



IV

Les systèmes de santé et les maladies chroniques



10

Les maladies chroniques non transmissibles dans le système de santé au Sénégal: le cas du diabète dans la ville de Dakar¹

Oupa Diossine Lopy

« On fait la Science avec les faits comme on fait une maison avec des pierres; mais une accumulation des faits n'est plus une Science qu'un tas de pierres n'est une maison » (Poincaré 1924).

Introduction

L'OMS² a défini la santé comme étant le bien-être physique, mental et social; ce n'est pas uniquement l'absence de la maladie. La santé n'est donc pas un luxe et c'est pourquoi elle fait partie des principes des droits humains. Tout être humain a droit à une santé saine.

Les Etats d'Afrique sont pauvres et c'est une lapalissade de le dire. Toutes les maladies ne sont donc pas prises en compte dans les priorités. C'est le cas du cancer, de l'hypertension artérielle et du diabète, au Sénégal. Alors que le cancer des enfants progresse très vite³ et les autres maladies chroniques non transmissibles également.

Au Sénégal, le diabète, la drépanocytose, l'hypertension artérielle et le cancer prennent de plus en plus d'ampleur. Ce sont des maladies qui, très souvent, sont liées à l'hérédité et à une alimentation malsaine. Ces maladies chroniques non transmissibles sont devenues des maladies du siècle. Elles font des ravages et freinent le développement d'un pays. Ces maladies ne sont pas transmissibles c'est pourquoi elles ne sont pas prises en compte dans l'élaboration de la politique de santé publique alors que le paludisme (transmission indirecte) et le Sida (transmission directe) le sont. La politique de la santé des pays en développement vient d'ailleurs.

Le Sida comme le paludisme est une maladie très dangereuse et fatale. Toutes les deux font des ravages. Mais le Sida⁴ au Sénégal, n'est pas la première cause de mortalité. Le nombre de personnes infectées par le VIH/SIDA est de 1,5% alors que les sujets atteints par le diabète sont de 2%.⁵ Le Sida fait donc ombrage 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 ».

Malgré l'ampleur des maladies chroniques au Sénégal, surtout le diabète, elles sont négligées. Pourquoi ne font-elles pas partie des priorités de l'élaboration de la politique de la santé publique? Le choix vient-il de l'extérieur?

L'État est fournisseur du personnel et des moyens, régulateur et facilitateur du secteur de la santé; nous pouvons nous interroger s'il peut bien gérer le système sanitaire si sa politique est définie ailleurs. N'est-il pas pertinent de porter un regard critique aussi sur le budget du Ministère de la Santé comparé à celui de la Défense?

C'est l'État qui a la mission d'élaborer la politique de la santé publique et, de ce fait, il joue le rôle de régulateur en créant un cadre juridique et des agents pour appliquer des lois et règlements en vigueur.

La réforme hospitalière

La réforme intervenue en 1998 a pour but de revitaliser le service public hospitalier en améliorant la qualité et la sécurité des soins ainsi que le renforcement des capacités de gestion.⁶ Ce n'est pas un désengagement de l'État car il va toujours apporter la subvention aux Établissements publics de santé (EPS). En juin 2001, déjà, dix hôpitaux nationaux se sont érigés en EPS.

L'hôpital principal de Dakar (HPD) a un statut particulier tandis que Abass N'dao est géré par la commune de Dakar. Même si l'hôpital principal reçoit une subvention de l'État, elle ne dépend pas du Ministère de tutelle mais de la Défense nationale.

Le système de santé au Sénégal a quatre niveaux: la région, le département, la communauté rurale et le village. Dakar compte sept hôpitaux et chacune des onze régions un hôpital régional; il y a quarante-sept centres de santé au niveau départemental (district), six cent cinquante-neuf postes de santé dans les communautés rurales et des cases de santé dans les villages.⁷ Il y a un lit d'hôpital pour 1 298 habitants et un médecin pour 18 410 habitants.

« Le système de santé, et non le système de soins, sera défini par nous comme l'ensemble des pratiques sociales sur un espace donné qui expose de façon différentielle des espaces à un certain profil sanitaire ».⁸

Il y a, en 1998, quatre cent sept médecins, neuf cent trente-quatre infirmiers, quatre cent soixante quatorze sages-femmes, sept cent trente et un agents d'hygiène, deux mille cinq cents matrones et deux mille quatre cent vingt-quatre agents de santé.⁹

De manière générale, les infrastructures sont vétustes. Au CHU A. Le Dantec, tous les services sont asphyxiés: orthopédie, urologie, chirurgie générale, radiologie, biologie, biochimie et, seuls les cas d'urgence sont traités; la raréfaction des consommables et des médicaments est aussi des problèmes que rencontre, grosso modo, les infrastructures sénégalaises.¹⁰

Les déterminants d'un système de santé qui peut être efficace sont: la proximité de l'offre de santé, les prix des médicaments peu élevés, etc. Le taux de femmes adultes alphabétisées est de 25% et l'indice de fécondité est de 6,5 enfants. L'espérance de vie est de 47 ans.

Les recettes et les modiques subventions de l'État ne permettent pas de couvrir les dépenses. Les praticiens pensent d'ailleurs que le mode de gestion est inadapté. Pour sauver leur structure, les médecins ont diagnostiqué les maux et ont élaboré un document mais le ministère de tutelle reste encore indifférent à leur proposition.

Le manque du personnel qualifié est aussi l'une des difficultés que rencontre le système de santé au Sénégal. Selon un médecin, « sans formation continue et de pointe, on ne peut plus parler de CHU ».

À l'instar des autres pays en développement, le Sénégal connaît un déficit du personnel de santé. C'est ainsi qu'une politique de recrutement dans ce secteur a été initiée. Cinq mille agents ont été recrutés en 2003¹¹ et l'objectif est de recruter d'ici 2007 un total de quinze mille agents. Il y a un déficit de l'ordre de trois mille agents: médecins, infirmiers, sages-femmes, techniciens supérieurs de la santé et aides-infirmiers.

La région du Fleuve (Saint-Louis), Tambacounda, Ziguinchor et Kolda souffrent plus de cette situation. Par des raisons diverses, des postes de santé sont fermés à cause du manque de personnel (quand on veut punir un fonctionnaire on l'envoie à Tambacounda, Ziguinchor et Kolda ce qui est à cause du conflit casamançais mais pour Saint-Louis on ne dispose pas encore d'explication).

Les besoins sont très forts dans le domaine: il y a un manque de personnel qualifié. Selon un responsable du secteur, l'État ne totalise pas plus de six mille agents.¹² En 2003, l'État visait à recruter trois mille agents mais au bout du compte c'est seulement 672 qui ont été recrutés. Et la même poursuit en indiquant que le changement des ministres dans le secteur de la santé ne permet pas d'appliquer les conclusions issues de 2000 où les décideurs, les bailleurs de fonds, les collectivités locales, les syndicats se sont penchés sur la question (que disent les assises?).

Une source du SUTSAS¹³ soutient que les problèmes du système de santé c'est « l'absence de transparence, d'équité et de démocratie ». Les agents, par la complicité de ceux qui gèrent le secteur, ne respectent pas les affectations car tout le monde veut travailler à Dakar.

Les questions politiques, culturelles et économiques sont des facteurs de réussite ou non d'un système de soins. L'étude de la santé est une perspective sociale et politique des problèmes de santé d'un État.¹⁴

La réforme hospitalière, même si elle est critiquée par certains, a pour objectif de donner plus d'efficacité aux systèmes de soins et de santé face à l'ampleur des problèmes de santé.

L'ampleur des maladies chroniques

Le cancer des enfants se développe très vite par rapport à celui des adultes mais les $\frac{3}{4}$ guérissent définitivement. Les plus fréquents: cancer du rein (facile à traiter selon les spécialistes), cancer des ganglions ou lymphome de Burkitt africain (plus répandu et plus difficile à traiter, toujours selon les spécialistes).

Face à cette situation, l'Association « Taxawu Sunnuy Doom »¹⁵ a lancé l'opération « pièces jaunes », du 1er au 30 mars 2004, pour la campagne de lutte contre le cancer des enfants et pour l'assistance des enfants malades.

Cent onze millions d'enfants âgés de moins de quinze ans souffrent du cancer dans les pays francophones à travers le monde.

Le cancer fait des ravages au Sénégal, surtout celui des enfants. En effet, six cents en sont victimes par an. N'étant pas la priorité de la santé publique, le cancer a fait mobiliser des âmes charitables qui ont initié une chaîne de solidarité pour la prise en charge des patients à travers le parrainage. Madame Maïssa Diop et l'association Taxaw Sunnuy Doom ont créé la chaîne de solidarité grâce aux bonnes volontés dont le slogan est « N'oubliez pas que les enfants eux aussi ... ont le cancer ».

L'objectif de cette chaîne de solidarité est « d'optimiser la prise en charge de ces petits patients afin d'obtenir des résultats analogues à ceux enregistrés dans les pays développés ». ¹⁶ En 1990, il y a un taux de guérison de 25% alors qu'il est de 9% en France. Le taux de rémission est de 66% sur trente quatre cas de prise en charge entre 2001 et 2003 grâce à l'appui du Groupe franco-africain d'oncologie pédiatrique.

La prise en charge complète d'un enfant atteint d'un cancer de rein gravite autour de 1 450 000 F CFA; pour le cancer des ganglions, le coût de la prise en charge tourne autour de 1 800 000 F CFA.¹⁷

S'il n'y a pas une politique de la santé qui englobe toutes les maladies dangereuses en matière curative et de prévention, les populations seront toujours exposées aux maladies comme le diabète.

Les facteurs de risque d'attraper le diabète

Une mauvaise alimentation et l'absence d'activité physique sont à l'origine de l'obésité et du surpoids. Une étude a montré que cette maladie pourrait être la première cause de décès aux États-Unis d'ici 2005.

En 2000, la mauvaise alimentation a fait quatre cent mille morts contre quatre cent trente-cinq mille décès liés au tabagisme, quatre vingt-cinq mille causés par l'alcool selon l'étude des Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC). Pendant que les décès causés par le tabagisme est en baisse, passant de 19% en

1990 à 18,1% en 2000, ceux liés à l'alcool sont passés de 5% à 3,5%.¹⁸ Un changement de comportement peut largement diminuer le nombre de décès dus au diabète.

Entre 1990 et 2000, les décès dus à la mauvaise alimentation ont vu leur taux passer de 14% à 16,6% du total des décès soit la plus forte progression, note le rapport, parmi les causes de la mortalité aux États-Unis.

Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque pour le diabète, la maladie cardiaque et certains cancers.

Les gens mangent mal. Ils ne savent pas manger car ils croient que bien manger c'est manger à sa faim. Ainsi, une bonne alimentation doit être un défi pour les pays en développement. Une certaine couche de la population n'a pas les moyens de varier son alimentation et n'a pas non plus l'éducation adéquate pour consommer plus ce dont le corps a plus besoin, donc même ceux qui ont des moyens ne savent pas équilibrer leur alimentation.

Au Sénégal, le cep bu djën¹⁹ est le principal mets des Sénégalais. Le riz qui devrait accompagner le poisson et les légumes se trouve être la principale alimentation.

La mauvaise alimentation est donc liée aux facteurs économiques donc politiques et socioculturels. Si les gens n'ont pas les moyens d'appliquer une politique nutritionniste, la meilleure des politiques échouera nécessairement.

Le diabète est une maladie silencieuse qui ne fait pas beaucoup de bruit comme le paludisme ou le Sida mais il est massif car une importante partie de la population sénégalaise vit avec ce fléau.

L'ampleur du Diabète

Au Sénégal, on désigne le diabète par « la maladie du sucre ». En Ouganda, c'est « chu kali » qui signifie sucre et au Kenya « Suk Ari » en swahili veut dire également sucre.

Il y a plusieurs associations de diabétiques dans le monde. C'est le cas au Sénégal. Nous tenterons de voir si l'objectif de l'Association sénégalaise des diabétiques est de partager la douleur pour diminuer la souffrance ou c'est pour un apport en biens matériels, financiers, l'entraide ou encore s'unir pour avoir plus de force pour faire pression sur les autorités. Nous pouvons, d'emblée formuler l'hypothèse selon laquelle en écoutant les autres parler des mêmes maux, donc, tout un chacun peut se dire « je ne suis pas seul et il y a peut-être pire ailleurs ». Ce qui est une manière de se consoler un peu par la souffrance des autres.

Le seul centre spécialisé dans le traitement du diabète au Sénégal est le centre antidiabétique « Marc Sankalé » de l'hôpital Abass Ndao. Ce centre a accueilli à ses débuts deux cents patients²⁰ et le nombre de patients est passé à plus de vingt mille avec une progression de deux mille cas par an. Cette progression et les coûts de la prise en charge sont au centre des préoccupations de l'Association sénégalaise de soutien aux diabétiques (ASSAD) car il n'y a pas encore une politique de santé, au Sénégal, qui intègre les maladies chroniques comme faisant partie des priorités.

La progression de la maladie est inquiétante. Ce qui est plus inquiétant également c'est la non-prise en charge des malades, malgré la création d'une division des maladies chroniques non transmissibles au Ministère de tutelle. La progression vertigineuse du diabète peut s'expliquer par les mauvaises habitudes alimentaires, par la pauvreté, les tabous alimentaires et à l'analphabétisme.²¹

Le Centre est créé en 1965 par des médecins comme le Pr Marc Sankalé dont il porte le nom. Mais depuis 1975, le Centre n'a plus de budget de fonctionnement même si une partie des salaires du personnel est payée par le Ministère de tutelle et l'autre par l'ex-communauté urbaine de Dakar, aujourd'hui c'est la commune de Dakar qui gère et le Centre et l'hôpital Abass Ndao.

Le diabète est lié d'une part à la suralimentation et d'autre part à la malnutrition.

L'ASSAD est créée en 1982 et son but est « d'améliorer le sort des patients et d'en faire des personnes sans handicap ». Elle œuvre aussi pour avoir des pouvoirs publics de subvention des prix de l'insuline, la réalisation d'un centre qui répond à l'ampleur de la maladie au sein des populations car l'exiguïté et l'éloignement par rapport à certains patients est un handicap pour l'accès aux soins. L'ASSAD est une chaîne de solidarité assez large entre les diabétiques et aussi entre les personnes aisées et non nantis.

Elle apporte des moyens financiers grâce à ses adhérents pour le bon fonctionnement du Centre. Les membres de l'Association ont quelques privilèges par rapport aux diabétiques non adhérents: chacun va déboursier quatre mille F CFA à raison de quatre visites annuelles; cette politique sociale est entretenue grâce à la coopération entre le Centre et l'ASSAD.²² Le diabète est une « maladie nouvelle »;²³ elle fait partie des autres maladies émergentes.

L'augmentation du taux de sucre se fait de façon chronique. Ce qu'on appelle une hyperglycémie, c'est le diabète. Le diabétique est un sujet qui mange beaucoup sucré et gras, boit beaucoup, urine beaucoup et dans certains cas se met à maigrir.

Le diabète a des marqueurs génétiques, c'est une maladie familiale et à vie.²⁴ Il y a deux types de diabète: le diabète insulino-dépendant ou de type 1 qui touche généralement les sujets jeunes et le diabète non insulino-dépendant ou de type 2 qui touche le plus d'adultes.

Au Sénégal, 90% des diabétiques sont de type 2 et 10% seulement de type 1. Au Centre « Marc Sankalé », 70% des patients en traitements sont des indigents, 15% sont des malades nantis et 15% sont de la classe moyenne.

Comment prévenir le diabète?

Une cure d'amaigrissement pour des sujets obèses, avoir une alimentation équilibrée et moins sucrée et moins grasse, et avoir une activité physique. La campagne de sensibilisation n'est plus développée. Malgré l'organisation chaque année d'une semaine nationale du diabète, ce qui va en droite ligne de la journée mondiale du diabète, l'antenne à la télévision, un tranche hebdomadaire de vingt à trente minutes n'existe plus depuis 1985.

Pour faire face au mal, le Centre et l'ASSAD comptent sur l'éducation, la sensibilisation et la formation du personnel d'encadrement, l'information des populations et le dépistage.

Les diabétiques méritent, à l'instar des malades du Sida et du paludisme, que l'on leur accorde plus d'attention et de considération en allouant plus de moyens pour couvrir les frais de soins et la prise en charge psychosociale.

Compte tenu de la situation géographique et le manque de moyens chez certains patients, les malades éprouvent des difficultés pour se faire soigner.

Les difficultés d'accès aux soins

Dakar compte dix-neuf communes d'arrondissements (loi sur les collectivités locales de 1996) qui dépendent de la commune de Dakar. La région de Dakar est découpée en quatre villes: Dakar, Pikine, Rufisque et Guédiawaye. La ville de Dakar, malgré le nombre de ses habitants inférieur à celui de Pikine,²⁵ garde les prestiges, les fonctions et les privilèges de la première ville du Sénégal.²⁶

Les accès aux soins et à une alimentation saine et équilibrée, à l'eau potable ne sont pas donnés à tout le monde dans les pays en développement. Les États ne satisfont pas la prise en charge médicale et psychologique et l'accès aux soins sur le plan financier et géographique.

L'accès équitable aux soins et l'accueil par un établissement hospitalier à tout malade est un droit garanti par la loi n°98-08 du 02 mars 1998 portant sur la réforme hospitalière au Sénégal. La discrimination est également interdite car refuser de soigner un malade quelle que soit la raison constitue le refus d'assistance à personne en danger; un délit prévu et puni par l'art. 49 al. 2 du Code pénal sénégalais.

Les malades du diabète ont des difficultés d'accès aux soins.²⁷ Compte tenu des coûts des soins et de l'intensité des traitements, la situation des diabétiques mérite une réflexion pour ne pas dire une attention particulière quand on sait qu'il y a parmi eux des sujets indigents. Les coûts, les conséquences dans la vie professionnelle et sociale sont des indicateurs qui doivent susciter une réflexion chez tout citoyen. Compte tenu du temps de l'institut, nous nous limiterons à la ville de Dakar. On pourrait schématiser les objectifs ainsi:

Une politique de la santé ne doit pas seulement se limiter à administrer des soins; elle doit aller au-delà car derrière la maladie il y a un malade, un individu qui tient à sa dignité.

La santé publique est un savoir et un savoir-faire; c'est une méthode et un état d'esprit. Elle renvoie à l'idée de l'hygiène publique.²⁸ La vente des médicaments en dehors des circuits normaux pose un problème de santé publique.

La violation des droits de la personne humaine est interdite par les normes internationales. En effet, la charte des Nations Unies oblige les États à respecter les droits des individus: « discrimination au regard du sexe, de la race, de la langue, de la religion, de l'opinion politique et autre statut ». Le concept de « santé pour tous » doit être traduit en actions concrètes.

Face à la dégradation du système sanitaire public, les populations nanties optent pour le service privé. Ce secteur offre-t-il les meilleurs services?

Certains se tournent vers la médecine traditionnelle même si elle n'est pas toujours la moins coûteuse.²⁹ D'autres préfèrent consulter un tradi-praticien.

La médecine moderne soigne les symptômes de la maladie et la médecine traditionnelle identifie les causes du mal et met les moyens nécessaires pour les combattre.³⁰

Dans l'analyse du comportement des malades, il est important d'avoir à l'œil les enjeux sociaux de la maladie. Elle est vue en Afrique comme étant causée par un esprit maléfique et c'est la médecine traditionnelle (tradi-praticien, guérisseur ou sorcier) qui est sollicitée pour enrayer le mal ou le mauvais sort alors que la médecine moderne est convaincue qu'il faut chercher les causes naturelles de la maladie et d'agir sur elles. Ces deux conceptions sont contraires mais pas contradictoires et c'est pourquoi les deux médecines sont associées par les patients, la plupart du temps, dans les soins. De plus, dans les deux cas, les soins ne sont pas seulement physiques (le corps) mais la santé du corps est aussi importante que les soins mentaux (esprit). Le médecin comme le tradi-praticien soigne et le corps et l'esprit.

Quand la dimension humaine est oubliée, on n'est plus loin de la barbarie. C'est la rigueur scientifique dans toute sa dimension et le respect de l'autre qui sont des facteurs-clés dans ce processus. S'il n'y a pas ce respect, on assistera à la santé des riches contre la santé des pauvres. Laisser les diabétiques n'ayant pas les moyens de se faire soigner à eux-mêmes, c'est les conduire irréfutablement vers la mort.

Les enjeux sociaux de la maladie peuvent-ils bouleverser les stratégies de politique de santé ou obligent-ils une coopération entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle? Si les patients se démarquent de plus en plus des structures étatiques, peut-être que cela aidera l'État à prendre plus de responsabilités en protégeant davantage le secteur de la santé.

L'État n'est pas le seul acteur dans la mise en place d'une politique de la santé. Le poids des bailleurs de fonds, le clientélisme de certains régimes politiques font que la gestion de la santé au niveau politique ne répond pas souvent aux attentes des populations.

La gestion politique de la santé

Lutter contre la pauvreté c'est améliorer l'équité, c'est redistribuer les richesses de manière rationnelle, c'est instaurer une politique d'allocation de chômage pour protéger les pauvres à ne pas devenir de plus en plus pauvres. En effet, l'état de pauvreté des Etats africains est un facteur aggravant du système sanitaire précaire et peu efficace. Les programmes de lutte contre la pauvreté doivent intégrer la dimension santé « Mens sana in corpore sano ».³¹

Le concept de bonne gouvernance invoque trois acteurs: l'État, le secteur privé et la société civile. La bonne gouvernance c'est « la manière dont est exercé le pouvoir pour gérer les ressources économiques d'un pays en vue du développement.³² Pour le PNUD, « Elle [la bonne gouvernance] comprend les mécanismes, procédés et institutions par lesquels les citoyens et leurs groupes articulent leurs intérêts, exercent leurs droits légaux, remplissent leurs obligations et gèrent leurs différences ».

Nous considérons que la bonne gouvernance doit être vue comme la défense de la cause des pauvres et la bonne gestion des affaires publiques. Le Sénégal consacre 1,3% de son PNB à la santé contre 4,2% à l'éducation.

Les États sont « responsables en dernier ressort du bien-être de leurs citoyens dont ils doivent prendre le plus grand soin ». ³³ La santé pour tous en l'an 2000, cet objectif de l'OMS, est de mener la planète à un niveau de santé socialement et économiquement productive; et il est clair que la santé est le moteur de tout développement.

L'efficacité d'un système de santé se mesure sur la qualité des soins et la satisfaction des malades, de la salle d'attente à l'hôpital à l'administration des soins.³⁴ Elle répond à plusieurs facteurs.

Quelle que soit la politique élaborée, si les praticiens ne sont pas bien formés les objectifs risquent de ne pas être atteints; la formation ne doit pas se limiter seulement à la biomédecine ou à la biochimie.

La formation du corps médical aux sciences sociales

Confrontés à la mort, c'est la peur, la colère et l'angoisse qui envahissent le malade et l'habitent. Il est donc nécessaire de lui donner la vie en lui apportant du réconfort, surtout des personnes qui souffrent de maladies chroniques.

La mission du corps médical et paramédical est de surveiller et de soigner, de prendre en charge. La confiance naîtra entre les patients et le personnel de la santé quand ceux-là se rendront compte que celui-ci a pour mission de résoudre ou d'atténuer leurs problèmes; et à défaut de bouter la maladie hors de leur cadre de vie, leur rapport atténuera alors la souffrance.

L'attitude à adopter varie d'un malade à l'autre: chacun vient avec ses maux et ses mots qui sont susceptibles d'être différents de ceux des autres; chacun vient avec ses sentiments. Il peut être angoissé ou replié sur lui-même ou être de mauvaise humeur et s'en prendre au corps médical et paramédical. Ce sont des réactions normales, elles sont normales parce que la personne est malade et qu'elle a besoin de l'aide du personnel de santé. C'est pourquoi les gestes simples, comme serrer la main, embrasser, sourire, incliner la tête en signe de salutation, sont très importants pour le patient.

Conclusion

La priorité est donnée à une maladie si elle présente un caractère commercial. Les maladies dont l'ennemi est clairement identifiable présentent plus d'intérêts que les autres. Pour le Sida c'est les rapports sexuels à risque qui sont pointés du doigt et pour ce qui est du paludisme c'est l'anophèle. Les donateurs, pour décaisser les fonds, posent des conditionnalités. C'est dire que ce sont eux qui élaborent et déterminent la politique de santé dans les pays qui n'ont pas les moyens de réaliser leurs objectifs en matière de santé publique. Les ministères de la santé ne font qu'exécuter une politique définie de l'extérieur. Alors, que faire?

Notes

1. Les diabétiques qui adhèrent à l'Association sénégalaise de soutien aux diabétiques (ASSAD) ne sont pas tous de Dakar et tous les diabétiques de Dakar n'adhèrent pas à l'ASSAD.
2. Organisation Mondiale de la Santé.
3. On note 400 à 600 nouveaux cas de cancer chaque année et 10% seulement des enfants atteints du cancer sont traités.
4. Le premier cas de Sida est dépisté en janvier 1986 au Sénégal; à la fin de l'année il y a eu 15 nouveaux cas dépistés.
5. Les statistiques disponibles au Centre « Marc Sankalé » de l'hôpital Abass Ndao.
6. Le budget du Ministère de la Santé au Sénégal est de 8% en 1972-1973 et de 5,5% en 1981-1982.
7. Projet de prévention de la mortalité maternelle au Sénégal. Réf: Sen/86/007. Gouv. du Sénégal et le PNUD.
8. La santé dans la ville, p. 58.
9. Projet de prévention de la mortalité maternelle au Sénégal. Réf: Sen/86/007. Gouv. du Sénégal et le PNUD.
10. *Walfadjri*, 18/03/2004.
11. *Sud Quotidien*, 19/02/2004.
12. *op.cit.*
13. Syndicat unique des Travailleurs de la Santé au Sénégal.
14. La santé dans la ville, p. 302.
15. Au secours des enfants en wolof.
16. Pr Moreira.
17. 1 • = 655,7 F CFA.
18. *Walfadjri*, 11/03/2004.
19. *Journal of the American Medical Association - JAMA* -, 10/03/2004 cité par *Walfadjri* du 11/03/2004.
20. Le riz au poisson qui se trouve être le plat le plus prisé par les Sénégalais.
21. Certains documents mentionnent cent vingt-sept patients.
22. Pr Saïd N. Diop, *Le Soleil*, 15/11/2002.

23. Il est même prévu la création d'une coopérative qui aura pour objectifs de subventionner la vente de l'insuline: le coût à la pharmacie est de 1400 F CFA contre 1000 F CFA aux diabétiques qui adhèrent à l'ASSAD.
24. Pr Saïd Nourou Diop.
25. Les spécialistes ne préfèrent pas parler de maladie héréditaire.
26. 910.000 contre 800.000 habitants.
27. La santé dans la ville.
28. Les malades du sida sont traités gratuitement.
29. Critique de la santé publique, p. 8, Didier Fassin et Jean-Paul Dozon.
30. Une piste qui pourrait être explorée dans une autre étude.
31. La santé dans la ville, p. 76.
32. Un esprit sain dans un corps sain.
33. Banque mondiale.
34. OMS.
35. OMS.

Bibliographie sélective

- Aguercif, M. et Aguercif-Meziane, F., 1993, « Le système de santé publique en Algérie: évaluation 1974-1989 et perspectives », *Les Cahiers du CREAD*, n° 35/36, pp. 97-102.
- Antoine, P. et Bâ, A., 1993, « Mortalité et santé dans les villes africaines », *Afrique contemporaine*, n° 168, octobre-décembre, pp. 138-146.
- Banque mondiale, 1994, *Sénégal: évaluation des conditions de vie*, Washington, Banque mondiale.
- Brooks, D. D., 2002, *L'eau. Gérer localement*, CRDI.
- Brownlee, A., 1993, *La recherche sur les systèmes de santé: un outil de gestion*, Ottawa, CRDI.
- Centre international de l'enfance, 1976, *La santé de la famille et de la communauté*, Dakar, Saint-Paul.
- Cichon, M. et Gillion, C., 1993, « Le financement des soins de santé dans les pays en développement », *Revue internationale du travail*, vol. 132, n° 2, pp. 193-208.
- De La Moussaye, E. et Jacquemot, P., 1993, « Politique de santé: les trois options stratégiques », *Afrique contemporaine*, n° 166, avril-juin, pp. 15-26.
- Dujardin, B., 2003, *Politiques de santé et attentes des patients: vers un dialogue constructif*, Paris, Karthala.
- El Harti, A., 1988, « Le système de santé au Maroc entre les contraintes financières et les exigences sociales », *Afrique et Développement*, vol. XIII, n° 2, pp. 5-27.
- Egrot, M. et Taverne, B., 1990, *Interventions sanitaires et contexte culturel: Actes de la deuxième journée d'anthropologie médicale de l'AMADES*, Marseille 28 avril, Toulouse.
- Estrella, M. et al., 2003, *Apprendre du changement. Questions et expériences de suivi et évaluation participatifs*, Karthala, CRDI.
- Fassin, D. et Defossez, A., 1992, « Une liaison dangereuse. Sciences Sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité naturelle en Equateur », *Cahiers des Sciences humaines*, vol. 28, n° 1, pp. 23-36.

- Fassin, D., 1996, *L'Espace politique de la santé*, Essai de généalogie, Paris, PUF.
- Fassin, D., 2000, *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala, 2000.
- Fassin, D. (dir), 2001, *Critique de la santé publique*, Paris, Balland.
- Fairhead, J. et Leach, M., 1994, « Représentations culturelles africaines et gestion de l'environnement », *Politique africaine*, n° 53 mars, pp. 11-24.
- Grenier, L., 1998, *Connaissances indigènes et recherche. Un guide à l'intention des chercheurs*, CRDI.
- Hours, B., 1992, « La santé publique entre soins de santé primaires et management », *Cahiers des Sciences humaines*, vol. 28, n° 1, pp. 123-140.
- Hours, B., 2001, *Systèmes et politiques de santé: de la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala.
- Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J. P., 2003, *Une médecine inhospitalière*, Paris, Karthala.
- Klimek, C. Y. et Peters, G., 1995, *Une politique du médicament pour l'Afrique: contraintes et choix*, Paris, Karthala.
- Michel, H., 1979, *Pour une éducation africaine de la santé*, Essai d'un manuel pédagogique adapté à l'Afrique [Thèse d'État], Université de Dakar.
- Ndiaye, S., Diouf, P. D. et Ayad, M., *Santé familiale et population*. Région de Dakar: Résultats de l'Enquête.
- Oufriha, F. Z., 1993, « Difficile structuration du système de santé en Afrique: Quels résultats? », *Les cahiers du CREAD*, n° 35/36, pp. 7-58.
- Oufriha, F. Z., 1988, « Essai sur le système de soins en Algérie », *Économie appliquée et Développement*, n° 13, 1er trimestre, pp. 60-75.
- OMS, 1975, *Comment répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement*, Genève.
- OMS, 1981, *Élaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici 2000*, Genève.
- OMS, 1982, *Rôle des centres de santé dans le développement des systèmes de santé des villes*, Genève.
- OMS, 1992, *Économie hospitalière et financement des hôpitaux dans les pays en développement*, Genève.
- OMS, 1998, *Rapport sur la santé dans le monde*, Genève.
- OMS, *Contrôle social des techniques hospitalières: une approche possible*, cahier SHS n° 10.
- Pathmanathan, I., 1993, *Gestion de la recherche sur les systèmes de santé: un outil de gestion*, Ottawa, CRDI.
- Plantes médicinales du Sabel*, série Études et Recherches, n° 187-188-189.
- Prescott-Allen, R., 2003, *Le bien-être des nations. Indice par pays de la qualité de vie et de l'environnement*, Eska/CRDI.
- PNUD, 2001, *Rapport national sur le développement humain au Sénégal: gouvernance et développement humain*, New York.
- Population et santé dans les pays en développement, vol.1: population, santé et survie dans les sites du réseau INDEPTH*, Réseau INDEPTH, CRDI, 2003.
- République du Sénégal, Ministère de la santé, 1989, *Programme de développement intégré du secteur de la santé*, avril.
- Salem, G., 1998, *La santé dans la ville*, Karthala/Orstom.
- Seck, M., 1991, « Une stratégie de promotion de la santé », *Vie et Santé*, n° 6, pp. 3-5.

Smith, G. et Naim, M., 2000, *Mondialisation, souveraineté et gouvernance*, CRDI.

Sy, A. B., 1991, « Quelle santé pour l'Afrique? », *Afrique-Espoir*, n° 2, pp. 2-7.

Wone, I., 1984, « Médecine et développement au Sahel, indicateurs de santé », *Cahier Medesabel*, n° 1, p. 298.