Ici, pour atteindre les hôpitaux, les ruraux sont obligés de parcourir de longues distances parfois sur des routes impraticables nécessitant encore les moyens financiers qui ne sont pas à la portée de tous ces habitants. La mal répartition des établissements sanitaires à l'intérieur du pays pose des problèmes de proximité car, « *au Sénégal chaque personne doit parcourir en moyenne 7 kilomètres pour accéder à une structure sanitaire (min. 1km dans la région de Dakar ; max. 13km dans la région de Kédougou)* »¹⁸⁷. Ce qui fait ainsi qu'il n'est pas aisé de se faire soigner en dehors des grandes villes malgré les efforts de l'État sur le financement de la santé. Selon Lamine GUEYE, Sidy Mohamet SECK et al :

¹⁸⁵ Papa Yona Boubacar MANE, « Décomposition des inégalités dans l'utilisation des soins de santé au Sénégal », *Revue d'économie du développement* (Vol. 21), 2013, p. 61-89 in www.cairn.info/revue-d-economie-du-developpement-2013-1-page-61.htm, consulté le 07 Avril 2015 à 19h 06.

¹⁸⁶ *La Charte Populaire Pour la Santé 2000*, p.4.

¹⁸⁷ *Carte Sanitaire du Sénégal 2011* cité par *Aperçu des besoins humanitaires Sénégal 2015*, Novembre 2014, p.6 in <http://humanitarianresponse.org>, consulté le 25 février 2015 à 21 h.

Aujourd'hui, l'État sénégalais consacre environ 10 % de son budget au secteur de la santé, mais le pays n'arrive toujours pas à assurer une bonne accessibilité aux soins sur toute l'étendue du territoire national. Les zones rurales sont les plus défavorisées à cause non seulement de contraintes géographiques et financières, mais aussi de l'absence d'un système d'éducation pour la santé.¹⁸⁸

Cette citation illustre que le manque d'infrastructures sanitaires dans le monde rural accentue non seulement l'absence d'un système éducatif à la santé ; ce qui montre que la plupart de ces gens s'intéresse à des savoirs locaux de la médecine traditionnelle mais également il crée des difficultés à les atteindre du fait de leur éloignement. Ce dernier constitue une preuve de retard dans la fréquentation des institutions de santé. Par conséquent, ils viennent habituellement en consultation après une étape avancée de la maladie. Avec les limites des moyens financiers et l'inefficacité des systèmes de transport, les ruraux éprouvent d'énormes peines à atteindre les lieux de santé publique. D'ailleurs, c'est pourquoi ils ajoutent qu' :

En milieu rural, entre les villages d'une aire de santé, il n'y a souvent que des pistes en mauvais état et les moyens de transport sont soit des véhicules de transport en commun, soit des moyens rudimentaires (dos d'ânes, charrettes, pirogues, etc.) pénalisant ainsi les villages éloignés.¹⁸⁹

Dans ces zones, il n'existe pratiquement pas de routes, et les pistes qui y sont empruntées ne fonctionnent qu'en période de saison sèche. La lenteur de ces déplacements cause d'énormes problèmes. On assiste à la plupart du temps à la perte de vies humaines lors des évacuations. Il est important aussi de noter l'impossibilité de traverser les cours d'eau dans certains endroits enclavés où les bacs ne fonctionnent plus à la tombée de la nuit. Face à ces difficultés de déplacements à l'intérieur du pays surtout dans la campagne, les habitants de ces localités arrivent souvent aux niveaux des centres santé épuisés avec des moyens financiers très réduits pour pouvoir même payer leurs frais de soins. Certains patients rompent leurs soins avec la biomédecine faute de ne plus supporter les coûts jugés très élevés des médicaments.

En effet, l'absence de médecins spécialistes pour d'autres maladies, obligent les ruraux à se déplacer vers les grandes villes où nombre de personnel qualifié réside refusant ainsi les affectations en milieu rural lointain avec peu de matériel. Pour, Jonathan OKAFOR et Rebecca

¹⁸⁸ CODJIA et al cité par Lamine GUEYE, Sidy Mohamet SECK et al, « Déterminants médico-sociaux de l'état de santé en milieu rural sénégalais : étude au niveau de deux sites de la Grande Muraille Verte » in *La Grande Muraille Verte Capitalisation des recherches et valorisation des savoirs locaux*, IRD Éditions, Hors collection, Abdoulaye DIA et de Robin DUPONNOIS (dir.), 2012, p. 147-157.

¹⁸⁹ OMS, 2008 cité par Lamine GUEYE, Sidy Mohamet SECK et al, « Déterminants médico-sociaux de l'état de santé en milieu rural sénégalais : étude au niveau de deux sites de la Grande Muraille Verte » in *La Grande Muraille Verte Capitalisation des recherches et valorisation des savoirs locaux*, IRD Éditions, Hors collection sous la direction de Abdoulaye DIA et de Robin DUPONNOIS, 2012, p. 147-157.

HAM « les médecins spécialistes sont peu nombreux et exercent en ville sans répondre aux besoins des régions rurales ». ¹⁹⁰ Certaines de ces maladies (MNT), même en ville les spécialistes se font rares, ce qui montre que l'accès à la prise en charge n'est pas aussi facile. C'est dans cette perspective qu'il est souligné qu' :

En Afrique subsaharienne, il est souvent extrêmement difficile d'accéder à une prise en charge appropriée du diabète en raison des carences des systèmes de soins, de la pénurie de médecins et d'infirmiers formés au diagnostic et au traitement de cette maladie, de la pénurie ou du coût inabordable des médicaments et du manque d'outils de diagnostic et d'autres matériels. ¹⁹¹

Le manquement de matériel opératoire, de personnel qualifié de certaines maladies et la cherté des médicaments demeurent encore l'un des problèmes majeurs que les patients affrontent aux seins des structures de soins. Le processus itératif, des patients à la recherche de soins dans les hôpitaux, qui relève de la patience et des moyens se solde par des arrêts au moment où ils ne peuvent plus supporter les coûts ou se sentent un peu du mieux dans l'amélioration de leur état de santé. Ainsi, la surveillance sur l'évolution de la maladie des médecins à leurs sujets connaît des ruptures lorsque les patients ne sont pas à la proximité des lieux de soins. Loin des contrôles médicaux, les patients ont tendance à croire qu'ils se sont guéris et retournent à leurs habitudes socioculturelles et alimentaires qui occasionnent des rechutes compliquées. Car, selon Claude JAFFIOL :

Les africains acceptent mal la notion de maladie chronique nécessitant un traitement à vie ; aussi, lorsque le diabète est bien équilibré, ils arrêtent souvent le traitement pensant la guérison acquise, ce qui provoque une rechute. De même les patients ne jugent pas utile de réaliser des contrôles cliniques et biologiques réguliers ce qui rend aléatoire l'adaptation thérapeutique tout particulièrement l'insulinothérapie. ¹⁹²

En outre, la pénurie des soignants crée des dis-proportionnalités par rapport l'accroissement de la population devant l'octroi des soins de qualité. La demande de la population dépasse largement le nombre de médecins ; ce qui fait que selon Virginie CHASLES :

¹⁹⁰ Jonathan OKAFOR et Rebecca HAM, « Identification, utilisation et conservation des plantes médicinales dans le sud-est du Nigéria » in *Thème de la biodiversité africaine Le programme d'appui à la biodiversité Numéro 3*, Juillet 1999.

¹⁹¹ *Diabète : la pandémie silencieuse et son impact en Afrique*, document élaboré pour le forum African Changing Diabetes Leadership, Johannesburg, 30 septembre et 1 octobre, 2010 Publié sous la direction du Professeur Aouiha Motala et du Dr Kaushik Ramaiya, avec le soutien de Novo Nordisk, p.ii.

¹⁹² Claude JAFFIOL, « Le diabète sucré en Afrique : un enjeu de santé publique » in *Bull. Acad. Natle Méd.*, n°6, 7 juin 2011, p.1248.

*L'Afrique enregistrait une pénurie de près de 820 000 médecins, infirmières et sages-femmes. Or les besoins sont importants et augmentent du fait de la forte croissance démographique de ces pays et aussi des caractéristiques de leur paysage épidémiologique : forte charge de morbidités liée à la prévalence des maladies infectieuses et parasitaires et, secondairement, à l'incidence croissante des maladies chroniques. L'émigration du personnel médical constitue donc un réel enjeu de santé publique et participe aux difficultés pour répondre aux besoins en soins des populations locales.*¹⁹³

Au Sénégal, les flux migratoires ont engendré d'énormes manquements du personnel dans le pays car, on compte « *près de 90% des médecins ayant quitté le Sénégal exercent en France* ». ¹⁹⁴ Pour faire face à la dynamique de l'épidémiologie en région africaine, les médecins et l'ensemble du corps soignant doivent être motivés par des équipements en matériaux bien fournis et un meilleur traitement salarial les permettant de rester dans leurs pays d'origine afin d'éviter toute émigration créant ainsi un déséquilibre dans le système sanitaire. C'est pourquoi, « *le nombre de personnes malades ou décédées atteste la vérité du problème de santé contre lequel les pouvoirs publics et souvent la société tout entière doivent lutter* ». ¹⁹⁵ Le problème de santé peut être situé à deux niveaux. Celui infligé à des politiques inadaptées aux réalités sociales et à ceux des mauvais comportements culturels ou hygiéniques des populations.

Ainsi, en dehors de l'accessibilité financière et de l'accessibilité géographique, il existe au Sénégal d'autres problèmes sanitaires liés :

*(...), au manque de médicaments et aux ruptures de stocks des vaccins dans les centres de santé. Sur le plan sanitaire, les conditions d'assainissement sont en général déplorables, en particulier dans la banlieue des grandes villes, mais aussi en milieu rural et au niveau des frontières. Seulement 38,7% des ménages ruraux ont accès à l'assainissement contre 61,7% en milieu urbain. À cela s'ajoute les mauvaises pratiques d'hygiène, la précarité et les constructions anarchiques qui manquent souvent de systèmes de drainage et de réseaux d'assainissement. L'accès à l'eau et à l'assainissement reste aussi très difficile pour les plus démunis (coût élevé des services). Pendant la saison hivernale, les bassins versants contribuent à la pollution de la nappe phréatique.*¹⁹⁶

¹⁹³ OMS, cité par Virginie CHASLES, « Les flux internationaux de personnel de santé, une illustration des inégalités de développement », *EA Santé Individu Société*, université Jean Moulin Lyon 3 in <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteScient3.htm>, consulté le 08 Avril à 16 h 32.

¹⁹⁴ Virginie CHASLES, « Les flux internationaux de personnel de santé, une illustration des inégalités de développement », *EA Santé Individu Société*, université Jean Moulin Lyon 3 in <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteScient3.htm>, consulté le 1^{er} Mai 2015 à 15 h 15.

¹⁹⁵ Didier FASSIN, « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie », *Anthropologie des politiques de la vie*, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada Édition numérique réalisée le 18 février 2009 à Chicoutimi, p.7 in <http://classiques.uqac.ca/>, consulté le 29 avril 2015 à 09h 23.

¹⁹⁶ *Aperçu des besoins humanitaires Sénégal 2015*, Novembre 2014, in <http://humanitarianresponse.org>, p.6.

Cette citation illustre, de manière générale, les manquements dans le système sanitaire sénégalais liés à des politiques mal orientées dans ce domaine. Le niveau de vie élevé dans le pays ne permet pas à tous les citoyens d'accéder à certaines ressources essentielles de la vie. L'encombrement dans les villes, occasionné par une installation irrégulière des habitats qui sont bâtis sur les espaces inondables, crée presque pendant chaque année des sinistrés à la période hivernale. Cette situation fait que dans ces zones, l'insalubrité demeure un problème de risque de la santé publique. Ici, les fosses communes sont souvent mélangées à des eaux de pluie créant aussi des odeurs nauséabondes.

On assiste encore à des accidents mortels liés à la rencontre des fils électriques de certains réseaux informels à ces eaux. Ces moments de désarroi des autochtones n'intéressent les politiciens que dans le cadre de la recherche d'une masse électorale pour les prochaines échéances. Mais, de vraies politiques ne sont pas œuvrées à ce point parce que les rares gouvernants qui s'intéressent à ces problèmes ne prennent pas au-devant la situation. Il est important de noter que même les politiques externes et internes hâtées pour régler ces problèmes viennent souvent en retard. De ce fait, Ibra NIANG souligne que :

La crise de la santé en Afrique met à nu la décrépitude des systèmes de santé qui ploient sous les effets conjugués des contrecoups des Programmes d'ajustement structurel, de l'exode des ressources humaines et des politiques de santé inadaptées aux besoins des individus et des communautés les plus pauvres.¹⁹⁷

La plupart des politiques menées sont en écart avec les réalités sur le terrain. C'est ce qui montre d'ailleurs leur échec. Les PAS appliqués au début des années 80 pour relever le niveau critique dans les pays pauvres, représentent une des preuves de ce déboire. En sus, l'idée selon laquelle, les patients doivent impérativement contribuer aux coûts de la santé vient compromettre les objectifs de la « santé pour tous » au lendemain d'Alma-Ata. Par conséquent, souffle un contre-courant qui arrive mettre une rupture à cette promesse. Les politiques dictées soulignent que :

La crise économique a dû mobiliser le soutien financier, technique et politique nécessaires à l'aboutissement de cette promesse et dès le début des années 1980, apparaît l'idée du nécessaire recouvrement des coûts par les structures sanitaires donc du paiement par les patients. En 1987, sous l'égide du bureau régional de l'Afrique de l'OMS puis avec le soutien de la Banque Mondiale, les ministres de la santé des pays africains ont institué le principe de recouvrement des coûts qui faisait partie de l'« Initiative de Bamako. » Cette stratégie devait contribuer à l'accélération de la mise en œuvre des soins de santé primaires, mais plusieurs

¹⁹⁷ Ibra NIANG, *Livre vert du codesria*, Dakar, Imprimerie Saint Paul, 2008, p.40.

études ont montré que de nombreux patients ont au contraire été exclus des services et qu'il n'existait aucun mécanisme complémentaire pour protéger les pauvres. ¹⁹⁸

Ainsi, face à cette nouvelle donne politique sur les soins de santé primaires, les plus diminués n'accèdent plus à la santé comme auparavant. Les inégalités persistent entre le Nord et Sud, entre les États et aux seins des populations. La santé, longtemps financée par les bailleurs, connaît une rupture ; ces derniers exigent une évaluation des fonds destinés à ce secteur en soutenant qu'ils ne peuvent plus donner à des « fonds-perdus ». Selon Bernard HOURS, « cet objectif de recouvrement des coûts, soutenu par l'OMS, implique une capacité de management sanitaire, hier inconnue dans le tiers monde, où les États (socialistes ou non) distribuaient une médecine gratuite comme l'était la médecine coloniale »¹⁹⁹. Sur cette base, on note l'exclusion de certaines couches sociales. D'ailleurs, c'est pourquoi « la santé pour tous n'est pas pour demain, à moins de mettre le tiers monde en quarantaine »²⁰⁰.

Toutefois, le recouvrement aux coûts met l'écartement des populations pauvres du tiers monde aux soins de santé primaires. La plupart de ces gens n'ont pas suffisamment de moyens pour se prendre en charge car, au Sénégal, on note qu'avec un PIB par habitant de 2,169 USD, 51,6% de la population vivent dans pauvreté sévère²⁰¹. Par conséquent, le recouvrement aux coûts sanitaires même chez les plus diminués remet en cause la stabilité de la santé dans le monde. Considérée comme le foyer des maladies, cette partie du globe (le tiers monde) renferme d'importantes ressources naturelles qui font d'elle un espace d'enjeux incontournables des grandes puissances. Le développement des maladies contagieuses à l'instar du virus Ébola dans la sous-région, les obligent à intervenir au moment où ils se sentent menacés par l'expansion rapide de celui-ci à travers les flux migratoires.

De plus, la concentration des infrastructures au sein de la capitale et dans certaines villes du pays permet à Sylvie FANCHETTE de souligner que : « le Sénégal utile a pendant longtemps été limité à la région dakaroise et au bassin arachidier qui ont bénéficié de la manne

¹⁹⁸ « Santé Mondiale: trente-cinq ans de la Déclaration d'Alma-Ata, une promesse qui reste à tenir » in <http://www.desmotscrates.com/2013/09/trente-cinq-ans-de-la-declaration-dalma.html>, consulté le 11 sept. 2014 à 11 h 10.

¹⁹⁹ Bernard HOURS, « La santé publique entre soins de santé primaires et management », in *Anthropologie et santé publique Cahier des Sciences Humaines vol.28 - n° 1*, Paris, éditions de l'ORSTOM, 1992, *Op.cit.*, p.134.

²⁰⁰ *Ibid.*, p.139.

²⁰¹ Cf. *Aperçu des besoins humanitaires Sénégal 2015*, Novembre 2014, *Op.cit.*, p.3.

étatique pour se développer ». ²⁰² Le développement de ce dernier est lié par le poids de son agriculture qui lui a donné le statut des poumons économiques du pays au lendemain de son indépendance. Dakar intéresse non seulement parce qu'il est le lieu où réside la capitale administrative mais encore par sa position géostratégique et son climat favorable pour l'épanouissement de la vie humaine. C'est d'ailleurs, ce qui fait que l'essentiel des institutions se sont installés à son sein attirant la masse d'individus dans l'espoir de trouver une vie meilleure.

En effet, connu et reconnu par l'expertise de ses médecins, le Sénégal est l'un des rares pays de l'Afrique de l'ouest qui reçoit chaque année bon nombre d'étudiants de nationalités différentes pour leur formation en santé. La capitale sénégalaise est devenue également le lieu de rencontre pour la quête de la santé de plusieurs malades de la sous-région. Ceci est dû à l'installation de la faculté de médecine à l'Université de Dakar depuis 1957 créant ainsi divers spécialistes dans le domaine. Ici, on note qu'aux seins des établissements sanitaires publics, les médecins sont parfois même dépassés par l'explosibilité de la demande. Dans les privés, en revanche, les places sont très limitées et la cherté du traitement ou de l'hospitalisation n'est pas à la portée de tous. Les inégalités sociales et les contraintes économiques détournent certains patients, après leurs consultations, des officines pharmaceutiques et les orientent à l'utilisation des médicaments vendus dans les marchés illicites à l'insu du médecin.

IV.3. L'utilisation des médicaments illicites

Depuis, l'annonce de « *recouvrement des coûts des prestations et des médicaments* » ²⁰³ prônée par l'IB, se développent en Afrique la naissance et l'accroissement très rapide de marchés illicites ou marchés parallèles au trafic de médicaments. En effet, la mise en œuvre des politiques de santé basées sur la création de médicaments essentiels dont l'objectif principal est que ces remèdes soient disponibles et accessibles à toutes les populations pour une utilisation de façon rationnelle s'est soldée par un échec. Ces fameux médicaments dénommés DCI ont connu rupture très tôt dans la région africaine. C'est pourquoi selon D. FASSIN :

Le réseau de soins de santé primaires, censé assurer des services à très bas prix, remplit imparfaitement cette fonction à cause, en particulier, de la non-disponibilité en médicaments qui conduit à des ordonnances, souvent coûteuses et pas toujours

²⁰² Sylvie FANCHETTE, Désengagement de l'État et recomposition d'un espace d'échange transfrontalier : la Haute-Casamance et ses voisins Sylvie FANCHETTE in *Autrepart Variations n°19*, Éditions de l'Aube, IRD (Institut de recherche pour le développement), 2001, p.91.

²⁰³ Carine BAXERRES, *Du médicament informel au médicament libéralisé. Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Editions des archives contemporaines, Paris, 2013, p.24-25.

*justifiées. C'est dans ce contexte que se sont développés les réseaux de vente illicite de médicaments.*²⁰⁴

Ceci engendre ainsi un accès libre à toute sorte de produits pharmaceutiques en faveur des populations autochtones et d'une rentabilité économique des marchands ambulants et des commerçants impliqués dans ce circuit. De ce fait, Jean Marc GUIMIER, Danielle CANDAU et al. soulignent que :

*Parallèlement, un important marché illicite très actif et bien organisé, approvisionné par des importations clandestines et parfois des détournements opérés dans les deux filières licites, draine une clientèle nombreuse issue des classes socioéconomiques défavorisées mais également moyenne.*²⁰⁵

Développée au cours des années 1980²⁰⁶, l'utilisation de ces médicaments illicites résulte, d'une part de « *divers dysfonctionnements des systèmes formels de santé en matière de délivrance et de distribution des médicaments* »²⁰⁷, et d'autre part, de l'incapacité financière des populations à pouvoir accéder aux prix élevés des remèdes vendus dans les officines pharmaceutiques habilitées seules à vendre officiellement ces derniers dans la mesure où, la législation de la plupart des pays francophones d'Afrique reste encore souvent proche de la législation française. Le pharmacien est le seul autorisé à préparer et à dispenser les médicaments et ce monopole est assorti d'une obligation d'exercice personnel de la profession. C'est le cas au Bénin, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Cameroun, en Guinée, au Mali, au Sénégal, par exemple²⁰⁸. Au Sud, on note que le développement des institutions sanitaires solides des États connaît encore un problème pour pouvoir assurer les soins de santé de qualité. La majorité des gens se sont confrontés à des contraintes économiques les rendant exclus du

²⁰⁴ Didier FASSIN, «Du clandestin à l'officieux. Les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal » in *Cahiers d'études africaines* 98, XXV-2, O. R. S. T. O. M. Fonds Documentaire n°23777, 1985, p.163.

²⁰⁵ Jean Marc GUIMIER, Danielle CANDAU et al. « Pourquoi le prix des médicaments est élevé dans les pays d'Afrique subsaharienne. Analyse de la structure des prix : l'exemple du Sénégal » in *Cahiers Santé* vol. 15, n° 1, janvier-février-mars 2005, p.42.

²⁰⁶ L. N. M. ASSOGBA et T. LOCOH, *Le Marché parallèle des produits pour la contraception et la lutte contre la stérilité à Lomé*, Lomé, Études et travaux APEL (enquête «Arrivée du prochain enfant à Lomé» de l'Unité de recherche démographique de l'Université du Bénin, n° 5), 1985; D. Fassin, «La vente illicite de médicaments au Sénégal», *Politique africaine*, n° 23, octobre 1986, p. 123-130; S. van der Geest, «Self-care and the Informal Sale of Drugs in South Cameroon», *social science and Medicine*, vol. 25, n°3, 1987, p. 293-305 ; Carine Baxerres, « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? », *Politique africaine* 2011/3 (N° 123), p.117.

²⁰⁷Carine BAXERRES, « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? », *Politique africaine* 2011/3 (N° 123), *Op.cit.*, p.118.

²⁰⁸« Bien dispenser les médicaments Une contribution essentielle au bon usage des médicaments Inventaire dans les pays africains » p.3 in <http://www.remed.org/>, consulté le 24 Mai 2015 à 22h.

nouveau modèle des politiques internationales citées ci-dessus. De ce constat, Vincent HAMEL souligne que :

*Le paiement direct des usagers tend à exclure les 1,3 milliards de pauvres des pays en développement – dont le revenu est parfois inférieur à 1\$ par jour – de tout accès aux soins de santé proposés par les structures officielles. Alors, si le marché illicite du médicament se présente comme une alternative relativement fiable et inévitablement économique aux yeux des populations, il apparaîtra rapidement comme un recours de premier choix en cas d'épisodes morbides et, de ce fait, comme un concurrent des établissements de santé.*²⁰⁹

D'ailleurs, le niveau de revenu inférieur écarte ces populations, parmi les plus pauvres, des systèmes de soins officiels pour se rabattre dans le secteur informel où l'accès aux soins est plutôt abordable. Grâce à ces marchés parallèles, l'approvisionnement en médicaments illicites est devenu une commodité à tous, même si pour certains, la consultation a eu lieu au niveau des établissements de santé publique – l'achat des remèdes prescrits par le médecin se fait aux seins des zones de transaction illégale. Pour d'autres, la recherche de la santé dans ces lieux de vente de médicaments illicites est valable au même titre qu'au niveau des institutions officielles de santé. Ceci est lié par le fait que ces derniers y retrouvent la santé. Ici, les patients cherchent toujours à retrouver vite la santé et à réduire le coût des médicaments en descendant aux marchés informels. Mais encore les dynamiques socioculturelles de l'intégration du médicament dans le psychisme des individus entrent même dans le processus de socialisation des soins thérapeutiques et favorisent son utilisation populaire dans la logique d'une automédication incontrôlée des produits pharmaceutiques. C'est pourquoi Carine Baxerres souligne que :

*La socialisation du médicament se développe à travers des cadres structurels (État, système de santé, marché informel du médicament) et des pratiques populaires (confrontation à d'autres pratique thérapeutiques, perceptions de la santé et des traitements, modes d'utilisation et de consommation des médicaments, motivations et logique des individus).*²¹⁰

En réalité cette socialisation du médicament s'effectue par le biais d'un premier contact sanitaire que le malade entretient avec les professionnels de la santé ou par des échanges qu'il a eu à tenir avec ses pairs dans un environnement socioculturel des représentations sociétales de la

²⁰⁹ Vincent HAMEL, *La vente illicite de médicaments dans les pays en développement : analyse de l'émergence d'un itinéraire thérapeutique à part entière, situé en parallèle du recours classique aux structures officielles de santé*, THÈSE D'ÉTAT DE DOCTORAT EN PHARMACIE n°160, UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I, FACULTÉ DE PHARMACIE, 2006, p.5.

²¹⁰ Carine BAXERRES, *Du médicament informel au médicament libéralisé. Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Editions des archives contemporaines, Paris, 2013, *Op.cit.*, p.22.

santé et de la maladie. Suite à un rétablissement sanitaire, beaucoup de personnes ont tendance à intérioriser les remèdes précédemment utilisés afin de les réutiliser ultérieurement ou de les conseiller à un proche dès que les symptômes qui les ressemblants apparaissent. C'est dans cette perspective que Sylvie FAINZANG²¹¹ souligne que :

*La connaissance d'un médicament choisi en automédication, en présence d'un symptôme donné, est généralement transmise par l'expérience antérieure. Mais elle se nourrit également des conseils de l'entourage, au point que l'expérience des proches est susceptible de venir se substituer à la sienne propre. Il n'est pas rare en effet qu'un sujet déclare ne pas connaître un médicament qu'il a décidé de prendre, mais en avoir « entendu parler » par un proche (un collègue, une voisine), qui, lui, le connaît.*²¹²

Cette citation vient corroborer que tout médicament utilisé par un auto-médicamentueux est soit connu par celui-ci de ses expériences d'une guérison à une maladie antérieure ou soit à un conseil d'une tierce personne qui auparavant avait bénéficié du traitement de ce remède. La valeur du médicament est souvent diffuse dans les rencontres qui sont les principaux moyens d'échange de vécus individuels. Ainsi, l'expérience exprimée sur un médicament par une personne lors d'un dialogue est considérée comme légitime et exhorte certains malades de le prendre sans avis au préalable d'un spécialiste de la santé.

En fait, il est important de noter qu'on retrouve dans ces marchés, des médicaments de marque qui sont souvent obtenus par le biais des médecins, infirmiers et pharmaciens au travers des dons détournés des objectifs initiaux. Ces réseaux informels sont construits également avec l'implication de certains professionnels de la santé – le recyclage des remèdes abandonnés de patients mourant à l'hôpital, la porosité des frontières et la corruption des agents de contrôle sont l'une des explications du développement de ce commerce.

Selon Isabelle MARQUER, « *il serait alimenté par différentes sources : contrebande depuis la Gambie ou d'autres pays limitrophes, détournements de médicaments achetés dans la filière publique, unités gratuites de la filière privée, vols depuis le port de Dakar, nombreux*

²¹¹ Cf., Sylvie FAINZANG, « Les médicaments dans l'espace privé. Gestion individuelle ou collective. »(2003), p.9 in <http://classiques.uqac.ca/>.

²¹² Sylvie FAINZANG « L'automédication. Une pratique qui peut en cacher une autre », in *Anthropologie et Sociétés*, vol. 34, n° 1, 2010, p.121. URI: <http://id.erudit.org/iderudit/044199ar>

dons clandestins ou déclarés ». ²¹³ Au Sénégal, les locaux de « Keur Serigne bi » ²¹⁴ illustrent l'application du trafic illicite de ces produits pharmaceutiques. Cette maison, située presque à quelques mètres du centre-ville, est devenue le lieu de transactions de toute sorte de médicaments au sein de la capitale sénégalaise et sert aussi de distributions de remèdes à l'intérieur du pays depuis encore plusieurs décennies.

La vente de produits pharmaceutiques a été interdite par les autorités administratives et politiques mais cela n'a pas pris suite car, à « Keur Serigne bi », même si l'interdiction a été observée, force est de constater que le commerce illicite de ces produits a très tôt repris sans pour autant subir de sanction comme à l'endroit des marchands ambulants traqués dans les rues de Dakar parce que « *les rafles se limitent à des opérations chez les petits détaillants, mais ne concernent jamais les grossistes, encore moins ceux qui les couvrent* » ²¹⁵. Aujourd'hui, on retrouve ces médicaments illicites partout dans les artères de la ville, chez les vendeurs à la sauvette et dans certaines boutiques de la banlieue. Ces stupéfiants sont plutôt distribués en cachette à cause de la tracasserie policière dans d'autres endroits. En revanche, à « Keur Serigne bi » ²¹⁶, les médicaments sont monnayés librement sans aucune répression parce que la loi ne s'applique pas aux locataires de cette maison.

Toutefois, il est important de souligner que le marché illicite renferme beaucoup de risques sanitaires dans la mesure où les médicaments ne sont soumis à aucun règlement de conservation. Exposés au soleil le jour, ces produits pharmaceutiques sont gardés la nuit dans des magasins non aérés et entassés avec d'autres marchandises sous des températures non réglementées.

D'abord, le vendeur ne cherche plus la qualité de ces articles car, pour lui, l'essentiel c'est d'écouler son produit afin d'en tirer des bénéfices.

²¹³ Isabelle MARQUER, *ACCESSIBILITE AUX ANTIPALUDIQUES AU SENEGAL EFFETS DE L'INTRODUCTION DE L'ASSOCIATION ARTESUNATE / AMODIAQUINE*, MEMOIRE DE DESS DE SANTE PUBLIQUE « Management des services et actions en santé publique » Option : Promotion de la santé et développement social, Université Paris V - René Descartes, Université Denis Diderot-Paris VII, Université Pierre et Marie Curie-Paris VI, Université Versailles-Saint Quentin en Yvelines, Université d'Orsay – Paris XI, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2003, p.31.

²¹⁴ Maison du marabout mouride située au marché Sandaga à Dakar est aussi très connue au Sénégal pour la vente illégale de médicaments et d'autres produits pharmaceutiques de tous genres.

²¹⁵ Didier FASSIN, « La vente illicite des médicaments au Sénégal Économies « parallèles », État et société », *Politique Africaine*, 1986, (23) p.128 in <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:23776>.

²¹⁶ Cf., E.H.M.S. Camara, *La Vente illicite des médicaments au marché parallèle de «Keur serigne bi»*, mémoire de maîtrise de sociologie, Dakar, Université Cheikh Anta Diop, 2006.

Ensuite, les produits pharmaceutiques qui, pour la plupart du temps vendus par des non spécialistes, sont destinés de manière générale à un public analphabètes. Les médicaments sont distribués en vrac et provoque des risques énormes dans la mesure où le patient n'a pas accès au mode d'emploi et se limite aux indications du vendeur.

Enfin, l'achat des médicaments de la rue comporte d'autres dangers parce qu'en dehors de bons remèdes que l'on retrouve dans ce marché, il existe d'autres qui sont le produit d'une contre façons d'où leur usage est délétère pour la santé des populations. Ces médicaments ne contiennent pas soit le principe actif qui est à la base de la composante ou soit le principe actif est différent de celui qui est l'origine de la fabrication du produit nécessaire pour le soin. D'ailleurs, c'est la raison pour laquelle ONUDC souligne que :

Les préparations pharmaceutiques contrefaites présentent des dangers particuliers. Soit elles contiennent une dose inappropriée de principes actifs, soit aucune, soit encore des substances complètement différentes. Dans certains cas, les médicaments frauduleux renferment des substances très toxiques, comme du poison pour les rats.²¹⁷

Ces produits ne soignent non seulement pas les patients mais les rendent encore beaucoup plus malades avec les substances nocives et créent des résistances aux microbes de certaines pathologies lorsque les bons médicaments sont pris. Autrement dit, quand ces remèdes sont inoculés aux malades ou bien lorsque le patient les ingurgite, cela ne lui sert pas de guérison. En réalité, selon ONUDC²¹⁸, les médicaments frauduleux privent également les malades du traitement dont ils auraient besoin les laissant ainsi vulnérables face à la maladie qu'il faudrait traiter. Ils contribuent par ailleurs à rendre plus résistants certains virus et certaines maladies parmi les plus dangereux au monde en favorisant le développement de souches pharmaco résistantes, car les principes actifs ne sont plus en mesure d'agir correctement. Ainsi, des souches plus résistantes sont transmises à d'autres victimes et les vrais médicaments que prennent ces dernières pour lutter contre la même maladie sont moins efficaces.

Le médicament contrefaçon réserve des dangers potentiels et contribue au développement des maladies graves quel que soit le produit auquel il est associé dans sa composition. En effet, le développement du marché parallèle est lié aussi à la rupture des politiques d'Alma-Ata qui, lancées au début, prônent de faire accéder à tous aux soins de santé

²¹⁷ ONUDC, 2015, « Produits de contrefaçon –Bonnes affaires ou erreurs coûteuses? »

²¹⁸ *Ibid.*

primaires, se sont soldées par le recouvrement aux soins mettant en compris la santé dans les pays en développement. Les agents de santé formés dans le cadre de ces objectifs sont devenus des vendeurs de médicaments pour leur propre compte, après l'échec de l'idéal par lequel ils ont été recrutés. C'est pourquoi J. MARITOUX souligne que :

Ces secouristes, désignés par la population et formés en quelques semaines, se sont souvent très vite désistés ; certains ensuite ont continué à vendre des médicaments pour leur propre compte, contribuant ainsi la propagation du marché parallèle.²¹⁹

Le développement de cette activité lucrative au Sénégal est dû à un « laisser-faire » de ce trafic qui implique des non professionnels dans la distribution, de vente illicite de médicaments pouvant créer des dangers potentiels dans la santé publique des populations. À l'instar du médecin ou du pharmacien, les trafiquants des produits pharmaceutiques essaient de donner des conseils aux intéressés sur leur usage. Les vendeurs de médicaments attirent les clients par leur disposition de communication en marketing, un langage qu'ils tiennent en énumérant les bienfaits du remède, sa posologie et parfois même ils indiquent les composantes et l'origine des stupéfiants.

Ainsi, J. MARITOUX ajoute que « ces « conseils », sont donnés par des vendeurs ou des vendeuses (en proportions différentes selon les pays), le plus souvent inconscients des dangers de leurs marchandises, analphabètes (...) ». ²²⁰ Ils sont considérés comme des spécialistes et vendent de médicaments dans le monde rural. « Les ambulants de proximité spécialisés fournissent aux populations des médicaments nombreux et variés. Ils sont attendus par les villageois qui comptent sur eux et les considèrent comme des spécialistes ; leur discours est médicalisé ». ²²¹ Ceci est lié à une complicité, selon Didier FASSIN ²²², entre l'État régulateur et la communauté religieuse des mourides assurant le commerce. De ce fait, écrit-il :

Les relations des confréries avec l'État, et particulièrement des mourides, se déroulent comme une succession de périodes de tension et de détente ; de propos menaçants du khalife général à l'encontre du gouvernement et de gestes conciliants, soulignant sa bienveillance à l'égard du président de la République ; de démonstrations d'indépendance vis-à-vis de l'État et de services rendus à ses fonctionnaires. En contrepartie, les pouvoirs publics affichent une position

²¹⁹ J. MARITOUX, « Marché pharmaceutique parallèle, ventes illicites et santé publique », in *Revue ReMeD* n°22, Octobre 1999, p.6.

²²⁰ *Ibid.*, p. 7.

²²¹ Carine BAXERRES et Jean-Yves Le HESRAN, « Le marché parallèle du médicament en milieu rural au Sénégal : les atouts d'une offre de soins populaire (Note de recherche) », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 30, n° 3, 2006, p.224, in URI: <http://id.erudit.org/iderudit/014935ar>. (pp. 219-230.)

²²² Cf., Didier FASSIN, *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris, Karthala, 2000.

*autoritaire dans des discours dont la presse rend largement compte, mais, font preuve d'une grande tolérance à l'égard des activités économiques des confréries.*²²³

Pour des raisons politiques, l'État a tendance à négliger le trafic illicite de médicaments qui s'effectue à « Keur Serigne bi » au vue de tous. Les menaces existent mais l'application réelle de celles-ci n'ont pas entré encore en vigueur. Dans ce marché, on y trouve une gamme importante de produits pharmaceutiques et les marchandages se font à l'instar des pratiques légalement autorisées. La vente de médicaments ne s'arrête pas seulement dans ces lieux parce qu'on observe également des vendeurs au niveau des gares routières et sur la route d'où ils ciblent et interceptent les horaires du transport en commun qui, la plupart du temps des bus, quittent Dakar pour l'intérieur du pays. C'est pourquoi Vincent HAMEL souligne que :

*Les médicaments de toutes classes pharmacologiques sont disponibles sur les étalages des marchés, auprès des vendeurs ambulants, au coin de la rue, dans les bus, chez son voisin ou même sur son propre palier ; le marché illicite s'expose à la vue de tous comme s'il s'agissait d'une pratique légale.*²²⁴

Ceci montre que la non réglementation dans le commerce du médicament crée des dangers énormes pour la santé de la population parce qu'il existe « *des médicaments sans principe actif, ou contenant un principe actif différent de celui attendu (suite à une erreur de reconditionnement souvent), des médicaments périmés ou détériorés par des conditions de conservation inadéquates (notamment des vaccins, du Méthergin°, etc.)* ». ²²⁵Cette pratique illégale qui concurrence la biomédecine tente même de la dévaloriser dans la mesure où les professionnels de santé « *y voient à la fois un danger sanitaire et une dépossession de leurs compétences* »²²⁶. Ils éprouvent des difficultés pour guérir les patients qui se réfèrent au marché illicite pour l'automédication. Celle-ci se situe à deux niveaux.

D'une part, la procuration des remèdes dans tous les coins de la ville par des réseaux informels est devenue un phénomène récurrent. Selon L. Touré « *l'achat des médicaments se*

²²³ Didier FASSIN, « La vente illicite des médicaments au Sénégal Économies « parallèles », État et société », *Op.cit.*, p.128 in <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:23776>.

²²⁴Vincent HAMEL, *La vente illicite de médicaments dans les pays en développement : analyse de l'émergence d'un itinéraire thérapeutique à part entière, situé en parallèle du recours classique aux structures officielles de santé*, THESE D'ETAT DE DOCTORAT EN PHARMACIE n°160, UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I, FACULTE DE PHARMACIE, 2006, *Op.cit.*, p.4.

²²⁵J. MARITOUX « Marché pharmaceutique parallèle, ventes illicites et santé publique », in *Revue ReMeD* n°22, Octobre 1999, *Op.cit.*, p.8.

²²⁶Sylvie FAINZANG « L'automédication : une pratique qui peut en cacher une autre » in *Anthropologie et Sociétés*, vol. 34, n° 1, 2010, *Op.cit.*, p. 115. URI: <http://id.erudit.org/iderudit/044199ar>

fait essentiellement sur les marchés et lors des foires hebdomadaires »²²⁷. D'ailleurs, c'est ce qui met en évidence l'aspect incontrôlé de ces soins inadaptés aux normes de la biomédecine créant ainsi des potentiels dangers parce que «les risques principaux (vente de médicaments périmés, absence de formation médicale des vendeurs) sont connus mais cet accès aux médicaments est privilégié (...) »²²⁸ grâce à une précarité de la situation financière des patients. De ce fait, R. Pouillot, C. Bilong, P. Boisier et al. soulignent qu' :

En Afrique ou en Asie, le recours à l'automédication est fréquent pour des raisons économiques et sociales. Le faible pouvoir d'achat favorise en outre le développement d'un marché parallèle de distribution de médicaments. Malgré de nombreux efforts pour lutter contre ce commerce, ce marché très lucratif ne cesse de se développer à travers le monde, en affectant principalement les pays en voie de développement.²²⁹

Cette citation illustre que les populations sont non seulement confrontées à l'incapacité financière à se prendre en charge qui les oblige à recourir à des médicaments du marché illicite mais aussi la rentabilité de cet aspect commercial bénéfique aux vendeurs de ces produits.

D'autre part, avec la prolifération des officines de pharmacie privées, nombre de ces pharmaciens n'exige pas la présentation d'une ordonnance prescrite et signée par le médecin. Les médicaments sont vendus seulement à ceux qui ont la capacité de pouvoir les payer. C'est la raison pour laquelle Isabelle Marquer souligne que « dans le secteur privé, les officines sont laissées aux mains de vendeurs non qualifiés, ce qui fait l'objet de dérives de toutes sortes »²³⁰. Cependant, la situation socio-économique des patients constitue « l'un des paradoxes de la problématique de l'accès aux médicaments dans les pays d'Afrique subsaharienne est

²²⁷ L. TOURE, « Une innovation sanitaire: l'appropriation des médicaments par les populations touaregs du Mali » in *Panser le monde, penser les médecines: traditions médicales et développement Traditions médicinales et développement sanitaire*, Laurent PORDIER (dir.), Editions Karthala, 2005, p.272.

²²⁸ *Ibid.*, p.272.

²²⁹ R. POUILLOT, C. BILONG, P. BOISIER et al., « Le circuit informel des médicaments à Yaoundé et à Niamey : étude de la population des vendeurs et de la qualité des médicaments distribués » in *Bull Soc Pathol Exot*, 2008, 101, 2, 113.

²³⁰ Isabelle MARQUER, *Accessibilité aux antipaludiques au Sénégal effets de l'introduction de l'association artisanale / amodiaquine*, mémoire de DESS de santé publique « Management des services et actions en santé publique » Option : Promotion de la santé et développement social, Université Paris V - René Descartes, Université Denis Diderot-Paris VII, Université Pierre et Marie Curie-Paris VI, Université Versailles-Saint Quentin en Yvelines, Université d'Orsay – Paris XI, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2003, *Op.cit.*, p.32.

l'antagonisme entre prix élevés et le faible pouvoir d'achat, matérialisé par un niveau très réduit d'accessibilité de la population aux médicaments »²³¹.

En effet, face à la libéralisation du commerce au Sénégal l'accès aux médicaments est plutôt favorable aux populations car, « *le secteur pharmaceutique dominant est le secteur privé commercial. Il est en constante évolution et joue un rôle de plus en plus important dans la disponibilité et la distribution du médicament, dans un environnement marqué par de fortes contraintes financières pour l'État et pour les populations* ». ²³² Toutefois, malgré les contraintes financières les gens se procurent des médicaments dans les privés ou dans le secteur informel d'où se pose une réelle difficulté sur le contrôle du médicament. Le recours aux médicaments dans le cadre d'une automédication dépasse même cet aspect utilitaire (recherche de la santé) que les gens faisaient de ces produits pharmaceutiques. On assiste aujourd'hui à toutes les formes de mésusage du médicament : dopage pour atteindre des performances sportives incroyables, esthétique corporelle liée à la massification du corps, amaigrissement²³³, dépigmentation de la peau, augmentation d'une puissance sexuelle et capacité intellectuelle²³⁴.

L'ambivalence du médicament montre que même s'il sert à soigner, ce produit réserve un degré de toxicité délétère à l'organisme humain surtout lorsqu'on l'utilise à but abuse, surdosage ou à d'autres fins différentes auxquelles il est destiné à l'origine. C'est pourquoi Aline Sarradon-Eck, Marie-Anne Blanc et *al* soulignent que le médicament reste toujours selon le terme grec « pharmakon » poison et remède « *avec ses effets positifs (l'efficacité biologique) mais dangereux par ses effets indésirables et par la dépendance aux médicaments* ». ²³⁵ Le médicament contient des substances nocives qui, à force de les prendre, rendent les usagers

²³¹ Jean Marc GUIMIER, Danielle CANDAU et *al*. « Pourquoi le prix des médicaments est élevé dans les pays d'Afrique subsaharienne. Analyse de la structure des prix : l'exemple du Sénégal » in *Cahiers Santé* vol. 15, n° 1, janvier-février-mars 2005, *Op.cit.*, p.42.

²³² WHO/DAP/97.3, *Le secteur pharmaceutique privé au Sénégal Dynamique de développement et effets sur l'accès aux médicaments essentiels*, p.10.

²³³ Cf., ANSM, *Evaluation des risques liés à l'utilisation des produits de santé à fin d'amaigrissement, Rapport juillet 2015*.

²³⁴ Cf., Joseph Josy LEVY et Christine THOËR « Usages des médicaments à des fins non médicales chez les adolescents et les jeunes adultes : perspectives empiriques », *Drogues, santé et société*, vol. 7, n° 1, 2008, p. 153-189 in URI: <http://id.erudit.org/iderudit/019622ar>.

²³⁵ Aline Sarradon-Eck, Marie-Anne Blanc et *al*. « Des usagers sceptiques face aux médicaments génériques : une approche anthropologique », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Elsevier Masson SAS, 2007, 55, pp.179-185 in <http://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00466795>.

dépendants parce que son utilisation dans une longue durée peut réduire le malade « à des formes d'assuétude »²³⁶.

En fait, le recours au mésusage du médicament est souvent adopté au Sénégal pour régler les problèmes sociaux. Autrement dit, la médication sous cette forme est pratiquée chez les gens qui ont des gênes d'impuissance sexuelle, avortement clandestin qui consiste « de tuer au prix de l'équilibre et du maintien de la paix sociale désirée », selon l'expression de Lamine Ndiaye²³⁷...ou à une maladie qui peut impacter sur la moralité sociale de l'individu au sein de la société. Cependant, selon Sjaak van der GEEST et Susan Reynolds WHYTE :

*On récuse la façon dont les médicaments sont utilisés comme substitut pour affronter les problèmes quotidiens ; on rejette les substances elles-mêmes du fait qu'elles sont toxiques, non naturelles agressives et débilantes pour l'immunité naturelle du corps.*²³⁸

Cette citation vient illustrer que toute tentative de vouloir médicaliser la société est dangereuse dans la mesure où certains produits pharmaceutiques sont incompatibles avec la fonctionnalité biologique du corps humain. Le problème qui se pose actuellement c'est que beaucoup de gens ont tendance à chercher les solutions de leurs maux quotidiens par la médicalisation d'où le recours aux drogues et d'autres stupéfiants rendant encore la société malade par ses dépendants à travers leurs transgressions des normes socioculturelles établies. Par conséquent, c'est cette dépendance incontrôlée qui engendre le recours aux médicaments de la biomédecine dans toutes ses formes ou à une réorientation des pratiques de la médecine traditionnelle surtout face à l'incapacité financière de pouvoir payer les premiers.

IV.4. La médecine traditionnelle

Lorsqu'on parle de médecine « traditionnelle », nous nous référons au terme ancien utilisé depuis pendant très longtemps par les médecins, anthropologues, sociologues, historiens (hommes de sciences)...pour désigner la médecine « folklorique », l'expression est de Zempleni dans le but de se démarquer de la médecine moderne occidentale ou médecine scientifique. Autrement dit, la médecine traditionnelle est associée à celui des pratiques et rituels sanitaires irrationnelles des autochtones. Cette médecine s'oppose souvent à la

²³⁶ Joseph J. Lévy, Janine Pierret et *al.*, « Détournement, abus, dopage : d'autres usages des médicaments » in *Drogues, santé et société*, vol. 7 n° 1 juin 2008, p.8.

²³⁷ Lamine NDIAYE, « Avortement « clandestin » et cultures négro-africaines. La femme sénégalaise face à la pratique abortive », in *Ethiopiennes* n°87. Littérature, philosophie et art 2ème semestre 2011, sur <http://ethiopiennes.refer.sn/spip.php?article1794>, consulté le 05 août 2015 à 15 h 05.

²³⁸ Sjaak van der GEEST et Susan Reynolds WHYTE, « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments in *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, p.105.

biomédecine de par son caractère ésotérique qui échappe à toute une logique explicative rationnelle scientifiquement reconnue à l'instar de la médecine dite moderne. Elle est le plus souvent attribuée de médecine parallèle par rapport à la biomédecine. Selon S. ESSANE, «*Médecine nègre et Médecine occidentale sont des cultures parallèles par les structures mentales qui les organisent: «mentalité magique » pour la première, « mentalité scientifique » pour la seconde »*,²³⁹ ceci dans le principal objectif de les différencier. D'ailleurs, c'est la raison pour laquelle Gilles Armand Sossou souligne qu' :

*On peut distinguer globalement deux grands types de médecine, la médecine scientifique ou conventionnelle encore appelée médecine occidentale et les médecines traditionnelles. Si ce concept de médecine scientifique se comprend aisément celui de la médecine traditionnelle semble à contrario relativement flou. Il s'agit d'une expansion vague qui désigne les pratiques de soins de santé anciennes liées à une culture et qui existaient avant l'application de la science aux problèmes de santé. Les médecines traditionnelles encore désignées sous les vocables de médecines indigènes hétérogènes, non officielles, parallèles, marginales ou empiriques s'opposent à la médecine scientifique par leur caractère irrationnel opposé.*²⁴⁰

Ces médecines sont différentes parce que la médecine scientifique est à vocation universelle au moment où la médecine traditionnelle est au pluriel et variée au travers d'une biodiversité culturelle – ce qui rend son caractère de complexité très immaîtrisable. Il est important de noter qu'au-delà de cette opposition rendue visible sous forme de méthode et d'approche devant les pratiques sanitaires, il existe une complémentarité entre ces deux types de médecines citées ci-dessus. Aucune d'entre elles ne peut nier l'existence et la compétence de l'autre. La médecine scientifique est reconnue par la médecine traditionnelle selon Sjaak Van Der GEEST et Susan Reynolds WHYTE parce que : « *Des études historiques indiquent que le succès des antibiotiques pour guérir les maladies contagieuses en Afrique, en Asie et en Amérique Latine a beaucoup facilité l'acceptation rapide de la biomédecine et particulièrement des médicaments pharmaceutiques* »²⁴¹. Ainsi, la médecine conventionnelle a longtemps refusé la reconnaissance de la médecine traditionnelle parce qu'elle la jugeait inutile et illusoire de par son approche insaisissable à la raison. Bon nombre de chercheurs ont accordé des préjugés défavorables à ses pratiques. C'est dans cette perspective que Benoit DUPUIS souligne qu' :

²³⁹ S. ESSANE, «La médecine au pluriel en Afrique » in *Pharm. Méd. Trad. Afr.* 1998, Vol.10, p.81.

²⁴⁰ Gilles Armand SOSSOU, « Les savoirs pharmaceutiques africains et leur valorisation. Apprentissage et adaptation des compétences », Laboratoire d'économie d'Orléans, 2005, p.13.

²⁴¹ Sjaak van der GEEST et Susan Reynolds WHYTE, « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments in *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, *Op.cit.*, p.100.

On qualifie encore à notre époque, dans les journaux et dans les revues, du terme péjoratif de « sorciers » les thérapeutes des médecines traditionnelles d’Afrique, d’Asie, d’Amérique et d’Océanie. Les ouvrages d’anthropologie donnent à ces médecines une image tronquée, superficielle et perçue à travers le biais de notre propre culture. On décrit des rituels étranges, des cérémonies surprenantes souvent accompagnées de transes et dont la signification profonde nous échappe. Finalement, la vision qu’on en retire est celle des médecines folkloriques, imprégnées de superstitions donc de peu d’intérêt pour des esprits qui se veulent éclairés, rationnels, scientifiques.²⁴²

Cette citation vient illustrer que toutes les médecines qui ne fonctionnent pas à l’instar des normes scientifiques occidentales ne sont pas reconnues comme pouvant servir valablement de remèdes aux différentes maladies. Cependant, ce sont des médecines qui réservent des potentialités très riches en savoir et pratiques utiles à toute l’humanité entière. Même si elles sont ignorées, ces médecines continuent d’être le recours thérapeutique dans la plupart des pays en développement. Mais, il faut également reconnaître que les médecines qualifiées de traditionnelles sont très usitées dans le monde occidental actuel. Selon les termes de DUPUIS, c’est parce qu’ :

En réalité, toutes ces enquêtes demeurent à la surface des choses. Ce qu’elles décrivent correspond à la pointe émergée de l’iceberg mais la base profonde leur demeure inconnue. Cette base correspond à l’immense richesse thérapeutique de ces médecines accessibles seulement aux initiés et aux disciples en cours de formations. Il ne vient pas à l’idée que les médecines traditionnelles, dans leur pratique quotidienne, soignent les maladies les plus graves et qu’elles pourraient lutter contre les fléaux de notre temps. La médecine traditionnelle contient finalement le pouvoir de traitement millénaire de l’humanité.²⁴³

Les études menées sur la médecine traditionnelle ont été superficielles et fondées généralement sur des jugements de valeur mais la meilleure compréhension des cultures traditionnelles a permis de mieux saisir les valeurs que renferment les pratiques médicales, utilisées aux seins de ces sociétés, qui même si elles ne peuvent pas résoudre les problèmes des grandes maladies, elles détiennent un pouvoir sur le traitement de certaines que la biomédecine ignore encore aujourd’hui. Ceci est dû à la découverte des maladies que la médecine moderne n’arrive pas encore à solutionner. Selon Lamine NDIAYE le « payiis ou pëyiis », une maladie qui présente les mêmes signes symptomatiques que la fièvre jaune :

Cette maladie a la particularité de présenter les mêmes symptômes que la fièvre jaune. Cette ressemblance a conduit certains spécialistes du monde biomédical à proposer une thérapie qui n’a jamais fait preuve d’une efficacité. Cette pathologie,

²⁴² Benoit DUPUIS, « Plantes utiles en Afrique », p.9 in http://hippocrates.com/web_site/1/contenu/public/pdf/memoires/2014/fevrier_DUPUIS_medicin.pdf, consulté le 08 Août 2015 à 22h 10.

²⁴³ *Ibid.*, p.9.

dont les « secrets » semblent échapper à la médecine moderne, est localement maîtrisée et prise en charge par des guérisseurs qui utilisent des plantes ou de « l'eau bénite » pour un résultat meilleur. Le traitement local est probant en ce sens que le patient s'en sort souvent guéri.²⁴⁴

D'ailleurs, ce qui fait que la médecine scientifique au lieu de s'opposer à la médecine traditionnelle, elles se complètent mutuellement. C'est la raison pour laquelle Laura Sinagra BRISCA et Sabrina RENZI soulignent que :

Malgré un scepticisme général réciproque, des accords informels se produisent entre les deux champs. En cas de fractures, d'entorses ou de maladies qui nécessitant d'une opération chirurgicale, le thérapeute traditionnel encourage le patient à s'adresser aux soins de l'hôpital et la même chose arrive si un patient manifeste des crises hystériques, de folie, de migraine et d'allergies causées par des raisons inconnues, mais dans ce cas, c'est même le médecin qui conseille au patient de contacter le guérisseur.²⁴⁵

Ici, chacun des praticiens des deux champs cités ci-dessus oriente ses patients à aller chercher le traitement médical chez l'autre dès qu'il se sente incapable ou la nécessité de les trouver un remède différent de celui attribué *a priori* à son sein auquel les concernés se sentiront au sortir le soulagement ou leur guérison totale. De ce constat, selon Lamine NDIAYE « *la famille Ndiaye de Golby, dans le Kajoor, est rendue célèbre, grâce à sa capacité mystique de cicatrifier une fracture compliquée. L'aîné de cette famille collabore, semble-t-il, avec des médecins de l'Hôpital de Fann* »²⁴⁶.

Ainsi, force est de reconnaître qu'il existe une forte complémentarité entre les médecines traditionnelle et moderne parce que chaque branche a un champ, un domaine qui lui est spécifiquement reconnu à travers des expériences qu'elle a eu à effectuer avec ses patients. Mais, ce qui est important chez le patient, c'est de retrouver son état de santé quelle que soit l'orientation de son traitement. C'est ce qui pousse d'ailleurs certains à avancer l'idée selon laquelle les deux médecines se valent au même titre devant la recherche sur la santé. Pour Julie Laplante, « *nous posons comme prémisses que les savoirs thérapeutiques autochtones (ou locaux) et les savoirs biomédicaux (ou cosmopolites) que fait valoir la médecine humanitaire*

²⁴⁴ Lamine NDIAYE, « La place sacré dans le rituel thérapeutique négro-africain » in *Ethiopiennes n°81 Littérature, philosophie et art*, 2008, sur <http://ethiopiennes.refer.sn/spip.php?article1615>, consulté le 17 août 2015 à 16 h 13.

²⁴⁵ Laura Sinagra BRISCA, Sabrina RENZI, « Les relations entre la médecine traditionnelle et la médecine officielle au nord du Sénégal », Université de Turin Italie, CUCS Torino, 2013, p.733.

²⁴⁶ Lamine NDIAYE, « La place sacré dans le rituel thérapeutique négro-africain » in *Ethiopiennes n°81 Littérature, philosophie et art*, 2008, sur <http://ethiopiennes.refer.sn/spip.php?article1615>, *Op.cit.*, consulté le 17 août 2015 à 16 h 13.

s'équivalent épistémologiquement, tout en étant potentiellement différents dans leur portée »²⁴⁷.

En fait, c'est cette différence qui sert de trait d'union entre les médecines dans une perspective de complémentarité surtout à l'heure des nouvelles maladies. Autrement dit, les maladies chroniques ou non transmissibles avec lesquelles la biomédecine a affirmé même son incapacité de guérison. Selon Bertrand KIEFER « *à la différence des médecines complémentaires, la médecine scientifique a renoncé à la guérison comme but de son action. Elle continue d'offrir des soins, de lutter contre les maladies, mais sans projet déterminé de retrouver tel quel l'état de santé préexistant* »²⁴⁸. C'est l'une des raisons pour laquelle la plupart des patients tournent le dos à la médecine moderne même si « *de plus en plus de maladies sont désormais soignables, certes, mais au sens d'une maîtrise plus que d'une disparition* »²⁴⁹. L'espoir des patients se trouve orienté vers les médecines dites complémentaires qui, semblent-ils, proposer des remèdes.

Au Sénégal, il est important de noter que nombre de malades victimes de pathologies chroniques recourt souvent aux médecines traditionnelles. De ce fait, on observe, ces dernières décennies, une réelle augmentation de thérapeutes traditionnels aux seins des grandes villes et à l'intérieur du pays. Ces praticiens marquent leur présence dans une localité par les fréquentes publicités à travers les médias privés et les radios communautaires. Ils affirment également le pouvoir de soigner toutes les maladies.

Cependant, force est de reconnaître qu'il existe parmi ces thérapeutes une masse très importante de charlatans qui jouent sur la conscience des patients afin de s'enrichir illicitement. Ce phénomène, dû à la non réglementation dans les pratiques de la médecine traditionnelle, occupe pourtant une place dangereuse pour la santé publique des populations. Avec l'absence réelle de contrôle se développe rapidement le charlatanisme. Selon Laura Sinagra BRISCA et Sabrina RENZI :

La prolifération des charlatans dans le pays est la conséquence d'une réglementation de la MT dans les nombreux pays voisins (par exemple le Mali), en obligeant ceux qui l'État n'a pas reconnu à se déplacer au Sénégal, où la pratique

²⁴⁷ Julie LAPLANTE, « Le médicament aux frontières des savoirs humanitaires et autochtones », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, p.61 in <http://id.erudit.org/iderudit/007446ar>.

²⁴⁸ Bertrand KIEFER, « La guérison dans la médecine scientifique », *Quête de santé : entre soins médicaux et guérisons spirituelles*, Genève, Labor et Fides, Collection Religions et Modernité, 2007, p.33.

²⁴⁹ *Ibid.*, p.33.

*de toute technique thérapeutique est tacitement tolérée et où les contrôles sur l'expertise des TT sont très faibles.*²⁵⁰

Cette citation illustre que la recrudescence du charlatanisme est liée à la non réglementation de la médecine traditionnelle. Ainsi, on peut dire qu'au Sénégal, la médecine traditionnelle s'est développée librement dans le secteur informel. L'absence de politiques réelles de réglementation dans les pratiques de cette médecine pousse certains à se réclamer comme docteur au même titre que les praticiens de la biomédecine sans pour autant avoir les compétences requises, semble-t-il, d'un tradipraticien. En outre, l'évolution de la médecine traditionnelle vers le charlatanisme est due au vouloir politique d'intégrer celle-ci au sein de la biomédecine afin qu'elle puisse travailler comme elle (biomédecine) avec des règles standardisées reconnues scientifiquement valables. C'est la raison pour laquelle N. J-M. Manouan, b.b. N'Guessan et *al.*, soulignent qu' :

*En dépit de cet engouement en faveur de la Médecine Traditionnelle, il faut reconnaître l'anarchie qui entoure les conditions de son exercice notamment l'absence de cadre réglementaire, ce qui favorise la prégnance du charlatanisme dans les rangs des tradipraticien de santé (TPS). La médecine traditionnelle souffre également d'un certain nombre d'insuffisances.*²⁵¹

Le changement de trajectoire de la médecine traditionnelle a conduit ses praticiens qui ont adopté cette mouvance à rompre avec les valeurs culturelles transmises par les ancêtres. Ceci ne les ait pas bénéfique parce que l'arrêt complet à l'égard des manières de soins ingurgitées aux parents fait que les pratiques thérapeutiques ne répondent plus au sens originellement diffus, ce qui correspond également au charlatanisme. Les étapes omises dans le cadre du traitement et la transgression du sacré montrent que le tradipraticien n'a plus la chance de guérir une maladie à laquelle la science thérapeutique a été destinée initialement. Par ailleurs, cette différence de démarche entre les deux médecines ne permet pas à la médecine traditionnelle de choisir le même cheminement que la biomédecine dans la mesure où tous ceux qui ont accepté d'intégrer la formation médicinale de celle-ci et de travailler à son sein se voient leurs compétences réduites. Selon Alice DESCLAUX et Joseph-Josy LEVY :

Les tradipraticiens qui participent à cette formation acquièrent un certain prestige, et sont susceptibles de jouer un rôle d'intermédiaires entre les deux formes de savoirs, leurs compétences en matière de plantes médicinales étant cependant

²⁵⁰ Laura Sinagra BRISCA, Sabrina RENZI, « Les relations entre la médecine traditionnelle et la médecine officielle au nord du Sénégal », Université de Turin Italie, CUCS Torino, 2013, *Op.cit* p.733.

²⁵¹ N. J-M. MANOUAN, B.B. N'GUESSAN et *al.*, « Identification des acteurs de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire : cas du District Autonome d'Abidjan » in *Ethnopharmacologia*, n°46, décembre 2010, p.75.

*limitées concernant la « matrice symbolique » dans laquelle s'inscrivait leur usage traditionnel.*²⁵²

Toutefois, il est important de le souligner que dans les pratiques de la médecine traditionnelle, le savoir n'est pas donné à n'importe qui, il n'est diffus qu'aux initiés. Dans certaines familles, la connaissance thérapeutique est généralement réservée au plus âgé tandis que dans d'autres, elle est souvent transmise intuitivement des aînés à des gens qui sont en mesure de garder le secret. Celui qui reçoit la science peut être même le cadet de sa famille. Les détenteurs de ce pouvoir s'appuient à la fois sur les aspects symboliques et médicamenteux pour traiter leurs patients.

IV.4.1. L'aspect symbolique

Dans la culture africaine, pour soigner une maladie, le guérisseur se réfère souvent à l'explication étiologique. Ici, l'homme est entré en contact direct avec son environnement physique naturel à travers lequel, il se nourrit des représentations sociales pour vivre en parfaite harmonie avec l'ensemble des êtres qui peuplent son univers. Ce dernier est composé, des êtres vivants, ses semblables plus précisément, des êtres non vivants (les ancêtres), les animaux, les diables... L'origine de la maladie résulte toujours d'un ordre conflictuel avec ces différents êtres. Il existe des heures prohibées auxquelles les hommes ne doivent pas marcher dans la rue parce que le génie maléfique peut facilement pénétrer la personne et hanter sa conscience en lui provoquant une maladie. Mais aussi la transgression d'une règle sociale, le non-respect d'un rituel de sacrifice pour les ancêtres morts et le mauvais sort jeté par un guérisseur ou un marabout peuvent encore occasionner une maladie. La maladie peut être également une malédiction divine, une sanction envoyée par Dieu pour punir un péché.

En effet, l'aspect symbolique de la médecine traditionnelle repose essentiellement sur un arsenal thérapeutique mystique qui oblige souvent le guérisseur à organiser un rituel pour faire entrer le malade en contact direct avec les esprits invisibles afin de trouver une solution à sa souffrance. Chez les wolofs, ce rituel est matérialisé par le *ndëpp* « danse curative »²⁵³ selon l'expression de Lamine NDIAYE. Au sortir de ce rituel, il a parfois demandé au patient de tuer un animal synonyme de sacrifice ou de donner ses biens sous forme d'offrande. Le thérapeute recherche le mal et le soigne par ses incantations – le verbe, un langage puissant

²⁵² Alice DESCLAUX et Joseph-Josy LEVY « Présentation : cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale? *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, p.15 in URI: <http://id.erudit.org/iderudit/007443ar>.

²⁵³ Lamine NDIAYE, « La place sacré dans le rituel thérapeutique négro-africain » in *Ethiopiennes n°81 Littérature, philosophie et art*, 2008, sur <http://ethiopiennes.refer.sn/spip.php?article1615>, *Op.cit.*, consulté le 17 août 2015 à 16 h 13.

utilisé toujours dans les thérapies africaines. C'est dans cette perspective que Lamine NDIAYE souligne :

*Ce qu'il est important de retenir, c'est que, pour l'Africain, le verbe qui sacralise est la parole qui peut guérir, donner la vie ou tuer. Dans cette perspective, le verbe est doué d'une force intrinsèque. Il arrive même des moments où il fonde la force, se confond avec elle ou se fond en elle. C'est, si l'on veut bien, un Pouvoir-force qui, s'il est mal intentionné, peut blesser ou tuer. C'est là où réside toute l'efficacité symbolique de la thérapeutique négro-africaine.*²⁵⁴

Cette citation corrobore la place du verbe dans la médecine traditionnelle africaine parce qu'avec des formules, le guérisseur peut bénir, rendre malade, guérir, tuer, maudire, tourmenter et envoyer en exil une personne. L'aspect symbolique ne s'arrête pas seulement à la puissance du verbe dans la mesure où il regroupe l'ensemble des manières de faire, de penser et d'agir pour soigner un malade. Ainsi, dans le désir de vouloir acquérir les pratiques symboliques du thérapeute, il est nécessaire de faire la recension, de décrire et de filmer de tous ses rythmes qui sont en concomitances avec son environnement pour avoir le fil conducteur de la recherche de la santé. Selon Élisabeth Motte-Florac :

*La préparation d'un remède correspond à une suite d'actes nombreux et parfois complexes qui doivent être décrits avec rigueur. De fait, toutes les informations concernant sa préparation, sa conservation et son administration sont déterminantes. Lieux, temps, modes de collecte des drogues, conditions de conservation, parties (très précises) de plantes utilisées, état (de fraîcheur) du produit, conditions environnementales édaphiques et climatiques du végétal, heure de la collecte, conditions météorologiques et manipulations particulières au moment de la récolte, sélection et combinaison des drogues, dosage, ordre d'intégration des composants, temps d'exécution, durée de l'action, etc., doivent être relevés avec la plus grande précision, car ils influent de façon déterminante sur la constitution chimique du remède et par conséquent sur son efficacité biologique.*²⁵⁵

En fait, il apparaît comme un contrat sacré avec lequel les initiés qui, au moment même de la transmission du pouvoir thérapeutique, doivent tenir en compte minutieusement les différentes recommandations auxquelles la connaissance héritée des ancêtres les a été révélée pour pratiquer le soin. Ce contrat tient en compte les modalités de paiement du patient qui relèvent souvent d'une rétribution symbolique et l'environnement physique qui nécessite pour certains le déplacement du patient chez le thérapeute. Toute opposition à ces normes fait perdre au guérisseur la quintessence du savoir, c'est-à-dire, ce pouvoir qui lui donne la chance de vaincre une maladie. Il est chargé d'effectuer tous les rituels sacrificiels pour maintenir la

²⁵⁴ *Ibid.*

²⁵⁵ Élisabeth Motte-Florac, « Les pharmacopées de tradition orale », *Cahiers de littérature orale* [En ligne], 63-64 | 2008, mis en ligne le 02 janvier 2011, consulté le 14 juillet 2015. URL : <http://clo.revues.org/322> ; DOI : 10.4000/clo.322, p.5.

ferveur de sa science. Dans le cadre du traitement de certaines maladies, le tradipraticien soigne ses patients uniquement avec le verbe mais pour d'autres, il cherche à sélectionner les plantes d'où ressort la nécessité de l'aspect médicamenteux afin que les soins soient valides.

IV.4.2. L'aspect médicamenteux

Depuis son origine, la médecine traditionnelle africaine recherche une grande partie de ses remèdes dans la nature avec laquelle l'homme noir a pu garder une étroite relation. Contrairement aux occidentaux qui ont su changer la nature et la dominer à leur faveur, les africains ont gardé une notion de sacralité à elle dans le but de maintenir une perpétuelle relation avec les êtres invisibles qui sont une partie de la composante de l'univers des mystères à laquelle ils doivent garder le respect pour avoir une cohabitation paisible. Cette étape de soins est connue dès l'état de providence où les premiers humains jouissaient leur vie évidemment de la nature. Les africains ont maintenu ce lien de la connaissance des pratiques sanitaires à travers la diffusion de l'oralité des initiés de génération en génération. « *Ils savent que certaines maladies sont d'origine naturelle et sont provoquées par un phénomène naturel. Ce sont ces formes de pathologie qu'ils ont coutume d'éradiquer par le recours aux effets bénéfiques des plantes* »²⁵⁶.

Ainsi, le thérapeute choisit les remèdes qu'il administre à ses patients à partir des expériences antérieures avec lesquelles, il a eu à soigner une même maladie ou une autre qui lui est similaire. Mais aussi, il faut noter que les traitements utilisés peuvent lui apparaître sous forme d'intuition d'où il lui est prononcé clairement d'utiliser un tel remède pour un patient. En effet, l'aspect médicamenteux est essentiellement une composition d'éléments végétal et animal, un mélange harmonieux de ces substances pour créer une cure. Selon Ayodélé TELLA :

*Les plantes médicales qui peuvent être des feuilles, des tiges, des racines, des fleurs, des graines, des fruits ou tout mélange de ces éléments, sont transformées en décoctions, invariablement avec de l'eau bouillante. La décoction est ensuite absorbée par les patients par la voie orale, ou appliquée localement, ou utilisée comme bain chaud. Quelquefois on ajoute de petits animaux entiers ou des parties d'animaux entiers ou des parties d'animaux ou de minéraux pour faire diverses potions.*²⁵⁷

Ceci montre que les plantes à elles seules ne suffisent pas dans la mesure où elles sont associées à d'autres éléments différents afin de redonner une puissance dans la médication. Cependant, il est difficile de séparer le symbolique et l'aspect médicamenteux parce que c'est

²⁵⁶ Lamine NDIAYE, « La place sacré dans le rituel thérapeutique négro-africain » in *Ethiopiennes n°81 Littérature, philosophie et art*, 2008, sur <http://ethiopiennes.refer.sn/spip.php?article1615>, *Op.cit.*, consulté le 17 août 2015 à 16 h 13.

²⁵⁷ Ayodélé TELLA, « Les pratiques médicales traditionnelles en Afrique », *Ethiopique revue négro-africaine de littérature et de philosophie* in <http://ethiopiennes.refer.sn/spip.php?article632>

l'interconnexion des deux qui donne force au mélange chimique des plantes. Mais, faudrait-il reconnaître aussi, selon Lamine NDIAYE²⁵⁸, que ces plantes, leurs écorces ou leurs racines n'offrent une réelle efficacité que parce que leur usage est précédé d'incantations, de paroles mystiques, qui, au demeurant, servent à réactiver le principe actif vital contenu dans le végétal. L'aspect symbolique peut intervenir à tout moment de la médication, c'est-à-dire, du départ du guérisseur pour la recherche des éléments composants jusqu'à la préparation effective du médicament afin de valider les soins. Par ailleurs, la recension de ces substances n'est qu'une partie visible de ce pouvoir caché qui redonne la santé au patient. C'est la raison pour laquelle Elisabeth Motte-Florac souligne que :

*De fait, les thérapeutiques traditionnelles n'envisagent pas les plantes et les animaux comme de simples pourvoyeurs de substances médicamenteuses. Ils sont censés détenir, en plus de leur efficacité biologique, une part de l'existence et donc du pouvoir d'autres entités (matérielles ou intangibles) de l'environnement, qui ont un lien – souvent symbolique – avec la médication.*²⁵⁹

La plus grande force des soins thérapeutiques traditionnels réside dans le symbolique. Les animaux et les plantes occupent une place très importante dans les cultures négro-africaines d'où vient la signification totémique associée à chaque tribu ou à chaque nom de famille. Ces animaux et plantes sont *a priori* protecteurs et servent de lien entre l'homme et les dynamiques invisibles raison pour laquelle ils sont interpellés et intégrés dans différentes formes de cure traditionnelle.

Toutefois, la médecine traditionnelle, malgré ses compétences dans le traitement de certaines maladies, connaît des limites et se rabatte dans les pratiques de la biomédecine qui a pu trouver des outils nécessaires pour diagnostiquer, détecter ou d'analyser l'état d'une maladie afin de la bien traiter. Installée depuis la colonisation, cette dernière a eu le succès de combattre les grandes épidémies dans le cadre du principe d'Alma-Ata mais elle reste encore concentrer dans les grandes villes d'où la nécessité d'une politique de décentralisation qui, lancée ces dernières décennies, est en train de s'effectuer pour faire face aux nouvelles maladies dites chroniques.

²⁵⁸ Lamine NDIAYE, « La place sacré dans le rituel thérapeutique négro-africain » in *Ethiopiennes n°81 Littérature, philosophie et art*, 2008, sur <http://ethiopiennes.refer.sn/spip.php?article1615>, *Op.cit.*, consulté le 17 août 2015 à 16 h 13.

²⁵⁹ Elisabeth Motte-Florac, « Les pharmacopées de tradition orale », *Cahiers de littérature orale* [En ligne], 63-64 | 2008, mis en ligne le 02 janvier 2011, consulté le 14 juillet 2015. URL: <http://clo.revues.org/322>; DOI: 10.4000/clo.322, *Op.cit.*, p.9.

CHAPITRE V : LA DÉCENTRALISATION SANITAIRE

À l'instar de la plupart des pays africains, le Sénégal n'a connu les balbutiements de la décentralisation sanitaire qu'au lendemain de la conférence d'Alma-Ata. Ceci, avec la mise en œuvre des soins de santé primaires, les équipes de santé sont envoyées dans les contrées parmi les plus reculées du pays afin d'apporter la vaccination contre les maladies contagieuses. Par conséquent, il s'en est suivi le recrutement et la formation des agents pour le développement de la santé communautaire. Selon Gilles PISON, Kenneth HILL et al :

Suivant les recommandations de la conférence d'Alma-Ata de 1977, le Sénégal a repensé sa politique de soins en direction des soins de santé primaires à partir de 1978. En parallèle à la poursuite de l'effort de la décentralisation des gros équipements sanitaires (hôpitaux, postes de santé), cette politique s'est traduite par la formation d'agents de santé communautaires (hygiénistes et matrones) et l'établissement de pharmacies et de maternité villageoises.²⁶⁰

À cette époque, il est important de le souligner que le pays ne connaît pas encore, à vrai dire, la décentralisation sanitaire au sens propre du terme. Les personnels de santé sont envoyés à l'intérieur du pays seulement pour faire face à la situation épidémiologique mortifère même si on reconnaît que l'établissement des premières constructions d'infrastructures sanitaires et la formation d'agents secouristes au niveau local, ont permis de réduire les grandes maladies. Les prémices de la décentralisation se sont dessinées petit à petit dans le courant des années 80. C'est pourquoi Vincent LEMIEUX souligne qu' :

En 1979, le ministère de la Santé publique est organisé et, l'année suivante, des comités sanitaires sont formés dans les collectivités locales, avec pour mission de réunir et d'utiliser les ressources nécessaires en vue d'améliorer la qualité des soins dans les établissements. En 1982, il y a création, par décentralisation administrative, de services régionaux de santé publique dans le but d'organiser tous les services techniques et administratifs nécessaires à une politique cohérente de la santé dans chaque région.²⁶¹

Cette citation illustre qu'il est difficile de dissocier la décentralisation sanitaire à celle administrative car, c'est elle qui a toujours donné naissance à la première citée ci-dessus. Depuis, « les politiques des années 1970 et 1980 ont aussi proposé une certaine décentralisation politique en direction des instances locales que sont les communes et les communautés rurales. Ces instances élisent leur maire et leur conseil communal ». ²⁶² La

²⁶⁰ Gilles PISON, Kenneth HILL et al, *les changements démographiques au Sénégal*, Paris, PUF, 1997, *Op.cit.*, p.173.

²⁶¹ Vincent LEMIEUX, *Décentralisation, politiques publiques et relations de pouvoir*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, Collection Politique et économie, 2001, p.67.

²⁶² *Ibid.*, p.66.

décentralisation au Sénégal a d'abord été une vision politique à travers un découpage administratif du territoire avant de devenir une réalité dans le secteur sanitaire au courant des années 90. Dans le domaine de la santé, elle s'est préparée avec les Soins de Santé Primaires au lendemain de la conférence tenue à Alma-Ata.

La plupart des postes de santé sont désertés par les infirmiers rejoignant par la suite les grandes villes à cause d'un manque énorme de médicaments et de matériaux sanitaires. Contraint financièrement, l'État n'a pas pu mettre des moyens pour délocaliser les ressources humaines afin d'assurer la mise en œuvre du processus de décentralisation dans le domaine de la santé. Selon Jean-Michel NDIAYE²⁶³, dans la plupart des antennes sanitaires, on trouve seulement une infirmière et les contraintes économiques interdisent d'envisager de doubler cet effectif dans un proche avenir, comme il le faudrait. La décentralisation s'est heurtée à l'incapacité financière des pouvoirs locaux qui, par la restriction de la loi, n'arrivent pas à assumer la continuité du processus lancé par l'État central. De ce fait, souligne-t-il que :

Portées par l'enthousiasme des premiers jours et fortes du soutien de la nouvelle législation, les collectivités se sont lancées dans de nombreux investissements, bien souvent grâce à une aide extérieure (à la construction de bâtiments, à l'achat de motocyclettes et autres véhicules, etc.). Maintenant que ces investissements sont en place, on dispose de ressources très limitées pour les maintenir en état.²⁶⁴

Ceci montre le manque considérable de spécialistes compétents pouvant exécuter les tâches dévolues dans le domaine du secteur sanitaire. L'écart entre les moyens disponibles et les ressources humaines défavorise l'évolution de la déconcentration. Devant cette situation, les SSP, très intéressants, se sont confrontés à des difficultés pour pouvoir émerger parce qu'ils sont, jusque-là, le seul moyen qui a permis au monde rural d'accéder aux soins. Toutefois, force est de reconnaître qu'ils sont négligés comme le soulignent Gilles PISON, Kenneth HILL et al :

Au Sénégal comme dans beaucoup de pays, l'amélioration du PEV passe donc par le renforcement des activités en zones rurales et les secteurs les moins faciles d'accès, en ravitaillant les équipes mobiles ou en palliant leur inefficacité notamment. Cette tâche, prioritaire, a été négligée depuis 1987.²⁶⁵

²⁶³ Jean-Michel NDIAYE, « Décentralisation des services de santé au Sénégal » in *La décentralisation des systèmes de santé, concepts problèmes et expérience de quelques pays*, Anne MILLS, J. Patrick WAUGH et al. (dir.), Genève, OMS, 1991, p.138.

²⁶⁴ *Ibid*, p.138.

²⁶⁵ Gilles PISON, Kenneth HILL et al, *les changements démographiques au Sénégal*, Paris, PUF, 1997, *Op.cit.*, p.177.

La rupture très tôt avec les soins de santé primaire a mis en retard ce mouvement de décentralisation qui, pourtant, a permis à la majorité de la population d'accéder à la vaccination et aux différents remèdes déclenchés par la conférence mondiale pour la santé au courant des années 70. La médecine de masse a eu sur ce principe un succès remarquable. Mais, le décalage dans cette déconcentration est dû selon Sylvy JAGLIN et Alain DUBRESSON au fait que :

Des transferts de responsabilités au profit de collectivités territoriales sont presque partout observables, mais ils sont rarement accompagnés d'un partage institutionnalisé des pouvoirs. Manque de ressources, faiblesse de l'encadrement et des savoir-faire techniques, insuffisante maturité de la vie politique locale sont souvent présentés par les autorités centrales comme un obstacle à l'autonomisation des communes.²⁶⁶

Cette citation illustre que l'existence de la déconcentration n'est que de manière théorique parce que, ce qui la permet de s'accomplir réellement est souvent exécuté à moitié. La décentralisation exige la responsabilisation des collectivités locales avec une dotation en ressources humaines compétentes capables d'assumer les tâches attendues. Cependant, l'abstraction de certains pouvoirs dans la transmission des compétences aux collectivités locales empêche la dévolution des pratiques du système sanitaire de répondre aux attentes des populations.

En effet, le recouvrement aux coûts de soins de santé lancé par l'Initiative de Bamako en 1987 est l'une des principales remises en cause des SSP et des premiers jalons sur la décentralisation sanitaire. Depuis, celle-ci a connu une suite assez lente même si les politiques ne cessent de s'orienter dans ce domaine. Toutes les idées politiques menées dans le secteur sanitaire à cette période ne sont que superficielles. Ce qui incite d'ailleurs à Sérigne Mansour TALL de souligner qu' :

Avant 1996, l'État a essayé de créer progressivement une charpente institutionnelle pour appliquer sa politique au niveau inférieur. Mais cette décentralisation est une décentralisation par décrets, une décentralisation juridico-administrative. On redimensionne des territoires. On crée de nouvelles entités politiques sans un transfert de pouvoirs, sans un projet d'ensemble. C'est "un engagement territorial non suivi de moyens financiers" (Bertrand 1993). C'est seulement avec la décentralisation de 1996 que sont transférées aux collectivités locales des compétences jusque-là assurées par l'État central.²⁶⁷

²⁶⁶ Sylvy JAGLIN et Alain DUBRESSON (dir.), *Pouvoirs et sociétés d'Afrique noire Décentralisations en questions*, Paris, Karthala, 1993, p.9.

²⁶⁷ Sérigne Mansour TALL, « La Décentralisation et le Destin des Délégués de Quartier à Dakar (Sénégal) », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 15 | 1998, mis en ligne le 20 décembre 2006, p.3, Consulté le 01 octobre 2015. URL : <http://apad.revues.org/567>.

En fait, au Sénégal, la décentralisation sanitaire a commencé à devenir une réalité qu'à partir des années 90 avec les réformes institutionnelles de la loi 96-07 du 22 Mars 1996 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales. Cette même loi était la création de 442 collectivités locales, 322 communautés rurales, 110 communes dont 43 communes d'arrondissement dans les villes de la région de Dakar et 11 régions. Autrement dit, c'est la décentralisation institutionnelle et administrative qui a donné la naissance réelle à la déconcentration sanitaire. Elle vient introduire le transfert de compétence de l'État central aux collectivités locales neuf domaines de compétences dont la santé est prise en compte. Ces dernières sont :

- 1- Domaines,
- 2- Environnement et Gestion des Ressources Naturelles,
- 3- Santé, Population et Action Sociale,
- 4- Jeunesse, Sports et Loisirs,
- 5- Culture,
- 6- Éducation,
- 7- Planification,
- 8- Aménagement du Territoire,
- 9- Urbanisme et Habitat.

Le transfert de pouvoir introduit ainsi la responsabilisation à chacun des niveaux de la hiérarchie des collectivités locales une zone qui lui est spécifiquement attribuée selon la répartition et le découpage administratif du territoire national. C'est pourquoi :

*Chacune des collectivités décentralisées avait reçu des compétences précises en matière de Santé et d'Action Sociale. Les communes devaient assurer la gestion des centres et postes de santé urbains, les communautés rurales, celle des postes de santé ruraux, pendant que les conseils régionaux prenaient en charge les EPS ainsi que les centres de santé situés au niveau des communautés rurales.*²⁶⁸

Au Sénégal, il est important de souligner que le transfert de compétences dans le secteur de la santé est un long processus qui résulte d'une inspiration de différentes politiques sanitaires sur la décentralisation qui lui sont antérieures.

²⁶⁸ Mohamed Lamine LY, « SENEGAL: L'ACTE 3 RISQUE DE DESORGANISER LE SYSTEME DE SANTE », 23 juin 2014 in <http://blogs.mediapart.fr/blog/mohamed-lamine-ly/230614/senegal-lacte-3-risque-de-desorganiser-le-systeme-de-sante>, consulté le 31 août à 16h 39.

V.1. Les différentes politiques axées sur la décentralisation sanitaire

Au sortir d'Alma-Ata, l'OMS²⁶⁹ tient le discours définissant que : la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social ; ce n'est pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité. La santé est un droit fondamental de l'être humain. L'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé. Ainsi, faisant référence à cette déclaration, le Sénégal s'est proposé le renforcement de son système sanitaire à travers la loi n° 72-02 relative à la décentralisation et son engagement solennelle aux politiques de l'OMS sur les SSP. Par conséquent, le pays procède dès 1983 à :

- La création du Conseil National de Santé présidé par le Chef de l'État ;
- L'existence de conseil ministériel pour les prises de décision ;
- La création d'une commission intersectorielle sur les SSP.

De plus, en 1989, la Déclaration de Politique de Santé et d'Action Sociale du Gouvernement²⁷⁰ vise à :

- Améliorer la couverture sanitaire particulièrement en zone rurale et sub-urbaine ;
- Améliorer la santé de la mère et de l'enfant ;
- Développer des actions préventives et éducatives ;
- Rationaliser les activités curatives ;
- Rationaliser et développer les ressources humaines, matérielles et financières ;
- Maîtriser les variables démographiques.

Avec la Déclaration de Politique de Santé et d'Action Sociale de juin 1989, l'État sénégalais s'est engagé à respecter les principes d'Alma-Ata en jetant les bases du premier PNDS pour la période 1998-2007 qui, à son tour, a mené la réflexion de plusieurs réformes à la fois législative et institutionnelle touchant principalement les hôpitaux, les médicaments, les pharmacies, le système d'information sanitaire, le financement de la santé, la réorganisation du Ministère de la Santé, la coordination des interventions et l'intégration des activités. Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS), plan quinquennal qui s'est installé de 1998 à 2002 apparaît comme un prolongement du PNDS dont les objectifs sont fixés à la réduction de la mortalité maternelle, la réduction de la mortalité infantile et juvénile et la maîtrise de la fécondité. Le deuxième PDIS qui s'est effectuée pendant la période 2004-2008 a œuvré dans le même sens. Selon Pascal ZURN, Laurence CODJIA et Farba Lamine SALL

²⁶⁹ OMS, 1978.

²⁷⁰ Cf., Annexe 5

« Un important effort a été fait dans la création des postes de santé durant le PNDS 1998-2007. En effet, le nombre de postes de santé est passé de 733 en 1994 à 1018 en 2007 ». ²⁷¹

Ainsi, le deuxième PNDS (PNDS II) qui est en cours correspond à la période 2009-2018. Il s'inscrit dans le même registre que les Soins de Santé Primaire et s'attèle à la réduction des inégalités sanitaires afin que tous les sénégalais puissent avoir un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité, sans aucune forme d'exclusion. Ses objectifs sont au nombre de quatre (i) Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles ; (ii) Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ; (iii) Renforcer durablement le système de santé ; (iv) Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

En outre, le PNDS II est ficelé de onze (11) orientations stratégiques : (i) Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto juvéniles ; (ii) Amélioration de la promotion de la santé ; (iii) Renforcement de la prise en charge des cas ; (iv) Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte ; (v) Développement des ressources humaines, (vi) Renforcement des Infrastructures, des Équipements et de la Maintenance, (vii) Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux, (viii) Renforcement du système d'information et de la recherche ; (ix) Promotion de la gestion axée sur les résultats, (x) Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière et (xi) Renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables. Le PNDS II met également l'accent sur la surveillance épidémiologique à la santé de la reproduction, à des maladies tels que le VIH/SIDA et le paludisme. Il vise à atteindre les OMD.

En effet, pour mieux comprendre les politiques sur la décentralisation sanitaire, il est nécessaire de remonter dans les années 90 qui ont marqué un tournant décisif dans le secteur de la santé au Sénégal. C'est à cette période correspondant à l'acte II de la décentralisation institutionnelle qu'est apparu l'un des transferts du domaine de compétences de la santé aux collectivités locales notamment à travers la loi 96-07 du 22 Mars 1996. Les différentes compétences sanitaires transférées par ladite loi figurent dans ce tableau ci-dessous.

²⁷¹ Pascal ZURN, Laurence CODJIA et Farba Lamine SALL, *La Fidélisation des personnels de santé dans les zones difficiles du Sénégal*, Rapport intermédiaire, Octobre 2008, p.12.

Tableau 7 : Les compétences transférées en matière de santé aux collectivités locales à partir de 1996

Région	Commune	Communauté rurale
Santé, Population et Action Sociale		
<ul style="list-style-type: none"> -Gestion et entretien des hôpitaux régionaux et départementaux -Gestion, entretien et l'équipement des centres de santé situés au niveau des communautés rurales -Mise en œuvre de mesures de prévention et d'hygiène -Participation à l'entretien et à la gestion des centres de promotion et de réinsertion sociale -Organisation et la gestion de secours au profit des nécessiteux 	<ul style="list-style-type: none"> -Gestion, entretien et l'équipement des centres de santé urbains. -Construction, gestion l'entretien et l'équipement des postes de santé urbains -Participation à l'entretien et à la gestion de centres de promotion et de réinsertion sociale -Organisation et gestion de secours au profit des nécessiteux 	<ul style="list-style-type: none"> -La construction, la gestion, l'entretien et l'équipement des postes de santé, des maternités et cases de santé rurale -La participation à l'entretien et à la gestion de centres de promotion et de réinsertion -L'organisation et la gestion de secours au profit des nécessiteux -L'appui au financement de projets productifs au profit des populations déshéritées

Source : Étude sur la situation actuelle de la mise en œuvre de la politique de décentralisation au Sénégal, Rapport final, juin 2005

Des efforts considérables ont été remarqués dans le secteur sanitaire pendant cette période. Selon World Health Organization²⁷² depuis 1990, le Ministère de la Santé a opté pour un renforcement de sa politique de décentralisation par l'élaboration des plans régionaux de développement sanitaire et des plans de développement des districts (découpage du pays en 45 districts). Le district est désormais la zone opérationnelle, couvrant une population de 30 000 à 300 000 habitants, et comprenant 15 à 25 postes de santé articulés autour d'une structure de référence, qui peut être soit un centre de santé, soit un hôpital régional.

Ceci est effectué pour répondre aux différents désagréments apparus dans le secteur après l'I.B qui a instauré le recouvrement aux coûts des soins de santé. Mais, cette politique a mis certaines couches sociales défavorisées un peu à l'écart du système de fonctionnement des infrastructures publiques. Les coûts sanitaires sont devenus insupportables par une grande masse de la population. Les plus aisés ne fréquentent presque plus les établissements de santé publiques. Malgré son personnel qualifié, ils préfèrent se faire soigner dans les privés. Les hôpitaux sont confrontés à une mauvaise gestion administrative et financière, à un manque de personnel, de médicaments, de matériels opératoires, de consommables, etc. En sus, l'octroi des soins de santé adéquats ne sont plus possibles face à une crise qui règne au sein du système hospitalier. C'est dans ce contexte que Hubert BALIQUE souligne que :

Les hôpitaux du Sénégal se trouvent aujourd'hui dans une impasse qui résulte de leurs difficultés à s'adapter aux changements du monde en général et du Sénégal en particulier. En effet, leur organisation n'a pas été l'objet de grandes modifications depuis une époque où on parlait encore de gratuité des soins. Mise à part la création des comités de santé qui leur ont permis de mettre en place le recouvrement des coûts, ils fonctionnent toujours selon les principes fondamentaux d'une administration: leur logique est d'ordre réglementaire et ne fait aucune référence à la notion de performance; le personnel qui y travaille est invité à faire ce qu'il peut avec ce qu'il a; le malade est soumis aux aléas des circonstances et doit se contenter de ce qu'on lui donne.²⁷³

Le manque de performance noté au niveau des hôpitaux suscite les bailleurs de fonds à réorienter les politiques sanitaires dans la gestion et le fonctionnement de l'institution hospitalière du Sénégal. Il s'agit ici de réorienter la structuration de pilotage de l'hôpital à un modèle semblable à celui des privés, c'est-à-dire, de la logique administrative à la logique

²⁷² WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Le secteur pharmaceutique privé commercial au Sénégal. Dynamique de développement et effets sur l'accès aux médicaments essentiels*. Programme d'action pour les médicaments essentiels. Genève : WHO/DAP/97.3, 1997, p.8.

²⁷³ Hubert BALIQUE, *Le système hospitalier du Sénégal: analyse et perspectives*, mai 1996, p.2 in [info.worldbank.org/etools/docs/library/232765/Reform Hospitaliere](http://info.worldbank.org/etools/docs/library/232765/ReformHospitaliere).

d'entreprise. Ce qui a amené le pays à être l'un des premiers États ouest-africains à adopter la réforme hospitalière.

V.1.1. La réforme hospitalière

Adoptée le 12 février 1998 par l'Assemblée Nationale, la réforme hospitalière résulte de deux lois fondamentales : la première loi 98-08 du 02 mars 1998 portant la réforme hospitalière et la seconde 98-12 du 02 mars 1998 relative à la création, l'organisation et au fonctionnement des EPS. La réforme a pour objectifs d'apporter des améliorations sur la précarité des soins et sur toutes les difficultés confrontées par les patients et le personnel hospitalier afin de les satisfaire et d'amener des changements nécessaires dans la gestion des infrastructures et de susciter une collaboration entre privés et publics pour une complémentarité des soins. De simples démembrements du ministère de la santé, la réforme hospitalière fait passer les hôpitaux publics au statut d'Établissements Publics de Santé. Elle promet également de vouloir accéder à tout citoyen aux soins de santé de qualité quelle que soit sa catégorie sociale.

Dans ce cadre, l'État et les Collectivités locales apportent aux hôpitaux les dotations qui leur permettent de remplir leurs missions, en particulier de traiter les urgences et de maintenir les tarifs à un niveau acceptable. Les usagers participent aux dépenses d'hospitalisation et de consultation externe.²⁷⁴

Pour aboutir à une bonne gestion des soins de santé, l'État s'est engagé à ce qu'une logique d'entreprise soit installée au sein de l'hôpital. Ainsi, différents organes tels que le Conseil d'Administration, la Commission Médicale d'Établissement et le Comité Technique d'Établissement sont créés. Chaque hôpital est doté d'un Agent comptable et d'un contrôleur de gestion. Ceci a pour but de permettre à l'hôpital d'assurer son autonomie de gestion afin d'atteindre une meilleure performance et de fournir des soins de qualité dans l'équité conformément aux attentes des populations. Ces organes sont structurés sous une forme de transparence permettant d'apporter des changements objectifs et nécessaires dans l'administration des soins. Pour veiller à l'organisation de ces derniers, un conseil d'administration est mis en place.

V.1.1.1. Le Conseil d'Administration

L'autorité stratégique de l'établissement, le Conseil d'Administration est chargé de veiller à son bon fonctionnement de proposer, d'élaborer une stratégie et une politique de gestion afin d'apporter la qualité dans les prestations des soins pour le maintien de la sécurité sanitaire à l'ensemble de la population. Le Conseil d'Administration est composé

²⁷⁴ Ministère de la santé, Réforme hospitalière, Présentation lois et décrets, p.4.

essentiellement des représentants de l'administration, des représentants des professions médicales, des représentants des collectivités locales et pharmaceutiques exerçants dans les établissements, des personnalités qualifiées et des représentants des organismes de prévoyance sociale.

Le Conseil d'Administration fonctionne par la voie d'élection pour élire les personnels qui sont représentés en son sein. Ces derniers sont choisis par leurs pairs au niveau de chaque hôpital. Il comprend également les représentants de la population au travers des Comités de Santé et des associations de consommateurs ou de toute association concernée par le fonctionnement de l'hôpital. Les Présidents des Conseils Régionaux sont de droit choisis pour présider les Conseils d'Administration des Établissements Publics de Santé. Ses délibérations reposent aussi sur les conventions de coopération et accords entre hôpitaux. Dans cette même perspective de gestion, le Conseil d'Administration se rabatte sur la commission médicale d'établissement (CME).

V.1.1.2. La Commission Médicale d'Établissement

Elle est toujours dirigée par un médecin mais avec une forte collaboration avec le Directeur. Elle est mise en place pour répondre à toutes les questions relatives aux soins. Elle s'efforce aussi d'assurer la promotion de l'évaluation de la qualité des soins au sein de l'établissement. Ici, les médecins sont doublement responsabilisés parce qu'ils doivent d'abord concevoir et ensuite mettre le volet médical du projet d'établissement dans le cadre de la Commission Médicale d'Établissement. L'avis de cette dernière est obligatoirement important sur toutes les questions relatives à la pratique médicale d'où elle travaille toujours avec le comité technique d'établissement.

V.1.1.3. Le Comité Technique d'Établissement

Mise en place pour régler les problèmes des hôpitaux, son personnel technique participe à la résolution des gênes liés à l'hygiène, à la sécurité, aux plans de formation, etc. que peuvent rencontrer les professionnels de santé et la population. Le Comité Technique d'Établissement comprend le représentant des médecins et un membre de chaque catégorie du personnel élu par ses pairs. C'est notamment une instance consultative. Il est présidé par le Directeur de l'hôpital qui veille à son bon fonctionnement. La réforme hospitalière engendre une recombinaison du système sanitaire par structuration à type pyramidale.

V.2. La structuration sanitaire à type pyramidale

V.2.1. L'organisation du système sanitaire

Le système sanitaire du Sénégal est basé sur un mode de fonctionnement typiquement pyramidale. La structuration du secteur de santé sous cette orientation permet chaque niveau du réseau de se sentir efficace et responsable dans l'administration et la distribution des soins. Ainsi, il est composé hiérarchiquement d'échelons respectivement en trois : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

Le niveau central est l'organe suprême de l'architecture médicale. Il regroupe le cabinet du ministère, le secrétaire général, les directions et les services rattachés, les hôpitaux nationaux ou les établissements publics de santé de niveaux 3. Il définit, élabore, discute et met en œuvre les politiques de planification sanitaire à l'échelle nationale. Il s'agit notamment du plan national de développement sanitaire (PNDS), du plan départemental de développement sanitaire (PDDS), du plan intégré de développement sanitaire (PIDS), du plan régional de développement sanitaire (PRDS), etc.

Le niveau intermédiaire dit également région médicale correspond à la région administrative qui est constituée aujourd'hui de 14 régions. Il assiste à la formation des personnels sanitaires de la région et assure le bon fonctionnement du système de la santé par la coordination, la supervision et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées. La région médicale est sous les commandes d'un médecin-chef qui se charge de l'exécution des politiques sanitaires.

Le niveau périphérique correspond au district sanitaire qui peut être en fait un département ou une partie du département. Il regroupe et couvre plusieurs centres de santé, des postes de santé, des cases de santé et des maternités rurales. Le district sanitaire est à la responsabilité d'un médecin-chef. Les postes de santé sont gérés par des infirmiers. Ainsi, les cases de santé et les maternités rurales généralement gérées par les agents de santé communautaires, les sages-femmes et les matrones sont sous la supervision des infirmiers. Le district sanitaire dispose d'un médecin, d'une équipe cadre de district et d'un réseau de 10 à 25 postes de santé. Il couvre une zone géographique correspondant au département administratif avec une population desservie estimée être entre 100 000 et 150 000 habitants.²⁷⁵

²⁷⁵ MSHP, *L'infirmier pilier du système de santé au Sénégal*, mai, 2003, p13.

L'organisation du système sanitaire permet aux services d'offre des soins de répondre directement à la demande des populations.

V.2.2. Les services d'offre des soins

Ils suivent la logique de la structuration de l'organisation sanitaire et permettent aux malades de passer un niveau inférieur à un niveau supérieur. Les services d'offre de soins sont principalement les postes de santé, les centres de santé et les hôpitaux. Le Sénégal compte 18 hôpitaux devenus avec la réforme des établissements publics de santé, 54 centres de santé, 828 postes de santé, 1 776 cases de santé et de maternités rurales et 1 162 cabinets et cliniques privées.²⁷⁶

V.2.3. Les postes de santé

Les postes de santé, les cases de santé et les maternités rurales servent généralement les premiers soins aux populations habitant le monde rural et dans les communes. Ils constituent le bas de l'échelle pyramidale. En fait, avant de fréquenter les postes de santé, les patients passent souvent par les cases de santé et les maternités rurales. Les postes de santé proposent des soins primaires notamment les accouchements non compliqués, les plaies, les soins dentaires et les maladies légères. Cependant, les affections qui les dépassent sont envoyées auprès des centres de santé.

V.2.4. Les centres de santé

Appelés également Établissements Publics de Santé 1 (EPS 1), les centres de santé servent de lieu privilégié des activités préventives et promotionnelles. Ils permettent de lutter contre les mortalités maternelles grâce à l'application des césariennes. Ainsi, ils disposent d'un plateau technique d'hôpital niveau 1 les permettant de prendre en charge les urgences, les soins obstétricaux et néonataux. Certains d'entre eux ont un bloc chirurgical avec souvent une chirurgie générale. À l'impossible, ils transfèrent les patients aux hôpitaux régionaux qui ont un matériel opératoire plus sophistiqué.

V.2.5. Les hôpitaux régionaux

Ils disposent de soins spécifiques plus meilleurs que les centres de santé. Lorsque ces derniers sont dépassés par des complications, les malades sont évacués en premier lieu dans les hôpitaux régionaux nommés aussi Établissements Publics de Santé 2 (EPS 2) ou Centres Hospitaliers Régionaux (CHR). Ils offrent des soins de médecine générale, chirurgie générale,

²⁷⁶ *Op.cit.*, p.9.

ainsi que plusieurs spécialités notamment en cardiologie, ophtalmologie, pédiatrie, traumatologie, etc. En cas de dépassement, ils se réfèrent aux hôpitaux nationaux.

V.2.6. Les hôpitaux nationaux

Ils occupent l'échelon supérieur de l'offre des soins de la structure pyramidale et sont tous implantés à Dakar. Les hôpitaux nationaux proposent des soins plus pointus que l'ensemble des services cités ci-dessus. Toutes les spécialités médicales et chirurgicales sont pratiquées en son sein. Leurs plateaux techniques et capacités d'accueil dépassent largement les autres services médicaux. Ils sont appelés Établissements Publics de Santé 3 (EPS 3). Dans la logique hiérarchique, les hôpitaux nationaux reçoivent les malades évacués par les Établissements Publics de Santé 2.

En effet, il est important de noter que les patients ne fréquentent pas seulement les structures de santé publiques dans la mesure où les privés fournissent également des soins de santé de qualité. Les privés tels que les hôpitaux, les cliniques et les cabinets de soins participent à l'offre des soins à une certaine catégorie de la population notamment les plus aisés d'où la nécessité de renforcer le partenariat entre public et privé (PPP) afin de permettre la coordination et la complémentarité des soins. En cas de dépassement, les privés se réfèrent aux structures de santé publiques pour les envoyer leurs patients. Dans le but de relever le défi dans le secteur sanitaire, beaucoup d'efforts ont été consentis au Sénégal ces dernières décennies. *« À l'heure actuelle, le Sénégal compte un total de 3 084 structures de santé (dont 86 hôpitaux, 242 centres de santé y compris les centres médicaux de garnison (CMG), 1 250 postes de santé y compris les infirmeries des maisons d'arrêt et de correction (MAC) et 1 506 cases de santé ».*²⁷⁷ Ce dispositif infrastructurel a permis de répondre à certains cas d'urgence dans les collectivités locales. Avec le transfert de compétences octroyé à ces dernières, l'État s'est engagé à les appuyer par le Fond de Dotation de la Décentralisation pouvant les servir à assurer une certaine autonomie financière.

V.3. Le Fonds de Dotation de la Décentralisation

Destiné à soutenir les collectivités locales, le Fonds de Dotation de la Décentralisation (FDD) est une somme mise à leur disposition afin d'accompagner le transfert de compétence. Il se rallie à l'article 5 du code des collectivités locales qui stipule que tout transfert de compétences doit s'accompagner de manière concomitante avec un transfert de moyens

²⁷⁷ ANSD, *Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) 2014*, Dakar mai 2015, p.3

nécessaires à l'accomplissement des tâches. Il est un budget alloué annuellement par l'État aux collectivités locales dont une grande partie du FDD est réservée à la santé. Ces dernières sont considérées comme dépourvues de moyens pouvant assurer les tâches dévolues à la loi portant la décentralisation.

Pour faire face, d'une part, aux charges résultantes de ce transfert de compétences, et pour assurer d'autre part, le fonctionnement des organes de la région qui ne dispose pas de ressources propres, et en attendant la mise en place d'une fiscalité rénovée, il a été retenu la création d'un fonds de dotation de la décentralisation dont la loi prévoit que les critères de répartition sont fixés par décret.

Dans le principe, le fonds de dotation de la décentralisation devrait être alimenté par un prélèvement sur la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) conformément aux dispositions de l'article 59 de la loi n° 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales.²⁷⁸

Le FDD et le FECL (Fond d'Équipement des Collectivités Locales) constituent la principale source de financement accordée aux collectivités locales avant que des réformes ne soient menées afin qu'ils puissent être alimentés par les TVA²⁷⁹. Estimé à 16 milliards en 2010, le FDD est passé à 18.410.571.000 F CFA en 2014 avant de s'élever à 20.410.571.000 F CFA en 2015. Outre, le FECL est passé pour sa part de 12.550.000.000 F CFA en 2014 à 15.000.000.000 F CFA en 2015. Ces deux fonds ensemble ont atteint un montant de 35 410 milliards FCFA pour l'année 2015. Cette augmentation est assimilée au faible revenu qu'ont les collectivités locales pour pouvoir répondre aux différentes charges qui leurs sont dévolues.

Cependant, il est important de noter qu'un dysfonctionnement a été noté dans la gestion de ces fonds. L'argent destiné à couvrir les domaines de compétences transférés aux collectivités locales est souvent désorienté des buts fixés pour soutenir celles-ci à atteindre les objectifs visés par l'État. Dans le secteur sanitaire des désagréments sont signalés autant sur le retard de la mise à disposition des fonds affectés aux collectivités locales que sur l'écart des moyens disponibles et l'argent proclamé à travers le Fonds de Dotation de la Décentralisation pour les soins. De ce constat, il est souligné qu' :

²⁷⁸ Cf. DECRET n° 2003-99 du 13 mars 2003 fixant les critères de répartition du Fonds de dotation de la décentralisation pour l'année 2003.

²⁷⁹ François DIOP, Oumar NDIAYE et Christophe GRUNDMANN, *Décentralisation et Système de Santé au Sénégal: Une Synthèse*, Document de travail, Janvier, 2001.

En réalité, la gestion du FDD/santé par les collectivités locales est remise en cause par certains administrateurs et le personnel sanitaire lui-même, lesquels dénoncent un détournement d'objectifs d'autant plus que ce fonds destiné à la santé est parfois utilisé à des fins politiques. Qui plus est, un grand écart est souvent constaté entre le montant du FDD/S et les montants qu'elles investissent réellement dans la santé.²⁸⁰

Ceci montre que malgré les efforts consentis par la réforme hospitalière, le système sanitaire est confronté à des difficultés occasionnées par le recrutement d'une pléthore de personnel non qualifiés entraînant l'explosion de la masse salariale. Des insuffisances ont été notées surtout pour ce qui est de la prise en charge des maladies non transmissibles, des urgences médicales, chirurgicales et gynéco-obstétricales et aussi en rapport avec la qualité des soins.

De plus, en dehors du manque d'équipement, de matériels biomédicaux et de déficit de personnel qualifié en zone suburbaine et rurale, une pléthore d'agents de santé communautaire s'est sérieusement posée dans le système sanitaire. Aussi bien on note le désengagement de l'État lié aux politiques institutionnelles des bailleurs de fonds comme la Banque Mondiale et le FMI et la réticence des médecins à exercer dans le monde rural. Le problème de l'inadaptation des médecins-chefs de district à combiner les activités préventives et la santé publique avec celles en rapport avec les tâches quotidiennes de prise en charge de soins hospitaliers de qualité.

Les faibles capacités des collectivités à réaliser leur propre vision et les dysfonctionnements du système d'orientation-recours dus à des structures privilégiant des critères de rentabilité financière sur ceux en rapport à l'accès universel à des soins de qualité sont également des gènes soulignés après la réforme.

En outre, l'introduction du plan sésame en 2006, cette politique de la gratuité des soins aux personnes âgées de 65 ans et plus, de l'accouchement et de la césarienne chez les femmes dont l'accouchement semble compliqué, a mené une remise en cause avec le recouvrement des soins sanitaires de l'IB. Le plan sésame s'est aussi proposé la gratuité des médicaments dits essentiels. Il permet aussi à tous les concernés munis de leurs cartes d'identité dans les centres

²⁸⁰ Alain Laurent ABOA, Hilaire de Prince POKAM, Adama SADIO et Aboubakr TANDIA (Dir.) *Démocratie et développement en Afrique : perspectives des jeunes chercheurs africains, tome II Imaginaire et pratiques du développement à l'épreuve de la politique internationale*, Paris, l'Harmattan, 2013, p.156.

de santé d'en bénéficier. Ce qui a causé une réduction substantielle dans la santé de la reproduction.

Toutefois, selon Juliette ALENDA « *le plan Sésame en est l'exemple le plus parlant, celui-ci étant victime de son succès. La demande a connu une hausse bien trop rapide par rapport à l'évolution de l'offre qui n'a pu prendre en charge ce flux de patients* ». ²⁸¹ Les établissements sanitaires ont commencé à perdre le contrôle de la réduction des coûts dans la mesure où les dépenses effectués tardent à être remboursés par l'État. Par conséquent, la charge des coûts sanitaires sont répercutés aux usagers par le biais d'une augmentation des prix pour d'autres services tels que les médicaments.

La perte des revenus des établissements de santé est fortement endossée par les usagers. Ceci a entraîné une défection dans les politiques de la gratuité des soins et dans la pratique médicale. Selon Alain Laurent ABOA, Hilaire de Prince POKAM, Adama SADIO et Aboubakr TANDIA « *certaines hôpitaux peinent à rentrer dans leur fond du fait du retard de paiement des prestations sanitaires dont le remboursement incombe à l'État (prise en charge des personnes âgées dans le cadre du plan sésame, etc.)* ». ²⁸² Avec la restructuration du système sanitaire, les hôpitaux sont dépassés par les problèmes de prise en charge. C'est pourquoi, ajoutent-ils, que :

La majorité des hôpitaux sénégalais croulent sur le poids de la dette. À la fin 2007, le montant total de l'endettement des établissements hospitaliers atteignait plus de 12 milliards de f.cfa. Cet endettement est dû à des gestions déficitaires successives en rapport à un accroissement des dépenses de personnel, lui-même due à une augmentation des effectifs et du coût salarial moyen. ²⁸³

Cette situation de précarité n'est pas profitable au plus diminués et à tous ceux qui travaillent dans le secteur informel. Autrement dit, force est de reconnaître que seuls les travailleurs du secteur formel et les agents de l'État bénéficient de l'assurance maladie d'où la nécessité de l'installation de la politique relative à la mise en œuvre des mutuelles de santé afin d'assurer la couverture maladie universelle pour permettre aux laissés-pour-compte d'accéder à une couverture risque maladie.

²⁸¹ Juliette ALENDA, « Évolution de l'assurance maladie au Sénégal : de l'exclusion à l'inclusion du secteur informel », CLERSE, Université Lille1, 2013, p.9.

²⁸² Alain Laurent ABOA, Hilaire de Prince POKAM, Adama SADIO et Aboubakr TANDIA (Dir.) *Démocratie et développement en Afrique : perspectives des jeunes chercheurs africains, tome II Imaginaire et pratiques du développement à l'épreuve de la politique internationale*, Paris, l'Harmattan, 2013, *op.cit.*, p.158.

²⁸³ MSP cité par Alain Laurent ABOA, Hilaire de Prince POKAM, Adama SADIO et Aboubakr TANDIA (Dir.) *Démocratie et développement en Afrique : perspectives des jeunes chercheurs africains, tome II Imaginaire et pratiques du développement à l'épreuve de la politique internationale*, l'Harmattan, Paris, 2013, p.158.

V.4. La couverture risque maladie

Hérité du système colonial, le Sénégal a depuis instauré un système protection sociale et sanitaire semblable à celui de l'ancienne métropole. La couverture risque maladie n'est bénéfique qu'à une population minoritaire notamment à ceux qui sont du régime salarial. Cette politique appliquée par l'État remet en cause l'accessibilité aux soins de santé à une grande masse de la population reposant essentiellement sur la dynamique de l'économie informelle d'où l'iniquité sanitaire persiste et crée un grand déséquilibre entre les citoyens.

En passant d'un extrême à l'autre, l'économie populaire reste oubliée de toute protection sociale jusqu'à aujourd'hui. La lutte contre la pauvreté, devenant un impératif moral, va peu à peu contribuer à supprimer le débat sur la protection sociale. Le but est désormais d'aider les plus pauvres, ceux qui ont subi de plein fouet les PAS et ne peuvent accéder au marché, sans capacités.²⁸⁴

Dans le but que la santé soit accessible à toutes les couches sociales de la population, l'assurance maladie jusqu'ici réservée au secteur formel devient une politique préoccupante de l'État afin d'élargir les régimes de couverture sanitaire existants. Ces derniers sont essentiellement les régimes non contributifs et les régimes contributifs.

V.5. Les régimes non contributifs

V.5.1. Les agents de l'État en activité et les fonctionnaires retraités

Ils dépendent directement d'une couverture risque maladie à laquelle l'État assure la garantie. Par le biais d'un processus systématique, l'État assume la responsabilité de gérer la santé de tous ses employés qui sont les agents fonctionnaires et les non fonctionnaires ainsi que leurs familles. Ceci s'effectue par une imputation budgétaire à tous ceux qui travaillent ou ont exercé comme fonctionnaires dans les services étatiques. Celle-ci permet de couvrir les frais de consultations, d'hospitalisation des examens et analyses effectués dans toutes les structures publiques et également dans les structures privées agréées jusqu'à la hauteur de 80%. Les 20% restant sont endossés par les fonctionnaires pour la prise en charge de leurs médicaments.

La couverture sanitaire des concernés cités ci-dessus est régie par le décret n°72-215 du 7 mars 1972 qui stipule la garantie relative à la sécurité sociale de tous les ayants droits. Ces derniers ainsi que leurs familles peuvent se faire consulter gratuitement dans un centre médico-social établi par l'État. Les fonctionnaires retraités et ceux en activité sont aux mêmes pieds d'égalité devant la couverture sanitaire. Cependant, les agents de l'État non fonctionnaires

²⁸⁴ Lautier cité par Juliette ALENDA, « Évolution de l'assurance maladie au Sénégal : de l'exclusion à l'inclusion du secteur informel », CLERSE, Université Lille1, 2013, p.4.

retraités sont pris en charge par l'IPRES. Par ricochet, les agents des collectivités locales sont bénéficiaires de ce régime.

V.5.2. Les agents des collectivités locales

Ils sont également couverts par ce régime de la protection sociale et sanitaire. Ils bénéficient de l'assurance maladie conformément à la loi citée ci-dessus. Il est important de noter que seuls les agents de l'État affectés dans les collectivités locales sont concernés par cette décision. Ceci est lié à une abstraction de la fiscalité sur leurs salaires. En revanche, les autres travailleurs engagés directement par les collectivités ne sont pas bénéficiaires de cette faveur. Mais, force est de constater que celle-ci permet aux étudiants d'accéder aux soins.

V.5.3. Les étudiants

Peuvent être considérés comme avantageux du régime non contributif, les étudiants bénéficiaires des œuvres universitaires de Dakar et de Saint-Louis. À travers les Centres des Œuvres Universitaires (COUD et CROUS), les étudiants pensionnaires bénéficient jusqu'à 4/5 des frais d'hospitalisation et des médicaments. Un service médical et une pharmacie sont établis au sein de chacune des universités publiques permettant aux étudiants d'obtenir les premiers soins primaires (consultation, médicaments, analyses, soins dentaires et hospitalisation).

En cas de complication, les concernés sont directement évacués en urgence dans les hôpitaux publics de référence d'où les frais de transfert et soins sont fortement assurés par les services des œuvres universitaires. Cependant, les pharmacies des œuvres universitaires sont dotées d'un nombre très réduit de médicaments obligeant les étudiants à déboursier chez les privées pour leur propre santé. Quant à certaines entreprises privées, leurs salariés restent bénéficiaires.

V.5.4. Les salariés d'entreprises privées

Les salariés d'entreprises privées ayant plus de 400 employés sont également pris en charge des services médicaux établis au sein de chacune de ces entreprises. Elles sont tenues à l'obligation d'une assurance maladie à l'ensemble des recrutés œuvrant à leur sein d'où un service médical est mis en place sous la responsabilité d'un médecin de travail.

Une médecine d'entreprise est mise en place pour assurer les travailleurs et leurs familles à travers les prestations de soins notamment consultations, médicaments et toutes autres pratiques courantes affiliées pour leur couverture sanitaire. Cependant, d'autres salariés affichent leur affinité à la Caisse de Sécurité Sociale.

V.5.5. Les salariés affiliés à la Caisse de Sécurité Sociale

En cas d'accidents de travail et de maladies professionnelles, la Caisse de Sécurité Sociale prend en charge les frais des soins à 100%. Il s'agit essentiellement les consultations, les médicaments, les analyses, les interventions chirurgicales et toute intervention nécessaire dans le cadre de l'octroi des soins. Elle donne également des prestations de protection maternelle et infantile qui fournissent aux assurés et non assurés des services de consultation prénatales et postnatales, de vaccinations, de récupération nutritionnelle et planning familial. Il est important de préciser que parmi les régimes non contributifs y figurent les accidentés de la circulation.

V.5.6. Les accidentés de circulation

Les victimes d'accidents de la circulation sont également prises en charge par les sociétés d'assurance ou le Fonds de Garantie Automobile. Une couverture risque accident est à la disposition de tous les accidentés de la circulation les permettant d'acquérir les soins conformément aux règles établies. Le fonds de garantie automobile est produit par un taux de prélèvement de 2,5 % sur chaque police assurance. Cependant, cette voie est méconnue de la plus grande partie de la population et les procédures longues découragent les quelques-uns qui la connaissent. La prise en charge concerne encore une autre catégorie sociale composée d'indigents et de personnes vulnérables.

V.5.7. Les indigents et les personnes vulnérables

Cette forme d'assistance médicale est réservée essentiellement aux indigents et personnes vulnérables. Autrement dit, il met en faveur les couches sociales défavorisées afin que les soins leur soient accessibles. Le régime d'assistance médicale repose sur la gratuité des soins notamment des personnes âgées de 65 ans et plus avec le plan sésame, des accouchements et de la césarienne, de la gratuité du traitement du paludisme grave chez les enfants et les femmes enceintes, de la gratuité des médicaments de certaines affections particulières telles que le VIH/Sida, la tuberculose et la lèpre, et la subvention des soins coûteux pour abaisser le coût de traitement du diabète, du cancer, du cardiaque, etc.

En effet, pour bénéficier de la prise en charge, les indigents doivent nécessairement posséder un certificat d'indigénat les permettant d'accéder aux soins. Pour les cas sociaux, il est mis dans chaque hôpital et dans chaque centre de santé un dispositif financier facilitant les

soins des personnes identifiées dans cette catégorie sociale de s'acquitter des frais avec un paquet de soins exonérateur partiel ou total. Selon, Marième CISS :

La direction nationale de l'action sociale dispose aussi d'un fond pour l'appui aux frais médicaux à des personnes » nécessiteuses » C'est ainsi, qu'elle a signé des conventions de partenariat avec les grands hôpitaux Principal, Dantec, Fann et Grand Yoff(Hoggy), Il est aussi mis en place un service national d'action sociale avec ses démembrements dans les différentes régions. Ce service a pour mission principale d'assister toute personne se trouvant dans une situation d'indigence.²⁸⁵

La politique de la gratuité et de l'exemption des soins a permis à certaines couches sociales de la population de pouvoir accéder à des soins primaires établissant ainsi une forme de justice sociale²⁸⁶ que l'État a décrétée depuis la loi n° 62-29 du 16 mars 1962 l'obligeant à la prise en charge de l'hospitalisation des indigents. Cependant, les limites de cette politique ont suscité à certains hôpitaux de ne plus prendre en considération le certificat de l'indigénat à cause de l'endettement de l'État. Les modalités de couverture sanitaire des régimes non contributifs diffèrent à celles des régimes contributifs.

V.6. Les régimes contributifs

Les régimes contributifs sont composés deux ordres à savoir ceux à caractère obligatoire qui assurent la couverture des salariés du secteur privé, les retraités et les agents non fonctionnaires de l'État, et ceux à caractère volontaire qui fonctionnent à travers une structuration des mutuelles de santé et les assurances privées.

V.6.1. Les régimes contributifs à caractère obligatoire

Ils sont composés de deux éléments à savoir les Instituts de Prévoyance de la Maladie et l'Institut de Prévoyance de la Retraite du Sénégal.

V.6.1.1. Les Instituts de Prévoyance de la Maladie (IPM)

Il existe un régime contributif à caractère obligatoire structuré par les IPM (Instituts de Prévoyance Maladie). Ces dernières sont créées par la loi 75-50 du 3 Avril 1975 au profit des travailleurs du secteur privé et leurs familles. Elles sont régies par la loi du 30 avril 1975 relative aux Institutions de Prévoyance Sociale et le décret n° 75-895 du 14 août 1975 portant leur

²⁸⁵ Marième CISS, *La problématique de l'équité dans l'accès aux soins de santé au Sénégal : cas de la région Thiès, thèse de doctorat unique de 3^e cycle*, Université Gaston Berger de Saint-Louis, 2013-2014, p143.

²⁸⁶ Cf., John Rawls, *Justice sociale Le libéralisme égalitaire*, Paris, Armand Colin, 2005.

organisation. Elles permettent aux travailleurs du secteur privé et les membres de leurs familles d'acquérir une assurance maladie conformément à loi.

En fait, il est obligatoirement tenu à toute une entreprise employant plus de 100 personnes de créer son propre IPM et les entreprises qui ont moins de 100 employés d'adhérer à une IPM existante déjà reconnue ou de se regrouper dans une IPM inter-entreprises. Les IPM prennent en charge les bénéficiaires sur les frais médicaux à savoir les consultations, pharmacie, hospitalisation et actes médico-techniques. La couverture de garantie d'une IPM varie de 40 à 80% d'une IPM à une autre. Les cotisations sont fixées à 3% du salaire fiscal réduit à 60 000 F CFA. Les autres groupes des régimes contributifs à caractère obligatoire sont affiliés à l'Institut de Prévoyance de la Retraite au Sénégal.

V.6.1.1.2. L'Institut de Prévoyance de la Retraite au Sénégal

Mise en place par décret en 1975, l'IPRES assure la couverture médicale des retraités du secteur privé, des agents non fonctionnaires de l'État et leurs familles. C'est en fait, une couverture médicale qui, par le canal de l'IPRES à travers un prélèvement sur les pensions, permet aux bénéficiaires à acquérir partiellement les frais de leurs soins médicaux.

Dans ce régime à caractère obligatoire, les concernés cités ci-dessus représentent au moins 20% de la population du pays. Ils ne bénéficient à cet effet que 50 à 80% des frais liés à leurs maladies. Autrement dit, la couverture des soins gratuits sont les frais d'hospitalisation dans les structures publiques, les prestations médicales dans le centre médico-social de l'institution. Les consultations, les radios, les analyses et les soins dentaires sont également pris en charge. Mais, les scanner sont exclus de la gratuité, et les médicaments sont limités selon les stocks disponibles. Les limites des régimes contributifs à caractère obligatoire ont poussé les populations de l'économie informelle et certains particuliers à développer les régimes contributifs volontaires.

V.7. Les régimes contributifs volontaires

Ils sont composés de mutuelles de santé et des assurances privées respectivement provenant des individus du secteur informel et des particuliers qui n'ont pas eu la chance de bénéficier des régimes antérieurs cités ci-dessus.

V.7.1. Les mutuelles de santé

Vu le jour en 1989, la première mutuelle au Sénégal est appelée Fandène, un village situé dans la région de Thiès. Les populations dudit village, dans un contexte de précarité sanitaire (problèmes d'accès aux soins de santé), ont décidé de créer cette mutuelle de santé en

vue de venir en aide aux nécessiteux de la localité. Essentiellement parti d'une vision catholique pour l'entraide et la solidarité, la mutuelle de santé Fandène est l'initiative du diocèse de Thiès pour appuyer l'hôpital Saint Jean de Dieu.

L'expérience de cette mutuelle dans le domaine de la couverture sanitaire des populations a permis un développement sans précédent d'autres mutuelles dans la région et à travers le pays. D'ailleurs, c'est ce qui a donné Thiès la chance d'être une région expérimentale parce qu'une mutuelle de santé communautaire dans cette localité couvre 20 158 familles, ce qui représente 102 371 bénéficiaires, sur 1 442 338 d'habitants.

En effet, les mutuelles de santé reposent sur la cotisation exigeante des mutualistes dans l'esprit d'entraide des indigents, c'est-à-dire, les gens qui pratiquent l'économie informelle. Dans ce sens, elles sont parvenues à couvrir plusieurs familles surtout dans la région de Thiès. C'est pourquoi « *le gouvernement sénégalais promeut ainsi d'un côté des mutuelles de grande envergure pour les grands groupes de travailleurs, tels que les routiers ou les ruraux, et d'un autre côté les mutuelles communautaires dans le cadre de la décentralisation* ». ²⁸⁷ Les mutuelles de santé sont principalement perçues comme étant un moyen spécifique qui permet de réduire les inégalités en santé et de rétablir l'équité dans le système sanitaire.

En outre, l'État s'est engagé à adopter la CMU (Couverture Maladie Universelle) le 20 septembre 2013 afin d'apporter une couverture sanitaire aux différentes couches défavorisées notamment de l'économie informelle qui représentent près de 80% de la population sénégalaise. Avec son slogan « une commune, une mutuelle de santé », le gouvernement du présent régime se propose par loi n° 2003-14 du 4 juin 2003 relative aux mutuelles de santé d'établir le statut juridique des mutuelles pour leur meilleur épanouissement afin qu'elles deviennent une source alternative de financement de la santé.

Dans le cadre de la politique de restructuration des mutuelles existantes ou celles qui ne marchent plus, l'État trouve la nécessité de créer d'autres en vue d'inviter les populations à y adhérer et propose de subventionner les cotisations jusqu'à la hauteur de 77 000 F CFA. En 2013, il a procédé à l'ouverture de 106 mutuelles de santé et a réhabilité 20, ce qui a porté le nombre d'adhérents à passer de 143 864 en décembre 2013 à 166 130 en juin 2014. La gratuité des soins de santé des enfants de 0 à 5ans de la CMU se réduit à un nombre de certaines maladies telles

²⁸⁷ Juliette ALENDA, « Évolution de l'assurance maladie au Sénégal : de l'exclusion à l'inclusion du secteur informel », CLERSE, Université Lille1, *op.cit.*, p.6.

que maladies pulmonaires, la diarrhée, le paludisme, l'asthme, la déshydratation et les maladies courantes. En revanche, les maladies chroniques et les médicaments restent sous la prise en charge des parents. Différents des mutualistes, les particuliers sont pris en charge par les assurances privées.

V.7.2. Les assurances privées

Régies par le code interafricain du marché des assurances (CIMA), les assurances privées fonctionnent par contrats qui résultent généralement d'un appel d'offre aux grandes entreprises souscrites aux polices d'assurances pour d'éventuels sinistres (incendie, vol, responsabilité civile...). Elles sont une forme d'assurance réservée aux particuliers dont les sources de revenus sont significatives (cadres de hauts niveaux, professions libérales, industriels, commerçants, etc.)

Toutefois, il est important de noter que dans le processus de développement des politiques sanitaires dans les pays du Sud, l'appui des pays du Nord a joué un rôle essentiel à travers la coopération décentralisée.

V.8. La coopération décentralisée

Apparue en milieu des années 80, la coopération décentralisée commence à devenir une réalité qu'en 1992 avec l'appui financier des pays du Nord aux pays du Sud. Au Sénégal, elle prend le chemin à partir de la loi 96-06 du 22 Mars 1996 du code des collectivités locales (CCL) qui stipule dans son article 17 que :

*(...), les collectivités locales peuvent dans le cadre de leurs compétences propres, entreprendre des actions de coopération qui donnent lieu à des conventions avec des collectivités locales de pays étrangers ou des organismes internationaux publics ou privés de développement.*²⁸⁸

La coopération décentralisée repose essentiellement sur deux modèles : celle française et celle de la Commission Européenne.

L'école française ramène la coopération décentralisée à une forme de jumelage entre les collectivités locales qui selon Marc Totté ANNEMARIE et Van de WALLE :

Est née dans l'après-guerre la volonté de développer des liens d'amitié avec les populations des communes allemandes puis, pendant la guerre froide, avec celles des communes des pays d'Europe de l'Est. Les jumelages se sont d'abord développés en Europe. Ils constituent alors principalement des cadres d'échanges culturels. Grâce à cet acte politique fort que constitue le jumelage, les élus locaux veulent

²⁸⁸ Code des Collectivités Locales, article 17, p.5.

*poser les bases d'une nouvelle construction européenne, dont le dialogue entre les citoyens serait la pierre angulaire.*²⁸⁹

Ce jumelage est conçu en 1957 à travers la charte des villes jumelées comme :

*Le lien qui unit, dans un esprit d'égalité et de réciprocité, des populations entières de deux ou plusieurs pays différents en vue de favoriser le contact des personnes, l'échange des idées, des techniques, des produits. (...). Il est un instrument de culture populaire et de formation civique internationale (...) et il ne saurait être détourné de son objet à des fins personnelles ou partisanses ou politiques.*²⁹⁰

La Fédération Mondiale des Cités Unies (FMCU) dont la vocation était de réunir toutes les villes du monde entier, avait réussi à rassembler 1 400 collectivités territoriales dans 80 pays avec une forte implantation dans les régions de l'Europe, de l'Afrique sub-saharienne francophone, du bassin méditerranéen, de l'Amérique latine et de l'Asie du sud-est. Le projet devient effectif avec la création de l'agence Cités Unies Développement (CUD) en 1989 qui a mis en œuvre la coopération décentralisée en matière d'aide au développement et à la gestion urbaine. Cette coopération a développé un rapprochement de solidarité nécessaire entre Nord et Sud dans le cadre du développement des rapports humains et de paix.

En revanche, l'école européenne met l'accent sur les acteurs qui (quel que soit leur titre social) sont le noyau central du processus de coopération. Ils négocient et précisent les rôles et responsabilités de chacun conformément aux principes de subsidiarité. Selon El Hadji Alioune DIA, ils sont :

*(...) tous les acteurs infra-étatiques, c'est-à-dire toutes les organisations et personnes morales qui ne relèvent pas directement du gouvernement, qu'elles soient publiques ou privées. Il peut s'agir de la sorte aussi bien de collectivités et autorités territoriales, que de chambres consulaires ou de métiers, d'universités, de centres de recherche, d'associations, d'ONG, etc. dans cette conception, les associations et organisations de solidarité internationale jouent un rôle central dans les relations de coopération.*²⁹¹

La coopération décentralisée s'articule sur l'appui pour le renforcement des collectivités locales dans différents aides au processus de décentralisation notamment la mise en œuvre de plans locaux de développement, d'interaction, de dialogue politique et social pour assurer la

²⁸⁹ Marc Totté ANNEMARIE, Van de WALLE, *La coopération décentralisée : Entre développement et politique ?*, Enda Graf Sahel, Dakar, 2009, p.12.

²⁹⁰ La Charte des villes jumelées, Aix-les-Bains, 1957.

²⁹¹ El Hadji Alioune DIA, *La coopération décentralisée un instrument d'appui pour le développement local : Exemple du partenariat entre la région de Dakar et la région de l'Île-de-France*, Mémoire de Master II ATDDL Département de Géographie, UCAD Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Dakar, 2010-2011, pp.5-6.

participation de tous les acteurs décentralisés à la formulation des politiques et la programmation de l'aide.

Elle a contribué à l'aide au développement de bon nombre de collectivités locales sénégalaises. Cependant, les politiques employées par les développeurs ont souvent des rapports conflictuels avec celles des pays auxquels l'accord financière et la coopération sont destinés. Ils « *s'inspirent de schémas institutionnels empruntés à leurs pays d'origine* »²⁹² qui sont en contradiction avec les réalités socioculturelles des pays qu'ils souhaitent aider. L'inconvénient est que les autorités gouvernementales de ces derniers « *(...), tout en chantant les louanges de la démocratie à la base, n'ont de cesse que d'affermir l'autorité des représentants de l'État face au pouvoir local* »²⁹³. D'ailleurs, c'est pourquoi selon Bernard HUSSON :

*La coopération décentralisée peut aller jusqu'à peser sur la politique de développement arrêtée par les États, voire contrecarrer leurs efforts pour construire des références valides pour l'ensemble de leur territoire. Les difficultés de mise en place de « l'Initiative de Bamako » sont un bon exemple. Les collectivités du Nord et les ONG font parfois peu de cas de cette politique, en subventionnant les centres de santé qu'elles ont construits et équipés ; en envoyant des médicaments collectés ou achetés en France qui gênent la promotion des médicaments génériques et fragilisent les distributeurs mis en place ou soutenus par les États, en leur ôtant une part de leur marché.*²⁹⁴

Cette citation illustre l'écart qu'a les politiques des bailleurs de fonds face à celles locales dans le cadre de la coopération décentralisée mais aussi les comportements inadéquats de certains gouvernants devant la manne financière des pays occidentaux.

L'attitude impropre de ces politiques inadaptées n'est pas profitable à la société civile parce que : « *(...); les approches de développement local incitent à privilégier les acteurs plus que les infrastructures, les réseaux plus que les institutions établies pour donner aux hommes et aux groupes directement intéressés une fonction de décision sur les actions qu'ils mènent* ». ²⁹⁵

Les populations locales ne sont invitées ni à exprimer clairement leurs besoins et leurs attentes, ni à participer aux prises de décision à des projets qui semblent-ils venus pour les assister ou contribuer à leur développement.

²⁹² René Lemarchand, « La Face Cachée de la Décentralisation : Réseaux, Clientèles et Capital Social », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 16 | 1998, mis en ligne le 06 octobre 2006, Consulté le 08 novembre 2015. URL : <http://apad.revues.org/522>

²⁹³ *Ibid.*, p3.

²⁹⁴ Bernard HUSSON, *La coopération décentralisée, légitimer un espace public local au Sud et à l'Est Transverses* n° 7, Lyon, Ciedel (Centre International d'Etudes pour le Développement Local), Juillet 2000, p.7.

²⁹⁵ *Ibid.*, p.8.

Les projets se succèdent au profit d'une petite masse d'experts qui, avec les politiques, décident sur la destinée des populations et compromettent les résultats auxquels les aspects primordiaux devraient passer pour aboutir à la décentralisation réelle et en conformité des besoins des populations. Les politiques perdurent sans pour autant donner de résultats probants parce que :

Dans cet univers plus ou moins figé, aseptisé, la problématique de la décentralisation est réduite à des approches essentiellement technocratiques, fondées sur l'accès aux technologies de l'information par le biais de connexions internet, les séminaires de formation, les schémas du "logframe"(logical framework), et l'appui à une société civile plus ou moins homogène, toujours porteuse de promesses et à jamais libérée des contraintes du pouvoir²⁹⁶.

L'abstraction des principaux concernés dans les projets de coopération à travers le dictat des preneurs de décision contribue à l'échec parce que :

(...), la décentralisation dans les pays du Sud ne sera réussie que si les dispositifs permettant une collaboration entre collectivités territoriales et associations sont mis en place. Il ne s'agit donc pas d'appuyer les collectivités une à une, mais bien de contribuer à une dynamique locale qui implique le plus grand nombre d'acteurs.²⁹⁷

À l'instar de tous les projets de développement, la coopération décentralisée, pour qu'elle soit réelle et efficace, nécessite l'implication des autochtones, de l'élaboration des concepts jusqu'à la mise en œuvre des aspects essentiels que les bailleurs peuvent ignorer sans pour autant comprendre la valeur sociale ou culturelle que ceci engendre dans l'impact réel au niveau des populations. Il est important de décontextualiser les modèles des institutionnels des développeurs dans le but de les « ré-contextualiser » aux réalités locales d'où s'impose une recherche pour mieux appréhender les lieux d'étude.

²⁹⁶ René Lemarchand, « La Face Cachée de la Décentralisation : Réseaux, Clientèles et Capital Social », *Bulletin de l'APAD, Op.cit.*, pp.3-4.

²⁹⁷ Bernard HUSSON, *La coopération décentralisée, légitimer un espace public local au Sud et à l'Est Transverses n° 7, Op.cit.*, p.11.

CHAPITRE VI : LA PRÉSENTATION DES LIEUX D'ÉTUDE

VI.1. Dakar, une région attractive

VI.1.1. Situation géographique

Située à l'extrême ouest du continent africain, Dakar apparaît comme un nez très enfoncé dans l'océan atlantique, ce que lui a valu le nom d'une presqu'île du Cap Vert. La région de Dakar s'étend sur une superficie de 550 km², soit 0,28% du territoire national. Elle est comprise entre les 17° 10 et 17° 32 de longitude Ouest et les 14° 53 et 14° 35 de latitude Nord.

Sa position géostratégique lui permet d'être une porte d'entrée et de sortie vers les continents européen et américain. Elle sert de transit maritime et aéroportuaire de la plupart des pays du nord à ceux du sud. Dans sa partie continentale, la région de Dakar est limitée à l'Est par la région de Thiès tandis que dans ses parties Nord, Ouest et Sud elle est entourée par l'océan atlantique. Siège du gouvernement, Dakar a connu un découpage administratif bien structuré.

VI.1.2. Découpage administratif

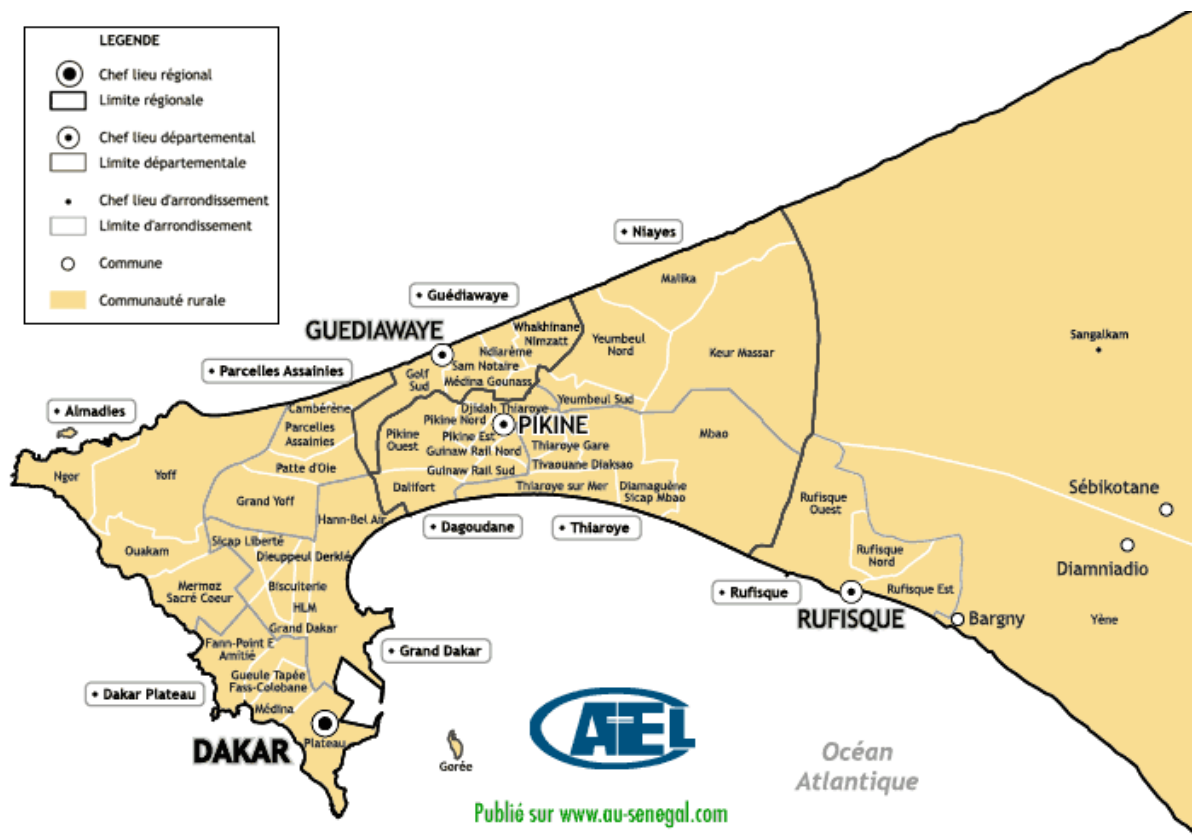
Depuis la période coloniale, la région de Dakar est habituée à un changement organisationnel administratif qui lui a donné plusieurs statuts. Du rôle de centre d'arrondissement à la place de Gorée en 1875, de commune française en 1887 à l'instar de Gorée, Rufisque et Saint-Louis, et de capitale de l'AOF en 1902, Dakar est devenu la capitale du Sénégal en juin 1958.

En fait, la dernière organisation administrative date de 2002 à travers le décret n° 2002 – 166 du 21 Février 2002 fixant le ressort territorial et le chef-lieu des régions et départements. Elle donne à Dakar le statut d'une région structurée officiellement en quatre départements. Il s'agit essentiellement de Dakar, Pikine, Guédiawaye et Rufisque. Ainsi que de dix arrondissements dont quatre (04) dans le département de Dakar (Almadies, Dakar Plateau, Grand Dakar, Parcelles Assainies), un (01) dans celui de Guédiawaye et qui porte le même nom que le département, trois (03) dans celui de Pikine (Dagoudane, Niayes, Thiaroye) et deux (02) dans celui de Rufisque (Rufisque, Sangalkam).

Chaque département est érigé en communes d'arrondissements : dix-neuf (19) dans le département de Dakar, cinq (05) dans celui de Guédiawaye, seize (16) dans celui de Pikine et trois (03) dans celui de Rufisque. Ce qui fait que la région compte en tout quarante-trois (43) communes d'arrondissements. Elle comprend également deux (02) communes rurales

notamment Sangalkam et Yène situées toutes les deux dans le département de Rufisque. La région est façonnée de quatre (04) grandes villes : Dakar, Pikine, Guédiawaye et Rufisque et de trois (03) communes : Bargny, Diamniadio et Sébikhotane. Cette structuration la permet de mieux se positionner à travers son profil international.

Carte de découpage administratif de la région de Dakar



Source : <https://www.google.sn/search?q=carte+de+dakar&biw>

VI.1.3.Profil international

Sur le plan international, Dakar est devenu le symbole de l'une des rares capitales démocratiques en Afrique de l'ouest grâce à la stabilité politique du pays. La maturité démocratique des citoyens de ce dernier permet aux politiques d'accéder librement à la magistrature suprême conformément aux normes institutionnelles dudit pays.

En effet, ancienne capitale de l'AOF (l'Afrique Occidentale Française) Dakar a été long temps un pôle de développement culturel et politique des pays de la sous-région. L'Université Cheikh Anta Diop de Dakar et l'École Normale Supérieure William Ponty ont servi à la formation de la plupart de la masse dirigeante de l'intelligentsia africaine. Ceci a d'ailleurs continué même après l'indépendance du pays en 1960 grâce à ses prestigieuses Écoles et

Instituts de Formations Supérieures (ESMP, IAM, ISM, ISI, etc.) et d'Universités Privées (UDB, AFI, Université Amadou Hampathé Ba, etc.) dont les rayonnements dépassent largement les frontières nationales.

L'implantation du port autonome de Dakar et l'aéroport international Léopold Sédar Senghor ont fait de Dakar un carrefour, un passage obligé pour tous les moyens de transport faisant la liaison entre l'Europe et les Amériques. Avec ses grosses unités industrielles sur le long de la baie de Hann jusqu'à Rufisque et Bargny assurant la transformation des produits locaux destinés à l'exportation, la manufacture de produits importés destinés au marché local national, Dakar attire une forte masse importante de population à l'intérieur du pays ainsi que dans la sous-région. Le développement des télécommunications ces dernières décennies et la stabilité politique du pays attirent un nombre important d'investisseurs étrangers qui y trouvent aussi un environnement très favorable pour leurs affaires au travers d'une région d'un profil national attrayant.

VI.1.4. Profil national

Capitale politique et économique, Dakar constitue le siège du gouvernement et regorge presque la quasi-totalité des établissements commerciaux, financiers et industriels du pays. Sur le plan national, la région de Dakar occupe une suprématie de développement dans tous les plans sur les autres régions à l'intérieur du pays. Avec sa forte population de 3 139 325 habitants soit 23,2% de la population totale²⁹⁸, Dakar est la seule région qui n'a presque plus d'espace pour l'habitation.

Dakar reste encore aujourd'hui un pôle attractif d'emplois permanents malgré les politiques de décentralisation et de régionalisation. Les treize (13) autres régions du Sénégal sont quasiment dépendantes d'elle parce que toutes les grandes industries sont concentrées à son sein. Ce qui fait que 75% des trajets intérieurs de marchandises viennent de Dakar ou sont destinés à cette région. La plupart des citoyens se retirent de leurs localités pour venir séjourner dans la capitale sénégalaise du fait de son climat favorable.

VI.1.5. Un environnement climatique favorable

Presque noyée dans l'océan atlantique, la région de Dakar bénéficie d'un climat exceptionnellement favorable de type canarien. Le courant maritime alizé souffle sur la région pendant une très bonne partie de l'année avec une fraîcheur douce, d'une humidité quasi

²⁹⁸ Cf., ANSD, *Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) 2014*, Dakar mai 2015, *Op.cit.*

permanente et relativement forte de l'ordre de 25%. Ici, la température est comprise entre 17° et 25° C pendant la période décembre à avril et de 27° à 30° C de mai à novembre. Son climat favorable est lié à la prédominance de l'alizé provenant directement de l'anticyclone des Açores. La plupart des courants respirant les dakarois viennent avec fraîcheur du fait qu'ils ont traversé la mer qui joue une grande fonction de régulateur thermique de la région.

Cependant, les rares courants chauds notamment l'alizé continental saharien et l'harmattan proviennent immédiatement de la partie continentale. Il est important de noter que Dakar est pratiquement chaud que pendant la période hivernale. Cette dernière relativement courte varie entre trois et quatre mois de juin à octobre. Malgré la courte durée de la pluviométrie, plusieurs quartiers dans la banlieue sont inondés. Avec le changement climatique ces dernières années, les populations périurbaines ont connu beaucoup de difficultés pendant la saison des pluies. Enfin, la région de Dakar se situe entre les isohyètes 300 et 600 mm et les normes saisonnières (1930 – 1960 et 1951 – 1980) sont respectivement de 552,2 et 472,5 mm. La stabilité de son climat a permis à la région d'émerger vers une économie dynamique.

VI.1.6. Une économie dynamique

Dakar a été longtemps resté une région d'influence sur le plan politique, culturel aussi bien qu'économique tant au niveau international que national. Avec son port autonome et son aéroport international qui lui servent de jonction entre les Amériques, l'Europe, l'Afrique et le reste du monde, Dakar est devenu une plaque tournante et de rapprochement des échanges commerciaux. Beaucoup de vols et de bateaux transitent par Dakar pour continuer en fait sur d'autres destinations. Vu l'importance de sa population, nombre de producteurs halieutiques et agricoles y déversent leurs produits. Il s'agit notamment des maraîchers de Sangalkam, Sébikhotane, des pêcheurs de la Petite Côte jusqu'à Yenne ainsi qu'à ceux de l'intérieur du pays (producteurs du delta et de la moyenne vallée au Nord, ceux de Sine Saloum au Centre et de la Casamance au Sud).

Ces dernières années, Dakar a connu un changement très dynamique en termes d'infrastructures routières. Le réseau routier à travers les autoroutes à péage et les ponts au niveau des grands carrefours des artères de la ville ont rendu très fluide la circulation des personnes et de leurs biens. Ainsi, la création d'un nouveau réseau dans le secteur du transport en commun avec les minibus communément appelés TATA vient renforcer les bus « Dem-Dikk », les cars rapides, les taxis, etc. pour les déplacements des populations sur toute l'étendue de la région. La rénovation des voies ferrées permet au petit train bleu d'assurer la liaison de

certaines passagers entre Dakar et sa banlieue. En sus, une autre voie ferroviaire facilite le transport des produits industriels entre la région de Thiès et la capitale sénégalaise. La délocalisation de la gare routière de pompier à Pikine a désengorgé la ville des embouteillages monstrueux.

La région de Dakar avec ses industries en marche fournit l'essentiel des produits locaux manufacturés vers l'intérieur du pays. Il faut noter également que la plupart des produits importés passe par Dakar avant d'être acheminés dans les autres régions. C'est pourquoi nombre de commerçants sont obligés de venir dans la capitale afin de faire leur chiffre d'affaire. La région possède de grands marchés dotés de toutes sortes de marchandises. Parmi lesquels, on peut citer les marchés de Sandaga, de Tilène, de Castor, de Pikine Tally-Boumack (marché zinc), de Thiaroye, de Pikine Tally-Bou-bess (Sandica), etc. Le Centre International du Commerce Extérieur du Sénégal (CICES) ouvre chaque année ses portes aux entreprises commerciales nationales ainsi qu'étrangères pour permettre à la population d'accéder aux différents produits. Il facilite encore l'interaction économique à dimension sous régionale. Dakar possède également de potentiels supermarchés tels que les Quatre C, Touba Sandaga, etc.

Le secteur touristique reste encore une économie très dynamique. « *La région de Dakar concentre plus de 46% des fonctionnaires sénégalais, 97% des salariées du commerce et des transports, 96% des employés de banques, 95% des entreprises industrielles et commerciales et 87% des emplois permanents* ». ²⁹⁹

Par ailleurs, le marché de poissons reçoit une importante quantité de poissons des pêcheurs de la Petite Côte (Joal, Mbour et Kayar), de Saint-Louis, de poissons d'eau douce du fleuve Sénégal via Richard-Toll et celle importée de la Mauritanie afin de les redistribuer aux différents marchés de la région ainsi qu'à l'intérieur du pays. La région de Dakar possède plusieurs marchés de moutons et un marché de bœufs communément appelé « fora ». Ces derniers fournissent aux habitants en viande de chair de bétail. À l'approche de la fête de tabaski, la région est débordée par des expositions de bétail (moutons). L'essentiel de ce cheptel vient de l'intérieur du pays (Ferlo, Jolof, Fouta...) et des pays voisins tels que le Mali et la Mauritanie. Auprès de ce dynamisme économique, Dakar s'est bien positionné pour être la région la plus dotée en infrastructures sanitaires d'où il est nécessaire d'évoquer la santé en son sein.

²⁹⁹ Cities Alliance, *Stratégie de Développement Urbain du Grand Dakar (HORIZON 2025)*, novembre 2010, p.5.

VI.2. La santé

VI.2.1. Les infrastructures sanitaires

La région de Dakar compte essentiellement 10 districts sanitaires dont 4 dans le département de Dakar (Dakar Nord, Dakar Sud, Dakar et Dakar Ouest), 1 celui de Guédiawaye (Guédiawaye), 3 dans celui de Pikine (Pikine, Mbao et Keur Massar) et 2 dans celui de Rufisque (Rufisque et Diamniadio). Dans chaque district sanitaire, il est érigé un Hôpital de district constituant ainsi un Centre de santé de référence. Ils sont respectivement Nabil Choucaire, Institut d'hygiène social (IHS), Centre Gaspard Camara, Philippe M. Senghor, Roi Baudoin, Dominique, Khadimou Rassol, Hôpital de Keur Massar, Youssou Mbargane Diop et le Centre Hospitalier de Diamniadio.

En effet, la région de Dakar compte en 2013 selon ANSD³⁰⁰ :

- 01 Pharmacie Régionale d'Approvisionnement (PRA)
- La Brigade Régionale d'Hygiène (BRH)
- 19 Centres de santé publics (+ 02 nouveaux : Liberté VI et Maristes/non encore fonctionnels)
- 122 Postes de santé publics
- 41 Cases de santé dont 37 fonctionnelles
- 12 Établissements Publics de Santé dont 03 de niveau 1
- L'Hôpital Militaire de Ouakam (HMO)
- Le Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte (CHOM)
- 14 Centres de promotion et de réinsertion sociale (CPRS)
- 03 Centres conseils pour adolescents
- 05 Centres de dépistage volontaire anonyme
- 27 Cliniques privées recensées
- 692 Cabinets médicaux privés recensés
- 244 Cabinets para - médicaux recensés
- 524 officines pharmaceutiques privées recensées
- 11 centres médicaux d'entreprises
- 08 centres médicaux de garnison dont 06 dotés de laboratoire
- 06 postes médicaux de garnison rattachés et 04 centres d'Odonto Stomatologie des Forces Armées
- 01 centre de santé de la reproduction de Marie Stopes International (MSI)

³⁰⁰ ANSD, *Situation Economique et Sociale Régionale 2013*, Dakar, Avril 2015, p.41.

- 02 centres Médico - sociaux des fonctionnaires
- 02 services médicaux à l'université (COUD et Rectorat)
- 06 postes médicaux des Maisons d'Arrêt et de Correction. 01 Pharmacie Régionale d'Approvisionnement (PRA)

Cependant, malgré ses infrastructures sanitaires, la région de Dakar reste loin des normes requises par l'OMS pour assurer la couverture sanitaire de sa population. Ces normes considèrent qu'un hôpital est destiné pour 150 000 habitants, un centre de santé pour 50 000 habitants et un poste de santé pour 10 000 habitants. La population de la région a largement dépassé le barème ficelé ci-dessus selon les indicateurs de couverture sanitaire.

Tableau 8 : Les indicateurs de couverture sanitaire des populations de Dakar

Indicateurs	Valeurs	Norme OMS
Nombre d'habitants par poste de santé	25 732	10 000
Nombre d'habitants par centre de santé	165 228	50 000
Nombre d'habitants par hôpital	224 235	150 000

Source : SRSD Dakar in *Situation Économique et Sociale Régionale (SESR) 2013*

Grâce au développement du réseau sanitaire et la concentration des hôpitaux nationaux en son sein, la région de Dakar devient le monopole des infrastructures de hauts niveaux.

VI.2.2. Le monopole d'infrastructures sanitaires de hauts niveaux

Avec son accroissement démographique très rapide lié à une forte masse d'industriels et d'entreprises, la région de Dakar bénéficie d'une supériorité nette d'infrastructures sanitaires que l'ensemble des autres régions à l'échelle nationale et elle n'est comparable à aucune de ces dernières. La région détient à elle seule la totalité des Établissements Publics de Santé de niveau 3 (EPS 3) c'est-à-dire l'ensemble des hôpitaux nationaux du pays qui sont au nombre de huit (8).

Ils sont principalement l'Hôpital Aristide Le Dantec (HALD) qui se situe dans l'Avenue Pasteur, l'Hôpital Principal de Dakar (HPD) dans l'Avenue Nelson Mandela, le Centre Hospitalier Abass Ndao (CHAN), le Centre Hospitalier National Universitaire (CHNU) FANN et l'Hôpital d'Enfant Albert Royer (HEAR) sont dans l'Avenue Cheikh Anta Diop, l'Hôpital Militaire de Ouakam (HMO) sur la Route de Ouakam, l'Hôpital de Pikine se situe à l'ex Camp militaire de Thiaroye, et l'Hôpital Psychiatrique de Thiaroye sur la Route de Rufisque. Ces hôpitaux disposent de plateaux techniques supérieurs et constituent le dernier recours des

patients au niveau national. Du fait de son personnel médical qualifié (Cf., tableau ci-dessous), les EPS 3 reçoivent également les malades de l'intérieur du pays ainsi que ceux de la sous-région.

Tableau 9 : Situation des ressources humaines des EPS 3 de la région de Dakar

Infrastructures sanitaires	Médecins	Infirmiers	Sages-femmes d'Etat	Total
HALD	68	42	14	124
HPD	148	156	20	324
CHAN	25	91	25	141
CHNU FANN	120	58	2	180
HEAR	41	9	0	50
HMO	23	1	5	29
Pikine	17	32	11	60
Thiaroye	9	12	0	21
Total	451	401	77	929

Source : Carte Sanitaire mise à jour 2010 (version finale Janvier 2011)

Ce tableau montre que l'ensemble des Établissements Publics Sanitaires niveau 3 (EPS 3) du Sénégal compte en 2010 un nombre de 929 de personnel qualifié soit 451 médecins généralistes et spécialistes, 401 infirmiers et 77 sages-femmes d'État. L'hôpital Principal de Dakar arrive nettement en tête avec 324 du personnel cité ci-dessus suivi du CHNU FANN avec 180 et du Centre Hospitalier Abass Ndao avec 141 agents qualifiés.

Face à la précarité économique, les politiques sanitaires de la région médicale de Dakar s'orientent ces dernières années aux catégories sociales vulnérables.

VI.2.3. Les catégories sociales vulnérables

Depuis 2013, elles sont prioritairement la cible des politiques sanitaires au sein de la Région Médicale de Dakar. Ces catégories sociales sont les femmes en âge de reproduction (FAR) qui sont estimées à 638 661 personnes soit 2,7% de plus que 2011, les femmes en état de grossesse sont au nombre de 108 295 soit 2870 grossesses de plus par rapport à l'année 2012, les enfants à vacciner à travers le Programme Élargi de Vaccination (PEV) qui sont une cible annuelle de 108 295, les enfants 0-5 ans sont estimés à 538 696 enfants, les enfants de moins de 15 ans sont d'environ 1 313 419 enfants et les personnes âgées de plus de 60 ans à travers le plan sésame sont au nombre de 138 839. La prise en charge des catégories sociales vulnérables

est lancée dans chacun des districts sanitaires de la région médicale afin de réduire la mortalité de ces populations. Dans ce cas la santé de la reproduction occupe une place importante.

Tableau 10 : Populations cibles prioritaires de la région par district Dakar

Districts	Totale Population	Grossesse attendue	FAR	0-11 mois/PEV	0-5 ans /JNV	6-59 mois/JNM	0-15 ans	Plus de 60 ans
Nord	400 832	15 632	46 189	15 632	77 761	69 745	189 594	20 042
Sud	200 823	7 832	77 805	7 832	38 960	34 943	94 989	10 041
Centre	338 284	13 193	38 532	13 193	65 627	58 861	160 008	16 914
Ouest	167 529	6 534	92 161	6 534	32 501	29 150	79 241	8 376
Guédiawaye	332 935	12 984	76 575	12 984	64 589	57 931	157 478	16 647
Pikine	374 345	14 599	86 099	14 599	72 623	65 136	177 065	18 71
Mbao	284 014	11 077	75 615	11 077	55 099	49 418	134 339	14 201
Keur Massar	328 759	12 822	65 323	12 822	63 779	57 204	155 503	16 438
Rufisque	241 023	9 400	55 435	9 400	46 758	41 938	114 004	12 051
Diamniadio	108 241	4 221	24 895	4 221	20 999	18 834	51 198	5 412
REGION	2 776 785	108 295	638 661	108 295	538 696	483 161	1 313 419	138 839

Source : Région Médicale de Dakar in *Situation Économique et Sociale Régionale (SESR) 2013*

VI.2.4. La santé de la reproduction

Dans les politiques des catégories sociales vulnérables, la santé de la reproduction obtient un rang privilégié. Il s'agit des femmes en état de grosses avec qui le suivi nécessite deux moments essentiels : les consultations prénatales et les consultations post natales.

Les consultations prénatales (CPN) exigent le suivi des femmes enceintes du début de la grosse jusqu'à la délivrance. Ceci pour éviter tout éventuel risque de complication au moment de l'accouchement. Elles s'effectuent au nombre de quatre (4). Dans la région, selon le document SESR, le taux de recours aux CPN est de 71,5% soit 18,5% de moins que l'objectif national qui est d'au moins 90%. Concernant le taux d'achèvement des CPN, seules 3 femmes enceintes sur 10 (32%) ont effectué les quatre (4) CPN. Pour atteindre la cible nationale qui est de 45%, il est indispensable de sensibiliser davantage la communauté pour amener les femmes à utiliser les services de Consultation prénatale (CPN) dès les premiers moments de la grossesse.

En outre, pour ce qui est les grossesses, seulement 68 454 accouchements ont été enregistrés dans les structures sur un total de 108 285 grossesses attendues. Parmi ces accouchements 58 328 ont été assistés et 4 266 résultent d'une césarienne. Le taux de césarienne, qui est de 4%, reste en dessous des normes (entre 5 et 15%). En revanche, le taux de performances des accouchements s'élèvent à 64% juste au-dessus de la norme qui est de 60%.

Pour le document cité ci-dessus, avec 663 morts nés frais et 826 macérés, le taux de morti naissance est de 21% dans la région. Ce taux élevé pourrait être lié à beaucoup de facteurs notamment la qualité des CPN, le recours tardif aux soins, l'orientation et la référence tardive, le retard dans la prise en charge (services difficiles d'accès), la qualité du programme etc. Le nombre de décès maternels dans les différents districts de la région, à la suite d'un accouchement s'élève à 32 soit un taux de mortalité maternelle de 52 pour 100 000 Naissances vivantes. Les structures de référence avec bloc opératoire ont les taux les plus élevés parce qu'elles reçoivent toutes les complications obstétricales d'où l'importance de relever leur plateau technique et les renforcer en personnels.

Les consultations post natales (CPON) sont également peu respectées dans la région avec un taux très faible de CPON de 19,5%. Un renforcement de la sensibilisation sur l'importance des CPON notamment par les acteurs communautaires (Bajenu Gox et relais) serait bénéfique pour améliorer ce taux. S'agissant de la planification familiale, on enregistre un taux de recrutement de 8% et un taux de couverture de 15%. Ce dernier est très loin de

l'objectif 2015 qui est de 44%. Donc des efforts doivent être consentis pour y arriver. Cette préoccupation concerne également le suivi nutritionnel pour le développement l'enfant.

VI.2.5. La suivie nutritionnelle de l'enfant

Pour un bon développement sanitaire de l'enfant, la région lance une campagne suivie promotion de la croissance (SPC) dont le taux est à 90%. Ce taux est estimé supérieur parce qu'avec 93% des enfants pesés, seulement 7% sont déclarés d'insuffisance pondérale.

En ce qui concerne la malnutrition aigüe, la couverture est estimée encore faible car la population totale des enfants dépistés s'élève à 129 919, soit 48% de la cible. Le taux de malnutrition aigüe globale dans la région (malnutrition aigüe modérée (MAM) soit 3% et malnutrition aigüe sévère (MAS) 0,17%) reste encore loin du seuil de précarité nutritionnelle établie par l'OMS qui est de 5%. La faiblesse du nombre d'enfants est de 6 584.

La surveillance nutritionnelle et pondérale des enfants de 0 à 60 mois est connue grâce à une enquête sur la nutrition et la sécurité alimentaire (ENSAN) effectuée en juin 2013 par la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM) et le Secrétariat Exécutif du Conseil National de Sécurité Alimentaire. À travers cette étude, la situation nutritionnelle dans la région de Dakar est estimée satisfaisante. Sur une population cible de 427 625 enfants, seuls 26% ont été pesés soit 112 153 enfants. Parmi ces derniers, les 101 082 ont un bon état nutritionnel et 596 souffrent d'une insuffisance pondérale sévère.

Pour la prise en charge nutritionnelle, seulement 1 961 enfants ont été récupérés sur un total de 7 318 enfants souffrants de malnutrition modérée et 147 sont sauvés sur les 538 enfants malnutris sévères.

Ainsi, avec le Programme de Renforcement Nutritionnel (PRN), des Journées de Locales de Supplémentation en vitamine A et déparasitage au Mébendazole ont été organisées afin de promouvoir la croissance de l'enfant. Le premier passage a fait bénéficier une supplémentation en vitamine A à 503 385 enfants âgés de 6 à 59 mois. Quant aux 522 708 enfants âgés de 12 à 59 mois des déparasites au Mébendazole les sont attribués.

Le deuxième passage est marqué aussi par une supplémentation en vitamine A de 489 471 enfants âgés de 06 à 59 mois et 489 491 enfants âgés de 12 à 59 mois pour les déparasites au Mébendazole. Avec ces deux passages la région a obtenu un bon taux de couverture. La prévention de certaines maladies est lancée à travers la vaccination.

VI.2.6. La couverture vaccinale

Avec la fragilité de l'enfant devant certaines maladies (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, hépatite B, etc.), la Direction de l'Immunisation du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal a lancé ces dernières années une vaste offensive de campagne de vaccination dans le but d'atteindre une couverture vaccinale nationale d'au moins 90% de la cible pour chaque antigène. Dans la région de Dakar, le programme élargi de vaccination (PEV) est résumé dans ce tableau ci-dessous.

Tableau 11 Résultats PEV dans la région

Département/Vaccin	Dakar	Pikine	Guédiawaye	Rufisque	Région
BCG	39 441	33 202	9 375	10 938	92 956 (86%)
PENTA 1	31 175	29 821	8 489	10 424	79 909 (74%)
PENTA 3	32 021	28 946	8 282	10 639	79 888 (74%)
Taux abandon penta 1 / penta 3	4 3%	3%	2%	-2%	14%
VAR	31 676	24 715	7 780	9 589	73 760 (68%)
Taux abandon BCG/VAR	20%	26%	17%	12%	21%
Enfant Complètement Vacciné	31 676	24 715	7 780	9 589	73 760 (68%)

Source : Région médicale de Dakar in *Situation Économique et Sociale Régionale (SESR) 2013*

Après la lecture de ce tableau, nous constatons qu'aucun des vaccins n'a atteint l'objectif visé pour accéder à la couverture vaccinale dans la région de Dakar. Le BCG occupe le taux le plus élevé avec 86% suivi de PENTA 1 et 3 qui obtiennent 74% chacun. En revanche, le taux du vaccin VAR est de 68% et constitue le plus bas pourcentage des antigènes administrés. Cependant, cette faiblesse est liée au taux d'abandon élevé de BCG/VAR évalué à 21% par rapport à celui d'abandon PENTA 1 et 3 qui de 14 %. Ce qui résume le taux d'enfants complètement vaccinés à 68%.

Par ailleurs, selon le document Situation Économique et Sociale Régional, ces résultats pourraient être expliqués par :

- Une surestimation de la population par endroit (Mbao, Guédiawaye et Pikine)
- La présence de communautés réticentes à la vaccination au niveau du district SUD
- Le suivi des enfants d'une tranche de la population par les pédiatres privés
- l'érection de certains centres de santé en établissement public de santé (EPS 1) comme Guédiawaye et Dakar Sud.

Ces nouveaux Établissements Publics de Santé permettent de renforcer la santé des populations dans une approche de politique sanitaire de proximité et de lutter contre les maladies.

VI.2.7. La lutte contre les maladies

Dans la lutte contre les maladies, sont essentiellement visées les pathologies à potentiel épidémique, le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

VI.2.7.1. Les maladies à potentiel épidémique

Elles sont la méningite cérébro-spinale, la rougeole, la fièvre jaune, la diarrhée sanglante, la paralysie flasque aiguë, le tétanos néonatal, les morsures et les manifestations post-vaccinales indésirables. En 2013, il est important de noter que sur les 108 cas suspectés de méningite cérébro-spinale seulement 01 décès a été enregistré contre 135 cas en 2012. Ces derniers sont principalement signalés dans les hôpitaux de la région tels que HOGGY, hôpital Principal, hôpital de Pikine, hôpital Le Dantec, hôpital d'enfants Albert Royer et la clinique des maladies infectieuses de FANN avec un plus grand nombre dans les départements de Pikine et Dakar, soit respectivement 48 et 44 patients.

Dans la même année, 80 cas de rougeole sont suspectés presque le double de l'année précédente. Cependant, après analyses, 51 cas sont déclarés négatifs et 1 cas douteux pour la rubéole. Parmi les 25 cas soulignés pour la fièvre jaune les 12 résultats obtenus sont tous négatifs. Les cas de diarrhée sanglante sont aussi détectés dans les départements de Dakar et Rufisque respectivement 48 et 46 sur un total de 118 cas alertés. Pour les 40 cas paralysie flasque aiguë soupçonnés, 32 proviennent de Dakar et de Pikine dont 16 résultats sont tous négatifs. Pour le tétanos néonatale 1 cas du district sanitaire de Guédiawaye est avéré par les maladies infectieuses de FANN. Au courant de 2013, 98 cas de morsures sont notés parmi lesquelles 88 morsures de chien, 3 de singe, 3 de chat, 3 de serpent et 1 de cheval. Mais aucun cas de rage n'est détecté. En ce qui concerne les manifestations post-vaccinales indésirables

(MAPI) dans 47 cas notifiés, seules 45 sont mineures et 2 graves. Par ailleurs, le dépistage permet de détecter les maladies comme le VIH/SIDA.

VI.2.7.2. Le VIH/SIDA

En 2013, après le dépistage de 121 795 personnes au VIH, seulement 115 012 ont retiré leurs résultats dont 1 162 sont déclarées positives. Le sida est l'une des maladies les plus redoutées par les populations. La prévalence moyenne du VIH est de 1,4% dans la région de Dakar un taux encore faible. Dans cette même année, il est noté que 1 127 nouveaux patients sont inscrits aux soins du VIH dont 937 mis sous ARV. La région a enregistré 115 décès et 502 perdus de vue. Il est important de noter que pour la lutte efficace de cette maladie, les autorités sanitaires ont procédé à un dépistage obligatoire à toutes les femmes enceintes afin de limiter la transmission du virus mère-enfant. Les femmes signalées séropositives sont orientées à un suivi médical dans la mesure où les malades du sida sont facilement exposés à d'autres pathologies comme la tuberculose.

VI.2.7.3. La tuberculose

Maladie pulmonaire infectieuse, la tuberculose a longtemps décimé les pays de l'Afrique subsaharienne mais depuis la prise en charge médicale et la gratuité de ses soins, elle n'est plus dangereuse pour les patients qui respectent le suivi médical qui leur est infligé. La contamination est quasiment neutralisée dès l'administration des premiers soins aux affectés de cette maladie. En fait, « *au Sénégal, environ 7000 à 8000 cas de tuberculose sont diagnostiqués chaque année, dont la moitié dans la seule région de Dakar* ». ³⁰¹ Ceci montre que les populations de ladite région sont gravement exposées. Cela pourrait être expliqué par une pollution de plus en plus grande de l'atmosphère et de la promiscuité dans certaines habitations.

En 2013, un nombre de 3 764 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire est enregistré dans la région pour un total de 5 511 cas de tuberculose toutes formes confondues.

Les départements de Guédiawaye et Rufisque enregistrent le plus faible nombre avec respectivement 349 et 412 cas de tuberculose tandis que Pikine offre 1 448 personnes le nombre le plus élevé suivi de Dakar avec 1 431 patients. Ce qui permet à la région d'accéder à un taux de 90,37%. Selon Sylla THIAM et Élisabeth MASSI, concernant les affectés traités à l'hôpital

³⁰¹ Programme National de Lutte Contre la Tuberculose au Sénégal (PNT).- Promotion des différentes formes de tuberculose notifiées cité par S.THIAM, E.MASSI et *al.*, « La lutte contre la tuberculose au Sénégal : situation actuelle de la prise en charge et recommandations pour son amélioration » in *Med Trop* 2005 ; 65 : p.43

FANN « 4/5e des tuberculeux sont VIH positif, et 1/5e est VIH négatif ». ³⁰² Cependant, force est de reconnaître que ces deux maladies tuent moins que le paludisme.

VI.2.7.4. Le paludisme

Considéré comme une menace pour la santé publique, le paludisme est l'une des maladies qui génère plus de victimes que le VIH/SIDA et la tuberculose. C'est pourquoi le Sénégal s'est engagé depuis 1995 à travers son Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) à réduire la mortalité de cette maladie. Grâce à différents plans quinquennaux 1996-2000, 2001-2005, 2006-2010 et 2012-2016 la lutte contre le paludisme s'est effectuée par la distribution des moustiquaires imprégnées et tests de diagnostic rapide. Avec l'appui financière du Fond mondial (série 10) de 46. 200 millions de francs cfa pour 2012-2016 au PNLN et IntraHealth la maladie est en fort recul.

En outre, dans la région de Dakar, selon le document SESR 2013, la tendance du paludisme est confirmée décroissante car sur 1 430 058 consultés, seulement 44 236 cas sont soulignés. La tranche d'âges 0-5 ans et plus est la plus touchée avec 39 135 cas. Il faut signaler que 642 cas de paludisme ont été confirmés chez les femmes enceintes. La prévalence de la parasitémie palustre est estimée actuellement à 3%. Ceci s'explique par une sensibilisation vaste avec distribution gratuit de moustiquaires imprégnées, une prise en charge précoce des cas avérés, une lutte vectorielle et la prévention chez les femmes enceintes dont l'hôpital Aristide Le Dantec a joué un rôle primordial.

VI.3. Présentation de l'hôpital Aristide Le DANTEC

VI.3.1. Historique

Créé en 1912, le centre hospitalier national Aristide Le Dantec était appelé l'hôpital central en raison du rôle et de la place privilégiée qu'il occupait au niveau du Cap-Vert (actuelle région de Dakar). Pour se singulariser par rapport à « l'hôpital colonial » (actuel Hôpital Principal) qui avait une vocation militaire, les autochtones, à la place de l'hôpital central, ont préféré le nom de l'hôpital Indigène. L'offre de production de service était composée de 400 lits et de 104 agents toutes catégories confondues. Les examens d'analyses de laboratoires s'exerçaient à l'Institut Pasteur de Dakar. Les services de soins étaient très sollicités par les usagers déshérités qui venaient de partout. Pour immortaliser le médecin major de 2^e classe de troupes coloniales, le centre de référence portera en 1956 le nom de l'hôpital Aristide Le

³⁰²Sylla THIAM et Elisabeth MASSI, *Évaluation de la magnitude du problème de la tuberculose au Sénégal et des moyens de lutte mis en place*, Rapport d'étape (phase 1), Ministère français de la Recherche, Dakar, 2002, p.16.

DANTEC. Cet établissement comprenait 10 services médicaux avec des spécialités médicales.³⁰³

Situé au sud-est de Dakar dans l'Avenue Pasteur, l'hôpital Aristide Le DANTEC est la première institution publique sanitaire du Sénégal qui s'est dotée d'un département de néphrologie chargé de diagnostiquer et de soigner les malades de l'insuffisance rénale. Il est également l'une des formations hospitalières les plus anciennes au Sénégal qui est devenue en 1962 selon Maïmouna GUEYE³⁰⁴ le premier centre hospitalo-universitaire (CHU) de l'Afrique occidentale française. Son statut de CHU lui a conféré une image de marque au-delà des frontières. À cette époque, il compte en son sein plus de 300 médecins et une soixantaine de professeurs agrégés des universités. En 1999, il est érigé en Établissement Public de Santé (EPS) à travers le décret n° 99-852 du 27 août de la même année en application des lois 98 – 08 du 12/02/98 portant Réforme hospitalière et de 98-12 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé. Dans le traitement de différentes maladies, cet hôpital de référence niveau 3 a joué une mission importante au sein de l'espace CEDAO.

VI.3.2. Mission

De la lutte aux maladies tropicales (paludisme, lèpre, fièvre jaune, choléra etc.) jusqu'au traitement des affections chroniques (diabète, insuffisance rénale, cancer, maladies cardiovasculaires, sida, etc.), l'hôpital Aristide Le Dantec tient à assister à l'éradication de tous ces fléaux. De formateur des médecins africains sous la tutelle des colons, cet hôpital a participé après les indépendances non seulement à la formation de nombreux personnels médicaux (chirurgiens, généralistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens...) mais également paramédical (sages-femmes, infirmiers, secrétaires médicaux) qu'ils soient issus du Sénégal, de la sous-région ou du Maghreb.

Depuis 1962, il est devenu le creuset de recherche, d'enseignement et de soins en Afrique de l'ouest. La découverte du VIH II à son sein par l'équipe du professeur Souleymane MBOUP en est une illustration. Premier centre hospitalo-universitaire de la sous-région, l'hôpital Aristide Le Dantec reçoit en moyenne chaque année un nombre de 10 000 hospitalisations, 100 000 consultations et effectue 6 300 interventions chirurgicales. Excepté

³⁰³ Copyright 2013 Hôpital Aristide Le Dantec in http://www.hopitaldantec.gouv.sn/?page_id=262, consulté le 09 Janvier 2016 à 20 h 32.

³⁰⁴ Maïmouna GUEYE, « Sénégal : Tranches d'histoire-Centre hospitalier national Aristide le Dantec : l'hôpital indigène toujours au service des populations démunies », in *Le soleil* 12 Décembre 2007, in all Africa.com.

de la neurologie et la psychiatrie, l'hôpital offre pratiquement toutes les spécialités médicales et chirurgicales. D'une capacité actuelle de 1000 lits, il dispose également 7 laboratoires. Ce qui lui a donné une structuration de services organisée.

VI.3.3. Structuration des services

Conformément à la réforme hospitalière, l'hôpital Aristide Le Dantec est scindé en deux grands services qui sont essentiellement les services administratifs et les services médico-techniques.

VI.3.3.1. Les services administratifs

Ils s'occupent de la gouvernance de l'hôpital en vue d'assurer son bon fonctionnement.

Les services administratifs sont :

- La direction
- Le service administratif et financier
- Le service des soins infirmiers
- Le service social
- Le service technique de maintenance
- Le service des ressources humaines
- L'agence comptable
- La cellule de contrôle de gestion
- La cellule d'information médicale
- La cellule de communication
- Et la cellule d'audit interne

VI.3.3.2. Les services médico-techniques

Ils se chargent des différents domaines de soins qu'offre l'hôpital à travers les spécialités disponibles. Les services médico-techniques sont divisés en trois catégories à savoir les services médicaux et spécialités médicales, les services de chirurgie et spécialités chirurgicales, et les services laboratoires, d'imagerie médicale et de pharmacie.

VI.3.3.2.1. Les services médicaux et spécialités médicales

Il s'agit de différents départements spécialisés qui sont :

- Médecine interne
- Néphrologie
- Endoscopie
- Pédiatrie

- Dermatologie
- Et Cardiologie

VI.3.3.2.2. Les services de chirurgie et spécialités chirurgicales

Ils sont les lieux de pratiques des opérations des manœuvres chirurgicales. Ils disposent une variété de services spécialisés qui sont :

- Clinique chirurgicale
- Chirurgie infantile
- Orthopédie
- Urologie
- Cancérologie
- Odontologie
- Stomatologie
- Ophtalmologie
- Anesthésie-réanimation
- Et Clinique gynécologie et obstétricale

VI.3.3.2.3. Les services laboratoires, d'imagerie médicale et de pharmacie

Ils servent de lieux de pratique, de diagnostic, observation, d'analyse, de recherches sur les maladies, de production radioscopique et ravitaillement de produits pharmaceutiques. Ces services sont composés de :

- Laboratoire de biochimie
- Laboratoire de biologie
- Laboratoire de bactériologie-virologie
- Laboratoire cytologie
- Laboratoire parasitologie
- Laboratoire d'anatomie pathologie
- Service d'imagerie médicale
- Et Pharmacie centrale

VI.4. Ressources humaines

Considéré comme l'un des plus gros potentiels en ressources humaines médicales en Afrique de l'ouest, l'hôpital Aristide Le Dantec est connu par son expérience avérée dans le traitement de différentes maladies et de formation d'une masse importante de personnel médical de la sous-région et du Maghreb.

En 2013, il compte 63 professeurs d'université, 48 assistants de faculté, 250 médecins étudiants en spécialités et 3000 apprenants (étudiants en médecine, élèves infirmiers et autres stagiaires d'autres domaines d'activités hospitalières)³⁰⁵.

Toutefois, force est de reconnaître que malgré le dynamisme de son personnel médical et de ses services de soins, l'hôpital Aristide Le Dantec n'est pas encore en mesure d'effectuer certaines interventions chirurgicales (implantation rénale, opération cardiaque, etc.) d'où ressort le projet de sa réhabilitation avec le nouveau régime. Face à la vétusté du plateau technique, l'administration du président Macky SALL promet de rehausser la qualité des services de l'hôpital à un niveau de quatrième génération. Ce futur hôpital aux normes européennes sera doté de plusieurs phases de pôles d'infrastructures fonctionnels, d'un hélicoptère pour les évacuations d'urgence, des équipements de dernière génération et d'un développement de capital humain important. Le projet lui permettra seul d'accéder au niveau 4 (EPS 4) à l'instar des hôpitaux du Nord qui sont différents des EPS 3. Ceci permettra une réelle expérimentation de la transplantation rénale au sein du service de néphrologie.

VI.5. Présentation du service de néphrologie

Créé en avril 2006, le département de néphrologie est dirigé par le Professeur Boucar DIOUF, premier néphrologue de l'Afrique de l'Ouest.

VI.5.1. Ressources humaines

Le service de Néphrologie est composé de :

- 03 Professeurs titulaires
- 01 Maître-Assistant
- 02 Assistants chef de clinique
- 05 Internes
- 10 Techniciens supérieurs de dialyse
- 01 (une) secrétaire de direction
- 30 infirmiers
- 06 brancardiers

VI.5.2. Structuration du service

Le service est structuré en :

- Deux (02) unités d'hémodialyse

³⁰⁵ Copyright 2013 Hôpital Aristide Le Dantec, *op.cit.*

- Une (01) unité de dialyse péritonéale
- Une (01) unité d'hospitalisation femmes comportant 09 lits
- Une (01) unité d'hospitalisation hommes comportant 14lits

VI.5.3. Mission du service

À l'instar de tout service médical d'un CHU, le département de Néphrologie a pour mission de soins, de prévention, d'enseignement et de recherche.

❖ Les soins

Le service Néphrologie-Dialyse-Transplantation prend en charge les personnes :

- Atteintes d'une pathologie rénale suivant un traitement de suppléance rénale
- Greffées rénales

❖ La prévention

Le service participe à des actions de santé publique et de prévention : journée mondiale du rein ICC envers les patients proches.

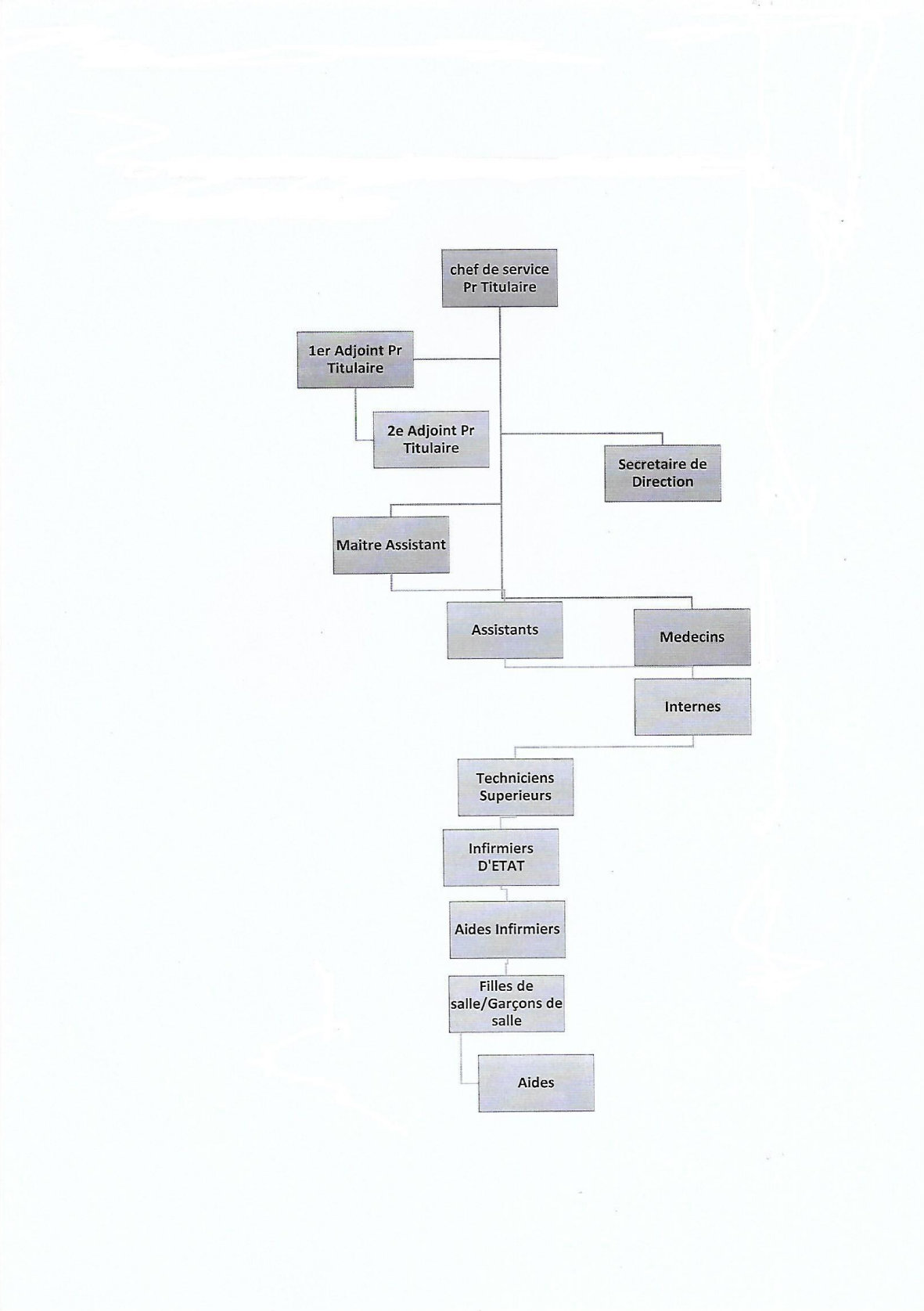
❖ L'enseignement

Partie intégrale de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie de l'université Cheikh Anta DIOP de Dakar, le service concourt à l'enseignement universitaire à la formation des praticiens hospitaliers et non hospitaliers. C'est ainsi que le décret portant création de Certificat d'Études Spécialisées (CES) en néphrologie fut adopté en 2004 qui deviendra en 2010 Diplôme d'Études Spécialisées (DES). En 2008, le décret portant création des techniciens supérieurs de dialyse est adopté. À nos jours, le service de néphrologie a déjà formé :

- 90 néphrologues de toutes nationalités confondues et 48 étudiants sont en cours de formation
- 89 techniciens supérieurs de santé en néphrologie de toutes nationalités confondues.

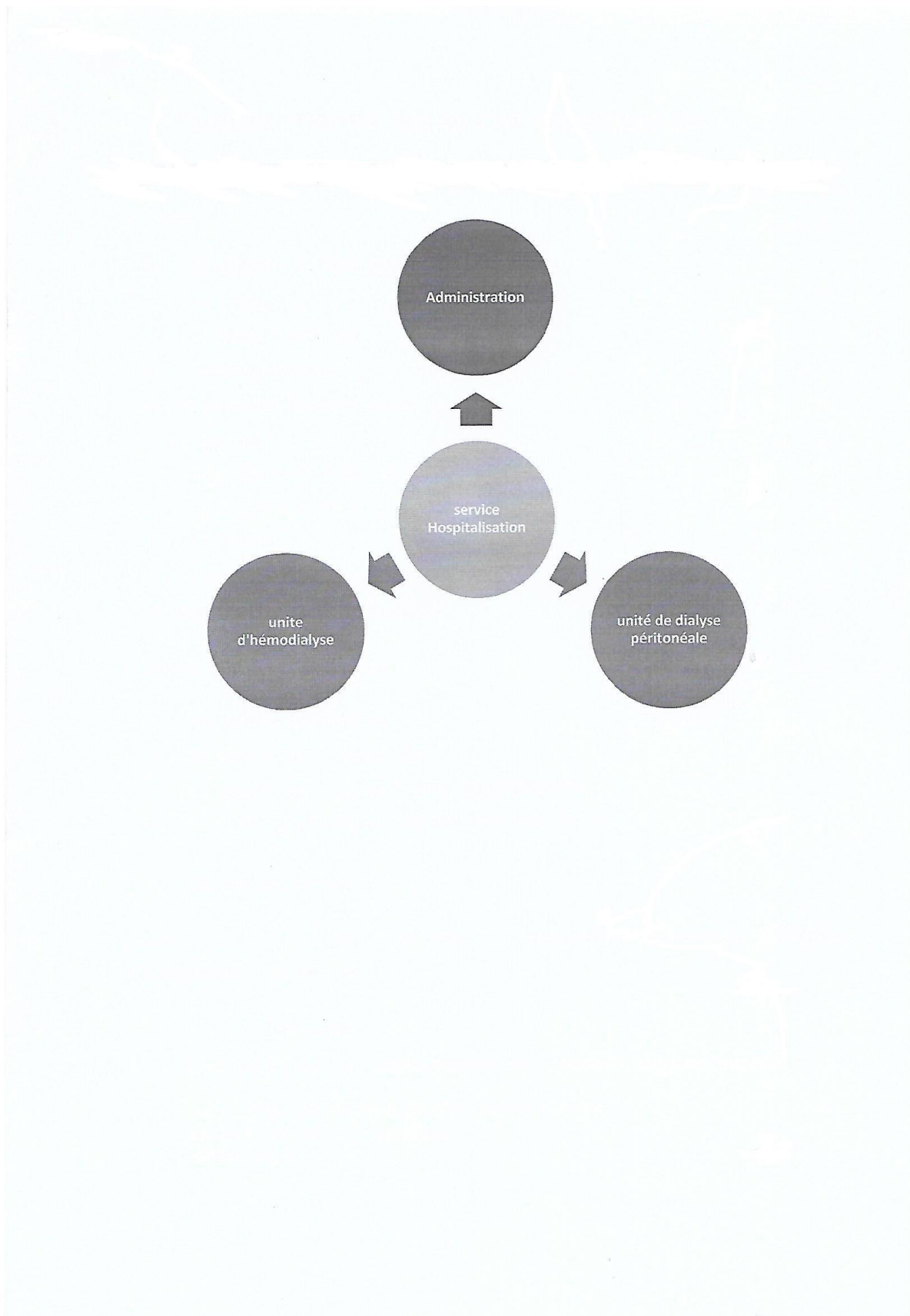
VI.5.4. Organigramme hiérarchique du service de néphrologie

Schéma 3: La disposition hiérarchique du service de néphrologie



VI.5.5. Organigramme structurel du service de néphrologie

Schéma 4 : La structuration du service de néphrologie



VI.6. Présentation de l'hôpital Abass NDAO

VI.6.1. Historique

Créé en 1935 sur le T.F 3867 DG pour une maison de retraite pour les vieillards sous la tutelle de la mairie de Dakar par Alfred Goux, l'actuel centre hospitalier fut inauguré en 1936 par P. Boisson gouverneur intérimaire de l'Afrique Occidentale Française. Il portait le nom de Repos Mandel l'ex-gouverneur français des colonies. Cette maison fut également une base militaire de l'armée américaine au début de la seconde guerre mondiale avant de devenir ensuite un petit dispensaire doté d'une maternité en 1950. En 1974, le centre est reconnu comme hôpital municipal avec un médecin-chef nommé à sa direction. Il porte ainsi le nom de Abass Ndao médecin-chef qui avait servi en son sein. Auparavant, le projet de construction du centre antidiabétique depuis 1966 mis en place financièrement par le Rotary Club de Dakar n'est inauguré qu'en 1993.³⁰⁶ Doté de gynécologie et de chirurgie, le centre hospitalier Abass Ndao commence à attirer beaucoup de patients.

Depuis, il est rattaché à la commune de Dakar jusqu'à la dissolution de celle-ci. Son érection en établissement public communal de santé hospitalier à statut spécial par la loi n° 2003-01 du 2 janvier 2003³⁰⁷ lui a permis d'associer les collectivités locales (la ville de Dakar) à la gestion du centre afin de les faire bénéficier des opportunités de la réforme hospitalière. Ceci a valu la présidence du Conseil d'Administration au maire de la ville de Dakar à sa direction. Cette loi lui a érigé au rang d'un Établissement Public Sanitaire niveau 3 (EPS 3) au même titre que l'ensemble des hôpitaux nationaux que détient la région. Son statut lui a permis d'assurer une mission sanitaire auprès des populations. Il compte 257 lits et se positionne parmi les plus grands centres hospitaliers du Sénégal.

Situé au centre des quartiers Gueule Tapée, Fass, Médina et Fann Hock, l'hôpital Abass Ndao se trouve placé dans l'avenue Cheikh Anta Diop, angle boulevard Gueule Tapée. Il bénéficie d'une aide particulière d'un milliardaire sénégalais Djily Mbaye pour la construction des bâtiments chirurgie-femmes et chirurgie-hommes. En outre, la construction et l'équipement du service médecine interne par l'Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI) en 1993 et l'appui de la coopération luxembourgeoise pour la construction et l'équipement du service de maintenance hospitalière, quartier opératoire et le service de crèche

³⁰⁶ Cf., Idrissa SANE, « HOPITAL ABASS NDAO : Un établissement de santé ... pas en bonne santé » Source: L'observateur | Le 08 janvier, 2007 à 02:01:36 in http://seneweb.com/news/Societe/hopital-abass-ndao-un-etablissement-de-sant-pas-en-bonne-sant_n_7758.html, consulté 09 janvier 2016 à 21h 56.

³⁰⁷ Cf., <http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article1382>, consulté le 09 janvier 2016 à 21 h 53.

/ néonatalogie en 1997 lui ont permis d'être un hôpital de taille afin de répondre à une mission au service des populations.

VI.6.2. Mission

Très connu pour sa réponse aux urgences des accouchements des femmes et de traitement de nouveaux nés, l'hôpital Abass Ndao est l'une des premières institutions hospitalières qui offre des soins spécifiques sur le diabète d'où il dispose un centre Marc Sankalé typiquement pour cette maladie. En dehors des maladies tropicales, il traite également les maladies chroniques tels que l'hypertension artérielle, le cardiaque et les maladies respiratoires. Il est devenu depuis un centre de recherche, de formation et d'application pour l'université Cheikh Anta Diop de Dakar. L'hôpital Abass Ndao participe à la formation des médecins, infirmiers, chirurgiens, des sages-femmes, etc.

VI.6.3. Structuration des services

À l'instar des hôpitaux nationaux, l'hôpital Abass s'est doté d'une structuration des services administratifs et des services techniques à travers le décret n° 2003-287 du 6 mai 2003 fixant la composition du Conseil d'Administration et les règles d'organisation et de fonctionnement du Centre Hospitalier Abass Ndao. Ce décret intervient dans le but d'améliorer la qualité dans les soins.

VI.6.3.1. Les services administratifs

Ils sont composés de :

- La direction
- Le service administratif et financier
- Le service des soins infirmiers
- Le service social
- Le service technique de maintenance
- Le service des ressources humaines
- L'agence comptable
- La cellule de contrôle de gestion
- La cellule d'information médicale
- La cellule de communication
- Et la cellule d'audit interne

VI.6.3.2. Les services médico-techniques

VI.6.3.2.1. Les services médicaux et spécialités médicales

- Médecine Interne
- Centre du diabète Marc SANKALE
- Pédiatrie et Néonatalogie
- Cardiologie
- Gastro-entérologie
- Accueil- Urgences

VI.6.3.2.2. Les services de chirurgie et spécialités chirurgicales

- Chirurgie Générale
- Urologie et Andrologie
- Ophtalmologie
- Bloc Opératoire
- Gynécologie -Obstétrique
- Anesthésie- Réanimation
- Odontologie

VI.6.3.2.3. Les services laboratoire, d'imagerie médicale et de pharmacie

- Laboratoire d'analyses médicales
- Imagerie Médicale et Radiodiagnostic
- Pharmacie

VI.7. Ressources humaines

Très connu sous le nom d'un centre de référence particulièrement pour des soins obstétricaux, néonataux et du traitement spécifique du diabète, l'hôpital Abass Ndao a servi comme un pôle d'attraction aux populations de la banlieue de Dakar au lendemain des indépendances. Il continue depuis toujours à attirer les populations à l'intérieur du pays et de la sous-région grâce à la qualité offerte des soins de ses services et le dynamisme de son personnel. Il participe également à la formation des étudiants médecins et infirmiers de la sous-région et du Maghreb.

En 2016, le Centre Hospitalier Abass Ndao compte 5 professeurs, 27 médecins, 2 assistants chef clinique, 163 personnel paramédical, 91 personnel administratif, 1 pharmacien, 7 techniciens de maintenance. Son personnel est composé d'universitaires, de titulaires, de fonctionnaires et des agents communautaires. Ils sont successivement recrutés par les quatre

instances à savoir l'université³⁰⁸, l'hôpital³⁰⁹, la fonction publique³¹⁰ et la mairie³¹¹. Chaque jour plusieurs patients séjournent à son sein d'où on constate la grande affluence au centre Marc Sankalé.

VI. 8. Présentation du centre Marc Sankalé

Créé en 1965, le centre Marc Sankalé (CMS) est considéré comme une structure de référence traitant uniquement le diabète. Il est également une clinique médicale directement rattachée à la faculté de médecine de l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD) de Dakar.

L'actuel édifice du centre Marc Sankalé a été inauguré le 30 décembre 1992 par M. Abdou Diouf Président de la République du Sénégal. Il a été construit grâce à l'Association Sénégalaise de Soutien et d'Assistance aux Diabétiques (ASSAD), l'appui de quelques bonnes volontés et partenaires. Depuis sa création, le centre a toujours été autonome dans son fonctionnement. Ce n'est qu'en juillet 2011 qu'une convention a été signée entre l'hôpital Abass Ndao et le centre Marc Sankalé. Cette convention rattache le centre Marc Sankalé à l'hôpital Abass Ndao.

VI. 8.1. Ressources humaines³¹²

Le centre diabétique Marc Sankalé est composé :

- 02 Professeurs
- 04 Médecins
- 02 Infirmiers
- 02 Assistantes Infirmières
- 01 Éducateur spécialisé en diabète et assistant social
- 02 Secrétaire Médicale
- 01 Diététicien
- 07 Aide Infirmières
- 01 Agent de Sécurité
- 02 Agents Administratifs
- 03 Manœuvres

³⁰⁸ Cf., Annexe 6

³⁰⁹ Cf., Annexe 7

³¹⁰ Cf., Annexe 8

³¹¹ Cf., Annexe 9

³¹² Cf., Annexe 10

Toutefois, force est de constater que malgré l'expression de besoin en personnel formulée à plusieurs reprises à la direction, le service est toujours en attente de renfort.

D'autant plus que cinq (05) agents sont partis à la retraite et n'ont pas été remplacés depuis 2012. Ce qui fait qu'aujourd'hui, le service est en déficit de ressources humaines. On note que par rapport à l'affluence des patients, environ deux cents (200) par jour dont plus de soixante-dix (70) à la salle de pansement, le centre Marc Sankalé est très limité. Il est également confronté à d'autres difficultés tels que le manque de matériels et équipement de soins, de personnel qualifié, d'outils informatiques, bureau de surveillant de service, la non informatisation des archives, l'insuffisance des moyens financiers, la climatisation des salles de consultation et la rupture de consommables au niveau de l'hôpital.

VI.8.2. Structuration du centre

Le centre est structuré en différents services :

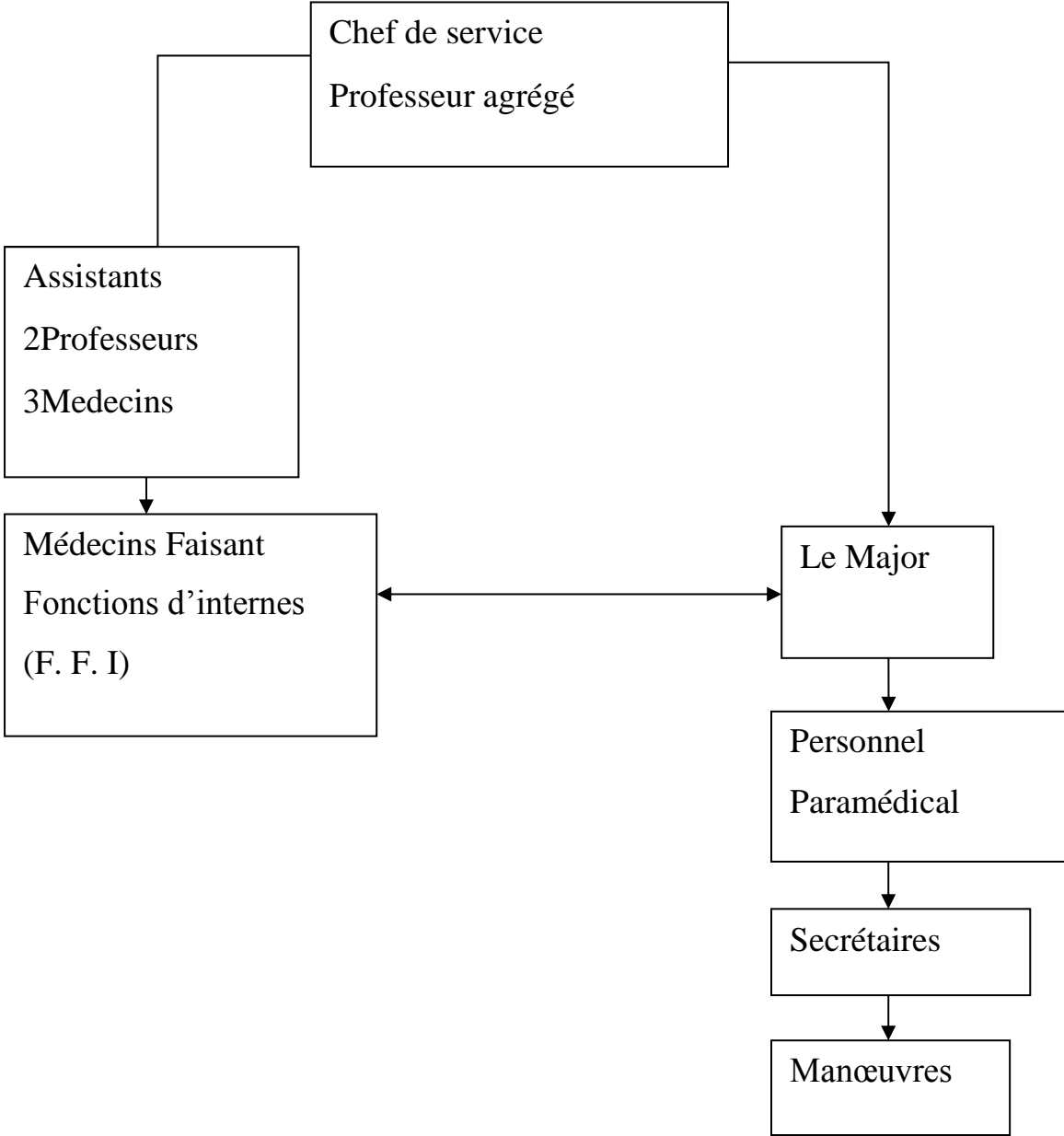
- Le service d'éducation des patients diabétiques
- Le service de pansement et de podologie
- La consultation de routine
- La consultation d'urgence
- Le service accueil, orientation, dépistage et contrôle glycémie
- Le service des archives et rendez-vous
- Le secrétariat

VI.8.3. Mission du centre

Le centre Marc Sankalé a pour mission :

- D'apporter des soins nécessaires pour le traitement efficace du diabète
- De prévenir sur les risques de la maladie
- D'éduquer les patients sur les comportements et régime alimentaire à tenir
- De former une masse intellectuelle dans la prise en charge de la maladie

VI.8.4. Organigramme hiérarchique du centre
Schéma 5: La disposition hiérarchique du centre



TROISIÈME PARTIE :
PRÉSENTATION, ANALYSE ET
INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

CHAPITRE VII : LES HABITUDES SOCIO-CULTURELLES

VII.1. Les comportements alimentaires

Depuis l'ère industrielle, beaucoup de produits alimentaires sont devenus manufacturés. Ceci fait que les produits qui périssaient très vite sont maintenant conservés à travers l'utilisation de techniques modernes et sont disponibles durant toutes les périodes de l'année. Certains de ces aliments trop riches en protéines, en lipides ont envahi le monde et sont également accessibles presque à toutes les populations. D'autres, tels que les produits laitiers en poudre, les sucres, etc, qui n'existaient pas dans les pays dits tiers-monde, sont abondamment accessibles à toutes les couches sociales. Ils sont consommés régulièrement et quantitativement. Avec les politiques d'Alma-Ata, notamment sur l'accès aux soins de santé primaires (SSP) à tous et le recul des grandes épidémies ravageuses, l'espérance de vie s'est vue augmentée dans bon nombre de pays. Par conséquent, on voit apparaître de nouvelles maladies non transmissibles ou chroniques gagner le terrain de la santé. Parmi elles, l'insuffisance rénale et le diabète qui ont fait l'objet de notre étude.

Ces maladies ont manifestement émergé ces dernières années au Sénégal et ont constitué un véritable problème de santé publique. L'incapacité de la médecine moderne à guérir les patients affectés de ces affections chroniques a fait qu'elles continuent de se développer et d'augmenter le nombre des personnes atteintes à fréquenter les institutions sanitaires. Face à cette situation, ces dernières sont débordées dans la mesure où tous les établissements publics de santé niveau trois (EPS 3) spécialisés dans ce domaine sont installés au sein de la capitale du pays. Pour la présente étude, il s'agit essentiellement des hôpitaux Aristide Le Dantec et Abass Ndao où on note l'affluence des patients du genre qui sont souvent rejetés dans les privés à cause de manque de places pouvant les accueillir. En outre, notre recherche sur ces maladies a permis de saisir la situation des personnes affectées afin de faire la répartition des différents types de pathologies étudiées ici et d'en faire la classification.

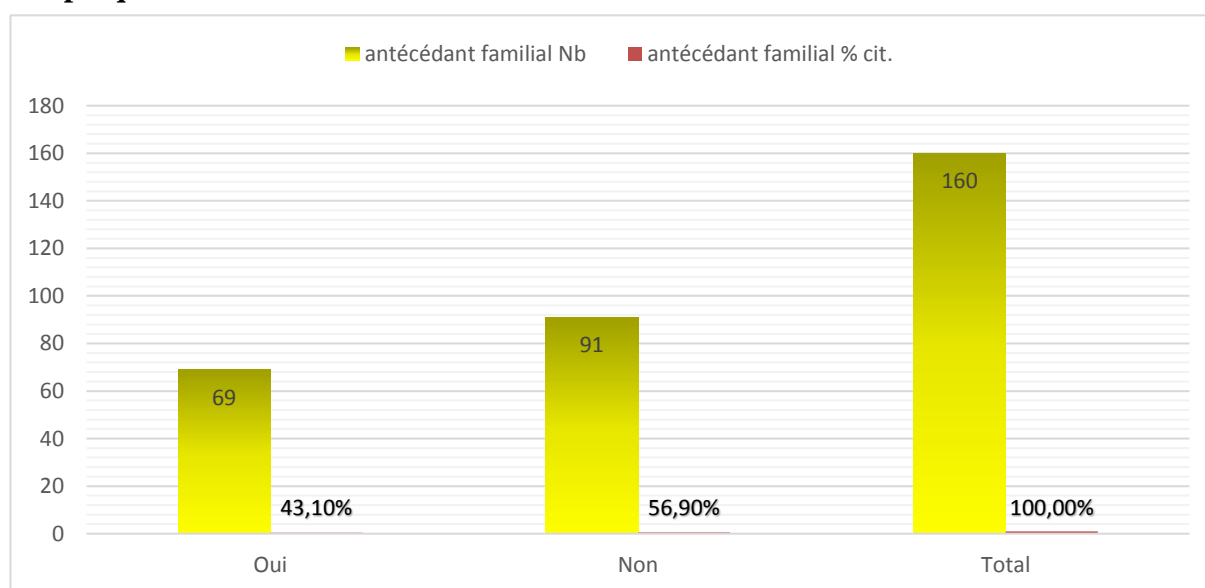
Tableau 12 : La répartition des patients selon le type de maladie

	insuffisance rénale aigue	insuffisance rénale chronique	Diabète type 1	diabète type 2	Total
Moyenne	1,08	0,92	1,27	1,02	1,23
Ecart type	0,79	0,99	1,48	0,72	1,18
Médiane	1	1	1	1	1
Nombre d'observations	12	68	11	69	160

Source : Enquête de terrain 2016

À la lecture de ce tableau, les résultats de notre enquête révèlent que sur les 160 patients interrogés, 69 souffrent de diabète de type 2, c'est-à-dire, le nombre le plus élevé, suivi de l'insuffisance rénale chronique avec un chiffre de 68 personnes atteintes et 12 patients se traitant de l'insuffisance rénale aigue. Cependant, le diabète de type 1 occupe la dernière place avec seulement 11 patients, une légère baisse contre l'insuffisance rénale aigue. On peut dire que le diabète de type 2 et l'insuffisance rénale chronique occupent successivement les premiers rangs dans l'affection des patients atteints de ces maladies chroniques. Rien que dans l'observation de ces résultats, nous avons jugé nécessaire de voir les antécédents familiaux afin de saisir le rapport que ceux-ci ont avec les différentes affections auxquelles souffrent nos interlocuteurs.

Graphique 5 : L'antécédent familial dans l'affection de la maladie

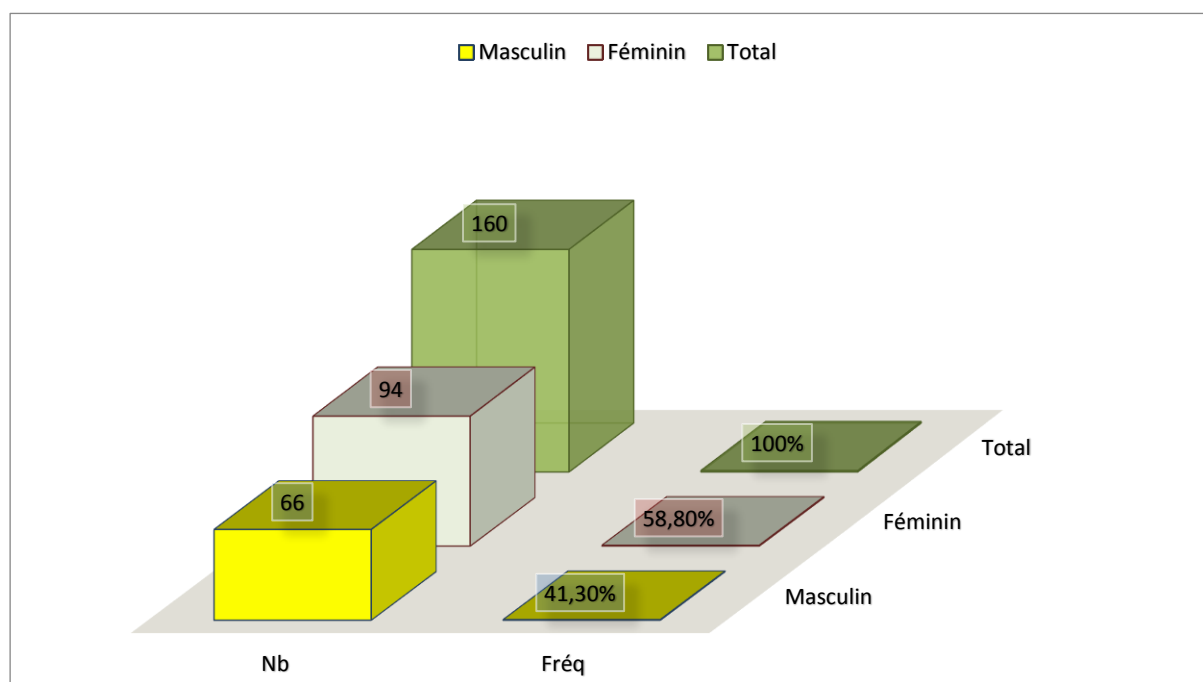


Source : Enquête de terrain 2016

À la question, y-a-t-il un membre de votre famille qui souffrait de la même pathologie que vous ? Les réponses affichées par ce graphique ci-dessus nous montrent que 56,90% des patients interrogés n'ont aucun de leur membre familial qui avait été atteint de ces maladies. En revanche, 43,10% des malades affirment avoir dans leurs familles des membres qui ont été affectés par l'insuffisance rénale ou le diabète. Ici, on constate que la partie des répondants par l'affirmative (43,10%) même si elle est inférieure, à celle des répondants par la négative (56,90%), force est de constater qu'elle n'est pas négligeable dans la mesure où dans la conception de la biomédecine la maladie tel que le diabète est associé à une transmission génétique, c'est-à-dire, héréditaire.

Contrairement à cette conception populaire véhiculée par l'hérédité de ces maladies, les résultats de cette étude montrent que même s'il y a un facteur héréditaire dans la transmission de ces affections, il est important de noter qu'il existe d'autres facteurs latents qui peuvent être l'une des causalités desdites pathologies. La question sur l'antécédent familial vient de dévoiler la supériorité (56,90%) des patients qui ont répondu non et les membres de leurs familles n'ont aucun lien avec ces maladies. Sur ce fait, nous nous sommes intéressé à la catégorisation sexuelle afin de voir le poids de ces pathologies dans ce domaine.

Graphique 6 : Répartition des patients selon le sexe



Source : Enquête de terrain 2016

Dans la catégorisation sexuelle des patients sur ce graphique, on observe que sur l'ensemble total des personnes malades interrogées (160), 94 individus sont de sexe féminin et 66 sont de sexe masculin. Ceci montre une forte présentation des femmes affectées par ces maladies aux seins de nos lieux d'étude avec 58,80% contre 41,30% pour les hommes. Dès la première vision des chiffres, on a tendance à penser que les femmes sont les plus touchées par ces maladies que les hommes. Cependant, lorsqu'on les aborde, on constate que leur forte représentativité est liée à d'autres facteurs telle que leur fréquentation permanente des centres de santé pendant la période de procréation ainsi que les différents tests qui y sont associés (test sanguin, d'hypertension, etc.). Mais ce n'est pas, parce qu'elles sont plus malades que les hommes. C'est parce que ces derniers ne fréquentent pas aussi les structures de santé de la même manière que les femmes. De ce constat, on peut dire que ces maladies ne touchent pas en une plus grande majorité que seulement aux femmes d'où il est nécessaire de s'intéresser à d'autres facteurs comme les habitudes alimentaires.

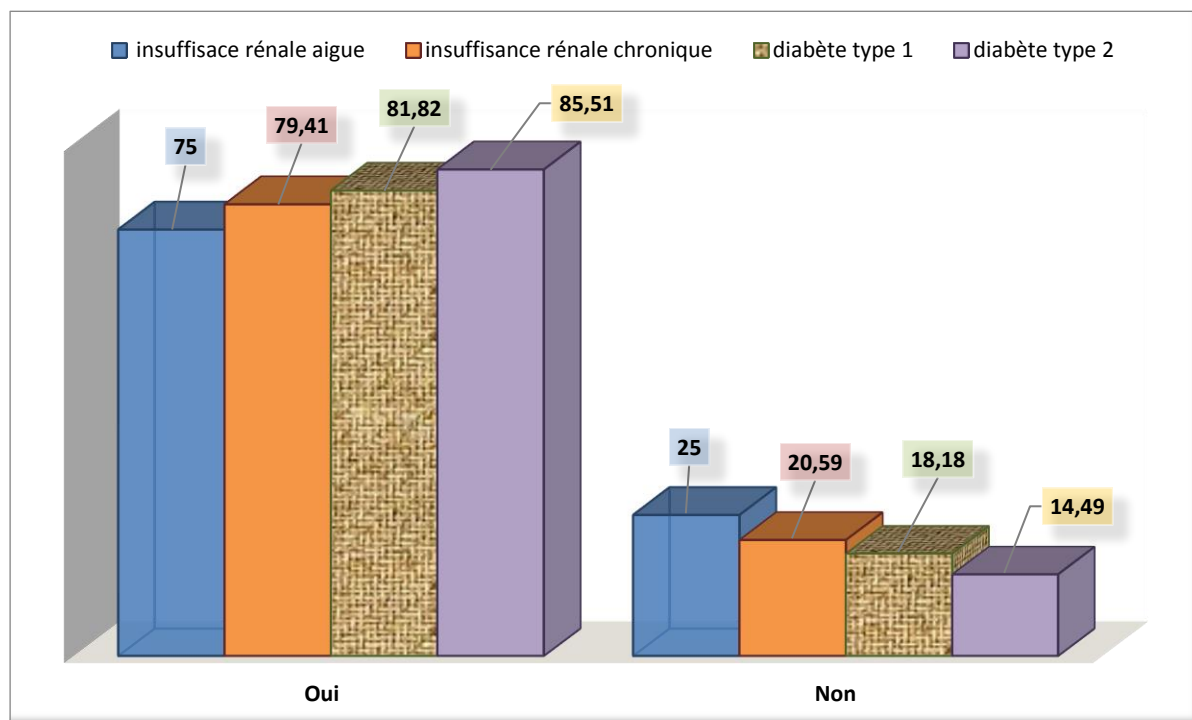
Tableau 13 : Consommation du café des patients avant la maladie

Types de maladies	Boire du café		Total
	Oui	Non	
insuffisance rénale aigue	9	3	12
	<i>75%</i>	<i>25%</i>	<i>100%</i>
insuffisance rénale chronique	54	14	68
	<i>79,41%</i>	<i>20,59%</i>	<i>100%</i>
diabète type 1	9	2	11
	<i>81,82%</i>	<i>18,18%</i>	<i>100%</i>
diabète type 2	59	10	69
	<i>85,51%</i>	<i>14,49%</i>	<i>100%</i>
Total	131	29	160
	<i>81,88%</i>	<i>18,12%</i>	<i>100%</i>

Source : Enquête de terrain 2016

Lorsqu'on se réfère au tableau sur la consommation du café avant la maladie, les résultats de notre enquête montrent que sur la population totale de 160 personnes enquêtées, ceux qui prennent du café représentent 131 patients contre seulement 29 malades qui ne boivent pas le café.

Graphique 7 : Tendence de la consommation du café avant la maladie



Source : Enquête de terrain 2016

Ici, les résultats ressortis de ce graphique montrent que parmi les consommateurs de café avant la maladie, les personnes les plus affectées par ces maladies sont les diabétiques de type 2 avec un taux de 85,51%, suivi de ceux qui souffrent de diabète type 1 avec 81,82%. Les insuffisants rénaux chroniques occupent la troisième place dans le classement de l'affectation de ces pathologies dans la mesure où ils représentent 79,41%. Au bas l'échelle, enfin, viennent les insuffisants rénaux aigus avec un taux de 75% seulement.

En fait, nous constatons à ce niveau une nette supériorité des patients diabétiques sur ceux de l'insuffisance rénale. Ce phénomène peut s'expliquer par la consommation du sucre parce que le développement du diabète le plus connu est associé à ce fait. Cependant, force est de reconnaître, ce n'est pas parce qu'il est le plus connu, de dire c'est lui seul qui existe. Il y a trois formes différentes de diabète selon les médecins. D'abord, le diabète de type 2 qui, le plus fréquent, attaque généralement les adultes à partir de 40 ans, est traité par un régime alimentaire particulier et parfois par des médicaments ou de l'insuline. Les patients qui en souffrent sont appelés non insulino-dépendants. Ensuite, le diabète de type 1 est celui qui intervient chez les enfants et les adolescents. Il n'est traité que par de l'insuline, c'est pourquoi ses affectés sont considérés auparavant comme des insulino-dépendants. Enfin, il existe un autre type de diabète

appelé diabète gestationnel qui apparaît uniment chez les femmes au moment même de la grossesse et disparaît éventuellement après l'accouchement.

Cependant, force est reconnaître qu'en dehors des trois types de diabète les plus connus, il existe d'autres qui sont beaucoup plus graves. Ils sont essentiellement : le diabète secondaire, le diabète génétique, le diabète lié à certaines anomalies chromosomiques. En sus, ces différents types de diabète sont ceux les plus rares.

En effet, le diabète quel que soit le type, il est hostile à la consommation du sucre en quantité. Cette maladie est due à deux choses. D'une part, c'est la réduction des capacités fonctionnelles du pancréas dans la sécrétion de l'insuline qui engendre l'augmentation du taux de sucre dans le sang. D'autre part, le diabète est lié à une panne totale du pancréas d'où intervient la nécessité de recourir à l'insuline artificiel pour réguler le taux de sucre dans le sang.

Par conséquent, à travers les résultats affichés par ce graphique ci-dessus, lorsqu'on compare les chiffres y figurant, les diabétiques de type 1 représentés par 81,82% et de type 2 indiqués par 85,51% sont ceux qui consomment le café et sont également les plus touchés par cette maladie. En revanche, ceux qui ne prennent pas le sucre, représentés successivement par 18,18% et 14,49%, sont les moins touchés par le diabète.

Partant de cette même démarche analytique chez les insuffisants rénaux, les consommateurs du café sont les plus touchés avec 79,41% pour les insuffisants rénaux chroniques et 75% pour les insuffisants rénaux aigus contre ceux qui ne prennent pas le café représentés chronologiquement par 20,59% et 25%. Ici, nous émettons l'idée selon laquelle que boire trop de café peut être la source d'anomalie rénale. C'est une des raisons qui nous a poussées à aborder la consommation du thé.

Tableau 14 : Consommation du thé des patients avant la maladie

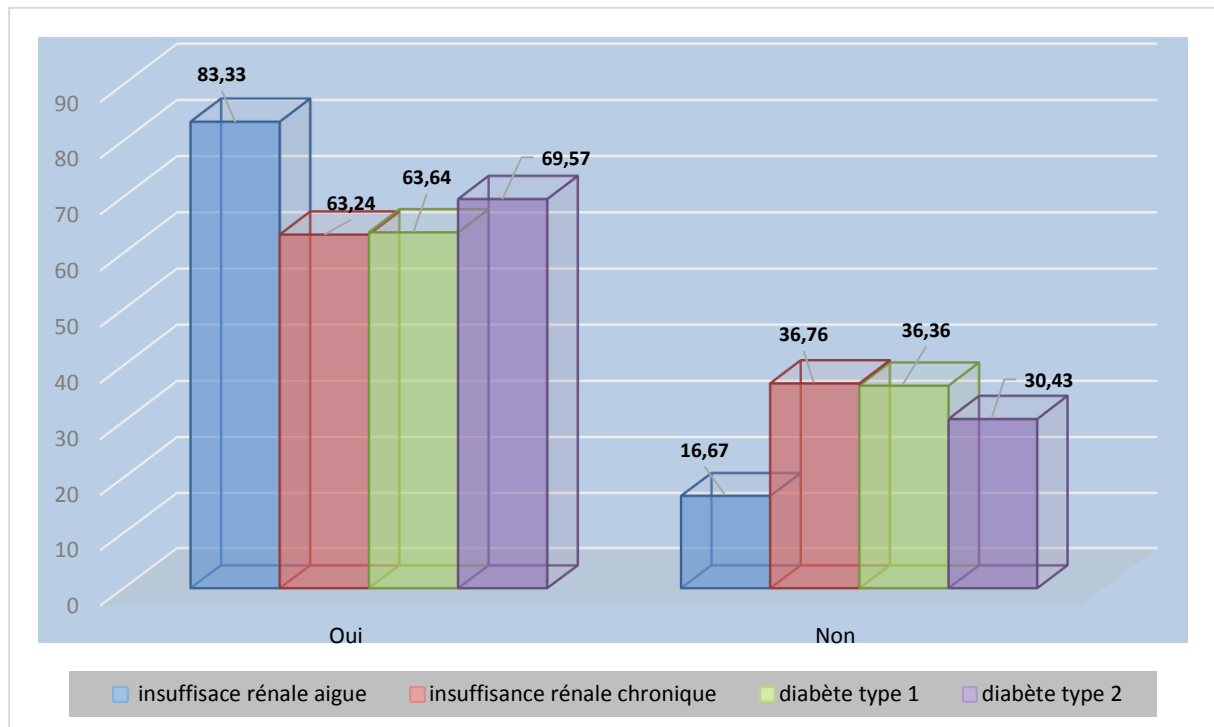
Types de maladies	Boire du thé		
	Oui	Non	Total
insuffisance rénale aigue	10	2	12
	83,33%	16,67%	100%
insuffisance rénale chronique	43	25	68
	63,24%	36,76%	100%
diabète type 1	7	4	11
	63,64%	36,36%	100%
diabète type 2	48	21	69
	69,57%	30,43%	100%
Total	108	52	160
	67,50 %	32,50%	100%

Source : Enquête de terrain 2016

Les résultats révélés par ce tableau intitulé la consommation du thé des patients montrent que sur l'ensemble de la population des malades enquêtés (160), ceux qui prennent du thé sont plus importants et représentent 108 individus contre 52 non buveurs. Autrement dit, 97,50% de la population totale des personnes interrogées consomment du thé contre 32,50% de non consommateurs. Ces données viennent corroborer la consommation du thé pour la quasi-totalité des patients. Ceci peut s'expliquer également parce qu'au Sénégal on a assisté ces dernières décennies à un acharnement publicitaire de tous les genres de thé sans pour autant indiquer les normes de la consommation adéquate de ce produit dans la mesure où on constate qu'il est devenu presque incontournable dans les habitudes alimentaires de ces sénégalais et beaucoup de gens le prennent avec un dosage jugé trop fort. C'est pour cette raison que nous allons

analyser en profondeur les données diffuses par ce graphique en décrivant les différentes statistiques au niveau de chacune des maladies.

Graphique 8 : Tendances sur la consommation du thé avant la maladie



Source : Enquête de terrain 2016

Lorsqu'on observe ce graphique, les statistiques qui s'y affichent montrent que dans la consommation du thé avant la maladie, les patients les plus affectés sont les insuffisants rénaux. Ces derniers arrivent en tête avec 83,33% suivis des diabétiques de type 2 avec 69,57%. Les patients du diabète type 1 occupent la troisième place avec 63,64%. Les insuffisants rénaux aigus viennent en dernière position avec une légère baisse sur les diabétiques de type 1 pour seulement 63,24%. L'occupation des insuffisants rénaux chroniques au sommet de l'échelle peut s'expliquer par le fait qu'ils consomment le thé sans le respect d'aucune norme de dosage de ce produit comme nous l'avons souligné ci-dessus. Ainsi que tout excès est nuisible pour la santé humaine.

En effet, l'insuffisance rénale est considérée comme une attaque du système de fonctionnement du rein qui diminue ses capacités fonctionnelles dans son rôle d'épuration du sang ou les anéantit définitivement. Selon les médecins, il existe deux types d'insuffisance rénale les plus connus : il s'agit de l'insuffisance rénale aiguë et de l'insuffisance rénale chronique. Mais, dans l'évolution de la première à la seconde, il y a cinq stades différents. Pour

distinguer ces derniers, ils soutiennent qu'une personne est déclarée sans insuffisance rénale, lorsque le débit de filtration glomérulaire est bon. Celui-ci est estimé en millilitre par minutes et indexé sur la surface corporelle. On dit qu'il est normal que lorsqu'il est supérieur ou égal à 90ml par minute.

Toutefois, lorsqu'il ne répond pas à cette logique, par exemple, moins de ça jusqu'à 60ml par minute, on dit qu'il est au stade 1. Entre 59ml jusqu'à 45 ml, on dit qu'il est au stade 2. Entre 45 ml jusqu'à 39ml, on dit qu'il est au stade 3. Entre 39ml jusqu'à 25ml, on dit qu'il est au stade 4. À partir de 25ml jusqu'à 15ml ou moins de 15ml, on dit qu'il est au stade 5.

En fait, les résultats sur le graphique, expriment qu'après l'insuffisance rénale chronique (83,33%), c'est le diabète de type 2 qui vient en deuxième position avec 69,57% suivi du diabète type 1 en troisième position dans le classement pour une valeur de 63,64%. Dans ce cas, les positions occupées par les deux types de diabète peuvent être également liées à l'effet de la consommation du sucre.

Cependant, chez les non consommateurs du thé, au bas l'échelle se trouvent les insuffisants rénaux aigus avec 16,67% ainsi que les diabétiques de type 2 avec 30,43%. Ils sont les moins touchés, ce qui paraît normal. En revanche, les patients de l'insuffisance rénale chronique et du diabète type 1 successivement représentés par 36,76% et 36,6% sont les plus affectés par ces maladies. Cette révélation explique la complexité de ces deux types de maladies d'où il est important de voir leur liaison avec la consommation des autres boissons sucrées.

Tableau 15 : Consommation d'autres boissons sucrées avant la maladie

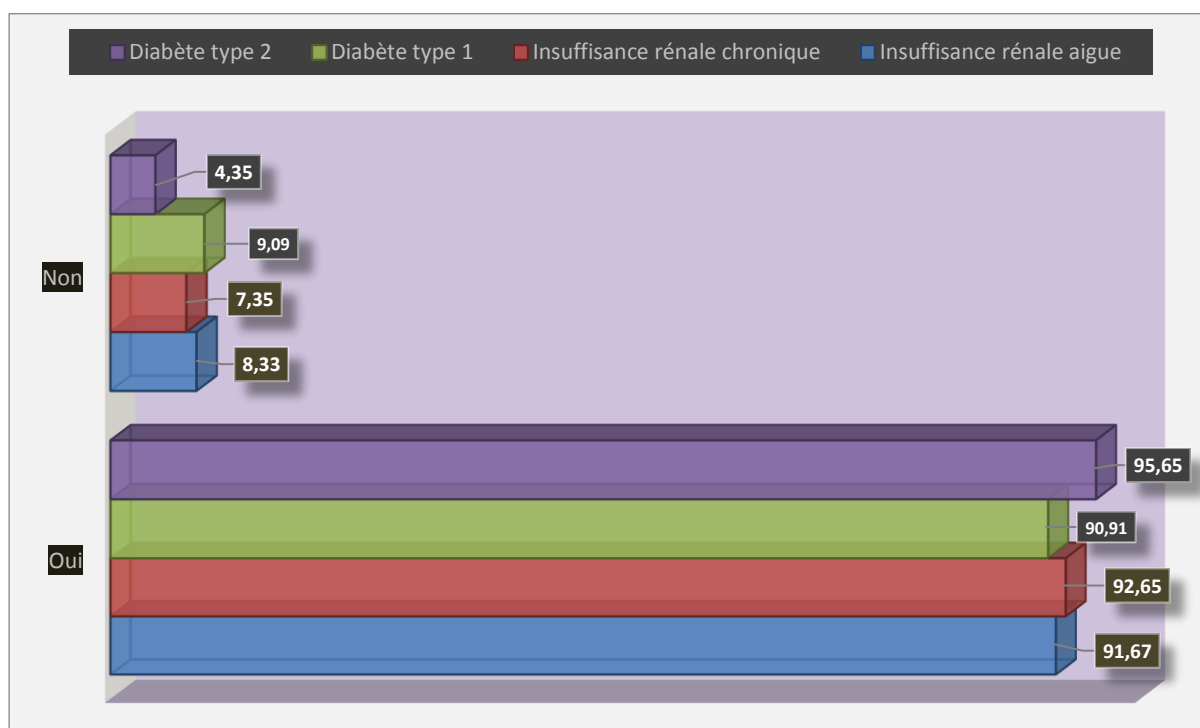
Types de maladies	Autres boissons sucrées		
	Oui	Non	Total
insuffisance rénale aigüe	11	1	12
	91,67%	8,33%	100%
insuffisance rénale chronique	63	5	68
	92,65%	7,35%	100%
diabète type 1	10	1	11
	90,91%	9,09%	100%
diabète type 2	66	3	69
	95,65%	4,35%	100%
Total	150	10	160
	93,75%	6,25%	100%

Source : Enquête de terrain 2016

La présentation des données de ce tableau sur la consommation d'autres boissons sucrées avant la maladie indique que sur l'ensemble total des patients interrogés (160), ceux qui prennent d'autres boissons sucrées sont plus considérables parce qu'ils représentent 150 individus. En revanche, les non consommateurs, beaucoup moins représentés par rapport aux premiers, sont 10 patients seulement.

D'ailleurs, c'est ce qui montre que la consommation des autres boissons sucrées peut être un des facteurs déterminant dans l'explication de ces maladies. De ce constant, nous allons confronter les résultats détaillés sur le graphique ci-dessous dans le but d'approfondir les éclaircissements qui s'y découlent afin de se saisir de la réalité de la situation.

Graphique 9 : Tendence sur la consommation des autres boissons sucrées avant la maladie



Source : Enquête de terrain 2016

Dans la consommation des autres boissons sucrées avant la maladie, l'observation des données affichées par ce graphique dévoile que sur l'ensemble des patients répondant par l'affirmative, les diabétiques de type 2 sont les plus affectés par ces maladies avec une valeur de 95,65%. Ils sont suivis par les insuffisants rénaux chroniques qui représentent 92,65%. Les insuffisants rénaux aigus occupent la troisième place avec 91,67% suivis des diabétiques de type 1 qui viennent légèrement se positionner derrière ceux-ci pour une valeur de 90,91%.

Lorsque nous comparons les répondants par oui et les répondants par non à la question sur la consommation des autres boissons sucrées avant la maladie, nous constatons, d'abord, chez les diabètes de type 2, les consommateurs représentent 95,65% contre les non consommateurs qui constituent 4,35%. Ces données viennent confirmer l'effet de la consommation des produits sucrés sur ce type de maladie.

Ensuite, pour les insuffisants rénaux chroniques, ceux qui prennent les autres boissons sucrées sont plus représentatifs que ceux qui ne les consomment pas dans la mesure où les chiffres montrent successivement 92,65% pour les premiers contre 7,35% pour les seconds.

En outre, chez les insuffisants rénaux aigus, la même tendance se poursuit avec 91,67% pour les consommateurs contre 8,33% pour les non consommateurs. Cependant, force est de noter que sur l'ensemble des patients affectés par l'insuffisance rénale (chronique et aigue), nous avons constaté qu'eux tous consomment fréquemment trois types de boissons sucrées avant leurs maladies. Il s'agit essentiellement : le coca-cola, le spirit et le vimto. Ce qui émet des doutes sur ces trois catégories de boissons sucrées.

Lorsque nous avons posé aux médecins la question sur l'effet de ces boissons-ci, ils nous ont répondu qu'elles sont impérativement interdites aux patients en dehors du moment même de l'hémodialyse. Mais, quand le patient s'apprête à entrer dans la salle clinique pour le branchement de la séance d'hémodialyse qui constitue une technique artificielle remplaçant le rein dans l'épuration du sang de tous ses déchets toxiques, il lui est permis de les prendre tout juste avant ou au moment de la première heure du branchement. C'est ainsi pour permettre à la machine, au rein artificiel, d'évacuer tous les déchets que contiennent ces boissons qui peuvent fragiliser l'état de santé du patient. Ceci montre un aspect suspect de ces trois types de boissons dans le développement de ces maladies rénales.

Enfin, pour les diabétiques de type 1, les consommateurs sont également plus considérables que les non consommateurs avec les valeurs respectives de 90,91% contre 9,09%. Ici, la suprématie des patients consommateurs sur ceux non consommateurs explique encore l'effet du sucre dans ces boissons parce que les réponses collectées ont montré que les premiers prennent toutes les genres de boissons sucrées. La tendance de la consommation de ces boissons sucrées nous a poussé à les interroger sur leurs plats alimentaires habituels avant ces affections.

Tableau 16 : Les plats de consommation habituelle des patients avant leur maladie

Plats habituels	Nb.cit	Fréquence
Riz aux poissons	138	29,55%
Kaldo	6	1,28%
Mafé	82	17,56%
Soupou kandia	64	13,71%
Yassa	19	4,07%
Domoda	24	5,14%
Cous-cous	44	9,42%
Riz à la viande	7	1,50%
Dakhine	4	0,86%
Pâte	8	1,71%
Frيره	5	1,07%
Plats sucrés	11	2,36%
Thiou	9	1,93%
Gâteaux	1	0,21%
Mbakhal	4	0,86%
Sandwichs	7	1,50%
Viande	27	5,78%
Thiébou kéthiakh	4	0,86%
Petit poids	2	0,43%
Lentilles	1	0,21%
Total	467	100%

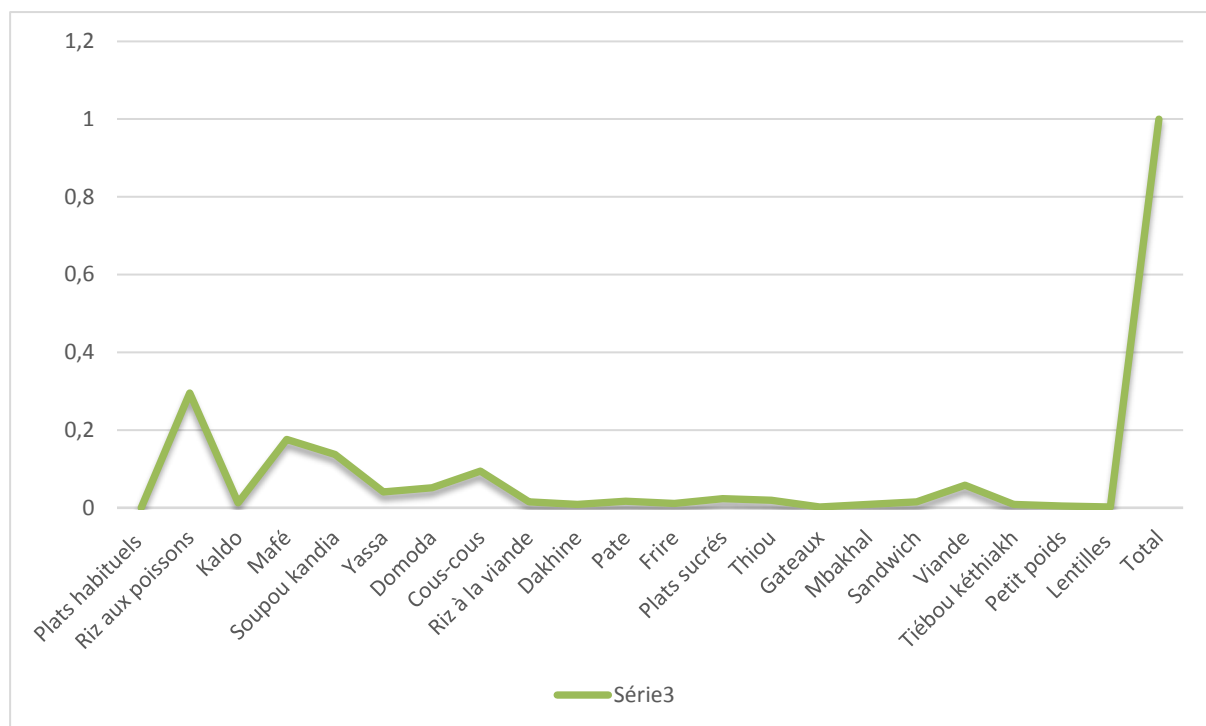
Source : Enquête de terrain 2016

Les résultats sur la consommation des plats habituels affichés par ce tableau montrent que les plats les plus consommés par les patients que nous avons interrogés sont : le riz aux poissons avec une fréquence de 29,55%, il est suivi du *mafé* pour 17,56%, le *soupou kandia* avec 13,71%, le couscous avec 9,42% et de la viande avec 5,78%.

Ainsi, nous avons constaté que sur l'ensemble des plats consommés le riz occupe une place très importante parce que le *yassa*, le *thiébou kéthiakh*, le *domoda*, le *mbakhal*, le *thiou* et le *dakhine* sont préparés à la base du riz. Lorsque nous avons interrogé le diététicien du centre

Marc Sankalé de l'hôpital Abass Ndao sur ce fait, il nous a répondu que non seulement ces plats contiennent du sucre parce que ce sont de la famille des céréales mais aussi que tout produit alimentaire qui peut se transformer en farine a une quantité de sucre importante. Il s'agit ici, pour le cas de notre étude de la pâte qui correspond dans la consommation des patients enquêtés à 1,71%, les plats sucrés qui sont essentiellement de la bouillie (*fondé, lakh, ngalakh, thiakri...*) représentent une valeur de 2,36%, les gâteaux et les sandwiches qui sont à la base de farine correspondent respectivement à 0,21% et 1,50%. Enfin, viennent les petits poids avec 0,43% et les lentilles pour une valeur de 0,21%. Cette remarque vient confirmer la consommation du sucre en quantité fréquente des patients expliquant ainsi l'origine de leur diabète d'où il important d'observer les élévations du graphique pour mieux appréhender la situation.

Graphique 10 : Fréquence de consommation des plats habituels des patients avant la maladie



Source : Enquête de terrain 2016

La courbe du graphique montre l'élévation au niveau de la consommation du riz aux poissons avec une valeur de 0,2955, suivi de *mafé* avec 0,1756, de *soupou kandia* avec 0,1371, de couscous pour une valeur de 0,0942, de la viande avec 0,0578 et du *domoda* avec 0,0514. En effet, nous avons constaté également au moment de notre enquête de terrain que la quasi-totalité des patients que nous avons interrogés sont victimes d'hypo ou d'hypertension

artérielle. Ceci a suscité encore notre interrogation sur la manière dont ces plats sont préparés et nous avons su qu'ils sont cuisinés à base de produits gras (huile) et du sel (bouillons) justifiant ainsi ces maladies dans la mesure où les médecins nous disent que les aliments salés et gras sont dangereux chez les hypertendus. Particulièrement, chez les patients d'insuffisance rénale (chronique et aigüe), nous avons remarqué dans leur consommation habituelle avant la maladie, les plats tels que riz aux poissons, *mafé*, *soupou kandia*, *thiébou kéthiakh*, *dakhine* et de la viande. Mais, nos différents entretiens avec le corps médical nous ont permis de savoir que le *mafé* (17,56%), le *soupou kandia* (13,71%), le *dakhine* (0,86%), le *thiébou kéthiakh* (0,86%) et la viande (5,78%) sont parmi les interdits alimentaires en dehors des séances d'hémodialyse.

Autrement dit, ces patients ne doivent prendre ces plats que juste avant la séance d'épuration sanguine ou pendant la première heure de branchement du rein artificiel. Le comportement alimentaire des patients vis-à-vis de ces aliments justifie également l'affection de ces pathologies rénales. La confrontation de ces plats habituels des patients et des boissons sucrées tels que le coca-cola, le spirit et le vimto confirment que ces habitudes alimentaires constituent un des facteurs qui donnent les maladies rénales. Cet aspect nous permet de continuer notre processus analytique et de scruter l'activité physique et socio-professionnelle des patients afin de voir le rapport.

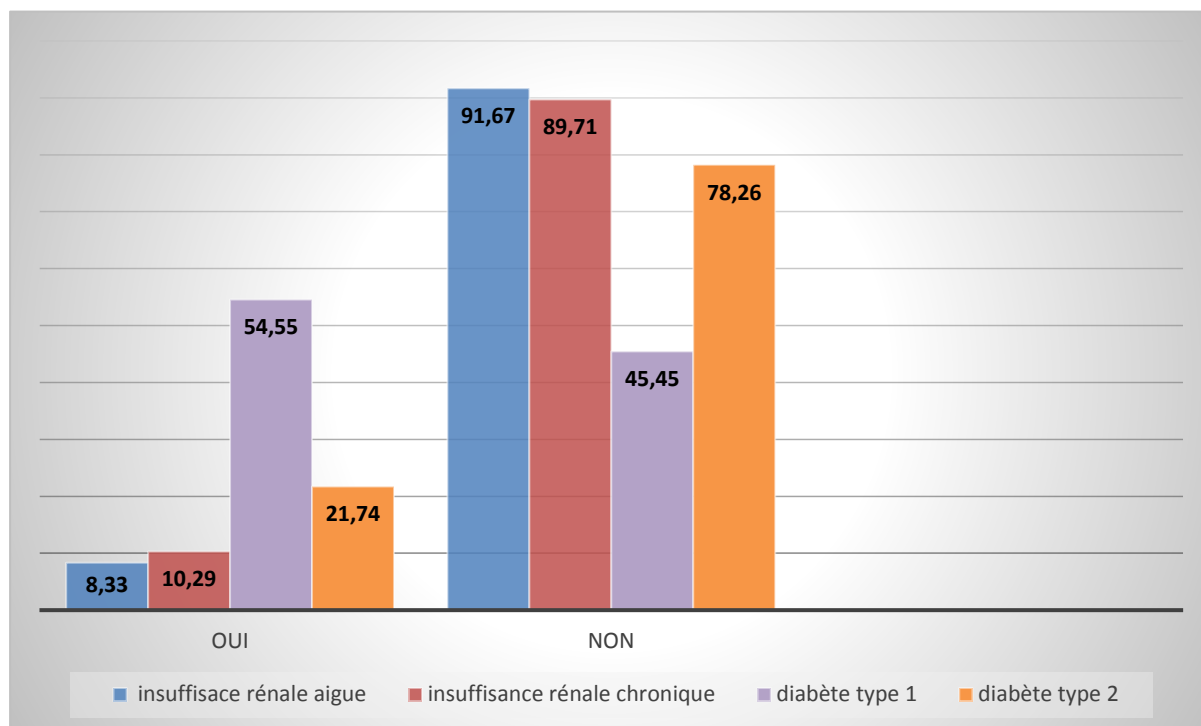
VII.2. L'activité physique et socio-professionnelle

L'avènement de la modernité et de l'industrialisation ont largement favorisé le développement des villes avec notamment l'exode rural. Beaucoup de gens ont quitté la campagne et se sont installés en ville dans le but de trouver un job pour un avenir meilleur. Cette nouvelle donne a réduit l'activité physique des humains grâce à la motorisation. En ville comme en campagne, l'ère industrielle a révolutionné les déplacements ainsi que la professionnalisation avec les moyens de transport très rapides et la création nouvelle de l'orientation socio-professionnelle des populations autour des postes et des métiers sédentaires.

De ce fait, les gens ont tendance à adopter de nouveaux comportements liés même à l'exercice de leurs métiers. La réduction de l'activité physique perçue souvent comme un signe de prestige enfuit bon nombre de personnes de ne plus se déplacer à pieds. Avec le confort qui existe de plus en plus et l'occupation socio-économique qui a ouvert la compétition vers la différenciation de rang social dans un milieu où la mondialisation a imposé ses règles, il est devenu difficile, voire rare, de voir des individus qui ne cherchent qu'à fructifier leurs biens s'intéresser à la pratique de l'activité sportive. D'ailleurs, c'est cette remarque qui nous a

poussée à interroger les patients afin de savoir s'ils pratiquaient l'une des activités sportives avant leur maladie dans le but de mieux connaître le rapport existant entre ces deux (pratique du sport et type de maladie).

Graphique 11 : Tendence de l'activité sportive sur la maladie



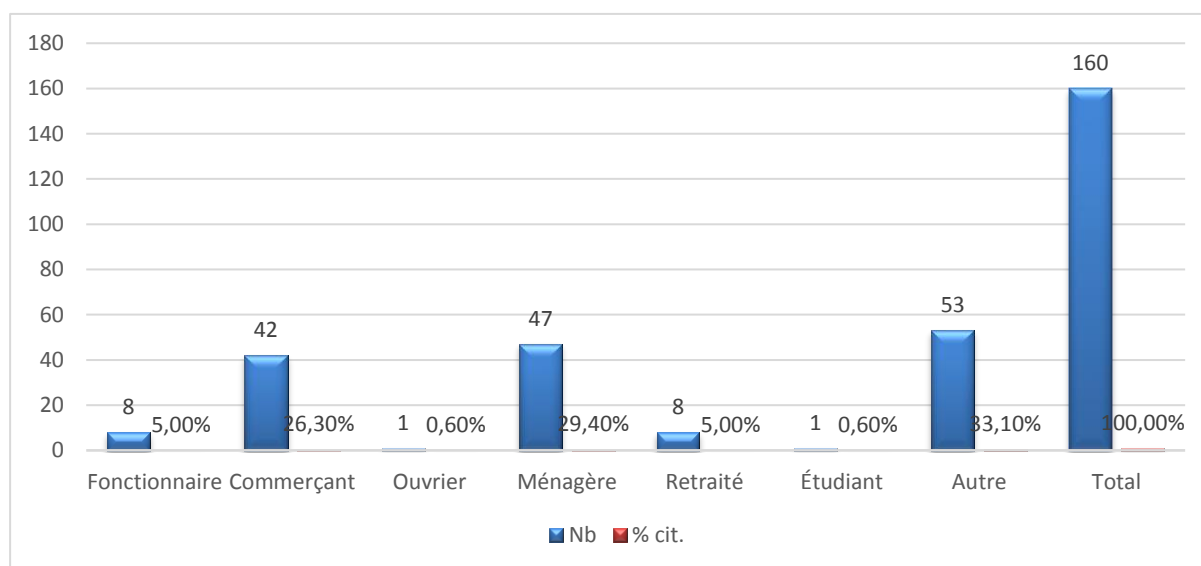
Source : Enquête de terrain 2016

Sur l'ensemble des patients enquêtés, le graphique ci-dessus montre que ceux qui ont répondu par l'affirmative sur la question de la pratique du sport sont moins représentatifs que ceux qui ont répondu par la négative. Dans la catégorie des pratiquants du sport, les insuffisants rénaux aigus avec 8,33% occupent au bas de l'échelle. Ils sont suivis par les insuffisants rénaux chroniques qui représentent 10,29% et les diabétiques de type 2 pour une valeur de 21,74%. Cependant, on constate que chez les diabétiques de type 1, un peu plus de la moitié des patients qui font du sport représentent une valeur de 54,55%.

Chez les non pratiquants du sport, les insuffisants rénaux aigus sont plus représentés avec 91,67%, c'est-à-dire, la tête du classement. Les insuffisants rénaux chroniques prennent la deuxième place avec 89,71% et les diabétiques de type 2 viennent à la troisième position avec 78,26%. Les diabétiques de type 1, en dernier lieu, mettent en fin le classement pour une valeur de 45,45%.

En fait, la comparaison des deux groupes (pratiquants et non pratiquants du sport) montre que les sportifs sont moins affectés par ces maladies que les non sportifs excepté chez les diabétiques de type 1 qui, avec une valeur de 54,55%, sont touchés, c'est-à-dire, que les malades ont dépassé une légère moitié. Les résultats confirment l'importance de la pratique du sport dans la santé humaine car selon les médecins la sédentarité est un des facteurs de risque attractif de maladies. Pour approfondir notre démarche analytique, nous nous sommes intéressé à l'activité socio-professionnelle des patients afin de mieux saisir la réalité du phénomène.

Graphique 12 : Répartition des patients selon l'activité socio-professionnelle



Source : Enquête de terrain 2016

Dans la répartition des patients selon l'activité socio-professionnelle, les données ressorties de ce graphique montrent que les patients répondant à une profession autre représentent 33,10% en tête du classement. Les ménagères arrivent en deuxième position avec 29,40%. Les commerçants les succèdent en troisième position pour une valeur de 26,30%. Les fonctionnaires et les retraités occupent les rangs de quatrième et cinquième en ex æquo avec 5,00%. En fin du classement les ouvriers et les étudiants viennent en égalité (sixième et septième rang) avec 0,60%.

En effet, dans l'ordre du classement des patients des plus représentatifs, au moins, nous avons constaté que la profession autre (33,10%) qui, correspond ici à tailleurs, artisans, maîtres d'hôtel, marabouts, restauratrices, réceptionnistes, chefs d'entreprise, secrétaires et élèves, est la plus affectée par ces maladies. Ils sont suivis par les ménagères 29,40%, les commerçants 26,30%, les fonctionnaires et retraités chacun avec 5,00%, les ouvriers et étudiants chacun

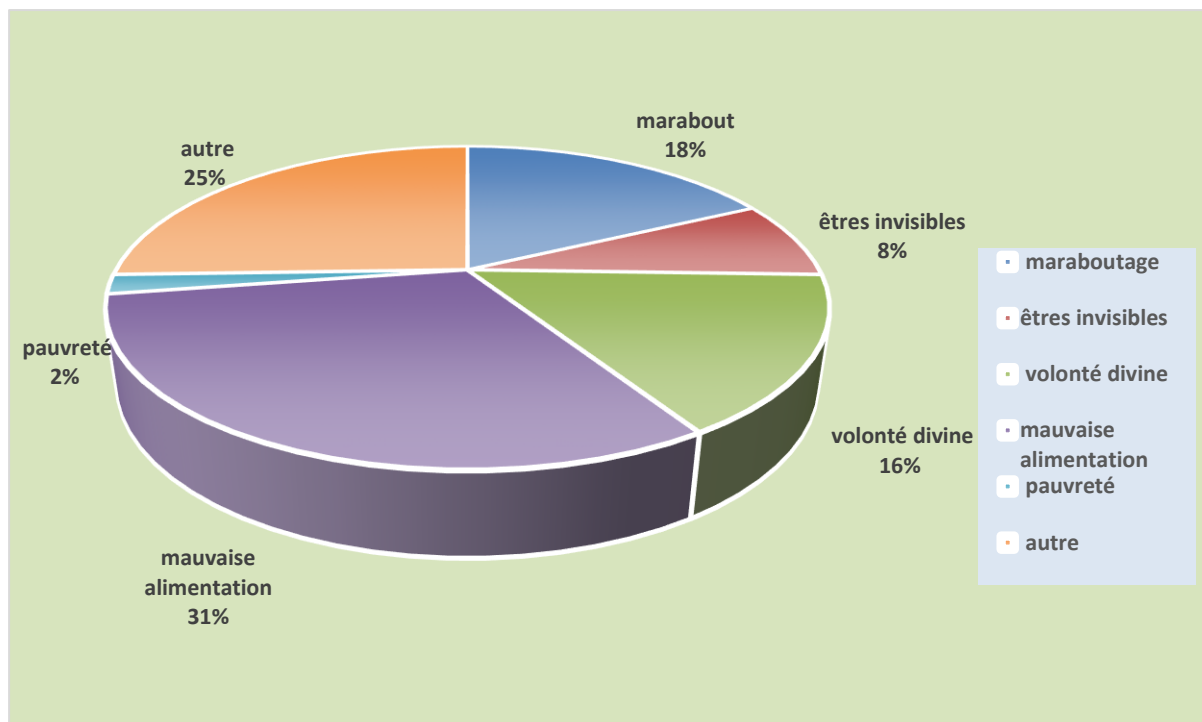
0,60%. L'analyse des données de ce graphique confirme la détermination du caractère de l'activité socio-professionnelle sur l'état de santé des patients parce que, les professions les moins actives sont les plus affectées par ces maladies. Ce constat nous a permis de faire des investigations dans d'autres domaines telles que les représentations sociales des patients sur les maladies.

VII.3. Les représentations sociales des patients sur les maladies

Dans chaque culture au monde, il existe des représentations sociales qui y sont véhiculées au travers des valeurs que les humains se nourrissent pour faire face à certaines situations. En Afrique, les représentations sociales occupent une place très importante et sont présentées dans la quasi-totalité des pratiques des populations. Elles sont souvent perçues comme le fil conducteur qui permet aux vivants d'entrer en contact aux gens avec qui, ils peuplent l'univers et de négocier leur devenir. C'est en fait, les différents rapports qui existent entre le monde visible et le monde invisible pour permettre aux vivants de régler des problèmes ou de déjouer certaines forces extérieures jugées certainement dangereuses pour la vie humaine.

D'ailleurs, c'est pourquoi partout dans les sociétés africaines, des rituels sont organisés pour instaurer une parfaite harmonie entre les vivants et leurs ancêtres morts, entre eux et les êtres surnaturels avec qui, ils partagent le cadre naturel de vie. Ainsi, dans des situations difficiles, les hommes mobilisent tous les aspects symboliques, pratiques culturelles et culturelles pour répondre à des inquiétudes dont les solutions ne sont pas directement offertes par la nature. La santé, constituant un domaine complexe, et, qui a un rapport étroit avec les représentations sociales, nous a poussé à aborder les patients sous cet angle afin de mieux saisir les croyances qu'ils ont adoptées pour répondre à leurs maladies. Autrement dit, connaître les idées reçues des patients au moment des premiers instants d'affection de ces maladies et la thérapie sollicitée.

Graphique 13 : Tendence de la thérapie fréquentée des patients selon la représentation sociale sur l'origine de la maladie



Source : Enquête de terrain 2016

Dans l'interrogatoire des patients sur la représentation sociale avancée à propos des thérapies traditionnelles fréquentées selon l'origine de leurs maladies, les résultats diffusés par ce graphique expriment que 31% des malades enquêtés associent la provenance de leurs maladies à la mauvaise alimentation.

Certains de nos interlocuteurs qui font recours aux thérapies traditionnelles, fréquentent autre qui représente 25%. En revanche, les patients qui abordent les marabouts dans le traitement de leurs affections sont représentés par 18%. Parmi les patients, il y a également 16% qui lient leurs maladies à la volonté divine. Ceux qui pensent que leurs maladies sont liées aux êtres invisibles et fréquentent les thérapies traditionnelles sont 8%. Et enfin, 2% seulement des malades pensent à la pauvreté.

En effet, ceux qui fréquentent et indiquent la liaison de leurs maladies à la mauvaise alimentation (31%) arrivent en tête du classement. Ceci explique qu'ils se sont eux-mêmes soucieux de l'alimentation à laquelle ils se sont habitués à prendre. L'alimentation des patients avant leurs maladies pose problème dans la mesure où sa composition constitue un potentiel risque d'affection de maladies chroniques telles que l'insuffisance rénale et le diabète. Cette

situation atteste que l'hypo et l'hypertension artérielle qui sont plus représentatives dans le processus précédent des maladies citées ci-dessus d'où la question de risque de la nutrition revient confirmer l'effet des comportements humains vis-à-vis de ces maladies. Ils sont succédés par ceux qui fréquentent autre (25%). Ici, autre est lié à des gens (connaissances, voisins, parents proches et amis) qui donnent des conseils aux malades sur les remèdes traditionnelles à prendre.

Les répondants ayant fréquenté les marabouts (18%) viennent en troisième position. Ensuite, se succèdent les patients associant leurs maladies à la volonté divine (16%) en quatrième, à des êtres invisibles (8%) en cinquième et enfin ceux qui ont imaginé la pauvreté (2%) terminent le classement.

La configuration des réponses certifie par conséquent le poids culturel, religieux, mystique et social que les patients se font à travers les représentations autour de ces maladies. Cette manière de penser des patients nous a poussé à nous intéresser à l'idée qu'ils se font de l'origine de la maladie par rapport à l'antécédent familial.

Tableau 17 : Rapport origine de la maladie et antécédent familial

Origine de la maladie	Antécédent familial		Total
	Oui	non	
Maraboutage	5	13	18
	<i>27,78%</i>	<i>72,22%</i>	<i>100%</i>
êtres invisibles	1	6	7
	<i>14,29%</i>	<i>85,71%</i>	<i>100%</i>
volonté divine	8	16	24
	<i>33,33%</i>	<i>66,67%</i>	<i>100%</i>
mauvaise alimentation	22	22	44
	<i>50%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
Pauvreté	2	0	2
	<i>100%</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>
Autre	31	34	65
	<i>47,69%</i>	<i>52,31%</i>	<i>100%</i>
Total	69	91	160
	<i>43,13%</i>	<i>56,88%</i>	<i>100%</i>

Source : Enquête de terrain 2016

Les données enregistrées dans le tableau ci-dessus expriment que sur l'ensemble des patients interrogés(160) sur la question de l'antécédent familial par rapport à l'origine de leurs maladies, les répondants par la négative sont plus importants avec 91 réponses allant dans ce sens. En revanche, les patients ayant répondu par l'affirmative représentent 69 personnes, une valeur moins significative que celle exprimée par les premiers.

La lecture verticale du tableau dévoile que sur l'ensemble des patients abordés(160) sur l'origine de leurs affections, ceux qui ont répondu par autre arrivent en tête avec le nombre de

65 individus. Les répondants par une mauvaise alimentation occupent la deuxième place avec 44 patients. Les malades qui pensent que leurs pathologies sont dues à la volonté divine prennent la troisième position avec un chiffre de 24 personnes. Les patients qui associent leurs maladies au maraboutage se positionnent au quatrième rang avec une valeur de 18 individus. Les croyants aux êtres invisibles et à la pauvreté terminent le classement avec les rangs cinquième et sixième pour les valeurs respectives de 7 et 2 patients.

En fait, l'analyse des chiffres présentés par le tableau ci-dessus montre la représentativité de la croyance des malades à autre(65) comme facteur de développement de l'insuffisance rénale et le diabète. Ici, pour nos enquêtés, autre, ce sont les maladies de l'hypo et de l'hypertension que souffrent la quasi-totalité des patients abordés pour cette étude. La mauvaise alimentation revient à nouveau exprimer la couleur influente de l'alimentation des patients(44) sur l'origine même de leurs affections. Le fait que les patients associent ces maladies à la volonté divine(24) exprime comment ils sont imprégnés aux dogmes et aux valeurs religieuses. Les réponses associant l'insuffisance rénale et le diabète au maraboutage(18) et aux êtres invisibles(7) dévoilent les aspects et pratiques culturelles dans les représentations sociales des patients.

Enfin, l'idée émise à ce propos que la pauvreté est à l'origine de ces maladies montre l'assentiment que certains patients font sur le positionnement de leurs couches sociales. Mais, à vrai dire, la pauvreté oriente les classes sociales vulnérables à la nutrition trop sucrée et gras, c'est-à-dire, à la consommation fréquente des plats tels que le *lakh*, le *fonde*, le *ngalakh*, le *thiakri*, le *sombi*,³¹³ le *mbakhal*³¹⁴ et le *dakhine*³¹⁵. La consommation fréquente de ces plats est un facteur de risque potentiel pour le diabète et l'hypertension artérielle qui peuvent également à leur tour donner l'insuffisance rénale.

En outre, les pourcentages matérialisés par le graphique ci-dessous nous permettent de confronter les données dans le but d'éclaircir notre démarche analytique. Autrement dit, expliquer le rapport existant entre l'origine de la maladie et l'antécédent familial à partir d'une

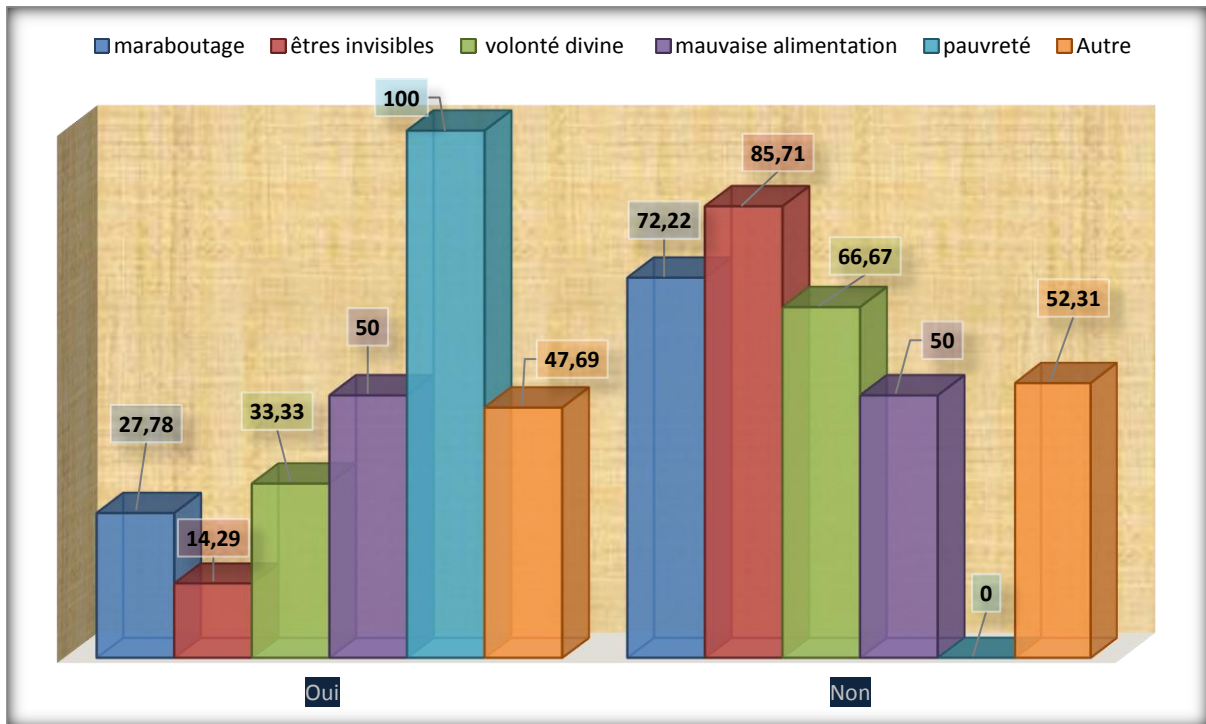
³¹³ Alimentation à base de farine (céréales) mélangée avec du lait caillé sucré, ces plats sont fréquemment consommés par les couches sociales défavorisées pour le déjeuner et le dîner.

³¹⁴ Le *mbakhal* est un plat préparé à base du riz, de l'eau, de poissons, du sel et de l'huile. C'est un des plats les fréquemment consommés la nuit chez les couches sociales vulnérables.

³¹⁵ Le *Dakhine* est aussi un plat préparé à base de riz, d'eau, de poissons séchés ou frais, de sel, d'arachides et d'huile. Il est également consommé par les plus diminués la nuit.

lecture horizontale du tableau généré par le graphique afin de mieux comprendre les différentes représentations sociales qui s’y découlent.

Graphique 14 : Représentations sociales sur l’origine de la maladie par rapport à l’antécédent familial



Source : Enquête de terrain 2016

La configuration du graphique montre que les patients qui pensent que leurs maladies sont dues à un antécédent familial sont moins visibles excepté, ceux qui lient ces affections à leur pauvreté dans la mesure où 100% des répondants à cette variable croient à ce fait. Ceci confirme que la pauvreté peut être un facteur potentiel de risque de ces maladies comme nous l’avons démontré ci-dessus, contrairement à ce que soutenait la biomédecine qui les considérait comme signe d’aisance. Le fait que les patients répondant par la négative, c’est-à-dire, de ne pas avoir d’antécédent familial, soient plus représentatifs sur le graphique ci-dessus, montre que les maladies de l’insuffisance rénale et le diabète sont liées à d’autres réalités qui sont les habitudes socioculturelles.

Les patients associant l’origine de leurs affections à la mauvaise alimentation sont départagés en deux moitiés égales : 50% des malades ont un antécédent familial contre 50% qui n’en ont pas. Ceci explique que même si l’antécédent familial est significatif dans la

transmission génétique de ces maladies, il est important aussi de prendre en considération les comportements alimentaires des patients.

Pour les patients ayant associé leurs maladies à autre, nous constatons que seulement 47,69% ont répondu avoir un antécédent familial contre 52,31%. La supériorité des répondants par la négative dévoile encore que l'insuffisance rénale et le diabète sont liés à d'autres facteurs dans la mesure où autre symbolise dans la représentation sociale des patients à l'hypo et l'hypertension artérielle (maladies liées à l'alimentation riche en graisse et sel).

Dans le groupe des patients affirmant leurs pathologies actives à une liaison de la volonté divine, uniquement 33,33% ont répondu avoir un antécédent familial contre 66,67% qui n'en ont pas. La suprématie des malades, qui ont encore manifesté par la négation la cause de leurs affections à l'antécédent familial, signifie qu'il existe d'autres facteurs explicatifs de ces maladies.

En ce qui concerne les patients défendant l'idée selon laquelle, ils ont été victimes de maraboutage, seulement 27,78% ont montré avoir un antécédent familial. En revanche, 72,22% de ces malades ont exprimé par la négation à cette variable. Par conséquent, la représentativité de ces derniers par rapport aux premiers certifie qu'il y a d'autres explications pouvant justifier ce phénomène.

Pour les patients qui pensent qu'ils souffrent d'agression des êtres invisibles, exclusivement 14,29% affirment avoir un antécédent familial par opposition à 85,71% qui révèlent que leurs parents n'ont jamais souffert de ces maladies. La primauté des patients répondant par non à cette question sur ceux qui ont répondu par oui exprime d'avantage que seul l'antécédent familial ne suffit pas pour défendre l'origine des pathologies de l'insuffisance rénale et le diabète.

D'ailleurs, c'est pour cette raison que nous avons décidé de confronter les variables boire autres boissons sucrées et origine de votre maladie afin de mieux connaître les représentations sociales des patients qui s'y dérivent et d'approfondir notre démarche analytique. Autrement dit, la relation qui existe entre ces deux variables nous permet de voir plus clair les habitudes socioculturelles de nos interlocuteurs sur les maladies auxquelles ils souffrent.

Tableau 18 : Représentations sociales sur l'origine de la maladie par rapport à la prise d'autres boissons sucrées

Origine de la maladie	Autres boissons sucrées		Total
	Oui	Non	
Maraboutage	17	1	18
	94,44%	5,56%	100%
êtres invisibles	6	1	7
	85,71%	14,29%	100%
volonté divine	22	2	24
	91,67%	8,33%	100%
mauvaise alimentation	43	1	44
	97,73%	2,27%	100%
Pauvreté	2	0	2
	100%	0%	100%
Autre	60	5	65
	92,31%	7,69%	100%
Total	150	10	160
	93,75%	6,25%	100%

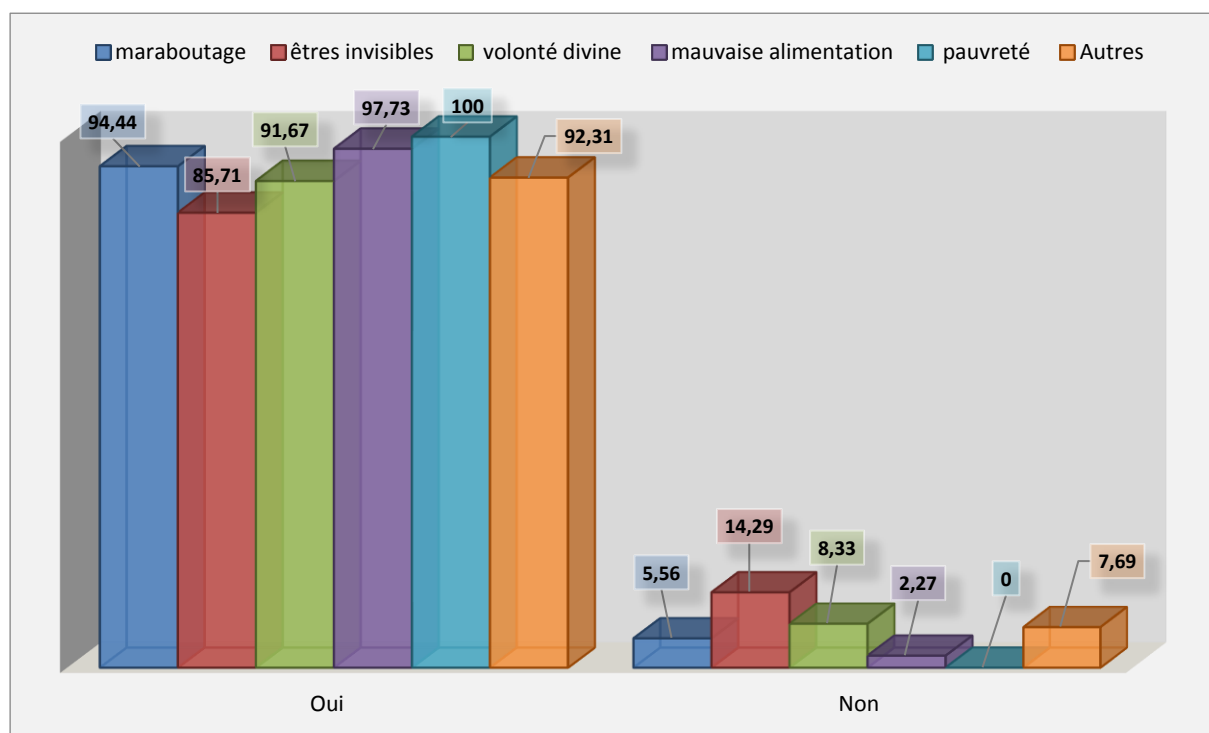
Source : Enquête de terrain 2016

Les données contenues dans ce tableau expriment que sur l'ensemble des patients enquêtés(160), parmi les malades qui soutiennent que leurs maladies sont liées au maraboutage, aux êtres invisibles, à la volonté divine, à la mauvaise alimentation, à la pauvreté et à autre, ceux qui prennent les autres boissons sucrées sont au nombre 150 personnes contre uniquement 10 patients qui affirment ne pas les boire. Cet écart considérable entre les premiers et les seconds certifie que les représentations des patients sur l'origine de la maladie pèsent lourd dans leurs habitudes socioculturelles.

Par conséquent, cette manière de penser des patients favorise le développement de l'insuffisance rénale et le diabète. Les pourcentages matérialisés par le graphique ci-dessous

permettent de rendre plus visible l'effet de la consommation des autres boissons sucrées contrairement aux idées avancées des patients à travers les différentes représentations sociales qui tournent autour de l'insuffisance rénale et le diabète sur l'origine même de ces maladies.

Graphique 15 : Effet des représentations sociales sur l'origine de la maladie par rapport à la consommation des boissons sucrées



Source : Enquête de terrain 2016

La configuration du graphique exprime que le groupe des patients ayant répondu par oui à la consommation des autres boissons sucrées est plus représentatif par rapport à celui qui a répondu par non. La composition détaillée des chiffres affichés par ce graphique montre que les malades associant l'origine de leurs pathologies à la pauvreté, 100% sont des buveurs d'autres boissons sucrées. Nous avons constaté que les comportements des patients vis-à-vis de ces boissons favorisent le développement du diabète dans la mesure où ils les prennent trop en pensant que l'origine de leurs maladies est due au rang social qu'ils occupent dans la société. Dans les comportements alimentaires, nous avons également remarqué l'attachement habituel des patients de l'insuffisance rénale aux boissons tels que coca-cola, spirit et vimto avant qu'ils ne soient victimes de ces pathologies chroniques.

Pour les patients qui attribuent les maladies à la mauvaise alimentation, les 97,73% ont répondu avoir consommé les autres boissons sucrées contre 2,27% de malades qui ne les

consomment pas. Ceci explique qu'ils sont conscients des conséquences de l'alimentation à laquelle ils se sont abusés. En ce qui concerne les patients affilant l'origine de leurs affections au maraboutage, 94,44% ont affirmé prendre les autres boissons sucrées tandis que 5,56% ont répliqué de ne jamais les boire. Cette manière de penser des malades les pousse à ne pas fréquenter les institutions sanitaires. Par conséquent, c'est ce qui empire par ailleurs la situation de leur état de santé.

Dans le groupe des malades qui ont attaché leurs pathologies à autre, les résultats ressortis par le graphique ci-dessus exposent que ceux qui prennent d'autres boissons sucrées sont plus représentatifs et constituent 92,31% des personnes abordées dans cette catégorie contre 7,69% des patients qui ne les boivent pas. Le fait d'ignorer qu'autre (hypo et hypertension) soit une des conséquences de leurs habitudes alimentaires, les patients imputent l'état actuel de leur santé à la dernière maladie qui les semble occasionné l'insuffisance rénale ou le diabète auxquels ils souffrent.

Parmi ceux qui se sont référés à la volonté divine pour expliquer l'origine de leurs affections, encore la plus grande masse, soit 91,67%, a exprimé avoir consommé les autres boissons sucrées contre seulement 8,33%. La différence existante entre les consommateurs et les non consommateurs de ces boissons vient corroborer l'effet de celles-ci dans la santé de nos enquêtés. Ce qui montre par ailleurs que les patients réfutent toute idée de comportements et d'attitudes alimentaires dans la cause même de leurs affections. La manière de penser des patients à travers les représentations sociales est également un des facteurs de développement de l'insuffisance rénale et le diabète.

Le dernier groupe du graphique correspondant aux patients qui ont soutenus que leurs maladies sont dues aux êtres invisibles, la majorité des enquêtés ayant affirmé consommer les autres boissons sucrées représente 85,71%. En revanche, ceux qui ne les prennent pas sont plutôt faibles par rapport aux premiers avec seulement 14,29% des patients. Cet écart vient confirmer l'effet des autres boissons sucrées sur la santé de nos enquêtés contrairement aux idées qu'ils avancent sur l'origine de ces pathologies. Cette manière de représenter la provenance de la maladie nous a poussé à les interroger sur les croyances qu'ils ont sur les médicaments de la thérapie traditionnelle afin de savoir le rapport qui y existe pour chaque type de maladie.

Tableau 19 : Croyances aux médicaments traditionnels selon le type de maladie

Types de maladies	Croyances aux médicaments traditionnels		
	Oui	Non	Total
insuffisance rénale aigue	9	1	10
	90%	10%	100%
insuffisance rénale chronique	44	10	54
	81,48%	18,52%	100%
diabète type 1	8	2	10
	80%	20%	100%
diabète type 2	47	4	51
	92,16%	7,84%	100%
Total	108	17	125
	86,40%	13,60%	100%

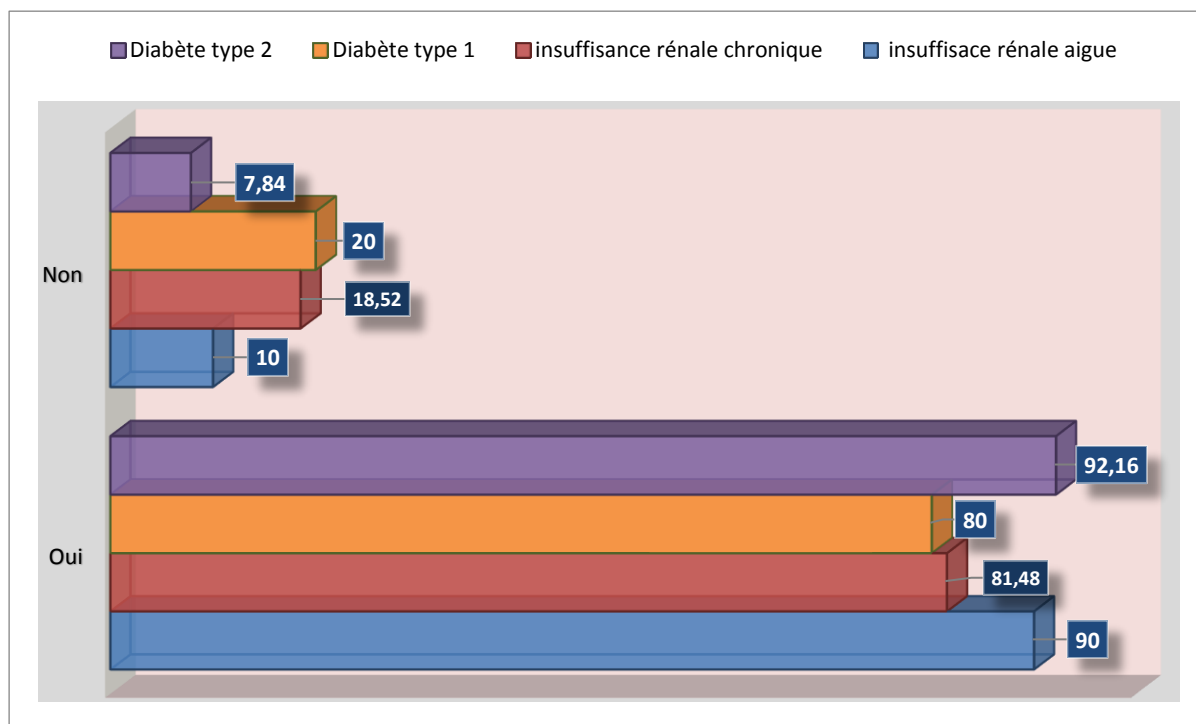
Source : Enquête de terrain 2016

En ce qui concerne la croyance aux médicaments de la thérapie traditionnelle, nous avons constaté que sur l'ensemble de la population de nos enquêtés (160 patients), seulement 125 personnes ont pu répondre à cette question et dont les réponses sont contenues dans le tableau ci-dessus. Celui-ci dévoile que parmi les 125 patients répondant à cette variable, 108 personnes ont affirmé leurs croyances à ces médicaments contrairement à 17 individus qui ont infirmé leur subjectivité à ces traitements. Ceci nous permet de dire que ceux qui ont répondu par l'affirmative sont plutôt considérables que ceux qui se sont exprimés par la négative.

En fait, la lecture du tableau montre que dans la réponse de cette variable, les patients atteints de l'insuffisance rénale chronique sont plus nombreux avec un total de 54 individus. Ils sont suivis par les diabétiques de type 2 avec 51 patients. Enfin, les insuffisants rénaux aigus et les diabétiques de type 1 viennent terminer le classement en parité avec chacun 10 patients.

Mais, les détails matérialisés par le graphique ci-dessous nous permettent d’approfondir notre analyse.

Graphique 16 : Croyance aux médicaments de la thérapie traditionnelle par rapport aux types de maladies



Source : Enquête de terrain 2016

La disposition des diagrammes contenus dans ce graphique dévoile clairement la visibilité et la représentativité du groupe des patients ayant répondu par affirmation à la croyance aux médicaments de la thérapie traditionnelle par rapport à celui des répondants par la négation. Les données matérialisées par le graphique ci-dessus, expriment que les patients du diabète type 2 représentés ici par 92,16%, sont ceux qui croient le plus aux médicaments de la thérapie traditionnelle contre 7,84% de malades qui ne croient pas à ces traitements.

Ils sont suivis par les insuffisants rénaux aigus avec 90% des patients ayant reconnu leurs croyances à la thérapie traditionnelle contre uniquement 10% des malades infirmant leurs opinions à ces médicaments.

Ensuite, viennent les insuffisants rénaux chroniques pour une valeur de 81,48% des interrogés répondant par l’affirmative sur le fait d’estimer l’importance de la thérapie

traditionnelle par opposition à 18,52% patients qui ont décliné leur subjectivité à ces traitements.

Enfin, les diabétiques de type 1 ferment le classement avec 80% des patients affirmant leurs croyances aux médicaments traditionnels contre seulement 20% des patients infirmant leurs appréciations à la médecine traditionnelle.

En effet, la configuration des résultats que nous avons décrits, tels qu'ils sont présentés sur le graphique, montre que plus les patients croient à ces médicaments de la thérapie traditionnelle plus ils ont tendance à les fréquenter et à les absorber. Par conséquent, c'est ce qui explique que le comportement des patients est déterminant sur le développement de l'insuffisance rénale et le diabète dans la mesure où ils ne maîtrisent pas le dosage de ces médicaments ainsi que ceux-ci ne riment pas avec les pathologies rénales. D'ailleurs, les représentations sociales que les patients se font de l'insuffisance rénale et le diabète les orientent à fréquenter plusieurs thérapies d'où il est important de voir les itinéraires thérapeutiques abordés pour le traitement de desdites maladies.

VII.4. Les itinéraires thérapeutiques des patients

À travers les différentes représentations émises sur les maladies, les patients ont toujours tendance à fréquenter plusieurs chemins à la recherche de la guérison. Dans les cultures africaines, de manière générale, les malades avant de se référer aux soins de la biomédecine, recourent souvent à certaines pratiques qui découlent de la recommandation des personnes proches par le biais de l'automédication, aux thérapies traditionnelles locales détenues généralement par les guérisseurs, les marabouts et les marchands ambulants. Tout ce que le malade cherche, c'est la guérison de sa maladie.

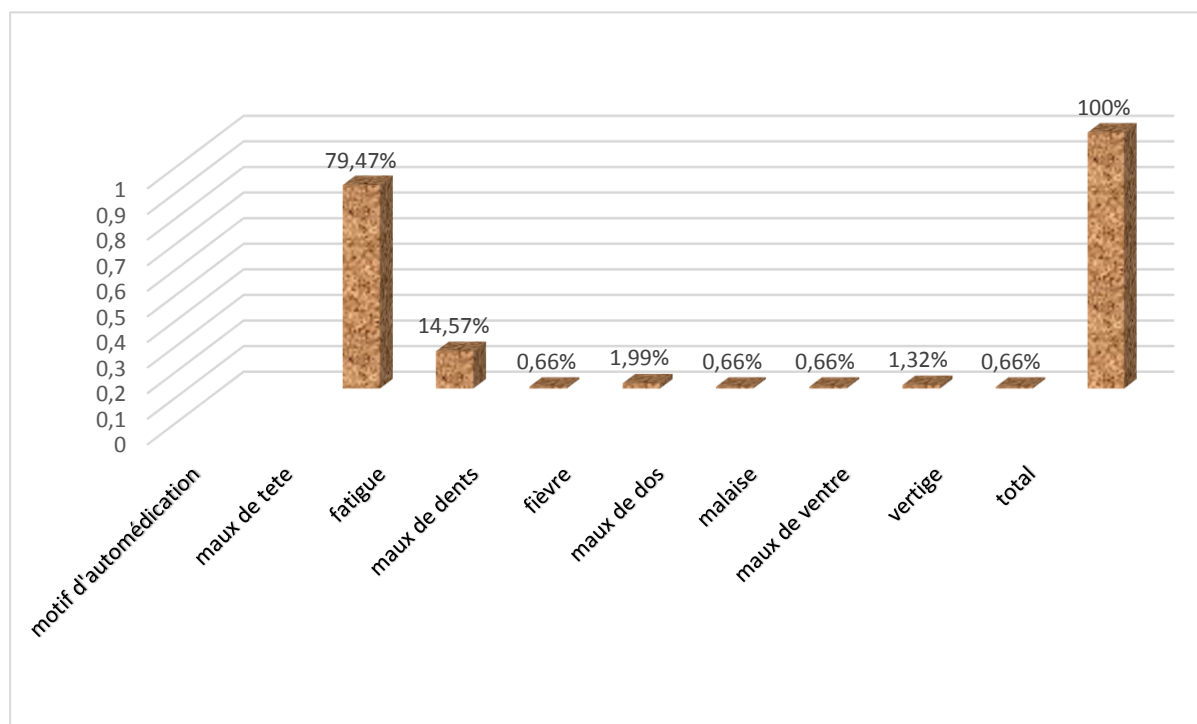
C'est à cet effet que Bernard HOURS souligne que : « *les patients africains ne s'y trompent pas qui opèrent eux-mêmes un tri et construisent leurs itinéraires thérapeutiques en conséquence, quitte à changer de méthode chaque fois que la guérison n'est pas au rendez-vous* »³¹⁶. Ainsi, vis-à-vis des réalités culturelles des patients, nous avons su, à travers notre enquête de terrain que parmi les itinéraires thérapeutiques abordés par les patients l'automédication occupe une première place.

³¹⁶ Bernard HOURS, « La santé publique entre soins de santé primaires et management » in *Anthropologies et santé publique cahier des sciences humaines vol.28-n°1-1992*, Paris, Éditions de l'ORSTOM, 1992, *Op.cit.*, p.126.

VII.4.1.L'automédication

Elle est le premier recours utilisé dans les itinéraires thérapeutiques abordés par les patients que nous avons enquêtés dans le cadre de cette présente étude. L'automédication est également une des habitudes socioculturelles fortement ancrées dans la mentalité des populations. Ainsi, dès les premières souffrances d'une maladie, la plupart des patients ne cherche qu'au soulagement de la douleur afin de pouvoir continuer leurs différentes préoccupations socioéconomiques. C'est pour cette raison que nous les avons interrogés dans le but de connaître le motif lié à leur automédication.

Graphique 17 : Le motif à l'automédication

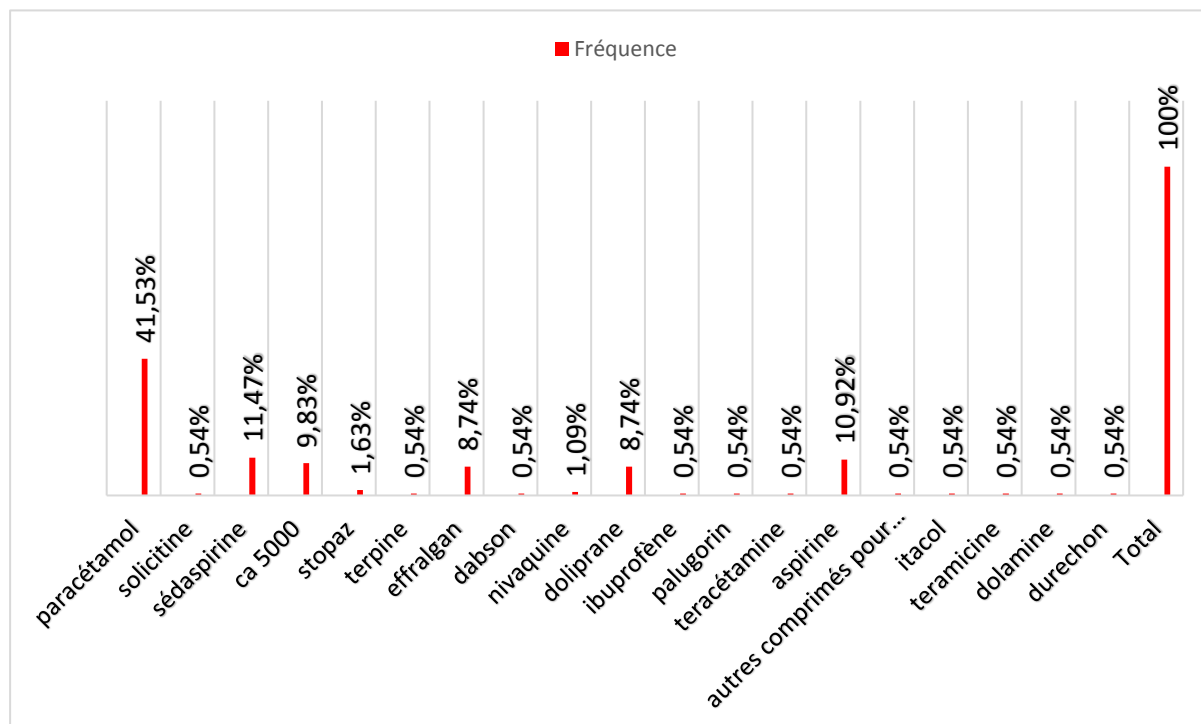


Source : Enquête de terrain 2016

Les résultats rapportés par ce graphique révèlent que dans le motif lié à l'automédication, 79,47% des patients font cette pratique à cause des maux de tête. C'est la valeur la plus représentative du graphique. Ils sont suivis par les patients qui souffrent de fatigue avec exclusivement 14,57%. Les autres, moins représentatifs, continuent successivement le classement avec 1,99% pour les patients souffrants de fièvre, 1,32% pour ceux qui subissent des maux de ventre, et 0,66% pour ceux qui souffrent chacun : de maux de dents, de maux de dos et de vertige. Dans cette pratique, nous avons constaté que les patients prennent le plus

souvent les médicaments de la biomédecine ainsi que d'autres médicaments vendus dans le marché informel d'où il est important de les notifier et de les évaluer.

Graphique 18 : Type de médicaments pris dans l'automédication



Source : Enquête de terrain 2016

Dans les pratiques d'automédication³¹⁷ des patients, le graphique ci-dessus exprime que parmi les médicaments les plus inhalés, le paracétamol occupe la tête avec 41,53%. Il est suivi chronologiquement par le sédaspirine avec une valeur de 11,47%, l'aspirine avec 10,9%, le Ca 5000 avec 9,83%, l'efferalgan et le doliprane avec 8,74% chacun, le stopaz avec 1,63%, le nivaquine avec 1,09% et le solicitine, la terpine, le dabson, l'ibuprofène, le palugarin, le teracétamine, les autres comprimés pour hypertension, l'itacol, le teramicine, le dolamine ainsi que le durechon avec chacun une valeur de 0,54%.

En effet, lorsque nous avons abordé les patients sur la consommation de ces médicaments, certains ont révélé de les avoir acheté dans le marché informel (médicaments venant de la Gambie). Néanmoins, il y a d'autres patients qui se sont procurés de ces remèdes aux niveaux des pharmacies. Ils ont connu ces médicaments à travers une maladie antérieure (ordonnance médicale d'un médecin) ou par un conseil, une recommandation d'une personne

³¹⁷ Dans cette pratique d'automédication, il y a certains médicaments qui sont achetés au niveau du marché, par exemple des médicaments venant de la Gambie

tierce. Ainsi, pour approfondir notre analyse, nous avons interrogé nos interlocuteurs sur la question de la prise de médicaments sans prescription médicale afin de la relier au type de maladie qu'ils souffrent pour connaître le rapport qui s'y existe.

Tableau 20 : Rapport de la prise de médicaments sans prescription médicale et le type de maladie

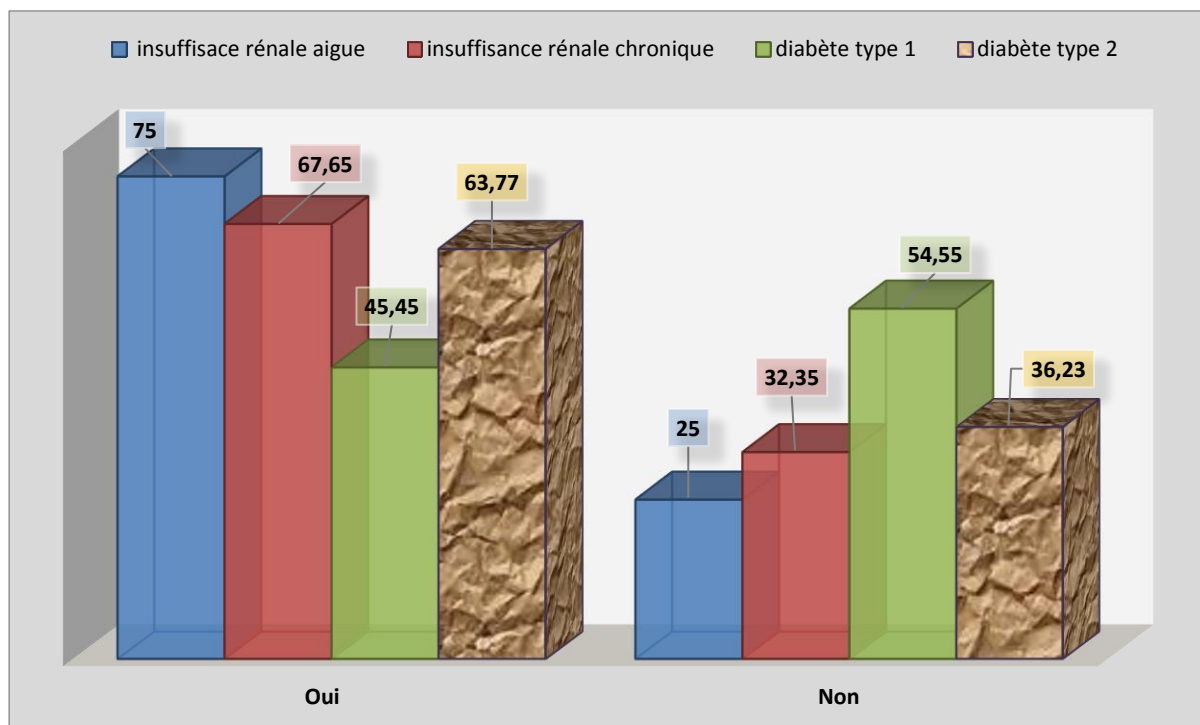
Types de maladies	Prise de médicaments sans prescription		
	oui	non	Total
insuffisance rénale aigue	9	3	12
	<i>75%</i>	<i>25%</i>	<i>100%</i>
insuffisance rénale chronique	46	22	68
	<i>67,65%</i>	<i>32,35%</i>	<i>100%</i>
diabète type 1	5	6	11
	<i>45,45%</i>	<i>54,55%</i>	<i>100%</i>
diabète type 2	44	25	69
	<i>63,77%</i>	<i>36,23%</i>	<i>100%</i>
Total	104	56	160
	<i>65%</i>	<i>35%</i>	<i>100%</i>

Source : Enquête de terrain 2016

Par rapport à la prise de médicaments sans prescription médicale, les résultats diffus par le tableau ci-dessus informent que sur l'ensemble des patients enquêtés(160), ceux qui ont répondu avoir inhalé des médicaments sans prescription médicale sont plus considérables avec un nombre de 104 patients, soit 65%. En revanche, les patients répondant ne jamais prendre de remèdes sans ordonnance médicale sont moins nombreux par rapport aux premiers avec simplement 56 malades, soit 35%.

En fait, l'écart entre ces deux groupes révèle un doute sur le comportement des patients par rapport à ces médicaments. Ce constat nous permet de fouiller les données matérialisées par le graphique pour une analyse plutôt conséquente.

Graphique 19 : Rapport de la prise de médicaments sans prescription médicale et le type de maladie



Source : Enquête de terrain 2016

Les observations du graphique montrent plus encore la visibilité que les patients preneurs de médicaments sans ordonnance médicale sont plutôt élevés que les non consommateurs (les répondants par oui contre les répondants par non). Ainsi, dans la confrontation de ces deux groupes au niveau de chaque maladie, nous constatons que les insuffisants rénaux aigus inhalant de remèdes sans prescription médicale sont plus nombreux avec une valeur 75% par rapport à ceux qui ont décliné la consommation de ces médicaments avec seulement 25%.

Ils sont suivis par les insuffisants rénaux chroniques affirmant la prise de comprimés sans ordonnance médicale avec une valeur de 67,65% contre 32,35% pour ceux qui ont infirmés cette pratique.

Le groupe des diabétiques de type 2 vient en troisième position dans le classement avec 63,77% pour les preneurs de remèdes sans autorisation médicale contre les non preneurs avec 36,23% uniquement.

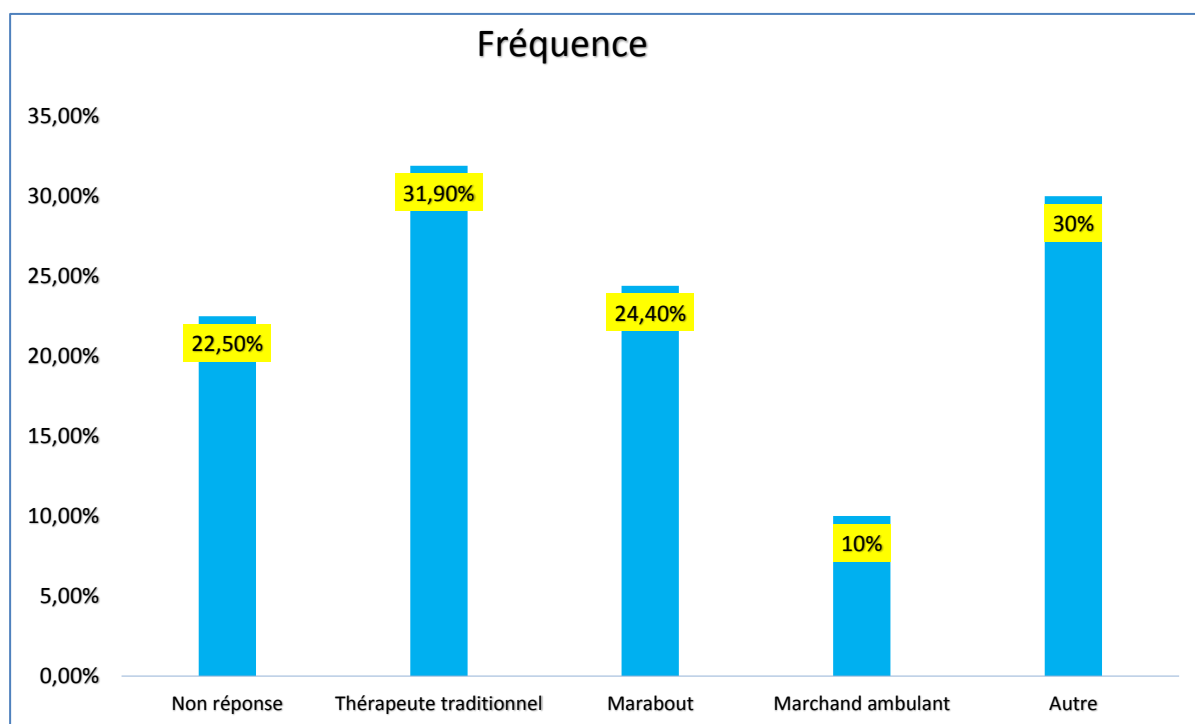
Les diabétiques de type 1 terminent la hiérarchie avec 45,45% pour les répondants par l'affirmative à la question de consommation des médicaments sans consentement médical des professionnels de la santé contre 54,55% des patients du même groupe s'adonnant à cette pratique (à la consommation de médicaments). Ici, ceux qui ne prennent pas les médicaments sans ordonnance médicale sont un peu supérieurs à ceux qui les consomment. Ce cas atypique s'explique par le fait que même si la consommation des médicaments sans autorisation médicale n'est pas déterminant dans le développement du diabète de type 1, il est influent dans la mesure où presque la moitié des patients ont reconnu leur comportements vis-à-vis de ces remèdes.

En effet, l'orientation des pourcentages au niveau des différents groupes que nous avons présentés ci-dessus, c'est-à-dire, la comparaison pour chaque type de maladie des répondants par oui à la consommation de remèdes sans prescription médicale par rapport aux non consommateurs (répondants par non) de ces médicaments montre que les patients inhalant ces produits sont plus affectés exceptés les malades du diabète de type 1. La disposition rationnelle des chiffres explique que l'insuffisance rénale et le diabète découlent également des habitudes socioculturelles de ces patients. L'attitude comportementale de ces derniers nous a poussé à les interroger sur leurs recours aux thérapies traditionnelles.

VII.4.2. Le recours aux thérapies traditionnelles

Depuis, la conférence d'Alma-Ata sur la revalorisation des thérapies traditionnelles, on constate la cristallisation des croyances des populations sur l'attachement aux remèdes médicaux locaux et la mobilisation de bon nombre de guérisseurs exerçant cette pratique. Le patient, tout ce qu'il cherche c'est sa guérison, raison pour laquelle il n'hésite pas à recourir à plusieurs thérapies en même temps. Ainsi, dans cette perspective notre étude s'est orientée à dévoiler les différentes pratiques afin de mieux analyser la tendance sur les itinéraires thérapeutiques abordés par les patients et les problèmes de santé publique liés au syncrétisme de soins.

Graphique 20 : Tendances sur les itinéraires thérapeutiques abordés par les patients



Source : Enquête de terrain 2016

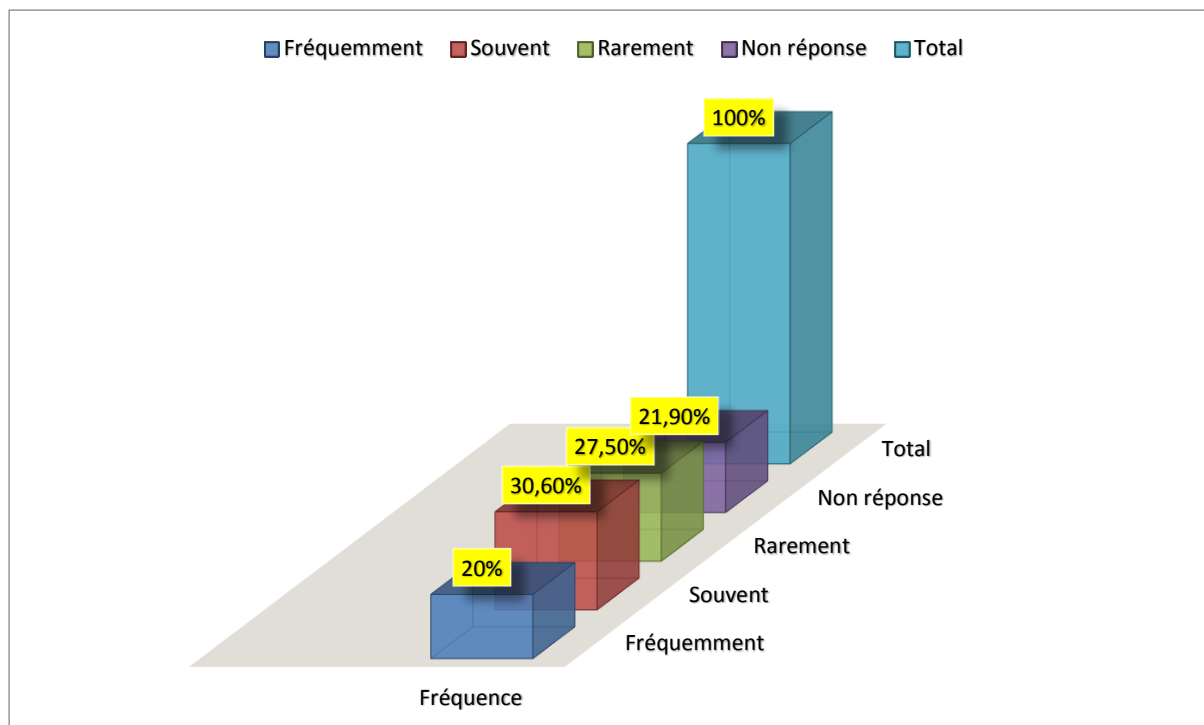
Les résultats affichés par ce graphique expriment que parmi les patients que nous avons interrogés à propos des itinéraires thérapeutiques empruntés avant de commencer les soins à l'hôpital, il n'y a que 22,50% des patients qui n'ont pas répondu à cette variable. Cependant, le reste des malades ont dévoilé les traitements auxquels, ils se sont intéressés en premier lieu. Il s'agit essentiellement des patients qui ont fréquenté le thérapeute, le marabout, le marchand ambulant et autre. Ce dernier (autre) représente les thérapies dictées par les personnes proches, les connaissances ou amis et sont appliquées par l'automédication.

Dans le classement de ces itinéraires thérapeutiques, ceux qui ont fréquenté le thérapeute traditionnel sont plus représentatifs avec 31,90% des patients. Ils sont suivis par les malades ayant respecté les traitements autre avec 30%. Ensuite, viennent les patients qui ont suivi le marabout avec 24,40%. Et enfin, les malades qui ont recouru au marchand ambulant terminent le classement avec une valeur de 10%.

Par conséquent, les comportements des patients favorisent le développement de l'insuffisance rénale et le diabète dans la mesure où ces pratiques ne répondent à aucun critère de normalisation. En outre, à travers ces itinéraires thérapeutiques, nous avons constaté que

certain patients associent plusieurs remèdes en même temps d'où il est important de s'interroger comment s'effectuent ces fréquentations.

Graphique 21 : Les manières de fréquentation aux thérapies traditionnelles

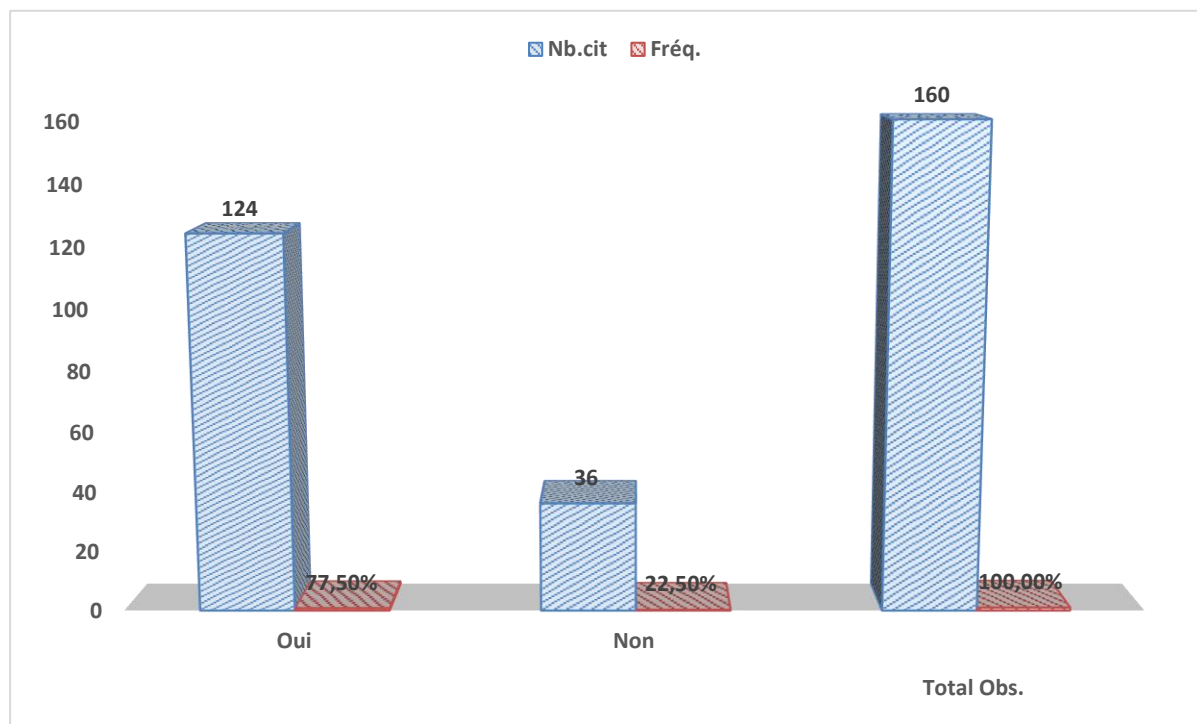


Source : Enquête de terrain 2016

Les données exposées par ce graphique expriment que parmi les patients ayant recouru aux thérapies traditionnelles, ceux qui les fréquentent souvent sont plus représentatifs avec 30,60%. Ils sont suivis par les malades qui les abordent rarement avec 27,50% ainsi que ceux qui les côtoient fréquemment avec une valeur de 20%.

Cependant, les patients qui n'ont pas répondu à cette variable représentent 21,90%. Ces résultats montrent que la manière à laquelle les patients fréquentent ces thérapies n'est pas négligeable dans le développement de leurs maladies. En outre, les manières de fréquentation de nos interlocuteurs nous ont orientées à connaître leur disposition par rapport aux recours des thérapies traditionnelles.

Graphique 22 : La disposition des patients par rapport au recours des thérapies traditionnelles



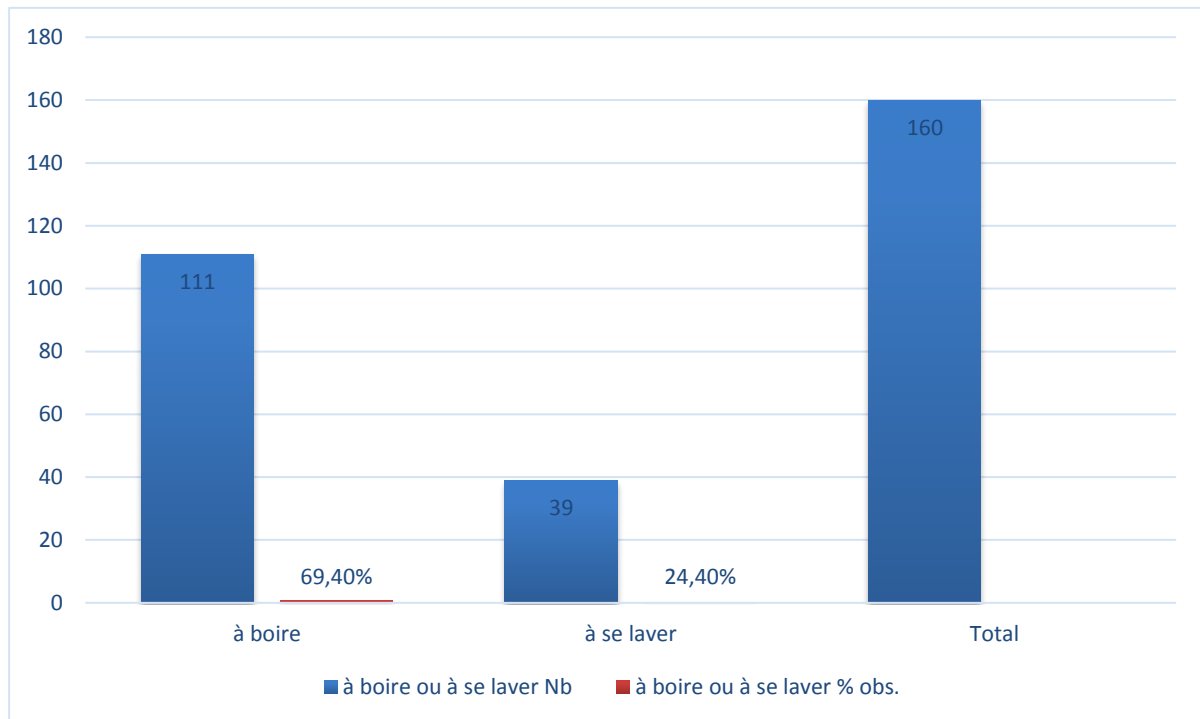
Source : Enquête de terrain 2016

La répartition des données contenues dans ce graphique exprime que les patients ayant affirmé aborder les thérapies traditionnelles sont plus nombreux avec une valeur 124 malades, soit 77,50%. En revanche, ceux qui ont infirmé avoir les côtoyer sont moins importants que les premiers avec seulement 36 patients, soit 22,50%. Ceci explique l'importance que les patients ont accordée à ces remèdes. Dans le désir d'approfondir notre démarche analytique sur ce fait marquant, nous nous sommes intéressé à savoir la manière à laquelle les patients prennent les remèdes proposés par les thérapies traditionnelles.³¹⁸³¹⁹ En fait, ce sont les indications sur lesquelles les patients se réfèrent pour se faire soigner des affections citées ci-dessus.

³¹⁸ Cf., Annexe 11, tableau 33 : Liste des remèdes traditionnels utilisés par les patients

³¹⁹ Nous avons également constaté qu'une plus grande majorité des patients ayant recouru à ces thérapies ne connaissent pas les noms des remèdes qui les sont administrés. Parfois, ce sont des décoctions auxquelles le guérisseur ne révèle jamais les mélanges.

Graphique 23 : Configuration des indications des thérapies traditionnelles

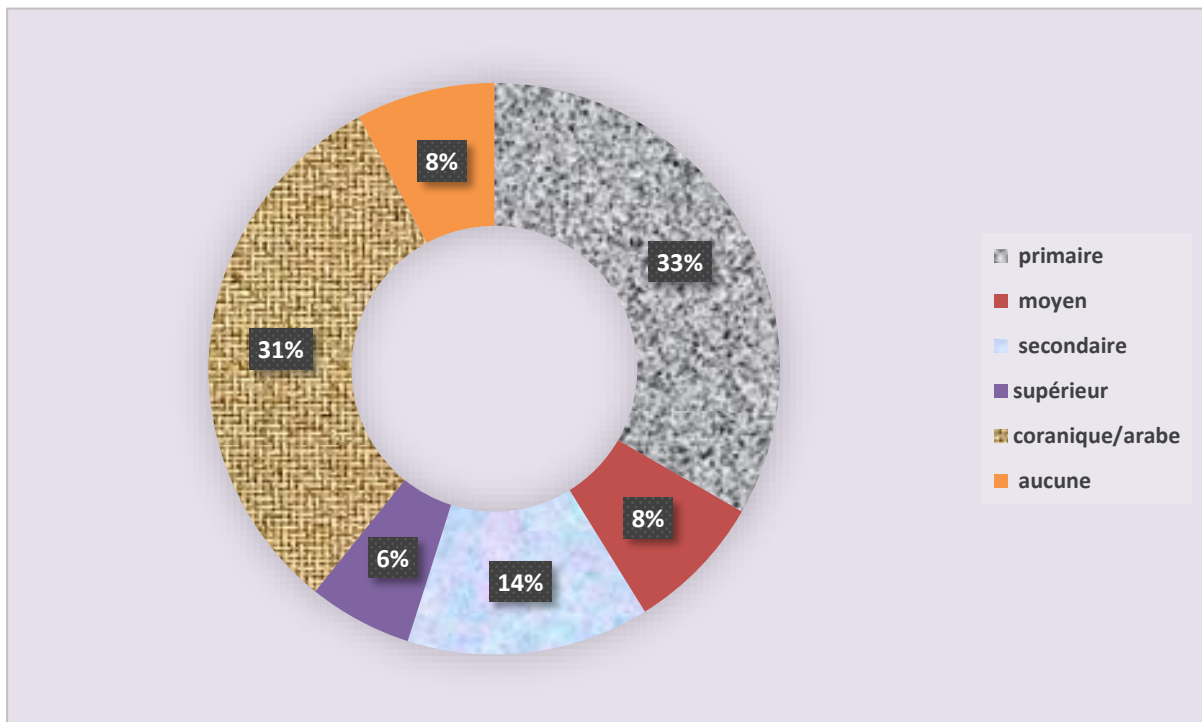


Source : Enquête de terrain 2016

Les résultats notifiés par ce graphique dévoilent que sur l'ensemble des enquêtés (160), uniquement 111 patients ont répondu avoir bu les remèdes administrés par les thérapeutes traditionnels, soit 69,40%. Cependant, nous constatons que 39 malades ont dit se laver des médicaments données par les guérisseurs, soit 24,40%. Ceci explique que les médicaments traditionnels sont plutôt administrés par la voie orale que par d'autres comme le bain.

Lorsque nous avons abordé les médecins sur ce fait, ils nous ont révélé de ne pas ignorer la vertu de certaines plantes médicinales mais en tout cas tous les patients qui se font soigner par les remèdes de la thérapie traditionnelle ont fini par revenir les solliciter. Ils n'ont pas encore vu un seul patient guéri de l'insuffisance rénale et du diabète à travers les remèdes proposés par les guérisseurs. Mais, soulignent-ils, que ces médicaments aggravent même l'état de santé du malade. Ce constat nous a permis d'interroger les patients afin savoir leur niveau d'instruction par rapport au recours des thérapies traditionnelles pour analyser le lien qui s'y découle.

Graphique 24 : Niveau d’instruction des patients par rapport au recours des thérapies traditionnelles



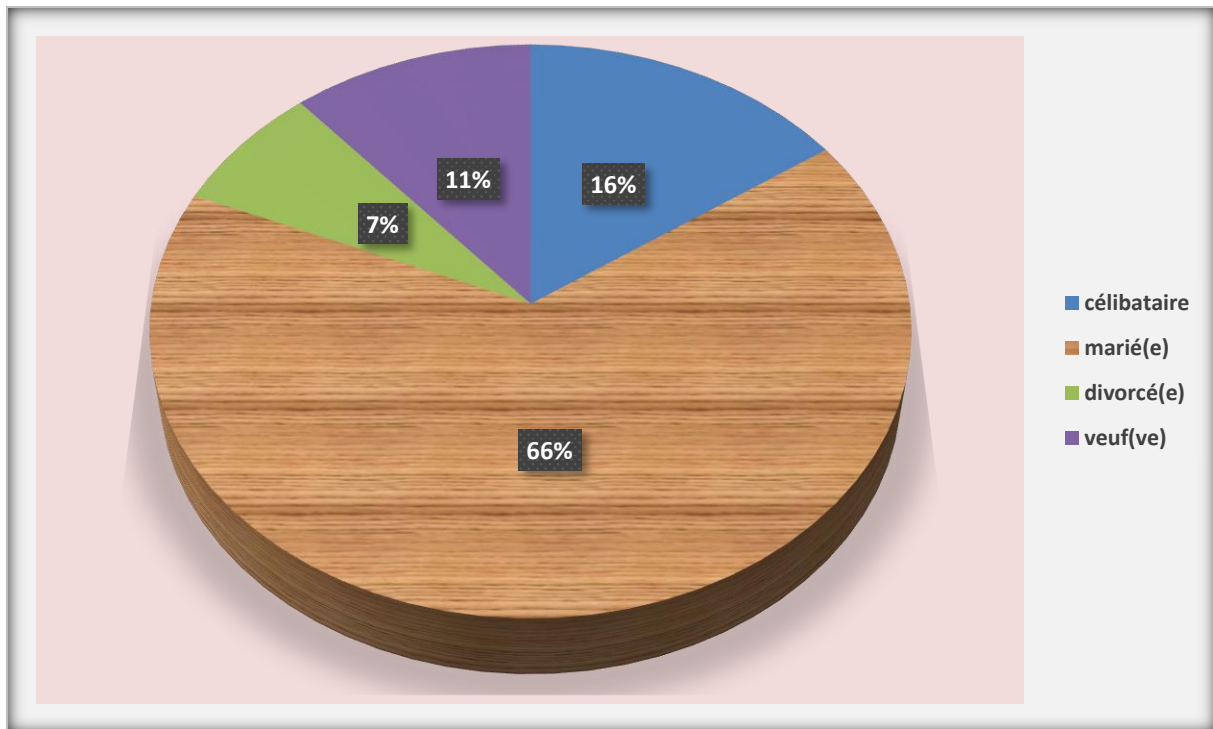
Source : Enquête de terrain 2016

La lecture des données ressorties du graphique ci-dessus exprime que parmi les patients qui ont recouru aux thérapies traditionnelles, ceux qui ont le niveau d’instruction primaire sont les plus considérables avec une valeur de 33%. Ils sont suivis par les patients qui ont appris les études coraniques avec 31%. Ensuite, viennent ceux qui se sont arrêtés au niveau secondaire avec une valeur 14%. Les patients qui ont le niveau d’instruction aucune et ceux qui ont le niveau d’instruction secondaire arrivent en parité avec 8% chacun et occupent la troisième et quatrième position dans le classement. Enfin, les patients qui ont le niveau d’instruction supérieur ferment la hiérarchie avec uniquement 6%.

Ainsi, la configuration des chiffres révélés par ce graphique montre même si les patients du niveau d’instruction supérieure (6%) sont les plus moins représentatifs dans le classement, on peut dire que le niveau d’instruction n’est pas influent dans la mesure où les patients du niveau primaire (33%) sont plus considérables que ceux du niveau coranique (31%), ceux du niveau aucune sont en parité avec les patients du niveau moyen (8% chacun) et ceux du secondaire (14%) sont supérieurs à ces deux derniers (primaire et aucune). Avec cette situation,

nous avons décidé de continuer notre analyse tout en s'intéressant au recours des patients aux thérapies traditionnelles par rapport à leur situation matrimoniale.

Graphique 25 : Recours des patients aux thérapies traditionnelles par rapport à leur situation matrimoniale



Source : Enquête de terrain 2016

Les chiffres affichés par ce graphique relatent que parmi les patients qui ont recouru aux thérapies traditionnelles, ceux qui sont plus représentatifs sont exclusivement les mariés avec une valeur de 66%. Ils sont suivis par les célibataires avec 16%. Ensuite, viennent les divorcés avec une valeur de 11%. Et enfin, les divorcés terminent le classement avec 7%.

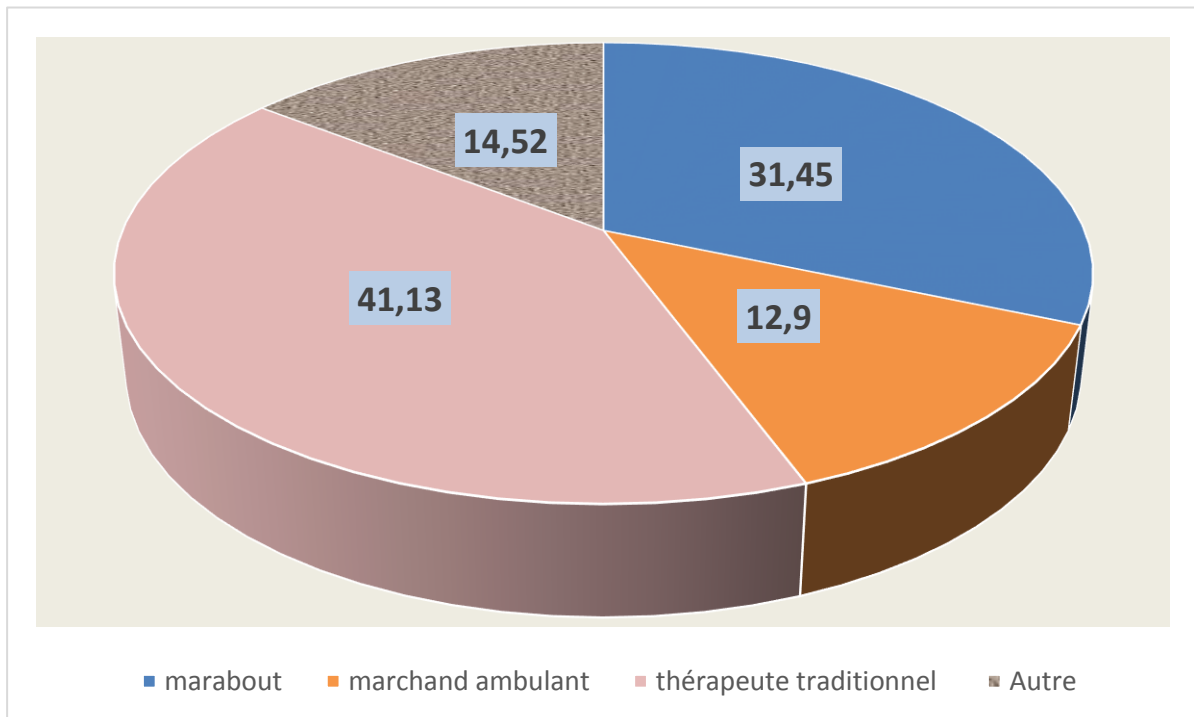
Lorsqu'on analyse ces résultats, on peut dire le fait que les mariés soient plus représentatifs (66%) s'explique par le fait que la vie de couple a une forte influence dans le recours aux thérapies traditionnelles dans la mesure où elle (la vie de couple) renforce les pratiques culturelles, c'est-à-dire, qu'il existe une confidentialité qui ne se partage qu'entre les mariés. Mais aussi lorsque deux individus formant le couple ne sont pas d'une même culture, il y a encore forte chance qu'il y ait une influence culturelle de l'un sur l'autre et *vice versa* surtout dans le contexte africain des représentations sociales sur la santé, la maladie et les remèdes à prendre. Le fait encore dans cette étude que la majorité des enquêtés soit des femmes

mariées a également une influence à ce niveau parce qu'en période de procréation, elles sont très fragiles et fréquentent beaucoup les thérapies traditionnelles.

La même tendance se poursuit chez les célibataires (16%), c'est parce qu'ils fréquentent les thérapeutes par rapport à d'autres problèmes de la vie sociale (mariage, emploi, voyage ...). Avec les veufs (11%), la tendance chute un peu, ceci montre que les valeurs culturelles peuvent également baisser, c'est-à-dire, la diminution de l'influence directe d'autrui (épouse / époux) avec qui l'individu partageait certains conseils au moment de la vie de couple et pendant la maladie sur les orientations thérapeutiques à suivre.

Contrairement aux divorcés (7%), c'est parce que le divorce est généralement perçu comme un choc, une rupture qui vient mettre souvent la remise en cause ou la négligence même de certaines valeurs partagées pendant la vie de couple. En outre, cette disposition des patients à travers leur situation matrimoniale nous a poussé à les interroger sur leur fréquentation des thérapeutes et le recours réel aux thérapies traditionnelles afin d'établir la classification de celles-ci par ordre de fréquentation.

Graphique 26 : Classification des thérapies traditionnelles par ordre de fréquentation



Source : Enquête de terrain 2016

Les données présentées par ce graphique dévoilent que dans la fréquentation des praticiens de soins, les patients accordent la priorité aux thérapeutes traditionnels avec une valeur 41,13%. Les marabouts occupent la deuxième position avec 31,45%. Ensuite, vient autre en troisième place dans le classement avec une valeur de 14,52%. Autre, c'est les conseils et recommandations reçus par le malade de son entourage (amis, parents, connaissances, etc.) sur les remèdes à prendre. Et enfin, les marchands ambulants en dernier lieu ferment l'ordre hiérarchique avec uniquement 12,9%.

La disposition des résultats explique que dans le recours aux soins, les insuffisants rénaux et les diabétiques donnent une place primordiale à la thérapie traditionnelle. Ceci montre la manière à laquelle les sénégalais sont attachés aux valeurs culturelles malgré le poids de la religion. En période de difficultés, les gens replongent aux pratiques traditionnelles. Le fait aussi de recourir à autre (conseils de l'entourage social sur les remèdes à prendre) et aux marchands ambulants exprime que chacun est médecin chez soi d'où il est important de remettre en question les manières de penser et d'agir (sur l'ensemble des comportements), liens qui symbolisent la cohésion sociale et le respect accordé à autrui dans la vie de groupe.

En résumé, lorsque nous faisons la lecture globale sur les comportements alimentaires des patients, de leur activité physique et socio-professionnelle, de leurs représentations sociales sur les maladies ainsi que de leurs itinéraires thérapeutiques à travers l'automédication et le recours aux thérapies traditionnelles³²⁰, nous pouvons dire que l'insuffisance rénale et le diabète résultent tout simplement d'un agrégat de comportements des habitudes socioculturelles des patients. D'ailleurs, c'est ce qui explique le développement de ces maladies non transmissibles au Sénégal. Dans ce cas, il est nécessaire de s'interroger sur la prise en charge de l'État des maladies citées ci-dessus et d'en faire une analyse sociologique.

³²⁰ Pendant notre enquête sur terrain, nous avons également constaté que certains patients diabétiques hospitalisés en médecine interne de l'hôpital Abass Ndao utilisent en même temps les remèdes de la médecine traditionnelle pour baisser le taux de sucre dans leur sang. Au centre Marc Sankalé, nous avons encore écouté et observé d'autres patients qui se donnent des conseils sur les remèdes à prendre pour baisser le sucre et échangent notamment sur les noms des guérisseurs reconnus dans le traitement du diabète.

CHAPITRE VIII : LA PRISE EN CHARGE DE L'ÉTAT

VIII.1. Les processus de prise en charge de l'insuffisance rénale et le diabète

Si la réduction d'une séance d'hémodialyse par l'État avait suscité un ouf de soulagement des insuffisants rénaux en 2010 (la réduction d'une séance d'hémodialyse de 65 000 à 10 000 F CFA) et un espoir avec la gratuité de ladite séance en 2012, la prise en charge des patients du rein reste encore aujourd'hui une grande problématique dans la mesure où les processus d'acceptation des malades ne sont pas accessibles à tous. Ceci est dû au fait que l'hôpital Aristide Le Dantec soit le seul établissement public sanitaire de niveau 3 (EPS 3) pouvant traiter l'insuffisance rénale, même si, il existe d'autres établissements publics sanitaires de niveau 2 (EPS 2) qui, dotés d'un département de néphrologie pour certains habilité à gérer la prise en charge des maladies rénales, sont campés généralement dans les capitales régionales.

En effet, le département de néphrologie de l'hôpital Aristide Le Dantec, malgré son niveau élevé dans sa capacité du traitement de l'insuffisance rénale, est trop limité dans l'accueil même des patients. Il ne compte que 14 machines générateurs d'hémodialyse (rein artificiel) sur un total de 73 patients hémodialysés et de 13 lits conservés uniquement aux patients nouvellement arrivant (insuffisance rénale aiguë et autres maladies affiliées aux reins). C'est pour cette raison qu'il y a actuellement une liste de plus de 200 patients en attente dans l'espoir de bénéficier un jour à la gratuité de l'hémodialyse au sein de la salle clinique de néphrologie de l'hôpital Aristide Le Dantec. L'acceptation d'une personne inscrite sur la liste d'attente au sein du groupe des patients hémodialysés n'est possible que seulement après la mort d'un des siens.

À l'instar de toutes les maladies, ici le type d'insuffisance rénale n'est connu qu'à travers le diagnostic du dépistage au moment de la consultation. Lorsque que la maladie est avérée, la première chose à faire, c'est de voir si elle n'est pas au stade terminal afin de pouvoir récupérer les reins à travers différents soins médicaux. Au cas échéant, le malade est renvoyé dans les cliniques privées pour subir les séances d'hémodialyse dans la mesure possible de ses propres capacités financières, parce qu'à l'hôpital Aristide Le Dantec, bénéficier des séances d'hémodialyse n'est pas automatique. Pour ceux (patients) qui sont jugés nécessaires pour l'hospitalisation, une vérification est faite dans le but de savoir si le patient est capable de se prendre en charge sur tous les frais de ses soins pendant son séjour à l'hôpital. Au cas contraire, il est tout simplement rejeté. C'est pour cette raison que major F. souligne que :

Ici, on a plus la troisième catégorie avec qui les frais d'hospitalisation s'élevaient les 45 000 F CFA les dix premiers jours. C'était l'autre bâtiment, maintenant il n'est plus fonctionnel. C'est ici qu'on hospitalise tout le monde. La deuxième catégorie dont les frais sont estimés à 75 000 F CFA, les dix premiers jours, tu sais, ce n'est pas accessible à tout le monde. C'est ça, ça c'est le premier obstacle parce que celui qui vient très souffrant et fatigué, doit être hospitalisé, doit obligatoirement pouvoir payer ses frais. Sinon, ce n'est pas possible, on ne peut pas l'hospitaliser ou bien il va être hospitalisé et il restera là sans bénéficiaire de soins. Les soins, c'est vrai, mais c'est le bilan parce qu'ici, il y a une spécialité. Pour les spécialités, il faut approfondir les choses. Ce n'est pas donner uniquement les médicaments mais faire un bilan pour savoir exactement cette maladie, son origine et son stade, n'est-ce pas. Et pour ce faire, il faut un bilan et ce bilan il faut payer, c'est-à-dire, régulariser pour pouvoir bénéficier de ce bilan. On a 13 lits donc 5 cabines à deux ça fait 10 lits plus une cabine à trois, ça fait 13 lits.

Cette citation illustre que tout patient qui n'a pas de moyens financiers est exclu du système de prise en charge du traitement de l'insuffisance rénale. Et, quel que soit le degré de souffrance du patient, il ne peut pas bénéficier de l'hospitalisation et de la prise en charge des soins médicaux. Le patient est obligé toujours de respecter les normes établies par l'administration. Ceci exprime l'inégalité des chances des personnes affectées par ces maladies devant les institutions de santé publique. La cherté des soins de l'insuffisance rénale prouve que beaucoup de patients meurent lorsqu'ils n'ont pas pu bénéficier de la prise en charge offerte par l'hôpital parce que les privés ne sont pas accessibles à tous. Une séance d'hémodialyse dans le privé s'élève 65 000 F CFA. Les patients qui ont profité de ces soins dans le public ont révélé même être dépassé par les coûts de la maladie parce que la prise en charge se limite juste aux séances d'hémodialyse. Alors que la dialyse, selon les médecins n'est que 1/10 du traitement chez un patient hémodialysé.

En fait, pour les médecins, le malade, lorsqu'il est prouvé arriver au stade terminal, il n'y a que trois possibilités qui peuvent le soulager de l'insuffisance rénale dont deux sont disponibles ici au Sénégal. Il s'agit essentiellement de l'hémodialyse et de la dialyse péritonéale. Et la troisième, c'est la transplantation mais malheureusement elle n'est pas encore effective même si la loi a été promulguée depuis le 08 décembre 2015³²¹ à l'Assemblée Nationale. Les deux premières sont gratuites et disponibles au département de néphrologie de l'hôpital Aristide Le Dantec.

Le premier terme, c'est-à-dire, l'hémodialyse se présente comme une épuration du sang de tous ses déchets avec un rein artificiel, une machine qu'on appelle générateur de dialyse. L'hémodialyse, à vrai dire, c'est une circulation sanguine extracorporelle, c'est-à-dire, il faut

³²¹ Cf. annexe 12

une machinerie qui fait circuler le sang du malade en dehors de lui pour l'épurer. Selon Dr. I.B. :

Le terme hémodialyse est composé de deux mots d'un préfixe hémô qui veut dire sang et de dialyse qui signifie séparer. Hémodialyse, c'est séparer le sang des éléments toxiques. Maintenant, cette méthode effectivement, elle est regroupée dans un seul cadre qu'on appelle épuration extra-rénale. Ces mots regroupent l'hémodialyse qui est une dialyse par la machine.

Le rein artificiel est un engin électronique moderne dont le prix est estimé à 1 200 000 F CFA. La machine simule la température du corps humain (37°C) et la température du sang nommée conductivité convenable. Ceci est une méthode qui permet d'éviter la coagulation du sang parce qu'il est envoyé dans des canaux en dehors de l'organisme humain pour épuration (extra-rénale). Avec le mélange que contient le générateur sous le nom de dialysat, une solution d'eau pure, d'acide et de sodium, la machine permet de purifier le sang humain de tous ses excès ou de toutes ses impuretés (trop de sel, de sucre ou de lipides). C'est cette phase du traitement que l'État a pris en charge. En outre, l'État se charge de tous les frais des éléments du kit d'hémodialyse qui coûte 41 950 F CFA. Le kit est composé essentiellement de :

- 1 dialyseur ou rein artificiel
- 1 set de lignes artério-veineuses
- 1 set de branchement et de débranchement
- 1 set aigu à fistule artério-veineuse
- 1 cartouche de bicarbonate
- 1 flacon de 5l d'acide concentrée
- 1 filtre ultra pur
- 1 flacon de désinfectant interne
- 1 flacon de désinfectant de surface
- 1 poche de 1l de sérum salé

La dialyse péritonéale, le deuxième terme, est également utilisée pour l'épuration du sang. La différence entre elle et l'hémodialyse, c'est qu'elle se fait avec le péritoine qui est une membrane au niveau du ventre qu'on utilise pour épurer le sang du patient. L'une (l'hémodialyse) fait recours à des techniques de circulation extracorporelle l'autre (la dialyse péritonéale) ne fait pas recours à des techniques de circulation extracorporelle. Cependant, elle est très mal connue par les malades parce que lorsque nous les avons interrogés à propos de cette pratique, beaucoup de patients nous ont révélé avoir peur de recourir à elle dans la mesure

où ils ont constaté que ceux qui l'ont admis meurent très vite. C'est pourquoi, ils doutent de l'efficacité même de cette méthode. En revanche, les médecins soulignent le contraire. Selon Dr. N. :

La dialyse péritonéale, en fait, il faut que vous sachiez elle n'est pas très, très connue parce que celle qu'on appelle hémodialyse que vous voyez ici est considérée beaucoup plus efficace et que maintenant les dernières analyses scientifiques contredisent tout cela. Elles disent à peu près que c'est le même degré d'efficacité, sauf que, c'est un peu plus compliqué avec la dialyse péritonéale. Mais, un malade qui commence par exemple la dialyse péritonéale peut à un moment donné souhaiter, par la suite, à se faire soigner en hémodialyse, vous comprenez. Mais, la dialyse péritonéale comme l'hémodialyse c'est le même degré d'efficacité. C'est le même degré, sauf, c'est qu'elle nécessite un esprit d'hygiène un peu plus particulier parce que vous savez on place un cathéter dans le ventre de la personne et il commence à faire ce qu'on appelle les échanges, c'est-à-dire, un liquide c'est une opération. L'opération est gratuite également. C'est un cathéter qu'on incorpore au niveau du ventre. L'opération ne comprend pas un peu plus de 30 mn en général et par la suite, il vient chaque jour et un liquide passe d'une poche vers son ventre, il reste à un moment donné avec un liquide à l'intérieur de son ventre. Il y a ce qu'on appelle les échanges par la suite tout le liquide sort avec tous les déchets. Il joue à peu près la même fonction que le rein. Sauf que ça nécessite plusieurs démarches par jour et en général tous les jours contrairement ici où le malade vient par exemple, ce n'est pas tous les jours, c'est en général 3 séances par semaine d'une durée de 4 heures. Mais, pourquoi c'est intéressant ? Parce que le malade se forme lui-même à faire tout cela et parfois il sait mieux. C'est beaucoup plus adapté par les jeunes qui travaillent beaucoup puisqu'ils n'ont pas 4 heures par jour à perdre. Oui bien sûr, le malade lui-même peut le faire à la maison parce ça se fait à domicile même, il faut que vous sachiez dans les pays très développés la dialyse peut se faire à domicile, l'hémodialyse. En France, ce qu'on appelle l'hémodialyse à domicile, ces machines-là, on incorpore un logiciel qui est très simple, le malade est lui-même capable de manipuler. On apprend le malade à se piquer et c'est lui qui fait toutes les démarches et tout se fait par lui-même à domicile.

Ces propos expriment que même si la dialyse péritonéale a le même degré d'efficacité que celle dite hémodialyse, elle reste un peu compliquée pour les patients qui ne souhaitent pas prendre de risque. Par ailleurs, ce qui rassure les patients, c'est d'être sous surveillance médicale pendant le déroulement de chaque séance d'épuration sanguine.

Le dernier terme, c'est-à-dire, la transplantation n'est pas encore commencée. Elle consiste à faire un prélèvement à partir d'un donneur vivant conformément à loi du décret n° 2015-22 du 08 décembre 2015. C'est une opération qui n'est pas brusque parce qu'elle nécessite de multiples examens médicaux complémentaires pour voir s'il existe de réelles possibilités de compatibilité du donneur au receveur. Le fait qu'elle n'a pas également débuté, beaucoup de patients attendent dans l'espoir de pouvoir bénéficier de cette pratique. Selon Dr. N. :

Si la transplantation venait à être effective au Sénégal, ça réglerait énormément de choses. Vous imaginez une personne qui vient ici, passe 12 heures par semaine

branchée à une machine, on la transplante, elle va avoir une même qualité de vie qu'une personne comme vous et moi. C'est une révolution si ça venait à être mené ici. La loi est déjà votée, mais malheureusement, ce n'est pas facile. Les gens sont formés pour, la majorité des personnes que vous avez vues ici sont formées pour la transplantation en France mais on ne peut pas transplanter toujours du jour au lendemain même si la loi a été prodiguée, il y a un circuit pour qu'elle se fasse. Au préalable, pour qu'on commence à transplanter, déjà on ne transplante pas juste comme ça. On demande des examens complémentaires, ça demande du temps, il faut préparer le malade, il faut préparer le donneur. Ces choses, il faut actuellement les mettre en place. La transplantation, si elle venait à être effective et elle sera bientôt puisqu'on en discute fréquemment ici. Ça va vraiment révolutionner beaucoup de choses. Vous voyez ici des jeunes malades qui ont 12 ans 11ans.

Ceci exprime que la transplantation suscite de l'espoir chez les soignants comme chez les soignés. Mais, le problème qui se pose, c'est qu'elle mérite une préparation sérieuse du donneur et du receveur sur l'éventualité des risques encourus pour le premier et au cas de rejet du greffon pour le second ainsi que la dépendance aux médicaments de ce dernier pendant tout le reste de sa vie dans la mesure où les pays en voie de développement comme le Sénégal sont souvent confrontés à des ruptures de stocks des consommables (médicaments).

Toutefois, force est de reconnaître que dans le traitement des insuffisants rénaux, il y a certains patients qui ne peuvent plus honorer les soins. Ils sont directement considérés comme des cas sociaux et se réfèrent au service social de l'hôpital pour obtenir une assistance les permettant de suivre correctement les soins. Pour avoir une idée sur cette prise en charge, nous sommes encore rapproché de ce service. Le chef du service social nous a témoigné intervenir chez les malades du rein que seulement à quatre niveaux : les actes radio, les actes labo, les hospitalisations et les actes opératoires. Cependant, les médicaments qui constituent un problème chez les patients ne sont pas pris en compte parce qu'ils sont très chers. À chaque fois qu'un patient se présente, s'il est avéré comme un cas social³²², selon le chef du service social de l'hôpital Aristide Le Dantec, un dossier^{323 324} lui est ouvert pour couvrir une partie ou la totalité de ses soins. Mais, cette prise en charge dépend toujours de la possibilité des ressources disponibles. Elle peut être 20%, 50%, 75% ou 100%, c'est-à-dire, la gratuité.

³²² Le service social ne dispose pas de moyens pour ouvrir une enquête sociale auprès de la famille du patient afin de vérifier réellement s'il est un cas social mais il s'en tient qu'à l'opinion des soignants pour le prendre en charge.

³²³ Cf., Annexe 13

³²⁴ Au niveau de la fiche (dossier), le chef du service social propose le montant de l'acte et l'envoie à la direction. Et maintenant, la directrice signe et autorise à prendre en charge 50% ou la totalité des soins. Ça, c'est pour les actes opératoires et les hospitalisations.

Ainsi, pour le diabète, la prise en charge commence également après que le test de glycémie³²⁵ (contrôle du taux de sucre dans le sang) a confirmé que le patient est atteint. Le dépistage de la maladie peut se faire ailleurs dans une autre structure de santé, mais, dès que le patient se présente au centre Marc Sankalé de l'hôpital Abass Ndao, il subit automatiquement un autre test au niveau de l'accueil. Le diabète est une maladie qui attaque souvent la vision c'est la raison pour laquelle les patients sont souvent envoyés en ophtalmologie pour plus de vérification³²⁶. Selon major F.S, une personne est dite diabétique, c'est lorsque sa glycémie dépasse 1,26g à deux reprises. Pour ce contrôle de glycémie, le patient nouvellement arrivant verse une somme de mille francs (1 000 FCFA). Le patient est envoyé directement à un service d'éducation pour dédramatiser psychologiquement la maladie. Lorsqu'il s'agit d'une urgence qui s'est présentée, le malade n'est admis que selon la disponibilité des places réservées dans les services de la médecine interne parce qu'au centre diabétique, il n'y a pas de possibilité d'interner.

En effet, pour le diabète, la prise en charge de l'État s'est focalisée sur la subvention de l'insuline. Depuis 2004, l'État sénégalais subventionne l'insuline jusqu'à la hauteur de trois cent millions de francs CFA (300 000 000 FCFA). D'ailleurs, c'est ce qui explique la moins cherté de ce produit au Sénégal que dans les autres pays de la sous-région où le prix de l'insuline varie entre six mille et cinq mille francs CFA (6 000 et 5 000 FCFA). De la subvention de l'État, les patients bénéficient également de l'assistance de l'ASSAD (Association Sénégalaise de Soutien aux Diabétiques), ce qui fait passer le prix de l'insuline de mille cinq cent francs (1 500 FCFA) à mille francs (1 000 FCFA).

En outre, en dehors de cette aide, les patients hospitalisés en médecine interne, pour certains qui n'ont pas suffisamment de moyens, demandent souvent une assistance auprès du service social de l'hôpital Abass Ndao. Selon la dame chef de service social que nous avons interrogée, son service honore les demandes qui lui sont sollicitées soit par des exonérations partielles ou totales. Dans ce cas, pour que le patient puisse bénéficier de leur aide, il doit impérativement fournir un certificat d'indigence³²⁷ et une photocopie de sa pièce d'identité à partir desquels un dossier³²⁸ lui est ouvert pour le servir. Ici, il y a toujours des entretiens que

³²⁵ Cf., Annexe 14

³²⁶ Cf., Annexe 15

³²⁷ C'est un papier délivré par la mairie.

³²⁸ Cf., Annexe 16

le service mène avec le demandeur et des enquêtes sociales³²⁹ au cas où l'intéressé demande une exonération totale. La prise en charge dépend du degré d'indigence et varie de 25%, 75%, 50% jusqu'à 100%, c'est-à-dire, exonération totale. Cependant, pour le reste du traitement, le patient se prend en charge lui-même d'où il est important de voir le déroulement des soins de l'insuffisance rénale et le diabète aux seins des hôpitaux.

VIII.2. Le déroulement des soins aux seins des hôpitaux

Il s'agit essentiellement de l'ensemble des processus médicaux enclenchés depuis l'admission du patient au sein de la structure hospitalière jusqu'aux dernières prescriptions. Au département de néphrologie de l'hôpital Aristide Le Dantec, les soins des insuffisants rénaux ne se limitent pas seulement à la prise en charge de l'hémodialyse et de la dialyse péritonéale pour ceux qui, leur maladie est déjà diagnostiquée et, sont reconnus atteints se situant à la phase ultime, c'est-à-dire, chronique, ainsi que les patients qui sont reconnus être affectés mais que la pathologie n'est pas encore trop développée (aigue).

En ce qui concerne le dernier cas, l'insuffisance rénale aigue, le patient, après diagnostique, est suivi à la consultation externe selon Pr. B.D. mais, il arrive parfois qu'il soit envoyé dans la salle clinique en médecine interne pour subir une séance d'hémodialyse afin d'éliminer les résidus bloqués au niveau du rein que ce dernier n'arrive pas à filtrer. C'est en fait, ce que les médecins appellent traitement de suppléance ou conservateur qui consiste à éviter que la maladie évolue vers le stade 5 (terminal). Autrement dit, avant que les reins ne perdent 85% de leur capacité fonctionnelle. Avec l'ensemble des soins apportés, le patient peut se guérir de la maladie. En dehors des soins offerts par l'État, c'est le patient qui se prend en charge de sa maladie.

En revanche, pour le premier cas, c'est-à-dire, l'insuffisance rénale chronique, les patients admis sont affectés à la salle clinique d'hémodialyse ou au service de la dialyse péritonéale. Toutefois, nous avons constaté, pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique, l'hémodialyse est la médication la plus suivie par ces patients que nous avons interrogés pour cette étude. Dans la phase terminale de la maladie, selon les médecins, les soins ne se limitent pas uniquement à l'hémodialyse qui est prise en charge par l'État mais il y a

³²⁹ Les enquêtes sociales sont menées chez le domicile du demandeur afin vérifier sa situation sociale. Selon la chef du service social de l'hôpital Abass Ndao, son service ne dispose pas de moyens pour effectuer ces enquêtes sociales. Mais, elle se débrouille quand même en mobilisant son véhicule à ses agents ou en les donnant les billets de transport.

plusieurs analyses et examens médicaux soumis aux patients parce que l'insuffisance rénale cohabite souvent avec le diabète et l'hypertension artérielle.

C'est pourquoi avant de commencer à soigner les patients, les médecins estiment qu'il est nécessaire d'évaluer les cas possibles qui se présentent éventuellement chez eux. Ces soins dépendent de la capacité financière du patient dans la mesure où ils ne sont pas dans les charges exonérées par l'État. En outre, pendant notre enquête de terrain, les patients nous ont révélé les différentes analyses auxquelles ils sont soumis. Ceci nous a permis de se rapprocher des services chargés des analyses au sein l'hôpital et au clinique pasteur où certains examens sont effectués afin de connaître les coûts de ces soins auxquels les patients ont affirmé leur cherté.

Tableau 21 : Les différents types d'analyse soumis aux insuffisants rénaux chroniques

Type d'analyse	Prix en FCFA
NFS	4 000
Urée	2 000
Phosphoremie	2 000
PTH	15 000
CRP	4 000
Ag Hbs	7 500
Acoti VHC	7 500
Nat	11 250
CMG	35 000
EBV	38 750
Vit D	16 250
Hépatite virale B	7 500
Hépatite virale E	7 500
HIV	Gratuit

Source : Enquête de terrain 2016

Les informations affichées par ce tableau dévoilent que parmi toutes les analyses que les patients effectuent, il y a qu'une seule qui est gratuite. Lorsque nous avons abordé les médecins sur le but de ces analyses, ils ont exprimé que les examens contenus dans ce tableau permettent d'évaluer la maladie. Selon eux, les patients sont souvent confrontés à un problème d'anémie, c'est ce qui explique les tests sanguins répétitifs parce que sans ce contrôle la maladie ne peut pas être maîtrisée. L'évaluation permet également de connaître la validité de l'hémodialyse. Il y a des substances qui ne doivent pas apparaître dans l'urine. C'est ce qui accentue les divers types d'analyse et de radiographie.

Tableau 22 : Les types de radiographie chez patients hémodialysés

Types de radiographie	Prix en FCFA
Echographie doppler	40 000
Radio thorax	7 500
ECG	7 500
Erix crane et coup	7 500
Echo cardiaque	2 500
Rox osseuse main	5 000

Source : Enquête de terrain 2016

Les informations recueillies dans ce tableau montrent que les types de radiographie recommandés chez les patients s'orientent plus sur le diagnostic des os et du sang. Les valeurs des radiographies sont également collectées au niveau des services habilités à effectuer ces

examens au sein de l'hôpital. Pour le corps médical, le rein joue un rôle fondamental non seulement dans l'évacuation des déchets dans les urines mais aussi il participe à la fabrication et à la solidification des os. Selon Dr I.B.

Chez les patients, vous savez le rein, il intervient un peu dans l'érythropoïèse. Qui dit érythroïne, c'est la fabrication des érythroïnes, érythroïnes c'est la fabrication des globules rouges. Donc qu'est-ce que le rein fait ? Il fabrique une hormone et cette hormone, c'est elle qui va à la moelle osseuse pour stimuler la production des globules rouges. Alors lorsque le rein ne fonctionne plus donc il ne va plus produire cette hormone. Quand cette hormone n'y est pas, il faut l'amener de façon artificielle et c'est ça qui rentre dans la prise en charge des médicaments et ils sont de temps en temps pour ceux qui ont des moyens, on les fait ce qu'on appelle l'hépéo. Tous les patients connaissent l'hépéo.

Ceci explique que les radiographies sont nécessaires dans la mesure où le rein n'arrive plus à accomplir ses fonctions originelles, les médecins utilisent à travers l'hémodialyse des processus de stimulation artificielle pour le remplacer. Les traitements vont aussi avec la prescription de médicaments que les patients jugent trop chers.

Tableau 23 : Type de médicaments prescrits chez les patients hémodialysés

Type de médicaments	Prix en FCFA
Captopril 500	500
Paracétamol injectable	1 500
Calcidia sallit	5 000
Becozyne	1 500
Loxen comprimé	6 000
Lasilix comprimé	7 000
Caleorix comprimé	2 000
Erythropoetin 6 ampoules	46 000
Erythropoetin 2000 6 ampoules	21 000
Erythropoetin 10 000 unité 3 ampoules	33 000
Fermax	14 000
Lasilx 500mg 10 comprimés	1 500
Mimpare	135 000
Feronex B/5	24 000

Source : Enquête de terrain 2016

Les valeurs contenues dans le tableau ci-dessus sont également collectées au niveau de la pharmacie au sein de l'hôpital Aristide Le Dantec. Lorsqu'on les observe, nous reconnaissons les réalités auxquelles sont confrontés nos interlocuteurs qui doivent obligatoirement durant toute leur vie subir l'achat de ces médicaments parce que l'insuffisance rénale est une maladie chronique. D'ailleurs, c'est pour cette raison qu'ils se présentent continuellement par relais pour subir les séances d'hémodialyse à travers un tableau de rendez fixés par le corps médical.

Tableau 24 : Répartition de RV des hémodialysés dans la semaine

Lundi	Mercredi	Vendredi
Mardi	Jeudi	Samedi

Source : Enquête de terrain 2016

Par souci de lever le secret médical, nous avons évité de mettre les noms de chacun des patients dans le tableau ci-dessus conformément à la répartition des groupes. Cependant, il est important de noter qu'il y a 5 groupes de 10 patients chacun et 3 groupes de 9 patients chacun. Chacun des groupes est suivi par un médecin. Les équipes d'infirmiers et de techniciens spécialisés des machines (générateurs d'hémodialyse) se relaient également dans l'administration des soins. Ces derniers s'effectuent sous forme de séances d'une durée de cinq heures (5 h). Les branchements se déroulent de cinq heures (5 h) du matin à vingt heures (20h) le soir. C'est ce qui fait que chaque jour, il y a impérativement trois branchements pour permettre l'évacuation d'un nombre total de 73 patients qui suivent le traitement au moment de notre enquête sur le terrain. Les urgences³³⁰ viennent souvent compléter le nombre parce qu'il y a dans chaque branchement des places réservées à elles. En tout, il y a 14 machines dont 11 dont seulement utilisées fréquemment et 3 machines gardées en réserve en cas de panne de l'un des engins au milieu d'une séance d'hémodialyse. Ainsi, dans l'application de cette dernière, les patients se succèdent à l'hôpital sous forme de deux groupes : l'un a rendez-vous lundi-mercredi-vendredi et l'autre vient mardi-jeudi-samedi. Et chaque groupe comprend trois cohortes. Ici, chacun des patients subit au moins trois séances d'hémodialyse dans la semaine.

Toutefois, force est de reconnaître que dans l'administration des soins, les patients nous ont révélé la défection de certains engins dans la mesure où ils soulignent être trop fatigués après séance ou d'éprouver des crampes incessantes pendant l'hémodialyse. Mais, lorsque nous avons abordé le corps médical sur ce fait, les techniciens et infirmiers spécialisés nous ont répondu que ces machines ont duré pendant longtemps. Les entretiens de ces engins tardent souvent. Ils estiment également que trois branchements par jour sont une surcharge pour les générateurs d'hémodialyse.

³³⁰ Les urgences sont généralement réservées aux insuffisants rénaux aigus. Il y a ici ce que les médecins appellent abords : les abords temporaires et les abords définitifs. Ce sont les premiers cités qui concernent les insuffisants rénaux aigus.

En outre, à travers nos observations directes sur le déroulement des soins dans la salle clinique, nous avons constaté que les enfants sont aussi branchés aux mêmes types de machines que chez les adultes. Mais, lorsque nous avons interrogé les soignants sur la question d'adaptabilité de ces machines chez les enfants, ils nous ont souligné que rien n'est adapté mais c'est parce qu'il n'y a pas d'autres solutions qu'ils jugent nécessaire de les brancher à la même manière que les adultes. Selon Dr.J.B. :

C'est la bonne question. Les machines, il n'y a pas de problème mais les lignes qu'on utilise tout n'est pas adapté pour ne pas rentrer dans un langage très technique tout n'est pas adapté. C'est de là peu près, mais de là peu près résolu pour qu'on juge le bénéfique qu'il y a à faire ça et le risque qu'il y a à ne pas le faire. On pèse et on essaie d'adapter.

Cette révélation explique que même s'il y a le risque encouru à le faire, ne pas prendre ce risque devient encore plus dangereux parce que dans le traitement de l'insuffisance rénale chronique, l'hémodialyse et la dialyse péritonéale sont les seules médications qui peuvent soulager le malade et lui permettent de tenir une vie prolongée sinon il meurt.

En effet, de l'autre côté à l'hôpital Abass Ndao, dès que le malade est confirmé diabétique après dépistage, pour des cas qui ne sont pas urgents, il est envoyé au service éducation qui dédramatise d'abord la maladie afin que le patient puisse la supporter et prendre conscience des comportements qu'il doit adopter pour cohabiter avec elle durant toute sa vie. Ensuite, vient l'explication de la maladie, ses causes et l'ensemble des traitements qui lui sont indiqués. Et enfin, le rendez-vous lui est prescrit pour une suivie continue à chaque moment qu'il se présente au centre Marc Sankalé. Pour le Pr. S.N.D :

D'abord, il faut que le malade soit bien accueilli, il faut qu'on lui explique la notion de maladie chronique, ce n'est pas une maladie par laquelle on fait un traitement et puis ça va. Il faut qu'il soit conscient qu'il est dans un stade de maladie qui est de longue durée. Il s'agit de lui expliquer dans la mesure du possible par des termes simples pourquoi il est devenu diabétique et pas un autre, c'est-à-dire, lui expliquer de l'hérédité du diabète, les problèmes du diabète avec l'environnement comme l'obésité, comme l'hypertension artérielle, etc. Il faut qu'il connaisse la maladie afin qu'il puisse adhérer au fait qu'il est diabétique. La deuxième étape, bien sûr, c'est lui donner les moyens de prendre en charge sa maladie comme il faut, c'est-à-dire, après lui avoir expliqué que le diabète est dû au fait qu'il y a des organes qui ne fonctionnent plus comme il faut, lui expliquer que, c'est, ces organes qui gèrent son alimentation. D'abord, il faut que son alimentation soit bien équilibrée. À partir de ce moment-là, on lui explique en éducation diététique comment il doit manger, bien sûr, on discute avec lui parce que ce malade a un background. Il sait déjà quelque chose ou il ne sait rien donc, il avait une façon de se comporter en matière d'alimentation. Et, c'est à l'éducateur de lui montrer si oui ou non son comportement est le bon. Et si son comportement n'est pas adéquat, il doit amener avec lui, avec son adhésion les correctifs nécessaires pour que lui-même se sente à l'aise chez lui

pourquoi modifier dans le bon sens son alimentation. Bien sûr, il doit lui expliquer aussi que, c'est important qu'il ait une activité physique régulière, qu'il évite le stress que ça soit le diabète ou autre chose. Cet aspect-là, c'est l'éducation du malade qui constitue presque 70% de la prise en charge du malade, c'est-à-dire, que si cette partie est ratée on a raté 70% de la prise en charge. Maintenant dans un second temps après ça, le malade sera vu par le médecin. Le rôle du médecin c'est de donner le statut exact du diabète. Quel type de diabète ? Quel stade d'évolution ? Est-ce qu'il y a déjà des complications ? Est-ce qu'il n'y a pas de complications ? À partir du moment où il fait ce statut là, ça lui permet de dire bon, il est nécessaire que vous prenez des médicaments ou non. Si c'est nécessaire, voilà le premier médicament par lequel, il faut commencer ça, tout ça, on est sensé le dire au malade et lui expliquer l'évolution possible du diabète en particulier chez les personnes qu'on appelle de diabète type 2 qui au départ ne prennent pas de piqûres d'insuline mais à qui quelque fois l'alimentation les modifications alimentaires seules suffisent.

Ces propos expliquent que dans le traitement du diabète comme dans toute autre maladie, la bonne accueil du patient est une étape fondamentale qui permet d'instaurer un climat de confiance entre soignant et soigné. Ensuite, dans les processus de prise en charge de la maladie, le patient doit avoir toutes les informations nécessaires qui lui permettent de comprendre l'origine de son affection, de quel type de maladie il s'agit pour son cas et de lui conseiller sur des comportements physique, alimentaire et psychologique auxquels il doit se conformer pour pouvoir vivre aisément avec le diabète qui est maladie chronique, c'est-à-dire, qui ne se guérit pas. Si cette approche première du patient est ratée, la médication qui est un élément complémentaire n'aura pas ses fruits.

En ce qui concerne les urgences, les patients ne sont reçus au centre Marc Sankalé qu'en fonction de la disponibilité des places au sein de la médecine interne où ils sont hospitalisés et suivis par un traitement particulier pour faire baisser le taux de glycémie. Il est important de noter que le centre diabétique de l'hôpital Abass Ndao ne dispose pas de locaux pour hospitalisation. Cependant, les pieds diabétiques sont traités à la salle de podologie avec une équipe spécialisée dans ce domaine. Les soins et les consultations s'effectuent de huit heures (8h) à seize heures (16h) tous les jours exceptés samedi, dimanche et les jours fériés. Ici, en dehors des nouveaux arrivants, les patients ne sont reçus que par rendez-vous. C'est pourquoi Pr. M.N. souligne que :

C'est une prise en charge ambulatoire qu'on fait, c'est-à-dire, des malades qui viennent juste pour la consultation et sur rendez-vous. Un rendez-vous qui est programmé à l'avance, qui idéalement devrait avoir lieu tous les 3 à 4 mois mais qui en raison du nombre élevé fréquentant le centre. Il a lieu que tous les 6 mois à peu près. Donc, quand le patient vient, il est pris en charge, il donne son ticket de rendez-vous sur lequel figure son numéro de dossier. C'est un ex soignant qui le reçoit d'abord, qui prend les constantes et l'oriente dans l'une des allées de consultation où le médecin le voit donc le consulte et reproduit les ordonnances ou lui refait une nouvelle ordonnance.

En fait, les rendez-vous donnés aux patients les permettent juste de rester sous la surveillance du médecin. Ici, les malades sont strictement suivis, c'est ce qui explique que chaque jour il y a une masse considérable d'individus au centre Marc Sankalé. Les répondants aux rendez-vous sont plus significatifs que les nouveaux arrivants. La réponse à un rendez-vous fait appel toujours à la programmation d'un autre. Reconnu par son personnel qualifié, le centre est un lieu affluant parce qu'aucun des patients ne souhaite manqué la date de retour fixée sur ses papiers. Cependant, par rapport à ce processus itératif, les patients expriment la cherté des coûts de leurs soins.

Tableau 25 : Configuration de la consultation et ses coûts

Types de tickets pour la consultation	Valeurs en FCFA
Dépistage ou contrôle de glycémie	1 000
Contrôle de glycémie et contrôle urinaire	1 200
Conseil de régime	3 000
Urgence	5 000
Contrôle de glycémie à jeûne	1 500

Source : Enquête de terrain 2016

Les valeurs affichées par le tableau ci-dessus, montrent que les tickets de consultation varient de 1 000 à 5 000 FCFA. Ainsi, chaque patient achète dès sa présence au centre Marc Sankalé un ticket lui concernant. Ceci est le cas pour tout rendez-vous et les nouvelles consultations. Toutefois, pour le contrôle de glycémie, les patients dotés d'appareils peuvent s'examiner et connaître leur taux de sucre sous la surveillance du médecin sans pour autant acheter le ticket. D'ailleurs, c'est ce qui permet au médecin de faire le bilan avant de prescrire une nouvelle ordonnance ou de donner des conseils à son patient. Avec le nombre pléthorique des patients et les difficultés que certains d'entre eux se sont confrontés aux seins des hôpitaux nous nous sommes intéressé aux questions liées à l'impact des lenteurs administratives sur les soins.

VIII.3. L'impact des lenteurs administratives sur les soins

Dans la pratique des soins aux seins des hôpitaux, les patients se heurtent souvent à des difficultés avant même d'être accepté ou pendant la prise en charge médicale de leur maladie. Ici, c'est l'ensemble des problèmes liés à ce processus que nous appelons l'impact des lenteurs administratives. Il relève d'une manière générale sur le système ainsi que sur la gouvernance

que l'administration hospitalière s'est fixée dans son mode de fonctionnement et dans l'exercice des soins qui lui sont réservés.

En effet, il est important de noter qu'avec la capacité d'accueil des institutions hospitalières et l'augmentation des patients par rapport au nombre restreint du personnel médical se pose un véritable problème dans la mesure où certains malades révèlent qu'avant de bénéficier d'une quelconque prise en charge ont pratiquement fait le tour des hôpitaux. Nous avons constaté, au moment de nos enquêtes sur le terrain, cette réalité dans la configuration des soins au département de néphrologie de l'hôpital Aristide Le Dantec et au centre Marc Sankalé de l'hôpital Abass Ndao. Pour mieux comprendre cette situation, nous avons interrogé le personnel médical afin de connaître les obstacles auxquels ils se sont confrontés dans l'administration des soins à leurs patients. Au département de néphrologie, selon Major F. :

La lenteur est liée aux locaux. La demande est plus forte que ce qu'on dispose, 13 lits, 13lits ce n'est pas pour Dakar c'est pour tout le Sénégal, pour toute la sous-région. 13 lits si c'était pour Dakar seulement c'est insuffisant à plus forte la sous-région, les mauritaniens, les maliens, les guinéens et tout le Sénégal. Avant qu'on mette un patient sur le lit, il faut qu'on discute avec lui parce que ce n'est rien aussi, ce n'est pas par méchanceté ou par autre parce que comme je l'ai dit avant de faire un bilan ici, il faut être en règle avec l'hôpital. Tant que tu n'es pas en règle avec l'hôpital, tu ne peux pas bénéficier de bilan donc tu restes sur un lit et c'est sûr que le nombre de jours va être calculé à ta sortie, même si tu n'as rien, l'hôpital ne connaît pas ça.

Cette citation exprime que l'explosivité de la demande par rapport au nombre de places disponibles pour accueillir les patients explique les difficultés auxquelles le département de néphrologie de l'hôpital Aristide Le Dantec est confronté dans le traitement des maladies rénales. Mais aussi le règlement de son fonctionnement exclue certains malades qui n'ont pas la capacité financière pour répondre aux exigences fixées par l'administration hospitalière dans la prise en charge médicale. En outre, les écueils ne se limitent pas seulement à ce niveau dans la mesure où Dr. J.B souligne que :

Ce que je constate, c'est quand il y a quelque chose qui relève de l'administration et c'est toujours lent. Alors, si vous voyez que ce sont des consommables qui manquent au laboratoire, c'est l'appel d'offre qui traine, ça ralentie les activités, mais, bon n'étant pas celui qui gère les choses de façon générale, je ne peux parler que ce que je constate.

Dans l'exerce de leur fonction, le personnel médical est lui-même confronté aux lenteurs administratifs dans le renouvellement de certains consommables. La rupture de ces derniers crée le ralentissement des soins, ce qui va se répercuter forcément sur l'état de santé des patients en cours de traitement et ceux qui prétendent être dans ce processus. À l'hôpital, il ne suffit pas

seulement d'imputer toutes les lenteurs à la rupture des consommables car, il existe d'autres problèmes qui dérivent d'un manquement d'effectif dans les ressources humaines. C'est pourquoi selon Dr. I.B :

Dans la commande des biens, il y a des ruptures. Nous n'avons que deux laboratoires, il faut aller loin parce qu'il ne faut pas voir que le résultat qu'on a en face de soi que les résultats. Voilà, on fait des bilans et ça ne sort pas mais il faut voir à combien de laborantins on a et en ce moment-là, l'administration va vous dire voilà nos raisons. Cela est lié à un déficit de personnel. On a que deux laboratoires qui ont, par exemple, de charge de travail de 100 analyses par jours, voulez-vous qu'on fasse 500, donc chaque laborantin aura une charge de travail multiplier par 1,5 et donc ça va être difficile. C'est un problème d'une part de personnel, ce n'est pas seulement l'administration qu'il faut voir mais c'est tout le système.

Il est vrai que les ruptures de consommables posent problème dans l'administration des soins mais également le personnel médical est dépassé largement par les charges de travail qui lui sont confiées. Ceci s'explique par le nombre restreint du personnel par rapport à la demande explosive des personnes malades. En fait, les obstacles auxquels les médecins et les patients se heurtent dans les soins aux seins des hôpitaux remettent en question tout le système administratif sanitaire sénégalais parce que dans un pays où la population est en augmentation considérable les gouvernants devraient toujours mettre des politiques d'accompagnement en conséquence car, la santé constitue le palier fondamental de tout développement. C'est à cet effet que Bernard HOURS souligne que « *la santé est le miroir du développement économique, et seuls les pays économiquement performants maîtriseraient leurs problèmes de santé* ». ³³¹ Cette dernière est donc indispensable à la vie humaine.

Toutefois, force est de reconnaître que, dans les mesures de vérification approfondies de la maladie, les médecins obligent leurs patients à refaire certaines analyses et tests afin de pouvoir poursuivre un traitement commencé antérieurement dans une autre structure de santé différente de celle où ils exercent leur métier. Dans la reproduction de ces examens, vu le nombre pléthorique de la demande par rapport à l'effectif limité des laborantins, les lenteurs apparaissent dans le traitement des analyses en cours subies par les patients. Cette période d'attente constitue l'étape la plus douloureuse du patient dans la mesure où il continue à souffrir de sa maladie sans pour autant recevoir de soins nécessaires pour le rassurer. Les médecins expriment faire ces prescriptions médicales par nécessité. C'est pour la raison pour laquelle Dr. I.B. souligne que :

³³¹ Bernard HOURS, *Santé médicaments et développement. Les soins de santé primaire à l'épreuve des faits*, Paris, Publications de la fondation Liberté sans frontières, 1987, p.7.

Bon, vous savez, c'est ce que je vous disais, donc vous voyez finalement en fait ça devient multifactorielle. Le patient fait une analyse ailleurs, il revient alors il vient voir le spécialiste celui-ci prend l'analyse, vous comprenez parce que celui qui a demandé l'analyse, il sait ce qu'il veut dedans. C'est vrai qu'il y a une multitude d'écoles de santé qui forment multitude de personnel mais, c'est là, vous avez vraiment des spécialistes surtout à Dantec, des professeurs, des gens vraiment aguerris. Vous ne pouvez pas les comparer à quelqu'un qui a fait son cursus dans une école privée qui a fini et sorti laborantin, voyez-vous et puis bon voilà. Il fait son bilan, je ne le néglige pas, je ne le discrédite pas mais il fait son bilan sans souvent aucune analyse. Même si, par ailleurs, ici, on peut se tromper l'erreur est humaine mais la plupart du temps, c'est que quand vous voyez dans ce genre de cas, nous, on compare toujours cliniquement ce que le patient a et ce qu'on a sur le bulletin. Imagines, par exemple, le patient vient comme je vous ai parlé tout à l'heure avec de problème de sang, de l'anémie, moi je regarde le patient, il ne me semble pas du tout anémié, le résultat qu'on me donne, on me met 4 g or il n'a pas 4 g d'hémoglobines, alors, je suis dans le doute. Est-ce qu'il faut traiter 4 g ? Alors que, je ne suis pas sûr cliniquement, on a aucun signe qui montre que c'est 4 g, je suis obligé de le reconstrôler et généralement souvent dans la plus part des cas quand tu reconstrôles, tu vois que non. De 4, tu te retrouves à 9, 8g c'est différent la prise en charge ; parce que comme je vous ai dit, on évite trop de les transfuser. Je vous ai dit que le traitement de la maladie rénale chronique malheureusement les patients, c'est vrai ils ont leur droit de penser à cela, ils pensent que non c'est la machine c'est tout, non la machine, elle-même ne fait pas grande chose, mais, c'est le néphrologue qui intervient. Et tous les bilans qu'ils demandent, c'est parce que le patient peut passer d'un état D, où il est bien en 24/24 heures vous le trouvez dans le coma parce qu'il a présenté avant-hier des éléments annonciateurs d'une décharge alors vous mettez le traitement, vous allez le dire ok dans trois, quatre jours contrôler moi ça pour que je m'assure que ça n'évolue pas vers la gravité parce que ça entraîne une autre décision. Mais malheureusement les patients, je les comprends mais c'est d'où la nécessité de créer les mutuelles de santé comme j'ai dit en Europe tous ont une assistance sociale, tous ceux qui travaillent ont une mutuelle. Ils cotisent et c'est cette mutuelle qui essaie, peut-être, qu'à travers l'aide de l'État, ils peuvent avoir des subventions complémentaires, le tiers payant, puisque c'est inscrit dans la constitution.

Pour s'assurer du type de traitement offrir à son patient, le médecin exprime que reconstrôler les analyses apportées par celui-ci est toujours bien parce que dans la plupart des cas de réévaluation, il trouve le contraire. Ainsi, les résultats contradictoires pour les mêmes analyses constituent un sérieux problème, ce qui remet en question la formation de certains professionnels de la santé et de repenser sur le fonctionnement du système sanitaire. D'ailleurs, c'est pour pourquoi, dans les structures de santé niveau supérieur (EPS 3) comme l'hôpital Aristide Le Dantec, les spécialistes qu'ils sont, préfèrent à chaque fois réexaminer pour avoir plus d'assurance. Dans le traitement de l'insuffisance rénale chronique, les patients doivent comprendre que la machine (générateur d'hémodialyse) ne suffit pas elle seule pour les soins mais il faut savoir que tout dépend du médecin. Le non-respect de certains patients aux prescriptions médicales s'explique par le fait qu'ils sont limités financièrement à assumer toutes

les charges de leurs soins. L'État ne peut pas prendre en charge tous les soins d'où il est important que chacun des patients pense adhérer à une mutuelle de santé.

En outre, au centre diabétique Marc Sankalé de l'hôpital Abass Ndao se pose presque le même scénario dans la rupture des consommables. À ce niveau, la configuration des ressources humaines est très complexe, c'est-à-dire, qu'il y a trois types de groupes dans la répartition des employés : les agents de la fonction publique, les agents affectés par la mairie et les agents recrutés par l'hôpital. Chacun des groupes est affilié à un syndicat pour défendre ses intérêts. Lorsqu'un groupe part en grève, cela se répercute sur le fonctionnement de l'hôpital ainsi que dans les soins des patients. Selon Pr M.N., « *il y a parfois des problèmes entre les syndicats et l'administration, des ruptures de consommables (oxygènes, draps, produits anesthésiants) et le non-paiement du personnel aussi* ».

Pour Pr. S.N.D., le problème qui se pose dépasse largement le cadre du centre diabétique Marc Sankalé ou de l'hôpital Abass Ndao. Selon lui, c'est le système sanitaire qu'il faut revoir. De ce constat, souligne-t-il :

Par exemple, si un malade arrive à un certain stade de sa maladie qui dépasse le centre, nous le traitons et nous le renvoyons au centre de santé de sa localité. Normalement, c'est comme ça que ça doit se passer. Mais, si quelque part dans le système, il y a une faille, soit, parce que quelque part le centre de santé ou le pose de santé ne joue pas son rôle. Tous ces malades vont quitter, je ne dis même pas leurs districts sanitaires sauter le pas pour venir au centre Marc Sankalé. Nous avons des malades qui viennent de Louga, de Saint-Louis, de Kédougou alors que ça ne devrait pas se faire. Normalement le malade de Kédougou devrait être traité à Kédougou, celui de Saint-Louis devrait être traité à Saint-Louis. Un système d'organisation du système fait que le malade n'a confiance qu'en venant au centre Marc Sankalé et naturellement il y a des lenteurs administratives. C'est normal, si vous devez traiter 10 patients et vous en avez 100, c'est normal qu'il y ait des lenteurs. Il y a des malades qui viennent ici et qui n'ont leur premier rendez-vous que dans une semaine ou dans trois semaines. Vous l'avez certainement constaté, c'est lié à ça. C'est lié au nombre de personnes qui arrivent à la fois et pour lesquels on ne peut pas traiter l'ensemble des dossiers tout de suite. Ce n'est pas seulement les patients, c'est l'ensemble du système.

Ici, la manière à laquelle les patients sautent des étapes, pour venir au centre Marc Sankalé qui devrait être le dernier recours dans le processus de la hiérarchisation pyramidale des soins de santé, montre que c'est tout le système qui est en faille parce que les malades, lorsqu'ils ne trouvent pas satisfaction au bas l'échelle, sont obligés de se rabattre au supérieur. Le déplacement des patients vers les niveaux supérieurs s'explique par le fait que les spécialistes sont plutôt centrés au sommet de la hiérarchie. Les malades viennent de toutes les régions. C'est ce qui entraîne par conséquent des lenteurs des soins parce que les soignants sont dépassés par

le nombre pléthorique. Avec tous les dossiers reçus par rapport à l'effectif restreint des médecins, ceux-ci ne peuvent pas les traiter en même temps, ce qui fait que certains, avant d'être examinés pour la première fois, sont renvoyés à une ou deux semaines plus tard. En dehors des lenteurs administratives que les patients se heurtent aux seins des hôpitaux, existe-t-il d'autres contraintes liées à l'accès de leurs soins ?

VIII.4. Les contraintes liées à l'accès des soins

Dans le traitement des maladies chroniques comme l'insuffisance rénale et le diabète, les patients sont soumis à des soins répétitifs au travers de multiples rendez-vous pendant tout le reste de leur vie. Ces maladies étant handicapantes, bon nombre de malades n'arrive plus à assumer leur activité professionnelle par le fait qu'ils sont plus présents dans les institutions sanitaires à la recherche de soins. Par exemple, les insuffisants rénaux en phase terminale (chronique) effectuent chaque semaine trois séances d'hémodialyse pour une durée de cinq heures de temps pendant chaque rendez-vous. Les diabétiques dont certains sont victimes d'invalidité sont tout le temps à la réponse des rendez-vous chaque trois à six mois aux seins des hôpitaux.

Ces affections qui, demandent une prise en charge sérieuse et continue, restent également très coûteuses malgré l'atténuation de certaines charges par l'État (gratuité de l'hémodialyse et subvention de l'insuline). Ainsi, la configuration de la carte sanitaire sénégalaise et la répartition inégale des spécialistes de la santé ont fait que tous les patients ne bénéficient pas aux soins de proximité. Avec une telle disposition et les conditions socioéconomiques, les patients parviennent difficilement à accéder aux soins. De ce constat, nous avons interrogé nos interlocuteurs afin de savoir le rapport existant entre l'accès aux soins et leur situation matrimoniale.

Tableau 26 : L'accès aux soins dans les hôpitaux par rapport à la situation matrimoniale des patients

Situation matrimoniale	Accès aux soins dans les hôpitaux				Total
	Très difficile	Difficile	Assez-difficile	Pas du tout difficile	
Célibataire	8 <i>32%</i>	7 <i>28%</i>	1 <i>4%</i>	9 <i>36%</i>	25 <i>100%</i>
marié(e)	42 <i>38,53%</i>	26 <i>23,85%</i>	8 <i>7,34%</i>	33 <i>30,28%</i>	109 <i>100%</i>
divorcé(e)	3 <i>30%</i>	1 <i>10%</i>	2 <i>20%</i>	4 <i>40%</i>	10 <i>100%</i>
veuf (ve)	4 <i>25%</i>	4 <i>25%</i>	2 <i>12,50%</i>	6 <i>37,50%</i>	16 <i>100%</i>
Total	57 <i>35,63%</i>	38 <i>23,75%</i>	13 <i>8,13%</i>	52 <i>32,50%</i>	160 <i>100%</i>

Source : Enquête de terrain 2016

Les données contenues dans le tableau ci-dessus expriment que sur l'ensemble des patients interrogés (160), ceux qui ont répondu par très difficile à l'accès aux soins par rapport à leur situation matrimoniale sont plus considérables avec 57 patients soit 35,63%. Ils sont suivis par ceux qui ont exprimé par pas du tout difficile avec 52 malades représentant ainsi 32,50%. Ensuite, viennent ceux qui ont pensé difficile à l'accès aux soins avec 38 patients, soit 23,75%.

Dans la lecture horizontale du tableau, les chiffres révèlent que chez les célibataires, ceux qui ont soutenu, pas du tout difficile 36% à l'accès aux soins, sont plus représentatifs que les patients qui se sont exprimés par très difficile 32% à cette variable.

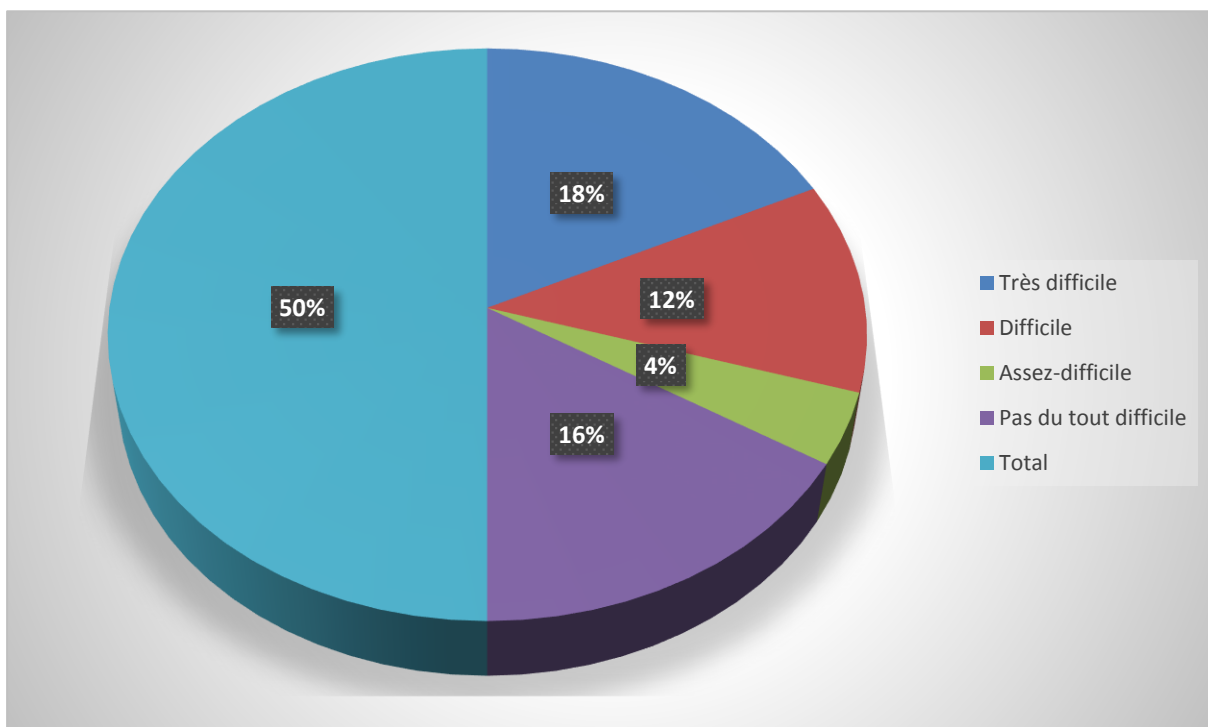
Cependant, dans la catégorie des personnes mariées, 38,53% des patients ont soutenu très difficile à l'accès aux soins contre 30,28% seulement.

Chez les divorcés, le contraire apparaît également, les patients ayant exprimé pas tout cher représentent 40% contre 30% pour ceux qui ont révélé très cher à l'accès aux soins.

Enfin, chez la catégorie des veufs (ves), la même tendance se poursuit, c'est-à-dire, 37,50% des patients ont exprimé pas du tout difficile à l'accès aux soins contre 25% qui ont soutenu très difficile à cette variable.

En fait, la disposition des chiffres exprime que la situation matrimoniale est déterminante dans l'accès aux soins parce que ceux qui ne sont pas en couple (célibataire, divorcé(e), veuf(ve)) ont révélé, pas du tout difficile l'accès aux soins dans hôpitaux contrairement aux marié(es) qui l'ont soutenu très difficile. Autrement dit, ceux qui ne sont pas en couple sont plus souples dans la recherche de soins.

Graphique 27 : L'accès aux soins dans les hôpitaux par rapport à la situation matrimoniale



Source : Enquête de terrain 2016

La matérialisation des chiffres du graphique rend plus visible que ceux qui ont répondu par l'accès très difficile aux soins sont plus considérables avec 18%. Ils sont succédés par les patients qui ont soutenu, pas du tout difficile avec 16%. Ensuite, viennent les patients qui ont exprimé, difficile à l'accès aux soins dans les hôpitaux. Enfin, ceux qui ont défendu, assez-difficile, terminent le classement avec une valeur de 4%. À partir de cette répartition découlant

de la situation matrimoniale, nous avons abordé les patients sur les coûts de leurs soins à l'hôpital afin de mieux saisir la relation qui existe entre ceux-ci et les contraintes économiques qu'ils ont par rapport à l'achat des médicaments.

Tableau 27 : Rapport entre coûts des soins à l'hôpital et contraintes économiques à l'achat des médicaments

Coûts des soins à l'hôpital	Contraintes économiques à l'achat des médicaments		
	Oui	Non	Total
Trop cher	27	85	112
	<i>24,11%</i>	<i>75,89%</i>	<i>100%</i>
Cher	13	12	25
	<i>52%</i>	<i>48%</i>	<i>100%</i>
Assez-cher	5	6	11
	<i>45,45%</i>	<i>54,55%</i>	<i>100%</i>
Pas du tout cher	2	10	12
	<i>16,67%</i>	<i>83,33%</i>	<i>100%</i>
Total	47	113	160
	<i>29,37%</i>	<i>70,63%</i>	<i>100%</i>

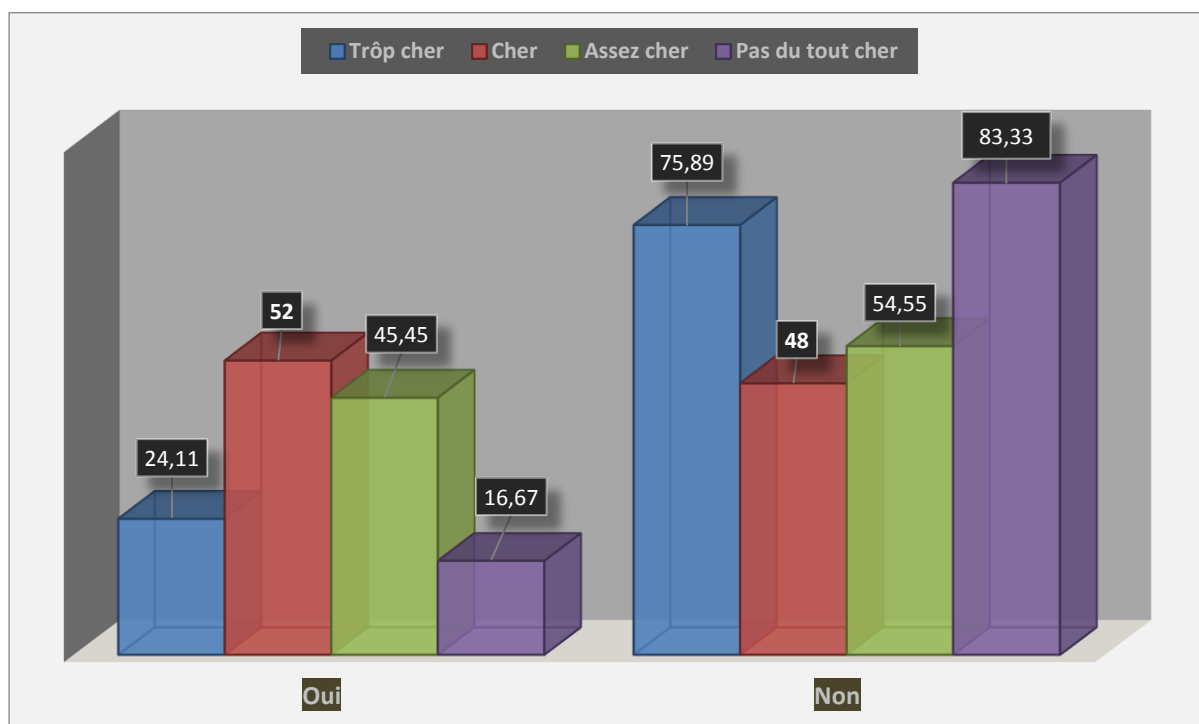
Source : Enquête de terrain 2016

Les résultats présentés par ce tableau dévoilent que sur l'ensemble des patients interrogés sur les coûts des soins à l'hôpital (160), ceux qui ont répondu avoir des contraintes économiques à l'achat des médicaments sont 47 personnes, soit 29,37%. En revanche, les patients qui ont exprimé, n'ayant pas de contraintes à l'achat des médicaments, sont au total de 113, soit 70,63%. Par conséquent, les données montrent que ces derniers plus considérables que les premiers dans notre présentation ici.

En outre, la lecture horizontale du tableau permet de voir que ceux qui ont répondu par trop cher, les coûts des soins à l'hôpital, représentent 112 patients, le nombre le plus considérable. Ils sont suivis par les patients qui ont révélé, les coûts des soins à l'hôpital, cher, avec un effectif de 25 malades seulement. Ensuite, viennent les patients qui ont soutenu leur

opinion à cette variable, par pas du tout cher avec un chiffre de 12 personnes. Et enfin, les répondants par, assez-cher, les coûts des soins à l'hôpital, terminent le classement avec 11 patients. La matérialisation du graphique nous permet d'aller plus loin dans notre démarche analytique.

Graphique 28 : Coûts des soins à l'hôpital par rapport aux contraintes économiques à l'achat des médicaments



Source : Enquête de terrain 2016

À travers la lecture de ce graphique, nous constatons que parmi les patients qui ont affirmé, trop cher, les coûts des soins à l'hôpital, seulement 24,11% ont dû répondre par affirmative avoir des contraintes économiques à l'achat des médicaments contre 75,89% des répondants par négative à cette variable.

Cependant, dans le groupe des patients qui ont soutenu, cher, les coûts des soins à l'hôpital, ceux qui ont affirmé avoir des contraintes à l'achat des médicaments représentent 52%, un pourcentage plus considérable que ceux qui ont décliné n'avoir pas de contraintes à cette question avec une valeur de 48%.

Les patients qui ont répondu, assez-cher, les coûts des soins à l'hôpital, uniquement 45,45% ont confirmé avoir des contraintes économiques à l'achat des médicaments contre 54,55% des répondants par négation à ce fait.

Enfin, parmi les patients soutenant, pas du tout cher, les coûts des soins à l'hôpital, 16,67% ont témoigné avoir des contraintes économiques à l'achat des médicaments contre 83,33% des répondants par la négative à cette variable.

En effet, sur l'ensemble du groupe des répondants par affirmative aux contraintes dans l'achat des médicaments, la configuration des données (21,42% trop cher, 52% cher, 45,45% assez-cher ainsi que 16,67% pas du tout cher) montre que même s'il y a quel part la subvention de l'État sur certains médicaments tel que l'insuline, l'achat des remèdes reste un obstacle pour bon nombre de patients qui n'ont pas assez de ressources économiques³³² pour faire face à des maladies chroniques dont la prise en charge nécessite plusieurs moyens. Cette réalité nous a permis de s'interroger sur les contraintes économiques que les patients se heurtent par rapport aux différents types de maladies qu'ils souffrent.

³³² Certains patients hémodialysés à l'hôpital Aristide Le Dantec tardent à faire les analyses demandées par le médecin par défaut de moyens.

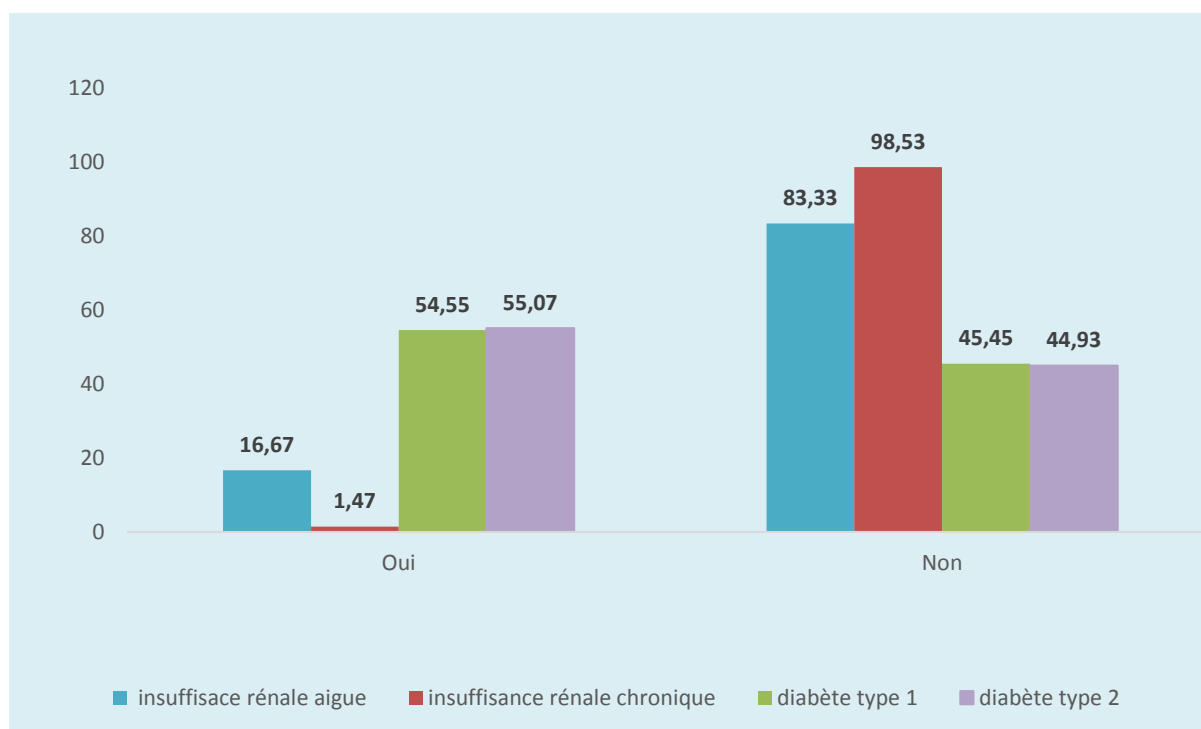
Tableau 28 : Contraintes économiques des patients par rapport aux types de maladie

Types de maladies	Contraintes économiques		
	Oui	non	Total
insuffisance rénale aigue	2	10	12
	<i>16,67%</i>	<i>83,33%</i>	<i>100%</i>
insuffisance rénale chronique	1	67	68
	<i>1,47%</i>	<i>98,53%</i>	<i>100%</i>
diabète type 1	6	5	11
	<i>54,55%</i>	<i>45,45%</i>	<i>100%</i>
diabète type 2	38	31	69
	<i>55,07%</i>	<i>44,93%</i>	<i>100%</i>
Total	47	113	160
	<i>29,37%</i>	<i>70,63%</i>	<i>100%</i>

Source : Enquête de terrain 2016

Les résultats affichés par ce tableau révèlent que sur l'ensemble des patients enquêtés (160), seulement 47 personnes ont souligné avoir des contraintes économiques pour se faire traiter de leurs maladies, soit 29,37% du total des affectés. En revanche, 113 des patients ont affirmé n'avoir aucune contrainte économique pour se faire soigner pour une valeur de 70,63% des personnes interrogées. Les répondants par la négation à cette variable sont plus représentatifs que ceux qui ont affirmé avoir des contraintes dans leurs soins. La confrontation des données matérialisées par le graphique nous permet d'approfondir notre analyse sur ce fait.

Graphique 29 : Contraintes économiques des patients par rapport aux types de maladies



Source : Enquête de terrain 2016

Les résultats matérialisés par ce graphique expriment que parmi les insuffisants rénaux, seulement 16,67% ont révélé avoir des contraintes économiques pour se faire soigner contre 83,33% des patients soulignant n'avoir pas ce problème devant les soins.

Chez les insuffisants rénaux chroniques, 1,47% des patients ont affirmé rencontrer des contraintes économiques face à leurs soins contre 98,53% des personnes infirmant cette variable.

Toutefois, dans le groupement des diabétiques de type 1, nous constatons que 54,55% ont confirmé avoir des contraintes économiques pour affronter leurs soins contre uniquement 45,45% des patients déclinant leur réponse à cette question.

Chez les diabétiques de type 2, seulement 55,07% des patients ont témoigné avoir des contraintes économiques devant leurs soins contre 44,93% des personnes qui ont rejeté avoir des obstacles face aux soins.

En fait, la disposition des chiffres dans le groupe des répondants par l'affirmative aux contraintes à l'accès aux soins montre que les insuffisants rénaux aigus (16,67%) et les insuffisants rénaux chroniques (1,47%) sont plus insignifiants par rapport aux diabétiques de

type 1 (54,55%) et aux diabétiques de type 2 (55,07%). Ceci s'explique par le fait que les insuffisants rénaux (aigus et chroniques) que nous avons interrogés ont bénéficié de l'atténuation des charges récemment en 2010³³³ par la réduction des séances d'hémodialyse de 65 000 à 10 000 F CFA et en 2012³³⁴ de la gratuité de celles-ci. Les patients ont réagi par rapport à l'allègement de ces charges.

En revanche, chez les diabétiques de type 1 et 2, la subvention de l'État sur l'insuline a commencé depuis 2004 et beaucoup de patients qui, sont présentement malades, sont affectés après cette année et ignorent les coûts antérieurs de ce produit. De ce point de vu, ils considèrent que ce médicament par lequel, ils dépendent de tous les jours, est cher d'où viennent les contraintes économiques par rapport à leur maladie. Cette situation a suscité chez nous l'interrogatoire des patients sur leurs professions afin de connaître si les contraintes économiques auxquelles ils souffrent y sont rattachées.

³³³ En 2010, l'État a réduit les coûts de la séance d'hémodialyse qui s'élevaient à 65 000 la séance au département de néphrologie de l'hôpital Aristide Le Dantec. Avant cette réduction, beaucoup de patients hémodialysés n'arrivaient pas à assurer les trois (3) séances par semaine recommandées par les médecins à cause de la cherté. C'est pourquoi plusieurs patients hémodialysés à cette époque sont décédés.

³³⁴ En 2012, l'État a pris en charge définitivement les charges des séances d'hémodialyse qui est devenue, depuis, gratuite à l'hôpital Aristide Le Dantec et dans les Établissements de Santé Publiques dotés d'un département de néphrologie. Cependant, un autre problème se pose dans la mesure où au département de néphrologie de l'hôpital Aristide Le Dantec qui est une structure de niveau 3 (EPS 3), il n'y a que 14 machines générateurs d'hémodialyse sur un total de plus de deux cent (200) malades. Pour aider les patients, le chef du département de néphrologie de ce même hôpital a ramené le traitement de l'hémodialyse à trois (3) branchements. Les patients qui n'ont pas bénéficié de cette offre sont obligés de continuer leurs traitements dans les privés où la séance est à 65 000 FCFA. Maintenant, ceux qui souhaitent bénéficier d'une possibilité dans l'avenir s'inscrivent sur une liste d'attente dans l'espoir d'avoir cette gratuité qui n'est possible qu'après la mort d'un des patients ayant déjà profité de prise en charge de l'État.

Tableau 29 : Situation professionnelle des patients par rapport aux contraintes économiques devant les soins

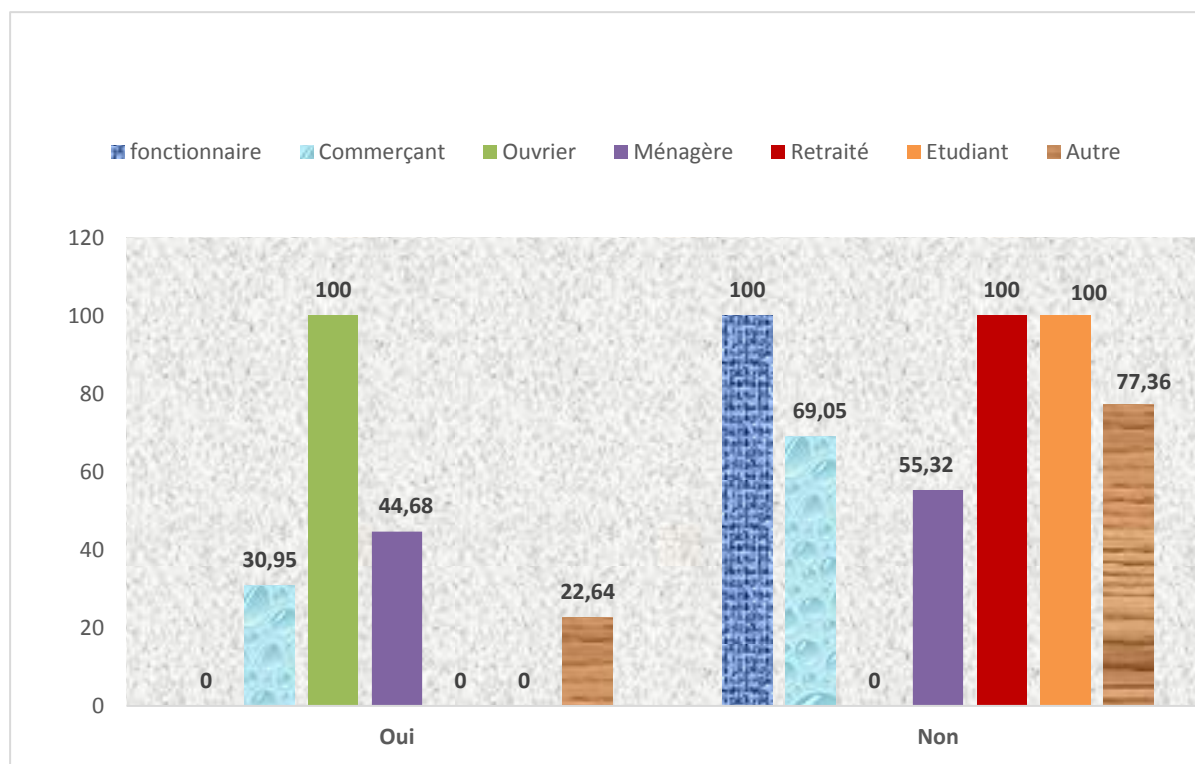
Professions	Contraintes économiques		
	Oui	Non	Total
Fonctionnaire	0	8	8
	<i>0%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
Commerçant	13	29	42
	<i>30,95%</i>	<i>69,05%</i>	<i>100%</i>
Ouvrier	1	0	1
	<i>100%</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>
Ménagère	21	26	47
	<i>44,68%</i>	<i>55,32%</i>	<i>100%</i>
Retraité	0	8	8
	<i>0%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
Étudiant	0	1	1
	<i>0%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
Autres	12	41	53
	<i>22,64%</i>	<i>77,36%</i>	<i>100%</i>
Total	47	113	160
	<i>29,38%</i>	<i>70,62%</i>	<i>100%</i>

Source : Enquête de terrain 2016

Les résultats affichés par ce tableau dévoilent que sur l'ensemble des patients interrogés (160) sur les contraintes économiques qu'ils ont eu par rapport à leurs statuts professionnels, ceux qui ont répondu par l'affirmative sont 47 personnes, soit une valeur de 29,38%. En revanche, ceux ont répondu par la négative à cette question sont 113 patients, soit 70,62% de la population totale. Ces données montrent que les seconds cités ici sont plus représentatifs que les premiers.

On note que sur l'ensemble des patients enquêtés, ceux qui ont répondu ayant une profession autre sont plus considérables avec un nombre 53 personnes. Ils sont succédés par les ménagères avec un total de 47 patients. Ensuite, viennent les commerçants avec 42 patients. Les fonctionnaires et les retraités arrivent en égalité avec chacun 8 patients. Enfin, les étudiants et les ouvriers terminent le classement avec 1 patient chacun. Avec la matérialisation par le graphique ci-dessous, ces données sont plus visibles pour approfondir notre analyse.

Graphique 30 : Situation professionnelle par rapport aux contraintes économiques des soins patients



Source : Enquête de terrain 2016

Les données conçues par ce graphique dévoilent que seuls les fonctionnaires, les retraités et les étudiants³³⁵ ont affirmé pas avoir de contraintes économiques devant les soins. Ceci s'explique par la prise en charge qu'ils bénéficient à travers les institutions auxquelles ils sont rattachés. En revanche, ceux qui ont témoigné avoir de contraintes économiques face aux soins sont les commerçants avec une valeur de 30,95% contre 69,05% des répondants par la négative, les ouvriers avec 100%, les ménagères avec 44,68% contre 55,32% pour les patients

³³⁵ Cf. Chapitre V, V.5., V.6

ayant infirmé leur réponse à cette question et les personnes répondant à la fonction autre avec 22,64% contre 77,36% des patients ayant rejeté leur opinion à cette variable.

Dans l'observation de ces résultats, on constate que les ouvriers (100%) sont plus confrontés à ces contraintes économiques devant les soins. Ceci s'explique par le fait qu'ils ne sont pas affiliés à aucune institution ou mutuelle de santé pouvant les alléger les charges sanitaires.

Ils sont suivis par les ménagères (44,68%) qui sont confrontés à plusieurs charges familiales qui les limitent souvent dans la prise en charge devant les soins. Ensuite, viennent les commerçants (30,90%). Cette situation s'explique également par le fait que certains patients que nous avons interrogés ne sont pas, à vrai dire, de grands commerçants mais pratiquent juste ce métier.

Et enfin, les patients ayant répondu à la profession autre (22,64%) terminent le classement. La position de la profession autre s'explique par le fait que la plupart des patients dans cette catégorie ont un métier libéral, c'est-à-dire, des gens qui ont leur propre entreprise ou ont fait des économies importantes pour pouvoir se prendre en charge devant les soins. La configuration de ces résultats nous a permis de s'interroger sur les coûts des soins des patients à l'hôpital par rapport à leur situation matrimoniale.

Tableau 30 : Coûts des soins des patients à l'hôpital par rapport à leur situation matrimoniale

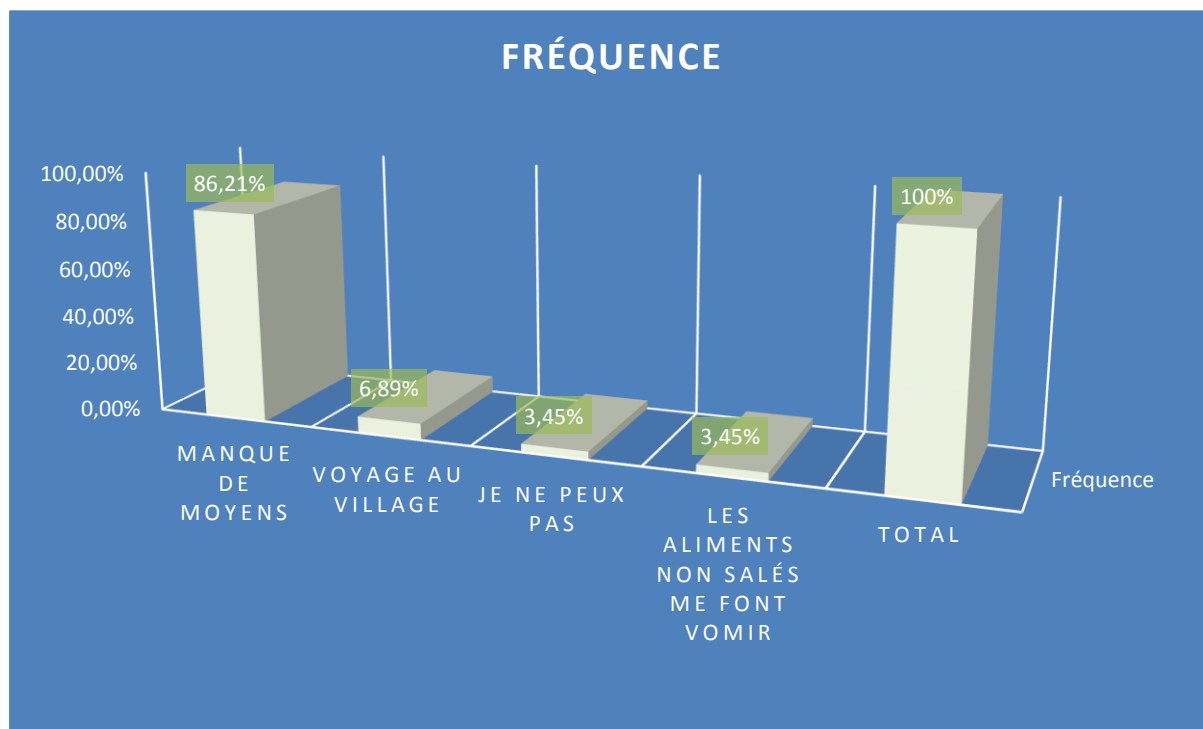
Situation matrimoniale	Coûts des soins à l'hôpital				Total
	Trop cher	Cher	Assez-cher	Pas du tout cher	
Célibataire	18 <i>72%</i>	2 <i>8%</i>	3 <i>12%</i>	2 <i>8%</i>	25 <i>100%</i>
marié(e)	77 <i>70,64%</i>	18 <i>16,51%</i>	6 <i>5,51%</i>	8 <i>7,34%</i>	109 <i>100%</i>
divorcé(e)	7 <i>70%</i>	1 <i>10%</i>	2 <i>20%</i>	0 <i>0%</i>	10 <i>100%</i>
veuf(ve)	10 <i>62,5%</i>	4 <i>25%</i>	0 <i>0%</i>	2 <i>12,5%</i>	16 <i>100%</i>
Total	112 <i>70%</i>	25 <i>15,63%</i>	11 <i>6,88%</i>	12 <i>7,5%</i>	160 <i>100%</i>

Source : Enquête de terrain 2016

Les données contenues dans le tableau ci-dessus expriment que sur l'ensemble de la population enquêtée (160), 112 patients ont affirmé trop cher les coûts des soins à l'hôpital, soit 70% des répondants. Ils sont suivis par ceux qui ont souligné, cher, les coûts des soins avec 25 patients, soit 15,63%. Ensuite, viennent les patients qui ont attesté, pas tout cher, à cette variable avec 12 personnes pour une valeur de 7,5%.

Et enfin, les patients qui, ont révélé, assez-cher, les coûts des soins, terminent le classement avec 11 personnes, soit 6,88%. Dans l'ensemble, la disposition des résultats montre que les soins sont coûteux quelle que soit la situation matrimoniale déclinée par le patient. C'est la raison pour laquelle, pour approfondir notre démarche analytique, nous avons abordé les patients afin de mieux connaître les contraintes qui les empêchent de suivre régulièrement les soins à l'hôpital.

Graphique 31 : Contraintes empêchant les patients de suivre régulièrement les soins à l'hôpital



Source : Enquête de terrain 2016

Les résultats affichés par ce graphique dévoilent que 86,21% des patients ont affirmé manquer des soins à l'hôpital par manque de moyens. Certains de nos interlocuteurs ont souligné que c'est seulement pendant leur voyage (déplacement) au village qu'ils ont raté les soins à l'hôpital, soit une valeur de 6,89% des patients. D'autres révélant « je ne peux pas (respecter les rendez-vous) », « les aliments non salés me font vomir » représentent respectivement chacun 3,45%.

Le motif de l'empêchement des patients à suivre régulièrement les soins à l'hôpital se situe principalement à ces quatre niveaux matérialisés par le graphique ci-dessus. Cependant, on constate que le manque de moyens (86,21%) constitue le premier obstacle des patients pour suivre régulièrement les soins dispensés à l'hôpital. Cette réalité nous a poussé à les interroger pour connaître si ce ne sont pas les contraintes économiques liées à l'achat des médicaments qui les détournent des hôpitaux vers la fréquentation des thérapeutes traditionnels.

Tableau 31 : Répartition des patients selon les contraintes économiques de l'achat des médicaments par rapport à la fréquentation des thérapeutes traditionnels

Contraintes économiques liées à l'achat des médicaments	Nombre	Fréquence	Fréquence cumulée
Non	4	7,84%	7,84%
Oui	47	92,16%	100,00%
Total	51	100,00%	

Source : Enquête de terrain 2016

Les résultats contenus dans ce tableau montrent que sur l'ensemble de la population enquêtée (160), seulement 51 patients ont répondu à cette variable. Les patients ayant affirmé, avoir que les contraintes économiques liées à l'achat des médicaments représentent 47 personnes, soit 92,16%. Les patients infirmant cette question sont au nombre de 4 individus, soit 7,84%.

Cependant, lorsqu'on fait le calcul 160 patients – 51 patients = 109 patients. Un groupe de 109 patients n'a pas répondu à cette variable parce qu'ils nous ont révélé à travers les entretiens, pour ceux qui se sont intéressés aux pratiques traditionnelles, qu'ils ont uniquement pu les aborder que par rapport à leurs représentations culturelles et sociales dans l'espoir de trouver la guérison. La matérialisation des réponses par le graphique ci-dessous rend plus visibles les données exposées par ce tableau.

Graphique 32 : Contraintes économiques à l'achat des médicaments par rapport à la fréquentation des thérapeutes traditionnels



Source : Enquête de terrain 2016

Les données affichées par ce graphique expriment que les patients ayant répondu par l'affirmative aux contraintes à l'achat des médicaments pour recourir aux thérapeutes traditionnels sont plus considérables avec une valeur de 92,16% contre ceux qui ont infirmé leur opinion à cette variable avec seulement 7,84%.

Ceci certifie que malgré les subventions sur l'insuline et la prise en charge de l'État sur l'hémodialyse, il existe encore des patients qui sont trop limités économiquement pour faire face aux soins administrés aux seins des hôpitaux et cherchent les remèdes de la thérapie traditionnelle³³⁶ qui, selon les médecins, aggravent leur situation sanitaire. Cette manière de penser et de se comporter des patients, ne nécessite-t-elle pas une interpellation de l'État afin qu'il apporte une sensibilisation de masse aux populations sur les risques et les dangers

³³⁶ La thérapie traditionnelle même si elle soigne, elle pose un sérieux problème de santé publique dans la mesure où elle n'est pas normalisée par l'État. On assiste actuellement à la multiplication du nombre de personnes venant de tous azimuts qui se nomment thérapeutes à travers les affiches et les publicités médiatiques. La santé est devenue aujourd'hui un marché où chacun cherche sa place pour fructifier ses économies. Partout dans les rues des villes sont vendus des remèdes exposés sur le soleil et de la poussière sans aucun respect des normes d'hygiène de conservations de ces produits.

encourus ? Ne doit-il pas recenser les guérisseurs reconnus par leur savoir-faire et normaliser toutes les pratiques³³⁷ qu'ils offrent ?

En fait, force est de reconnaître que la tendance des patients à aller chercher les voies de la thérapie traditionnelle est liée à la non maîtrise de l'État des problèmes de la santé publique³³⁸ surtout dans le domaine des maladies dites chroniques comme l'insuffisance rénale et le diabète. Les spécialistes de ces maladies sont non seulement rares mais ils sont plutôt concentrés dans les grandes villes. Les hôpitaux régionaux appelés aussi Établissements Publics de Santé niveau 2 (EPS 2) qui sont dotés de plateaux techniques et de personnel médical restreint n'arrivent pas à répondre les urgences trop avancées. C'est pourquoi dès que les malades sont reçus au niveau inférieur, ils sont directement envoyés dans les hôpitaux nationaux (EPS 3). Par ailleurs, cette situation s'explique par le fait que beaucoup de personnes de la population active, selon Pr. S.N.D., sont diabétiques ou souffrent d'autres maladies sans pour autant le connaître. Alors, dans le cas ces maladies silencieuses les patients ne viennent généralement à l'hôpital que dans état très avancé.

De plus, nous avons constaté au moment de notre enquête sur terrain que bon nombre de malades quittent les régions³³⁹ pour venir se soigner à Dakar. Face uniquement à la population de la capitale, les hôpitaux sont débordés par le nombre pléthorique des malades dans la demande des soins d'où il est important de s'interroger sur l'environnement socio-sanitaires de ces patients à travers les processus de traitements des affections auxquelles ils souffrent. Autrement dit, il s'agit de comprendre les différentes relations que les patients entretiennent avec leurs soignants, leurs pairs, leur entourage et l'ensemble des comportements qui s'y découlent pouvant impacter dans le traitement des soins reçus aux seins des hôpitaux.

³³⁷ Pour la normalisation des pratiques traditionnelles, nous avons constaté pendant nos enquêtes de terrain qu'elle nécessite une implication de l'État pour l'établissement d'une rencontre entre les professionnels de la biomédecine et les thérapeutes avérés dans le traitement de certaines maladies dans la mesure où chacun des deux cités reconnaît les capacités de l'autre. Ils doivent s'organiser et s'informer mutuellement pour rendre bénéfiques les soins aux patients. Les médecins que nous avons interrogés à ce propos soulignent qu'il n'y a jamais existé de rencontre entre eux les thérapeutes traditionnels.

³³⁸ Tous les Établissements Publics de Santé niveau 3 (EPS 3) qui sont au nombre de huit (8) hôpitaux nationaux sont concentrés à Dakar. Cf. Chapitre VI, VI.2.2. Ces Établissements appelés aussi hôpitaux nationaux sont trop limités par rapport à leur capacité d'accueil. À défaut d'accessibilité aux remèdes de la biomédecine, les patients se rabattent à toutes les pratiques qu'ils jugent nécessaires leur apporter des soins.

³³⁹ Dans cette présente étude, sur l'ensemble des personnes enquêtées (160), nous avons constaté que les patients qui habitent Dakar sont au nombre 121 individus contre 39 malades venus des autres régions.

CHAPITRE IX : L'ENVIRONNEMENT SOCIO-SANITAIRE DES PATIENTS

IX.1. Les relations entre patients et corps médical

*(...), de nombreuses études sur cette dernière (la médecine occidentale) ont établi hors de tout doute l'importance d'un climat thérapeutique chaleureux dans la restauration d'un bon état de santé.*³⁴⁰

Dans toutes relations sociales, il existe des périodes conflictuelles ou d'incompréhensions qui alimentent souvent les rapports sociaux des individus qui évoluent, exercent et cohabitent dans un même environnement social. Il s'agit ici de connaître les différents rapports entre soignants-soignés qui animent les hôpitaux dans le processus d'administration des soins. De ce fait, lorsque nous nous sommes entretenu avec le corps médical, les soignants ont tous affirmé avoir de très bonnes relations avec leurs patients. Cependant, il est important de souligner que même si ces derniers ont reconnu avoir presque les mêmes opinions avec leurs soignants, certes, ils ont révélé quelques désagréments dans l'attitude comportementale chez certains professionnels de la santé, avec qui, ils évoluent pour le traitement de leurs maladies.

Selon A.D. une femme hémodialysée :

J'ai de très bonnes relations avec les médecins et franchement ils sont tous biens car il n'y a aucun problème à ce niveau. Mais, certains d'entre eux ne passent qu'une seule fois lors de la séance de dialyse. Je pense que ce n'est pas normal. À vrai dire, l'homme noir n'a aucun respect à ses semblables, c'est dans ce cadre que les blancs nous ont devancé parce qu'ils ont beaucoup de respect aux gens. Lorsqu'il y a des urgences, ce sont les infirmiers qui s'occupent plutôt de nous. Vous voyez les machines sonnent en urgence mais aucun médecin ne vient voir parce qu'ils disent qu'ils se limitent seulement aux soins. Même s'ils viennent, c'est nous qui les appelons en les indiquant que nous avons des maux par ci ou bien par là. C'est seulement les mardis qu'ils viennent nous visiter. Parfois, les médecins viennent nous demander quelque chose mais c'est très rare.

Ces propos illustrent que le patient a toujours besoin de visites fréquentes de son médecin afin d'avoir une rassurance psychologique sur les soins qu'il lui administre. Le fait que son médecin sympathise avec ses préoccupations surtout au moment des urgences où la machine signale une alerte la soulage. Elle juge insuffisante la relation que les médecins ont envers les patients contrairement à celle des infirmiers qui les assistent en permanence. En

³⁴⁰ Marc-Adélar, TREMBLAY « La santé en tant que phénomène global », in *Conceptions contemporaines de la santé mentale*, Montréal, Décarie, 1983, p.20.

dehors des visites hebdomadaires, cette patiente déplore les comportements que les médecins ont à leur égard parce qu'ils ne viennent qu'à la demande du patient. Ceci explique un manque de respect entre certains soignants aux soignés.

F.S., une autre femme hémodialysée relate que :

Mes relations avec les médecins sont aux beaux fixes. Parmi eux, nous appelons ceux qui interviennent au besoin à la demande des patients. Il y a certains d'entre eux qui ne nous saluent même pas. Ici chacun des médecins a une liste de patients qui lui est attribuée et qu'il doit suivre. Certains d'entre eux ne manifestent même pas qu'ils sont le médecin qui doit nous suivre mais il y a d'autres qui le font néanmoins. Ce qui fait que, ceux qui se présentent en nous, on collabore beaucoup avec eux. Parfois, j'ai l'impression qu'il y a parmi eux que les parents ont forcé à suivre la médecine parce qu'ils n'ont même pas cette attitude que doit prendre un soignant en face de ses patients.

Cette patiente exprime que, même si, elle a une bonne relation avec les médecins, il y a certains d'entre eux qui les ignorent, car la salutation est fondamentale dans toute relation humaine mais, parmi ceux cités ici, adoptant le comportement de ne pas saluer les malades, sont considérés les manquant de respect. Par conséquent, les patients ne sollicitent que les médecins qui manifestent le désir de vouloir les apporter des soins. Certains, souligne-t-elle, ne font pas leurs métiers par passion, alors que, la vocation doit être le seul moteur qui donne de la motivation à l'individu dans l'exercice de sa fonction.

Pour Y. N., une femme également hémodialysée :

Nous avons de bonnes relations avec eux. Mais pour les soins, nous n'avons pas tous les mêmes opinions à leur égard. Moi, personnellement ma préoccupation se situe au niveau des machines parce qu'elles ont commencé à ne plus fonctionner correctement comme auparavant. Il faut qu'on nous change ces machines-là. Parfois, nous rencontrons de très bons médecins qui s'occupent de nous, qui demandent l'état de notre santé, qui nous accompagnent pour aller faire nos analyses, mais, au cas contraire, il y a ceux qui ne font pas tout ça. J'ai un médecin dès que je l'appelle, il me répond et donne à chaque fois suite à mes besoins.

Ces propos expriment qu'en ce qui concerne la relation soignants-soignés, les opinions des patients sont partagées à ce niveau. La préoccupation de cette patiente se focalise plutôt sur les machines³⁴¹ qui n'effectuent plus leur rôle dans l'épuration du sang des hémodialysés. Mais

³⁴¹ Au moment de notre enquête sur le terrain, nous avons interpellé les techniciens des générateurs d'hémodialyse par rapport au fonctionnement des machines afin de confronter leurs propos à ceux révélés par certains patients. Cependant, ils nous ont signalé qu'il y a effectivement des problèmes parce que non seulement ces engins ont commencé à durer mais aussi les entretiens qui les permettent de fonctionner correctement tardent souvent. Toutes les machines ont chacune un nom d'identification. Il y a notamment Matam, Popenguin, Ziguinchor, Kédougou,

malgré tout, il y a parmi les médecins, certains avec qui, les patients échangent, prennent soins de les accompagner symboliquement dans leurs traitements contrairement à d'autres.

En effet, au centre Marc Sankalé règne le même climat entre corps médical et patients. Selon A.S. une patiente diabétique de type 2 :

Lorsque je suis revenue ici à mon rendez-vous, j'ai trouvé un autre médecin qui n'avait l'habitude de me consulter. Après la visite, ce dernier m'a donné un papier avec lequel il a mis son numéro de téléphone. Il m'a dit de venir à sa clinique vers amitié. Lorsque je suis allé, il m'a fait l'analyse et m'a dit de revenir encore au prochain rendez-vous. J'ai compris que ce médecin veut me rattacher directement à sa clinique, c'est pourquoi, je lui ai demandé combien devrais-je payer à mon retour. Il m'a répondu 10 000 FCFA pour le ticket de consultation. Je sais que ce n'est pas la même somme que je payais à Abass Ndao parce qu'ici je payais 2 200 FCFA. À mon retour, lorsque j'ai montré le ticket qu'il m'avait donné, on m'a demandé d'aller le voir dans sa clinique. Heureusement, il y avait ici en ce moment, une femme nommée Khady Ndoye qui faisait partie de ceux qui s'occupent des rendez-vous des patients. C'est elle qui a tout fait pour qu'on m'accepte à nouveau au centre Marc Sankalé.

Ce discours révèle la souffrance d'une femme diabétique qui a subi les tromperies d'un médecin qui voulait la rattacher dans sa clinique. Ces propos montrent que certains soignants, quel que soit l'état de santé de leurs clients, ne cherchent qu'à profiter d'eux d'où il est important de revoir la manière selon laquelle fonctionnent les cliniques privées dans la mesure où beaucoup de patients révèlent leur situation sanitaire se détériorer par manque de moyens ou de considération de leurs soignants.

D'ailleurs, c'est pour cette raison qu'El. M., un patient diabétique hospitalisé en médecine interne de l'hôpital Abass Ndao, souligne que :

Tout corps de profession, surtout la médecine, il faut y entrer par vocation. En médecine lorsque tu finis tes études, tu prêtes serment ; c'est en fait, ce prêté de serment qui te permette de respecter les malades. Le fait même de bien parler au malade peut le soigner. Il ne faut jamais regarder le statut social du malade mais il faut le respecter. Si Dieu avait voulu, Il ne parlait qu'aux patrons. Lorsque tu parts à la Mecque, tu ne sauras le statut social d'aucune des personnes que tu y rencontreras pendant le Hadj. C'est de cette manière que doit se comporter un soignant devant ses patients car, il ne doit en aucun cas voir si le malade est riche ou pauvre. Il doit seulement considérer qu'il est devant un être humain. Il y a aussi dans tout cela beaucoup de choses qui sont hors de votre expérience parce que dans la vie, il y a le temporel et le spirituel, mais, il y a le sensible et l'intelligible. Quelqu'un peut venir se coucher ici alors qu'il est un djinn ou un ange et lorsque tu te comportes mal devant lui tu es foutu.

Touba, Louga, Diourbel, Thiès, Dakar, Tivaoune, Tambacounda, Fatick, Oussoye et Kolda. Les patients ont révélé que les machines nommées Saint-Louis, Kaolack et Fatick les donnent des crampes et de la fatigue énorme.

Ce discours est un serment que le patient lance à tous ceux qui sont engagés pour exercer la profession de soignant. Tout individu qui s'engage à un métier doit respecter ses engagements, doit évidemment le faire par passion et par vocation. Pour lui, soigner, ce n'est pas seulement donner des médicaments au patient, mais, c'est d'abord, le fait de bien communiquer avec lui, le respecter surtout car celui qui soigne ne doit, en aucun cas, se baser sur le statut social de la personne à qui il doit administrer des soins. Ces propos dévoilent la frustration d'un patient qui n'a pas bénéficié de la sympathie et le respect de ses soignants. Le manque de respect de ces derniers aux patients qu'ils soignent peut les causer un préjudice parce que tous les individus ne sont les mêmes, il y a une face cachée des gens qu'ils ignorent, et, il se peut également que la personne qu'ils voient coucher sur son lit d'hôpital n'est pas un être humain. Elle peut être un djinn ou un ange que Dieu a envoyé pour les mettre à l'épreuve. Ce discours interpelle la manière de communiquer de certains soignants aux soignés.

Toutefois, force est de reconnaître que dans l'administration des soins du corps médical aux patients, il existe des limites de communication. La communication qui semble être le premier rapport entre soignants et soignés aux seins des structures de santé publiques est souvent même oubliée ou relevée au second plan d'où il est important de souligner les limites de celle-ci dans le traitement des patients avec qui nous nous sommes entretenus au moment de notre enquête de terrain à l'hôpital Aristide Le Dantec contrairement à Abass Ndao³⁴². Au département de néphrologie de l'hôpital Aristide le Dantec, lorsque nous avons abordé les patients sur cette question, beaucoup d'entre eux nous ont révélé qu'il existe une réelle limite de communication des soignants / soignés. C'est au moment de notre passage dans le nouveau bâtiment³⁴³ réservé aux patients nouvellement arrivants pour les consultations et les hospitalisations ainsi que dans la salle clinique de l'hémodialyse que certains de nos interlocuteurs ont affirmé ces propos.

Selon M. Y. T, une femme, âgée 29 ans internée dans le nouveau bâtiment :

Depuis que je suis là, ça fait maintenant 10 jours mais les médecins ne m'ont rien informé de ma maladie. Ils m'ont juste interdit de manger les aliments salés et gras.

³⁴² Au centre Marc Sankalé de l'hôpital Abass Ndao, nous avons constaté l'existence d'une équipe de conseil de régime et d'éducation aux diabétiques qui, après dépistage, tient chaque jour une séance d'information de deux heures (2h) sur la dédramatisation de la maladie et les comportements que tout patient doit tenir pour vivre avec le diabète qui est désormais devenu son compagnon à vie ainsi que les risques encourus sur le non-respect des instructions de la cellule éducative. Les séances sont dirigées par un éducateur spécialisé et un diététicien.

³⁴³ Appelé centre de transplantation rénale, ce bâtiment est le premier lieu réservé à toutes les consultations des maladies liées aux reins. En ce qui concerne les patients, ce bâtiment ne détient que cinq (5) cabines de deux (2) lits et une cabine de trois (3) lits.

Alors que je paie chaque jour des ordonnances sans même connaître la situation qui m'est réservée. Ici, l'hôpital nous sert la nuit de la soupe, vous voyez comment c'est un peu contradictoire par rapport aux interdictions médicales.

Ces propos montrent que le patient n'attend pas du corps médical, seulement que des soins mais qu'il a également besoin que le soignant lui communique pour qu'elle ait une idée sur sa maladie. Sans cette communication, le patient vit toujours dans un climat d'anxiété qui peut même influencer négativement sur son état de santé. La communication, semble-telle, constitue une étape fondamentale, un droit que tout patient doit recevoir du déclenchement des processus sanitaires lancés par le corps médical jusqu'à la fin des soins.

Ainsi, une autre femme âgée de 39 ans du nom de F.S.T souligne que :

Je souffre actuellement de l'insuffisance rénale chronique, c'est parce que mon médecin ne m'a pas bien informé, il y a de cela 8 ans quand je souffrais de l'insuffisance rénale aigue. C'est ce manque d'information qui m'a amené à la chronicité, parce que le médecin aurait dû m'informer sur les risques encourus à travers cette maladie à l'époque, mais il ne l'avait pas fait. C'est pourquoi dès qu'il m'a revue ici, il m'a directement amené dans salle clinique d'hémodialyse parce qu'il savait bien que je finirais par cette étape-là, il fallait m'informer pour que je tiens toutes les mesures nécessaires pour ne pas être dépendante de ces machines.

Ceci certifie que les limites de communication, soignants-soignés, sont contestées chez les patients dans la mesure où cette femme s'indigne de l'attitude de son médecin. Dans le traitement des maladies surtout chroniques, les patients ont besoins de savoir tout ce qui les attend dans l'avenir afin de s'y préparer en conséquence.

En outre, F.S. une patiente hémodialysée, âgée 42 ans, révèle que :

Les infirmiers s'occupent de nous. Ce qu'il faut noter, c'est qu'ici chaque patient a son médecin. Et les médecins se relaient chaque mois, ce qui fait que si un médecin vient ce mois-ci, le prochain mois c'est un autre qui va venir. Ils ne sont pas stables. Parmi les médecins, ceux qui viennent demander l'état de notre santé sont rares. C'est nous qui les appelons, sinon ils ne viendront pas nous demander de quoi on souffre exactement. Ceux qui nous interpellent sur notre état sont vraiment rares. Mon médecin, ça fait une semaine que je ne le vois pas dans la salle.

Ce discours montre que les infirmiers, c'est-à-dire, les soignants qui s'occupent le plus fréquemment les soins des patients dans la salle clinique sont beaucoup plus appréciés que les médecins³⁴⁴ qui ne sont pas tout à fait stables. D'ailleurs, c'est ce qui instaure les limites de

³⁴⁴ La plupart des médecins que nous avons rencontrés dans la salle clinique d'hémodialyse sont en formation pour le DES (Diplôme d'Études Spécialisées) en néphrologie. Ils sont tous des étrangers. Ils sont tantôt dans les cours et tantôt dans la pratique. C'est pour cette raison qu'ils ne sont pas tout le temps dans la salle clinique. Par conséquent, les infirmés spécialisés assistent en permanence les hémodialysés.

communication entre eux et les patients. De ce constat, nous avons interrogé les médecins dans le but de confronter leurs propos à ceux des patients pour continuer notre démarche analytique.

Ainsi, selon Dr. N. :

C'est vrai, vous avez raison, moi je suis tout à fait d'accord par rapport à cela. Il faut dire souvent qu'on manque de communication avec les malades même en consultation où on a 60 malades qu'il faut examiner ; on ne prend pas 20 mn à leur expliquer, on ne prend pas 3 minutes à leur communiquer. Et c'est une réalité et c'est pour beaucoup de médecins ils sont dans cette situation pareille. Vous avez raison, le manque de communication aussi et il faut que les gens communiquent et il faut que les médecins prennent conscience. C'est pourquoi, on n'est pas des anges descendus du ciel, c'est la réalité parfois on est fatigué, parfois on n'est pas en bonne forme et on ne donne pas l'information adéquatement mais il faut que chacun s'améliore. Nous aussi on essaie de voir de notre mieux pour s'améliorer pour communiquer mieux, pour lorsqu'on discute avec un malade qu'on n'utilise pas un jargon qui est compliqué, qu'on utilise également la langue d'origine également du malade. Il ne faut pas, par exemple, que le malade ne parle pas français moi je commence à communiquer avec lui le français. Il faut qu'on s'adapte avec la personne avec qui on est ou avec qui on communique. Mais je vous suis d'accord totalement, c'est le manque de communication entre médecin et malade qui est l'un des vices qui rongent notre société.

Le discours de ce médecin vient corroborer les limites de communication des soignants envers les soignés. C'est en fait une réalité qu'il déplore. Cette réalité, il faut reconnaître qu'elle est liée à la circonstance (urgences) dans les soins et le nombre pléthorique des patients par rapport à celui du personnel soignants très restreint. À travers ces propos, on constate que malgré les difficultés et les circonstances, les médecins essaient de s'améliorer et s'adapter même s'il y a encore des limites afin d'utiliser le vocabulaire accessible aux patients qu'ils traitent. Ici, le manque de communication est reconnu comme ce qui amène une défection dans les soins.

Cependant, ce fait est souvent relié à l'état d'urgence dans lequel se trouvent les patients au moment de leur arrivée. C'est la raison pour laquelle Dr. J.B. souligne que:

Ça j'en conviens parce que souvent le malade arrive dans des situations assez sérieuses que hop, on est obligé de le prendre en dialyse. Et s'il est dans le coma, c'est après son réveil qu'il est souvent possible de le communiquer. Et généralement nous sommes très occupés, le manque de temps ne nous dédouane pas de les donner les informations qu'il faut. Mais aussi l'autre problème c'est que le malade, il attend toujours à ce que le médecin lui informe, il ne vient jamais voir qu'est-ce que je dois faire. C'est ça le problème. C'est normal que le médecin lui dise tout mais la charge de travail fait que, il y a des personnes qui nous échappent. Et le malade, tant que ça l'arrange de manger ce qu'il veut, il ne va pas venir demander le médecin ce qu'il doit faire, ce qui est triste.

À travers ce discours, le médecin révèle que ce sont les situations d'urgence complexes de l'état du malade qui les empêchent de lui communiquer. Autrement dit, ce qui préoccupe le soignant, c'est d'abord de vouloir sauver son patient. La surcharge des tâches ne lui favorise pas à donner les informations nécessaires au malade. Ici, la responsabilité sur la communication à ce niveau est partagée dans la mesure où les patients ne doivent pas seulement attendre que les médecins les informent mais ils doivent manifester le besoin de connaître leurs situations sanitaires. C'est à eux aussi d'interpeller les médecins au cas où ceux-ci ne communiquent pas. Dans ses propos, il reproche aux patients de vouloir profiter du mutisme du médecin pour manger tout ce qu'ils souhaitent parce que, lorsqu'ils demandent cela pourrait être un interdit. Cette situation devient problématique dans la mesure où dans chaque relation humaine, il existe toujours des limites, c'est-à-dire, des manquements.

De ce constat, Major F. souligne que :

Cela ne peut pas manquer parce que le médecin est un être humain. Il a ses humeurs, ses défauts, ses qualités comme vous et moi. Chacun en a, donc ça dépend, il y a des médecins qui n'ont jamais eu de problèmes. Par contre, d'autres sont nerveux, incompréhensifs et ne peuvent pas jouer le jeu. Mais normalement, ce n'est pas recommandé. Ces malades qu'on n'a pas informé c'est parce qu'on n'a pas encore terminé avec eux pour décider sur le régime. Un malade qui est là, il est là parce qu'on est en investigation sur sa maladie. On étudie sur son cas. On peut bien savoir que ça, c'est une insuffisance rénale. Mais quel stade ? Quelle est l'étiologie ? Pour boucler tout ça maintenant, on ne peut pas donner un régime. Il faut que le médecin boucle tout ça. Un malade peut être hospitalisé et sa maladie peut ne pas être directement liée aux reins. Mais, par exemple, un diabétique qui est là, il a son régime en dehors du régime IRC. Un hypertendu qui est là peut avoir un régime indépendant de celui IRC. Lorsqu'on parle de régime IRC, ça rapporte directement aux reins, à l'insuffisance rénale chronique. Et pour ce faire, ces malades qui disent qu'on ne les a pas dit un régime. Il faut comprendre, c'est parce que les médecins ne sont pas encore arrivés à ce stade de conclusion pour les situer. Si, c'est un hypertendu, on lui dit de faire un régime demi sodé donc il ne faut pas le prendre le soir, il faut le prendre le matin. Si c'est un malade qui a des eudènes c'est la même chose. Si c'est un diabétique, on lui dit de diminuer le sucre, etc. Vous savez, ici, si un malade a des eudènes, il y a une excursion hydro-sodée. Hydro, c'est l'eau et sodé c'est le sel, n'est-ce pas. On lui dit de diminuer le liquide. Diminuer le liquide ne veut pas dire seulement l'eau. C'est tout ce qui est liquide. La sauce dont vous parlez est liquide, ça fait partie de la restriction, c'est-à-dire, c'est eux qui ne comprennent pas. L'hôpital ne dispose pas de régime individuel par malade, ça il faut le savoir, n'est pas ça. Ici, il n'y a que deux régimes : sodé et sans sel. Mais, quand on te dit qu'un malade ne doit pas prendre de la graisse, on amène de la viande avec graisse, il faut lui chercher autre chose, manges toi ça l'accompagnant et lui cherche autre chose. Si, un malade a un régime spécifique, ce n'est pas l'hôpital qui va le donner.

Ces propos révèlent que les médecins comme tout être humain ont des limites, c'est pourquoi, ils peuvent oublier de communiquer à leurs patients sur certains détails. Et cela est

un fait normal parce qu'ils n'ont pas les mêmes tempéraments, facultés cognitives et les mêmes capacités de compréhension. Les humains sont, à cet effet, différents. Cependant, il se trouve que leur façon de se comporter n'est pas ce qui est recommandé dans les enseignements de la médecine. C'est aux patients de comprendre aussi les processus de soins parce que le médecin tant qu'il n'a pas fini de diagnostiquer la maladie, d'investiguer pour connaître de quoi il s'agit réellement ne pourra pas se prononcer et communiquer avec son patient sur la décision à prendre. Ainsi, le régime dépend toujours du type de maladie et son étape d'évolution. Mais, ici, c'est la longue durée de l'investigation³⁴⁵ sur la maladie qui fait penser aux patients qu'ils sont oubliés. Dans tous les cas, le médecin est celui qui doit les communiquer pendant ce processus de traitement et de recherche sur la maladie afin que les patients puissent comprendre de leur situation sanitaire. Nous avons constaté que les limites de communication des médecins influent négativement sur l'état psychologique des patients.

En outre, par rapport au régime alimentaire, le malade, dès que son médecin lui informe des indications à suivre, c'est à lui de tenir également à tous ces conseils et de les respecter conformément car, l'hôpital, selon le major, ne connaît pas de régime particulier pour chaque patient. C'est à son accompagnant de consommer le repas servi par l'hôpital, si celui-ci correspond aux interdictions signalées par le médecin et d'aller chercher un autre plat conforme au régime pour lui offrir. Face à cette situation, nous avons constaté que tous les patients ne détiennent pas les moyens financiers les permettant de supporter les coûts de la maladie d'où il est important de s'interroger sur l'impact comportemental des patients et de leur entourage familial sur leurs affections.

IX.2. L'impact comportemental des patients et de leur l'entourage familial sur la maladie

Dans la prise en charge des maladies chroniques comme l'insuffisance rénale et le diabète, les malades sont souvent confrontés à plusieurs facteurs rendant difficiles la possibilité de respecter les processus et les instructions médicales recommandés par les médecins pour vivre longtemps en harmonie avec ces affections. Il s'agit essentiellement de la capacité financière les permettant de suivre et de supporter les coûts des soins à l'hôpital, de payer les médicaments et de se conformer au régime alimentaire. Ces maladies, quels que soit la richesse et le niveau de vie de la personne affectée, sont très coûteuses et nécessitent la compréhension du patient dans sa prise en charge médicale et sociale.

³⁴⁵ Nous avons constaté que la plupart des insuffisants rénaux prennent les remèdes traditionnels pendant cette étape d'attente, ce qui aggrave par conséquent leur situation sanitaire.

D'ailleurs, c'est la raison pour laquelle nous nous sommes intéressés aux différentes difficultés que les patients peuvent se heurter pendant leurs soins. Autrement dit, les contraintes économiques liées à la prise en charge du régime alimentaire, les rapports existants entre eux et leur entourage familial, leurs manières de se comporter par rapport aux interdits alimentaires, leurs représentations sociales au sein de la famille, les soutiens qu'ils bénéficient dans le traitement de la maladie ainsi que leur vécu psycho-social afin de mieux saisir la restructuration des relations sociales qui règne aux seins de leurs familles.

Tableau 32 : Contraintes économiques par rapport à la prise en compte du régime alimentaire

Prise en compte du régime alimentaire par la famille	Contraintes économiques		
	Oui	Non	Total
Oui	33	91	124
	26,61%	73,39%	100%
Non	14	22	36
	38,89%	61,11%	100%
Total	47	113	160
	29,38%	70,62%	100,00%

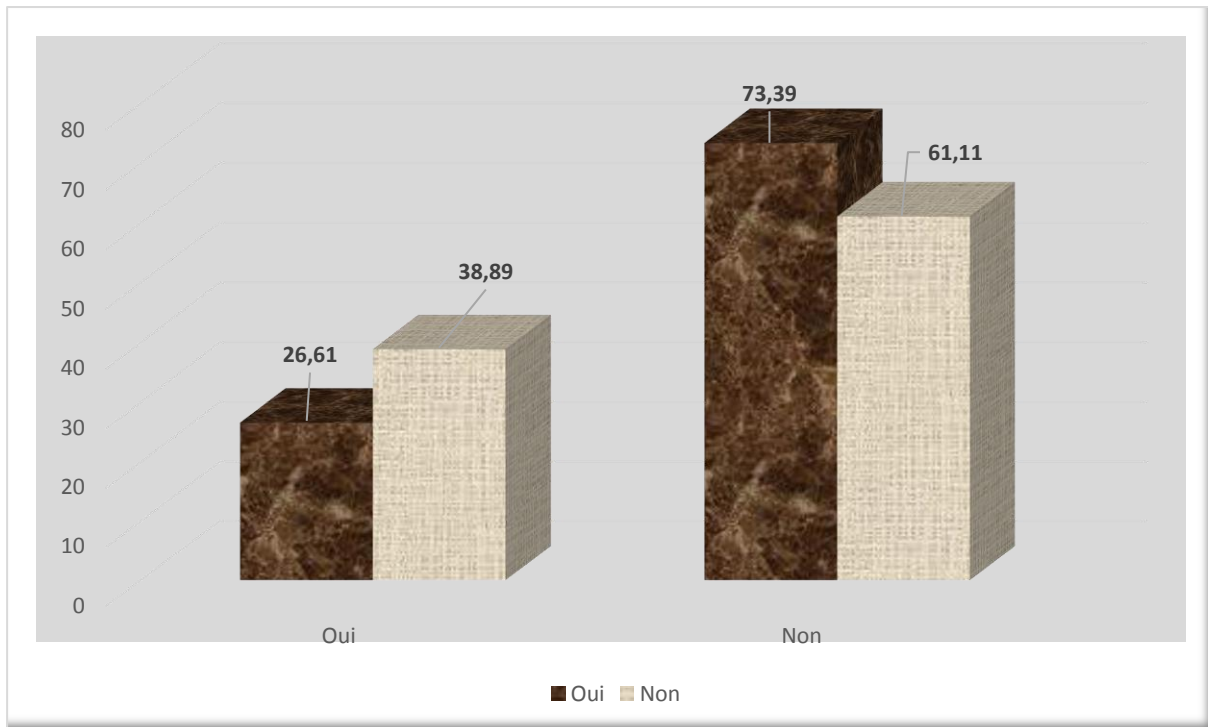
Source : Enquête de terrain 2016

Les données contenues dans ce tableau expriment que sur l'ensemble de la population enquêtée (160) sur la prise en compte du régime alimentaire, 47 patients ont affirmé avoir des contraintes économiques, soit une valeur de 29,38%. En revanche, 113 patients ont infirmé ne pas avoir de contraintes économiques par rapport à cette variable avec une valeur 70,62%. Ces derniers sont plus considérables que les premiers cités ici.

Cependant, dans la lecture horizontale du tableau, les résultats montrent que sur l'ensemble des personnes interrogées (160), 124 patients ont affirmé que leurs familles respectent la prise en compte du régime alimentaire indiqué par le médecin contre seulement 36 malades qui ont souligné le contraire, c'est-à-dire, que leurs familles ne tiennent pas en compte des interdictions alimentaires évoquées par le soignant. Ainsi, la matérialisation des

résultats par le graphique ci-dessous permet de mieux comprendre et voir le rapport existant entre la prise en compte du régime alimentaire par la famille et les contraintes économiques.

Graphique 33 : Contraintes économiques par rapport à la prise en compte du régime alimentaire par la famille



Source : Enquête de terrain 2016

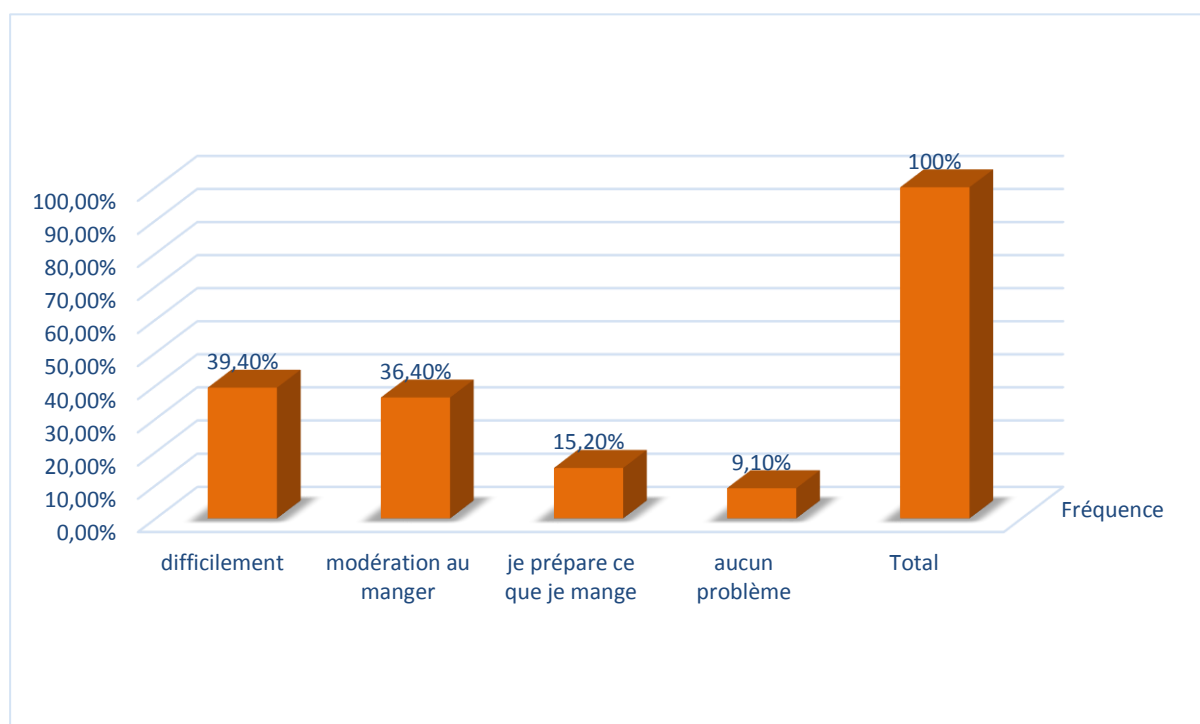
Les données affichées par ce graphique révèlent que dans le groupe des patients répondant par l'affirmative que leurs familles respectent la prise en compte du régime alimentaire, seulement 26,61% des patients ont révélé avoir la prise en compte de leurs familles au régime alimentaire imposé par les médecins et 38,89% ont infirmé n'ayant pas bénéficié cette faveur de leurs familles. Et, ils ont tous reconnu avoir des contraintes économiques liées à cette variable.

En revanche, dans le groupe des répondants par la négative aux contraintes économiques, 73,39% des patients ont affirmé avoir bénéficié de la prise en compte de leur régime par leurs familles et seulement 61,11% des patients ont infirmé ne pas avoir la prise en compte du régime alimentaire par leurs familles. Les résultats expriment que ceux qui ont infirmé ne pas avoir de contraintes économiques sont plus significatifs par rapport à ceux qui les ont affirmées dans la relation avec la prise en charge du régime alimentaire. À cet effet, il

est important de voir comment vivent les patients aux seins des familles qui ne tiennent pas en compte de leur régime alimentaire.

Par rapport à la question de prise en compte du régime alimentaire du patient, lorsque nous avons interrogé nos interlocuteurs comment vivent-ils, si leurs familles ne prennent pas en charge leur régime alimentaire imposé par les médecins, tous les répondants à cette question ont exprimé leurs opinions que nous avons par conséquent matérialisées à travers le graphique ci-dessous.

Graphique 34 : Le vécu des patients par rapport à la non prise en compte du régime alimentaire par leurs familles



Source : Enquête de terrain 2016

Les résultats affichés par ce graphique révèlent que parmi les patients qui n'ont pas bénéficié de leurs familles de la prise en compte du régime alimentaire imposé par les médecins, 39,40% des répondants ont manifesté vivre difficilement au sein de la famille, 36,40% ont affirmé qu'ils mangent avec les membres de la famille mais avec modération au manger, 15,20% ont souligné qu'ils préparent ce qu'ils mangent (« je prépare ce que je mange ») et 9,10% de nos interlocuteurs ont témoigné qu'ils vivent cette situation sans aucun problème.

En effet, lorsque nous avons abordé les patients sur les relations sociales existantes entre eux et leurs familles, la majorité ont révélé qu'elles sont dans une parfaite harmonie. Selon Y.

N, une femme hémodialysée, « *les relations que j'avais avec ma famille n'ont rien changé quand je suis devenue malade. Lorsqu'ils ont du temps, ils viennent souvent me rendre visite. Mais ils n'ont pas les moyens financiers pour pouvoir m'épauler. Sur le côté social, il n'y a aucun problème* ». En revanche, il est important de noter que c'est seulement chez les insuffisants rénaux chroniques³⁴⁶ que nous avons observé une restructuration des relations sociales entre certains patients et leur entourage familial.

À cet effet, F.S., une femme hémodialysée souligne qu' « *à force de m'aider toujours, la famille a fini par abandonner. C'est mon mari seul qui continue à m'aider dans ces soins. Au début de cette maladie, je reçois fréquemment des visites et des appels à la maison maintenant tout cela est devenu rare* ». Une autre femme hémodialysée répondant au nom de A.D. témoigne que « *la plupart c'est mon mari qui m'aide dans les soins. Certains membres de la famille m'appellent rarement pour demander l'état de ma santé. Mais, je remercie Dieu beaucoup* ».

Ces propos montrent qu'avec les maladies chroniques, l'attachement de l'entourage familial sur la personne affectée a tendance à diminuer dans le temps, ce qui augmente par conséquent la solitude du malade, voire son exclusion sociale dans la mesure où il (le malade) révèle être abandonné. Cette situation, c'est-à-dire, ce changement de relations famille-patient a un impact négatif dans l'état de santé du malade. Cependant, nous avons constaté un cas atypique chez un patient diabétique qui évoque ne pas informer sa maladie à la famille pour éviter de la choquer parce qu'il est la seule personne qui épauler tous les autres membres. Répondant du nom de C.G., il souligne que :

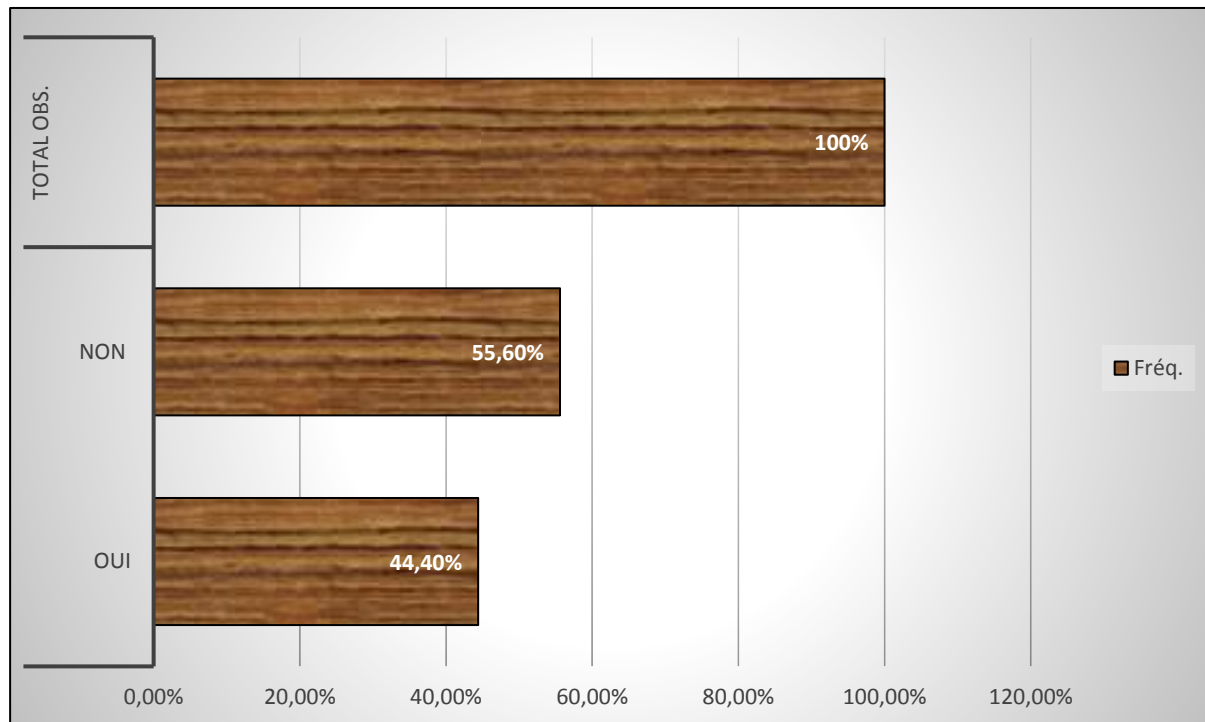
La famille n'est pas au courant de ma maladie sauf mon petit frère et jusqu'à présent personne ne sait parce que je ne veux pas que cela les fait souffrir car ils dépendent tous de moi. Je ne veux pas choquer à ma maman parce qu'elle est aussi diabétique.

Contrairement aux patients cités ci-dessus qui ont notamment souffert parce que leurs familles ne s'intéressent plus à leur situation sanitaire comme auparavant, c'est-à-dire, au début de l'affection. Ce discours montre que ce patient est soucieux de l'état psychologique que peuvent avoir les membres de sa famille en apprenant sa maladie. Étant ainsi le seul soutien de famille, il préfère ne pas les informer afin de ne pas les faire souffrir. Mais, dans le cas de ces maladies chroniques tels que l'insuffisance rénale et le diabète, il est difficile au patient de

³⁴⁶ Au moment de nos entretiens, nous avons observé que certains patients larminoient. Tandis que d'autres sont sereins et en dehors de la salle clinique d'hémodialyse, on ne peut pas imaginer qu'ils sont malades.

cache sa pathologie parce qu'il lui est toujours imposé un régime alimentaire auquel il doit nécessairement respecter. De ce constat, nous nous sommes intéressé aux manières de se comporter des patients par rapport aux interdits alimentaires.

Graphique 35 : La consommation des aliments interdits chez les patients



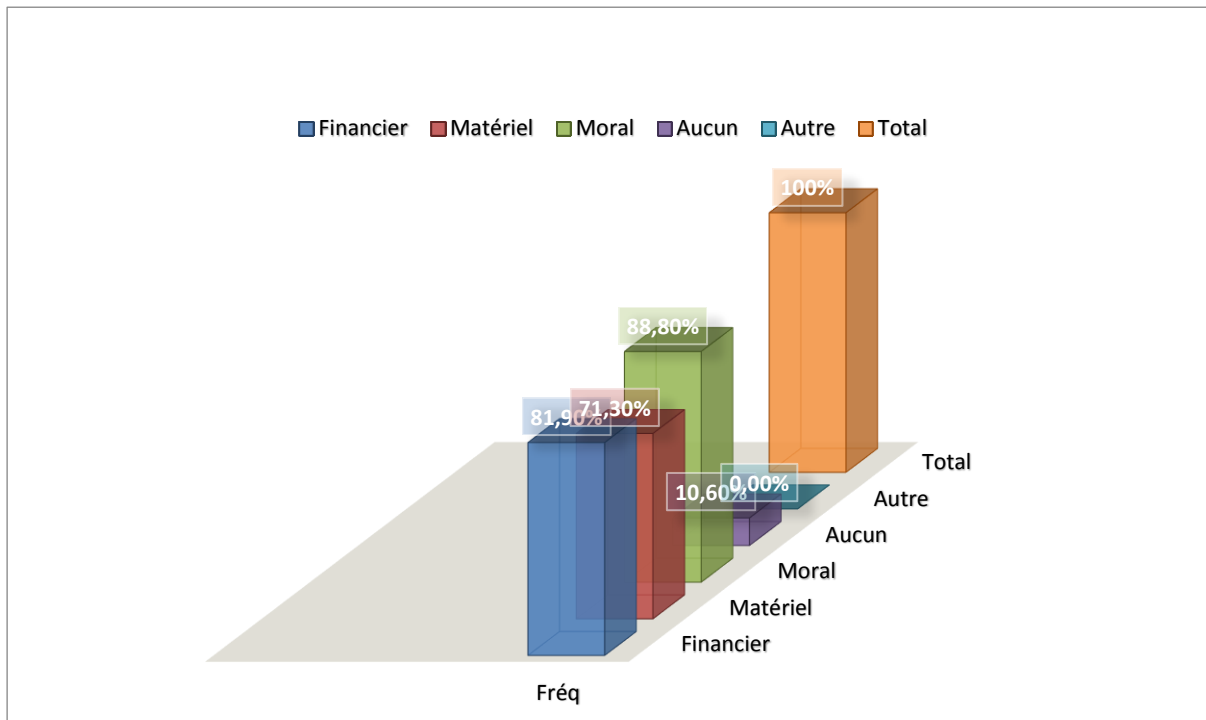
Source : Enquête de terrain 2016

Les données affichées par ce graphique révèlent que sur l'ensemble de nos enquêtés, ceux qui ont affirmé manger des aliments interdits représentent 44,40% contre 55,60% des patients infirmant leurs opinions à cette variable. Les résultats montrent que presque la moitié des patients consomme des aliments qui leur sont interdits. Ces manières de se comporter des patients s'expliquent par leurs habitudes dans la consommation de certains aliments, avec qui, ils sont devenus dépendants mais encore le manque de moyens financiers auxquels ils sont souvent opposés dans la gestion du régime alimentaire. Ainsi, confronté à un problème financier, puis face à une famille qui ne tient pas en compte les interdits alimentaires, les tentatives sur ces aliments prohibés augmentent. De ce constat, nous nous sommes intéressé au genre de soutien familial que les patients bénéficient pour faire face à l'insuffisance rénale et le diabète.

Ainsi, lorsque nous avons interpellé les patients sur la question : quel genre de soutien familial avez-vous bénéficié ? Nos enquêtés ont révélé leurs opinions sur les différentes

propositions qui leurs sont présentées pour manifester les apports de soutien qu'ils ont eu au sein de la famille les permettant de supporter la maladie à laquelle chacun d'eux souffre. Les réponses ressorties de ces échanges sont matérialisées par le graphique ci-dessous sur lequel nous nous sommes appuyé pour analyser et interpréter les résultats qui s'y trouvent.

Graphique 36 : Genre de soutien familial bénéficié par les patients



Source : Enquête de terrain 2016

Les données affichées par ce graphique montrent que sur l'ensemble des patients enquêtés par rapport au genre de soutien familial qu'ils ont bénéficié, 81,90% des patients ont répondu avoir une aide financière, 71,30% ont révélé avoir le soutien matériel, 88,8% ont soutenu avoir celui moral et 10,60% souligné avoir aucun soutien.

La configuration des résultats dévoile que dans le classement de genre de soutiens bénéficiés par les patients, l'assistance morale occupe en tête avec 88,8%. La position de celle-ci s'explique par la pitié que les familles réservent à leurs patients devant les complications et les souffrances de ces maladies chroniques auxquelles subissent les affectés.

L'aide financière vient suivre la première citée ci-dessus avec 81,90%. Ceci révèle également l'attachement que les malades ont de leurs familles même si on constate que les gens

sont limités financièrement, ils essaient d'aider leurs malades surtout au premier moment de la manifestation de la maladie.

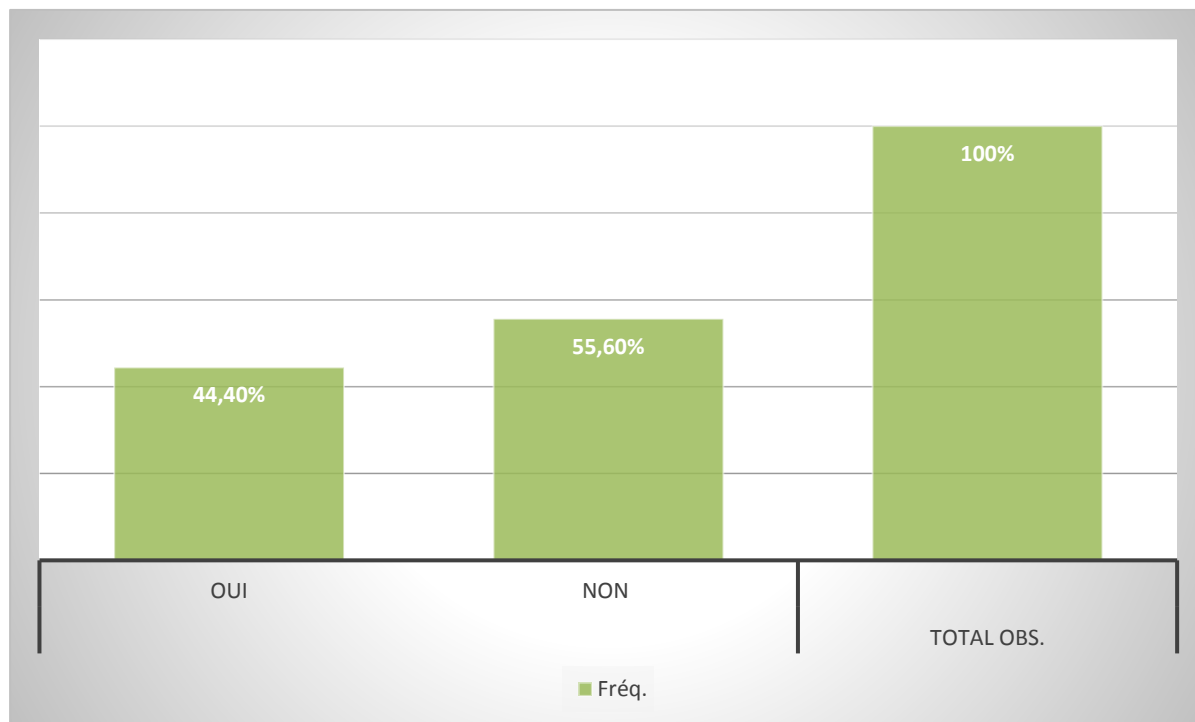
Le soutien matériel occupe la troisième position avec une valeur de 71,30%. L'incapacité des patients à tenir les coûts de la maladie fait également qu'ils bénéficient de ce soutien matériel des proches dans la mesure où ces affections sont un handicap socio-professionnel.

Cependant, les patients qui ont exprimé n'avoir aucun soutien occupent la dernière position dans ce classement avec seulement une valeur de 10,60%. Ce manque de soutien résulte de la situation de précarité dans certaines familles. Ainsi, ne pas avoir de soutien est un des obstacles qui influent négativement aux soins de ces patients ayant répondu cette modalité.

À travers ces opinions que les patients ont soutenues, nous pouvons dire dans l'ensemble que ces genres de soutiens ont un impact positif sur l'état de santé de nos interlocuteurs contrairement à la dernière modalité (aucun soutien). C'est la raison pour laquelle, il est important de s'interroger sur les représentations sociales que les patients se font d'eux-mêmes devant cette situation. Autrement dit, comment les patients se représentent-ils aux seins des familles où ils évoluent par rapport aux charges de leurs maladies.

À la question, pensez-vous être une charge pour votre famille ? Nos interlocuteurs ont exprimé leurs opinions indiquant l'idée qu'ils se font des charges de leurs maladies au sein de la famille. Les réponses collectées sont matérialisées par le graphique ci-dessous sur lequel nous sommes appuyé pour continuer notre démarche analytique.

Graphique 37 : Représentations sociales des patients par rapport à leurs situations au sein de leurs familles



Source : Enquête de terrain 2016

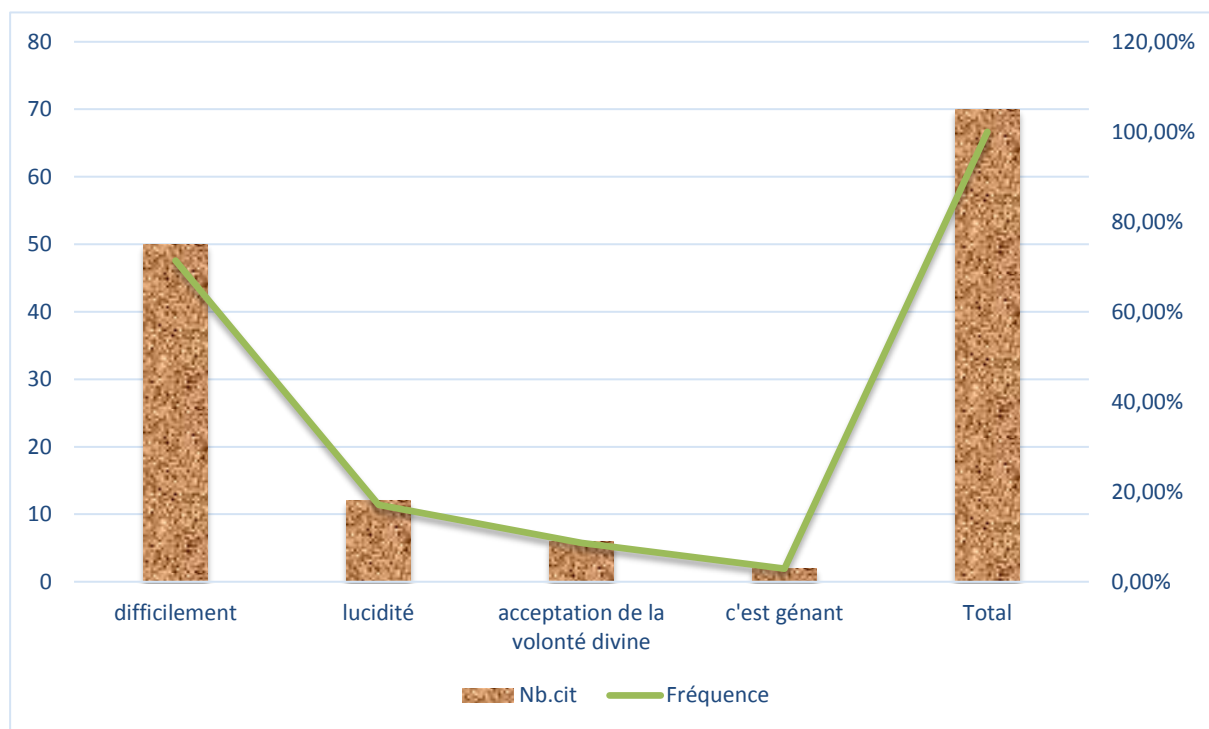
Les résultats présentés par ce graphique révèlent que sur l'ensemble des patients interrogés sur la situation qu'ils se sont mise par rapport aux charges de leurs maladies au sein de la vie familiale, 44,40% des malades ont affirmé être une charge pour leurs familles contre 55,60% des répondants infirmant leurs opinions à cette variable.

Les chiffres révèlent que presque la moitié (44,40%) des patients a montré être gêné de la situation du vécu de la maladie au sein de la famille par rapport aux différents efforts apportés par cette dernière. La situation embarrassante de nos interlocuteurs montre qu'ils vivent difficilement avec ces maladies auxquelles ils sont obligés de cheminer pour le reste de leur vie. Cette manière de se représenter empiète sur l'état de santé des patients vivants toujours dans les périodes de doute et de précarité conjoncturelle.

En outre, par rapport aux différentes réponses que nos enquêtés ont affichées, il est important de s'interroger sur leur état psychologique. Autrement dit, comment les patients vivent-ils intérieurement avec ces maladies.

Lorsque nous avons interrogé nos interlocuteurs sur la question : pensez-vous être une charge pour votre famille ? Ceux qui ont répondu à cette interrogation par l’affirmative nous ont permis de matérialiser leurs réponses sur le graphique ci-dessous afin de mieux comprendre l’état psychologique dans laquelle ils se trouvent et d’approfondir notre analyse.

Graphique 38 : Situation psychologique des patients



Source : Enquête de terrain 2016

Les résultats affichés par ce graphique révèlent que pour ceux qui ont affirmé être une charge pour leurs familles, les réponses ressorties de cette question montrent la pluralité de l’opinion des patients abordés sur leur état psychologique. Premièrement, il y a 50 patients qui ont souligné vivre difficilement cette situation avec une valeur de 71,40%. Deuxièmement, 12 patients ont également exprimé vivre psychologiquement leurs maladies avec lucidité pour une valeur de 17,10%. Troisièmement, vient un nombre de 6 patients qui ont témoigné avoir une acceptation de la volonté divine avec seulement une valeur de 8,6%. Et, enfin, en quatrième et dernière position, un groupe de 2 patients termine le classement avec une valeur de 2,9%.

À travers la lecture décroissante du graphique, la disposition des données sur les perceptions des patients montre que ceux qui ont témoigné vivre difficilement (71,40%) sont

plus considérables que les patients ayant senti la lucidité (17,10%) ainsi que les malades renvoyant leur souffrance à la volonté divine (8,6%) et ceux exprimant que « c'est gênant » (2,9%) d'être une charge pour sa famille. Ceci reflète l'image que les patients se font d'eux-mêmes. Parmi nos enquêtés, les patients qui n'ont pas éprouvé un état psychologique dépressif, cohabitent naturellement avec ces maladies comme si rien n'était. C'est pourquoi, il est difficile de les apparenter à des malades en dehors des hôpitaux.

Au moment de nos entretiens avec ces patients nous avons observé que l'état psychologique³⁴⁷ a une influence sur l'évolution de la maladie car, ceux qui ont affirmé vivre difficilement sont les plus vulnérables. Par conséquent, dans des situations difficiles, les malades africains ont tendance à aller dans tous les sens à la quête de la solution d'où il est important de s'interroger sur le syncrétisme des pratiques sanitaires auxquelles ils se sont référés.

IX.3. Le syncrétisme des pratiques sanitaires

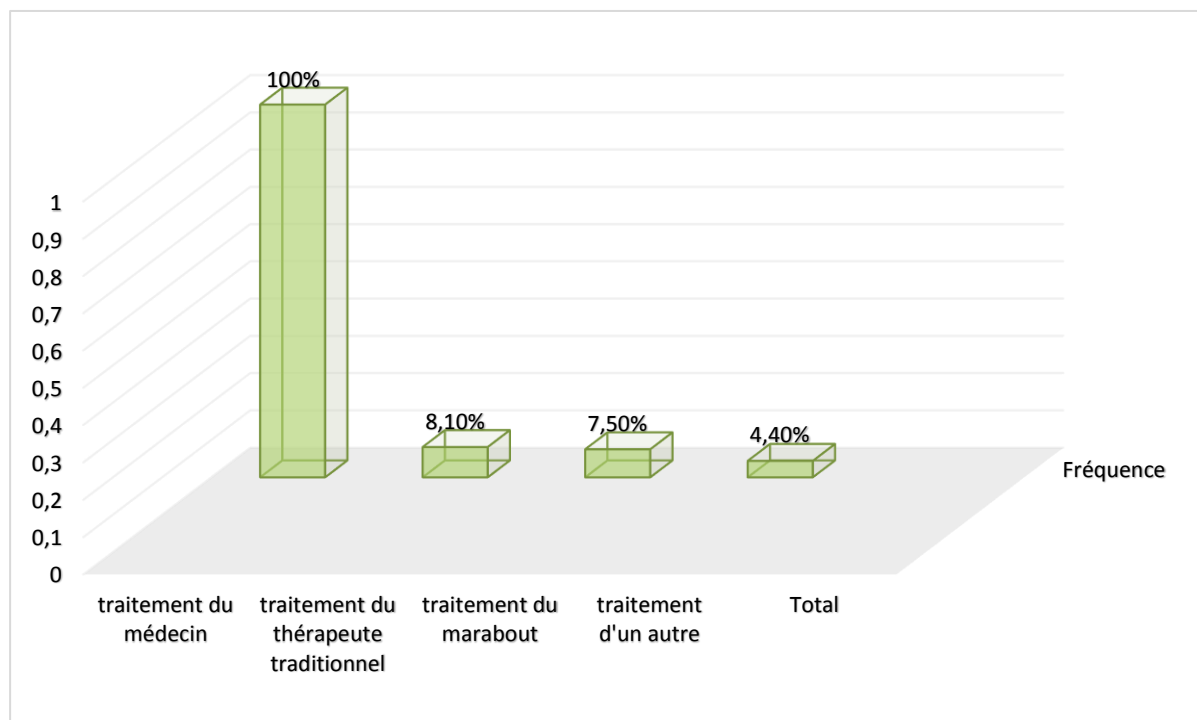
Dans les croyances africaines, plus particulièrement sénégalaises, en périodes difficiles, c'est-à-dire, de restructuration, de maladie, etc., les gens font recours à toutes les pratiques afin de mieux se positionner ou de retrouver la santé et de pouvoir se confronter dignement aux problèmes. C'est un moment pendant lequel les personnes se rabattent souvent à la voyance pour prédire l'avenir et les possibilités qui peuvent s'afficher, pour les contourner au cas où elles ne s'annoncent pas favorablement ou les attirer au cas échéant, c'est-à-dire, lorsqu'elles sont de bons augures. Ces périodes sont généralement accompagnées par plusieurs pratiques : prières, rituels, sacrifices, offrandes, etc.

En effet, dans le cadre de la recherche de la santé, force est de constater que ces moments sont réservés à des visites incessantes chez les marabouts, guérisseurs, charlatans, voyants ainsi que les professionnels de la biomédecine, car, ces personnes malades ne cherchent que la guérison de leurs affections. C'est, en fait, une sorte de tâtonnements et de bricolage que les patients font pour retrouver leur santé parce qu'après une guérison, le malade ne peut pas indiquer celui, des praticiens de la santé cités ci-dessus, qui lui a réellement soigné. À cet effet, nous avons abordé les patients afin de connaître la combinaison de différents soins auxquels ils

³⁴⁷ Nous avons constaté au moment notre enquête sur le terrain que les diabétiques ont connu qu'ils sont victimes du diabète, pour une grande partie des patients que nous avons abordée, qu'à partir d'un stress qui s'est soldé par une maladie qui les a amenés à un centre de santé. Les insuffisants rénaux également sont tous victimes de l'hypo ou de l'hypertension artérielle, le stress et l'état psychologique précaire du patient sont très influents dans le développement de la maladie. À ce propos, les médecins ont révélé que le diabète et l'hypertension sont les principales causes de l'insuffisance rénale.

se sont fiés au moment même de leurs traitements avec les soins de la biomédecine aux seins des hôpitaux. Ainsi, pour avoir plus de visibilité, les résultats obtenus sont matérialisés par la graphique ci-dessous.

Graphique 39 : La combinaison d'autres soins avec ceux de la biomédecine



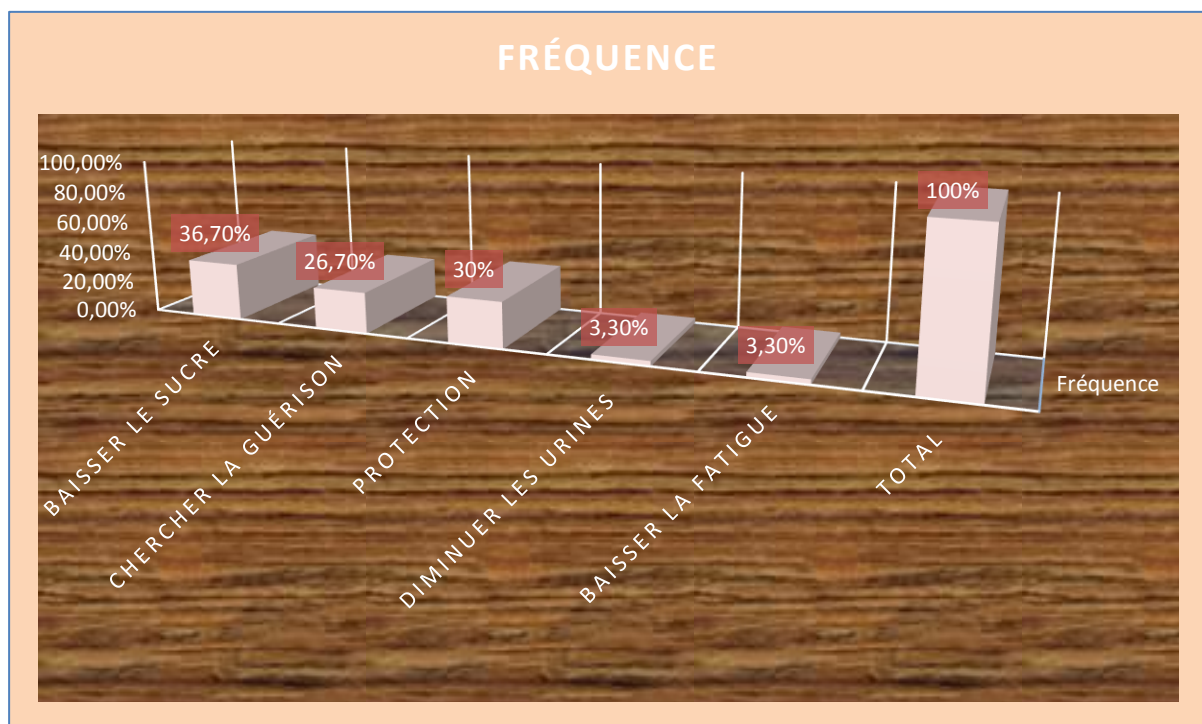
Source : Enquête de terrain 2016

Les résultats affichés par ce graphique expriment que 100% des patients interrogés recourent au traitement du médecin, 8,10% des malades mélangent, le premier cité ici (traitement du médecin) au traitement du thérapeute traditionnel, ainsi que de la même manière 7,50% des patients le font avec le traitement du marabout et 4,40% de nos interlocuteurs l'associent avec le traitement d'un autre.

Nous constatons que les patients qui associent le traitement du médecin à celui du thérapeute traditionnel occupent en tête du classement avec une valeur de 8,10%. Ils sont suivis par ceux qui le combinent avec le traitement du marabout pour une valeur de 7,50%. Et, enfin, les patients qui mélangent le traitement de la biomédecine à celui d'un autre traitement (remèdes d'un proche) terminent la hiérarchisation avec seulement 4,40%. Lorsque nous avons interpellé les médecins sur ce fait, c'est-à-dire, sur le syncrétisme de pratiques des soins, ces derniers témoignent que c'est le plus grand obstacle qu'ils se heurtent avec ces patients qui croient souvent à leurs pratiques culturelles qui aggravent leur état de santé. C'est un problème qui

s'est posé dans la mesure où les médecins soulignent n'avoir aucune rencontre avec les praticiens de la thérapie traditionnelle et qu'il existe au sein du ministère de la santé un département qui s'occupe de tout ce qui est médecine traditionnelle d'où réapparaît la notion de l'inefficacité de la prise en charge de l'État des problèmes de santé publique favorisant ainsi le développement des pathologies de l'insuffisance rénale et du diabète. Pour approfondir notre analyse, nous avons également interpellé les patients sur le choix de ces traitements. Autrement dit, les raisons qui les ont poussés à faire le syncrétisme des soins sanitaires.

Graphique 40 : Le motif du choix des traitements dans le syncrétisme des soins



Source : Enquête de terrain 2016

À la question, pourquoi avez-vous choisi ce(s) traitement(s) ? Les données matérialisées par ce graphique montrent que 36,70% des patients ont répondu mélanger les thérapies traditionnelles avec les soins de la biomédecine pour baisser le sucre, 26,70% de nos enquêtés ont révélé le faire pour chercher de la guérison, 30% des malades ont souligné pour avoir de la protection, 3,30% ont évoqué pour diminuer les urines et 3,30% des patients ont argumenté pour baisser la fatigue.

La disposition des résultats montre que malgré les soins de la biomédecine, certains patients cherchent toujours à avoir d'autres remèdes qu'ils pensent les aider dans le traitement de leurs maladies. Cependant, selon les médecins, c'est le recours aux thérapies traditionnelles

qui fait que beaucoup de patients reviennent à l'hôpital dans un état de santé critique parce que l'insuffisance rénale et le diabète ne sont pas des maladies qu'on peut se guérir. Les patients, à force de cohabiter, se donnent souvent des conseils sur l'alimentation et les médicaments qui, en dehors des soins administrés dans les hôpitaux, peuvent les soulager. De ce constat, nous nous sommes intéressé à la configuration des relations entre les patients eux-mêmes et les associations les apportant de soutien dans les soins.

IX.4. Les relations entre patients eux-mêmes et associations de soutien sanitaire

Dans les rencontres aux seins des hôpitaux, une certaine familiarité s'installe à travers les échanges entre les patients qui finissent par se connaître et instaurer des relations naturellement comme dans toute société. Pendant notre enquête de terrain, nous avons constaté que les patients hémodialysés du département de néphrologie de l'hôpital Aristide Le Dantec sont répartis en plusieurs groupes par l'administration médicale afin qu'ils puissent suivre les séances d'hémodialyse dans la salle clinique conformément à la gratuité des soins offerts par l'État. Ces patients viennent chaque semaine à trois reprises. La fréquence de ces rencontres a fait que presque tous les hémodialysés partageant le même branchement se connaissent. Nous avons également remarqué à travers nos observations que les patients du deuxième et troisième branchement viennent en compte goutte s'installer devant la salle clinique sous les arbres en attendant sortir le groupe qui les précède.

En effet, pendant cette période d'attente, on observe que les patients, après salutations, échangent souvent sur l'actualité, débattent sur les sujets qui les intéressent où chacun défend son opinion. Dans ces conversations, il y apparaît parfois des différends mais chacun respecte la position de l'autre. Certains patients préfèrent la réserve parce qu'ils ne se sentent pas mieux ou bien que le débat ne les intéresse pas. D'autres qui se sont plutôt familiarisés se taquent souvent, le temps que les infirmiers spécialisés en hémodialyse les appellent un à un en fonction des sorties des patients du groupe qui les ont précédés (en fonction de la disponibilité des machines). Ce climat de dialogue s'explique par fait que la plupart des patients ont duré dans le suivi de ces traitements. L'apparence de ce climat social nous fait croire que les patients tiennent d'autres relations solides en dehors de l'hôpital. Mais, lorsqu'on les aborde, on constate que leurs rapports se limitent juste dans le cadre de l'environnement médical où ils se sont connus.

Ainsi, lorsque nous les avons interrogés, la majorité a affiché qu'en dehors des relations existantes au sein de l'hôpital, les rapports entre les patients ne sont pas trop avancés. Selon I.

D. :

Ces relations, c'est comme dans la vie. Il y a toujours certains avec qui j'ai beaucoup d'affinités mais il y a d'autres, avec qui, je n'ai eu aucun problème mais on se salue quand même. Il y a également parmi eux que je communique souvent au téléphone en dehors de l'hôpital. Il y a une association mais ça fait longtemps je n'ai pas eu l'information par rapport à elle. D'ailleurs, je ne suis pas membre de cette association. J'ai choisi de ne pas y adhérer mais, il n'y a rien de particulier.

Ce discours montre qu'il est naturellement normal que les gens qui fréquentent le même lieu pour une cause tissent des relations pour pouvoir cohabiter socialement en harmonie. Cependant, dans toute relation sociale, il y a toujours ceux qui ont plus d'affinités et qui peuvent les extérioriser en dehors même du cadre hospitalier dans la mesure où ce patient révèle avoir des communications téléphoniques avec certains, avec qui, il se sent mieux. Mais, il est important de noter que ces relations ne sont pas trop avancées. Ce patient n'est pas trop intéressé par l'association. Il prend une distance par rapport à elle, ce qui exprime le doute qu'il l'accorde.

Un autre patient du nom de C.B. souligne que :

Je n'ai pas trop de relations avec les autres patients. Je n'ai que deux amis avec qui j'ai d'excellentes relations mais pour le reste des patients, on se salue seulement. En ce qui concerne l'association ASHIR, je ne suis pas adhérent parce que je n'y trouve pas mon intérêt. Même les adhérents ont quitté cette association.

À travers ces propos, on constate qu'en dehors de l'hôpital les relations entre les patients sont presque inexistantes. Nos interlocuteurs ne s'intéressent pas à l'association des hémodialysés parce qu'ils la considèrent comme inutile dans la mesure où ils n'ont pas pu bénéficier de son assistance. Ici, les patients expriment leur désespoir par rapport à l'association parce que ceux qui avaient adhéré à elle ont décidé de la quitter.

À cet effet, A.D. une patiente hémodialysée révèle que :

Nos relations ne sont pas trop développées parce que chacun de nous est préoccupé à ce qui l'a amené ici. Mais, on se salue quand même. Nos relations s'arrêtent juste ici. Nous avons arrêté de cotiser pour notre association parce qu'elle ne marche plus. L'association ne contribue pas aux soins des patients, maintenant chacun de nous se débrouille seul. Actuellement chacun des membres cotise 200 FCFA par semaine. Cet argent permet d'assurer notre petit-déjeuner. Mais, parfois s'il y a des urgences parmi quelqu'un des malades qui n'a pas suffisamment de moyens on y débloque quelque chose pour l'aider dans ses soins.

Ce discours vient témoigner la limite des relations entre les patients en dehors des soins qui les unissent à l'hôpital. Le divorce entre les patients et leur association est dû au fait que celle-ci ne s'occupe plus de leurs problèmes sanitaires. C'est pourquoi, ils sont en train de se réorganiser pour prendre en charge leurs difficultés à travers les cotisations de 200 FCFA par semaine. Ces propos, nous ont permis également d'interroger la responsable et initiatrice chargée de gérer les cotisations de la nouvelle organisation.

Du nom de Y. Ng³⁴⁸, cette femme souligne que :

Nos relations ne sont pas trop développées. C'est pourquoi j'ai l'habitude de dire que tous devront s'unir en une unité pour avoir de la force car, c'est l'union qui donne la force. J'ai mobilisé tous les patients, maintenant on cotise chaque semaine 200 FCFA. Cela va nous permettre de régler certains petits besoins. Vous voyez, j'amène le repas pour en servir les autres patients. Il y a aussi une autre femme qui amène du couscous.

Dans ces propos, le souhait de cette femme est d'établir une association qui permet non seulement de renforcer les relations entre les patients dans le cadre de leurs soins sanitaires au sein de l'hôpital mais également d'instaurer des rapports sociaux forts permettant à tous les membres de se fréquenter chez eux, c'est-à-dire, en dehors de l'hôpital. Ces cotisations permettent à certains patients, les plus démunis, de se décharger des soins. Dans l'ensemble, les informations révélées par les patients hémodialysés montrent que l'ASHIR³⁴⁹ (Association Sénégalaise des Hémodialysés et Insuffisants Rénaux) ne répond plus à leurs attentes, raison pour laquelle, ils ont décidé de s'organiser pour prendre en main leur situation. Selon les patients, les dirigeants de l'ASHIR ne s'occupent que de leurs propres intérêts. D'ailleurs, c'est pourquoi nous avons décidé de rencontrer ceux-ci afin de les confronter.

En effet, lorsque nous avons appelé le secrétaire de ladite association pour avoir un rendez-vous, celui-ci a décidé de nous recevoir dans les locaux d'un centre que l'ASHIR a construit à Grand-Yoff pour les hémodialysés mais qui n'est pas encore opérationnel. À notre arrivée, avant de commencer l'entretien, il nous a fait visiter le centre dans lequel il y a déjà 20 machines génératrices d'hémodialyse prêtes à fonctionner. Mais, selon lui, ils attendent que le ministère de la santé se charge de l'affectation du personnel pouvant faire démarrer les soins.

³⁴⁸ Il est important de noter qu'il existe une solidarité entre les patients parce qu'au moment de notre étude de terrain, nous avons observé que cette femme avec une autre amènent leurs repas à chaque fois qu'elles viennent suivre les séances d'hémodialyse. Ces repas vont servir de petit-déjeuner et de déjeuner à tous les patients avec qui, elles partagent le branchement d'hémodialyse.

³⁴⁹ Cf., Annexe 17

Le secrétaire général est nommé S.S. Ainsi, lorsque nous l'avons interrogé sur les apports de l'ASHIR dans le traitement des insuffisants rénaux et le centre qu'ils viennent de construire, il souligne que :

C'est dans le cadre de notre fort plaidoyer que les séances d'hémodialyse sont devenues gratuites et ce terrain nous a été gracieusement offert par l'État sous A. WADE. C'est un terrain de 814m², ensuite on a fait un téléthon qui était présidé par Mme Viviane WADE alors on a eu 105 000 000 FCFA. Étant devenu plus ambitieux parce que quand on s'est levé pour la construction de ce centre-là, il n'y a pas un centre qui a autant de générateurs. Dantec est à 24 générateurs, bon parce qu'il y a eu l'extension et autre mais sinon ce centre-là allait être le plus grand au Sénégal fait par une association. Alors, au départ, notre ambition c'était de faire un centre de référence et quand nous avons évalué le coût, sa gravité tourne autour de 650 000 000 FCFA. Bon nous nous sommes dit que rassembler 650 000 000, ce n'est pas du tout facile. Alors, il fallait plonger et faire ce qu'il y ait un existant et voir après ce qui pourra être fait. C'est à partir de ce moment que nous nous sommes plongés. On a vu une dame Mme GAYE qui est architecte. Alors on a discuté avec elle pour avoir les clés en mains. Ainsi, comme elle l'a bien dit, elle voulait participer en nous facilitant les choses. Avec l'argent du téléthon et les bonnes volontés aussi, nous avons pu réaliser ça. Nous avons envoyé des courriers à tous les fournisseurs pour ce qui est l'obtention des générateurs. Alors, il y a eu un premier partenaire qui a réagi dont c'est Carrefour Médical avec son président directeur M. Saliou MBOUP. Il nous a dit : « il y a un marché de l'État que j'avais gagné pour l'installation de centre, maintenant, il reste 5 générateurs que je dois à l'État plus 1 unité de traitement d'eau. Maintenant comme vous vous en voulez 20, je peux contribuer, je vais demander à Mme le ministre si elle est d'accord de vous céder les 20 générateurs et l'unité de traitement d'eau que je les dois maintenant, je vais vous offrir 15 autres générateurs gratuitement ». Et, c'est ce qu'il a fait. Lorsqu'elle a donné son aval, voilà ce qui a fait que le centre est équipé. Le groupe électrogène, c'est la direction de l'infrastructure et des équipements du ministère de la santé qui nous a donné ça sous l'autorisation du ministre de la santé plus les lits. Le fournisseur, alors, à deux reprises, a dépêché des techniciens qui sont venus de l'Allemagne pour faire les installations. Alors je vous ai dit qu'à l'instant même on peut dialyser mais ce qui reste c'est la convention parce qu'on ne peut pas se constituer en privé quand nous nous soulevons pour plaider pour la cause des populations. On ne peut pas en contrepartie retourner leur demander quelque chose. Maintenant, nous allons remettre ce patrimoine au ministère de la santé tout en ayant un regard sur ce qui se passe. Donc, il y aura un comité de gestion qui sera installé dont l'ASHIR sera représentée parce que, quoi qu'on peut se dire, les locaux resteront nos locaux mais tout ce qui va se passer la gestion et autre vont être confiés au ministère de la santé parce que c'est eux qui devrait faire ça, nous l'avons fait à leur place. Dans la convention nous avons défini la part de l'ASHIR et la part de l'État. Le ministère doit affecter un personnel, prendre en charge l'eau et l'électricité.

À travers ce discours du secrétaire général de l'ASHIR et la réalisation du centre nouvellement construit que nous avons visité, il est important de noter que les réalisations sont réelles. Cependant, le seul problème que nous avons constaté et que le secrétaire général a même reconnu, c'est qu'il n'y a pas de communication entre les dirigeants de cette association et les patients hémodialysés. Par ailleurs, c'est ce désespoir que les patients ont senti pour

manifester que l'ASHIR ne répond plus à leurs attentes. Les patients souhaitent que les médicaments soient également exonérés à l'instar des séances d'hémodialyse.

En outre, au centre Marc Sankalé, les relations entre les patients semblent être les mêmes que celles que nous avons observées à l'hôpital Aristide Le Dantec. Toutefois, il existe une différence parce qu'ici les patients ne se rencontrent pas à l'hôpital toutes les semaines comme chez ceux de Dantec, car, au centre diabétique de l'hôpital Abass Ndao, les patients ont des rendez-vous espacés de trois, six mois, jusqu'à un an. Nous avons observé que malgré l'espacement des rencontres, les patients, au moment de leur attente dans la salle d'accueil, avant qu'ils ne soient appelés par les soignants, échangent sur les problèmes de vie quotidienne et des événements d'actualité ainsi que sur les remèdes traditionnels permettant de faire baisser le sucre ou l'hypertension artérielle pour certains.

En fait, les patients que nous avons abordés ont révélé avoir de très bonnes relations avec leurs camarades qu'ils rencontrent au sein du centre mais qu'en dehors de l'hôpital, il n'y existe pas d'autres rapports permettant de consolider celles qui ont commencé au moment de l'attente des soins. En ce qui concerne leurs rapports avec l'ASSAD³⁵⁰ (Association Sénégalaise de Soutien aux Diabétiques, nous avons également constaté que parmi nos interlocuteurs, il y a certains qui sont membres et d'autres ne sont pas adhérents mais ces derniers connaissent l'existence de la structure. Par rapport à ce fait, nous avons voulu rencontrer le secrétaire général de cette association afin de l'interroger sur les relations existantes entre sa structure avec l'ensemble des patients diabétiques. À défaut de disponibilité de celui-ci, nous nous sommes entretenu avec M. D.G., le trésorier de ladite association. Ce dernier souligne que :

La priorité, c'est être membre de l'association, c'est-à-dire, avoir sa carte diabétique. Malheureusement les diabétiques ne cotisent pas régulièrement leur contrepartie et l'autre chose par contre, si un diabétique vient surtout un jeune, par exemple, qui doit prendre de l'insuline et qui n'est même pas membre de l'association et qu'il passe effectivement par le major, le surveillant de service. Et, lorsque celui-ci voit que c'est un cas avéré social, nous, on lui permet également d'en bénéficier. D'autant plus, s'il est diabétique déjà, il est un membre potentiel mais reste à dérouler la procédure mais tous les diabétiques qui passent par le major et qui ont des problèmes de prise en charge d'achat, il essaie de s'en substituer à la limite de ses possibilités. Heureusement c'est le même personnel qui est des deux côtés. Mais, néanmoins l'association continue effectivement à prendre en charge certains paramètres au niveau du centre par exemple sur la prise en charge coté qualité. Coté bien être des diabétiques, le chef de l'équipement essaie de faire un rôle avec sa coopérative pharmaceutique. Effectivement, à chaque fois, il y a eu des cas sociaux dont la prise en charge nécessite certainement des médicaments,

³⁵⁰ Cf. Annexe 18

éventuellement des frais pour des actes analyse, l'association essaie de palier à ces manquements-là.

À travers ces propos, on constate que même si les patients membres de l'ASSAD sont prioritaires par rapport au bénéfice de la prise en charge, il est important de souligner que l'association des diabétiques est très bienveillante sur le côté social. Pendant nos observations de terrain, nous avons constaté que l'ASSAD fournit des efforts considérables dans les soins³⁵¹ des patients. Ici, les diabétiques qui ne sont pas membres profitent du soutien des dirigeants de la structure associative pour obtenir des soins quand leur situation est avérée sociale. Ceci s'explique par le fait que les gérants de l'administration de l'association occupent d'autres postes au sein de l'hôpital. Leur implication facilite les relations et la prise en charge des patients. Toutefois, malgré les efforts de l'association, il y a encore certains patients qui expriment que les soins sont chers parce que tous ne sont pas dans la même catégorie sociale d'où il est nécessaire de conclure.

³⁵¹ L'ASSAD dispose une pharmacie au sein du centre où les patients peuvent acheter de l'insuline, d'appareils de contrôle de glycémie et du sucre pour diabétique à des prix réduits

CONCLUSION

Étant au carrefour de la sociologie, de l'anthropologie de la santé et la psychologie, notre étude a tenté de monter, en définitive, la situation sanitaire actuelle dans laquelle se trouvent les pays africains en particulier le Sénégal dans un contexte de bouleversement des valeurs culturelles lié à la rencontre des apports occidentaux à l'ère de la modernité. Celle-ci, dans la confrontation avec les civilisations africaines, secrètes, se manifeste toujours par son caractère ambivalent, c'est-à-dire, qu'elle est tantôt bénéfique et tantôt nuisible pour ces dernières. Dans un premier temps, cette étude a montré comment la biomédecine a pu s'imposer et régler les problèmes des maladies contagieuses avec l'aide des politiques mises en œuvre par l'OMS à travers la conférence d'Alma-Ata. Dans un second temps, elle dévoile les conséquences délétères que la modernité et son prolongement ont engendrées dans l'intégration de la médecine traditionnelle au sein de celle appelée moderne, le changement des comportements alimentaires et les habitudes socioculturelles des populations à cultures secrètes où la transmission du savoir dépend d'une logique sociale particulière. Autrement dit, ici la connaissance traditionnelle, même si, elle est transmise par apprentissage, elle est plutôt dictée par le mérite parce que ce n'est pas n'importe qui, qui accède à elle. Dans les sociétés africaines, la sagesse et la vertu sont souvent les critères choisis pour la transmettre.

En effet, dans ce travail nous nous sommes intéressé aux dynamiques socioculturelles et le traitement des maladies non transmissibles notamment de l'insuffisance rénale et du diabète dans les hôpitaux Aristide Le Dantec et Abass Ndao afin de mieux appréhender les facteurs de blocage que les patients se heurtent devant les structures de santé publique, les processus de recours sanitaires auxquels ils se fient pour se faire soigner ainsi que la responsabilité de l'État dans la prise en charge face aux pratiques thérapeutiques ouvertes à toutes sortes de genre dans un environnement où la santé est devenue un marché économique au profit des praticiens des médecines moderne et traditionnelle. En d'autres termes, l'absence de normalisation de l'État des thérapies traditionnelles a fait qu'aujourd'hui les guérisseurs ne cessent de se positionner dans le champ des soins créant ainsi d'énormes problèmes de santé publique dans la mesure où il est difficile de connaître le savoir-faire réel de tout un chacun des praticiens. Les différentes représentations sociales sur ces maladies, les comportements et les habitudes alimentaires des populations continuent à être un moteur de développement des affections chroniques.

La configuration actuelle de la carte sanitaire des soins biomédicaux et remèdes traditionnels est liée aux politiques occidentales de l'intégration de la médecine traditionnelle au sein de la médecine moderne dans le processus des soins de santé primaire pour tous. Ce phénomène a généré aussitôt l'occupation de l'espace du champ de la santé de certains guérisseurs qui sont devenus mobiles rompant ainsi avec l'aspect symbolique, le principe actif même de la valeur et le secret permettant à leurs médecines de fonctionner conformément à la connaissance léguée par les ancêtres pour apporter des réponses et servir les populations devant toutes les difficultés de la vie sociale auxquelles elles sont confrontées. L'apprentissage des guérisseurs à certains outils de la biomédecine ouvre à ceux-ci, une nouvelle porte d'opportunité de créer des cabinets de consultation vers la course d'enrichissement dans un marché de santé où également certains professionnels de la médecine moderne professent dans des cliniques privées accessibles seulement à une petite masse de la population. La majorité des individus n'ayant pas de moyens financiers se rabatte, dès leurs premiers signes d'affection, à l'automédication et aux thérapies traditionnelles accessibles. Cette situation a exclusivement rendu les guérisseurs en charlatans sans également mesurer les risques encourus par les patients sur les maladies qu'ils prétendent soigner.

Par ailleurs, le succès de la biomédecine sur la domination des maladies transmissibles a diminué la mortalité maternelle et infantile qui s'est soldée par une espérance de vie prolongée dans les pays en voie de développement et un accroissement démographique considérable rendant très vite le peuplement des villes par le phénomène de l'exode rural. Ainsi, naissent le changement de comportements physico-alimentaires lié aux effets de l'industrialisation d'où apparaissent les maladies imprévues dites de nouvelle génération ou chroniques. Ce grand rendez-vous manqué des deux médecines (biomédecine et médecine traditionnelle) pose une situation délicate aux populations qui ont tendance à les mélanger pour le traitement des maladies qu'aucune d'elles n'arrive à soigner définitivement. Cette confusion est née par le fait que chacune des médecines citées ci-dessus a apporté ses preuves dans le domaine de la santé. Par conséquent, le patient, ce qu'il cherche, c'est seulement sa guérison.

En outre, face à la croissance de la population et la non maîtrise des gouvernants des problèmes de santé publique dus à un retard de politiques anticipatives en proportionnalité avec l'accroissement démographique, tous les Établissements Publics de Santé Niveau 3 (EPS3) sont concentrés à Dakar avec le personnel chevronné dans des domaines diversement spécialisés que seuls les déplacements, peut-être, peuvent en faire bénéficier les habitants des autres régions.

Car le nombre de places disponibles pour accueillir les patients est trop limité. C'est la raison pour laquelle beaucoup de patients se font soigner dans des cliniques privées. La décentration sanitaire qui, a commencé réellement dans les années 90, reste encore timide dans la mesure où beaucoup de structures sanitaires à l'intérieur du pays ne sont pas dotées des départements spécialisés dans le traitement des maladies chroniques pouvant retenir les patients dans leurs localités. À cela, s'ajoute un personnel formé très réduit capable de répondre à la demande des soins de santé des populations et qui ne souhaite pas également professer hors de la capitale.

Les résultats de cette étude ont révélé que l'insuffisance rénale et le diabète découlent des comportements socioculturels et habitudes alimentaires que les patients ont adopté quotidiennement dans la vie en société conformément aux hypothèses que nous avons élaborées. D'abord, cette recherche nous a permis de déterminer que ces maladies chroniques ne sont pas seulement liées à une transmission génétique, c'est-à-dire, héréditaire comme le défendent les professionnels de la biomédecine. Certes, force est de reconnaître que même si, il existe une liaison génétique dans le développement des pathologies citées ci-dessus, il est également important de noter que celle-ci n'est pas une raison de vouloir expliquer l'origine et l'expansion de ces affections à ce phénomène dans la mesure où notre étude révèle que l'insuffisance rénale et le diabète ressortent d'un agrégat de comportements alimentaires, de manque d'activité physique, de statut socio-professionnelle, d'habitudes des patients vis-à-vis de l'automédication et aux thérapies traditionnelles à travers les représentations sociales qu'ils développent pour se faire soigner.

Ensuite, il ressort de cette étude que la prise en charge de l'État de ces affections a une grande influence dans le développement de celles-ci. En d'autres termes, les processus de prise en charge montrent que l'État n'a pas suffisamment développé des politiques d'accompagnement permettant aux infrastructures sanitaires de pouvoir répondre aux attentes des patients. Car, d'une part, dans la prise en charge de l'hémodialyse par exemple, la gratuité des séances ne permet qu'à une minorité des malades d'en bénéficier, ça pose problème, au moment où d'autres patients se rabattent dans les privés quels que soient leurs statuts et position sociale. D'autre part, les conditions d'accessibilité aux soins sont très réduites par rapport à la capacité d'accueil des hôpitaux ainsi que l'éloignement des Établissements Publics Sanitaires Niveau 3 (EPS3) d'une grande masse de patients soulèvent un véritable problème d'équité devant les soins.

De plus, la prise en charge médicale exclue les patients qui n'ont pas les moyens financiers de se confronter aux frais d'hospitalisation. Selon le règlement établi au département de néphrologie de l'hôpital Aristide Le Dantec, lorsque le malade ne peut pas assurer ces frais qui sont synonyme de son acceptation, il est tout simplement rejeté. Les ruptures de consommables dans les hôpitaux ainsi que la cherté des coûts des médicaments et des analyses provoquent une lenteur dans le traitement de ces maladies. C'est pourquoi cette situation délicate empiète négativement sur l'état de santé des patients et les empêche de suivre régulièrement les soins offerts par la biomédecine d'où viennent les tentatives de recours aux thérapies traditionnelles.

Enfin, le rôle que l'environnement socio-sanitaire occupe dans le traitement de l'insuffisance rénale et du diabète. En d'autres mots, le fait que les patients entretiennent de bonnes relations entre eux-mêmes a favorisé la naissance d'une organisation pour les permettre de s'entraider dans l'affront des maladies auxquelles ils souffrent. De la même manière se manifestent les relations qu'ils entretiennent avec les soignants. Cependant, malgré les bons rapports soignants-soignés, il ressort de cette étude que les limites de communication des médecins influencent négativement sur l'état psychologique des patients. C'est pourquoi, le patient, s'il n'est pas informé, a toujours tendance à continuer ses habitudes alimentaires qui peuvent se répercuter sur son état de santé.

De plus, nous avons identifié qu'il y a certains patients qui, malgré la mise en garde de leurs médecins, continuent à manger des aliments qui les sont interdits par une contrainte financière de pouvoir se prendre en charge. D'autres le font parce que tout simplement leurs familles ne tiennent pas en compte leur régime alimentaire. Cette situation accentue la vie difficile des patients concernés par ce cas. Par conséquent, les patients, lorsque leur état de santé se détériore, ont tendance à aller dans tous les sens à la quête de remèdes d'où intervient le syncrétisme de pratiques sanitaires. Il est important de noter que pour l'ensemble des patients que nous avons interrogés, il n'existe pratiquement pas de relations entre eux en dehors des lieux de soins. Les associations officielles³⁵²³⁵³ de soutien aux patients, nous avons constaté que

³⁵² L'absence de communication des dirigeants de l'ASHIR (Association des Hémodialysés et Insuffisants Rénaux) fait penser aux patients qu'elle ne s'occupe plus d'eux. C'est pourquoi, ils sont en train de s'organiser pour s'entraider à travers des cotisations hebdomadaires de deux cent francs CFA (200 F CFA).

³⁵³ Nous avons également constaté que l'ASSAD (Association Sénégalaise de Soutien aux Diabétiques) n'a pas pu réussir à faire adhérer à un bon nombre de patients.

malgré leurs efforts, manquent souvent de communication à l'égard des malades qui n'arrivent pas encore à adhérer ou pensent ne plus voir l'intérêt qu'elles sont en mesure de les apporter.

En dernière analyse, il ressort de l'État de mettre en œuvre la loi du 08 décembre 2015 relative au don, au prélèvement et à la transplantation d'organes et aux greffes de tissus humains permettant au greffon du rein d'être une réalité avec la mise en place de matériaux nécessaires pour son accompagnement notamment les consommables dans la mesure où les patients ayant subi l'opération vivront en dépendance des médicaments pour le reste de leur vie. Les populations doivent être informées sur la loi promulguée dans ce sens et toutes les possibilités qui se présenteront en cas de rejet du greffon afin de pouvoir être prêtes à apporter leur aide conformément à la légalité. Il appartient également à l'État de normaliser les thérapies traditionnelles et de canaliser les guérisseurs qui ont un savoir-faire réel capable de répondre à des maladies qui sont de leur domaine et de créer la rencontre médecins-guérisseurs sans pour autant suivre le conseil ressorti de la conférence d'Alma-Ata sur l'intégration de la médecine traditionnelle dans la biomédecine à travers les SSP qui est à mon avis un échec.

En effet, il sera toujours nécessaire de faire une sensibilisation médiatique de masse sur les comportements à tenir afin que les populations ne continuent pas d'être victimes de ces maladies chroniques auxquelles ni la biomédecine et ni la médecine traditionnelle ne peuvent soigner définitivement. En autres termes, il doit y avoir un acharnement publicitaire de tous les médias publics et privés à l'égard des populations sur les médicaments et les aliments pathogènes pouvant conduire les gens à atteindre ces maladies que, l'État ne pourra jamais prendre en charge, si elles ne sont pas maîtrisées, c'est-à-dire, que le nombre de patients ne soit pas réduit. Il est bon aussi de créer une solidarité nationale pour venir au secours des patients qui souffrent de ces affections car, quelle que soit la richesse, les patients ne sont jamais en mesure de répondre à tous les soins et indications médicales conformément aux conseils des médecins.

Compte tenu des limites de cette étude, nous n'avons pu analyser l'ensemble de ce sujet très vaste. C'est pourquoi, nous n'avons pas pu interroger des experts sur la composition des boissons (coca-cola, vimto et spirit) et aborder nos enquêtés sur les questions des tendances actuelles de mélange d'aliments (riz à la viande, œufs, maïs, sucre, café, etc.) dans la préparation des repas qu'ils consomment, phénomène que nous avons observé pendant les cérémonies de mariage, baptême, décès, etc. Nous n'avons pas pu également aborder l'infiltration des produits chimiques dans l'alimentation des populations. Cependant, il nous

semblerait intéressant, dans l'avenir, d'explorer les conséquences que le planning familial pourrait avoir sur le diabète et l'insuffisance rénale d'autant plus, nous avons constaté que la majorité de nos interlocuteurs sont de sexe féminin.

INDEX DES TERMES UTILISÉS

A

Alma-Ata 3, 4, 9, 10,
11, 15, 32, 37, 38,
40, 42, 50, 136, 146,
147, 154, 170, 171,
172, 176, 234, 272,
345, 349
Aristide Le Dantec 7,
121, 122, 208, 218,
219, 221, 235, 282,
283, 287, 288, 291,
296, 299, 306, 308,
321, 339, 343, 346,
348, 460
aspect
médicamenteux 168
, 169
aspect symbolique 41,
42, 96, 166, 167,
170, 346

B

biomédecine 3, 4, 40,
41, 42, 43, 44, 46,
47, 79, 96, 98, 99,
108, 109, 110, 143,
157, 160, 161, 162,
164, 165, 166, 170,
236, 259, 266, 268,
316, 336, 337, 338,
345, 346, 347, 348,
349, 350

C

Contraintes
économiques 303,
306, 307, 309, 313,
314, 326, 327

D

décentration
sanitaire 347
diabète 5, 6, 7, 24, 35,
61, 72, 73, 74, 75,
76, 77, 78, 79, 80,
81, 82, 92, 93, 94,

95, 96, 98, 102, 103,
107, 114, 122, 136,
144, 192, 219, 228,
229, 230, 231, 232,
235, 236, 238, 239,
240, 241, 242, 243,
244, 248, 255, 257,
258, 259, 260, 261,
262, 263, 264, 265,
266, 269, 271, 273,
276, 281, 287, 288,
289, 293, 294, 300,
306, 316, 321, 325,
330, 331, 335, 337,
338, 346, 347, 348,
350, 451, 454, 457,
458
dialyse péritonéales 431

E

Établissements Publics
de Santé 180, 181,
184, 207, 208, 215,
347

H

habitudes
socioculturelles 5, 6,
7, 82, 94, 95, 98,
101, 129, 144, 259,
260, 261, 267, 271,
281, 345

HABITUDES
SOCIO-
CULTURELLES 2
34

hémodialyse 84, 85,
102, 121, 123, 136,
222, 246, 249, 281,
282, 283, 284, 285,
288, 289, 290, 291,
292, 293, 299, 300,
301, 308, 315, 319,
321, 322, 329, 339,
341, 342, 343, 348,
431, 432

I

inégalités sanitaires 6,
140, 142, 177
insuffisance rénale 5, 7,
24, 62, 84, 85, 86,
88, 89, 94, 95, 96,
97, 98, 101, 102,
107, 114, 136, 218,
219, 235, 236, 238,
239, 241, 243, 244,
246, 249, 255, 257,
258, 259, 260, 261,
262, 263, 264, 266,
269, 271, 273, 276,
281, 282, 283, 288,
289, 291, 292, 299,
300, 306, 316, 322,
324, 325, 330, 331,
335, 337, 338, 346,
347, 348, 350, 429,
431, 432, 433, 460

L

Les politiques de
population 24

M

maladie 5, 6, 10, 13,
43, 44, 46, 47, 53,
58, 59, 60, 61, 62,
63, 64, 65, 67, 71,
72, 73, 74, 75, 76,
77, 78, 79, 80, 81,
82, 83, 84, 85, 86,
87, 88, 89, 90, 91,
92, 93, 94, 95, 96,
97, 99, 100, 101,
102, 103, 104, 107,
109, 137, 141, 143,
144, 151, 152, 154,
159, 162, 165, 166,
168, 169, 170, 176,
177, 188, 189, 190,
191, 193, 195, 216,
217, 228, 232, 235,
236, 238, 239, 240,
241, 242, 244, 245,

246, 247, 249, 250,
254, 255, 256, 258,
260, 261, 263, 264,
266, 267, 269, 270,
271, 279, 282, 283,
287, 288, 289, 290,
291, 293, 294, 295,
297, 298, 299, 306,
308, 321, 322, 324,
325, 326, 329, 330,
331, 332, 333, 335,
371, 431, 433, 449,
451, 452, 457, 458
médecine moderne 42,
61, 69, 71, 96, 98,
99, 108, 113, 129,
160, 162, 164, 235,
346

médecine

traditionnelle 4, 40,
41, 42, 43, 96, 98,
99, 101, 108, 109,
110, 128, 129, 142,
160, 161, 162, 163,
164, 165, 166, 167,
168, 170, 266, 281,
337, 345, 346, 347,
349, 350, 365, 370,
371, 387, 395, 451,
452, 456, 457

Médecine

Traditionnelle 3, 4,
42, 165, 459

médecins 9, 12, 15, 37,
43, 46, 47, 49, 52,
55, 56, 58, 60, 63,
66, 74, 78, 79, 80,
81, 82, 83, 84, 86,
87, 88, 90, 95, 110,
115, 116, 117, 121,
134, 139, 143, 144,
145, 148, 152, 160,
163, 181, 182, 187,
209, 218, 219, 221,
228, 230, 239, 243,
246, 249, 251,
276, 283, 284, 288,
289, 290, 292, 297,
300, 308, 315, 316,
317, 318, 319, 321,
322, 323, 324, 325,
327, 328, 335, 337,
338, 348, 349, 350,
361, 375, 459

médicaments 3, 4, 7, 9,
12, 38, 40, 52, 56,
57, 58, 66, 69, 78,
82, 92, 94, 95, 99,
108, 128, 129, 134,
135, 143, 144, 145,
148, 149, 150, 151,
152, 153, 154, 155,
156, 157, 158, 159,
160, 161, 166, 172,
176, 177, 179, 187,
188, 190, 191, 192,
194, 196, 199, 239,
263, 264, 265, 266,
268, 269, 270, 271,
276, 283, 286, 290,
291, 294, 297, 303,
304, 305, 306, 313,
314, 315, 320, 326,
338, 343, 344, 348,
349, 350, 373, 377,
379, 383, 384, 391,
407, 432, 433, 452,
453, 454, 455, 457,
458, 459, 462, 463

196, 199, 206, 207,
208, 210, 212, 215,
217, 218, 223, 227,
234, 235, 237, 242,
246, 251, 252, 253,
263, 266, 271, 272,
276, 279, 283, 287,
297, 298, 299, 300,
301, 311, 315, 316,
317, 319, 320, 321,
322, 329, 332, 334,
335, 336, 337, 338,
341, 342, 345, 346,
347, 348, 349, 355,
356, 357, 358, 359,
360, 365, 367, 369,
371, 373, 375, 376,
377, 378, 379, 381,
382, 383, 385, 387,
388, 389, 391, 393,
395, 429, 431, 449,
450, 452, 453, 454,
455, 456, 457, 458,
459, 460, 461, 462,
463

235, 241, 281, 283,
286, 287, 296, 342,
345, 355, 356, 357,
358, 359, 365, 367,
369, 371, 373, 375,
377, 379, 381, 383,
385, 387, 389, 391,
393, 395, 430, 431,
432, 449, 450, 451,
452, 453, 454, 455,
456, 457, 458, 459,
460, 461, 462, 463
soins de santé
primaires 9, 12, 13,
32, 33, 34, 37, 40,
44, 95, 110, 147,
149, 154, 171, 234,
266, 367, 381, 459,
462
Soins de Santé
Primaires 3, 172,
367, 381
système de santé
publique 4, 32, 48,
52, 74, 135

santé publique 4, 5, 11,
23, 34, 35, 40, 43,
45, 46, 49, 52, 53,
54, 64, 65, 76, 90,
93, 94, 95, 96, 98,
101, 110, 135, 137,
143, 144, 145, 146,
147, 151, 152, 155,
156, 158, 164, 172,
187, 217, 223, 235,
266, 272, 283, 315,
316, 337, 346, 347,
365, 449, 450, 452,
453, 454, 456, 458,
460

Sénégal 3, 4, 5, 6, 7, 12,
16, 29, 30, 31, 32,
33, 57, 68, 69, 92,
97, 125, 126, 128,
129, 130, 132, 133,
134, 135, 136, 137,
138, 139, 140, 141,
142, 145, 146, 147,
148, 149, 150, 152,
153, 155, 156, 158,
159, 163, 164, 165,
171, 172, 173, 174,
175, 176, 177, 178,
179, 180, 182, 183,
185, 186, 188, 189,
193, 194, 195, 196,
201, 203, 205, 206,
209, 214, 216, 217,
218, 219, 227, 230,

S

santé 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10,
11, 12, 13, 15, 20,
23, 25, 27, 29, 30,
32, 33, 34, 35, 37,
38, 39, 40, 41, 42,
43, 44, 45, 46, 47,
48, 49, 50, 52, 53,
54, 55, 56, 57, 58,
59, 60, 61, 62, 64,
65, 66, 67, 68, 70,
73, 74, 75, 76, 78,
79, 80, 82, 83, 84,
85, 86, 90, 91, 92,
93, 94, 95, 96, 98,
99, 100, 101, 107,
109, 110, 114, 116,
128, 129, 133, 134,
135, 136, 137, 138,
139, 140, 141, 142,
143, 144, 145, 146,
147, 148, 149, 150,
151, 152, 154, 155,
156, 158, 159, 160,
163, 164, 165, 167,
170, 171, 172, 173,
174, 175, 176, 177,
178, 179, 180, 182,
183, 184, 185, 186,
187, 188, 189, 191,
192, 193, 194, 195,

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages

AKOUN(André), ANSART(Pierre), AUBERT (France), *al.*, *Dictionnaire de Sociologie*, Tours, Les presses de Mame Imprimeurs, 1999, 587p.

BACHELARD (Gaston), *LA FORMATION de l'esprit scientifique Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*, Québec, Édition numérique, 2015, 288p.

BALIQUE (Hubert), *Le système hospitalier du Sénégal: analyse et perspectives*, mai 1996, Dakar (SEN) ; Bamako : Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale ; AREFOC, 184p.

BAXERRES (Carine), *Du médicament informel au médicament libéralisé. Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Éditions des archives contemporaines, Paris, 2014, 328p.

BERNADI (Bruno) (dir.), *Jean Jacques ROUSSEAU Du contrat social*, Paris, Nouvelles éditions Flammarion, 2011, 255 p.

BESNARD Philippe *Dictionnaire de la sociologie*, Paris, Larousse, 1996, p.125-126.

BOURDIEU (Pierre), *Le sens de la pratique*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1980, 477p.

CASSIER (Maurice), Préface du livre de Carine BAXERRES, *Du médicament informel au médicament libéralisé. Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2013, pp.1-5.

COMPAGNON (Claire), CUILLERE (Jean-Claude) et *al.* *Les malades prennent la parole livre blanc des Iers États Généraux des malades du cancer*, Paris, éditions Ramsay, 1999, 258p.

DESCLAUX (Alice) et TAVERNE (Bernard), *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Karthala, Collection médecines du monde, 2000, 556p.

DIAGNE (Abdoulaye), *Le Sénégal face aux défis de l'éducation : enjeux et perspectives pour le XXIe siècle*, Paris, 2012, éditions Karthala et CRES, 393p.

FALL (Soukeynatou), *Les facteurs de la contraception au Sénégal*, Paris, CEPED, 2007, 62p.

FASSIN (Didier), *Pouvoir et maladie en Afrique Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, P.U.F, collection les champs de la santé, 1992, 359p.

FASSIN (Didier), *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris, Karthala, 2000, 344p.

FERRY (Benoît), *L'Afrique face à ses défis démographiques : Un avenir incertain*, Paris, Karthala, Collection Homme et Société, 2007, 380p.

GRAWITZ (Madeleine), *Méthodes des sciences sociales*, Paris, éditions Dalloz, 2000, 1019p.

GUENGNANT(Jean-Pierre) et al., *Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA Analyse pays SENEGAL*, Paris, Agence Française de Développement, 2011, 55p.

HERZLICH (Claudine), *Santé et Maladie analyse d'une représentation sociale*, Paris, éditions École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996, 210p.

HOURS (Bernard), *Santé médicaments et développement. Les soins de santé primaire à l'épreuve des faits*, Paris, Publications de la fondation Liberté sans frontières, 1987, 270p.

HUSSON (Bernard), *La coopération décentralisée, légitimer un espace public local au Sud et à l'Est Transverses n° 7*, Lyon, Ciedel (Centre International d'Études pour le Développement Local), Juillet 2000, 20p.

JAGLIN (Sylvy) et DUBRESSON (Alain) (dir.), *Pouvoirs et sociétés d'Afrique noire Décentralisations en questions*, Paris, Karthala, 1993, 308p.

LAZORTHES (Guy), *L'homme la médecine et le médecin*, Paris, Masson, 1993, 296p.

LE GOFF(Jacques), *La défaite de la santé publique*, Paris, Flammarion, 1996, 390p

LEMIEUX (Vincent), *Décentralisation, politiques publiques et relations de pouvoir*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, Collection Politique et économie, 2001, 210p.

MORIN (Edgard), *La Méthode 4. Les Idées, Leur habitat, leur vie, leurs mœurs, leur organisation*, Paris, Seuil, 1991, 416p.

NIANG (Ibra), *Livre vert du codesria*, Dakar, Imprimerie Saint Paul, 2008, p.49.

SADIO (Adama), ABOA (Alain Laurent) et al., *Démocratie et développement en Afrique : perspectives des jeunes chercheurs africains (tome 2) :Imaginaires et pratiques du développement à l'épreuve de la politique internationale*, Paris, Harmattan, 2013, 328p.

OLIVIER DE SARDAN (Jean-Pierre), *Anthropologie et développement Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala, Collection Hommes et sociétés, 1995, 287p.

PISON(Gilles), HILL(Kenneth) et al, *Les changements démographiques au Sénégal*, Paris, PUF, 1997, 240p.

PODA Baimanai Angelain, *La mise sur le marché et la distribution du médicament en Afrique noire francophone : réflexions à partir des exemples du Burkina Faso et du Sénégal*, Paris, L'Harmattan, 2015, 781p.

QUENEAU (Patrice), OSTERMANN (Gérard), *Le médecin, le malade et la douleur*, Paris, Masson 3^e édition, 2000, 500p.

QUIVY (Raymond), CAMPENHOUDT (Luc Van), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995, 287p.

RAWLS (John), *Justice sociale Le libéralisme égalitaire*, Paris, Armand Colin, 2005, 126p.

STIGLITZ (Joseph E.), *La grande désillusion*, Paris, Fayard, 2002, 324p.

RIDDE (Valéry), *L'initiative de Bamako 15 ans après un agenda inachevé*, Washington, HNP, 2004, 40p.

Articles

ABABOU (Mohammed) et *al.*, « Le jeûne du Ramadan au Maroc : un dilemme pour les patients diabétiques et les soignants » in *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 26, n° 2, juin 2008, pp.79-104.

ALEND (Juliette), « Évolution de l'assurance maladie au Sénégal : de l'exclusion à l'inclusion du secteur informel », CLERSE, Université Lille1, 2013, 11p.

ARCHIMEDE (Lydia), « Un défi majeur pour les pays en développement 200 millions de diabétique en 2010 » *le quotidien du médecin*, édition principale, 03-04- 2006, pp.1-14.

BAXERRES (Carine) et LE HESRAN (Jean-Yves), « Le marché parallèle du médicament en milieu rural au Sénégal : les atouts d'une offre de soins populaire (Note de recherche) », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 30, n° 3, 2006, pp.219-230, URI: <http://id.erudit.org/iderudit/014935ar>.

BENOIST (Jean), « Sur la contribution des sciences humaines à l'explication médicale », Université de Montréal, in revue *Anthropologie et société* « La Dynamique Biosociale », vol 5, n°2, 1981, pp.5-15.

BESANÇON (Stéphane), « Afrique et diabète la fin d'un paradoxe » in *Diabète & Obésité*, octobre 2013, vol.8, numéro 72, pp35-40.

BONGAARTS (John), « Les programmes de planification familiale peuvent-ils réduire le désir de famille nombreuse en Afrique subsaharienne? » in *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*, Numéro spécial 2012, pp.32-40.

BRISCA (Laura Sinagra), RENZI (Sabrina), « Les relations entre la médecine traditionnelle et la médecine officielle au nord du Sénégal », Université de Turin Italie, CUCS Torino, 2013, pp.731-738.

CALDWELL (John), CALDWELL(Pat), « Famine et mortalité en Afrique » in *Mortalité et société en Afrique au Sud du Sahara Numéros 124 à125* sous la direction de Gilles Pison, Etienne Wan de Walle et Mpembele Sala-Diakanda, Paris, PUF, 1989, pp.361-382.

CHASLES (Virginie), « Les flux internationaux de personnel de santé, une illustration des inégalités de développement », *EA Santé Individu Société*, université Jean Moulin Lyon 3 in <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteScient3.htm> , consulté le 08 Avril à 16 h 32.

DESCLAUX (Alice) et LÉVY (Joseph-Josy) « Présentation : cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale? » *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, p. 5-21 in URI: <http://id.erudit.org/iderudit/007443ar>.

DIAKANANDA (D. –M. Sala), « De l'émergence de politique de population en Afrique » in *Politique Africaine* N°44 : Politique de population, Paris, Karthala, 1990, pp.37-48.

DJIGO (Mamadou) « Aménagement du territoire au Sénégal: Sénégal, un territoire déstructuré à aménager » in http://www.sendeveloppementlocal.com/Amenagement-du-territoire-Senega-unterritoire-structure-a-amenager_a5937.html, consulté le 08 Avril 2015 à 12 h 21.

DOZON (Jean-Pierre), « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », ORSTOM in *Politique Africaine n°28 Politiques de santé*, Paris, Karthala, 1987, pp.14-15.

DUCOURNAU (Pascal) et BEAUDEVIN (Claire), « Génétique en ligne : déterritorialisation des régulations de santé publique et formes de développement commercial » in *Anthropologie & santé Revue internationale francophone d'anthropologie de santé n°3 novembre 2011*, consulté le 14 avril 2014 à 21h, URL : <http://anthropologiesante.revues.org/777>.

DUFRESNE (Jacques), « Aspects culturels de la santé et de la maladie » in *Traité d'anthropologie médicale. L'Institut de la santé et de la maladie*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, 1985, chapitre 10, pp.241-251.

DUPUIS (Benoit), « Plantes utiles en Afrique », p.9 in http://hippocratus.com/web_site/1/contenu/public/pdf/memoires/2014/fevrier_DUPUIS_medecin.pdf, consulté le 08 Août 2015 à 22h 10

ESSANE (S.), «La médecine au pluriel en Afrique » in *Pharm. Méd. Trad. Afr.* 1998, Vol.10, pp.80-86

FAINZANG (Sylvie), « Les médicaments dans l'espace privé. Gestion individuelle ou collective. » (2003), Québec, Édition numérique réalisée le 14 février 2009, revue et corrigée le 28 août 2013, pp.1-25, in <http://classiques.uqac.ca/>,

FAINZANG (Sylvie). « L'automédication : une pratique qui peut en cacher une autre », in *Revue Anthropologie et Sociétés*, Volume 34, numéro 1, 2010, p. 115-133. URI: <http://id.erudit.org/iderudit/044199ar>

FASSIN (Didier), « La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique » in *Systèmes et politiques de santé De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 2001, pp.25-40.

FASSIN(Didier), DEFOSSEZ(Anne-Claire), « Une liaison dangereuse » in *Anthropologie et santé publique Cahier des Sciences Humaines vol.28 – n° 1*, Paris, Editions de l'ORSTOM, 1992, pp.23-36.

FASSIN (Didier), « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie », *Anthropologie des politiques de la vie*, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada Édition numérique réalisée le 18 février 2009 à Chicoutimi, 25p.

FASSIN (Didier), «Du clandestin à l'officieux. Les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal » in *Cahiers d'études africaines 98, XXV-2*, O. R. S. T. O. M. Fonds Documentaire n°23777, 1985, pp.161-177.

FASSIN (Didier), « La vente illicite des médicaments au Sénégal Économies « parallèles », État et société », *Politique Africaine*, 1986, (23) in <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi> : 23776. pp.123-130.

FAYE (Sylvain Landry), « Quand les tradithérapeutes ouest-africains soignent l'infertilité conjugale à Dakar (Sénégal) : recompositions et dynamiques entrepreneuriales », *Anthropologie et santé* [En ligne], 3 | 2011, mis en ligne le 28 novembre 2011, consulté le 14 avril 2014 à 15 h 20. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/755>.

FEI (PENG), WANNER (Philippe) et al., « L'impact du système sanitaire sur les tendances de mortalité en Chine », *Document de travail n°12*, Université Catholique de Louvain Département des sciences de la population et du développement, Octobre 2001, 19p.

GEEST (Sjaak van der) et WHYTE (Susan Reynolds), « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments in *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, pp.97-117.

GRUÉNAP (Marc-Éric), « Une rencontre à venir » in *Anthropologie et santé publique Cahier des Sciences Humaines vol.28 – n° 1*, Paris, Editions de l'ORSTOM, 1992, pp.3-12.

GUEYE (Lamine), SECK (Sidy Mohamet) et al., « Déterminants médico-sociaux de l'état de santé en milieu rural sénégalais : étude au niveau de deux sites de la Grande Muraille Verte » in *La Grande Muraille Verte Capitalisation des recherches et valorisation des savoirs locaux*, IRD Éditions, Hors collection, Abdoulaye DIA et de Robin DUPONNOIS (dir.), 2012, p. 147-157.

GUEYE (Maïmouna), « Sénégal : Tranches d'histoire-Centre hospitalier national Aristide le Dantec : l'hôpital indigène toujours au service des populations démunies », in *Le soleil* 12 Décembre 2007, in all Africa.com.

GUIMIER (Jean Marc), CANDAU (Danielle) et al. « Pourquoi le prix des médicaments est élevé dans les pays d'Afrique subsaharienne. Analyse de la structure des prix : l'exemple du Sénégal » in *Cahiers d'Études de Recherche Francophones vol. 15, n° 1*, Montpellier, janvier-février-mars 2005, pp.41-52.

HASSOUN, (Judith) « Quelques silences sur la douleur des femmes malades du sida en Côte d'Ivoire », *Socio-anthropologie* [En ligne], N°5 | 1999, mis en ligne le 15 janvier 2003, Consulté le 23 octobre 2014 à 8h 39. URL : <http://socio-anthropologie.revues.org/index51.html>.

HOURS (Bernard), « Soins de santé primaires et management » in *Anthropologie et santé publique Cahier des Sciences Humaines vol.28 - n° 1*, Paris, éditions de l'ORSTOM, 1992, pp.123-140.

JACQUEMOT (Armelle Giglio), « Unicistes versus pluralistes : l'homéopathie brésilienne à l'ère de la globalisation in *Anthropologie & santé Revue internationale francophone d'anthropologie* n°3 novembre 2011, consulté le 14 avril 2014 à 7h 35, URL : <http://anthropologiesante.revues.org/767>.

JAFFIOL (Claude), « Le diabète sucré en Afrique : un enjeu de santé publique » in *Bull. Acad. Natle Méd.*, n°6, 7 juin 2011, pp.1239-1254.

JODELET (D.), « Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie » In : MOSCOVICI. (S) ; *Psychologie sociale*, Paris, PUF, 1984, p. 357-378.

KOITA (Amadou) et BRUNET-JAILLY (Joseph) cité par UNGER (Jean-Pierre), (La santé en Afrique) «Des solutions de rechange existent en Afrique », in *Le Monde diplomatique* 1980-2000 sur CD-ROM.

KIEFER (Bertrand), « La guérison dans la médecine scientifique », *Quête de santé : entre soins médicaux et guérisons spirituelles*, Genève, Labor et Fides, Collection Religions et Modernité, 2007, pp.31-37

LAPERRIERE (A.), « L'observation directe » dans Gauthier B. (éd.) *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données*, Presse de l'Université du Québec, (5^e éd.), pp.311-336.

LAPLANTE (Julie), « Le médicament aux frontières des savoirs humanitaires et autochtones », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, pp. 59-75 in <http://id.erudit.org/iderudit/007446ar>

LAURIS (Anne), « Diabète : l'Afrique face au défi d'une épidémie silencieuse » in *Enjeux africains* N°8 août-septembre 2013, pp.60-61.

LEMARCHAND (René), « La Face Cachée de la Décentralisation : Réseaux, Clientèles et Capital Social », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 16 | 1998, mis en ligne le 06 octobre 2006, Consulté le 08 novembre 2015. URL : <http://apad.revues.org/522>

LÉVY (Joseph Josy), PIERRET (Janine) et *al.*, « Détournement, abus, dopage : d'autres usages des médicaments » in *Drogues, santé et société*, vol. 7 n° 1 juin 2008, pp.1-17.

LÉVY (Joseph Josy) et THOËR (Christine) « Usages des médicaments à des fins non médicales chez les adolescents et les jeunes adultes : perspectives empiriques », *Drogues, santé et société*, vol. 7, n° 1, 2008, pp. 153-189 in URI: <http://id.erudit.org/iderudit/019622ar>

LIVENAIS (Patrick), « Les théories de la population : une continuité certaine dans le changement », in *Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement*, Paris, ORSTOM, 1986, pp.67-79.

LY (Mohamed Lamine), « SENEGAL: L'ACTE 3 RISQUE DE DESORGANISER LE SYSTEME DE SANTE », 23 juin 2014 in <http://blogs.mediapart.fr/blog/mohamed-lamine-ly/230614/senegal-lacte-3-risque-de-desorganiser-le-systeme-de-sante>, consulté le 31 août à 16h 39.

MANE (Papa Yona Boubacar), « Décomposition des inégalités dans l'utilisation des soins de santé au Sénégal », *Revue d'économie du développement* 2013/1 (Vol. 21), pp. 61-89. DOI 10.3917/edd.271.0061

MANOUAN (N. J.-M.), N'GUESSAN (B.B.) et *al.*, « Identification des acteurs de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire : cas du District Autonome d'Abidjan » in *Ethnopharmacologia*, n°46, décembre 2010, pp.75-80.

MARQUER (Isabelle), *Accessibilité aux antipaludiques au Sénégal effets de l'introduction de l'association artisanale / amodiaquine*, mémoire de DESS de santé publique « Management des services et actions en santé publique» Option : Promotion de la santé et développement social, Université Paris V - René Descartes, Université Denis Diderot-Paris VII, Université Pierre et

Marie Curie-Paris VI, Université Versailles-Saint Quentin en Yvelines, Université d'Orsay – Paris XI, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2003, 55p.

MASSE (Raymond), « La santé publique comme projet et politique individuel » in *Système et politiques de santé*, Paris, Karthala, 2001, pp.41-64.

MASSE (Raymond), WEINSTOCK (Daniel) et *al.*, « Perceptions populaires du risque et savoirs experts en contexte de pandémie : le cas du A(H1N1) au Québec. », *Anthropologie et santé* [En ligne], 3 | 2011, mis en ligne le 28 novembre 2011, consulté le 14 avril 2014 à 09h. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/739>.

MBENGUE (Cheikh Tidiane), « De Senghor à Macky Sall, 54 années de soins ! Le système sanitaire sénégalais sur le divan », *Sud Quotidien | Sénégal | 20/12/2014* in <http://www.cooperation-hospitaliere.org/?cat=19> , consulté le 18 mars 2015 à 13 h 38.

MOTTE-FLORAC (Élisabeth), « Les pharmacopées de tradition orale », *Cahiers de littérature orale* [En ligne], 63-64 | 2008, mis en ligne le 02 janvier 2011, consulté le 14 juillet 2015. URL : <http://clo.revues.org/322> ; DOI : 10.4000/clo.322, p.5

NDIAYE (Jean-Michel), « Décentralisation des services de santé au Sénégal » in *La décentralisation des systèmes de santé, concepts problèmes et expérience de quelques pays*, Anne MILLS, J. Patrick WAUGH et al. (dir.), Genève, OMS, 1991, pp.131-139

NDIAYE (Lamine), « Avortement « clandestin » et cultures négro-africaines. La femme sénégalaise face à la pratique abortive », in *Ethiopiennes n°87. Littérature, philosophie et art 2ème semestre 2011*, sur <http://ethiopiennes.refer.sn/spip.php?article179>, consulté le 05 août 2015 à 15 h 05.

NDIAYE (Lamine), « La place sacré dans le rituel thérapeutique négro-africain » in *Ethiopiennes n°81 Littérature, philosophie et art*, 2008, sur <http://ethiopiennes.refer.sn/spip.php?article1615>, consulté le 17 août 2015 à 16 h 13.

NIANG (Abdoulaye), « Le sociologue, les réalités socioculturelles du milieu d'étude et les problèmes posés par l'emploi du questionnaire : le « dialogue méthodique » une alternative culturelle ? » in *Annales de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines n°30*, Dakar, Presse Universitaire de Dakar, 2000, pp.81-117.

OKAFOR (Jonathan) et HAM (Robecca), « Identification, utilisation et conservation des plantes médicinales dans le sud-est du Nigéria » in *Thème de la biodiversité africaine Le programme d'appui à la biodiversité*, Numéro 3, Juillet 1999, 8p.

OUPA (Diossine Lopy), « Les maladies chroniques non transmissibles dans le système de santé au Sénégal: le cas du diabète dans la ville de Dakar », pp133-145, in www.codesria.org, consulté le 09 Juin 2014.

PEQUIGNOT (Henri), NAU (Jean-Yves) « Santé et maladies » in *Encyclopaedia*, 2011.

POUILLOT (R.), BILONG (C.), BOISIER (P.) et *al.*, « Le circuit informel des médicaments à Yaoundé et à Niamey : étude de la population des vendeurs et de la qualité des médicaments distribués » in *Bull Soc Pathol Exot*, 2008, pp.113-118.

RENAUD (Marc), « De la sociologie médicale à la sociologie de la santé ; trente ans de recherche sur le malade et la maladie » in *Traité d'anthropologie médicale*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), 1985, chapitre 13, pp.281-291.

SAKOYAN (Juliette), MUSSO (Sandrine) et MULOT (Stéphanie), « Quand la santé et les médecines circulent », *Anthropologie et santé* [En ligne], 3 | 2011, mis en ligne le 07 décembre 2011, consulté le 14 avril 2012 à 11 h 05. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/819>.

SALA-DIAKANDA (Mpembele), « De Bucarest à Mexico : évolution des positions africaines en matière de population » in *Cahier des Sciences Humaines*. 24, 1988, pp.173-184.

SANE (Idrissa), « HOPITAL ABASS NDAO : Un établissement de santé ... pas en bonne santé » Source: L'observateur | Le 08 janvier, 2007 à 02:01:36 in http://seneweb.com/news/Societe/hopital-abass-ndao-un-etablissement-de-sant-pas-en-bonne-sant_n_7758.html, consulté 09 janvier 2016 à 21h 56.

SANOGO (Rokia), « Le rôle des plantes médicinales en médecine traditionnelle », Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, Université de Bamako 53p. in http://www.sifee.org/static/uploaded/Files/ressources/contenu-ecole/bamako/jour-4/2_Sanogo.pdf

SARRADON-ECK (Aline), BLANC (Marie-Anne) et *al.*, « Des usagers sceptiques face aux médicaments génériques : une approche anthropologique », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Elsevier Masson SAS, 2007, 55, pp.179-185 in <http://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00466795>.

SARR (Boubacar), « *Situation sanitaire du Sénégal* » in www.fundacioferreruela.com/.../PresentacioSistema_Sanitari_Senegal.pdf. Consulté 5 août 2014, 35p

SOSSOU (Gilles Armand), « Les savoirs pharmaceutiques africains et leur valorisation. Apprentissage et adaptation des compétences », Laboratoire d'économie d'Orléans, 2005, p.13.

SYLVIE (Eyeffa Ekomo), « Ajustement Structurel dans les pays de l'Afrique Centrale : Bilan et Perspectives » in <http://www.codesria.org/IMG/pdf/eyeffa>, consulté le 26 octobre 2014 à 23 h00.

TALL (Emmanuelle Kadya), « L'anthropologue et le psychiatre face aux médecines traditionnelles » in *Anthropologie et santé publique Cahier des Sciences Humaines vol.28 – n° I*, Paris, Editions de l'ORSTOM, 1992, pp.67-81.

TALL (Sérigne Mansour), « La Décentralisation et le Destin des Délégués de Quartier à Dakar (Séné

gal) », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 15 | 1998, mis en ligne le 20 décembre 2006, p.3, Consulté le 01 octobre 2015. URL : <http://apad.revues.org/567>

TELLA (Ayodélé), « Les pratiques médicales traditionnelles en Afrique », *Ethiopique revue négro-africaine de littérature et de philosophie* in <http://ethiopiennes.refer.sn/spip.php?article632>

TOURE (L.), « Une innovation sanitaire: l'appropriation des médicaments par les populations touaregs du Mali » in *Panser le monde, penser les médecines: traditions médicales et développement Traditions médicinales et développement sanitaire*, Laurent PORDIER (dir.), Éditions Karthala, 2005, p.272.

TRAORE (Annick Tijou), « l'expérience dans la production de savoirs profanes sur le diabète chez les patients diabétiques à Bamako (Mali) in *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 28, n° 4, décembre 2010, pp.41-76.

TREMBLAY (Marc-Adélar), « Les fonctions de l'hôpital dans la nouvelle société », *L'hôpital d'aujourd'hui*, Québec, Université Laval de Québec, 1966, 22p.

TREMBLAY (Marc-Adélar) « La santé en tant que phénomène global », in *Conceptions contemporaines de la santé mentale*, Montréal, Décarie, 1983, chapitre 2, pp.49-89.

WAISSMAN (Renée), « Interactions familiales et impact de la technologie dans la gestion d'une maladie chronique chez l'enfant » In *Sciences sociales et santé*. Volume 13, n°1, 1995. pp. 81-100.

Éditorial

DESPLATS (Dominique), « Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais ? L'expérience de Santé Sud auprès des médecins communautaires » in *Repères - Pansons le monde*, Paris, 1^{er} édition 2012, p.3.

GARENNE (Michel) et *al.*, « La transition sanitaire en Afrique Subsaharienne » in *Adsp* N° 30 mars 2000, pp.26-30.

GOBBERS (Didier) et PICHARD (Eric), « L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest » in *Adsp* N° 30 mars 2000, pp.35-42.

MESLE (France) et VALLIN (Jacques), *La mortalité dans le monde : tendances et perspectives*, Paris, Les DOSSIERS DU CEPED N°30 INSTAPRINT S.A, 1995, 28p.

SECK (Eva Coll.), « Femmes et programmes de santé en Afrique » in *Adsp* N°30 mars 2000, pp. 51-55.

WATY (Marie-Odile), « L'apport de la Banque mondiale dans la politique de santé des pays pauvres » in *Adsp* n° 30 mars 2000.pp.68-69.

Le Magazine d'air Sénégal international, Terrangan°32 septembre/octobre 2007.

Mémoires et Thèses

CAMARA (Elh.M.S.), *La Vente illicite des médicaments au marché parallèle de «Keur serigne bi»*, mémoire de maîtrise de sociologie, Dakar, Université Cheikh Anta Diop, 2006

CISS (Marième), *La problématique de l'équité dans l'accès aux soins de santé aux Sénégal : cas de la région Thiès*, thèse de doctorat unique de 3^e cycle, Université Gaston Berger de Saint-Louis, 2013-2014, 313p.

DIA (El Hadji Alioune), *La coopération décentralisée un instrument d'appui pour le développement local : Exemple du partenariat entre la région de Dakar et la région de l'Ile-de-France*, Mémoire de Master II ATDDL Département de Géographie, UCAD Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Dakar, 2010-2011, 35p

DIOP (Fatou), *Politiques Publiques de santé et dynamiques de la reproduction : des inégalités sociales aux inégalités de santé. Cas des communautés rurales de Kelle, Léona, Coki et Ngeune sarr dans la région de Louga*, Thèse pour le Doctorat d'Etat ès Lettres et Sciences Humaines, UGB, 2012-2013, 540p.

FAYE (Seydou Nourou), *Médecine Traditionnelle et Dynamiques interculturelles Les Implications Socio-anthropologiques de la Formalisation de la Tradithérapie à "l'Hôpital Traditionnel" de Keur Massar*, Mémoire de Maîtrise de Sociologie, Université Gaston Berger de Saint-Louis, 2000-2001, 130p.

HAMEL (Vincent), *La vente illicite de médicaments dans les pays en développement : analyse de l'émergence d'un itinéraire thérapeutique à part entière, situé en parallèle du recours classique aux structures officielles de santé*, THÈSE D'ÉTAT DE DOCTORAT EN PHARMACIE n°160, UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I, FACULTÉ DE PHARMACIE, 2006, 90p.

NDIAYE (Malick Hamidou), *Les Manifestations funéraires à Pikine nord* Mémoire de Maîtrise, Département de Sociologie, U.C.A.D, 2007-2008, 92p.

Périodiques

BALIQUE(Hubert), « Les programmes de santé » in *ADSP* N° 30, mars 2000, pp.43-50.

COULIBALY (Abdou Latif), « Prise en charge de l'insuffisance rénale au Sénégal 12 000 malades condamnés in *La Gazette* n° 03 du 02 au 09 Avril 2009, pp.21-24.

DIOP (François), NDIAYE (Oumar) et GRUNDMANN (Christophe), *Décentralisation et Système de Santé au Sénégal: Une Synthèse*, Document de travail, Janvier, 2001.

FANCHETTE (Sylvie), Désengagement de l'État et recomposition d'un espace d'échange transfrontalier : la Haute-Casamance et ses voisins Sylvie FANCHETTE in *Autrepart Variations* n°19, Éditions de l'Aube, IRD (Institut de recherche pour le développement), 2001, pp.91-113.

MARITOUX (J.), « Marché pharmaceutique parallèle, ventes illicites et santé publique », in *Revue ReMeD* n°22, Octobre 1999, pp.1, 6-10.

MOTALA (Aouiha) et RAMAIYA (Kaushik), (dir), *Diabète : la pandémie silencieuse et son impact en Afrique*, document élaboré pour le forum African Changing Diabetes Leadership, Johannesburg, 30 septembre et 1 octobre, 2010.

MESLE (France) et VALLIN (Jacques), *La mortalité dans le monde : tendances et perspectives*, Paris, Les DOSSIERS DU CEPED N°30 INSTAPRINT S.A, 1995, 25p.

TABAH (Léon), « Les Conférences mondiales sur la population », in *Bulletin Mensuel d'Information de l'Institut National d'Études Démographiques Numéro 290*, Paris, INED, Mai 1994, pp.1-3.

THIAM (S.), MASSI (E.) et *al.*, « La lutte contre la tuberculose au Sénégal : situation actuelle de la prise en charge et recommandations pour son amélioration » in *Med Trop* 2005 ; 65 : pp 43 -48.

Rapports

Agence de la santé Publique du Canada, *Document d'information sur les Sommets de l'ONU*, 24p.

ANNEMARIE (Marc Totté), Van de WALLE, *La coopération décentralisée : Entre développement et politique ?*, Enda Graf Sahel, Dakar, 2009, 30p

ANSD, *Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) 2014*, Dakar mai 2015, 254p.

ANSD, *Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage (RGPHAE) 2013, Rapport provisoire mars 2014*, 36p

ANSD, *Enquête Démographique et de santé Continue au Sénégal, 2012-2013*, 200p.

ANSM, *Évaluation des risques liés à l'utilisation des produits de santé à fin d'amaigrissement, Rapport juillet 2015*, 30p

ANSD, *Situation Économique et Sociale Régionale 2013*, Dakar, Avril 2015, 129p

Aperçu des besoins humanitaires Sénégal 2015, Novembre 2014

Cities Alliance, *Stratégie de Développement Urbain du Grand Dakar (HORIZON 2025)*, novembre 2010, 73p.

EDS-MICS, 2010-11, 482p

KOUKPO (Rachel), *Rapport de stage : Santé publique au sein de la CEDEAO à la suite de l'Initiative de Bamako ; évaluation et adaptation des politiques de santé*, Institut International de Recherche en Ethique Biomédicale, du 08 octobre au 10 décembre 2007, 83p.

Ministère de la Santé de l'Hygiène et de la prévention, *L'infirmier(e) : Pilier du Système de Santé au Sénégal*, mai 2003, 40p.

Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, *PNDS-PHASE II*, 2004-2008, 64p.

Ministère de la Santé et de la Prévention, *Évaluation du système de santé du Sénégal*, 94p.

Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique Direction de la Santé et des Ressources pour l'Analyse de la Population et de son Impact sur le Développement (RAPID) in *Sénégal Population, Planification Familiale et Développement*, Juillet 2009, 28p.

Ministère de la Santé du Bénin, *Plan Stratégique Intégré de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles 2014-2018*, 98p.

Ministère français de la Recherche, Dakar, 2002, 47p.

OMS, *Activités de l'OMS dans la Région africaine 2008-2009, Rapport Biennal Du Directeur Régional*, 88p.

OMS, *Projet de plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles, 2013-2020*, 58p.

OMS, Sénégal stratégie de coopération
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70392/1/WHO_DGR_CCO_09.03_Senegal_fre.pdf,
2p, consulté le 5 août 2014.

Rapport sur la Santé dans le Monde, Les soins de santé primaires maintenant plus que jamais, 2008, 35p.

Rapport sur la Santé dans le Monde, 1998, 249p.

République du Sénégal, *Programme d'Amélioration de la Qualité, de l'Équité et de la Transparence-EF 2013-2025*, 277p.

PNUD, *Rapport mondial sur le développement humain*, 2011, 195p.

THIAM (Sylla) et MASSI (Elisabeth), *Évaluation de la magnitude du problème de la tuberculose au Sénégal et des moyens de lutte mis en place*, Rapport d'étape (phase 1), 45p.

WHO/DAP/97.3, *Le secteur pharmaceutique privé au Sénégal Dynamique de développement et effets sur l'accès aux médicaments essentiels*, p.44p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Le secteur pharmaceutique privé commercial au Sénégal. Dynamique de développement et effets sur l'accès aux médicaments essentiels*. Programme d'action pour les médicaments essentiels. Genève : WHO/DAP/97.3, 1997, 56p.

ZURN (Pascal), CODJIA (Laurence) et SALL (Farba Lamine), *La Fidélisation des personnels de santé dans les zones difficiles du Sénégal*, Rapport intermédiaire, Octobre 2008, 43p.

Webographie

Centre d'actualités de l'ONU : <http://www.un.org/french/newscentre/index.html>

Centre tricontinental : <http://www.cetri.be/spip.php?article354>

www.cetri.be/spip.php?

Hôpital Aristide Le Dantec : http://www.hopitaldantec.gouv.sn/?page_id=262, consulté le 09 Janvier 2016 à 20 h 32.

<http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article1382>

<http://www.gouv.sn/-Constitution-du-Senegal-.html>

http://www.sante.gouv.sn/index.php?option=com_content&view=article&id=1297&Itemid=618

<http://classiques.uqac.ca/23>

<http://anthropologiesante.revues.org>

www.santediabete.org

www.erudit.org

www.persée.fr

www.google.fr

www.cairn.info/

ANNEXE

Annexe 1

Déclaration de politique de population du Sénégal

Mis à jour Mardi, 13 Juillet 2010 20:54

Convaincu que la population, tant dans ses aspects qualitatifs que quantitatifs doit être considérée comme une partie intégrante du développement dont elle est à la fois l'initiatrice et la bénéficiaire, le Gouvernement du Sénégal a élaboré et adopté en avril 1988, suite à de larges consultations une DECLARATION DE POLITIQUE DE POPULATION. Celle-ci traduit entre autres objectifs sa volonté d'assurer une meilleure maîtrise des phénomènes et problèmes démographiques dans une approche intégrée du développement.

1 – FONDEMENTS ET PRINCIPES DE BASE

A – Fondements

La mise en œuvre par l'Etat d'une politique de population se justifie et se légitime par le rôle qui lui est dévolu par la constitution, à travers la traduction en actes concrets des politiques définies par le chef de l'Etat dans tous les secteurs de la vie nationale et plus spécifique, l'obligation d'assurer la protection de la famille et de veiller à sa santé physique et morale.

Elle procède également de l'application d'une recommandation du Programme de Kilimandjaro concernant la population adopté en 1984 lors de la 2ème Conférence Africaine sur la Population ainsi que celle du Programme Prioritaire pour le Redressement économique de l'Afrique pour la période 1986-1990 adopté par l'OUA.

Elle se présente ainsi comme une stratégie qui, tout en visant la solution de problèmes nationaux, participe à l'effort de redressement économique et social entrepris à l'échelle du continent.

B – Principes

La mise en œuvre de cette politique de population qui concerne les individus et les groupes jusque dans leur vie intime repose sur un certain nombre de principes ; il s'agit du :

Déclaration de politique de population du Sénégal

Mis à jour Mardi, 13 Juillet 2010 20:54

- respect des droits fondamentaux de la personne humaine ... ;
- de la nécessité de préserver la cellule familiale ... ;
- du respect du droit des individus et des couples à choisir la taille de leur famille et à maîtriser leur fécondité ;
- de l'appel à la responsabilité des individus en tant qu'époux et parents face à leur procréation et aux exigences du développement national ;
- du respect du droit des enfants à la survie, la santé l'éducation et la formation ;
- de la nécessité d'une approche intégrée du développement prenant en considération les relations d'interdépendance entre les variables démographiques et leurs facteurs économiques et socioculturels ;
- de la nécessité de considérer la population comme un élément fondamental dans les stratégies et plans de développement ainsi que le droit et le devoir que le Sénégal a de résoudre ses problèmes démographiques nationaux ;
- de la recherche d'un large consensus dans la définition et l'application des objectifs d'une politique de population ;
- du respect des engagements pris par le Sénégal pour assurer le redressement économique et le développement du continent dans le cadre de la solidarité africaine.

2 – OBJECTIFS

La politique de population s'est fixée 7 objectifs à réaliser dans le cadre de Programmes d'Actions et d'Investissements Prioritaires. (PAIP)

A – Objectifs généraux

- Améliorer la qualité de la vie et favoriser l'instauration d'un bien-être pour toutes les catégories de la population... grâce à la réalisation d'une meilleure adéquation entre les ressources humaines et les possibilités de développement du pays ;
- Réduire la morbidité et la mortalité, en particulier celle des mères et des enfants par la mise en œuvre de programmes de santé maternelle et infantile incluant la planification familiale;
- Réduire le taux de fécondité et le rythme de croissance démographique par l'adoption de mesures appropriées ;
- Appuyer toutes les actions tendant à améliorer la qualité de vie dans les régions pour freiner l'exode rural et assurer une meilleure répartition spatiale de la population ;
- Assurer une meilleure couverture au niveau régional des besoins de base dans tous les domaines (alimentation, nutrition, santé, éducation, logement, formation, environnement, loisirs...);

Déclaration de politique de population du Sénégal

Mis à jour Mardi, 13 Juillet 2010 20:54

- Améliorer les compétences nationales dans le domaine des sciences de la population par le biais de la formation ;
- Améliorer sans cesse la connaissance des problèmes de population en entreprenant des recherches appropriées en démographie, sociologie, histoire, planification du développement...

B/ objectifs démographiques : Perspectives

Il était prématuré lors de l'adoption de cette population de déterminer des objectifs démographiques quantifiés pour la politique nationale de population faute de données scientifiques fiables, mais il a été jugé utile d'analyser les perspectives démographiques pour éclairer les choix futurs à opérer permettant d'atteindre les buts que le Sénégal s'est fixés.

A cet effet les projections du projet RAPID II –Sénégal avaient retenu deux variantes significatives (une variante basse et une variante moyenne) dont il est rappelé ci-après, à titre d'illustration quelques éléments :

Variante moyenne

1986

2001

2011

- descendance finale 7.10 6.44 5.80

- prévalence contraceptive4.r9e0quise (%)

15.30 24.04

variante basse

1986 2001 2011

- descendance finale 7.10 5.75 4.50

- prévalence contraceptive4.r9e0quise (%)

28.97 46.5

Déclaration de politique de population du Sénégal

Mis à jour Mardi, 13 Juillet 2010 20:54

Ce qui est visé c'est sans nul doute la baisse significative de la fécondité ; et ce sont surtout les études et programmes actuellement en cours sur la planification familiale qui doivent permettre d'en préciser les objectifs quantitatifs.

3/STRATEGIES EN MATIERE DE POLITIQUE DE POPULATION

Pour la mise en œuvre de programmes d'actions et d'investissements prioritaires destinés à réaliser ces objectifs, onze stratégies ont été retenues :

- Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant
- Maîtrise de la fécondité et espacement des naissances
- Promotion de la femme
- Promotion des jeunes
- Promotion des personnes du 3ème âge
- Préservation de la famille
- Maîtrise des migrations, de l'urbanisation et de l'aménagement du territoire
- Promotion de l'emploi
- IEC en matière de population
- Mesures législatives et réglementaires appropriées

Pour chacune de ces stratégies, il est défini des mesures appropriées destinées à la rendre opérationnelle.

4 – LE CADRE INSTITUTIONNEL

Divers organes et organismes assurent la promotion de la politique de population :

- un organe de décision : le Conseil National sur la Population et les Ressources

Humaines (CONAPORH) présidé pour le Président de la République ;

- un organe de planification, de coordination, de suivi et d'évaluation : la Direction de la Planification des Ressources Humaines du Ministère du Plan (DPRH) ;
- Diverses structures d'exécution relevant de différents ministères.
- Des structures nationales d'étude et de recherche (Directeur de la Prévision et de la Statistique l'UCA Dakar, l'ENEA etc) ;

Déclaration de politique de population du Sénégal

Mis à jour Mardi, 13 Juillet 2010 20:54

- Des structures de contribution : associations privées et ONG ;

En somme la DPP adoptée en 1988 et accompagnée de programmes nationaux (à l'instar du Programme National de Planification Familiale initié en 1990) place le Sénégal parmi les premiers pays francophones au Sud du Sahara à avoir initié la réflexion et l'action en matière de population ; malgré tout, cette DPP fait l'objet d'une mise à jour, afin d'intégrer à la fois les nouvelles priorités du gouvernement et les recommandations issues des rencontres internationales de ces dernières sur le thème population et développement (CIPD,1994,CAIRE+5) des recommandations qui ont trait surtout à la santé de la reproduction singulièrement la santé de la reproduction des adolescents.

Annexe 2

Guide d'entretien pour patients

Thème 1 : Rapports entre les patients et leurs familles

Thème 2 : Rapports entre les patients et le corps médical

Thème 3 : Rapports entre les patients eux-mêmes

Thème 4 : Les itinéraires thérapeutiques empruntés par les patients

Thèmes 5 : Les obstacles devant les soins au sein des structures de santé

Annexe 3

Guide d'entretien pour corps médical

Thème 1: Prise en charge des maladies chroniques

Thème 2 : Obstacles relatifs aux soins des patients

Thème 3 : Relations médecins / patients

Thème 4 : Collaboration entre médecins et thérapeutes traditionnels

Thème 5 : Impact de lenteurs administratives sur les soins des patients

Thème 6 : Projet de la transplantation rénale

Thèse de Doctorat en Socio-anthropologie

2016 - Université Gaston Berger de Saint-Louis

Merci de nous accorder un peu du temps pour répondre à nos questions

Identification sociologique

1. Age

2. Sexe
 1. Masculin 2. Féminin

3. Appartenance ethnique
 1. Wolof 2. Pulaar 3. Serer 4. Diola
 5. Mandingue 6. Autre

4. Si 'Autre', précisez :

5. Situation matrimoniale
 1. Célibataire 2. Marié(e) 3. Divorcé(e)
 4. Veuf(ve)

6. Si marié(e), quelle catégorie ?
 1. Monogamie 2. Polygamie à 2
 3. Polygamie à 3 4. Polygamie à 4

7. Religion
 1. Musulmane 2. Chrétienne 3. Juive

8. Niveau d'instruction
 1. Primaire 2. Moyen
 3. Secondaire 4. Supérieur
 5. Coranique/Arabe 6. Aucune

9. Profession
 1. Fonctionnaire 2. Commerçant 3. Ouvrier
 4. Ménagère 5. Retraité 6. Étudiant
 7. Autre

10. Si 'Autre', précisez :

11. Lieu d'habitation

12. Si hors de Dakar précisez la région

Type de maladie

13. Quelle sont les types de maladies souffrez-vous ?
 1. Insuffisance rénale aigue
 2. Insuffisance rénale chronique
 3. Diabète type 1
 4. Diabète type 2

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

14. Depuis combien d'années souffrez-vous de cette ou ces maladies ?

15. Si vous souffrez d'autres maladies que celles citées précédemment, lesquelles ?

16. Antécédemment à votre maladie, y a-t-il un membre de votre famille qui souffrait de la même pathologie que vous ?
 1. Oui 2. Non

17. Si oui, qui ?

Les habitudes socioculturelles dans les domaines alimentaires

18. Avant votre maladie quels sont les plats que vous aviez l'habitude de manger ?

19. Combien de fois dans la journée buviez-vous du café ?

20. Combien de fois dans la journée buviez-vous du thé ?

21. Buviez-vous d'autres boissons sucrées avant votre maladie ?
 1. Oui 2. Non

22. Si oui lesquelles

23. Avant votre maladie, vous est-il arrivé de prendre des médicaments sans prescription d'un médecin ?
 1. Oui 2. Non

24. Si oui quelles maladies et quels médicaments ?

25. Comment prenez-vous ces médicaments ?

1. Fréquemment 2. Souvent 3. Rarement

26. Actuellement parvenez-vous à suivre correctement votre régime alimentaire ?

1. Oui 2. Non

27. Si non, pourquoi ?

28. Pratiquez-vous du sport ?

1. Oui 2. Non

29. Si oui lequel ou lesquels

L'utilisation des thérapies traditionnelles

30. Avant de commencer à se faire soigner à l'hôpital, faisiez-vous recours aux thérapies traditionnelles ?

1. Oui 2. Non

31. Si oui comment fréquentez-vous les thérapeutes traditionnels ?

1. Fréquemment 2. Souvent 3. Rarement

32. Qui aviez-vous fréquenté pour ces traitements ?

1. Thérapeute traditionnel 2. Marabout
 3. Marchand ambulancier 4. Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

33. Si 'Autre', précisez :

34. Dites-nous les noms des médicaments ou plantes qu'ils vous ont donnés ?

35. Ces médicaments ou plantes sont-ils à boire ou à se laver ?

1. à boire 2. à se laver

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

36. Croyez-vous à l'efficacité de ces médicaments ?

1. Oui 2. Non

37. Si oui, comment sont-ils ?

1. Très efficace 2. Efficace
 3. Assez-efficace 4. Pas du tout efficace

38. Actuellement continuez-vous à utiliser ces médicaments ?

1. Oui 2. Non

39. Si oui pourquoi ?

Les représentations sociales sur les maladies non transmissibles

40. Connaissez-vous le nom de votre maladie ?

1. Oui 2. Non

41. Si non, qui vous a dit le nom de votre maladie ?

1. Médecin 2. Thérapeute traditionnel
 3. Marabout 4. Autre

42. Autre, précisez :

43. Si c'est le thérapeute traditionnel, le marabout ou autre qui vous a dit votre maladie, est-ce le médecin a confirmé le même nom ?

1. Oui 2. Non

44. Selon vous, qu'est-ce qui est à l'origine de votre maladie ?

1. Maraboutage 2. Êtres invisibles
 3. Volonté divine 4. Mauvaise alimentation
 5. Pauvreté 6. Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

45. Si 'Autre', précisez :

46. Après diagnostic du médecin et l'information qu'il vous a donné sur la pathologie dont vous souffrez, comment aviez-vous réagi ?

1. Très inquiet 2. Inquiet 3. Assez-inquiet
 4. Pas du tout inquiet

47. Selon votre médecin vous devez impérativement suivre son traitement et un régime alimentaire particulier pour pouvoir tenir à cette maladie, pensez-vous qu'il existe d'autres solutions ?

1. Oui 2. Non

48. Si oui lesquelles

49. Si en même temps vous fréquentez un tradipraticien ou un marabout, lequel des traitements aller vous suivre ?

1. Traitement du médecin
 2. Traitement du thérapeute traditionnel
 3. Traitement du marabout
 4. Traitement d'un autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

50. Si traitement d'un autre, précisez :

51. Pourquoi vous avez choisi ce(s) traitement(s)?

La prise en charge

52. Est-ce que vous parvenez à suivre régulièrement vos traitements ?

1. Oui 2. Non

53. Si non, pourquoi ?

54. Comment trouvez-vous les coûts de vos soins à l'hôpital ?

1. Trop Cher 2. Cher 3. Assez-Cher
 4. Pas du tout cher

55. Comment procurez-vous des médicaments prescrits par votre médecin ?

1. À la pharmacie 2. À Keur Serigne-bi
 3. Au marché 4. Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

56. Si 'Autre', précisez :

57. Par rapport au régime alimentaire imposé, il vous arrive-t-il de manger des aliments interdits par votre médecin ?

1. Oui 2. Non

58. Les contraintes économiques liées à l'octroi des médicaments de la biomédecine vous poussent-elles à vous rabattre sur les thérapies traditionnelles ?

1. Oui 2. Non

59. Par rapport aux recommandations du médecin, du thérapeute traditionnel, du marabout ou d'un autre, laquelle ou lesquelles avez-vous l'habitude de prendre ?

1. Recommandations du médecin
 2. Recommandations du thérapeute traditionnel
 3. Recommandations du marabout
 4. Recommandation d'un autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

60. Si recommandation d'un autre, précisez :

61. Par rapport à votre lieu d'habitation, comment trouvez-vous l'accès aux soins de santé dans les hôpitaux ?

1. Très difficile 2. Difficile
 3. Assez-difficile 4. Pas du tout difficile

L'impact comportemental de l'entourage familial sur la maladie

62. Par rapport à votre maladie est-ce que votre famille tient en compte de votre régime alimentaire ?

1. Oui 2. Non

63. Si non comment vivez-vous au sein de votre famille ?

64. Quel genre de soutien bénéficiez-vous au sein de votre famille ?

1. Financière 2. Matériel 3. Morale
 4. Aucun 5. Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

65. Si 'Autre', précisez :

66. Pensez-vous être une charge pour votre famille ?

1. Oui 2. Non

67. Si oui, comment vivez-vous psychologiquement cette situation ?

Annexe 5

Politique de Santé du Sénégal 1989

République du Sénégal

Ministère de la santé publique

Déclaration de la politique nationale de santé

Juin 1989

Plan détaillé

	Pages
Préambule	9
PREMIÈRE PARTIE : PROFIL SANITAIRE	
A) Organisation du système de santé	13
1. Le système public de santé	13
1.1. Les structures relevant du Ministère de la Santé Publique	14
1.2. Les infrastructures sanitaires relevant des autres départements ministériels	14
2. Le système privé de santé	15
2.1. Le privé lucratif	15
2.2. Le privé non lucratif	15
2.3. La médecine traditionnelle	15
B) Problématique	16
1. État de santé de la population	16
2. Couverture sanitaire	18
2.1. Les infrastructures	18
2.2. La logistique	20
2.3. Le personnel sanitaire	20
2.4. Les programmes nationaux	21
3. Financement de la Santé	22
3.1. Budget de l'État	23
3.2. Participation des Collectivités locales	24
3.3. Participation des populations à l'effort de santé	24
3.4. Autres sources de financement	25
4. Contraintes	26
4.1. Contraintes d'ordre organisationnel	26
4.2. Contraintes d'ordre géographique	27
4.3. Contraintes d'ordre économique	27
4.4. Contraintes d'ordre social	28
DEUXIÈME PARTIE : POLITIQUE DE SANTÉ	
A) Fondements et Principes	31
1. Fondements	31
2. Principes	31
B) Finalité	32
C) Objectifs généraux	32
D) Objectifs stratégiques	33
E) Stratégies	34
F) Réformes	40
1. Réformes d'ordre institutionnel	40
2. Autres réformes	42
G) Suivi et évaluation	42
H) Tableau récapitulatif	43-5

Sigles

APS	Association pour la Promotion de la Santé
ASC	Agent de Santé Communautaire
BOM	Bureau Organisation et Méthode
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CM	Circonscription Médicale
CSS	Caisse de Sécurité Sociale
DIOP	Dispensaire Itinérant d'Ophtalmologie
EDS	Enquête Démographique et de Santé
IHS	Institut d'Hygiène Sociale
ILAD	Institut de Léprologie Appliquée de Dakar
INH	Institut National d'Hygiène
IPS	Institut de Pédiatrie Sociale
MC	Ministère de la Culture
MComme	Ministère du Commerce
MDIA	Ministère du Développement Industriel et de l'Artisanat
MDS	Ministère du Développement Social
ME	Ministère de l'Équipement
MEmigrés	Ministère des Émigrés
MEN	Ministère de l'Éducation Nationale
MES	Ministère de l'Enseignement Supérieur
MFA	Ministère des Forces Armées
MFPT	Ministère de la Fonction Publique et du Travail
MH	Ministère de l'Hydraulique
MICOM	Ministère de la Communication
MINT	Ministère de l'Intérieur
MJ	Ministère de la Justice
MJS	Ministère de la Jeunesse et des Sports
MPC	Ministère du Plan et de la Coopération
MPN	Ministère de la Protection de la Nature
MSP	Ministère de la Santé Publique
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
MT	Ministère du Tourisme
MUH	Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat
OUA	Organisation de l'Unité Africaine
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
SGPR	Secrétariat Général de la Présidence de la République
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SIPOA	Société Industrielle des Produits Pharmaceutiques de l'Ouest Africain
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SSP	Soins de Santé Primaires

Préambule

Le Gouvernement du Sénégal est depuis longtemps conscient du rôle que joue la santé dans le processus du développement national.

Ainsi, bien avant la conférence mondiale d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, le Sénégal avait institué les soins de santé de base au niveau rural.

Cette stratégie renforcée par la Réforme Administrative Territoriale et Locale de 1972 s'appuie sur la décentralisation et la participation pour une organisation dynamique de la communauté.

Depuis Alma Ata, l'accent a été mis sur les SSP et à partir du 5^{ème} Plan de développement économique et social la part des investissements pour les SSP n'a cessé de croître.

La formulation d'une Politique nationale de santé ne doit pas être l'exclusivité du Ministère de la Santé Publique mais doit intégrer l'ensemble des partenaires qui œuvrent pour la promotion de la santé dans notre pays.

Le présent document constitue le cadre pour le développement du secteur santé et prend en considération les contraintes économiques et sociales de notre environnement.

Les taux élevés de mortalité infanto-juvénile et maternelle surtout en milieu rural ainsi que le taux de fécondité constituent des éléments préoccupants autour desquels notre politique entend définir des stratégies appropriées pour l'amélioration de la santé des populations.

Le Gouvernement du Sénégal a d'ores et déjà pris un certain nombre de dispositions d'ordre organisationnel telles que :

- la création depuis 1983 du Conseil National de Santé présidé par le Chef de l'État,
- l'existence d'un conseil interministériel pour les prises de décisions,
- la création d'une commission intersectorielle sur les SSP.

Ces organes traduisent clairement l'engagement des pouvoirs publics à donner plus d'impulsion au secteur santé qui constitue une condition essentielle pour le développement.

Première Partie : Profil sanitaire

A) Organisation du système de santé

1. Le système public de santé

Il est constitué par l'ensemble des services administratifs et structures de santé dépendants de l'autorité publique.

Le Ministre de la Santé Publique a pour mission d'assurer la mise en œuvre et l'application de la politique du Gouvernement en matière de santé.

Le décret n° 79-416 du 12-05-79 réorganise le Ministère de la Santé Publique qui comprend, outre le cabinet :

- l'inspection de la Santé Publique,
- la Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement,
- la Direction de la Recherche, de la Planification et de la Formation,
- la Direction des Formations Hospitalières,
- la Direction de l'Hygiène et de la Protection Sanitaire,
- la Direction de l'Approvisionnement médico-pharmaceutique et de l'Équipement Technique,
- la Direction de la Pharmacie.

Le niveau central fournit directives et appui, et évalue les résultats à tous les niveaux.

Les régions et circonscriptions médicales constituent les organes de coordination et d'exécution des activités techniques et administratives au niveau régional et départemental.

En plus des infrastructures sanitaires du ministère de la santé on distingue celles relevant des autres départements ministériels.

1.1 Les infrastructures relevant du Ministère de la Santé Publique

À la base se trouvent les postes de santé qui supervisent un certain nombre de structures communautaires (cases de santé et maternités rurales).

Le deuxième niveau correspond aux centres de santé qui sont les références des postes de santé au plan préventif, curatif et administratif. L'ensemble de ces formations sanitaires constituent la circonscription médicale qui est la structure opérationnelle au niveau périphérique.

Au troisième niveau l'hôpital régional s'intègre à la région médicale et correspond au niveau intermédiaire.

Au sommet de la pyramide se trouve le CHU.

Système de santé	Niveau administratif
CHU	National
(Hôpitaux Nationaux)	
Hôpitaux régionaux	Région
Centres de santé	Département
Postes de santé	Arrondissement
Cases et maternités rurales	Village

1.2. Les infrastructures sanitaires relevant des autres départements ministériels.

Il s'agit essentiellement des établissements sanitaires rattachés aux ministères suivants :

- Ministère de l'Éducation Nationale
- Ministère de l'Enseignement Supérieur
- Ministère des Forces Armées Ministère de l'intérieur
- Ministère de la Fonction Publique et du Travail
- Ministère de la Justice
- Ministère de l'Économie et des Finances.

2. Le système privé de santé

Il cohabite avec le système public et se compose :

- du privé lucratif
- du privé non lucratif
- de la médecine traditionnelle.

2.1. Le privé lucratif

Il comprend :

- les infirmeries
- les cabinets médicaux et dentaires
- les cliniques.

2.2. Le privé non lucratif

Il comprend :

- les postes de santé privés catholiques
- les infirmeries et les cabinets d'entreprise un hôpital (Hôpital St Jean de Dieu)
- le dispensaire ophtalmologique de Bopp.

2.3. La médecine traditionnelle

C'est un système informel et non reconnu par le code de déontologie médicale.

Il joue un rôle important dans la santé des populations et des efforts sont consentis pour son intégration dans le système de santé.

B) Problématique

1. État de Santé de la population

Les années cinquante et soixante ont été marquées par la disparition des grands fléaux tels que la maladie du sommeil, la peste, la variole et par une forte réduction d'autres affections. Cependant, des foyers de fièvre jaune, de choléra, de méningite cérébro-spinale apparaissent encore çà et là. On note la recrudescence de certaines maladies sexuellement transmissibles en particulier le SIDA. Le manque d'hygiène individuelle et collective, l'insuffisance de l'assainissement du milieu, sont en partie cause du mauvais état de santé des populations. S'y ajoutent d'autres facteurs tels que l'insuffisance de la production agricole, l'analphabétisme, les mauvaises habitudes alimentaires, le chômage et certains problèmes liés à la crise économique et à l'application des programmes d'ajustement structurel.

Données démographiques

- Quotient de mortalité infantile pour l'ensemble de la population	86 0/00 (EDS 1986)
- Quotient de mortalité juvénile	113 0/00 (EDS 1986)
- Quotient de mortalité Infanto-juvénile	191 0/00 (EDS 1986)
- Quotient de mortalité infanto-juvénile en zone urbaine	135 0/00 (EDS 1986)
- Quotient de mortalité infanto-juvénile en zone rurale	249 0/00 (EDS 1986)
- Taux brut de mortalité	18 0/00 (EDS 1986)
- Taux brut de natalité	48 0/00 (EDS 1986)
- Taux de fécondité	6,6 enfants/femme en âge de reproduction (EDS 1986)
- Taux d'accroissement de la population	3 % (Situation écon. 1986)
- Taux d'urbanisation	40 %
- Espérance de vie à la naissance	48 ans
- Population totale	6.700.000 (1988)

Les principales causes de décès chez les enfants de 0 à 4 ans sont la diarrhée (23,8 %), les maladies respiratoires (23 %) et le paludisme (9 %).

Les principales causes de morbidité sont : le paludisme, les maladies diarrhéiques et les maladies respiratoires.

Les maladies cardiovasculaires, la malnutrition, les grossesses à risques, les suites de couches, les traumatismes et les maladies sexuellement transmissibles prennent une place non négligeable dans certaines couches de la société. A cela, il faut ajouter les maladies causées par la pollution de l'environnement (périal fécal, déchets industriels, pollution de l'air et de la mer...).

2. Couverture sanitaire

Entre 1960 et 1988 des efforts ont été déployés pour améliorer la couverture sanitaire.

2.1. Les infrastructures

a) Les hôpitaux

Entre 1960 et 1988, le nombre des hôpitaux est passé de 7 à 18. Six sont situés dans la Région de Dakar. A l'exception de Fatick et de Kolda, chaque région dispose d'un hôpital. Le réseau hospitalier est renforcé par le nouveau centre de traumatologie et des urgences situé à Dakar. Malgré ces efforts, l'indice lit-population a subi une nette dégradation passant de 1 294 à 2 109.

b) Les centres de santé

On compte 142 300 habitants/centre de santé. Le nombre de centres de santé est encore insuffisant. L'effectif est passé de 34 à 47 entre 1960 et 1988 mais la plupart rencontre des difficultés en matière d'hospitalisation et de prise en charge des urgences obstétrico-chirurgicales. L'indice lit-population est passé dans la même période de 4 064 à 8 695. Entre 1977 et 1987, 5 nouvelles unités ont été implantées dans la région de Dakar.

Dans le secteur privé on disposait de 25 cliniques et 272 cabinets médicaux presque tous situés dans la région de Dakar.

c) Les postes de santé

En 1988, on comptait, en moyenne, 11 500 habitants/poste de santé.

Il existe d'importantes disparités régionales (6 400 habitants/poste pour la Région de Tambacounda et 19 000 habitants/poste pour la Région de Dakar).

Depuis l'indépendance, le nombre de postes de santé a été multiplié par trois passant ainsi de 201 à 609 en 1986. En 1985, sur 609 postes, 581 étaient fonctionnels dont 437 relèvent du MSP, 85 du privé catholique et 59 des municipalités. En 1988, le nombre de postes de santé est passé à 659. Cet accroissement est dû à l'effort conjugué du secteur public, du secteur privé catholique, des collectivités locales et de la population.

Notons que depuis une décennie, l'État n'a plus construit de postes de santé.

D'autre part, le privé lucratif dispose de 47 postes et de 32 infirmeries.

d) Les infrastructures communautaires

Elles se sont développées depuis 1978 :

- Les maternités rurales sont passées de 169 à 502 entre 1978 et 1988.

- Les cases de santé : on compte 5 200 habitants/case de santé. Elles sont passées de 200 à 1 409 entre 1978 et 1988.

- Les pharmacies villageoises : elles sont transformées en cases de santé. Ces infrastructures communautaires dépendent du village ou de la communauté rurale. On note, depuis 1978, un accroissement significatif du nombre de ces structures grâce à l'assistance internationale dans le cadre des projets pilotes.

e) Les autres structures

Il existe aussi 10 secteurs des Grandes Endémies, 4 instituts spécialisés (IHS - INH - ILAD - IPS), 1 dispensaire itinérant ophtalmologique (DIOP), 3 villages psychiatriques, 13 léproseries, 1 centre d'appareillage, 1 centre d'éducation et de réadaptation des enfants handicapés physiques, 1 service de lutte anti-parasitaire, 2 postes sanitaires aux frontières et 8 services régionaux d'hygiène.

Par ailleurs, il existe une pharmacie nationale d'approvisionnement, 4 pharmacies régionales d'approvisionnement (Saint-Louis, Kaolack, Ziguinchor et Tambacounda), 255 dépôts pharmaceutiques privés, 125 publics, 129 officines et des grossistes-répartiteurs des médicaments importés ou produits localement.

Deux unités de production pharmaceutique sont implantées dans la Région de Dakar : Parke Davis et SIPOA.

f) Les structures sanitaires des Forces Armées

Elles comptent : 2 hôpitaux (Dakar et Thiès), 13 Centres Médicaux de Garnison (CMG), 12 centres Médicaux des Familles (CMF) et 11 Postes Médicaux de Garnison.

2.2. La logistique

L'état du parc automobile ne répond pas aux nécessités ambulatoires des services périphériques et hospitaliers. Ce parc est confronté à de réels problèmes de maintenance.

2.3. Le personnel sanitaire

La situation du personnel du Ministère de la Santé Publique a connu une évolution significative en terme d'effectifs entre 1962 et 1978 passant de 3 857 à 7 494 agents. Durant les 10 dernières années, le nombre des agents a diminué pour atteindre 6 639 en 1988.

Cette déperdition s'explique par les contraintes économiques actuelles qui ne favorisent plus le remplacement des personnels admis à la retraite ou décédés.

a) Les médecins

Leur effectif était de 459 en 1988 dans les secteurs public (MSP) et privé. On comptait, en 1988, 6 médecins/100 000 habitants.

b) Les pharmaciens

Dans le secteur public le nombre de pharmaciens est passé de 19 à 58 entre 1978 et 1986. Depuis 1979, chaque région possède au moins un pharmacien. On comptait, en 1988, 300 pharmaciens (secteurs public et privé), ce qui donne 2,9 pharmaciens/100 000 habitants.

c) Les dentistes

On comptait, en 1988, 0,8 dentistes/100 000 habitants.

d) Les infirmiers

Il s'agit des infirmiers diplômés d'État, des infirmiers spécialistes, des agents sanitaires et des agents techniques médicaux. Ils étaient 2 487 en 1988. Les effectifs en formation sont en baisse constante. On comptait, en 1988, 34,6 infirmiers et agents sanitaires/100 000 habitants. La formation des agents sanitaires est interrompue depuis 1986.

e) Les sages-femmes diplômées d'État

En 1988, elles étaient au nombre de 482 dans les secteurs publics (MSP) et privé. On compte 27,2 sages-femmes/100 000 habitants.

f) Personnel d'hygiène

En 1988, le service d'hygiène comprenait 731 agents.

g) Les agents de santé communautaires (ASC)

En 1986, ils étaient 2 424 dont 420 matrones.

h) Le personnel administratif et de soutien

La déperdition est surtout marquée au niveau du personnel de soutien (manœuvres, chauffeurs, brancardiers, ouvriers, garçons et filles de salle...).

i) Le personnel des Forces Armées

Il était, en 1987, de 104 médecins, 11 pharmaciens, 11 chirurgiens-dentistes, 7 vétérinaires et 256 infirmiers.

2.4. Les programmes nationaux

2.4.1. Les programmes visant la santé de la mère et de l'enfant

- Le programme élargi de vaccination
- Le programme de surveillance et de réhabilitation nutritionnelle
- Le programme de réhydratation par voie orale
- Le programme de santé maternelle et infantile et de planification familiale
- Le programme de lutte antipalustre.
- Le programme de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et contre le SIDA

2.4.2. Programmes de lutte contre les maladies endémiques et épidémiques

- Programme de lutte contre la tuberculose
- Programme de lutte contre la lèpre
- Programme de lutte contre le paludisme
- Programme de lutte contre les MST/SIDA
- Programme de lutte contre l'onchocercose

2.4.3. Autres programmes

- Programme de santé mentale
- Programme de santé bucco-dentaire
- Programme d'hygiène et d'assainissement

2.4.4. Problématique

- La mise en œuvre des programmes a permis d'améliorer la couverture sanitaire, mais comme ces programmes sont exécutés parallèlement, il s'ensuit un gaspillage des ressources.
- Les prestations de service de SMI ne sont ni coordonnées ni supervisées par une même structure.
- Les programmes ne sont pas intégrés entre eux.

3. Financement de la santé

Le financement du secteur santé provient de sources diverses : budget de l'État, populations,

collectivités locales et autres organismes nationaux et internationaux.

3.1. Budget de l'État

3.1.1. Le budget de fonctionnement du Ministère de la Santé Publique

La part du budget national allouée au MSP est passée de 6 % en 1979/1980 à 5 % en 1987/1988. L'accroissement en valeur absolue a été important passant de 6,5 à 9,5 milliards durant la même période. La part allouée aux hôpitaux représente en 1987 environ 50 % du budget de fonctionnement du MSP.

a) Les dépenses de personnel

La part des dépenses de personnel dans le budget est croissante depuis 1980. En 1986/87, elle représentait 68,7 % du budget (7,567 milliards). La part allouée au personnel des hôpitaux représentait 40 % du budget personnel de l'ensemble des formations sanitaires.

b) Les dépenses de matériels et médicaments

Les budgets de matériels et médicaments baissent en valeur réelle ce qui accroît les difficultés de fonctionnement des infrastructures sanitaires, notamment au niveau des hôpitaux.

Les dépenses de matériels et médicaments représentent environ 30 % du budget de fonctionnement dont 14 % sont réservés aux médicaments ce qui est faible compte tenu des besoins importants des structures et du coût croissant des médicaments.

Le budget médicaments des hôpitaux absorbent 86 % du budget médicaments du Ministère de la Santé Publique.

c) Les transferts

Ils sont constitués par les dépenses liées aux frais d'entretien des ambulances et de carburant pour les évacuations sanitaires, les subventions à l'Institut de Pédiatrie Sociale et des allocations scolaires et universitaires. Cette part du budget de fonctionnement est faible.

3.1.2. Le budget d'investissement du MSP

Il regroupe les dépenses d'équipement, les constructions, les rénovations et les extensions des infrastructures.

L'État qui consacre une grande partie de ses efforts dans les dépenses de fonctionnement voit sa part de budget d'investissement réduite.

3.1.3. Les dépenses de santé des autres départements ministériels

Les organismes publics et parapublics (Ministères de l'Intérieur, des Forces Armées, de l'Économie et des Finances, de l'Éducation nationale, de l'Enseignement Supérieur, de la Fonction Publique et du Travail) participent au financement de la Santé par le biais des structures relevant de leur département respectif. C'est ainsi qu'entre 1975 et 1987 la moyenne annuelle de cette contribution est estimée à 1,3 milliards de F CFA pour les frais de fonctionnement, hors salaires.

La contribution de l'État aux organismes internationaux de santé s'effectue à partir du budget du Ministère des Affaires Étrangères.

3.2. Participation des collectivités locales

La communauté rurale alloue 8 % de son budget à la santé. Cependant ces 8 % ne sont accordés qu'au prorata des recettes et comme dotation initiale en médicaments ou en investissements. La participation des communes qui devrait être de 9 % n'est ni connue ni maîtrisée.

Ces dotations sont rangées dans la rubrique des dépenses facultatives et ne sont donc pas toujours effectives.

3.3. Participation des populations à l'effort de santé

La participation s'effectue par :

- La construction des infrastructures. Ainsi à ce jour, 1 265 cases de santé, 53 maternités rurales, 61 postes de santé et 2 centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ont été réalisés.
- La mise à disposition du personnel communautaire.
- La participation financière aux consultations, accouchements et autres soins.

La progression de la participation des populations est encore lente mais son apport au fonctionnement est fort appréciable (385,6 millions en 1985). La part de la participation des populations en dépenses de médicaments varie de 15 à 47 % du budget de médicaments des formations sanitaires.

La participation des populations s'organise autour de chaque type d'infrastructure (centre de santé, poste de santé et case de santé) sous forme de comité de santé. Les comités de santé se regroupent au niveau départemental et constituent l'Association pour la Promotion de la Santé (APS).

Les comités de santé sont composés de :

- sous-comité des mamans chargé des activités de Santé Maternelle et Infantile ;
- sous-comité de salubrité chargé des problèmes d'assainissement des localités. ;
- sous-comité de gestion chargé de la gestion des fonds collectés.

3.4. Autres sources de financement

- a) L'aide extérieure est surtout orientée vers le financement des investissements et représente 89 % de l'investissement du secteur santé du VII^{ème} Plan.
- b) Les ONG contribuent au financement des investissements en appuyant des projets de développement intégré ou en intervenant directement dans le secteur.
- c) Certaines sociétés publiques, parapubliques et privées (LONASE, SOMIVAC, SAED, CSS, etc...) participent également au financement de la santé.
- d) Des associations diverses notamment les regroupements d'émigrés participent aussi d'une manière appréciable à l'effort de santé.

4. Contraintes

Les contraintes du secteur santé sont les suivantes :

4.1. Contraintes d'ordre organisationnel

1. Insuffisance de la coordination à l'échelon central et périphérique.
2. Absence de cadre juridique pour les comités de santé et les APS pour mieux gérer les activités de santé et promouvoir la participation des populations.
3. Difficultés d'approvisionnement en médicaments.
4. Faiblesse du système d'information sanitaire.
5. Structures du système de santé insuffisamment responsabilisées.
6. Absence d'un programme national de réhabilitation du patrimoine.
7. Insuffisance dans la gestion des ressources humaines entraînant des disparités dans la couverture sanitaire.
8. Insuffisance de la collaboration et de la coopération inter- et multisectorielle.
9. Absence d'un cadre adéquat de coordination et de planification des activités de santé tenant compte de tous les secteurs à vocation sanitaire et sociale.
10. Absence de motivation significative du personnel (État et communauté) ne favorisant pas le rendement et la qualité des prestations de services.
11. Difficultés dans l'organisation et la gestion des hôpitaux du fait de l'inadaptation des statuts.
12. Insuffisance du contrôle et de la supervision des structures de santé.
13. Inefficiences du système d'orientation-recours entraînant l'engorgement des hôpitaux nationaux.
14. Défaillance du plateau technique au niveau de certains hôpitaux et centres de santé.
15. Inadéquation entre formation et utilisation du personnel et absence de description de tâches et de postes.
16. Absence d'intégration des programmes de santé.
17. Allocation et utilisation non rationnelles des ressources.
18. Absence d'un plan de développement des ressources humaines.

4.2. Contraintes d'ordre géographique

Une sécheresse persistante a accéléré l'exode rural et aggravé les disparités régionales de la couverture sanitaire.

4.3. Contraintes d'ordre économique

La crise économique a entraîné au niveau du pays la mise en application d'un programme d'ajustement structurel.

Au niveau du secteur de la santé cette situation s'est traduite par :

- 1) Une diminution relative du budget de la santé
- 2) Une limitation des infrastructures sanitaires
- 3) Une réduction du personnel de santé
- 4) Des conditions d'existence rendues plus difficiles pour les groupes vulnérables, notamment les mères et les enfants.

4.4. Contraintes d'ordre social

- 1) Une forte croissance démographique
- 2) Une recrudescence de la délinquance juvénile avec ses corollaires (insécurité, usage des substances psychotropes, alcool et tabac, prostitution, etc...)
- 3) Une dégradation des conditions sanitaires liées à la promiscuité, au manque d'hygiène et à l'habitat insalubre.
- 4) Une dégradation du pouvoir d'achat des familles.
- 5) L'analphabétisme et la persistance de certaines pratiques néfastes des mères.

Deuxième Partie : Politique de santé

A) Fondements et principes

1. Fondements

L'intervention de l'État dans le domaine de la Santé se justifie et se légitime par le rôle qui lui

Politique de Santé du Sénégal 1989

est dévolu par la Constitution qui dispose en son article 14 que « l'État et les Collectivités Publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille ».

Il appartient au Chef de l'État de définir la politique de la santé et au Gouvernement, en l'occurrence le Ministère de la Santé Publique, de mettre en œuvre cette politique. La Constitution Sénégalaise admet que le droit à la santé est un droit fondamental.

2. Principes

L'État sénégalais fait siennes les dispositions contenues dans les textes internationaux en matière de santé notamment :

- la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
- la Charte de l'OUA
- le *Codex Alimentarius*
- le Pacte International relatif aux droits économiques et sociaux
- la Charte de Développement Sanitaire de la Région Africaine d'ici à l'an 2000
- la Déclaration d'Alma Ata sur la Stratégie des Soins de Santé Primaires
- La Déclaration des Chefs d'État de l'OUA : Santé base du développement.

Le Sénégal a pris un certain nombre de textes en faveur de l'amélioration de la santé des populations, parmi lesquels on peut citer :

- le Code de la Santé Publique
- le Code de l'Hygiène
- le Code de l'Eau
- le Code de l'Environnement.

Le Droit à la santé est un droit individuel. L'État et les collectivités ne doivent pas porter atteinte à la vie, à la dignité, à l'intégrité physique, morale et mentale des personnes ou même poser des actes susceptibles de nuire à la santé de l'homme.

Comme droit collectif, le droit à la santé implique pour la société et l'État l'obligation d'agir dans l'intérêt de chacun et de tous au nom du principe d'égalité et d'équité.

Outre le droit à la santé, on peut retenir les principes suivants :

- la santé comme élément fondamental dans les stratégies et plans de développement
- Le devoir pour l'État du Sénégal de résoudre les problèmes de santé par une approche quadridimensionnelle à la fois préventive, curative, éducative et sociale.
- le caractère indivisible de la médecine depuis l'échelon de base (infrastructures communautaires) jusqu'au centre hospitalier universi-taire (CHU)
- le respect des engagements pris par le Sénégal auprès de la Communauté Internationale.

B) Finalité

Favoriser le bien-être pour toutes les catégories de la population.

C) Objectifs généraux

1. Améliorer la couverture sanitaire particulièrement en zone rurale et sub-urbaine.
2. Améliorer la santé de la mère et de l'enfant.
3. Développer des actions préventives et éducatives.
4. Rationaliser les activités curatives.
5. Rationaliser et développer les ressources humaines, matérielles et financières.
6. Maîtriser les variables démographiques.

D) Objectifs stratégiques

1. Promouvoir la participation des populations à l'effort de santé.
2. Renforcer le système d'information, d'éducation et de communication.
3. Améliorer la qualité des prestations des services.
4. Intégrer la planification et l'exécution des programmes de santé.
5. Renforcer et développer la recherche en particulier la recherche opérationnelle.
6. Rationaliser l'utilisation du médicament.
7. Améliorer le système de production, d'approvisionnement et de distribution du médicament.
8. Promouvoir l'hygiène et l'assainissement.
9. Renforcer la décentralisation et la déconcentration.
10. Rationaliser la formation du personnel de santé.
11. Renforcer la gestion des ressources humaines, matérielles et financières.
12. Développer les ressources humaines, matérielles et financières
13. Promouvoir la collaboration inter- et multisectorielle.

E) Stratégies

L'ensemble des stratégies définies ci-dessous doivent s'articuler autour de la généralisation des soins de santé primaires, fondement de notre politique de santé.

Objectif 1 : Promouvoir la participation des populations à l'effort de santé.

Stratégie 1 : Définition des rôles complémentaires de l'État et des populations à tous les niveaux du système.

Stratégie 2 : Création d'un cadre organisationnel adéquat de concertation permanente des

populations et des techniciens à tous les niveaux.

Stratégie 3 : Définition d'un cadre juridique des comités de santé et des APS.

Stratégie 4 : Information et éducation des populations.

Stratégie 5 : Implication de la population à la prise de décision et à la gestion.

Stratégie 6 : Promotion du secteur associatif et privé.

Objectif 2 : Renforcer le système d'information, d'éducation et de communication.

Stratégie 1 : Développement des programmes d'IEC (information - éducation et communication) axés sur les problèmes de santé.

Stratégie 2 : Diversification des canaux d'information.

Stratégie 3 : Mise en oeuvre d'un plan de diffusion régulière de l'information adapté au profil épidémiologique.

Stratégie 4 : Coordination et harmonisation des programmes IEC pour la cohérence des messages.

Stratégie 5 : Évaluation périodique des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des populations pour réorienter les programmes d'IEC.

Stratégie 6 : Amélioration du système d'information sanitaire (SIS) à tous les niveaux.

Objectif 3 : Améliorer la qualité des prestations de services.

Stratégie 1 : Définition claire des fonctions de chaque formation sanitaire et du système d'orientation-recours.

Stratégie 2 : Définition claire des postes de travail

Stratégie 3 : Mise en place d'un plateau technique approprié à chaque niveau de la pyramide de santé.

Stratégie 4 : Développement des compétences techniques du personnel en adéquation avec les activités à mener.

Stratégie 5 : Développement des programmes de santé notamment pour le 3^{ème} âge, la santé bucco-dentaire, la santé scolaire, la lutte contre les fléaux sociaux,...

Stratégie 6 : Amélioration des systèmes de gestion à tous les niveaux de la pyramide de santé.

Objectif 4 : Intégrer la planification et l'exécution des programmes de santé.

Au niveau central

Stratégie 1 : Regroupement des programmes qui visent la mère et l'enfant au sein d'un service responsable de la coordination et du suivi de ces activités.

Stratégie 2 : Concertation et coordination dans l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes.

Au niveau régional

Stratégie 1 : Définition de plans d'action intégrant toutes les activités des programmes au niveau de chaque structure.

Stratégie 2 : Concertation et coordination dans la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes.

Stratégie 3 : Réorganisation des équipes de santé en vue de l'intégration des activités de supervision.

Au niveau périphérique

Stratégie 1 : Implication effective de la population dans tout le processus gestionnaire de développement sanitaire.

Objectif 5 : Renforcer et développer la recherche en particulier la recherche opérationnelle.

Stratégie 1 : Promotion des initiatives de recherche.

Stratégie 2 : Amélioration des compétences et des moyens de recherche.

Stratégie 3 : Identification de domaines prioritaires de recherche sur le système de santé.

Stratégie 4 : Collaboration et coordination de la recherche en relation avec les services concernés.

Objectif 6: Rationaliser l'utilisation du médicament.

Stratégie 1 : Révision et adoption de listes des médicaments essentiels à chaque niveau.

Stratégie 2 : Élaboration de guides thérapeutiques standards pour les maladies les plus fréquentes.

Stratégie 3 : Sensibilisation et information des prescripteurs et des populations à l'utilisation des médicaments essentiels.

Objectif 7 : Améliorer le système de production, d'approvisionnement et de distribution du médicament.

Stratégie 1 : Nécessité d'assurer à la PNA une autonomie de gestion et d'Approvisionnement.

Stratégie 2 : Nécessité d'assurer par la PNA un système d'approvisionnement régulier, compétitif et souple surtout en médicaments essentiels.

Stratégie 3 : Nécessité de décentraliser le circuit d'approvisionnement et de distribution du médicament.

Politique de Santé du Sénégal 1989

Stratégie 4 : Nécessité d'assurer une meilleure gestion du stock à tous les niveaux du système.

Stratégie 5 : Promotion de la production locale au niveau des formations sanitaires.

Stratégie 6 : Renforcement du contrôle du médicament.

Objectif 8 : Promouvoir l'hygiène et l'assainissement.

Stratégie 1 : Intégration des activités d'hygiène au niveau des structures de santé.

Stratégie 2 : Développement des activités d'IEC en matière d'hygiène et d'assainissement.

Stratégie 3 : Encouragement de la participation des populations, des collectivités locales et des autorités administratives aux efforts d'hygiène et d'assainissement.

Stratégie 4 : Diffusion large des technologies appropriées en matière d'hygiène et d'assainissement.

Stratégie 5 : Contrôle des eaux et des aliments.

Objectif 9 : Renforcer la décentralisation et la déconcentration.

— La Circonscription médicale est définie comme le niveau opérationnel de la décentralisation.

Stratégie 1 : Élaboration des Plans Départementaux de Développement Sanitaire (PDDS) dans le cadre du Comité Départemental de Développement (CDD).

Stratégie 2 : Autonomie de gestion des ressources humaines, financières et matérielles.

Stratégie 3 : Élaboration des Plans Régionaux de Développement Sanitaire (PRDS) à partir des PDDS dans le cadre du Comité Régional de Développement (CRD).

Stratégie 4 : Renforcement de la capacité de la Région Médicale à assurer la coordination, le suivi et l'évaluation des activités de santé.

Stratégie 5 : Renforcement de la capacité du niveau central à superviser la mise en œuvre de la décentralisation, à appuyer les Régions Médicales et les Circonscriptions Médicales à fournir les directives sur l'allocation des ressources globales du secteur et à évaluer les résultats.

Objectif 10 : Rationaliser la formation du personnel de santé.

Stratégie 1 : Réorganisation des programmes des écoles de formation en vue d'une meilleure adéquation, formation, utilisation.

Stratégie 2 : Augmentation des effectifs de la catégorie B (étudiant libre de tout engagement vis-à-vis de l'État) dans les écoles de formation.

Stratégie 3 : Définition d'un plan national de formation et recyclage.

Objectif 11 : Renforcer la gestion des ressources humaines, matérielles et financières.

Stratégie 1 : Évaluation des ressources disponibles.

Stratégie 2 : Définition de normes réalistes d'affectation des ressources.

Stratégie 3 : Élaboration de plans de redéploiement des personnels de santé à tous les niveaux.

Stratégie 4 : Utilisation optimale et rationnelle des ressources disponibles.

Stratégie 5 : Motivation du personnel de santé.

Stratégie 6 : Contrôle adéquat des ressources disponibles.

Stratégie 7 : Élaboration d'un plan de développement, de réhabilitation et de consolidation du patrimoine sanitaire.

Objectif 12 : Développer les ressources humaines, matérielles et financières.

Stratégie 1 : Élaboration d'un plan de recrutement des personnels de santé.

Stratégie 2 : Développement d'un plan de financement du système de santé.

Objectif 13 : Promouvoir la collaboration inter- et multisectorielle.

Stratégie 1 : Redynamisation des instances de concertation et de coordination à tous les niveaux.

Stratégie 2 : Définition de domaines de collaboration entre le Ministère de la Santé et les autres secteurs de développement.

Stratégie 3 : Promotion de la concertation avec le secteur privé de santé.

F) Réformes

1. Réformes d'ordre institutionnel

Pour améliorer la coordination des activités techniques de santé au sein du Ministère de la Santé Publique pour répondre aux nouvelles orientations définies par le Département notamment en matière de décentralisation et de collaboration inter- et multisectorielle, il est nécessaire d'entreprendre un certain nombre de réformes.

a) Réorganisation du Ministère de la Santé Publique

- Création d'un organe central de coordination type secrétariat général

- Restructuration du Ministère de la Santé Publique dans un souci d'intégration et de rationalisation des programmes et des activités.

b) Restructuration de la PNA et des PRA

- Faire de la PNA (Pharmacie Nationale d'Approvisionnement) une Société Nationale liée au Ministère de la Santé par un contrat-plan.

- Généralisation des PRA.

c) Création d'un cadre juridique pour réorganiser la participation des populations.

d) Révision des textes régissant la participation des collectivités locales à l'effort de santé en vue d'obtenir :

- la participation annuelle d'au moins 8 % des recettes des communautés rurales et de 9 % des communes.

- la possibilité d'utiliser ces participations selon les besoins exprimés par les populations dans le cadre des PRDS.

e) Révision du statut du CHU et des autres hôpitaux vers une autonomie financière et une amélioration du système de gestion.

2. Autres réformes

- Prise de dispositions législatives et réglementaires pour que les formations sanitaires puissent, dans le cadre de l'exécution des plans de développement sanitaire, disposer des budgets fournis par l'État, les collectivités locales et les populations et gérer ces budgets.

- Révision des textes régissant l'exercice de la médecine publique et privée.

- Élaboration de textes régissant l'exercice de la médecine traditionnelle.

- Élaboration des textes relatifs à l'intégration des écoles de formation relevant du Ministère de la Santé Publique à l'École nationale des infirmiers et infirmières d'État (ENIIE).

G. Suivi et évaluation

Ils se feront :

Au niveau national :

Par le Conseil National de Santé qui se réunira une fois par an pour faire le point sur la mise en œuvre de la Politique de Santé.

Au niveau régional :

Par le Conseil Régional de Santé qui se réunira tous les six mois.

H. Tableau récapitulatif

Objectifs / Stratégies / Réformes	Maître d'œuvre	Départements impliqués	Période de préparation
a) Objectifs et Stratégies			
Objectif 1 : Promouvoir la participation des populations à l'effort de santé.			
Stratégie 1 : Définition des rôles complémentaires de l'État et des populations à tous les niveaux du système.			
Stratégie 2 : Création d'un cadre organisationnel adéquat de concertation permanente des populations et des techniciens à tous les niveaux.	MSP	MINT-MDS BOM-SGPR M. émigrés	avril 89 sept 89
Stratégie 3 : Définition d'un cadre juridique des comités de santé et des APS.		MEF	
Stratégie 4 : Information et éducation des populations.			
Stratégie 5 : Implication de la population à la prise de décision et à la gestion.			
Stratégie 6 : Promotion du secteur associatif et privé.			
Objectif 2 : Renforcer le système d'information, d'éducation et de communication.			
Stratégie 1 : Développement des programmes d'IEC (Information-éducation et communication) axés sur les problèmes de santé.			

Stratégie 2 : Diversification des canaux d'information.

Stratégie 3 Mise en œuvre d'un plan de diffusion régulière de l'information adapté au profil épidémiologique.

Stratégie 4 : Coordination et harmonisation des programmes IEC pour la cohérence des messages.

MDS-MES
MJS-MT juin 89
MSP MEN août 89

Stratégie 5 : Évaluation périodique des connaissances, aptitudes et pratiques (CAP) des populations pour réorienter les programmes d'IEC.

MINT-MFA
MICOM

Stratégie 6 : Amélioration du système d'information sanitaire (SIS) à tous les niveaux.

Objectif 3 Améliorer la qualité des prestations de services.

Stratégie 1 : Définition claire des fonctions de chaque formation sanitaire et du système d'orientation - recours.

Stratégie 2 : Définition claire des postes de travail.

Stratégie 3 : Mise en place d'un plateau technique approprié à chaque niveau de la pyramide de santé.

Stratégie 4 : Développement des compétences techniques du personnel en adéquation avec les activités à mener.

MSP SGPR-MES août 89
(CHU) nov 89

Stratégie 5 : Développement des programmes de santé notamment pour le 3e âge, la santé bucco-dentaire, la santé scolaire, la lutte contre les fléaux Sociaux...

a) 3e âge

MSP MDS juin 89
juil 89

b) lutte contre les fléaux sociaux : (alcool, drogue, MST, catastrophes)

MSP MDS-MFA juin 89
MINT déc 89

Stratégie 6 : Amélioration des systèmes de gestion à tous les niveaux de la pyramide de santé

MSP MT-MJS

Objectif 4 : Intégrer la planification et l'exécution des programmes de santé,

Stratégies au niveau central

Stratégie 1 : Regroupement des programmes qui visent la mère et l'enfant au sein d'un service responsable de la coordination et du suivi de ces activités.

MSP MDS-MFA juil 89

Stratégie 2 : Concertation et coordination dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes.

MES-(CHU) oct 89
MPC

Stratégies au niveau régional

Stratégie 1 : Définition de plans d'action intégrant toutes les activités des programmes au niveau de chaque structure.

Stratégie 2 : Concertation et coordination dans la mise

MSP MDS-MFA avril 89

Politique de Santé du Sénégal 1989			
en œuvre et l'évaluation des programmes.		MINT-MDR SGPR	févr 90
Stratégie 3 : Réorganisation des équipes de santé en vue de l'intégration des activités de supervision.			
<i>Stratégie au niveau périphérique</i>			
Stratégie 1 : Implication effective de la population dans le processus gestionnaire de développement sanitaire.			
<hr/>			
Objectif 5 : Renforcer et développer la recherche en particulier la recherche opérationnelle.			
Stratégie 1 : Promotion des initiatives de recherche.			
Stratégie 2 : Amélioration des compétences et des moyens de recherche.			
Stratégie 3 : Identification de domaines prioritaires de recherche sur le système de santé.	MSP	MPC-MES (CHU) MDIA-SGPR	juil 89 avril 90
Stratégie 4 : Collaboration et coordination de la recherche en relation avec les services concernés.			
Objectif 6 : Rationaliser l'utilisation du médicament.			
Stratégie 1 : Révision et adoption de listes des médicaments essentiels à chaque niveau.			
Stratégie 2 : Élaboration de guides thérapeutiques standards pour les maladies les plus fréquentes.			MSP SGPR-
oct 89			MDS-MINT
Stratégie 3 : Sensibilisation et information des prescripteurs et des populations à l'utilisation des médicaments essentiels.			MComme MICOM
<hr/>			
Objectif 7 : Améliorer le système de production, d'approvisionnement et de distribution du médicament.			
Stratégie 1 : Nécessité d'assurer à la PNA une autonomie de gestion et d'approvisionnement			
Stratégie 2 : Nécessité d'assurer par la PNA un système d'approvisionnement régulier, compétitif et souple surtout en médicaments essentiels.			
Stratégie 3 : Nécessité de décentraliser le circuit d'approvisionnement et de distribution du médicament.	MSP	SGPR-MEF MES-MDIA MComme.	mars 88 oct 89
Stratégie 4 : Nécessité d'assurer une meilleure gestion du stock à tous les niveaux du système.			
Stratégie 5 : Promotion de la production locale au niveau des formations sanitaires.			
Stratégie 6 : Renforcement du contrôle du médicament.			
<hr/>			
Objectif 8 : Promouvoir l'hygiène et l'assainissement.			
Stratégie 1 : Intégration des activités d'hygiène au niveau des structures de santé.			
Stratégie 2 : Développement des activités d'IEC en matière d'hygiène et d'assainissement.			
Stratégie 3 : Encouragement de la participation des populations, des collectivités locales et des autorités	MSP	MH-MPN	août 89

administratives aux efforts d'hygiène et d'assainissement

MDS-MINT
déc 89
ME-MUH

Stratégie 4 : Diffusion large des technologies appropriées en matière d'hygiène et d'assainissement. MFA-MJ

Stratégie 5 : Contrôle des eaux et des aliments.

Objectif 9 : Renforcer la décentralisation et la déconcentration.

Stratégie 1 : Élaboration des Plans Départementaux de Développement Sanitaire (PDDS) dans le cadre du Comité Départemental de Développement (CDD).

Stratégie 2 Autonomie de gestion des ressources humaines, financières et matérielles

Stratégie 3 : Élaboration des Plans Régionaux de Développement Sanitaire (PRDS) à partir des PDDS dans le cadre du Comité Régional de Développement (CRD).

Stratégie 4 : Renforcement de la capacité de la Région Médicale à assurer la coordination, le suivi et l'évaluation des activités de santé.

Stratégie 5 : Renforcement de la capacité du niveau

central à superviser la mise en œuvre de la décentralisation, à appuyer les Régions Médicales et Circonscriptions Médicales à fournir les directives sur l'allocation des ressources globales secteur et à évaluer les résultats.

MSP

MINT-SGPR
MPC-MEF
MDS-BOM

avril 89
oct 90

Objectif 10 : Rationaliser la formation du personnel de santé.

Stratégie 1 : Réorganisation des programmes des écoles de formation en vue d'une meilleure adéquation, formation utilisation.

MSP

SGPR-MES
(CHU)-MPC

mars 89
août 89

Stratégie 2 : Augmentation des effectifs de la catégorie B (étudiant libre de tout engagement vis à vis de l'État dans les écoles de formation.

Stratégie 3 : Définition d'un plan national de formation et recyclage.

Objectif 11 : Renforcer la gestion des ressources humaines, matérielles et financières.

Stratégie 1 : Évaluation des ressources disponibles.

Stratégie 2 : Définition des normes réalistes d'affectation des ressources.

MSP

SGPR-MPC
MFPT-MEF

mars 89
sept 89

Stratégie 3 : Élaboration de plans de redéploiement des personnels de santé à tous les niveaux.

Stratégie 4 : Utilisation optimale et rationnelle des ressources disponibles.

MAE

Stratégie 5 : Motivation du Personnel de santé.

Stratégie 6 : Contrôle adéquat des ressources disponibles.

Stratégie 7 : Élaboration d'un plan de développement, de réhabilitation et de consolidation du patrimoine sanitaire.

Politique de Santé du Sénégal 1989

Objectif 12 : Développer les ressources humaines, matérielles et financières.

Stratégie 1 : Élaboration d'un plan de recrutement des personnels de santé.

MSP

SGPR-MFP
MPC-MEF
MAE

juin 89
sept 89

Stratégie 2 : Développement d'un plan de financement du système de santé.

Objectif 13 : Promouvoir la collaboration inter et multisectorielle.

Stratégie 1 : Redynamisation des instances de concertation et coordination à tous les niveaux.

Stratégie 2 : Définition de domaines de collaboration entre le Ministère de la Santé et les autres secteurs développement.

MSP

Tous les

juil 89
Départe

Stratégie 3 : Promotion de la concertation avec le secteur privé de santé.

b) Réformes 89

MSP

SGPR-BOM

avril

Réorganisation du MSP.

MSP SGPR-BOM mars 89

MEF-MDIA oct 89

Restructuration PNA/PRA.

Cadre juridique APS et Comité de Santé MSP BOM-MINT mars 89

SGPR-MJ juil 89

Révision textes participation collectivités locales.

MSP MINT-SGPR

juil 89

BOM-MEF oct 89

Révision statut CHU et hôpitaux.

MSP MES-MEF

avril 89

MJ-BOM juil 89

SGPR

Dispositions législatives et réglementaires en vue autonomie financière des régions

MSP MJ-SGPR

févr 90

MEF-BOM

juil 90

MPC-MINT

Révision textes régissant l'exercice de la Médecine publique et privée.

MSP MJ-MES

mai 89

MEF-MEN

août 89

MFPT-SGPR

BOM

Élaboration textes régissant l'exercice de la médecine traditionnelle.

BOM-SGPR août 89

MSP MPC-MJ

mai 89

Élaboration textes pour intégration des écoles de

MSP MEF-BOM mai 89

formation relevant du MSP à l'ENIIE.

SGPR oct 89

Annexe 6

affectés par l'université

REPUBLIQUE DU SENEGAL
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI



SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

REPARTITION DES EFFECTIF DES ETATIQUE PAR CATEGORIE SOCIO PROF UNIVERSITAIRE

NUMERO	CATEGORIE SOCIO PROFF	SEXE		EFFECTIF TOTAL
		M	F	
PERSONNEL MEDICAL				
	Professeur		5	1
1	Médecin Généraliste		1	2
2	Médecin Pédiatre		1	0
3	Médecin Ophtalmologue		0	1
4	Assistant Chef Clinique		2	0
	TOTAL		9	4
				13
PERSONNEL ADMINISTRATION				
1	Sécrétaire Médicale		0	2
	TOTAL		0	2
	TOTAL GENERAL		9	6
				15

Annexe 7

les titulaires recrutés par l'hôpital

REPUBLIQUE DU SENEGAL
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI



SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

REPARTITION DE L EFFECTIF DU CHAN PAR CATEGORIE SOCI PROFESSIONNELLE ET PAR SEXE TIT

NUMERO	CATEGORIE SOCIO PROFESSIONNELLE	SEXE		EFFECTIF
		M	F	
PERSONNEL MEDICAL				
	Médecin Anesthésie/Réanimation	1		1
	Médecin Généraliste		1	1
	Médecin Chirurgien	1	2	3
	Médecin Gastro Enterologie	0	1	1
	Pharmacien		1	1
	Médecin Gynécologie	2	1	3
	TOTAL	4	6	10
PERSONNEL PARA MEDICAL				
	Technicien Supérieure de Laboratoire	0	6	6
	Aide de Laboratoire	1	1	2
	Technicien supérieure en Biologie	2	1	3
	Technicien Supérieure en Diététicien	1	0	1
	Technicien Supérieure en Anesthésie/Réa	1	0	1
	Aide Radiologie	0	3	3
	Sage Femme d'Etat	0	7	7
	Infirmière d'Etat	2	2	4
	Agent Sanitaire	0	10	10
	Infirmier Breveté	1	10	11
	Aide Infirmier	8	46	54
	TOTAL	16	86	102
TECHNICIEN MAINTENANCE				
	Technicien Supérieur en Maintenance	2	0	2
	Electricien	2	0	2
	Plombier	1	0	1
	Menuisier Métalique	1	0	1
	Menuisier de Bois	1	0	1
	TOTAL	7	0	7
AGENT DE SERVICE				
	Manceuvre	3	0	3
	Agent de nettoyage	6	9	15
	Agent de Sécurité	6	0	6

		TOTAL	15	9	24
		ADMINISTRATION			
		Caissier	6	0	6
		Comptable	7	3	10
		Aide Comptable	1	3	4
		Secrètaire de Direction	1	3	4
		Secrètaire Médicale	0	2	2
		Secrètaire Dactylographe	0	3	3
		Secrètaire Bureautique	0	4	4
		Opèrateur de Saisi	1	1	2
		Assistante sociale	0	1	1
		Archiviste	0	1	1
		Technicien en Informatique	1	0	1
		Analyse Programmeur	1	2	3
		Agent Administratif	3	1	4
		Commis	4	2	6
		Cuisinier	0	4	4
		Cadre d'administration	3	0	3
		Conseil Financier	1	0	1
		Vendeur en Pharmacie	0	2	2
		Standardiste	0	4	4
		Guichetier	0	0	1
		Collecteur	1	0	1
		Lingère	0	3	3
		Coutrière	0	1	1
		Chauffeur	4	0	4
		Mécanicien	1	0	1
		Conseil Affaire Communal	0	1	1
		TOTAL	35	41	77
		TOTAL GENERAL	77	142	220

NB/ Seynabou BA Mle de solde N° 97690/A Chirurgien est en disponibilité

Annexe 8

REPUBLIQUE DU SENEGAL
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI

*affectés par l'Etat
Fonction publique*



SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

REPARTITION DES EFFECTIF DES ETATIQUE PAR CATEGORIE SOCIO PROF ETATIQUE

NUMERO	CATEGORIE SOCIO PROFF	SEXE		EFFECTIF TOTAL
		M	F	
PERSONNEL MEDICAL				
	Mèdecin Anesthésiste/Rèa	1	0	1
1	Mèdecin Généraliste	2	0	2
2	Mèdecin Pédiatre	1	1	2
3	Mèdecin Chirurgien Pédiatre	2	0	2
4	Mèdecin Cardiologue	0	1	1
	TOTAL	6	2	8
PERSONNEL PARA MEDICAL				
1	Agent Sanitaire	0	1	1
2	Sage Femme d'Etat	0	8	8
3	Infirmière d'Etat	0	2	2
4	T S en Anesthésie	2	0	2
5	T S en Ophtalmologie	3	6	9
6	T S en Prothèse Dentaire	1	0	1
7	Assistante Infirmière d'Etat	0	1	1
	TOTAL	6	18	24
PERSONNEL ADMINISTRATION				
1	Administrateur	1	0	1
2	Economiste	2	0	2
3	Commis d'Administration	0	0	0
4	Assistant social	1	0	1
5	Ageant d'Hygiène et de Sécurité	1	0	1
	TOTAL	5	0	5
	TOTAL GENERAL	17	20	37

Annexe 9

affectés par le mâne



SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

EFFECTIF PAR CATEGORIE SOCIO PROF VILLE

NUMERO	CATEGORIE SOCIO PROF	SEXE		TOTAL
PERSONNEL MEDICAL				
1	Médecin Généraliste	0	1	1
2	Médecin Gynécologue	0	1	1
3	Médecin Biologiste	1	0	1
4	Médecin Diabétologue	1	0	1
5	Médecin Ophtalmologue	0	1	1
6	Médecin Pédiatre	0	1	1
	TOTAL	2	4	6
PERSONNEL PARA MEDICAL				
1	Infirmière Brevetée	0	19	19
2	Infirmière d'Etat	0	2	2
3	Agent Sanitaire	0	2	2
4	Sage Femme d'Etat	0	5	5
5	Aide Infirmiers	0	3	3
6	T S Laboratoire	0	2	2
7	Infirmière Puéricultrice	0	2	2
8	Agent de Service	2	0	2
	TOTAL	2	35	37
PERSONNEL ADMINISTRATIF				
1	Gestionnaire	1	0	1
2	Gestionnaire en Mamangement Qualité	0	1	1
3	Sècrètaire de Direction	0	1	1
4	Sècrètaire Médical	0	1	1
5	Chauffeur	1	0	1
6	Surveillante	0	1	1
7	Aide Social	0	1	1
	TOTAL	2	5	7
	TOTAL GENERAL	6	44	50

Annexe 10



SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

MARC SANKALE

NUM	PRENOMS	NOM	MLE	CATEG SOCIO PROF	STATUT
1	Saïd Norou	DIOP	371 878/C	Professeur	CDI UN
2	Maïmouna	NDOUR	103 112/B	Professeur	CDI UN
3	Madeleine	SAMB	103 861/A	Sècrétaire Médicale	CDI UN
4	Mahècor	DIOUF	620 020/H	Mèdecin Interniste	CDI
5	Faly	SAMB	615 882/H	Assistant Social	CDI
6	Ibrahima <i>Mane</i>	DIALLO	CONTR	Mèdecin Généraliste	CDI
7	Binta	SOW	904295/O	Sècrétaire Médicale	CDI Ville
8	Adji Nafisa	GUEYE	918 898/I	Mèdecin Interniste	CDI CHAN
9	Dieynaba	KHOUMA	91 033/H	Aide Infirmière	CDI CHAN
10	Nassibatou	DIABY	922 487/F	Aide Infirmière	CDI CHAN
11	Yacine	FAYE	922 488/E	Aide Infirmière	CDI CHAN
12	Fatoumata	GUEYE	922 486/C	Aide Infirmière	CDI CHAN
13	Ndèye Touty	GUEYE	901 566/E	Aide Infirmière	CDI CHAN
14	Louise Henriette	NDAO	922 490/N	Aide Infirmière	CDI CHAN
15	Babacar	DJIGAL	922 489/D	Aide Infirmier	CDI CHAN
16	Ouseynou Fall	COULIBALY	922 495/I	Agent Administratif	CDI CHAN
17	Mamadou	KANE	922 503/A	Agent Administratif	CDI CHAN
18	Mamadou Moustapha	DIALLO	922 505/A	Agent de Sécurité	CDI CHAN
19	Mamadou Lamarana	DIALLO	922 493/K	Manceuvre	CDI CHAN
20	Papa Aliou	DIEDHIOU	922 492/L	Manceuvre	CDI CHAN
21	Ousmane	DIOUF	922 491/M	Manceuvre	CDI CHAN
22	Ndèye Aissatou	BA		Assistante Inf d'Etat	CDD CHAN
23	Abdou	FAYE		Infirmier d'Etat	CDD CHAN
24	Ndèye Fatou	DIAGNE		Assistante infirmière	CDD CHAN
25	<i>M. Mily Sow</i>	<i>Sow</i>		<i>Medecin</i>	
26	<i>M. Moudou Nantou Nday</i>	<i>Nday</i>			

Annexe 11

Tableau 33 : Liste des remèdes traditionnels utilisés par les patients

Noms des médicaments ou plantes révélés par les patients	Noms scientifiques
<i>Eau bénite</i>	
<i>Khobou néu</i>	<i>Neocarya macrophylla</i>
<i>Feuilles de corossol</i>	<i>Annona reticulata</i>
<i>Kèl</i>	<i>Grewia bicolor</i>
<i>béer bi</i>	<i>Sclerocarya birrea</i>
<i>Pouléwi</i>	
<i>Diguithié</i>	
<i>Sepeu</i>	
<i>Eri</i>	<i>Erythrina senegalensis</i>
<i>Feuilles eucalyptus</i>	<i>Eucalyptus citriodora</i>
<i>Feuilles de jujubier</i>	<i>Zizyphus sativa</i>
<i>Névédaye</i>	
<i>Djindière</i>	
<i>Khassoum bir</i>	<i>Sclerocarya birrea</i>
<i>Khobou doktor</i>	
<i>Ndiack topo siti</i>	
<i>Ngèr</i>	<i>Guiera senegalensis</i>
<i>Niakha</i>	
<i>Sěnděň</i>	<i>Cassia sieberiana</i>
<i>Reinou bouki</i>	
<i>Teumbeu</i>	<i>Morelia senegalensis</i>
<i>Vosvosor</i>	<i>Heeria insignis</i>
<i>Bekki</i>	
<i>Dembuki</i>	<i>Zizyphus mucronata Willd. subsp. mucronata</i>
<i>Feuilles de laurier</i>	<i>Nerium oleande</i>
<i>Buy</i>	<i>Adansonia digitata</i>
<i>Loro</i>	<i>Ficus dekdekena</i>
<i>Bissap</i>	<i>Hibiscus sabdariffa</i>
<i>Laydur</i>	<i>Cassia italica</i>
<i>Reinou dangue</i>	
<i>nèb-nèb</i>	<i>Acacia nebneb</i>
<i>Garabou saw</i>	
<i>Hapatou sawda</i>	
<i>Duté</i>	<i>Lippia multiflora</i>
<i>Soutoucoum</i>	
<i>Sampito</i>	
<i>Thiakhat</i>	<i>Cocculus pendulus</i>
<i>Tahat</i>	<i>Leptadenia hastata</i>
<i>Bdiandam</i>	<i>Boscia angustifolia</i>
<i>Dounoulé</i>	
<i>Thiambourlé</i>	
<i>Tortor (lorié)</i>	<i>Nerium oleander</i>

Source : Enquête de terrain 2016

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple – Un But – Une Foi

**Loi relative au don, au prélèvement
et à la transplantation d'organes et aux
greffes de tissus humains.**

EXPOSE DES MOTIFS

Consacré par la Constitution, le droit à la santé met à la charge des collectivités publiques le devoir de veiller à la santé physique, mentale et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées, aussi bien en milieu rural qu'en zone urbaine.

C'est ainsi que dans le cadre du Plan national de Développement sanitaire 2009-2018, le gouvernement du Sénégal a réaffirmé sa volonté d'assurer à tout Sénégalais des soins de qualité.

Cet engagement transparait à travers les mesures de prise en charge des maladies chroniques à soins coûteux. Parmi celles-ci, figurent plusieurs affections pour lesquelles la transplantation d'organes ou la greffe de tissus constitue un recours nécessaire.

Les progrès techniques ont considérablement renforcé la sécurité dans le processus de transplantation d'organes ou de greffe de tissus humains. Au Sénégal, on dispose, désormais des ressources humaines qualifiées et d'un plateau technique permettant de réaliser de tels actes et de sauver la vie de beaucoup de Sénégalais souffrant d'une défaillance terminale d'un organe.

Le présent projet de loi fixe les principes généraux qui encadrent le don, le prélèvement, la transplantation d'organes et la greffe de tissus humains notamment le respect de l'intégrité physique de la personne humaine, la gratuité du don d'organes ou de tissus humains. Le prélèvement de la cornée est autorisé chez la personne décédée. Cependant, le prélèvement d'organes n'est autorisé que sur la personne vivante, dans le respect de la procédure prévue par la présente loi. De même, il est apparu nécessaire de limiter les structures sanitaires autorisées. Enfin, la création d'un organe de contrôle paraît une nécessité pour éviter les dérives.

Telle est l'économie du présent projet loi.

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple-Un But-Une Foi

Loi n° 2015-22

relative au don, au prélèvement et à la transplantation d'organes et aux greffes de tissus humains

L'Assemblée nationale a adopté, en sa séance du vendredi 27 novembre 2015,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Chapitre préliminaire.- Définitions

Article premier.- Au sens de la présente loi, on entend par :

- **cornée** : membrane fibreuse et transparente constituant la face antérieure de la chambre antérieure de l'œil ;
- **donneur** : toute personne qui accepte le prélèvement d'un organe ou de tissus sur elle et qui en fait le don à un patient ;
- **greffe** : acte consistant à transférer un fragment d'organe ou d'un tissu humain d'un point à un autre d'un même individu ou d'un individu à un autre ;
- **greffon** : organe, partie d'organe ou tissu ayant été transféré d'un individu à un autre ;
- **mort encéphalique** : arrêt irrémédiable de l'irrigation du cerveau par le sang et qui aboutit à sa destruction ;
- **organe** : partie circonscrite et entièrement différenciée du corps, composé de différents tissus qui maintiennent sa structure, sa vascularisation et sa capacité d'assurer des fonctions physiologiques avec une certaine autonomie ;
- **organe vital** : tout organe dont le prélèvement entraîne inéluctablement la mort de la personne sur laquelle il a été prélevé ;
- **prélèvement** : acte chirurgical permettant de prélever un organe avec ses vaisseaux ou un tissu ;
- **receveur** : malade qui a fait ou qui va faire l'objet d'une greffe de tissu ou d'organe ;
- **transplantation** : transfert d'un organe d'un donneur impliquant le rétablissement de la continuité vasculaire de cet organe avec l'appareil circulatoire du receveur ;

-tissu : toute partie du corps humain composée d'un ensemble organisé de cellules vivantes à potentialités identiques et remplissant une fonction déterminée.

Chapitre premier. - Dispositions générales

Section 1. - Principes généraux

Article 2. - Le don, le prélèvement ainsi que la transplantation d'organes et la greffe de tissus humains s'effectuent dans le respect de l'intégrité physique de la personne humaine et dans les conditions fixées par la présente loi.

Le prélèvement d'organe n'est autorisé que sur une personne vivante suivant les procédures prévues par la présente loi.

Toutefois, le prélèvement de la cornée est autorisé sur une personne décédée suivant des modalités qui seront fixées par décret.

Article 3. - Le don, le prélèvement ou la transplantation d'organes et de tissus humains ne peuvent avoir lieu que dans un but thérapeutique.

Article 4. - Aucun prélèvement en vue d'une transplantation ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure placée sous un régime de tutelle ou de curatelle.

Article 5. - La présente loi ne s'applique pas à la greffe de cellules souches hématopoïétiques, mésoenchymateuses ou immunitaires, ni aux organes et cellules de la reproduction.

Article 6. - Le don d'un organe ou de tissus humains est gratuit et ne peut, en aucun cas, et sous aucune forme, faire l'objet d'une transaction.

Seuls sont dus à l'établissement de santé les frais inhérents aux interventions exigées par les opérations de prélèvement, de transplantation d'organes et de greffe de tissus humains, ainsi que les frais d'hospitalisation y afférents.

Article 7. - La publicité en faveur du don d'organes ou de tissus humains au profit d'une personne déterminée, d'un établissement ou organisme est interdite.

Cette interdiction ne fait pas obstacle à l'information au public en faveur du don d'organes ou de tissus humains. La conception, la réalisation et la diffusion de cette information relèvent de la compétence exclusive du Conseil National du Don et de la Transplantation placé sous la responsabilité du ministère chargé de la Santé.

Section 2. - Organe de contrôle

Article 8. - Il est créé un organe dénommé Conseil National du Don et de la Transplantation (CNDT) doté de la personnalité juridique et placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé.

Le Conseil National du Don et de la Transplantation a pour missions, notamment :

- d'assurer la transparence, la coordination du don et du prélèvement, la gestion des registres, et la coordination des échanges internationaux;
- de veiller à la sécurité sanitaire et au respect de l'éthique médicale;
- de développer des stratégies de communication pour la promotion du don et du prélèvement;

La composition, l'organisation et le fonctionnement du Conseil sont fixés par décret.

Chapitre II. - Prélèvement d'organe et de tissus humains

Section 1. - Lien de parenté

Article 9. - Le prélèvement d'un organe ou de tissus humains sur une personne vivante, qui en fait le don, ne peut être effectué que dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur.

Le donneur doit nécessairement être :

1° le père, la mère ou l'enfant ;

2° le frère ou la sœur germain, consanguin ou utérin, l'oncle, la tante, le neveu ou la nièce en ligne collatérale du 3° degré, le cousin ou la cousine en ligne collatérale du 4° degré ;

3° l'époux ou l'épouse après au moins deux années de mariage.

Le lien de parenté entre le donneur et le receveur prévu au 1^{er} et au 2^{ème} du présent article se prouve selon les modalités prévues par le Code de la Famille.

Section 2. - Consentement

Article 10. - Le prélèvement de la totalité d'un organe vital d'une personne vivante en vue de sa greffe est strictement interdit, même avec son consentement.

Le prélèvement d'un organe ou d'un tissu humain ne doit pas mettre en danger la vie du donneur.

Article 11. - Le prélèvement d'un organe ou d'un tissu sur une personne ne peut être pratiqué sans son consentement préalable.

Le donneur, préalablement informé des risques qu'il encourt et des conséquences éventuelles du prélèvement, doit exprimer son consentement devant le président du Tribunal d'instance ou le magistrat désigné par lui. Le Tribunal compétent est celui du lieu d'implantation de la structure hospitalière devant assurer la transplantation d'organes ou la greffe de tissus humains.

Article 12. - Le président du Tribunal d'instance ou le magistrat désigné par lui, saisit sur simple requête après s'être assuré du consentement libre et éclairé du donneur, le constate par un procès-verbal.

Le président du Tribunal d'instance ou le magistrat désigné par lui est assisté de deux médecins spécialistes et d'un psychologue qu'il choisit sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé sur proposition du Conseil National du Don et de la Transplantation.

Ces médecins, qui ne peuvent être ceux devant effectuer le prélèvement, sont chargés d'expliquer au magistrat l'intérêt thérapeutique du prélèvement, et au donneur, toutes les conséquences d'ordre physique. Cette information porte en outre sur les résultats qui peuvent être attendus de la greffe pour le receveur. Le psychologue est chargé d'expliquer les répercussions éventuelles sur la vie personnelle, familiale ou professionnelle du donneur.

En cas d'urgence vitale, le consentement est recueilli, par tout moyen, par le Procureur de la République ou son délégué.

Le consentement est révocable sans aucune formalité et à tout moment.

Chapitre III. – Transplantation d'organes et greffe de tissus humains

Article 13. - Le médecin responsable doit s'assurer de l'accord du receveur avant la transplantation de l'organe.

Il s'assure également que l'organe n'est atteint d'aucune maladie transmissible ou susceptible de mettre en danger la vie du receveur. Il vérifie, dans les limites des données acquises de la science, que l'organe devant être transplanté est compatible avec l'organisme du receveur.

Le ministre chargé de la Santé, sur proposition du Conseil National du Don et de la Transplantation, fixe par arrêté la liste des examens qui doivent être préalablement effectués.

Chapitre IV. - Etablissements de santé agréés

Article 14. - Les prélèvements, la transplantation d'organes et les greffes de tissus humains ne peuvent être effectués que dans les établissements publics de santé agréés.

Toutefois, des greffes de cornée peuvent être effectuées dans les établissements privés de santé autorisés, à cette fin, par arrêté du ministre chargé de la Santé.

Lorsque la greffe ne peut intervenir immédiatement après le prélèvement, la conservation du tissu humain ne peut avoir lieu que dans un établissement public de santé agréé.

Article 15. - L'agrément est donné par le ministre chargé de la Santé après avis du Conseil National du Don et de la Transplantation.

L'agrément précise le type d'organe ou de tissus humains que l'établissement de santé est autorisé à prélever, à transplanter et à greffer.

L'agrément de prélèvement et l'agrément de transplantation d'organes ou de greffes de tissus humains sont distincts. Ils doivent être sollicités séparément. Toutefois, l'agrément de transplantation d'organes donne droit à l'agrément de prélèvement.

L'agrément de prélèvement d'organes sur une personne vivante ne peut être accordé qu'aux établissements publics de santé ayant l'agrément pour effectuer la transplantation des mêmes organes.

Outre les deux agréments précités, les établissements de santé souhaitant héberger une banque de tissus doivent obtenir un agrément pour la conservation de ceux-ci.

Les agréments sont délivrés pour une durée de deux ans renouvelable.

Article 16. - L'agrément peut être suspendu ou retiré en totalité ou en partie, par arrêté du Ministre chargé de la Santé, après avis motivé du Conseil National du Don et de la Transplantation .

En cas d'urgence, l'agrément peut être suspendu provisoirement sans avis préalable du Conseil National du Don et de la Transplantation. Celui-ci est immédiatement informé de la décision.

Article 17. - Pour être éligibles à l'agrément, les établissements de santé doivent disposer :

- du personnel médical et paramédical qualifié et des moyens techniques permettant de constater la mort encéphalique ;
- du personnel médical et paramédical compétent et des moyens techniques et infrastructurels pour effectuer les opérations de prélèvement ou de greffe d'organes ou de tissus pour lesquelles l'agrément est demandé ;
- du personnel médical apte à effectuer correctement la restauration tégumentaire.

Article 18: - Tout établissement public de santé agréé effectuant, en vertu des dispositions de la présente loi, des prélèvements ou transplantations d'organes ou des greffes de tissus humains, doit tenir obligatoirement, sous la responsabilité personnelle du directeur, un registre spécial contenant toutes les informations utiles sur les transplantations réalisées tout en préservant le secret professionnel.

Ce registre, dont le contenu est fixé par arrêté, est coté et paraphé chaque année par le président du Tribunal d'instance territorialement compétent ou le magistrat désigné par lui.

Le procureur de la République ou son délégué peut, chaque fois que de besoin, procéder au contrôle du registre.

Le Conseil National du Don et de la Transplantation peut, à tout moment, demander à consulter le registre.

Le registre spécial est tenu en double. A la fin de l'année, le Directeur de l'établissement garde un exemplaire et transmet l'autre au Comité National du Don et de la Transplantation.

Chapitre V. - Importation et exportation d'organes et de tissus humains

Article 19. - L'importation et l'exportation d'organes et de tissus humains sont interdites.

Toutefois, une autorisation ponctuelle d'importer ou d'exporter des organes ou des tissus humains à des fins thérapeutiques peut être délivrée par le ministre chargé de la Santé, après avis conforme du Conseil National du Don et de la Transplantation.

Article 20. - L'importation d'organes ou de tissus humains ne peut être autorisée qu'au profit des établissements publics de santé agréés à procéder à des prélèvements d'organes ou de tissus humains et à des transplantations.

Article 21. - L'exportation d'organes ou de tissus humains ne peut être autorisée qu'au profit d'un organisme figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé et en application d'un accord intervenu entre la République du Sénégal et l'Etat sur le territoire duquel est installé ledit organisme.

Chapitre VI. - Dispositions pénales

Article 22. - Quiconque procède à la publicité en faveur du don d'organes ou de tissus humains au profit d'une personne déterminée, d'un établissement ou d'un organisme, est puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 250.000 à 1.000.000 de francs.

Article 23. - Quiconque propose, par quelque moyen que ce soit, d'organiser ou de réaliser une transaction relative à un prélèvement d'organes ou de tissus humains est puni d'un emprisonnement de cinq à dix ans et d'une amende de 10.000.000 à 15.000.000 de francs.

Sont punies des peines prévues à l'alinéa précédent, les personnes qui ont effectué une transaction portant sur un organe humain.

Est puni des mêmes peines, quiconque a perçu, a tenté de percevoir ou a favorisé la perception d'une rémunération autre que celle qui est prévue pour la réalisation d'opérations

inhérentes au prélèvement, à la conservation, à la transplantation d'organes ou à la greffe de tissus humains.

La juridiction compétente ordonne la confiscation des sommes perçues.

Article 24. - Quiconque effectue un prélèvement d'un organe ou d'un tissu humain dans un établissement de santé non agréé, est puni d'un emprisonnement de cinq à dix ans et d'une amende de 15.000.000 à 40.000.000 de francs.

Est puni des mêmes peines quiconque procède dans un établissement de santé non agréé, à une transplantation d'organes, à une greffe de tissus humains, à une greffe de cornée ou d'organes qui peuvent se régénérer naturellement.

Le Tribunal ordonne la confiscation du matériel qui a servi à la commission de l'infraction.

Article 25. - Quiconque, sans motif légal, viole l'anonymat du donneur ou du receveur ou des deux, ou qui fournit des informations sur leur identité, est puni d'une peine d'emprisonnement de six mois à un an et d'une amende de 250.000 à 1.000.000 de francs.

Article 26. - Quiconque procède à un prélèvement d'organes ou de tissus humains sur une personne vivante, dans un intérêt autre que thérapeutique, est puni d'une peine d'emprisonnement de dix à vingt ans, même si ladite personne a consenti au prélèvement, directement ou, le cas échéant par l'intermédiaire de son représentant légal.

Dans ce dernier cas, le représentant légal est puni des mêmes peines.

Article 27. - Quiconque effectue un prélèvement d'organes sur une personne vivante majeure, sans que le consentement de celle-ci ait été préalablement recueilli dans les formes prévues à l'article 12 de la présente loi, ou après que celle-ci eut renoncé à son consentement dans les mêmes formes, est puni d'une peine d'emprisonnement de dix à vingt ans.

Article 28. - Quiconque effectue un prélèvement sur une personne vivante mineure ou majeure placée sous un régime de tutelle ou de curatelle, même si le consentement de la personne concernée ou de son représentant légal a été recueilli, est puni d'une peine d'emprisonnement de dix à vingt ans.

Article 29. - Quiconque conserve en dehors des établissements publics de santé agréés des organes ou tissus prélevés en vue d'une transplantation, est puni d'un emprisonnement d'un à trois ans et d'une amende de 500.000 à 1.000.000 de francs.

Article 30.- Quiconque importe ou exporte des organes ou tissus humains sans l'autorisation du Ministre chargé de la Santé, est puni d'une peine d'emprisonnement de dix à vingt ans.

Article 31.- Les dispositions du Code pénal relatives au mode d'aménagement des peines ne sont pas applicables aux infractions prévues par la présente loi.

En cas de récidive, la juridiction prononce le maximum des peines prévues pour les infractions visées aux articles 24, 25, 26, 27, 28, 29 et 30 de la présente loi.

Il y a récidive lorsque le condamné a commis une infraction similaire dans les dix ans suivant une décision définitive rendue à son encontre pour l'une des infractions prévues aux articles visés à l'alinéa 2 du présent article.

Chapitre VII.- Dispositions finales

Article 32.- Les modalités d'application de la présente loi sont fixées par décret.

Article 33.- Sont abrogées toutes dispositions contraires à la présente loi.

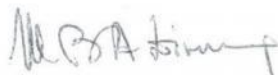
La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Dakar, le 08 décembre 2015



Macky SALL

Par le Président de la République
Le Premier Ministre



Mahammed Boun Abdallah DIONNE



Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Centre Hospitalier National Universitaire

Aristide Le Dantec

Service Social

GUIDE D'ÉVALUATION

N°

Date :

Service prescripteur :

Service d'orientation :

Cible Adulte

I-IDENTIFICATION

Prénom : Nom : Age : Sexe :

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Séparé(e)

Sans domicile Fixe Malade Mental(e) Talibé Sans famille connue

Handicapé moteur visuel auditif mental Verbal

Lieu de Provenance :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse secondaire à Dakar :

II-MOTIF DU RECOURS AU SERVICE SOCIAL

1. DEMANDE D'EXONERATION

Consultation Hospitalisation Anesthésie

Examen para clinique : Imagerie Labo Radiothérapie

Intervention chirurgicale Accouchement Soins Autres (à préciser)

2. AUTRES MOTIFS (à préciser)

.....

III. SITUATION SOCIO- ECONOMIQUE du Malade

Activité professionnelle : oui Non

Activité : Paysan Pasteur Pêcheur Sans emploi

Apprentissage Secteur privé informel Secteur privé formel

Secteur public scolaire retraité Autres

Revenus non fixes Revenus réguliers

Affiliation à un système de protection sociale : NON OUI

IV. PRESTATIONS DEJA SUPPORTEES

Source : Famille Autres

NATURE	OUI	NON	OBSERVATION
Evacuation			
Consultation			
Examens Labo -Radio			
Hospitalisation			
Intervention chirurgicale			
Médicaments			
Accouchement			
Soins			
Autres (à préciser)			

V- ANALYSE DU CAS

1. Situation Familiale.....

.....

.....

2. Difficultés MEDICO-SANITAIRES :

.....

.....

.....

3. Difficultés Matérielles ou Financières. Comment s'est jusqu'ici passée la prise en charge ?

.....

.....

.....

VI. CONCLUSION

.....

.....

.....

.....

VII. SOLUTIONS

Prise en charge partielle

Prise en charge totale

Suivi.....

.....

.....

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE
HOPITAL ARISTIDE LE DANTEC
SERVICE SOCIAL
DIVISION ENQUETES SOCIALES

N° FICHE :.....
DATE :.....
SERVICE PRESCRIPTEUR:.....
SERVICE D'ORIENTATION:.....

FICHE DE DROIT A L' ASSISTANCE SOCIALE
(Fiche à retourner au service social)

Assistance Accordée

NATURE DE L'ACTE

--	--

Prénoms

Nom

Age

Situation matrimoniale :

Profession :

Adresses:

CRITERE DE SELECTION

MONTANT DE L'ACTE

MONTANT PAYE

LE CHEF DE DIVISION
ENQUETES SOCIALES




CHEF DU SERVICE
SOCIAL

LE DIRECTEUR

Annexe 14

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

 **CENTRE HOSPITALIER NATIONAL
ABASS NDAO**
Tél. : +221 33 849 78 00 - DAKAR

**CENTRE DE DIABETE
MARC SANKALE**

Dakar, le

M :

Dossier N° Age : Poids : Taille :

Ecrire les Analyses cochées vers le Diagnostic

Examens Systématiques	AUTRES EXAMENS
<input type="checkbox"/> - Glycémie à jeun	
<input type="checkbox"/> - Glycémie post prandial	
<input type="checkbox"/> - Hémoglobine glyquée	
<input type="checkbox"/> - Créatinie-Urée	
<input type="checkbox"/> - Cholestérol total	
<input type="checkbox"/> - HDL - LDL	
<input type="checkbox"/> - Triglycérides	
<input type="checkbox"/> - Protéinurie 24 heures/Micro albuminurie	

Médecin :

Contact :

Annexe 15

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
Hôpital Abass NDAO
Médecine Interne - Centre Marc SANKALE
Tél. : 33 849 77 29

Dakar, le :

BULLETIN DE CONSULTATION OPHTALMOLOGIQUE

Nom	Age	Sexe :	Dossier N°
Type de diabète	Ancienneté	Glycémie récente :	
TA	Ancienneté (si HTA) :		
Traitement :			
Consultation ophtalmologique : AV :			
TO :			
LAF :			
FO :			
Dakar, le			

Annexe 17 :



ASSOCIATION SENEGALAISE DES HEMODIALYSES ET INSUFFISANTS RENAU

BP : 45960 Nafa VDN – Tél : 77 455 56 37 / 77 638 85 42
E-mail : ashirsenegal@gmail.com - Site web : www.ashir.org
Compte BICIS : SN010 01520 017786500078 71

PRESENTATION DE L'ASSOCIATION SENEGALAISE DES HEMODIALYSES ET INSUFFISANTS RENAU

(ASHIR)

A.S.H.I.R est née des cendres de l'Association pour la Promotion du Traitement de l'Insuffisance Rénale (A.P.T.I.R.) et de l'Association Sénégalaise pour le Traitement par le Rein Artificiel (A.S.T.R.A.) créée en 1997.

Mais c'est véritablement en 2009 qu'elle a pris le taureau par les cornes avec une mobilisation exceptionnelle des patients, des sympathisants et du corps médical pour en arriver là où elle est aujourd'hui. Bien sûr l'appui de l'Etat a suivi de façon considérable.

L'amicale s'est fixée des objectifs précis :

- Créer des relations de solidarité et de fraternité entre les différents membres.
- Mener une étroite collaboration avec les structures du Ministère de la santé et de l'action sociale.
- Sensibiliser les pouvoirs publics et la société civile sur l'impérieuse nécessité de généraliser l'accès à la dialyse à tous les insuffisants rénaux chroniques.
- Faire connaître l'insuffisance rénale.

- Rendre accessible le traitement.
- Améliorer le sort des insuffisants rénaux sur le plan médical et social.
- Travailler en collaboration avec les unités de dialyse du Sénégal.
- Faire des campagnes de prévention.
- Promouvoir la transplantation rénale.

La collaboration étroite entre les différentes parties a permis d'atteindre des résultats positifs.

Réalisations

Grâce au plan d'action de l'ASHIR et à l'écoute des autorités étatiques l'amicale compte à son actif :

- Baisse du coût de la séance de dialyse 10.000 frs contre 50.000 frs d'abord
- La gratuité et la pose des fistules artério – veineuses et des cathéters
- Baisse du coût du néorocormon grâce à la convention ASHIR / PNA
- Organisation de 2 journées nationales

1^{ere} Journée en 2009

Thème I: Prise en charge des insuffisants rénaux au Sénégal : aspect technique

Thème II: Prise en charge des insuffisants rénaux au Sénégal : aspect financier

Thème III: Transplantation rénale au Sénégal. Pourquoi pas ?

2^{eme} Journée en 2011

Thème I: Prise en charge cardiovasculaire et rhumatologique des insuffisants rénaux et hémodialysés

Thème II: Aspects psychosociaux et diététique de la prise en charge de l'insuffisance rénale au Sénégal

Thème III:L'assurance maladie dans la prise en charge de l'insuffisance rénale au Sénégal

- Organisation d'un Téléthon en 2011 qui a permis d'amasser cent cinq millions de francs (105.000.000 Frs)
- Multiplication des centres de traitement :

(Dakar – Saint Louis – Annexe Dantec – Tamba – HOGGY – Touba – Kaolack – Ziguinchor)

- Gratuité des séances d'hémodialyse et des poches de dialyse péritonéales dans les centres publiques
- Baisse du coût du traitement dans les structures privées (convention partenariat public / privé).
- Acquisition d'un terrain de 814 m² sur la zone de captage futur siège et centre de traitement de l'ASHIR. (Travaux de construction en cours de finition)
- Membre Fondateur du Réseau des Associations des Hémodialyses et Insuffisants Rénaux de l'espace UEMOA (R.A.S.H.I.R / UEMOA). Postes occupés : Trésorier Général et Conseiller aux affaires financières.

ASHIR est partenaire privilégié du Ministère de la santé et de l'action sociale ainsi que la Ville de Dakar.

ASHIR n'est pas pour autant satisfaite. Elle veut plus.

Perspectives

- Terminer le maillage du pays en structures de traitement.
- Formation de spécialistes et de personnels paramédicaux
- Formation de techniciens de maintenance
- Susciter la vocation au niveau des étudiants en médecine à s'engager en spécialisation en néphrologie par l'octroi de bourses
- Promouvoir la greffe et mettre en place les moyens juridiques et législatifs favorisant son autorisation.
- Subvention des médicaments relatifs au traitement et des analyses biologiques y afférant.
- L'élaboration d'une charte Etat/Privés qui définira les normes et la réglementation d'une structure d'hémodialyse privée.

Conclusion

ASHIR pense que ce combat est celui de tous. Elle compte le continuer parce que le problème est toujours là. A chaque moment et en fonction des situations l'ASHIR verra quelles orientations donner aux actions à mener afin d'accompagner les différents partenaires.



ASSOCIATION SENEGALAISE DES HEMODIALYSES ET INSUFFISANTS RENAUX

BP : 45960 Nafa VDN – Tél : 77 455 56 37 / 77 638 85 42

E-mail : ashirseneaal@amail.com - Site web :

L'insuffisance rénale au Sénégal

Vécu du patient

Généralement, l'insuffisance rénale est dépistée au cours d'une visite médicale provoquée par des symptômes dont le patient ignore l'origine (enflure des pieds – vomissements – HTA etc.) Le diagnostic du médecin après consultation révèle alors au patient la nature de sa maladie.

L'on peut se demander comment ce dernier accueille l'information.

A ce stade, il faut reconnaître qu'il y'a un choc aussi bien pour le malade que pour son entourage. Cela s'explique par la méconnaissance et la prise de conscience qu'on est devenu un handicapé pour le restant de sa vie. Car on peut guérir après traitement de beaucoup de pathologies mais l'insuffisance rénale par contre, exige un traitement à vie.

Dès lors, se bousculent dans la tête du patient et de son entourage un ensemble de questions. Chez les accompagnants s'installe l'inquiétude :

- Cette maladie n'est-elle pas contagieuse ?
- Comment tenir devant cette charge (financière et sociale) supplémentaire pour la famille ?

Chez le malade l'angoisse est encore plus forte.

- Comment j'en suis arrivé là ?
- Quel temps me reste –t-il à vivre encore ?
- Avec quel budget supporter le coût de mon traitement ?

A cela s'ajoute le mythe lié au nom du traitement : dialyse.

C'est pourquoi une prise en charge psychologique n'est jamais de trop chez le malade ou l'entourage.

Pourtant le dialysé n'est qu'au début de ses peines.

Vont suivre :

- ❖ Les perturbations au niveau professionnel à même de conduire à la perte de l'emploi et il en est de même pour les élèves et étudiants.
- ❖ La course aux traitements (durée de la séance de dialyse, les fréquents déplacements pour les analyses)
- ❖ La course aux moyens (coût des analyses, radios et des médicaments)

Déjà chez les patients s'installe la paupérisation. Et en plus de la pathologie, le malade porte sur la conscience d'être le fossoyeur du budget familial.

Voilà brassé, l'itinéraire d'un hémodialysé. Cependant l'espoir est permis car aujourd'hui les décideurs prennent de plus en plus conscience du vécu du patient et depuis quelques temps nous avons remarqué un processus de facilitation engagé par le gouvernement pour réduire les coûts de traitement voire leur gratuité suivant qu'il s'agisse du public ou du privé.

Nous attendons vivement la subvention des médicaments liés au traitement.

STATUTS

- Adoptés à l'unanimité par l'Assemblée générale constitutive du 17 décembre 1967.
- Déclaration n° 2464/M. Int/SPA du 18 juin 1968.
- L'Association Sénégalaise de Soutien Aux Diabétiques (A.S.S.A.D) reconnue d'utilité publique par décret N° 82. 1031 du 30 décembre 1982 ;
- Propriétaire du Centre du Diabète Marc SANKALE.

I. BUT DE L'ASSOCIATION

Article 1^{er} :

L'association dite « Association Sénégalaise de Soutien et d'Assistance aux Diabétiques » en abrégé « A.S.S.A.D. », fondée le 17 décembre 1967 a pour but :

- D'améliorer le sort des diabétiques sur le plan médical, familial et social ;
- De faire connaître le diabète et son traitement ;
- D'obtenir la reconnaissance du diabète comme maladie sociale ;
- De travailler en étroite collaboration avec le Centre antidiabétique de Dakar en vue de lui permettre de réaliser ses objectifs.
- D'œuvrer à la création et au fonctionnement d'un institut de recherche, de surveillance et de prévention des maladies de la nutrition.

Elle a son siège à Dakar (Centre Abass NDAO).

Sa durée est illimitée.

Article 2 :

Les moyens de l'association sont : les bulletins, les publications, mémoires, conférences et cours, écoles, musées et expositions, bourses, pensions, concours, prix et récompenses, secours etc.

La participation à tous les organismes publics ou privés, d'hygiène, de prévoyance, de sécurité ou de solidarité sociale ; les interventions auprès des pouvoirs publics, l'organisation de groupements de jeunes, l'organisation de sorties et excursions, de camps et de colonies de vacances ; les réunions, manifestations et fêtes d'information, d'action et de solidarité sociale ; l'organisation de comités régionaux ; les quêtes, tombolas, loteries, concerts, bals et spectacles autorisés au profit de l'association.

L'A.S.S.A.D. se propose de collaborer de manière suivie avec les autres associations étrangères similaires et notamment avec la Fédération Internationale du Diabète en vue d'échanger avec celles-ci, idées et expériences.

II. COMPOSITION DE L'ASSOCIATION

Article 3 :

L'association se compose de membres actifs (diabétiques ou non) qui adhèrent aux présents statuts et s'acquittent d'un droit d'entrée fixé à 5000 francs.

Le futur sociétaire doit être présenté par deux membres actifs de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration.

L'A.S.S.A.D. se compose, en dehors des membres actifs, de membres honoraires, de membres bienfaiteurs et de membres d'honneur.

Le titre de Président ou de membre d'honneur peut être conféré par le bureau exécutif national aux anciens membres du bureau de l'A.S.S.A.D. ayant rendu des services exceptionnels à l'Association.

III. ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT

Article 4 :

L'Association est administrée par un Conseil d'Administration composé de 18 membres.

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour trois ans par l'Assemblée générale et choisis parmi les membres actifs, les membres honoraires et les membres bienfaiteurs de l'Association.

Les membres du Conseil d'Administration sont choisis parmi les membres diabétiques et les membres non diabétiques. Dix de ces membres sont obligatoirement choisis parmi ces derniers.

Le renouvellement du Conseil d'Administration s'effectue par tiers chaque année.

Il est procédé à l'élection dans la séance qui suit celle où le mandat des membres sortant a pris fin.

Les pouvoirs des membres sortants peuvent être indéfiniment renouvelés.

En cas de décès ou de démission d'un membre du Conseil d'Administration, il sera pourvu à son remplacement dans les deux mois et dans les conditions ci-dessus spécifiées. La durée des fonctions de ce nouveau membre prend fin à l'époque où aurait normalement expiré le mandat de celui qu'il remplace.

Article 5 :

Le Conseil d'Administration choisit parmi ses membres :

- Un Président ;
- Un Premier Vice-Président ;
- Un Secrétaire Général ;
- Un Secrétaire à l'organisation et à la presse ;
- Un Trésorier Général ;
- Un Trésorier Général adjoint.

Article 6 :

Le Conseil d'Administration se réunit une fois par mois ou chaque fois qu'il est convoqué par son Président ou à la demande du 1/3 de ses membres. La présence de la majorité des membres en exercice du Conseil d'Administration est requise pour la validité de ses délibérations.

Il est tenu procès-verbal des séances.
Les procès-verbaux sont signés par le Président et le Secrétaire Général.

Article 7 :

Toutes les fonctions de membres du bureau sont gratuites.

IV. ATTRIBUTIONS

Article 8 :

Le Conseil d'Administration doit présenter annuellement à l'Assemblée générale un rapport sur la situation financière et morale de l'association.

L'assemblée générale discute et approuve, s'il y a lieu, les comptes de l'exercice clos qui lui sont présentés par le Trésorier, avec pièces justificatives à l'appui.

Elle vote le budget de l'exercice suivant sur les propositions du bureau et délibère sur toutes les questions mises à l'ordre du jour.

Le bureau instruit toutes les affaires qui lui sont soumises par l'Assemblée générale et pourvoit à l'exécution de ses délibérations.

Le rapport annuel sur la situation de l'Association, ainsi que les budgets et comptes, sont adressés chaque année au préfet du département, pour être transmis au Ministre de l'Intérieur et au Ministre de la Santé.

Article 9 :

Les dépenses sont ordonnancées par le Président.

L'Association est représentée en justice et dans tous les actes de la vie civile par le Président du Conseil d'Administration.

Le Trésorier encaisse les recettes et acquitte les dépenses.

Les comptes de sa gestion sont soumis à l'approbation du Ministre de l'Intérieur. Ils sont tenus selon les règles de la comptabilité en partie double.

Article 10 :

Les délibérations du bureau relatives aux acquisitions ou échanges d'immeubles, baux et prêts hypothécaires sont exécutoires par elles-mêmes, après approbation de l'Assemblée générale.

Les délibérations de l'Assemblée générale relatives aux aliénations de biens immobiliers, à la constitution d'hypothèques et aux emprunts ne sont valables qu'après approbation du Ministre de l'Intérieur.

Les délibérations du bureau relatives à l'acceptation des dons et legs ne sont valables qu'après l'approbation administrative donnée dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

V. RESSOURCES ANNUELLES ET FONDS DE RESERVE

Article 11 :

Les ressources annuelles de l'association se composent :

- Des cotisations et souscriptions de ses membres ;
- Du revenu du fonds de réserve ;
- Des subventions qui peuvent lui être accordées ;
- Du produit des ressources créées à titre exceptionnel et, s'il y a lieu, avec l'agrément du Ministre de la Santé.

Article 12 :

Le fonds de réserve comprend :

- Le produit des libéralités autorisées sans affectation spéciale ;
- Le dixième au moins de l'excédent des ressources annuelles.

Article 13 :

Les capitaux mobiliers compris dans le fonds de réserve sont placés en rentes sur l'Etat, ou en valeurs admises par la Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest en garantie d'avances. Ils peuvent être également employés soit à l'achat d'autres titres après autorisation donnée par arrêté du Ministre de l'Intérieur, soient à l'acquisition d'immeubles nécessaires au but poursuivi par l'association.

VI. MODIFICATION DES STATUTS ET DISSOLUTION

Article 14 :

Les présents statuts ne pourront être modifiés qu'après deux délibérations de l'Assemblée générale prises à deux mois d'intervalle et à la majorité des trois quarts des membres en exercice.

Article 15 :

En cas de dissolution, ou en cas de retrait de la reconnaissance d'utilité publique, l'Assemblée générale désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'association. Elle attribue l'actif net à une ou plusieurs associations analogues publiques ou reconnues d'utilité publique ou charitable.

Ces délibérations sont adressées sans délai au Ministre de l'Intérieur ou au Ministre de la Santé.

Article 16 :

Les délibérations de l'Assemblée générale prévue aux articles 14 et 15 ne sont valables qu'après l'approbation du Ministre de l'Intérieur et du Ministre de la Santé.

VII. REGLEMENT INTERIEUR ET SURVEILLANCE

Article 17 :

Un règlement intérieur adopté par le Conseil d'Administration et approuvé par le Ministre de l'Intérieur, après avis du Ministre de la Santé arrête les conditions de détails nécessaires pour assurer l'exécution des présents statuts.

Il peut toujours être modifié dans la même forme.

Article 18 :

Le Ministre de l'Intérieur et le Ministre de la Santé auront le droit de faire visiter par leurs délégués les divers services dépendant de l'association et de se faire rendre compte de leur fonctionnement.

TABLE DES MATIÈRES

<i>IN MEMORIAM</i>	i
DÉDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
SOMMAIRE.....	v
LISTES DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES GRAPHIQUES	xii
LISTE DES SCHÉMAS.....	xiv
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE :	6
CADRES THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE.....	6
CHAPITRE I : L'ÉTAT DE LA QUESTION	7
I.1. La santé, une urgence mondiale	7
I.2. L'accroissement démographique	16
I.3. Les politiques de population	21
I.4. Les politiques du Sénégal après Alma-Ata	28
I.5. Les dispositifs institutionnels et politiques	30
I.6. Les limites d'Alma-Ata	33
I.7. Le dialogue sourd entre médecin, anthropologue et sociologue	38
CHAPITRE II : LES ASPECTS THÉORIQUES DE LA RECHERCHE	46
II.1. Revue critique de la littérature	46
II.2. Problématique	85
II.3. Objectifs de recherche	89
II.3.1. Objectif général.....	89
II.3.2. Objectifs spécifiques.....	90
II.4. Hypothèse :	90
II.4.1. Hypothèse principale	90
II.4.2. Hypothèse secondaire 1	90
II.4.3. Hypothèse secondaire 2	90
II.5. Éluclidation et opérationnalisation des concepts	90

II.6. Modèle théorique	98
II.7. Approche épistémologique	99
CHAPITRE III : CADRE MÉTHODOLOGIQUE	103
III.1. Les méthodes de la recherche.....	104
III.1.1. La recherche documentaire.....	104
III.1.2. La méthode quantitative	104
III.1.3. La méthode qualitative	104
III. 2. Les techniques de collecte de données	105
III.2.1. Les entretiens.....	105
III.2.2. Le récit de vie	106
III.2.3. L'analyse de contenu	106
III.2.3. L'observation directe.....	107
III.2.4. Le questionnaire	107
III.2.5. L'analyse de statistique	108
III.3. Les outils de collecte de données	108
III.3.1. Les guides d'entretien.....	108
III.3.2. Le formulaire	108
III.3.3. Le tableau simple.....	108
III.3.4. Le tableau croisé.....	109
III.4. La collecte de données	109
III.4.1. L'échantillonnage	109
III.4.2. Le déroulement de la collecte.....	110
III.4.3. Les difficultés rencontrées.....	111
DEUXIÈME PARTIE :	114
CADRE D'ÉTUDE	114
CHAPITRE IV : PRÉSENTATION DU SÉNÉGAL ET APERÇU SUR LA SITUATION SANITAIRE.....	115
IV.1. Présentation du Sénégal	115
IV.1.1. Géolocalisation.....	115
IV.1.2. Démographie	115
IV.1.3. Socio-culture	117
IV.1.4. Éducation.....	118
IV.1.5. Économie.....	121
IV.2. Aperçu sur la situation sanitaire	122
IV.2.1. Contexte sanitaire.....	122

IV.2.2. Les inégalités sanitaires.....	128
IV.3. L'utilisation des médicaments illicites	135
IV.4. La médecine traditionnelle	145
IV.4.1. L'aspect symbolique	151
IV.4.2. L'aspect médicamenteux.....	153
CHAPITRE V : LA DÉCENTRALISATION SANITAIRE	155
V.1. Les différentes politiques axées sur la décentralisation sanitaire.....	159
V.1.1. La réforme hospitalière.....	163
V.1.1.1. Le Conseil d'Administration	163
V.1.1.2. La Commission Médicale d'Établissement	164
V.1.1.3. Le Comité Technique d'Établissement.....	164
V.2. La structuration sanitaire à type pyramidale.....	165
V.2.1. L'organisation du système sanitaire	165
V.2.2. Les services d'offre des soins.....	166
V.2.3. Les postes de santé	166
V.2.4. Les centres de santé	166
V.2.5. Les hôpitaux régionaux	166
V.2.6. Les hôpitaux nationaux.....	167
V.3.Le Fonds de Dotation de la Décentralisation.....	167
V.4. La couverture risque maladie	171
V.5. Les régimes non contributifs	171
V.5.1. Les agents de l'État en activité et les fonctionnaires retraités	171
V.5.2. Les agents des collectivités locales.....	172
V.5.3. Les étudiants.....	172
V.5.4. Les salariés d'entreprises privées	172
V.5.5. Les salariés affiliés à la Caisse de Sécurité Sociale.....	173
V.5.6. Les accidentés de circulation.....	173
V.5.7. Les indigents et les personnes vulnérables	173
V.6. Les régimes contributifs	174
V.6.1. Les régimes contributifs à caractère obligatoire	174
V.6.1.1. Les Instituts de Prévoyance de la Maladie (IPM).....	174
V.6.1.1.2. L'Institut de Prévoyance de la Retraite au Sénégal.....	175
V.7. Les régimes contributifs volontaires	175
V.7.1. Les mutuelles de santé.....	175
V.7.2. Les assurances privées.....	177
V.8. La coopération décentralisée.....	177

CHAPITRE VI : LA PRÉSENTATION DES LIEUX D'ÉTUDE	181
VI.1. Dakar, une région attractive.....	181
VI.1.1. Situation géographique.....	181
VI.1.2. Découpage administratif	181
VI.1.3. Profil international.....	182
VI.1.4. Profil national.....	183
VI.1.5. Un environnement climatique favorable	183
VI.1.6. Une économie dynamique	184
VI.2. La santé.....	186
VI.2.1. Les infrastructures sanitaires	186
VI.2.2. Le monopole d'infrastructures sanitaires de hauts niveaux	187
VI.2.3. Les catégories sociales vulnérables.....	188
VI.2.4. La santé de la reproduction	191
VI.2.5. La suivie nutritionnelle de l'enfant	192
VI.2.6. La couverture vaccinale	193
VI.2.7. La lutte contre les maladies.....	194
VI.2.7.1. Les maladies à potentiel épidémique	194
VI.2.7.2. Le VIH/SIDA	195
VI.2.7.3. La tuberculose	195
VI.2.7.4. Le paludisme.....	196
VI.3. Présentation de l'hôpital Aristide Le DANTEC	196
VI.3.1. Historique.....	196
VI.3.2. Mission.....	197
VI.3.3. Structuration des services.....	198
VI.3.3.1. Les services administratifs	198
VI.3.3.2. Les services médico-techniques.....	198
VI.3.3.2.1. Les services médicaux et spécialités médicales	198
VI.3.3.2.2. Les services de chirurgie et spécialités chirurgicales	199
VI.3.3.2.3. Les services laboratoires, d'imagerie médicale et de pharmacie	199
VI.4. Ressources humaines.....	199
VI.5. Présentation du service de néphrologie	200
VI.5.1. Ressources humaines.....	200
VI.5.2. Structuration du service.....	200
VI.5.3. Mission du service.....	201
VI.5.4. Organigramme hiérarchique du service de néphrologie.....	202
VI.5.5. Organigramme structurel du service de néphrologie.....	203

VI.6. Présentation de l'hôpital Abass NDAO	204
VI.6.1. Historique.....	204
VI.6.2. Mission.....	205
VI.6.3. Structuration des services.....	205
VI.6.3.1. Les services administratifs	205
VI.6.3.2. Les services médico-techniques.....	206
VI.6.3.2.1. Les services médicaux et spécialités médicales	206
VI.6.3.2.2. Les services de chirurgie et spécialités chirurgicales	206
VI.6.3.2.3. Les services laboratoire, d'imagerie médicale et de pharmacie.....	206
VI.7. Ressources humaines.....	206
VI. 8. Présentation du centre Marc Sankalé.....	207
VI. 8.1. Ressources humaines.....	207
VI.8.2. Structuration du centre	208
VI.8.3. Mission du centre	208
VI.8.4. Organigramme hiérarchique du centre	209
TROISIÈME PARTIE :	210
PRÉSENTATION, ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	210
CHAPITRE VII : LES HABITUDES SOCIO-CULTURELLES	211
VII.1. Les comportements alimentaires	211
VII.2. L'activité physique et socio-professionnelle	226
VII.3. Les représentations sociales des patients sur les maladies	229
VII.4. Les itinéraires thérapeutiques des patients	241
VII.4.1.L'automédication	242
VII.4.2. Le recours aux thérapies traditionnelles.....	246
CHAPITRE VIII : LA PRISE EN CHARGE DE L'ÉTAT	255
VIII.1. Les processus de prise en charge de l'insuffisance rénale et le diabète.....	255
VIII.2. Le déroulement des soins aux seins des hôpitaux.....	261
VIII.3. L'impact des lenteurs administratives sur les soins	268
VIII.4. Les contraintes liées à l'accès des soins	273
CHAPITRE IX : L'ENVIRONNEMENT SOCIO-SANITAIRE DES PATIENTS	290
IX.1. Les relations entre patients et corps médical	290
IX.2. L'impact comportemental des patients et de leur l'entourage familial sur la maladie	297
IX.3. Le syncrétisme des pratiques sanitaires	307
IX.4. Les relations entre patients eux-mêmes et associations de soutien sanitaire .	310

CONCLUSION	316
INDEX DES TERMES UTILISÉS	322
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	324
ANNEXE	337
TABLE DES MATIÈRES	401

Résumé

Depuis la conférence d'Alma-Ata en 1978 sur les soins de santé primaires (SSP) et l'intégration de la médecine traditionnelle dans la biomédecine, le constat est réel sur la domination des maladies contagieuses qui ont longtemps meurtri le monde surtout les populations du Sud. Par conséquent, il s'en est ensuivi l'augmentation de l'espérance de vie et le changement de comportement alimentaire donnant naissance aux nouvelles maladies dites chroniques qu'aucune médecine n'arrive à soigner définitivement. L'insuffisance rénale et le diabète faisant l'objet de cette étude continuent à tuer silencieusement les patients en Afrique et plus particulièrement au Sénégal. Ce phénomène, apparu dans un contexte de modernité, est lié au rendez-vous manqué des deux médecines (médecine moderne et médecine traditionnelle) ouvrant une porte au marché de la santé où professionnels de la biomédecine et guérisseurs concourent souvent à la richesse au grand désarroi des patients. En effet, face aux enjeux et l'ambivalence de la modernité dans la rencontre des cultures africaines secrètes, beaucoup de praticiens de la médecine traditionnelle se sont transformés en charlatans. La non maîtrise par l'État des problèmes de santé publique face à l'accroissement massive de la population et l'absence de normalisation des thérapies traditionnelles, les patients se rabattent sur toutes les formes de soins en quête de la santé d'où apparaît le développement de l'insuffisance rénale et le diabète que cette présente étude a tenté de démontrer à travers le changement de comportement et les habitudes socioculturelles vis-à-vis de l'alimentation et des représentations sociales des populations.

Mots clés : Santé, maladie, insuffisance rénale, diabète, habitudes socioculturelles, représentations sociales et comportements alimentaires.

Summary

Since the conference of Alma - Ata in 1978 on Primary Health Care (PHC) and the integration of traditional medicine in biomedicine, the finding is real on the domination of the contagious diseases that have long scarred the world especially the people of the South. Therefore, it ensued the increase in life expectancy and the change of eating patterns giving birth to new so-called chronic diseases that no medicine can heal permanently. Kidney failure and diabetes covered by this study continue to silently kill patients in Africa and particularly in Senegal. This phenomenon, appeared in a context of modernity, is related to the missed of the two medicines (modern medicine and traditional medicine) opening a door to the healthcare market where healers and biomedical professionals often compete for wealth to the dismay of the patients. Indeed, faced with the challenges and the ambivalence of modernity in the meeting of the secret African cultures, many practitioners of traditional medicine are transformed into charlatans. The State's failure to control public health problems against the massive population growth and the absence of standardizations of traditional therapies, patients, seeking health, resort to all the forms of care where appears the development of kidney failure and diabetes which this study has attempted to demonstrate through behavioural change and socio-cultural habits with regard to food and the social representations of people.

Key words: health, disease, kidney failure, diabetes, cultural habits, social representations and eating patterns.