

contact

Une publication du Conseil Œcuménique des Eglises

MEDICAMENTS ESSENTIELS EN SOINS DE SANTE PRIMAIRES



No. **187**

Janvier - Mai
2009

2

Editorial

Comprendre les médicaments essentiels et les soins de santé primaires

4

Analyse personnelle

Médicaments essentiels : toujours un concept probant

8

Article de fond

Médicaments et soins de santé primaires : Défis et espoir au sein des systèmes confessionnels de santé.

14

Commentaire

Médicaments et soins de santé primaires

18

Accords de libre-échange, soins de santé primaires et médicaments

20

Appel à l'action

Médicaments essentiels pour enfants: un besoin d'action

22

Expériences

Mettre les médicaments plus proche des populations ?

24

Etude biblique

Dieu a-t-il une stratégie pour la santé pour tous?

26

Ressources

COMPRENDRE LES MÉDICAMENTS ESSENTIELS ET LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Dans le système de soins de santé primaires, les médicaments sont des produits essentiels de soins de santé. Une fonction importante de tout système de soins de santé consiste à fournir des produits et des services de santé appropriés de manière équitable, fiable et efficace. La qualité d'un système de soins de santé primaires est souvent jugée par les patients sur la base de personnel médical approprié et de la disponibilité des médicaments nécessaires.

Les médicaments essentiels, tels que définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sont ceux qui répondent aux besoins de soins de santé prioritaires de la population. Ils sont sélectionnés en tenant dûment compte du bien-fondé de la santé publique, des faits sur l'efficacité et l'innocuité, et du rapport coût-efficacité comparatif. Les médicaments essentiels doivent être disponibles dans le cadre des systèmes de santé opérationnels à tout moment et en quantités suffisantes, dans des formes posologiques appropriées, de qualité garantie et portant l'information adéquate et à un prix à la portée de l'individu et de la communauté.

L'idée de définir les médicaments essentiels - et d'établir une liste de ceux-ci - a été conçue à partir d'un rapport élaboré lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en 1975. Ces efforts visaient à accroître la gamme et la disponibilité des médicaments pour les populations d'accès difficile. Un comité d'experts sur l'utilisation des médicaments essentiels a été créé dans l'optique d'aider les États membres à sélectionner et acquérir les médicaments essentiels.

En 1977, le premier rapport du comité d'experts incluait (a) des critères pour déterminer si un médicament répond à la définition d'un médicament essentiel et (b) le premier modèle de liste des médicaments essentiels (LME) ainsi que deux exemples de la façon dont le concept de médicaments essentiels pouvaient être mis en œuvre.

Depuis lors, l'OMS a actualisé le modèle de LME tous les deux ans. En 2007, trente ans après l'introduction du concept de médicaments essentiels, un modèle de LME pour enfants a également été introduit.

La Déclaration d'Alma Ata a formellement adopté les soins de santé primaires (SSP) comme le moyen de fournir un système global, universel, équitable et abordable de services de soins de santé pour tous les pays. Il a été adopté à l'unanimité par tous les pays membres de l'OMS à Alma Ata dans l'ancienne République soviétique du Kazakhstan en septembre 1978.

Les SSP prévoyaient une couverture universelle des services de base tels que l'éducation sur les méthodes de prévention et de contrôle des problèmes courants de santé ; la promotion de la sécurité alimentaire et une nutrition adéquate; l'approvisionnement adéquat en eau et l'assainissement de base ; la santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale ; la vaccination ; la prévention et la lutte contre les maladies localement endémiques; un traitement approprié des maladies et blessures courantes ; et la fourniture de médicaments essentiels.

L'emphase avait changé de l'hôpital le plus grand à celui de prestation de services à base communautaire, avec un équilibre de programmes préventifs et curatifs rentables. L'approche était intersectionnelle, impliquant les agents de vulgarisation agricole, les enseignants, les groupes de femmes, les groupes de jeunes et les leaders religieux, etc.

La communauté, par l'intermédiaire de ses dirigeants, devait être impliquée dans la planification et l'exécution de ses propres services de soins de santé par le truchement des comités communautaires de soins de santé primaires. Là où les médecins et infirmiers occidentaux formés n'étaient pas disponibles, les travailleurs de santé de village devaient être formés et utilisés en tant que partie formelle du système de santé.

Source : http://www.mja.com.au/public/issues/178_01_060103/hal10723_fm.html

Les gouvernements nationaux ont adopté à travers le monde le concept de soins de santé primaires comme leur plan officiel pour la couverture de l'ensemble de la population avec les services essentiels de soins de santé primaires. Des objectifs avaient été fixés pour la réalisation de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Certains de ces objectifs se présentaient ainsi qu'il suit :

- Au moins 5% du produit national brut doivent être consacré à la santé;
- Au moins 90% des enfants doivent avoir un poids pour l'âge qui correspond aux valeurs de référence;

• L'eau potable doit être disponible à domicile ou à 15 minutes de marche et, des installations sanitaires adéquates doivent être disponibles à domicile ou dans le voisinage immédiat;

• Les populations doivent avoir accès au personnel qualifié pour s'occuper de la grossesse et de l'accouchement, et

• Le soin de l'enfant doit être disponible au moins jusqu'à l'âge d'un an.

Un récent rapport de l'OMS – *Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais* - trouvait des inégalités frappantes en matière de résultats sanitaires, d'accès aux soins, et ce que déboursent les populations pour les soins. De nombreux systèmes de santé ont perdu leur focalisation sur l'accès équitable aux soins, et le rapport appelait à un retour aux soins de santé primaires.

Les soins de santé primaires s'attaquent non seulement aux causes profondes de la mauvaise santé, mais également aux menaces à la santé. Comme le constatait le rapport, une utilisation judicieuse des interventions existantes peut prévenir 70% du poids mondiale de morbidité.

Le présent numéro de Contact magazine donne des exemples pratiques sur l'importance des médicaments essentiels dans les soins de santé primaires.

Plusieurs auteurs ont examiné le concept de médicaments essentiels. Richard Laing examine le concept 30 ans après sa popularisation et se demande s'il est encore un concept probant.

Ce numéro met également en lumière les défis de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans les Organisation d'Inspirations Religieuses (OIR). Jane Masiga en jetant un regard sur les succès d'accès au cours des trois dernières décennies, donne une perspective historique sur ce qui a été déjà fait sur la disponibilité des médicaments dans le cadre des soins de santé primaires.

En outre, ce numéro met un accent sur les accords de libre échange, les soins de santé primaires et les médicaments et leur impact sur les femmes et les enfants.

Les médicaments essentiels pour enfants sont une question importante et des efforts concertés sont requis pour garantir que les médicaments essentiels pour enfants respectent les normes prévues pour les médicaments disponibles pour adultes.

Nous osons croire que vous trouverez du plaisir à parcourir ce numéro de Contact magazine

dont le thème principal est **Médicaments essentiels en soins de santé primaires** et que le partage des expériences et des connaissances dans ce numéro incitera à entreprendre une action positive pour la mise à l'échelle de l'accès aux médicaments essentiels en soins de santé primaires.

Prochaine Edition

L'Organisation mondiale de la santé définit les six éléments de base des systèmes de santé comme étant:

- La prestation de service
- Les travailleurs de la santé
- Les systèmes d'information sanitaire
- Les produits médicaux et les technologiques
- Les systèmes de financement
- Le leadership et la gouvernance.

Elle met également l'accent sur les valeurs et les principes des soins de santé primaires, notamment l'équité, la solidarité et la justice sociale, l'accès universel aux services, une action multisectorielle et la participation communautaire comme base de renforcement des systèmes de santé. Le thème de Contact 2009 est: Renforcement du système sanitaire: focalisation sur les institutions de l'église et la prestation de services pharmaceutiques.

Voici des thèmes spécifiques auxquels vous pouvez contribuer, toutefois ils ne sont pas restrictifs.

- Maintenir un système de santé viable dans un effondrement économique: le cas d'un système ou d'un hôpital
- Les défis de formation des professionnels pharmaceutiques
- Un partenariat privé réussi avec les OIR
- Investir dans le contrôle de la qualité pharmaceutique
- Les mini laboratoires et leur impact sur l'assurance de la qualité des médicaments
- Gérer une organisation viable d'approvisionnement en médicaments dans un milieu de pauvreté et de guerre civile.

Les articles doivent comporter entre 800 - 1000 mots dans une langue simple, car le lectorat est diversifié- partout dans le monde.

Nous vous prions de bien vouloir inclure un court profil d'à peu près trois phrases de l'auteur et de l'organisation, y compris les coordonnées de contact pour le remerciement. Nous aimerions avoir des informations relatives à ceux qui sont intéressés par écrit d'ici la 29 mai 2009. Pour tout éclaircissement ou toute question, n'hésitez pas à nous contacter.

Réseau Pharmaceutique Œcuménique (EPN)
Immeuble CHAK - Musa Gitau road, près de Waiyaki way,
Lavington
B.P. 73860 - 00200
Nairobi, Kenya
Tel: 254-20-4444832
Fax: 254-20-4441090/4440306
Email: info@epnetwork.org
Site web : www.epnetwork.org

Angela Mutege est la chargée de communication au sein du Réseau Pharmaceutique Œcuménique.

MÉDICAMENTS ESSENTIELS : TOUJOURS UN CONCEPT PROBANT

En 1989, Contact n° 107 titrait « Médicaments essentiels - un concept probant. » Cette édition spéciale contenait non seulement un grand article de Christel Albert, conseiller pharmaceutique à cette époque, mais également une liste de publications utiles, le guide CMC à l'intention des donateurs et des bénéficiaires de dons de produits pharmaceutiques, et la 5e liste modèle de médicaments essentiels. Je me suis servi de cette publication comme principale ressource dans le cadre des cours de formation et des réunions organisés à travers le monde entier. 20 ans après cette publication, et 30 ans après la première liste des médicaments essentiels en 1977 y compris la déclaration d'Alma Ata de 1978, il convient de revisiter ce concept original et d'identifier ce qui a changé, les développements qui ont eu lieu et ce qui n'a pas changé.

*Un défi continu à relever
relatif à l'utilisation
rationnelle reste la
promotion inappropriée des
médicaments, qui constitue
autant un défi aujourd'hui
que cela l'était en 1977.*

Le concept

Il ne fait l'ombre d'aucun doute que le concept original, qui stipule que peu de médicaments essentiels fournis de manière fiable et rationnellement utilisés peuvent assurer le traitement efficace des malades dans le monde entier, reste toujours un concept probant. L'Objectif de Développement du Millénaire 8E inclut le concept de médicaments essentiels. En effet, de nombreux pays développés et en transition et des organisations telles que les prestataires d'assurance santé ou les Organisations de préservation de la santé sont en train de faire usage de cette approche. Toutefois, il y a eu beaucoup de développements et j'identifierai à partir d'un point de vue personnel lesquels de ces développements se sont avérés être les plus importants.

Sélection

Au cours des 25 premières années de mouvement des médicaments essentiels, la sélection a été à la base de l'expérience. En 2003, l'OMS a introduit une approche fondée sur les faits avec le partage de l'information par le public. Le document clé dans ce processus est le formulaire de demande¹. Ce formulaire identifie 15 questions auxquelles des réponses doivent être apportées avant d'ajouter ou de retirer un médicament sur la liste de médicaments essentiels. Tout pays ou toute organisation peut adapter ce formulaire pour répondre à ses besoins. De nombreux pays ont adapté la liste modèle OMS comme une liste standard qui définit lesquels des médicaments devraient être fournis et à quel niveau du système de santé.

Approvisionnement

En 1989, le principal moyen d'approvisionnement était par avis d'appel d'offres ouvert encore appelé dans le jargon de la Banque mondiale la « mise en concurrence ouverte. » Depuis lors, la Banque mondiale et de nombreuses organisations internationales notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et certains pays sont partis de cette approche moins satisfaisante pour faire usage soit des avis d'appels d'offres restreints idéalement accompagnés du suivi de la performance, ou de l'approvisionnement direct des fournisseurs à but non lucratif tels que MEDS au Kenya, ou JMS en Ouganda ou d'autres agents d'approvisionnement internationaux tels que l'IDA ou Action Medeor.

La raison de ce changement réside dans le fait que, en matière d'avis appel d'offres ouvert, le prix est le principal déterminant de la sélection des fournisseurs alors que l'assurance de la qualité et la fiabilité du fournisseur s'avèrent nettement plus importantes. Un élément clé du développement enregistré au cours des années 1990 a été la publication du Guide MSH d'Indicateur du Prix International du Médicament². Depuis 1977, il y a eu un certain nombre de tentatives visant à établir des systèmes d'approvisionnement en commun. Quand ces systèmes venaient à être établis dans un pays, en particulier lorsque les hôpitaux ou les missions ont combiné leurs exigences et la commande, des épargnes majeures ont été enregistrées. Toutefois, lorsque cette approche a été expérimentée à

l'échelle internationale, les résultats ont été décevants, avec une exception notable, à savoir le Service d'Approvisionnement Pharmaceutique des Caraïbes Orientales (Pharmaceutical Procurement Service, PPS) qui a rendu pendant plus de 25 ans un service avec succès³.

Distribution

Dans ce domaine, le progrès est resté lent et a été perturbé par de multiples canaux d'approvisionnements créés par les bailleurs de fonds ou les programmes verticaux de lutte contre la maladie. En 2003, Marthe Everard et Marlon Banda travaillant avec les organisations membres de l'EPN ont entrepris une étude innovatrice sur le stockage des médicaments et les systèmes de distribution au sein des organisations confessionnelles en Afrique⁴.

Cette étude innovatrice mettait ensemble les enquêteurs d'un pays avec ceux originaires d'un autre pays et avait permuté des visites en complétant un document d'étude de norme. Les principales conclusions de l'étude portaient sur la nécessité d'améliorer l'assurance de la qualité des procédures en cours d'utilisation, la gestion des dons de médicaments, une utilisation plus efficace des informations sur les prix associée aux systèmes de gestion financière mis à jour, avec un accent particulier mis sur la satisfaction du client. Ensuite, une étude similaire a été entreprise sur les systèmes d'approvisionnement publics et, alors que ce rapport n'était pas encore publié, des résultats similaires avaient été obtenus avec une conclusion claire selon laquelle l'utilisation d'un modèle semi autonome constituait probablement le système national le plus efficace.

La question de dons a continué d'être un défi. En avril 1988, la Christian Medical Commission a publié ses directives sur les dons de produits pharmaceutiques. En 1989, l'OMS a publié les principes directeurs interinstitutions, qui ont été largement acceptés et utilisés même par les grandes sociétés pharmaceutiques⁵.

Toutefois, des problèmes se posent encore lorsque des personnes bien intentionnées ou des organisations s'empressent à envoyer des



médicaments dans des zones sinistrées. Les principes directeurs interinstitutions applicables aux dons de médicaments ont résisté à l'épreuve du temps et devrait être pleinement mis en œuvre. Cela signifie que les donateurs et les bénéficiaires doivent définir les directives spécifiques pour leurs propres situations.

Usage rationnel

On a enregistré ici de grands progrès depuis 1989. À cette époque, il y avait une idée très répandue selon laquelle l'usage de médicament était souvent inapproprié en raison d'un manque de formation des travailleurs de la santé. Le réseau INRUD a été créé pour étudier la question et l'une de leurs

premières activités a été l'élaboration d'une méthode et d'un manuel sur « Comment étudier l'utilisation des médicaments dans les services de santé ? ». Cette méthode largement utilisée a montré que l'utilisation des médicaments varie beaucoup du bon au très mauvais. Cette méthode a été également utilisée pour évaluer les interventions et nous savons maintenant davantage sur la façon d'améliorer l'utilisation rationnelle. Une publication clé décrivant la manière de mettre sur pied des comités pharmaceutiques et thérapeutiques a été publiée en 2003 ⁶.

L'amélioration de l'utilisation des médicaments dans la communauté a été plutôt négligée jusqu'au milieu des années 1990 lorsque le groupe d'Amsterdam dirigé par Anita Hardon et Catherine Hodgkin avec l'appui de Daphné Fresle de l'OMS a commencé à organiser des cours sur la promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments dans la Communauté. ^{7,8}

Ce qui a abouti à l'élaboration de deux manuels utiles sur l'étude et le changement de l'utilisation des médicaments dans les communautés. Un défi continu à relever relatif à l'utilisation rationnelle reste la promotion inappropriée des médicaments, qui constitue autant un défi aujourd'hui que cela l'était en 1977. En 1988, les critères éthiques pour la promotion de médicaments avaient été publiés par l'OMS ⁹.

Ces critères constituent la norme d'évaluation pour les codes industriels et nationaux. Malheureusement, très peu d'étudiants en pharmacie ou en médecine sont informés de l'existence de ces lignes directrices.

Financement et prix des médicaments

Les développements majeurs en matière de financement des médicaments ont été l'émergence des initiatives sanitaires mondiales pour les vaccins, le sida, le paludisme et la tuberculose. Bien que GAVI, FMSTP, PEPFAR, PMI et GDF aient mis l'accent sur les maladies, ces initiatives ont engendré une énorme quantité d'argent neuf dans les achats de médicaments. Malheureusement, les maladies chroniques comme les maladies

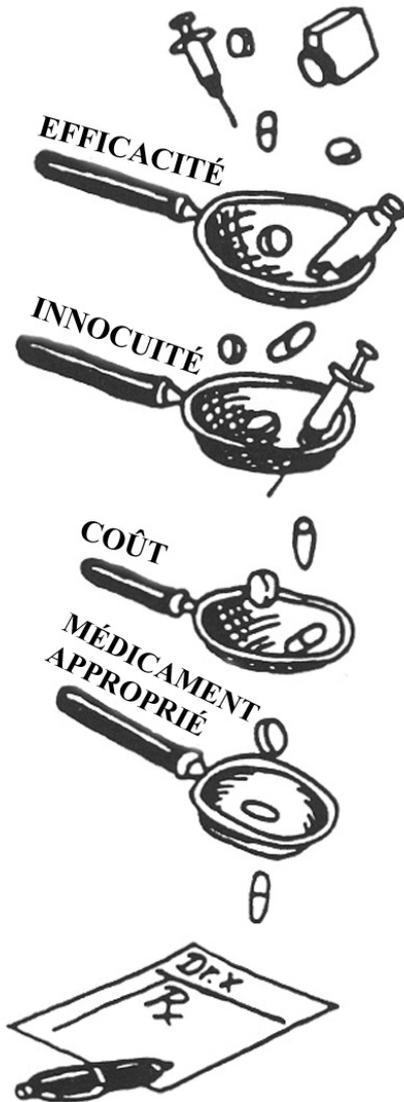
cardiaques, le diabète, l'asthme et la dépression ne bénéficient pas encore de telles initiatives pour la santé à l'échelle mondiale et se battent pour obtenir des fonds. En conséquence, de nombreux patients continuent d'acheter les médicaments de leur poche, généralement en provenance du secteur privé et souvent 5 à 10 fois le prix international.

Le développement majeur sur les prix des médicaments a été le projet de prix et disponibilité de médicaments de l'OMS / HAI. Ce projet regroupe les ONG consommatrices, les ministères de la Santé et l'OMS dans l'optique de mesurer la disponibilité des médicaments, les prix, l'abordabilité et les composantes de prix de manière standard permettant des comparaisons entre pays et au fil du temps. ¹⁰ Le groupe HAI Afrique s'est servi de l'information issue de plusieurs enquêtes pour entreprendre les rapports de suivi sur les prix et la disponibilité. ¹¹

Assurance de la qualité et réglementation

Lorsque le concept de médicaments essentiels a été énoncé pour la première fois, peu d'accent avait été mis sur la qualité, l'assurance de la qualité ou la réglementation. Mais l'importance de la réglementation et d'assurance de la qualité des médicaments essentiels est devenue évidente. L'OMS a été un leader et un défenseur aussi bien en matière des activités menées au niveau des pays visant l'amélioration de la réglementation par le truchement de la production des normes et directives techniques que de la fourniture d'appui aux pays.

En outre, le programme de préqualification des médicaments de l'OMS a permis à de nombreux producteurs d'ARV, de médicaments contre le paludisme et la tuberculose d'être préqualifiés pour être éligibles à bénéficier des achats du Fonds mondial. Ce qui est frappant par rapport à cette nouvelle approche est la transparence du processus dans lequel presque tous les renseignements pertinents sont affichés sur le site Web de la préqualification ¹². Récemment, les laboratoires de contrôle de la qualité ont commencé à être préqualifiés.



Quoi de neuf?

Au cours de ces dernières années, deux nouvelles approches d'amélioration des systèmes d'approvisionnement de médicaments ont été l'initiative de la bonne gouvernance pour les médicaments (GGM) et l'Alliance pour la Transparence des médicaments (MeTA). Ces deux activités complémentaires visent l'amélioration de la disponibilité des médicaments en s'attaquant à la corruption (GGM) et à la promotion de l'efficacité grâce à la transparence. Ces deux projets entreprennent des projets pilotes et sont susceptibles de faire partie intégrante des programmes de médicaments essentiels. Une nouvelle approche qui est en train d'être utilisée avec succès dans un certain nombre de pays est l'approche des droits de l'homme qui plaide pour un droit pour les médicaments. Des cas en instance dans les tribunaux ont été débattus avec succès dans un certain nombre de pays dans lesquels la constitution ou la législation nationale garantit le droit à la santé ou aux soins de santé

13.

L'avenir

Dans *Contact* 1989 portant sur les médicaments essentiels, Christel Albert a déclaré: «Le concept de médicaments essentiels est maintenant bien établi et est à la base de la réalisation de plus de justice en matière de soins de santé.» Tant que le monde change avec le vieillissement des populations, l'apparition de maladies chroniques et de nouveaux systèmes de santé, l'importance d'avoir quelques médicaments essentiels de qualité bien choisis, universellement accessibles et rationnellement utilisés restera. Veiller à ce que les gens partout et à tout moment aient ces médicaments est un objectif à atteindre!

Richard Laing est chef d'équipe d'Information et de Faits sur les Médicaments (MIE) à l'OMS, Genève, Suisse.

Références

- 1 Formulaire de demande contenant l'information à inclure avec une demande d'inclusion, de changement ou suppression d'un médicament de la liste modèle des médicaments essentiels (disponible au http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/application/EML17_AppForm.pdf - en anglais)
- 2 Guide MSH 2008 Indicateur du Prix International des Médicaments (disponible au http://erc.msh.org/dmpguide/pdf/DrugPriceGuide_2008_fr.pdf)
- 3 La site-web du service d'approvisionnement pharmaceutique de l'Organisation des Etats des Caraïbes orientales OECO (disponible au <http://www.oecs.org/pps/about.html>)
- 4 Banda, Marlon; Everard, Marthe; Logez, Sophie; Ombaka, Eva ; L'approvisionnement et la distribution de médicaments par les organisations professionnelles en Afrique subsaharienne : étude multipays. 2006 Organisation mondiale de la santé (OMS) Genève (disponible au <http://www.who.int/medicines/publications/multicountrystudyfre.pdf>)
- 5 Principes directeurs applicables aux dons de médicaments - Révisé 1999 OMS Genève (Disponible au <http://www.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/whozip53f/whozip53f.pdf>)
- 6 Green, Terry; Holloway, Kathleen ; Les Comités pharmaceutiques et thérapeutiques - Un guide pratique 2004 OMS Genève (Disponible au <http://www.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/s6173f/s6173f.pdf>)
- 7 Comment étudier l'utilisation des médicaments dans les services de santé – Quelques indicateurs de l'utilisation des médicaments Série Recherche No7 ; OMS Genève 1993 (disponible au <http://www.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/s2289e/s2289e.pdf> - en anglais). Fresle, Daphne A; Hardon, Anita; Hodgkin, Catherine ; How to investigate the use of medicines by consumers. OMS Genève 2003 (disponible au <http://www.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/s6169e/s6169e.pdf> – en anglais)
- 8 Andrew Chetley, Anita Hardon, Catherine Hodgkin, Ane Haaland Daphne Fresle ; How to improve the use of medicines by consumers OMS Genève 2007 (Disponible au <http://www.who.int/medicinedocs/index/assoc/s14229e/s14229e.pdf> - en anglais)
- 9 Critères éthiques applicables pour la promotion des médicaments Genève 1998 (Disponible au <http://www.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/whozip07f/whozip07f.pdf>) Bien vouloir consulter cette référence)
- 10 Measuring medicines prices, availability, affordability and price components. OMS Genève 2008 (Disponible au <http://www.who.int/medicinedocs/index/assoc/s14868e/s14868e.pdf> - en anglais)
- 11 La site-web du suivi des prix du médicament de HAI Afrique (Disponible au http://www.haiafrica.org/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=96&Itemid=158 – en anglais)
- 12 Projet de préqualification de l'OMS disponible au <http://healthtech.who.int/pq/> - en anglais
- 13 Hans V Hogerzeil, Mélanie Samson, Jaume Vidal Casanovas, Ladan Rahmani-Ocora ; Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts ? Lancet. 2006 Jul 22; 368 (9532):305-11. (en anglais)

MÉDICAMENTS ET SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES : DÉFIS ET ESPOIR AU SEIN DES SYSTÈMES CONFESIONNELS DE SANTÉ.

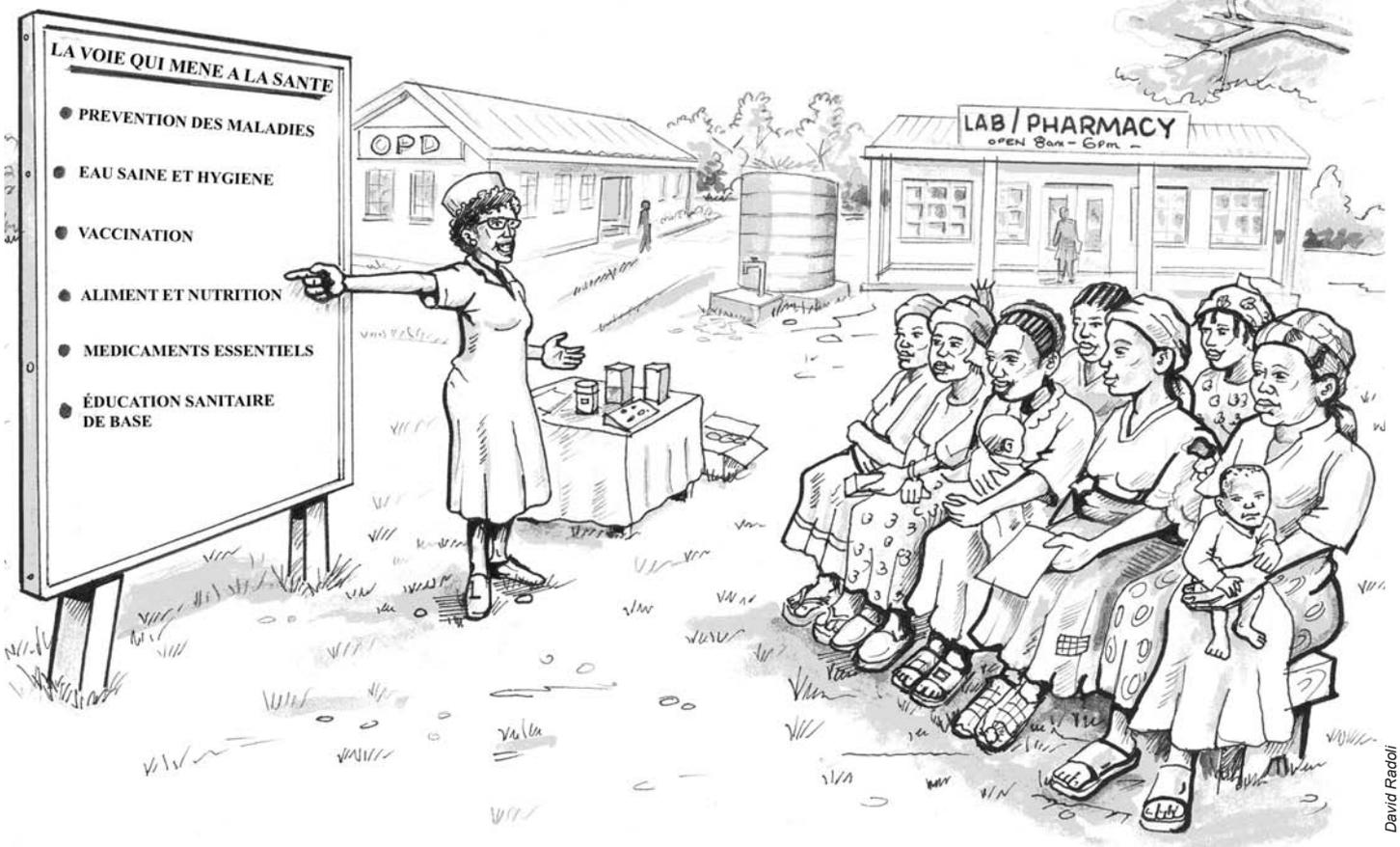
Depuis la déclaration d'Alma Ata (ex Union des Républiques Socialistes Soviétiques) en 1978 sur les soins de santé primaires, les pays en développement ont déployé beaucoup d'efforts pour élargir les services de soins de santé primaires en matière de formation des agents de santé, d'octroi de ressources et d'importante réorganisation du système de santé en vue d'un accroissement de la couverture sanitaire.

Les églises en Afrique ne sont pas du reste, car partenaires non négligeables voir incontournables de l'Etat en matière de couverture sanitaire. Mais qu'est ce qu'on attend réellement de la mise en œuvre des soins de santé primaires ? Et quelle place accordée aux médicaments dans ce processus ?

Les soins primaires sont les prestations de soins accessibles et intégrés par des professionnels de santé ayant la responsabilité de répondre aux besoins et problèmes de santé individuels et collectifs (de la communauté) pour lesquelles ils représentent le premier

niveau de contact dans le système de santé. L'accent est mis aussi bien sur l'accessibilité financière que géographique pour la communauté afin que les zones urbaines et rurales soient servies de manière appropriée et que les hôpitaux servent de structures de référence. Aussi des personnels bien formés dans des services sanitaires responsables de ce travail s'avèrent-t-ils nécessaires. Il y a un partenariat étroit entre les travailleurs de santé (exerçant en équipe) et la communauté locale.

Ces composantes sont: les services de prévention, les services curatifs, les



services de réadaptation et l'éducation pour la santé. Pour s'assurer que ces services sont menés à bien, les praticiens, y compris les services confessionnels, doivent s'évaluer et évaluer régulièrement non pas seulement la qualité des services sanitaires qu'ils offrent, mais également la manière dont leurs services de soins de santé sont accessibles à la communauté.

Au regard de la définition, la mise en œuvre des soins de santé primaire fait appel à un minimum de préalables qui sont:

- Disponibilité des ressources humaines qualifiées dans le domaine de santé en nombre suffisant;
- Infrastructure adéquate c'est-à-dire selon les normes;
- Disponibilité des ressources matérielles ;
- Disponibilité et accessibilité aux médicaments essentiels génériques.

Les services sanitaires confessionnels font face à un nombre de défis dans la mise en œuvre des soins de santé notamment en matière de:

Capital humain :

Il est la ressource primordiale, indispensable dans la mise en œuvre des activités de soins de santé primaire. Il s'agit là des hommes et des femmes, qualifiés dans les soins de santé, plein de dévouement et de compassion à l'exemple du Seigneur Jésus Christ, pour faire face valablement aux nombreux problèmes de santé de la communauté. Mais la fuite des cerveaux dans les œuvres de santé de l'église vient porter de temps en temps un coup fatal à la disponibilité des ressources humaines qualifiées. La mise à niveau du professionnel de santé par de formation et de recyclage régulier est aussi importante que nos planifications doivent en tenir compte.

Disponibilité en ressources matérielles et infrastructure :

C'est ici un domaine de difficulté particulière pour les services sanitaires

confessionnels. Pendant que les financements sont souvent limités, il y a souvent les besoins en maintenance d'équipement et rénovations périodiques des infrastructures, qui s'avèrent nécessaires pour maintenir les normes requises des soins.

Médicaments essentiels génériques de bonne qualité:

La disponibilité en médicaments constitue l'élément primordial des soins de santé primaires. L'approvisionnement et la gestion en vue de garantir leur disponibilité et leur accessibilité pour la population en termes de prix, constituent un défi majeur auquel les institutions confessionnelles doivent prendre des mesures nécessaires. Toutefois, il y a souvent eu des efforts louables quant aux solutions apportées à certains de ces problèmes. Mais, beaucoup reste encore à faire, plusieurs institutions sanitaires faisant encore face aux difficultés d'approvisionnement.

En outre, dans plusieurs pays, on a souvent eu à faire avec le phénomène des médicaments de la rue et des produits faux, contrefaits et sous normes sur le marché. La disponibilité en médicaments constitue l'élément primordial des soins de santé primaires. L'approvisionnement et la gestion en vue de garantir leur disponibilité et leur accessibilité pour la population en termes de prix, constituent un défi majeur auquel les institutions confessionnelles doivent prendre des mesures

Soins de santé primaires : cas des Assemblées Chrétiennes au Tchad (ACT)

En dépit de ces limites, quelques succès sont enregistrés, là où la disponibilité des médicaments et autres services d'appui au niveau des soins de santé primaires, a eu des résultats positifs significatifs. L'exemple des ACT illustre bien cela.

Face aux besoins importants et aux nombreux problèmes de santé que vit la population, les Assemblées Chrétiennes au Tchad ont réussi la mobilisation de la communauté pour une prise en charge de leur santé.

Un hôpital d'une capacité de 100 lits (Hôpital évangélique de Koyom) qui

Mais, beaucoup reste encore à faire, plusieurs institutions sanitaires faisant encore face aux difficultés d'approvisionnement.

a été mis en place dans une zone rurale sert de centre de référence pour 32 centres de santé mis sur pied par les églises locales. Ces centres sont activement impliqués dans la communauté, en les soutenant dans la réflexion sur leurs problèmes sanitaires et en les aidant à mettre en place des activités qui répondent aux priorités identifiées.

Ces formations sanitaires s'attèlent à la mise en œuvre des soins de santé primaires avec quelques avancées notées sur le terrain

Ces centres sont activement impliqués dans la communauté, en les soutenant dans la réflexion sur leurs problèmes sanitaires et en les aidant à mettre en place des activités qui répondent aux priorités identifiées.

1. Prévention

La prévention est l'ensemble des actions mises en place pour éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. On distingue trois étapes de prévention à savoir, la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

• Prévention primaire

Elle consiste à lutter contre les risques avant l'apparition de tout problème, risques en termes de conduites individuelles à risque, d'environnement ou de risque sociétal.

Un projet mené dans 10 centres de santé sous la coordination de l'Hôpital évangélique de Koyom dans la promotion de la santé de base, vise la réduction de la morbidité et de la mortalité parmi les populations vulnérables. Il s'agit des enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, en leur procurant des soins de santé de base, en encourageant une éducation à la santé à l'assainissement et à l'usage d'eau potable.

Les matrones ont été formées dans le cadre des activités de la protection maternelle et infantile. Elles font des consultations chaque semaine en poste avancé dans tous les villages de leurs zones de responsabilité. Au total, 134 431 habitants sont concernés.

Les avancées notées dans la prévention primaire en 2007 sont :

- 17 275 enfants de moins de 5 ans soit 92% sont systématiquement déparasités deux fois par ans avec les comprimés d'albendazole ;
- 44 442 personnes soit 12,9% sensibilisées contre le VIH/SIDA,

pour le dépistage volontaire de VIH, contre le paludisme et pour l'hygiène ;

- 53% (3005) femmes enceintes ont bénéficié gratuitement des comprimés de fer acide folique comme prévention de l'anémie et 1000 d'entre elles ont reçu chacune une moustiquaire imprégnées d'insecticides ;
- 60% des enfants de 11 mois sont complètement vaccinés ;
- Une réduction de 7% à 3,05% de la prévalence des parasitoses intestinales chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Un taux d'utilisation de la consultation prénatale de 78% nettement au dessus de la moyenne nationale qui est de 50% en 2007 ;
- Le forage de puits à pompe manuelle à 9 centres de santé pour apporter de l'eau potable à la communauté afin de prévenir certaines maladies diarrhéiques.

• Prévention secondaire

Elle est synonyme de dépistage, c'est-à-dire, elle cherche à révéler une atteinte pour prévenir l'évolution ou l'aggravation d'une maladie. Dans le cadre du projet, 1093 dépistages volontaires de VIH/SIDA ont été réalisés en 2007 dans la zone des 10 centres de santé. Les cas de séropositivités sont pris en charge à l'Hôpital évangélique de Koyom.

• Prévention tertiaire

Elle vise à prévenir les rechutes ou les complications. Il s'agit d'une réadaptation médicale, psychologique ou sociale. Ce volet dans le cadre du suivi des personnes vivantes avec le VIH/SIDA, intéresse surtout la prévention des infections opportunistes avec le cotrimoxazole et les comprimés de fer acide folique pour l'anémie. Un nombre total de 52 personnes sont concernées par ce volet dans le cadre de la prise en charge des personnes vivants avec le VIH/SIDA.



Djékadourm Ndilita

2. Volet curatif

C'est la prise en charge active des cas de morbidités lors des consultations médicales. Pour ce volet, on a noté une nette augmentation de 20% à 22% de taux de fréquentation en 2007.

Ce taux est faible et pose l'épineux problème d'accessibilité surtout financière dans les formations sanitaires confessionnelles.

3. Volet éducation pour la santé

Le but de l'éducation pour la santé, c'est d'amener le patient à être à mesure de contribuer lui-même au maintien ou à l'amélioration de la qualité de sa vie quelque soit l'état de sa santé. Elle se fait régulièrement à l'occasion des vaccinations, des consultations médicales, lors de la prise en charge des personnes vivantes avec le VIH/SIDA et pendant les mobilisations de masse.

Place du médicament dans le processus des soins de santé primaire

Ce sera difficile de séparer les médicaments des soins de santé primaires. Dans cette étude de cas par exemple, en dehors de l'éducation sanitaire, les médicaments jouent un rôle important parmi les autres composantes des soins de santé primaires.

Cette place importante qu'occupe le médicament dans la mise en œuvre des soins de santé primaires, exige aussi un minimum de compétence aux professionnels de santé pour sa gestion rationnelle.

En 2007, un profil épidémiologique de 29 à 32 centres de santé au sein des ACT a été effectué. Onze (11) médicaments essentiels (en générique) ont été choisis pour indiquer le taux de disponibilité des médicaments au cours des six derniers mois en 2007, c'est-à-dire pendant une période de 180 jours.

Séance d'éducation pour la santé et de vaccination des enfants de 0 à 11 mois au centre de santé de Koyom.

Il ressort que :

- Cinq centres de santé ont un taux de disponibilité de ces 11 médicaments en dessous de 90% ;
- Huit ont un taux de disponibilité compris entre 90% et 96% lors de notre passage ;
- En fin, 16 centres de santé ont un taux de disponibilité supérieur à 96%.
- La rupture de stock est connue un peu partout.

Cette rupture trouve son origine d'une part dans le peu de connaissance en matière de gestion des médicaments par les infirmiers responsable des centres de santé (pas de tenue de fiche de gestion de stock, aucune commande n'est faite sur une base crédible) et d'autre part dans les

difficultés d'approvisionnement en terme de disponibilité à la source et de ressource financière limitée.

Quel espoir gardé ?

Face à de multiples difficultés, garder l'espoir demande beaucoup de courages. Mais il y a lieu d'espérer! A titre d'exemple, les ateliers pour le personnel responsable des OIR qui sont organisés par le Réseau Pharmaceutique Œcuménique donnent déjà espoir. Ce renforcement de la capacité des professionnelles de santé dans le domaine de gestion transparente et rationnelle des médicaments, les procédures opérationnelles standard et bien d'autres sont des pas importants pour peu que la réplication se fait convenablement par les bénéficiaires.



De l'eau potable au centre de santé de Békourou

La politique de contractualisation dans le domaine de la santé avec l'Etat dans certains pays est pourvoyeur d'espoir en matière de subvention des activités des formations sanitaires confessionnelles. Enfin, le développement du partenariat avec les bailleurs de fonds constitue une opportunité non négligeable à exploiter.

Conclusion

La santé selon l'OMS est un état complet de bien-être physique, mental et social. Il ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. Derrière cette définition romantique se cache tant d'inégalité en termes d'accessibilité géographique et financière. Il va sans dire de nos jours, que la pauvreté a une relation certaine avec la santé, sinon comment comprendre que les malades sont nombreux au sud et les médicaments et matériels de soins sont au nord ?

La santé est une préoccupation majeure de la population en Afrique et justifie la place non négligeable qu'occupe l'église en matière de prestation de soins de santé primaire. Les indicateurs sanitaires de mortalité

materno-infantile encore élevés dans nos pays, montrent que le niveau parfait (en terme de préventif, curatif, promotionnel et environnemental) des soins de santé primaires ne sont pas toujours atteints.

Les besoins et les problèmes de santé au sein de la communauté sont si importants au point que l'Etat seul n'arrive pas et n'arriverait pas à résoudre et satisfaire valablement et de manière constante. Pour améliorer la couverture par les soins de santé primaires, il faut envisager toutes les sources de financement disponibles dans le pays (publiques, privées, extérieures et intérieures).

Cette rupture trouve son origine d'une part dans le peu de connaissance en matière de gestion des médicaments par les infirmiers responsable des centres de santé.

Djékadoum Ndilita est médecin et dirige l'hôpital évangélique de Koyom, un hôpital de district établi dans une zone rurale au sud du Tchad. Dr. Ndilita supervise régulièrement la promotion des activités des soins de santé entre les centres de santé confessionnels, une responsabilité qu'il occupe depuis 2001. Il est membre du conseil de l'EPN et titulaire d'un Master en santé publique (MPH).



Un patient dans une clinique de la région de Sierra Rutile à 250km de Freetown, capitale de Sierra Leone. Février 2008. Manoocher Deghathi/IRIN

MEDICAMENTS ET SOINS DE SANTE

OÙ EN SOMMES-NOUS?

La santé pour tous a été identifiée par l'Assemblée mondiale de la santé en 1977 comme l'une des principales cibles sociales optimales des gouvernements, des institutions internationales et des communautés mondiales. Les soins de santé primaires constituent le niveau auquel la majorité de la population dans les pays en développement sont en quête des services de santé.

Les soins de santé primaires ont été définis à Alma Ata en 1978 et avaient été perçus alors comme un moyen pour atteindre l'objectif de la santé pour tous. C'est un fait que la majorité de la population dans les pays en développement, notamment dans les zones rurales dépendent des systèmes de soins de santé primaires pour leurs besoins sanitaires. C'est également un fait que beaucoup de maladies qui causent la mort et l'invalidité dans les pays en développement peuvent être évitées, prises en charge ou avoir leurs effets réduits avec des médicaments essentiels efficaces et rentables. Il s'avère donc important que ces médicaments essentiels soient disponibles à ce niveau plus bas des soins de santé.

Concept de soins de santé primaires

Les soins de santé primaires sont un terme utilisé pour l'activité d'un prestataire de soins de santé qui agit comme premier point de consultation pour tous les patients. En général, les cliniciens des soins de santé, les infirmiers, ou plusieurs autres travailleurs formés à cet effet, sont basés dans la communauté contrairement aux hôpitaux.

Bien que les soins de santé primaires aient plusieurs définitions, les principes de soins personnels accessibles, complets, continus et coordonnés dans le cadre de la famille et de la communauté sont systématiques.



Le concept de soins de santé primaires a été défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1978, comme étant à la fois un niveau de prestation de soins de santé et une approche à la pratique des soins sanitaires. On estime à 75-85% la population qui est en quête des soins à ce niveau chaque année. Ce niveau assure à la fois les premiers et la majorité des services de soins sanitaires d'une personne ou de la population. Ceci est en contradiction avec les soins de santé tertiaires, qui sont consultatifs, à court terme et axés sur les maladies dans le but d'aider le praticien des soins de santé primaires. Dans les

pays en développement, les soins tertiaires sont généralement réservés aux patients porteurs d'une maladie rare nécessitant des services très spécialisés.

Les pays offrant les meilleurs soins de santé primaires enregistrent une satisfaction meilleure des patients à moindre coût et de meilleurs indicateurs de santé. Le Rapport mondial 2007 de l'OMS sur la santé traite de l'accès aux soins de santé primaire comme une condition préalable essentielle à la santé. Il reconnaît l'importance de la déclaration d'Alma Ata de 1978, qui plaidait pour les soins de santé primaires intégrés comme moyen pour faire face aux problèmes majeurs de santé dans les communautés et pour l'accès aux soins comme partie d'un système complet de soins de santé primaires.

Besoin en médicaments

La prise en charge des maladies chroniques telles le diabète ou le sida, l'offre des services de soins préventifs comme la vaccination et la planification familiale, et l'éducation sanitaire sont dans une large mesure assurées à ce niveau. La grande nécessité d'équiper ce niveau en ressources suffisantes pour gérer de tels besoins n'est plus une question à se poser.

Les médicaments sont indispensables et nécessaires pour les besoins sanitaires de la population. Ils doivent être disponibles à tout moment, sous des posologies appropriées, dans toutes les couches sociales, notamment au niveau le plus bas. Un système de soins de santé primaires sans médicaments est donc comme une rivière sans eau. La disponibilité des médicaments dans le système des soins de santé primaires favorise la confiance et encourage la participation au système de soins de santé au sein de la population.

Cela n'exclut pas le fait que certaines maladies ne requièrent pas de médicaments et peuvent être traitées par des remèdes locaux, le repos adéquat ou le changement de style de vie. L'importance des médicaments

est telle que les patients sortant des formations sanitaires évalueront les cliniciens sur les services fournis pour lesquels les médicaments constituent une composante majeure de ce service. C'est pour cette raison que les études destinées aux services de santé doivent inclure la disponibilité en médicaments. L'importance des médicaments n'est point à démontrer car ils sauvent des vies et améliorent la santé.

Les médicaments essentiels ont été définis par l'OMS en 1975 comme étant des médicaments qui répondent aux besoins de santé de la majorité de la population. Ce concept plaide pour une sélection d'une liste de médicaments qui répondent aux besoins de la majorité au sein de la population et qui doivent être disponibles à tout moment et à des prix abordables.

Progrès

Il y a eu une amélioration substantielle en disponibilité des médicaments dans le cadre des soins de santé primaires. Au vu des succès enregistrés en matière d'accès aux médicaments au cours des trois dernières décennies, on ne peut s'empêcher de réfléchir sur les différents facteurs qui ont rendu cela possible, et le concept de médicaments essentiels, qui a été largement promu par l'OMS dans les pays en développement étant une composante majeure.

Dans les années 1950 et 1960, plusieurs pays en développement ont fait face à une tâche ardue dans la fourniture du modèle occidental basé sur les médicaments d'hôpital et la haute technologie. À la fin des années 1970, on a estimé à 60-80% la population des pays en développement qui n'avait même pas régulièrement accès à la plupart des médicaments essentiels. Un autre modèle de soins a émergé et reconnaissait que la santé des populations était déterminée par des facteurs autres que les soins médicaux et que ces facteurs peuvent être contrôlés par les communautés elles-mêmes. Au début des années 1990, on a estimé que la moitié de la

Un système de soins de santé primaires sans médicaments est donc comme une rivière sans eau.

population mondiale n'a toujours pas un accès régulier aux médicaments essentiels (OMS, 1992). Seul un tiers des 425 millions de personnes en Afrique subsaharienne avaient accès aux médicaments en 1990 (Foster, 1991).

Dans les années 1970, l'OMS a reconnu et formulé ce modèle et a déclaré à Alma Ata que «La santé pour tous est réalisable à travers des soins de santé primaires d'ici à 2000». Les gouvernements en Afrique sub-saharienne se sont lancés dans ces processus et y ont aligné leurs politiques sanitaires et les ont même mises en œuvre dans le cadre des soins de santé primaires. Les soins de santé primaires en Afrique ont été considérés comme une stratégie globale pour parvenir à la réalisation de la santé pour tous, et non pas seulement comme premier niveau des soins. Ainsi, les pays ont restructuré leurs systèmes entiers et cadre des soins de santé primaires au lieu de se concentrer sur le premier niveau de soins uniquement.

Au cours des 30 dernières années, bon nombre de pays en développement ont réussi à mettre au point un modèle de soins de santé primaires promu par l'OMS. Ceci est basé sur l'idée de soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et la technologie pratiques et scientifiquement valables, socialement acceptables, universellement accessibles aux personnes et familles dans la communauté, à travers leur participation totale et à un coût que la communauté et le pays peuvent être en mesure de supporter. Il diffère fondamentalement des systèmes de soins de santé primaires qui existent dans les pays développés, par exemple dans un pays comme le Royaume-Uni qui compte beaucoup plus sur les soins curatifs et techniques que sur l'approche axée sur la communauté.

À la fin des années 1990, avec la pandémie du VIH/Sida, le poids à tous les niveaux des soins de santé a augmenté considérablement et les facilités de niveau plus élevé ont été surchargées par la pleine occupation des lits par des patients pour de

longues périodes. Le transport des patients aux structures sanitaires du niveau supérieur est devenu onéreux surtout si cela doit être fait mensuellement et pendant une période prolongée. Aussi était-il évident que la prise en charge permanente de ces patients soit mieux faite au niveau primaire. Les soins à domicile ont été renforcés, ce qui a finalement permis de prendre en charge aussi d'autres maladies. On est arrivé au stade où le diagnostic et le début du traitement peuvent être faits à un niveau plus élevé, mais le suivi des patients et le re-remplissage de la prescription de ces médicaments peuvent maintenant être faits au niveau des soins de santé primaires.

Plusieurs ministères de la santé ont procédé à l'ajustement structurel et réglementaire pour satisfaire ce besoin. Les listes des médicaments essentiels dans de nombreux pays ont été restructurées dans le but de faire ressortir les médicaments qui peuvent être utilisés au niveau des soins de santé primaires. Même les programmes de santé communautaire ont été autorisés de gérer un nombre limité de médicaments, et sont désormais inclus dans des kits à domicile.

Défis

Bien que beaucoup ait été fait au cours de la dernière décennie, de nombreux défis restent à relever. La période allant de la moitié des années 1980 jusqu'à la fin de la décennie a connu une détérioration des performances économiques qui a suivie due à l'exécution des programmes d'ajustement structurel, l'instabilité politique, les catastrophes naturelles et causée par l'homme et le début de la pandémie du VIH/Sida. Tout cela a gâché les plans que les pays ont élaborés pour la mise en œuvre des soins de santé primaires. Dans ce contexte, les politiques et les plans élaborés ne sont pas pleinement mis en œuvre. En outre, il semble qu'il y a eu une sous estimation générale des ressources requises. Bien qu'il y ait eu quelque progrès en matière d'amélioration de l'état de santé comme le montre un certain nombre

Les soins de santé primaires en Afrique ont été considérés comme une stratégie globale pour parvenir à la réalisation de la santé pour tous, et non pas seulement comme premier niveau des soins.

de paramètres, la santé pour tous n'a été atteinte par aucun de ces pays.

La proportion des soins de santé primaires varie d'un pays à l'autre, à titre d'exemple, près de 80% en Grande-Bretagne, 32% aux États-Unis d'Amérique. Quand on prend en compte toutes les sources de soins de santé primaires, il y a toujours un manque de prestataires de soins de santé primaires dans de nombreux pays en développement, en particulier dans les zones rurales.

La réalisation de la durabilité financière dans le système de soins de santé primaires demeure l'un des principaux défis à relever. Les défis de la mise des médicaments disponibles sont nombreux et comprennent entre autres l'insuffisance budgétaire, l'utilisation irrationnelle et le gaspillage. Il y a en outre la capacité limitée de changer le comportement des prestataires, des patients et du public dans l'optique de promouvoir la prescription, la délivrance et l'utilisation de médicaments d'une manière efficiente, sûre et économique.

De plus les médicaments sont toujours plus onéreux pour les individus, les ménages et de nombreux pays. Ceci s'illustre par le fait que, dans la plupart des pays en développement, les dépenses en médicaments représentent un à deux tiers du total des dépenses publiques et privées en santé (OMS/DAP, 1996).

Conclusion

Le rêve d'atteindre la santé pour tous et l'accès universel aux médicaments doit rester plus que jamais un objectif clé de la santé. Nous pouvons ne pas réaliser l'objectif d'avoir la santé pour tous en l'an 2000, mais avec l'accent actuellement mis sur les soins de santé primaires, nous allons vers la bonne direction.

Jane Masiga est Chef des Opérations à la Mission for Essential Drugs and Supplies (MEDS), un poste qu'elle occupe depuis 1991. Elle est également membre du conseil de l'EPN. En plus de sa formation en pharmacie, elle est titulaire d'une maîtrise en Pharmacie clinique délivrée par Robert Gordon University et d'une maîtrise en administration des affaires obtenue à l'université de Nairobi.



Les femmes locales s'alignent pour se faire dépister au VIH dans un centre de dépistage volontaire, en l'occurrence le centre de santé de Gongoni, à Malindi au Kenya. Juillet 2007. Allan Gichigi/IRIN.

ACCORDS DE LIBRE-ECHANGE, SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET MEDICAMENTS: IMPACT SUR LES FEMMES ET LES ENFANTS.

La mondialisation néolibérale nous présente de nouvelles menaces pour la santé telles, entre autres, un accroissement en commercialisation de denrées insalubres, des accords commerciaux internationaux qui favorisent la pénétration des sociétés transnationales dans le secteur de la santé, des droits de brevets utilisés contre les besoins urgents de santé des indigents, et des règles injustes en commerce international des produits agricoles qui détruisent les moyens de subsistance et la santé des pauvres paysans. Ils compromettent tous la capacité des pays pauvres à soutenir convenablement les systèmes de soins de santé primaires. Les iniquités globales conduisent également à des pays pauvres disposant de trop faibles ressources pour soutenir le financement des systèmes de santé en général, devenant ainsi dépendants de sources extérieures de financement.

Les pauvres, les marginalisés et les ménages démunis sont moins susceptibles de participer aux accords de libre-échange ou d'en tirer profit.

Les accords de libre-échange (ALE) ont un impact majeur sur la vie des familles pauvres. Dans un ALE entre un pays développé et un pays ou des pays en développement, ces derniers sont dans une position de négociation plus faible en raison de leurs faibles forces de négociation. On a observé que de nombreuses mesures liées au commerce bénéfiques aux pays développés, qui ont été rejetées ou ont fait l'objet des assouplissements à l'Organisation mondiale du commerce (OMC), sont actuellement imposées

aux pays en développement à travers la pléthore d'accords de libre-échange signés, notamment avec les États-Unis. S'affilier aussi bien aux accords de libre-échange qu'à l'Organisation mondiale du commerce (OMC) a débouché sur une augmentation des inégalités de revenus et des disparités sociales tant dans les pays pauvres que dans ceux riches.

Les accords de libre-échange font que certains groupes dans une société tirent profit, pendant que d'autres perdent : ils affectent non pas seulement le bien-



être des ménages, mais également celui des individus en leur sein. Les ménages qui sont incapables de s'adapter assez rapidement aux nouvelles conditions économiques sont ceux qui souffrent. Les accords de libre-échange génèrent également des réaffectations dans les dépenses des ménages qui ont des impacts prévisibles de santé souvent difficiles à déterminer. Les groupes vulnérables, notamment les enfants, seront touchés de diverses manières en fonction de la distribution intra ménage du pouvoir et des ressources.

En réduisant les tarifs d'importation, les ALE affectent les recettes fiscales et, par conséquent, l'offre des services de soins de santé primaires par le gouvernement. Les prix intérieurs des médicaments et des services sont touchés en raison de leurs liens directs avec les prix internationaux qu'occasionnent les accords de libre-échange et la libéralisation des échanges. Dans le cas de la maladie au sein de la famille, les changements en matière de prix des médicaments forcent les changements en allocation des ressources intra ménage, ce qui affecte les modes de consommation des ménages et, en fin de compte, le revenu disponible des ménages.

Impact sur les femmes et les enfants

La pauvreté des femmes et de l'enfance et par conséquent leur accès aux médicaments et aux soins de santé primaires ne peut pas être simplement déduite de l'ensemble des données sur la pauvreté des ménages; elle est également façonnée par la distribution intra ménages du pouvoir et des ressources. Bien qu'il y ait eu peu de recherches menées sur les effets des accords de libre-échange en matière de soins de santé primaires et particulièrement sur les mères et les enfants, ils n'en sont pas moins sensibles aux effets négatifs des accords de libre-échange car ils influent sur la répartition de pouvoir et des ressources. Les pauvres, les marginalisés et les ménages démunis sont moins susceptibles de participer aux accords de libre-échange ou d'en tirer profit. Ainsi, les membres de la

famille de ces ménages, dans lesquels les femmes et les enfants sont les moins capables, sont les plus à risque du fait de ces effets négatifs. L'accès réduit aux médicaments est un effet très important. A titre d'exemple, la santé maternelle et infantile (SMI), pilier des soins de santé primaires, est affectée par le degré auquel le gouvernement est disposé et est en mesure de financer les médicaments essentiels et les soins de santé primaires. Tout impact sur ce budget affecte la SMI. Quant aux enfants, nous savons que les vulnérabilités détournent souvent les enfants de l'école pour le travail. En cas d'effet successif, cela affecte :

- a) La répartition du temps des enfants entre le travail, l'école et le jeu ;
- b) Leur accès aux services de santé, et
- c) Leur consommation du repas.

Faire face à l'impact de l'ALE

Les politiques complémentaires de soins de santé primaires et de protection sociale sont donc nécessaires pour les femmes, enfants et autres groupes vulnérables de la société. Bien qu'il n'existe pas beaucoup d'options, certains domaines restent ouverts aux explorations, notamment:

- Un fonds de réserve pour utilisation en cas d'impact négatif: les perdants sont identifiés, compensés et aidés de façon appropriée.
- Les programmes de transfert de la trésorerie pour le rétablissement des contraintes de liquidité résultant des chocs induits par les accords de libre-échange.
- Des mécanismes d'incitation à réduire les déséquilibres qui existent entre les sexes en particulier en matière d'accès aux services de santé reproductive et aux médicaments avec une attention particulière accordée à la jeune fille.
- L'augmentation du nombre des centres de jour financés par des fonds publics avec un accès négocié aux soins de santé primaires et aux médicaments essentiels.

Conclusion

Les accords de libre-échange ne constituent pas un moyen de réduction de la pauvreté et des inégalités. Les modes de consommation des médicaments et des aliments des ménages sont affectés par les changements en prix des marchandises. Les changements dans le « panier de la ménagère » sont particulièrement préoccupants, ainsi que la capacité des familles à accéder aux soins de santé et leur impact sur les enfants.

En outre, si les réductions des taxes induites des accords de libre-échange mènent à une réduction de la couverture des centres de santé communs, le recours accru aux soins privés reste l'ultime option. Ainsi, la santé délicate des enfants indigents sera à coup sûr négativement affectée. L'autre face de la médaille, est celle-ci: puisque les ressources des familles chutent, elles auront à dépendre de plus en plus des services de santé publique, c'est-à-dire une éventuelle réorientation de la demande du secteur privé vers les services de la santé publique, ce qui fait que ces services feront face à une augmentation de la demande pendant que leur financement est en cours de réduction. Par conséquent, la question d'augmentation de la pression sur les autorités et les budgets publics doit être abordée: la question est celle de chercher à savoir si nous fait cela.

Enfin, les décideurs non pas seulement de la santé, du commerce et des ministères de l'économie, mais aussi ceux qui sont chargés du développement social doivent prendre des mesures concertées pour les mères, enfants et jeunes afin que les impacts négatifs des accords de libre-échange soient au moins minimisés.

Dr. Claudio Schuftan est formé en pédiatrie, santé internationale et nutrition. Il a été consultant pour les activités d'alimentation et de nutrition car elles ont un rapport avec les droits de l'homme dans près de 50 pays. Il est actuellement basé dans la ville de Ho Chi Minh, au Vietnam. Dr. Schuftan travaille comme consultant indépendant en santé publique et nutrition. Il est professeur agrégé adjoint au Department of International Health as Tulane School of Public Health à New Orleans Louisiana. Il est également membre du groupe directeur du People's Health Movement (PHM) et coordinateur du PHM's global Right to Health and Health Care campaign.

Références:

J. Escobal, IFPRI, 2020 Focus Brief, Dec. 2007.

N. Jones et al, Qsquare Working Paper No 46, University of Toronto, 2007.

MÉDICAMENTS ESSENTIELS POUR ENFANTS: UN BESOIN D'ACTION

Le présent briefing identifie les lacunes qui existent dans la fourniture de médicaments pour enfants et donne un aperçu des principaux défis à relever et des solutions.

Aussi une action s'avère t-elle nécessaire pour veiller à ce que les médicaments pour enfants sont conformes aux normes prévues pour les médicaments disponibles pour adultes. Tous les enfants sont affectés, mais l'impact est plus accentué et les besoins les plus urgents dans les pays pauvres, où la proportion d'enfants au sein de la population est la plus élevée et les services de santé sont les plus faibles.



David Radoli

Des médicaments pour enfants sont souvent indisponibles, peu pratiques à administrer ou difficiles à utiliser à bon escient, dangereux et trop onéreux. Aussi une action s'avère t-elle nécessaire pour veiller à ce que les médicaments pour enfants sont conformes aux normes prévues pour les médicaments disponibles pour adultes. Tous les enfants sont affectés, mais l'impact est plus accentué et les besoins les plus urgents dans les pays pauvres, où la proportion d'enfants au sein de la population est la plus élevée et les services de santé sont les plus faibles.

Quatre défis sont à prendre en compte à court terme: l'absence de données scientifiques, le manque de produits pratiques à administrer; le manque d'information sur les médicaments existants, et la défaillance du marché pour les médicaments pédiatriques.

Absence de données scientifiques

Les faits scientifiques sont indispensables pour assurer une utilisation et un accès appropriés aux médicaments pour enfants. Moins de la moitié des produits utilisés pour traiter les enfants ont été bien élaborés. Les études de pharmacocinétique définissant les doses optimales pour enfants en fonction de l'âge ou du poids ne sont pas souvent faites. La plupart des traitements offerts aux enfants n'ont pas de base scientifique, c'est-à-dire sont utilisés « en dehors des indications préconisées lors de l'autorisation », et l'évaluation des doses et des effets du traitement est basée sur des études menées chez les

adultes. Cela suppose à tort que les enfants métabolisent les médicaments de la même façon que les adultes, sans prise en compte de la maturité du foie, des reins et des systèmes enzymatiques. Le résultat peut être le sous ou le surdosage qui conduisent à l'inefficacité ou à la toxicité.

Insuffisance des formes posologiques appropriées

Les médicaments doivent être sous des formes qui conviennent à l'utilisation dans des ménages et milieux cliniques. En plus d'être disponibles et abordables, les médicaments pédiatriques doivent être agréables au goût et acceptables chez l'enfant, stables et pratiques à l'utilisation dans des conditions difficiles, conditionnées de façon appropriée et accompagnés d'informations que les parents peuvent comprendre et s'en servir. Beaucoup de ces médicaments sont maintenant dégoûtants, difficiles à administrer et onéreux.

Pour certaines maladies, plusieurs médicaments doivent être administrés, en faisant des combinaisons à dose fixe une solution pratique. Les formes posologiques impraticables débouchent sur l'inefficacité dans les milieux cliniques actifs, le gaspillage d'argent et ont de mauvais résultats en matière de santé.

Faibles marchés pharmaceutiques des produits pédiatriques

Sans données scientifiques, l'enregistrement des produits dans les pays est inhibé. Une faible concurrence entre les produits disponibles conduit à des prix élevés. En l'absence de produits appropriés, il n'y a pas de demande réelle et les nouveaux fabricants hésitent à entrer sur le marché.

Pourquoi survenue de cette situation?

La différence en normes pour les médicaments pour enfants et adultes découle en partie de la perception des risques dans des études menées chez les enfants. Il y a eu l'absence de demande pour les médicaments et informations appropriés. Les plus grandes attentes ont résulté

en de récents développements, notamment: la nouvelle législation sur les médicaments pédiatriques au sein de l'Union européenne (2007)¹, l'identification des médicaments essentiels pour enfants - la liste des médicaments essentiels de l'OMS pour enfants ² (EMLc 2007), et la pression des programmes de santé publique du sida, de la tuberculose et du paludisme.

Quelles sont les priorités pour de meilleurs produits?

Pour avoir de meilleurs produits, davantage de recherche et de développement de médicaments s'avèrent nécessaires. Globalement 1000 enfants de moins de cinq ans meurent toutes les heures. Le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, la septicémie néonatale, la pneumonie et la diarrhée sont à l'origine de la plupart de ces décès et de maladies graves. Les produits appropriés pour enfants dans tous les groupes d'âge sont nécessaires pour traiter ces maladies, notamment:

- Les antibiotiques emballés de façon appropriée pour traiter la pneumonie et la septicémie néonatale;
- Une formulation de zinc à un goût agréable et facile à utiliser en combinaison avec les sels de réhydratation orale pour le traitement de la diarrhée;
- Le soulagement efficace de la douleur : dans de nombreux pays, l'accès à la morphine orale simple n'est pas autorisé;
- Nouveaux médicaments à combinaison à doses fixes pour la tuberculose chez les enfants;
- Meilleures formes posologiques de produits existants, notamment les combinaisons à doses fixes pour le paludisme et le VIH/Sida;
- Formes posologiques facilement administrables – telles que les brisures, les petits comprimés ou comprimés sécables, les gouttes, etc.

Nécessité d'un soutien

Le rapport d'activités de la Résolution de l'Assemblée mondiale de la santé 6020 de l'OMS « De meilleurs médicaments pour enfants » sera communiqué lors du Conseil d'administration

de l'OMS 2009 en Janvier 2009. L'OMS a élaboré et mis à jour la liste des médicaments essentiels pour enfants, recommandé l'identification idéale des produits de combinaison à doses fixes pour la tuberculose, entrepris des enquêtes préliminaires sur la disponibilité des médicaments essentiels pour enfants en Afrique, et commencé à définir la dose optimale de médicaments adaptés aux enfants de tous âges. Cette oeuvre fournit un cadre pour le soutien global pour une meilleure recherche en médicaments pour enfants, qui, s'il est bien mis en oeuvre, permettra de progresser vers les objectifs des ODM.

Il s'avère maintenant nécessaire pour la communauté toute entière de la santé publique - les gouvernements, les organismes donateurs, les unités de recherche universitaires, les autorités de réglementation, l'industrie y compris tous les prestataires de soins infantiles - de reconnaître la nécessité d'assurer la sécurité des médicaments sains et appropriés pour cette population.

Un premier pas a été fait, mais sans engagement soutenu par toutes les parties concernées au cours de 2009 (année des droits de l'enfant) et au-delà même, les enfants continueront d'être privés de leurs droits ; leurs droits à des soins de santé adéquats, ainsi que le programme global pour la santé, seront compromis. Il est temps d'agir.

Philippa Saunders travaille sur l'accès aux médicaments, la gestion et l'usage rationnel des médicaments. Elle est Directrice de Essential Drug Projet, un service consultatif qui met un accent particulier sur la question des médicaments essentiels. Elle est également consultante auprès de l'agence d'aide DFID du gouvernement du Royaume Uni, et est actuellement impliquée dans un programme financé par DFID ayant pour but l'amélioration de l'accès aux médicaments essentiels en Afrique à travers des efforts collaboratifs de l'OMS, HAI Africa et d'autres partenaires.

Références

1. <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/paediatrics/19481005en.pdf> [La nouvelle action de réglementation et de normes plus élevées. La réglementation requiert des essais cliniques et des études pharmacocinétique (PK) pour enfants comme condition d'octroi de licences pour des produits au sein de l'Union européenne en échange de 6 mois de prolongation de brevets.]
2. Liste des médicaments essentiels pour enfants 2007

METTRE LES MÉDICAMENTS PLUS PROCHE DES POPULATIONS ?

ETUDES DE CAS

Les services de soins de santé primaires sont indispensables pour une société saine et productive. Ils ne sont réalisables que lorsqu'il existe une volonté politique de dépenser de l'argent pour le service, la transparence en matière de fourniture et de distribution des médicaments et de disponibilité en quantités nécessaires et sous une forme appropriée. La disponibilité et l'abordabilité des médicaments essentiels ne sont plus à démontrer, et c'est la raison pour laquelle les médicaments essentiels doivent faire partie intégrante des soins de santé primaires. Les études de cas ci-dessous illustrent certains des problèmes d'accès au niveau de la communauté.

PREMIER CAS

Mary Makezi *, une femme âgée de 42 ans, mariée et mère de quatre enfants, a commencé à prendre les ARV en 2005, lorsque sa numération CD 4 à l'époque était de 78/mm³. Elle est sous Trimune 30. Bien que l'ART ait considérablement amélioré sa vie, elle continue de faire face à d'énormes difficultés pour s'adapter au régime.

Elle doit parcourir 50 kilomètres de son village à la clinique la plus proche chaque mois. Mary commence son voyage dans la matinée, soit à pied ou, si elle a de la chance, elle emprunte un van à qui elle verse l'équivalent de 8 dollars US pour l'aller et le retour. À son arrivée à la clinique, elle attend généralement pendant 5 à 6 heures temps en rang, et trouve parfois quelque chose à manger dont le coût est l'équivalent de 2 dollars US.

Elle finit par rencontrer le médecin, qui prend moins de dix minutes pour faire le bilan de santé de routine. Habituellement, elle n'a pas la possibilité de poser des questions et, très souvent, le médecin est déjà surchargé et de mauvaise humeur. En outre, elle peut avoir des tests hépatiques et faire d'autres examens, qui coûtent beaucoup d'argent.

L'accès ne signifie pas seulement la disponibilité des médicaments dans la structure de soins de santé, mais aussi la capacité du patient à les avoir physiquement. Le transport, les repas, les tests de dépistage et d'autres frais connexes, constituent des obstacles à l'accès pour beaucoup dans la communauté. En outre, des ressources humaines adéquates pour veiller à ce que les patients soient suffisamment suivis sont un facteur majeur en matière de succès de traitement. Par conséquent, bien que l'approvisionnement des médicaments et leur fourniture à la communauté soient un enjeu majeur pour la réussite des soins de santé primaires, cela doit être accompagné par d'autres services de soutien.

DEUXIEME CAS

John Bowa * est un homme âgé de 36 ans, marié et père de deux enfants, séropositif il y a 5 ans. En novembre 2008, la numération CD 4 de John a baissé en dessous de 200 et le démarrage avec les ART s'avérait nécessaire. Le médicament a fait qu'il développe de graves effets secondaires dont l'enflure des jambes et cela lui a causé tellement de douleur qu'il pouvait à peine dormir.

Il s'est rendu dans un hôpital public, où le médecin lui a prescrit un analgésique fort et lui a conseillé de se rendre dans une clinique privée. Il s'y est rendu et a été choqué de constater que la clinique appartient au médecin qui vient de lui prescrire des médicaments à l'hôpital public.

«J'ai été réexaminé et j'ai fait quelque test simple et le médecin m'a dit que je dois prendre le même analgésique qu'il a prescrit avant.» Dit-il. Le prix des médicaments était d'environ 200 dollars US. Il a été obligé d'utiliser l'argent qu'il avait réservé pour la location, car il était désespéré.

«Après avoir appris plus sur les médicaments essentiels, j'ai découvert que l'analgésique qui m'a été donnée dans cette clinique privée figurait sur la liste des médicaments essentiels du pays.» Dit-il.

John pense que la seule façon de garantir la transparence par le gouvernement est d'impliquer les consommateurs de la date d'approvisionnement jusqu'au moment de la distribution. Les patients doivent savoir quels sont les médicaments qui figurent sur la liste des médicaments essentiels en matière de soins de santé primaires et plaider pour plus de disponibilité et d'accessibilité.

Un système de soins de santé inopérant peut conduire à des pratiques sans scrupuleuses. En outre, un manque de compréhension de ce que les médicaments sont essentiels et devraient donc être disponibles à tout moment peut coûter cher aux patients. D'autres problèmes sont liés à l'entreposage et l'entretien du médicament. Une plus grande responsabilisation et participation de la communauté aux soins de santé primaires peut réduire ces problèmes.



Comment les populations ont-elles essayé de remédier à ces restrictions?

Le travailleur de santé et les membres de la communauté ont plusieurs rôles à jouer. Des moyens novateurs peuvent être et ont été trouvés et utilisés. En matière de distribution de médicaments, à titre d'exemple, les ressources localement disponibles peuvent être utilisées tel que illustré par l'utilisation de chameaux dans les zones où il n'y a pas de routes, comme le montre la photo.

Garder les médicaments au frais peut être soutenu par l'utilisation de l'ombre des murs, où les médicaments sont conservés avec des feuilles de palmier ou des matériaux similaires, l'utilisation des réfrigérateurs paraffiniques ou des équipements à énergie solaire. La liste n'est pas exhaustive, mais souligne la nécessité d'explorer des solutions durables à l'appui de soins de santé primaires au niveau communautaire.

L'usage de la liste des médicaments destinés aux différents niveaux de soins de santé et de formation des travailleurs de santé, facilite la prévision appropriée des besoins et de stockage des médicaments. Et le soutien qu'apporte la communauté aux personnes sous traitement, augmente l'observance et probablement des résultats positifs du traitement. Dans la section qui vient après « Les ressources », nous faisons allusion à certains documents utiles pour aborder ces questions.

Etudes de cas présentées par **Casco Mubanga**, activiste du VIH et de la tuberculose, travaillant comme agent de l'IEC du réseau *Zambian people living with HIV and AIDS (NZP+)* Lusaka chapter. Ses principales activités de sensibilisation, entre autres, ont été la promotion de l'accès au traitement et le prélèvement des frais d'utilisation pour le traitement de la tuberculose et les tests de dépistage pour les personnes vivant avec le VIH.

* **Pas de son vrai nom**

DIEU A-T-IL UNE STRATÉGIE POUR LA SANTÉ POUR TOUS?

UNE REFLEXION SUR L'INTENTION DE DIEU RELATIVE A LA SANTÉ POUR TOUS
PREPAREE PAR ENOCH OSAFO



En 1978, les pays membres de l'OMS ont adopté les soins de santé primaires comme stratégie visant à atteindre un niveau acceptable de santé pour tous en l'an 2000.

Mais bien avant la déclaration d'Alma Ata, un apôtre de Jésus-Christ, Saint Jean en écrivant à un disciple, Gaius, a indiqué le désir de Dieu pour tout son peuple: « Bien aimé, je souhaite que tu prospères à tous égards et sois en bonne santé, comme prospère l'état de ton âme » 3 Jean 1:2. Trois choses ressortent de ce passage:

1. La santé du corps
2. La santé de l'âme
3. La prospérité dans les affaires séculières

Si Dieu a fixé un objectif pour la santé de son peuple, alors il doit sûrement avoir une stratégie par laquelle ce statut pourra être atteint. En effet, Dieu a une stratégie et dans le présent article, je vais essayer de décrire quatre stratégies dans les Écritures à prendre en compte par nous-mêmes pour parvenir la réalisation de la santé pour tous prônée par Dieu.

La première stratégie pour parvenir à un statut sain de l'approche prônée par Dieu, c'est la nutrition. Quand Dieu créa l'homme, il donna des instructions précises quant à son régime alimentaire: Il a dit: « Voici, je vous donne toute herbe portant de la semence et qui est à la surface de toute la terre, et tout arbre ayant en lui du fruit d'arbre et portant de la semence : ce sera votre nourriture. » Gen 1:29. Cette instruction alimentaire a été mise à l'essai lorsque Daniel et ses amis dans le royaume de Babylone ont choisi les légumes et l'eau contre de la viande et du vin offerts par le Roi. Le résultat était de loin probant pour l'état de santé de Daniel par rapport aux autres qui ont eu ce que l'on pensait être le «meilleur» repas. Des portions considérables de céréales, de légumes, de fruits et d'eau dans notre repas quotidien améliorent considérablement notre santé.

La deuxième stratégie pour parvenir à une santé dans l'approche prônée par Dieu, c'est la propreté. Dans le livre de Lévitique, Dieu a donné des règlements détaillés pour le peuple d'Israël, sur la façon de s'entretenir eux-mêmes tout en gardant leur environnement propre afin de ne pas être contaminés par la maladie. Les Israélites vivaient dans des camps du désert, et ces instructions ont été nécessaires pour prévenir les épidémies dues à la saleté de l'homme ou de l'environnement.

La troisième stratégie pour atteindre la santé dans l'approche prônée par Dieu, c'est le traitement de la maladie avec des médicaments par les médecins. Dans Jérémie 8:22, le prophète a posé une question au sujet du peuple d'Israël, « N'y a-t-il point de baume en Galaad? N'y a-t-il point de médecin? Pourquoi donc la guérison de la fille de mon peuple ne s'opère-t-elle pas? » Ce qui ressort de ce passage est que le baume (médicament) prescrite par les médecins et appliquée de façon appropriée par le peuple devrait déboucher sur le recouvrement d'un mauvais état de santé. Si, pour quelque raison que ce soit, une personne tombe malade, la disponibilité des médicaments et des professionnels de la santé est une composante essentielle du plan de Dieu dans l'offre des soins à son peuple.

La quatrième stratégie dans la réalisation de la santé dans l'approche prônée par Dieu se voit dans l'histoire du Roi Asa. Même si elle est classée comme quatrième stratégie, c'est le critère fondamental pour la réalisation des autres stratégies. Cette stratégie est la reconnaissance de Dieu comme guérisseur, au lieu de compter uniquement sur les médicaments et les médecins, sans recourir à Dieu pour sa bénédiction. Dans Chroniques 2 16:12, il est clairement indiqué que « Dans la trente-neuvième année de son règne, le roi Asa eut les pieds malades au point d'éprouver de grandes souffrances ; même pendant sa maladie, il ne chercha pas l'Eternel, mais il consulta les médecins ».

La Bible dit de Jésus comment il allait de lieu en lieu faisant du bien et guérissant tous (Actes 10,38). Lorsque nous ne parvenons pas à reconnaître que Dieu est le guérisseur et avons confiance à la capacité des hommes à guérir,

le Seigneur nous dit que nous sommes maudits. Dans Jérémie 17:5 Dieu dit expressément que «Maudit soit l'homme qui se confie dans l'homme, qui prend la chair pour son appui, et qui détourne son cœur de l'Eternel».

Dieu a une stratégie claire pour atteindre la santé pour son peuple. Ces stratégies ne sont pas très différentes des stratégies de soins de santé primaires de la Déclaration d'Alma Ata, - la nutrition, la lutte contre les maladies endémiques locales, les médicaments essentiels, le traitement de la maladie courante, à l'exception d'une, la reconnaissance de Dieu comme source et donateur de la santé, et la nécessité de compter continuellement sur lui dans l'exercice de nos activités.

Comme le monde cherche à redécouvrir les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais, nous, en tant que prestataires confessionnels devons suivre les traces du Christ, qui s'est employé à faire du bien et à guérir tout le monde, en s'appuyant sur la puissance de Dieu Tout Puissant. Seul le recours à Dieu conduira à la réussite des soins de santé primaires comme stratégie de la santé pour tous.

Quelques questions de réflexion

1. Dieu a-t-il une stratégie pour la santé pour tous?
2. Nos cœurs sont-ils devenus trompeurs comme c'était le cas avec le roi Asa?
3. Faisons-nous confiance en Dieu lorsque nous n'espérons rien ou seulement au moment où le besoin nous pousse à aller vers lui?

Guide de stockage des médicaments essentiels et autres fournitures médicaux

Le projet USAID/DELIVER offre un guide aux personnes impliquées dans la mise en place d'un magasin ou entrepôt. Il contient des instructions écrites et des illustrations claires sur la réception et la classification des produits, les conditions spécifiques de conservation, le repérage des produits, le maintien de la qualité des produits, la construction et la conception d'un magasin médical et la gestion des déchets, ainsi que les ressources supplémentaires.

http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/GuidStorEsse_Pock.pdf

Liste modèle OMS des médicaments essentiels pour enfants

La première liste modèle OMS des médicaments essentiels pour enfants a été élaborée par un sous-comité en juillet 2007, puis approuvée par le 16e Comité d'experts sur la sélection et l'utilisation des médicaments essentiels en octobre 2007. Elle peut être téléchargée à partir de

[http://www.who.int/childmedicines/publications/EMLc% 20 \(2\). Pdf](http://www.who.int/childmedicines/publications/EMLc%20(2).Pdf)

Recommandations pour la gestion de la pharmacie et la distribution de médicaments antirétroviraux dans des régions à ressources limitées.

Le document du Groupe de travail FIP propose un guide qui prescrit les principes et les directives pour la fourniture et la distribution des médicaments contre le VIH/Sida. Il donne des exemples de procédures et de conseils pratiques ainsi que de nombreux liens pour obtenir davantage d'informations et de conseils. Les pharmaciens sont invités à explorer et à adapter cette directive à leurs environnements spécifiques.

Recommandations http://www.fip.org/files/fip/HIV_ENG2008/RecommandationsENG2008.pdf

Qui a tué les soins de santé primaires ?

Comment l'idéal de la «santé pour tous » a été transformé en la réalité de l'aggravation de la santé pour les indigents du monde entier. Apparu pour la première fois en 1995, mais reste toujours pertinentes

http://www.healthwrights.org/articles/who_killed.htm

Comment évaluer l'espace d'entreposage pour les médicaments ?

Le présent guide est destiné aux responsables de la planification et de l'organisation de l'achat des produits pharmaceutiques tant au niveau national que régional. Il décrit la méthode d'établissement de la taille minimale nécessaire de magasins pharmaceutiques et d'évaluation des volumes de transports.

http://whqlibdoc.who.int/HQ/1993/WHO_DAP_93.3.pdf

Intégration des soins de santé primaires

Ce livre de Paul Thomas et Kurt Strange combine les modèles, la théorie et les conseils pratiques qui orientent les cliniciens, les gestionnaires et les facilitateurs dans la prestation des soins de santé primaires intégrés. En faisant usage d'études de cas et d'exemples réels, des sections pratiques sont renvoyées aux sections théoriques qui montrent comment les théories de l'ensemble du système d'apprentissage et de changement peuvent être appliquées dans des situations différentes. Ce livre est conseillé à ceux qui dirigent ou enseignent dans les institutions de santé telles que les organisations de soins de santé primaires, dans des petites organisations, telles que les pratiques générales et, à travers les réseaux. En effet, les praticiens et les gestionnaires qui souhaitent donner un sens à l'interaction complexe de facteurs y tireront beaucoup d'avantages.

[http://books.google.co.ke/books?id=4Jd2LPWP5z4C&dq =primary soins de santé + & source = gbs_summary_s & cad = 0](http://books.google.co.ke/books?id=4Jd2LPWP5z4C&dq=primary+soins+de+sant%C3%A9+%26+source=gbs_summary_s&cad=0)

Trente ans de médicaments essentiels en matière de soins de santé primaires

L'article présente le besoin conceptuel et la raison d'être des médicaments essentiels, de ses débuts jusqu'à aujourd'hui. Les médicaments essentiels, en tant que partie intégrante de la philosophie des SSP, sont expliqués et les développements en approche des médicaments essentiels au cours des 30 dernières années sont retracés.

http://www.emro.who.int/publications/emhj/14_S1/PDF/14_s1_08.pdf

Contact *Contact traite des divers aspects de l'implication des églises et de la communauté dans la santé, et vise à rendre compte des approches thématique novatrices et courageuses pour la promotion de la santé et la guérison.*

Contact est disponible sur le Site Web de World Council of Churches: <http://wcc-coe.org/wcc/news/contact.html>

Les articles peuvent être librement reproduits, à condition que la reconnaissance soit faite à: Contact, Une publication du Conseil Œcuménique des Églises.

Comité éditorial: Manoj Kurian, Eva Ombaka, Anke Meiburg et Angela Mutegi.

Dessins: David Radoli.

Conception et mise en page: Eunice Chege.

Traduction : Wirngo Festus Mansah, Cameroun.

Les demandes de renseignements sur les articles présentés dans ce numéro particulier doivent être adressées à:

Réseau Pharmaceutique Océanique (EPN)
B.P. 73860 - 00200 City Square, Nairobi, Kenya.
Numéro de téléphone: +254 20 4444823/4445020
Numéro de télécopieur: +254 20 4441090/4440306
Courrier électronique: info@epnetwork.org
Site web: <http://www.epnetwork.org>

Imprimé par Newday Colour Printers Ltd.
Numéro de téléphone: +254 20 2135519

Notes:



Contact Magazine

Une publication du Conseil Œcuménique des Eglises

<http://wcc-coe.org/wcc/news/contact.html>

Ce numéro de **Contact** magazine qui fait un zoom sur des médicaments essentiels en soins de santé primaires, a été publié par le Réseau Pharmaceutique Œcuménique (EPN)

www.epnetwork.org