

UNIVERSITE DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1983

N° 19

**PREMIERE EVALUATION DU STAGE «RURAL»
DES ETUDIANTS EN MEDECINE DE DAKAR**

THESE

présentée et soutenue publiquement le 9 février 1983
pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Mame Coumba Gaye FALL
née le 8 novembre 1953 à DAKAR (Sénégal)

Président du Jury : Professeur Hervé De LAUTURE
Directeur de Thèse : Professeur Agrégé Ibrahima WONE

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

PERSONNEL DE LA FACULTE

DOYENM. IBRAHIMA DIOP MAR
PREMIER ASSESSEURM. OUMAR SYLLA
DEUXIEME ASSESSEURM. SAMBA DIALLO
CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFSM. GUSMANE SOUMARE

UNIVERSITE DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE ET DE

PHARMACIE

I. - MEDECINE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR GRADE

POUR L'ANNEE UNIVERSITAIRE

1982 - 1983.

PROFESSEURS TITULAIRES

M. Paul	CORREA	Gynécologie-Obstétrique
M. Hervé	de LAUTURE	Médecine Préventive
M. Joseph	DIALLO	Ophtalmologie
M. Samba	DIALLO	Parasitologie
M. François	DIENG	Médecine Légale
M. Adrien	DIOP	Chirurgie Générale
M. Biram	DIOP	Médecine Interne
M. Ibrahima	DIOP MAR	Maladies Infectieuses
M. Lamine	DIOP	O.R.L.
M. Samba	GUEYE	Anesthésiologie
M. Papa Demba	NDIAYE	Anatomie Pathologique
M. René	NDOYE	Biophysique
M. Idrissa	POUYE	Orthopédie - Traumatologie
M. Abdou	SANOKHO	Pédiatrie
M. Gabriel	SENGHOR	Pédiatrie
++ M. Dédéou	SIMAGA	Chirurgie Générale
M. Ahmédou Moustapha	SOW	Médecine Interne
M. Henri	TOSSOU	Urologie

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M. Oumar	BAO	Thérapeutique
M. Abdourahmane	KANE	Pneumophtisiologie
M. Sadio	SYLLA	Anatomie
M. Abdourahmane	SOW	Maladies Infectieuses

++ Professeur associé

PROFESSEUR EN SERVICE EXTRAORDINAIRE

M. Pierre	LAMOUCHE	Radiologie
-----------	----------	------------

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Bernard	ALLIEZ	Neuro-Chirurgie
M. Michel	CADOZ	Maladies Infectieuses
M. Fadel	DIADHIOU	Gynécologie-Obstétrique
M. Lamine	DIAKHATE	Hématologie
M. Babacar	DIOP	Psychiatrie
+ M. Samba	DIOP	Médecine Préventive
M. Sé mou	DIOUF	Cardiologie
M. Mouhamadou	FALL	Pédiatrie
M. Aristide	MENSAH	Urologie
M. Bassirou	NDIAYE	Dermatologie
M. Ibrahima Pierre	NDIAYE	Neurologie
M. Abibou	SAMB	Bactériologie-Virologie
M. Ibrahima	SECK	Biochimie Médicale
M. Papa	TOURE	Cancérologie
M. Alassane	WADE	Ophtalmologie
M. Ibrahima	WONE	Médecine Préventive

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

M. Jacques	ARNOLD	Histologie - Embryologie
M. Gilles	CHERBONNEL	Chirurgie Générale
M. Lucien	JACQUIN-COTTON	Neurologie
M. Jacques	STEPHANY	Psychiatrie

++ Personnel en détachement .

CHEF DE TRAVAUX

M. Lamine Moussa	SOW	Anatomie
------------------	-----	----------

ASSISTANTS DE FACULTE - ASSISTANTS DES
SERVICES UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX

M. José-Marie	AFOUTOU	Histologie-Embryologie
Mme. Gisèle	BLAVY	Hématologie
Mme. Mireille	DAVID	Bactériologie-Virologie
M. Pierre	DUFFETEL	Physiologie
M. Alain	FERRER	Histologie-Embryologie
M. Alain	LECOMTE	Biophysique
M. Jehan-Marie	MAUPPIN	Anatomie
M. Adama	NDIAYE	Parasitologie
M. Gora	SECK	Physiologie

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES
SERVICES UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX

M. Mamadou	BA	Pédiatrie
M. Mohamed Diawo	BAH	Gynécologie-Obstétrique
M. Salif	BADIANE	Maladies Infectieuses
M. Mamadou Diakhité	BALL	Dermatologie
M. Cheikh Mbacké	BAO	Médecine Interne
Mme. Awa Marie	COLL	Maladies Infectieuses
M. Aly	DIAB	Gynécologie-Obstétrique
M. Baye Assane	DIAGNE	Urologie
M. El Hadj Malick	DIOP	O.R.L.
Mme. Thérèse Moreira	DIOP	Médecine Interne
M. Mamadou	GUEYE	Neuro-Chirurgie
M. Momar	GUEYE	Psychiatrie
M. Abdoul Almany	HANE	Pneumophtisiologie
M. Salvy Léandre	MARTIN	Pédiatrie
M. Sid Ahmed	MOGUEYA	Chirurgie Générale

.../...

M. Médoune Robert	NDIAYE	Ophthalmologie
M. Mohamed Fadel	NDIAYE	Centre Anti-Diabétique
M. Mohamadou Mansour	NDIAYE	Neurologie
M. Aly	NGOM	Gynécologie-Obstétrique
Mme. Binta	SALL	Anesthésiologie
M. Mamadou	SARR	Pédiatrie
M. Mamadou Lamine	SOW	Médecine Légale
M. Mamadou	TOURE	Cancérologie
M. Cheikh Tidiane	TOURE	Chirurgie Générale
M. Yacouba Ishaga	TOURE	Médecine Interne
M. Mamadou	TRAORE	Gynécologie-Obstétrique
M. Housseyn Dembel	SOW	Pédiatrie

ATTACHES - ASSISTANTS DES SCIENCES FONDAMENTALES

Mme. Amira	BICHARA-ABOUD	Hématologie
M. Fallou	CISSE	Physiologie
M. Moussa Fafa	CISSE	Bactériologie-Virologie
M. Moctar	DIOP	Histologie-Embryologie
M. Oumar	GAYE	Parasitologie
M. Dramane	KONATE	Anatomie
M. Victorino	MENDES	Anatomie Pathologique
Mme. Chantal	PENOT	Médecine Préventive
Mme. Hassanatou Touré	SOW	Biophysique

ATTACHES - CHEFS DE CLINIQUE

M. Gorgui	DIOP	Cardiologie
M. Michel	GUIRAUD	Dermatologie
M. Ismaila	SY	Pédiatrie
Mme. Marie Thérèse	SOW-GOERGER	Médecine Interne

.../...

UNIVERSITE DE DAKAR
FACULTE DE MEDECINE ET
DE PHARMACIE

II. - CHIRURGIE DENTAIRE

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

M. Michel	DUPIOT	Odonto-Stomatologie
M. André	SCHVARTZ	Dentisterie Opératoire

MAITRES - ASSISTANTS

Mme. Renée	NDIAYE	Parodontologie
Mme. Ndioro	NDIAYE	Odontologie Préventive et Social

ASSISTANTS DE FACULTE

M. Ibrahima	BA	Pédodontie
Mme. Maïmouna	BADIANE	Dentisterie Opératoire
M. Papa Demba	DIALLO	Parodontologie
M. Abdoul Wakhabe	Kane	Dentisterie Opératoire
M.	MAC-HOI-CHANG	Prothèse Dentaire
M. Jean Loup	MOREAU	Parodontologie
M. Paul Panka	OUENDENO	Orthopédie Dento-Faciale
M. Jean Paul	TERRISSE	Prothèse Dentaire
M. Abdoul Aziz	YAM	Pathologie et Thérapeutiques Dentaires
Mme. France Anne	ZOGBI	Pédodontie

ATTACHE DE FACULTE

M. Patrick	BEYLIE	Biologie et Matières Fondamentales
------------	--------	------------------------------------

.../...

UNIVERSITE DE DAKAR
 FACULTE DE MEDECINE ET
 DE PHARMACIE

III. - PHARMACIE

PROFESSEURS TITULAIRES

M. Humbert	GIONO-BARBER	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Georges	GRAS	Toxicologie
M. Jean-Louis	POUSSET	Pharmacognosie
M. Oumar	SYLLA	Pharmacie Chimique et Chimie Organique

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. Issa	LO	Pharmacie Galénique
---------	----	---------------------

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Charles	DIANE	Physique
M. Claude	HASSELMANN	Chimie Analytique
M. Pierre	TOURE	Pharmacie Galénique

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Mme. Elisabeth	DUTRUGE	Biochimie Pharmaceutique
M. Alain	LAURENS	Chimie des Substances Naturelles

MAITRES - ASSISTANTS

M. Doudou	BA	Chimie Analytique
Mme. Geneviève	BARON	Biochimie Pharmaceutique
M. Mounirou	CISS	Toxicologie
Mme. Paulette	GIONO-BARBER	Pharmacodynamie
M. Guy	MAYNART	Botanique
M. Michel	TERRISSOL	Physique

.../...

CHEF DE TRAVAUX

Mme. Urbane	TANGUY-SANREUX	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
-------------	----------------	---

ASSISTANTS

M. Cheikh Ahmed Tidiane	BA	Pharmacie Galénique
Mlle. Issa Bella	BAH	Parasitologie
M. Emmanuel	BASSENE	Pharmacognosie
M. Papa Amadou	DIOP	Biochimie Pharmaceutique
Mme. Christine	DELORME	Pharmacie Galénique
M. Oumar	FAYE	Pharmacognosie
M. Alain	GERAULT	Biochimie Pharmaceutique
Mme. Monique	HASSELMANN	Toxicologie
M. Souleymane	MBOUP	Bactériologie-Virologie
M. Oumar	NDIR	Parasitologie
M. Kouassi Martin	TIGNOKPA	Chimie Générale et Minérale
Mme. Arlette	VICTORIUS	Zoologie

ATTACHES

M. Déïssé	DIABIRA	Chimie Organique
M. Amadou	DIENG	Pharmacodynamie
Mme. Dior Dieng	DRAME	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Iba Der	GUEYE	Physique

JE

DEDIE

CE

TRAVAIL

A MON PERE ALIOUNE GAYE

Tu as suscité la vocation médicale en moi .

Tu n'a ménagé aucun effort pour faire de moi la Femme et le Médecin que je suis devenue . Ce jour est le couronnement de tes efforts . J'aurais bien voulu que tu sois là ce soir . Mais te voilà dans cette Rome Antique, lié par les obligations de ta charge .

Les mots ne peuvent exprimer toute ma reconnaissance, mon attachement et mon respect .

A MA MERE MAME THIABA NDOUR

Par ta tendresse et ta douceur, tu as créé le climat familial propice à notre épanouissement .

Tu demeures un modèle pour moi .

Toute mon affection et ma gratitude .

A MON MARI IBRAHIMA FALL

Toute mon affection . Tu n'aimes pas les grands discours .

Restons en là .

A MA FILLE MARIEME FALL

Beaucoup de courage . Le chemin est long .

A MES FRERES ET SOEURS

De Sénéba à Ousmane, en particulier à Rokhaya la future pédiatre .

Le chemin est long et difficile . Il faut y croire et persévérer .

Prenez exemple sur papa .

A MON FILS OUMAR FALL in memorium

A MES GRANDS PARENTS

Ndèye Fatou BA

Alié NDOUR

in memorium

Souleymane KANE

A PAPA MALICK GAYE in memorium

Trop tôt disparu, au seuil de mes études médicales .

A LA FAMILLE NDOUR TOUTE ENTIERE

En particulier à Elisabeth NDOUR notre seconde maman et son mari Mame Lesse DIA .

AUX FAMILLES MBAYE, BA, THIAM, FALL SEGA

A LA FAMILLE GAYE TOUTE ENTIERE

A NDELLA DIOUF, ET TOUTE SA FAMILLE

En particulier au Docteur Sogui DIOUF qui s'est toujours intéressé à mes études . merci .

A MES BEAUX PARENTS SOULEYMANE FALL ET FATOU CISSE

Pour toute leur affection .

A MES BEAUX FRERES

OUSMANE SENE et IBRAHIMA NDIAYE et LEUR FAMILLE

./.

A TOUTE LA FAMILLE FALL

A TOUS MES AMIS

A TOUS MES CAMARADES DE PROMOTION

En particulier ANTA , DIELIA , ANNA ,

AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE MEDICALE DE L'HOPITAL LE DANTEC

AUX DOCTEURS HAMAT BA ET KHALIFA SOW

Médecins-Chefs du CMSF Blanchot et Médina .

AU PERSONNEL DU CMSF RUE 13

A M. MASSAR GAYE

AU DOCTEUR MOUSTAPHA DIENG , DIRECTEUR DE L'IHS ET A TOUT LE PERSONNEL
DE L'IHS, EN PARTICULIER CELUI DE LA MEDECINE III .

A TOUT LE PERSONNEL DE LA FACULTE DE MEDECINE DE DAKAR ET DE LA
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

A TOUT LE PERSONNEL DU C.O.U.D. ET EN PARTICULIER SON DIRECTEUR

M. DAME NDIAYE

A Mme. ROKHAYA DIAGNE BA

Mes sincères remerciements .

A TOUTES LES FEMMES SENEGALAISES .

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

LE PROFESSEUR HERVE de LAUTURE,

PROFESSEUR DE MEDECINE PREVENTIVE ET SANTE PUBLIQUE

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury .

Nous vous en remercions . Nous avons pu apprécier la qualité des cours magistraux que vous dispensez et vos nombreux efforts pour nous préparer à nos futures tâches .

Ce travail est l'occasion de vous témoigner notre reconnaissance et notre respect .

A NOTRE MAITRE ET JUGE

LE PROFESSEUR BIRAM DIOP

PROFESSEUR DE MEDECINE INTERNE

Nous avons le privilège de vous compter dans notre jury .

Vous avez guidé nos premiers dans l'apprentissage de la Médecine . Très tôt nous avons été frappée par votre grand "sens clinique" .

Vous nous avez accueillie pendant toute une année dans vos services et nous avons toujours trouvé auprès de vous, bienveillance et Rigueur, témoignage de votre souci constant de mieux former vos étudiants .

Je vous exprime toute ma gratitude et mon profond respect .

A NOTRE MAITRE ET JUGE

LE PROFESSEUR ABDOU SANOKHO,

PROFESSEUR DE PEDIATRIE

C'est un privilège pour moi que de vous compter dans mon jury de thèse . J'ai passé quatre mois de stage dans votre service de pédiatrie où j'ai pu mesurer votre ouverture d'esprit et votre rigueur scientifique . Le stage de pédiatrie sociale m'a mise pour la première fois en contact avec les réalités de mon pays . Ce contact fut rude car me révéla l'amère réalité du monde rural et les difficultés de la tâche du médecin mais fit naître en moi les éléments précurseurs de ce travail .

Je vous remercie et vous témoigne ma reconnaissance .

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

LE PROFESSEUR IBRAHIMA WONE

PROFESSEUR DE MEDECINE PREVENTIVE ET SANTE PUBLIQUE

Vos excellentes qualités de pédagogue associées à votre connaissance profonde des problèmes de santé publique des pays africains nous surprenent de prime abord l'étudiant de sixième année . Vous déployez des efforts inlassables pour assurer à la médecine préventive une place de choix dans l'enseignement médical .

Chaleureux et disponible, vous m'avez toujours accueillie en père bienveillant et prodigué les meilleurs conseils . Je suis sensible à la confiance que vous me faites en me chargeant de ce travail . J'espère qu'il ne vous décevra pas et vous réaffirme ma respectueuse admiration et ma reconnaissance .

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE

ET DE PHARMACIE DE DAKAR EN PARTICULIER

AU PROFESSEUR MARC SANKALE

DOYEN HONORAIRE DE LA FACULTE DE MEDECINE

Toute ma reconnaissance et ma gratitude .

AU PROFESSEUR AHMEDOU MOUSTAPHA SOW

PROFESSEUR DE MEDECINE INTERNE

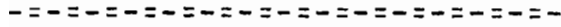
Les conseils prodigués au cours de longues causeries demeu-
rent vivaces dans mon esprit .

Non seulement vous vous souciez de former des médécins
compétents sur le plan scientifique et pratique mais vous avez voulu faire
de nous des Hommes et des Femmes .

Je vous exprime toute ma reconnaissance et mon profond
respect .

" Par délibération, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur apporter ni approbation ni improbation " .

INTRODUCTION



Former un médecin africain compétent et adapté aux besoins et aux réalités africains constitue un des objectifs de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie (F M M P) de l'Université de Dakar . De nombreux travaux publiés par les cliniques de Médecine Interne et de Médecine Préventive, Hygiène et Santé Publique ont trait à la recherche de l'adaptation de l'enseignement médical à la prestation des soins en Afrique .

L'enseignement médical dispensé à l'origine était inadapté dans la mesure où la Faculté de Médecine de Dakar est l'héritière directe de l'Université française. Née en 1962 des cendres de l'Ecole de Médecine de Dakar (1957) anciennement appelée Ecole Africaine de Médecine, elle délivrait des diplômes français .

La médecine est une science universelle, tout médecin compétent doit être capable d'exercer sous toutes les latitudes . Mais il n'en demeure pas moins que le lieu et l'environnement influent sur la pathologie rencontrée, de même que l'état de développement et le vécu socio-culturel influent sur les méthodes de soins et de prévention . A côté d'une pathologie cosmopolite évolue une pathologie spécifique à chaque région donnée, dépendant de facteurs géographiques, humains, socio-culturels, et économiques .

.../...

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme " un état de complet bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité " .

Le médecin ne doit plus lutter seulement contre la maladie mais il a le devoir de s'occuper du malade pris dans son environnement . Il faut socialiser la médecine . Sous cette optique, il apparaît nettement que le contexte africain diffère de l'européen ; les problèmes de santé des populations africaines n'épousent pas ceux des européens . Dans son livre intitulé "Médecins et Action Sanitaire en Afrique Noire", le Professeur Marc Sankalé, Doyen honoraire de la faculté de Médecine de Dakar disait qu'il faut former des " praticiens du lieu et du moment", scientifiquement compétents, conscients du cadre sanitaire dans lequel ils vont exercer, confrontés à un problème majeur : le sous-développement et ses corollaires : modicité des moyens, analphabétisme, ignorance .

Depuis la suppression de la validité de plein droit et l'instauration de l'équivalence entre les diplômes français et dakarois, des efforts certains ont été fournis pour adapter le diplôme dakarois aux réalités africaines . Mais cet événement est encore trop récent pour donner une satisfaction totale .

.../...

C'est dans la dynamique de cette recherche continue vers la formation d'un meilleur médecin pour l'Afrique qu'il a été institué un stage extra-hospitalier dit "rural" des étudiants de 7ème année de médecine pour les imprégner des réalités du terroir .

Notre travail aujourd'hui, consiste à évaluer ce stage dit " rural " des étudiants dakarois et pour cela :

1) - nous situerons d'abord le cadre de l'action sanitaire en d'autres termes nous présenterons la situation sanitaire du Sénégal et la politique de santé actuellement en vigueur .

2) - nous étudierons ensuite le stage " rural " dans sa genèse et son organisation pratique,

3) - nous parlerons de notre enquête sur le terrain avec notre expérience personnelle dans un centre médical suburbain et l'expérience d'un camarade dans le département de Kaffrine

4) - nous tirerons enfin les conclusions de notre étude .

.../...

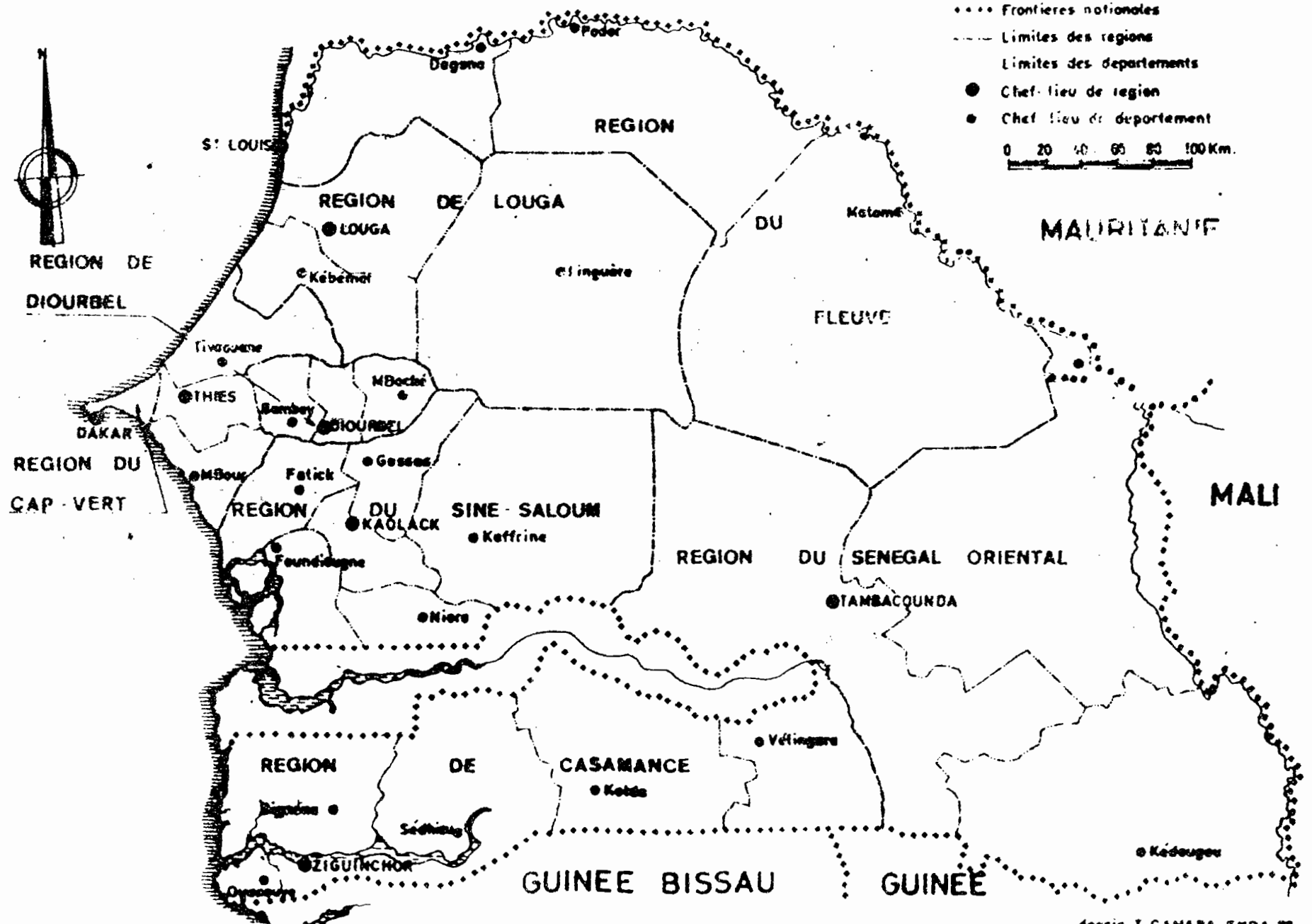
P R E M I E R E P A R T I E

Le Cadre de l'Action Sanitaire

- 1) - Situation sanitaire du Sénégal
- 2) - Politique sanitaire actuelle

SENEGAL

CARTE ADMINISTRATIVE



Situation Sanitaire du Sénégal
=====

I. - Facteurs Géographiques

Situé en zone tropicale nord à la pointe extrême de l'Afrique Occidentale, le Sénégal est un petit pays de 197.161 Km² .

Le climat soudano-sahélien y règne et favorise le pullulement des vecteurs d'affections microbiennes et parasitaires . Ce climat est caractérisé par une courte saison des pluies d'une durée de trois (3) mois et d'une longue saison sèche de neuf (9) mois .

Pendant neuf mois, le paysan est soumis à un chômage forcé et vers la fin de la saison pluvieuse à une période de soudure difficile, cause de malnutrition .

II. - Facteurs Démographiques

La population sénégalaise se chiffre actuellement à environ 5.700.000 habitants . Cette population est inégalement répartie :

- 20 % de la population se concentrent dans la région du Cap-Vert (à peine 500 Km²).

- 70 % de la population vivent en zone rurale .

.../...

Le taux d'alphabétisation est de 30 %, ce qui rend difficile l'information de la population sur les problèmes de santé publique et d'hygiène ; pis encore, il existe une " information " substitutive le plus souvent erronée se fondant sur les coutumes et les pratiques traditionnelles . Les populations consultent surtout les tradi-praticiens et ne vont chez le médecin qu'en dernier recours, d'autant plus que jusqu'à un passé très récent, peu de médecins exerçaient en zone rurale .

III. - Facteurs Diététiques

a) - Chez l'enfant

Le sevrage souvent mal conduit provoque des troubles de malnutrition pouvant aller jusqu'au Kwashiorkor . Ce syndrome malnutritionnel peut être grave surtout quand il se complique d'infection microbienne ou parasitaire . Les interdits alimentaires mettant souvent divers aliments protidiques hors de la portée des enfants contribuent à entretenir et à accentuer cette carence majeure .

b) - Chez l'adulte

Il s'agit plutôt d'un déséquilibre de la ration alimentaire avec insuffisance protidique et excès des glucides . La période dite de soudure entraîne une insuffisance alimentaire globale saisonnière .

.../...

IV. - Facteurs Economiques

Le Sénégal est un pays en voie de développement à vocation essentiellement agricole .

L'agriculture est dominée par la culture de l'arachide destinée à la traite, au détriment des cultures vivrières .

Depuis plus de dix ans, le pays est soumis à une sécheresse persistante entraînant les masses rurales dans une situation financière catastrophique . Le revenu annuel d'un paysan sénégalais oscille entre 18.000 et 27.000 F CFA .

En ville, le revenu moyen se situe entre 20.000 et 50.000 F CFA, avec cependant d'énormes disparités .

Au plan industriel, l'essentiel des infrastructures est concentré dans la région du Cap-Vert . Ce sont surtout des unités de transformation de produits agricoles dont le bon fonctionnement est lié au déroulement de la campagne agricole .

V. - Facteurs Morbides infectieux et parasitaires

Ils jouent un rôle primordial dans la pathologie au Sénégal . Paludisme, diarrhées infectieuses et parasitaires, maladies infectieuses infantiles, lèpre occupent le devant sur le plan de la morbidité .

Ces affections parasitaires (paludisme, parasitoses intestinales, trypanosomiase, filarioses) et microbiennes à germes banaux ou spécifiques (tuberculose, lèpre) sont favorisées par :

- le climat soudano-sahélien propice au développement des vecteurs .

Régions	.Nbre de département	Hôpitaux	Centres de santé	Maternités		Postes de Santé		Léproseries	Sec. des Gdes Endémies	Centres de de P M I
				Publique	Privées	Publics	Privés			
Cap-Vert	1	4	2	10	11	45	24	-	1	23
Casamance	6	1	6	28		67	15	4	2	7
Diourbel	3	1	3	27	-	23	3	-	1	3
Fleuve	4	3	4	11	-	62	4	1	1	6
Louga	3	(1)	3	14	-	24	1	1	-	3
Sénégal Oriental	3	-	3	3	-	35	4	-	1	3
Sine Saloum	6	1	9	89	3	68	15	2	-	10
Thiès	3	1	5	38	-	36	22	2	1	10
TOTAL	29	12	35	220	14	360	88	10	7	65

Tableau n°1 . - Infrastructures sanitaires par région 1978

(1) l'hôpital de Louga n'existait pas en 1978 .

- le manque d'assainissement essentiellement le défaut d'alimentation des populations en eau potable et de l'élimination des excréta .

Dans la majeure partie du pays, les populations utilisent l'eau de puits mal protégés ou de cours d'eau entrant fréquemment en contact avec les ordures et les excréta . Tout ceci est la conséquence d'une mauvaise information sanitaire .

VI. - Les Infrastructures Sanitaires

(voir tableau n° 1)

La capacité hospitalière du Sénégal est de 6.945 lits dont 3.523 dans les hôpitaux

787 dans les centres de santé

1.392 dans les maternités urbaines

1.243 dans les maternités rurales

La répartition en est inégale, le Cap-Vert disposant de 40 % des lits, les 60 % restant sont répartis dans les sept régions.

VII. - Le Personnel

Il compte en 1979 413 médecins répartis de manière très déséquilibrée, ne se trouvant que dans les centres urbains d'une certaine importance . Ainsi 271 médecins exercent au Cap-Vert, soit 69,3 % du total . 20 % de la population polarisent environ 70 % du corps médical soit une moyenne d'un médecin pour 3.832 habitants à Dakar alors que la moyenne nationale est d'un médecin pour 13.000 habitants et que certains départements n'ont qu'un praticien pour une population de plus de 100.000 habitants.

.../...

Désignation	Cap - Vert		Casaman-	Diourbel	Fleuve	Louga	Sénégal Oriental	Sine Saloum	Thiès	Total
		H.Prin.								
Médecins	81	26	24	12	24	4	7	17	22	217
Médecins Universit.	77									77
Pharmaciens	14	2	-	1	1	-	-	1	-	19
Pharmaciens Univ.	31									31
Dentistes	7	1	1	1	1	-	-	1	1	13
Dentistes Univ.	11									11
Sages-Femmes	232	20	23	14	27	9	6	42	37	410
Infirmiers	421	43	228	124	199	67	109	205	181	1577
Infirmières	386	62	68	31	96	14	25	74	83	839
Agents d'assainis.	73	-	24	20	31	4	15	29	40	236

Tableau n° 2 . - Répartition du personnel médical et paramédical par région en 1978.

Cette répartition inégale se retrouve à tous les niveaux de la santé comme le reflète le tableau n° 2.

VIII. - Le Budget de la Santé

(voir tableau n° 3 .)

Le budget de la santé au Sénégal représente 6,2 % du budget national . Il a régulièrement baissé depuis la gestion 1971 - 1972 jusqu'en 1980, passant en pourcentage de 9 % à 6,2 % du budget national .

L'examen du tableau n° 3 révèle que le personnel médical et paramédical occupe 60 % des dépenses du budget . Or ce personnel essentiellement concentré dans la région du Cap-Vert ne dessert que 20 % de la population sénégalaise . 80 % des sénégalais ont un accès aléatoire aux services de santé . En outre, le défaut de matériel et de médicaments, et des infrastructures sanitaires peu fonctionnelles font que ce personnel du reste mal rétribué demeure sous employé .

.../...

Années	Budget général (B G)	Budget santé (B S)	% /au BG	Personnel	% / BS	Matériel	% / BS
1971 - 72	41.440.000	3.727.000	9 %	2.367.307	63,5 %	568.076	15,3 %
1972 - 73	44.000.000	3.793.874	8,6 %	2.519.937	66,4 %	507.681	13,4 %
1973 - 74	47.000.000	3.656.818	7,8 %	2.482.354	67,9 %	508.708	13,9 %
1974 - 75	55.000.000	4.102.882	7,5 %	2.833.394	69,1 %*	612.327	14,9 %

Années	Budget général	Budget Santé	% / BG	Personnel	% / BS	Matériel	% / BS
1975 - 76	71.000.000	5.067.186	7,1 %	3.596.775	71,0 %	798.250	15,8 %
1976 - 77	86.000.000	5.247.326	6,1 %	3.618.165	69,0 %	803.911	15,3 %
1977 - 78	89.000.000	5.369.908	6,0 %	3.699.097	68,9 %	845.561	15,7 %
1978 - 79	101.470.000	6.133.801	6,0 %	3.800.419	62,0 %	1.328.505	21,6 %

Tableau n° 3 . - Budget général, Budget de la Santé (en milliers de francs CFA)
Répartition et Evolution de 1971 à 1979 . Sources M S P .

IX. - Conclusion

Vingt deux ans après l'indépendance, la situation sanitaire du Sénégal n'est pas très brillante, bien que des efforts certains soient fournis pour l'améliorer .

Les principaux problèmes de santé publique peuvent se résumer ainsi :

- 1) - Sous développement et ses corollaires analphabétisme, défaut d'hygiène individuelle et d'assainissement ; insuffisance des moyens en infrastructures .
- 2) - Présence d'une information erronée substitutive prenant ses origines dans le vécu socio-culturel .
- 3) - Les grandes endémies infectieuses et parasitaires, les problèmes nutritionnels et les maladies infantiles infectieuses prédominent en pathologie .
- 4) - L'insuffisance du personnel qualifié et sa répartition inégale sur le territoire .
- 5) - L'insuffisance des ressources budgétaires consacrées à la santé (6,2 % du budget national) et en leur sein de la part réservée au matériel .

.../...

Politique sanitaire de l'Etat sénégalais
 =====

I. - Division administrative du Sénégal

Le Sénégal compte actuellement huit régions administratives . La réforme administrative et territoriale de 1972 a donné naissance aux communautés rurales (C R) .

1) - La communauté rurale

Elément de base de la division administrative, la C R se compose d'un groupe de villages satellites du "village centre" . L'épicentre de la C R, siège du conseil rural dispose du maximum d'équipements ; il est choisi en fonction de critères de population et d'attraction (marchés, équipements) .

2) - La sous-préfecture

Constituée d'un certain nombre de communautés rurales centrées par un village, chef lieu de la sous-préfecture, elle est dirigée par un conseil d'arrondissement élu et placé sous la tutelle d'un sous préfet .

3) - Le département

Dirigé par un préfet assisté du conseil départemental il se compose d'une commune chef lieu de département et des sous-préfectures .

4) - La région

Echelon supérieur de la division administrative, la région est dirigée par un gouverneur représentant du Pouvoir Exécutif, assisté d'un conseil régional .

II. - Organisation générale des services de santé

Au Sénégal, le Ministère de la Santé Publique s'occupe de l'organisation de la prestation des soins sanitaires aux populations .

Il est dirigé par le Ministre de la Santé Publique (M S P) assisté de tout un appareil administratif siégeant dans la capitale Dakar (Organigramme du M S P) .

1) - au niveau central

se trouvent les grands centres hospitaliers : la Faculté de Médecine et ses deux centres hospitalo-universitaires (Dantec et Fann) et l'hôpital Principal de Dakar .

Ces centres hospitalo-universitaires (C H U) sont dirigés par des médecins compétents dispensant en même temps un enseignement de qualité à la Faculté de Médecine . Le C H U assure un triple rôle :

- curatif par les soins qu'il prodigue aux populations venant de tout le Sénégal et des pays limitrophes .

- éducatif et formateur par l'enseignement dispensé pour la formation des médecins, infirmiers d'Etat et sages-femmes d'Etat .

- de recherche : l'Ecole de Dakar est célèbre pour tous les travaux entrepris sur des recherches en matière de Médecine Tropicale et même en Pathologie cosmopolite .

.../...

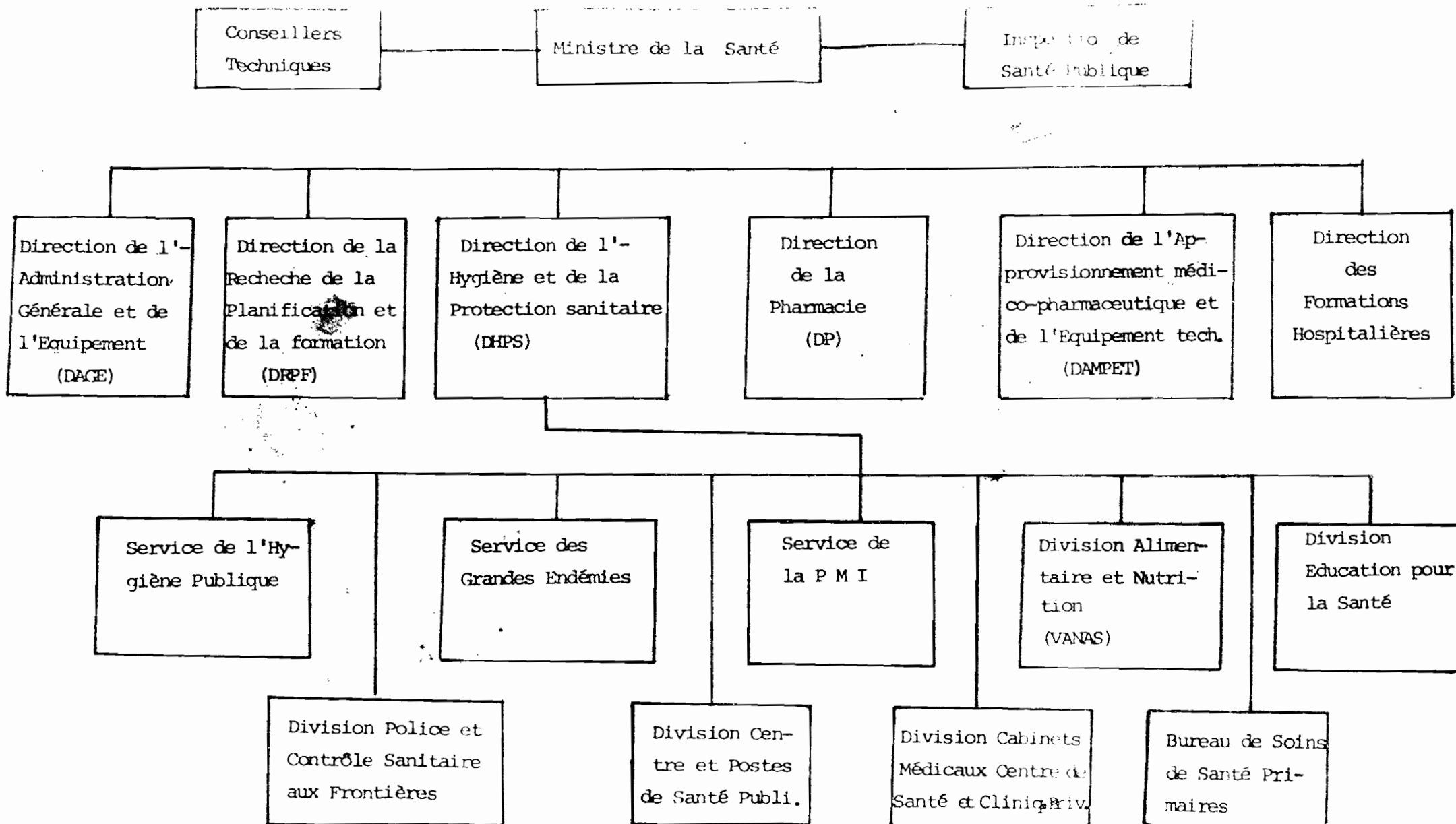


Tableau n° 4. - Organigramme du Ministère de la Santé Publique

2) - au niveau régional

L'hôpital régional est basé dans la capitale régionale. Il dispose au minimum des services de médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique et pédiatrie .

A côté existent le plus souvent un service des Grandes Endémies et un service d'Hygiène .

3) - au niveau départemental

La circonscription médicale (C M) avec à sa tête un médecin généraliste revêt plutôt la forme d'un dispensaire - hôpital rural ou centre de santé avec quelques lits d'hospitalisation pour affections de moyenne gravité . Le médecin est assisté de sages-femmes et d'infirmiers d'Etat . La C M assure des consultations de médecine générale, de pédiatrie-puériculture et pré et post natales .

4) - au niveau de la sous-préfecture

et de certains gros villages, on trouve un poste de santé dirigé par un infirmier ou un agent sanitaire .

5) - dans certains villages

(notamment les villages centres des C R) existent des cases de santé et des pharmacies villageoises tenues par des travailleurs de santé villageois (T S V) choisis par la communauté et ayant reçu une formation sommaire pour la prestation des soins de santé primaires .

.../...

III. - Politique Sanitaire du Sénégal

Elle repose actuellement sur la généralisation des soins de santé primaires (S S P) ou soins de santé de base (S S B).

1) - Définition

Elle a été lancée par la conférence d'Alma-Ata (URSS) en 1978 . En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (O M S) affirme le droit fondamental de tous les individus à la santé .

C'est dans le souci de rendre justice à tous que les Etats membres de l'O M S ont lancé la déclaration d'Alma-Ata .

" Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels dont l'accès est assuré à tous les individus et à toutes les familles de la collectivité par des moyens qui leur sont acceptables avec leur entière participation et à un coût abordable pour la collectivité et le pays .

Les S S P font partie intégrante du système de santé du pays dont ils sont le noyau ainsi que du développement social et économique d'ensemble du pays " .

Il n'existe pas de modèle unique de S S P mais ils doivent comprendre dans tous les cas, au minimum :

- 1) - la promotion d'une nutrition correcte
- 2) - l'approvisionnement convenable en eau saine
- 3) - l'assainissement de base
- 4) - la santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale
- 5) - le traitement approprié des maladies et traumatisme courants .

.../...

- 6) - la vaccination contre les grandes maladies infectieuses (programme élargi de vaccination (P E V) .
- 7) - la prévention et la réduction des endémies locales
- 8) - l'éducation sanitaire sur les problèmes de santé dominants, les moyens de les prévenir et de les maîtriser .

2. - Rôle des S S P

a) - Ils donnent à l'individu et à la collectivité la responsabilité des S S P, avec le soutien du système national de santé .

b) - Ils suscitent une participation active de la collectivité à la définition de ses besoins et à la recherche des moyens de les satisfaire .

c) - Ils mettent à contribution les ressources de la collectivité aussi bien que celles du pays dans le but de promouvoir la santé des populations .

d) - requièrent des techniques simples et peu coûteuses .

e) - mobilisent d'autres secteurs comme l'éducation, l'agriculture, les travaux publics (etc...) dans une action commune promotrice de la santé .

.../...

3. - Les Soins de Santé Primaires au Sénégal

En matière de santé communautaire, le Sine Saloum fait figure de région pilote . En effet en 1974, quatre ans avant Alma-Ata, divers projets de santé communautaire y ont vu le jour :

projet UNICEF
projet canadien à Gossas
projet hollandais à Fatick
projet USAID

La réforme administrative et territoriale de 1972 en décentralisant le pouvoir a eu les mêmes effets sur le plan sanitaire . Ainsi on assiste à une décentralisation des prestations médicales du niveau central (Dakar et son C H U) au niveau périphérique (case de santé) avec 3 échelons .

a) - l'échelon primaire

C'est la case de santé localisée au "village centre" de la communauté rurale dirigée par un agent de santé communautaire ou travailleur de santé villageois (T S V) .

Ce T S V est choisi parmi les villageois eux-mêmes. Il doit savoir lire et écrire . Il reçoit une formation rapide dans une formation sanitaire du pays et doit pouvoir régler les cas de diagnostic simple et faire de petits soins . En cas d'urgence, il procède à l'évacuation du malade dans une C M . La case de santé est financée par la collectivité elle-même, par une participation modique individuelle .

.../...

Division administrative	Structure sanitaire	Personnel
Niveau central (Capitale)	Hôpitaux nationaux et C H U	Professeurs, chefs de cliniques, internes du C H U
Région	Hôpital régional	Médecin
Département	Centre de santé (C M)	Médecin
Sous préfecture	Poste de santé	Infirmier d'Etat ou Agent sanitaire
Communauté Rurale	Case de santé ou Pharmacie villag.	Travailleur de Santé villageois (TSV)

Tableau n° 5. - Organisation des infrastructures sanitaires au Sénégal .

b) - à l'échelon secondaire

se trouvent la C M et l'hôpital régional dirigés par des médecins ou infirmiers pour les postes de santé . Ils assurent un rôle diagnostique et curatif .

c) - à l'échelon tertiaire

les grands hôpitaux de la capitale, dispensent une médecine de pointe, coûteuse .

d) - Conclusions

La politique des soins de santé primaires bien menée doit pouvoir résoudre du moins en partie les nombreux problèmes du milieu rural en attendant de former le personnel médical adéquat pour tout le pays .

Il ne s'agit pas de pratiquer une médecine discriminatoire une pour les villes, une pour les campagnes . Nul n'ignore que 70 % du budget de la santé sont dépensés pour le personnel qui est concentré dans le Cap-Vert où vivent 20 % seulement de la population . Ceci est un grave déséquilibre difficile à corriger . Poser le problème et tenter de le résoudre est déjà méritoire . Mais le problème majeur en matière de S S P sera celui d'une gestion saine des finances communautaires et leur utilisation à bon escient .

Connaître les besoins des populations et essayer de les résoudre, tel sera avant tout le rôle du stagiaire rural . Pour évaluer les besoins d'une population, il faut nécessairement connaître les données du milieu et c'est dans ce cadre que nous avons mené cette étude sanitaire du Sénégal .

HISTORIQUE DU STAGE RURAL

1) - Les origines du stage extrahospitalier

Les effectifs estudiantins croissant d'année en année alors que le nombre de lits du CHU de Dakar stagnait, le Doyen de la Faculté de Médecine soumit en 1973 au Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales un projet visant à affecter des étudiants en médecine dans des formations extra-hospitalières .

La présence en nombre pléthorique des étudiants enlevait tout intérêt au stage hospitalier car l'étudiant ne pouvait bénéficier ni de l'encadrement ni de l'enseignement adéquats au lit du malade .

Aussi le Doyen pensait-il répartir les étudiants dans des formations sanitaires urbaines, sous la direction des médecins-chefs des services concernés, étant entendu que le département Médecine Préventive, Hygiène et Santé Publique en superviserait le déroulement .

En Mars 1975, la commission pédagogique du (DCEM) deuxième cycle d'études médicales reconnaît la nécessité de stages dans les dispensaires "urbains, suburbains et ruraux" pour les étudiants, stages organisés, surveillés et contrôlés par la Faculté de Médecine seule responsable de l'enseignement médical .

Le département de Médecine Préventive, Hygiène et Santé Publique contrôle ce stage obligatoire pour les étudiants de 7ème Année de Médecine, sénégalais, les étrangers pouvant effectuer des stages d'un mois dans les dispensaires urbains et suburbains .

En 1976, le chef du service de Médecine Préventive Hygiène et Santé Publique faisait les propositions suivantes au Doyen de la Faculté :

- 1) - Stage de neuf mois dans les hôpitaux et centres médicaux des chefs-lieux de région ou de département .
- 2) - trois mois seront consacrés à la thèse, sans présence hospitalière obligatoire .
- 3) - Tirage au sort pour le choix du lieu de stage
- 4) - Une indemnité de 60.000 F sera versée à l'étudiant pour les frais de nourriture et de location .
- 5) - double évaluation du stage aussi bien par les responsables locaux de la santé que par les enseignants du CHU .
- 6) - Ce stage devrait se situer avant la thèse .

II) . - La première expérience de "stage rural libre"

En fin 1976, le Ministère de la Santé Publique annonce au Doyen de la Faculté de Médecine l'existence de dix-neuf postes à pouvoir dans les hôpitaux régionaux de Diourbel, Kaolack, Ziguinchor, Saint-Louis et dans dix circonscriptions médicales rurales . Les stagiaires seraient accueillis par les hôpitaux régionaux et les centres de santé et placés sous l'autorité et la surveillance des médecins-chefs de région et de C M. L'hébergement et la rémunération des étudiants seront assurés , suivant les propositions du Doyen, affirme le Ministre .

Dans sa réponse aux propositions du Ministre, le chef du département de la Médecine Préventive et de la Santé Publique fait les remarques suivantes :

" La durée du stage est de trois mois . La rémunération prévue est de 25.000 F CFA par mois par stagiaire . Il semble que le logement et la nourriture ne poseront pas de problèmes dans les hôpitaux, ce qui n'est pas le cas pour les C M " .

Finalement, il fut prévu un stage de six mois à titre expérimental pour des volontaires, en vue de préparer le stage obligatoire prévu pour 1977 - 78 .

On fit appel à des volontaires pour le stage interné rural en 1976 - 77 . Seuls huit étudiants se présentèrent dont deux sénégalais .

Le Doyen décida alors de rendre obligatoire ce stage "rural", du moins pour les sénégalais, en désignant des groupes devant suivre ce stage à tour de rôle . Les étudiants convoqués à une réunion n'acceptèrent guère l'idée de ce stage en zone rurale . Finalement, neuf étudiants dont trois sénégalais acceptèrent d'aller en stage sans que le département de Médecine Préventive et Santé Publique n'ait pu au préalable s'assurer des conditions d'accueil .

Six mois plus tard, le chef du département de Médecine Préventive et Santé Publique conclut à l'échec de ce " très malheureux stage rural " échec dû à deux causes administratives :

- 1) - Affectations faites par le Journal Officiel procédure longue et lourde qui retarde l'exécution des décisions .
- 2) - Les étudiants n'ont été payés que six mois après leur prise de fonction .

III*) - Le Projet d'organisation définitif du stage rural

Sur la base de ce " très malheureux stage rural " fut instauré un projet de " stage en milieu rural " dont le texte publié ci-dessous a été adopté par le Conseil de l'Université au cours de sa séance du 16 Mars 1978 .

a) - Etudiants Concernés

Ce sont les étudiants de 7^{ème} année effectuant leur stage interné (au nombre d'environ 80 à 100) moins les internes qui doivent accomplir ce stage plus tardivement ou les étudiants qui auraient des motifs valables pour le repousser à une date ultérieure (soit en tout une vingtaine) ; restent donc concernés entre 60 et 80 étudiants .

b) - Durée du stage

Elle serait de 3 mois . Ce stage serait partie intégrante du stage interné qui dure une année .

Les étudiants pourraient donc être répartis en quatre fractions de quinze à vingt .

c) - Objectifs du stage

Il s'agit d'une façon générale de mettre les étudiants dans une situation où ils seront capables d'être au contact des activités de médecine praticienne des zones rurales et semi-urbaines et d'y participer . Plus particulièrement, rendre les étudiants, déjà dotés de solides bases théoriques, capables de :

- poser des diagnostics des affections rencontrées quotidiennement grâce à la seule observation clinique, en l'absence des examens complémentaires disponibles au CHU .

- prescrire des traitements judicieux avec les ressources thérapeutiques disponibles .

- présenter des conduites d'approche du patient qui tiennent compte de la dimension et du contexte psychosociologique des populations .

- évaluer le rapport coût / efficacité des actes de santé et des soins donnés et justifier dans chaque cas les décisions prises .

Il est à noter qu'ultérieurement ces objectifs spécifiques mais de caractère assez général peuvent être subdivisés ou donner lieu à un découpage en objectifs limités .

d) - Conditions administratives du stage

Les étudiants seront affectés dans des centres médicaux ou des services de médecine ou de chirurgie des hôpitaux régionaux ou départementaux . A cet égard la note de service MSPAS / DSP n° 3677 en date du 12/08/1976 pourra être actualisée et judicieusement exploitée .

Ils seront soumis aux directives administratives et à la supervision des médecins-chefs régionaux ou départementaux .

e) - Conditions techniques du stage

Ces stages ont une vocation de santé Publique : les étudiants doivent donc donner de façon gratuite leurs soins et conseils aux populations du ressort de leur lieu d'affectation, en respectant les principes de la déontologie médicale .

Ils seront supervisés par le service de Médecine Préventive et de Santé Publique du CHU, en liaison avec les services de santé du lieu d'affectation, à l'instar de la supervision effectuée lors des autres stages internés .

Dans cet état d'esprit, les étudiants seront tenus de remettre au chef de service de Médecine Préventive ou au Responsable désigné un rapport de fin de stage, qui contribuera à l'évaluation du stage .

f) - Conditions matérielles du stage

Les étudiants auront droit à :

- une rémunération égale à celle d'un faisant fonction d'interne dans les services du CHU de Dakar ;
- les frais de voyage pour se rendre à leur lieu d'affectation et en revenir .
- l'hébergement gratuit avec possibilité de cuisine .

g) - Préalables pratiques indispensables à un bon déroulement des stages

g 1) - Les terrains de ce stage

Doivent être définis au préalable en tenant compte :

- des possibilités de Formation existantes,
- des besoins en santé publique
- des possibilités d'accueil

Il serait nécessaire que le service de Médecine Préventive puisse faire une reconnaissance préalable des terrains de stages possibles, avec les responsables du Ministère de la Santé Publique afin de faire des propositions d'agrément aux commissions et conseils .

g 2) - La répartition des étudiants

Dans les stages successifs sera faite 2 mois avant l'ouverture du stage interné par le chef des services administratifs de la Faculté de Médecine conjointement avec le chef du service de Médecine Préventive, étant bien entendu que des modifications pourront intervenir en fonction des résultats à l'examen de sixième année .

La décision d'affectation des étudiants sera faite par note de service établie conjointement par le Directeur de la Santé Publique et le Doyen de la Faculté de Médecine au moins 1 mois avant leur entrée en fonction. Ces deux préalables sont essentiels car ils permettent la prise en charge des étudiants en temps voulu .

g 3) - Les moyens de déplacement

Appropriés seront mis à la disposition des responsables du Service de Médecine Préventive et de Santé Publique de la Faculté de Médecine pour leur permettre d'assurer la supervision des stagiaires .

Tel se présentait donc le projet de stage rural qui fut adopté par le Conseil provisoire de la Faculté, au mois de Mars 1978 .

Dès le mois de Juin de la même année, le Ministre donnait son accord pour ledit projet et les ordres nécessaires pour que toutes les dispositions soient prises au plan de l'hébergement et au plan budgétaire pour faire appliquer au plus vite les dites mesures, en raison de l'insuffisance de la couverture sanitaire nationale .

Le premier groupe de stagiaires ruraux quitta Dakar le 1er Août 1978 .

ORGANISATION PRATIQUE DU STAGE RURAL

LE STAGE RURAL EN PRATIQUE

=====

En Août 1978, débuta donc le stage rural obligatoire des étudiants . Le stage initialement prévu pour trois mois fut porté à quatre mois finalement .

Le Ministre de la Santé, soucieux du bon déroulement des stages, par différents notes de services engagea vivement les gouverneurs de région à s'occuper de l'installation et de l'hébergement des étudiants de 7ème année dans les postes où le besoin de médecin se faisait le plus sentir . Ces postes seraient pourvus au fur et à mesure que les étudiants soutiendraient leur thèse de doctorat .

1) - Le Cas-type du 1er Groupe

1er/08/78 - 30/11/78

Initialement vingt-deux postes concernant six régions du Sénégal étaient prévus . Mais la région du Sénégal Oriental région la plus enclavée ne disposait pas d'installations pour recevoir un stagiaire .

Cinq régions furent désignées :

Le Cap-vert

Thiès

Sine - Saloum

Louga

et le Fleuve

Le problème du logement ne se posait pas aux stagiaires de Dakar .

Enfin, quinze stagiaires firent le déplacement dont quatre au Cap-Vert, trois au Fleuve, 1 à Louga, quatre au Sine-Saloum et trois à Thiès .

Le rapport d'inspection d'un professeur du CHU précisait, concernant les postes d'affectation :

a) - Sur les cinq postes retenus pour la région du Fleuve, celui de Richard-Toll ne présentait aucun " intérêt immédiat " à être pourvu et fut remplacé par celui de Ndioum, hôpital rural moderne .

Les conditions d'hébergement étaient bonnes et les tâches dévolues aux stagiaires importantes :

Toutefois les seuls trois stagiaires effectivement désignés furent chargés l'un des fonctions de médecin -chef de la C M et de médecin des Grandes Endémies à Podor, et les deux autres d'assurer les consultations dans deux grands dispensaires de Saint-Louis, sous le contrôle du Médecin-chef régional .

b) - A Thiès, un médecin était prévu pour occuper le poste de Médecin-chef de la C M mais le logement ne disposait pas de mobilier ; deux autres postes étaient à pourvoir à Thiès-Ville comme assistant du Médecin-chef régional et pour le Service de Médecine Générale de l'hôpital ; les conditions d'hébergement étaient réunies .

c) - Au Sine-Saloum, région la plus peuplée du Sénégal, huit postes étaient prévus mais aucune possibilité d'hébergement car les logements des médecins étaient occupés par des infirmiers d'Etat chefs de poste à ne déloger que s'il y a des médecins dûment affectés à ces postes .

./.

Même à Kaolack-Ville où la pénurie de médecins se faisait sentir, il n'existait aucune possibilité de logement . On se résolut à laisser tous les stagiaires à Kaolack-Ville où on les logea dans des villas de Coopérants en vacances pour deux mois .

d) - Il n'existe pas d'information sur l'unique poste de la région de Louga .

e) - Les postes prévus dans la zone urbaine de Dakar et zone suburbaine ne posaient pas de problèmes particuliers du fait de l'implantation de la Faculté de Médecine dans la capitale . Quatre stagiaires, parmi les quinze furent affectés à Dakar et dans la périphérie . Ces stages n'étaient pas en fait " ruraux " .

2. - Etude détaillée des postes d'affectation

Trois fois chaque année, la Faculté de Médecine propose une liste d'étudiants pour des stages de quatre mois . Le Ministre de la Santé procède à l'engagement et à l'affectation des étudiants pour une durée de quatre mois .

2.1.) - Etude régionale des postes d'affectation

En examinant de près le tableau de la répartition des stagiaires (tableau n° 6 page 37) on se rend compte que de 1978 à 1981 les régions du Cap-Vert et de Thiès, plus proches de la capitale se sont taillées " la part du lion " occupant toujours 50 à 75 % des stagiaires .

./.

Périodes de stage Rural	Nbre. total Stagiaires	Cap- Vert	Casamance	Diourbel	Fleuve	Louga	Sénégal Oriental	Sine Saloum	Thiès.
1/8/78 - 30/11/78	15	4	-	-	3	1	-	4	3
1/12/78 - 31/3/79	17	4	1	-	2	1	-	3	6
1/4/79 - 31/7/79	19	8	-	1	2	1	-	2	5
1/8/79 - 30/11/79	15	7	-	-	3	-	-	-	5
1/12/79 - 31/3/80	17	4	1	2	3	1	-	3	3
1/4/80 - 31/7/80	15	3	1	2	3	-	-	3	3
1/8/80 - 30/11/80	20	7	2	1	4	-	-	4	2
1/12/80 - 31/3/81	26	9	2	2	3	1	2	4	3
1/4/81 - 31/7/81	19	7	1	-	2	2	1	4	2
7/8/81 - 30/11/81	30	10	2	1	6	2	1	4	4
1/12/81 - 31/3/82	19	4	2	1	4	1	2	3	2
1/4/82 - 31/7/82	19	2	1	2	6	-	4	3	1
1/8/82 - 30/11/82	25	9	2	1	6	-	4	2	1
1/12/82 - 31/3/83	18	0	2	1	7	0	3	3	2

Tableau n° 6 . - Répartition Régionale des stagiaires 1978 - 1982

Les régions de Diourbel, Louga, et Casamance n'ont jamais bénéficié de plus d'un ou de deux stagiaires et paradoxalement ce sont les régions les plus mal desservies sur le plan sanitaire .

A cela il faut trouver un certain nombre de raisons parmi lesquelles le désir des étudiants en année de thèse d'être proches de la Faculté de Médecine pour accéder facilement à la bibliothèque et être reçus par les directeurs de thèse .

D'autre part les lenteurs administratives entraînant le retard du paiement des allocations de stage, les étudiants refusent le plus souvent de se faire " exiler " dans des régions où ils ne connaissent personne et ils n'ont aucune assurance de trouver gîte et couvert .

Il semble qu'avec le douzième groupe s'amorce un changement en faveur des régions les plus déshéritées qui s'arrogent environ 67 % des stagiaires . Cette tendance ^a semble corroborer la décision du Ministre de la Santé-Publique de faire passer tout docteur en médecine nouvellement promu, deux années en zone rurale .

2.2. Etude distinctive des postes urbains suburbains et ruraux

En 1978, les postes essentiellement ruraux regroupaient 13 % des stagiaires disponibles alors que les postes urbains et suburbains concernaient 87 % des stagiaires .

./.

Périodes de Stage rural	Nombre total des stagiaires ruraux	Nombre de stagiaires en Postes urbains et/ou suburbains (y compris les chefs lieux de région)	Nombre de stagiaires en poste rural proprement dit
1/8/78 - 30/11/78	15	13	2
1/12/78 - 31/3/79	17	15	2
1/4/79 - 31/7/79	19	16	3
1/8/79 - 30/11/79	15	13	2
1/12/79 - 31/3/80	17	15	2
1/4/80 - 31/7/80	15	14	1
1/8/80 - 30/11/81	20	16	4
1/12/80 - 31/3/81	26	21	5
1/4/81 - 31/7/81	19	13	6
7/8/81 - 30/11/81	30	20	10
1/12/81 - 31/3/82	19	11	8
1/4/82 - 31/7/82	19	10	9
1/8/82 - 30/11/82	25	16	9
1/12/82 - 31/3/83	18	10	8

Tableau n°7 . - Répartition des stagiaires entre les zones urbaines et rurales

Les postes urbains et suburbains concernent ceux de la région du Cap-Vert et les postes des chefs-lieux de région .

Ce n'est qu'en 1981 que se dessine une tendance à la ruralisation effective des postes de stages : en effet le taux des postes ruraux passe de 13 % en 1978 à 31 % en Avril 81 à 47 % en 1982 .

Jusqu'à présent les villes ont été prioritaires . Cela s'explique en partie par le fait que certains postes médicaux étaient défectueux et ne pouvaient recevoir de stagiaire . Mais actuellement existe un véritable plan de rénovation de certaines circonscriptions médicales lancé par l'Etat Sénégalais en collaboration avec la Banque Mondiale . D'autre part certains étudiants mécontents de leurs postes de stage ne remplissant pas les conditions requises au déroulement du stage refusent de rejoindre leurs affectations et attendent d'autres groupes de stagiaires pour se faire affecter dans des zones favorables . Ainsi certains noms d'étudiants reviennent à plusieurs reprises sur des listes de stagiaires correspondant à des périodes et à des postes différents.

Il faut dire que le stage rural vient en seconde position des préoccupations estudiantines . La thèse, les raisons matérielle priment sur le stage rural . Cela tient au fait que dès le départ, le stage rural a été mal organisé et l'étudiant parachuté dans un poste isolé sans un sou en poche et sans assurance de logement se sent abandonné de tous . Il n'est pas encore fonctionnaire mais étudiant , et surtout l'encadrement pédagogique lui manque .

En effet très souvent, l'étudiant se retrouve seul, devant assurer les tâches de médecin chef de C M avec toutes les responsabilités que cela comporte . Dans un sens, ceci est formateur pour l'étudiant dans un autre il se sent "utilisé" dans le but d'apporter aux populations le " médecin " , remis par les autorités administratives ou politiques .

3. - Synthèse et Evaluation

Au plan des conditions administratives et matérielles, les lenteurs administratives, les retards de paiement des étudiants, le défaut de logement de certains stagiaires font que le stage rural a très mauvaise réputation en milieu étudiantin . Les " relations " au Ministère déterminent quelquefois le choix des postes d'affectation et peuvent même permettre d'accélérer le paiement des allocations .

Du point de vue des conditions techniques du stage rural, l'encadrement pédagogique des stagiaires n'existe pas . Ils sont laissés à eux mêmes pour exécuter des fonctions de médecin - chef de C M ou assister des médecins qui se déchargent sur eux plutôt que de les encadrer .

Quant aux objectifs du stage rural, les étudiants ne remettent pas de rapport de stage depuis 1979 .

L'évaluation des stages s'avère donc impossible dans la mesure où n'existe aucun contrôle de la Faculté de Médecine . Mais on peut sans risque d'erreur affirmer que les objectifs sont atteints en partie dans la mesure où l'étudiant laissé seul face aux innombrables tâches qui l'attendent les exécute, par ses propres moyens : poser des diagnostics rien que par la clinique, prescrire des traitements, former le personnel subalterne, éduquer les masses aussi bien sur le plan de l'hygiène individuelle et collective que de la nutrition par des conseils de régime .

Le stage rural ainsi conçu apparait surtout comme la mise en pratique sur le terrain et dans les conditions réelles de notre pays de l'enseignement si peu dispensé dans nos amphithéâtres . L'étudiant assume sur le terrain des activités de médecine sociale, d'épidémiologie et d'éducatons sanitaire . C'est une méthode active d'enseignement qui met l'étudiant en contact avec la collectivité, le milieu social, du malade .

Ainsi l'étudiant acquiert une expérience pratique de la maladie dans des milieux sociaux déterminés .

Pour que l'étudiant en tire le maximum de profit , il faudrait un encadrement adéquat, ce qui fait défaut actuellement .

Dans le souci d'améliorer la qualité du stage rural, nous présentons les propositions suivantes :

3.1. - Au plan organisationnel

La Faculté de Médecine est un établissement d'enseignement supérieur dépendant directement du Ministère de l'Enseignement Supérieur .

Elle forme des médecins qui, dès la soutenance de leur thèse vont en grande majorité appartenir au corps de la Santé Publique dépendant du Ministère de la Santé .

Il est donc assez normal que le Ministère de la Santé Publique soit associée à la phase finale de leur formation mais nous pensons qu'il doit se limiter à déterminer les besoins en personnel médical de chaque région et indiquer le nombre de postes disponibles et assurer un bon accueil et un bon encadrement .

./.

D'autre part, le Ministère de l'Enseignement Supérieur devrait se charger de payer aux étudiants de septième année de médecine une bourse mensuelle de 60.000 F CFA pendant quatre mois, par le soin du Centre des Oeuvres Universitaires de Dakar . (COUD) .

Une autre solution serait de considérer la septième année de médecine comme un Troisième cycle d'études médicales et de décerner une bourse de troisième cycle à tous les nationaux .

Ainsi l'étudiant serait assuré de toucher sa bourse au départ de Dakar et n'aurait pas à faire les couloir du Ministère des Finances pour se faire payer six mois après la fin du stage .

Les problèmes matériels une fois levés, reste l'encadrement des stagiaires et nous proposons :

3.2. - de jumeler le stage rural des étudiants de 7ème année avec celui des Internes en médecine de 3ème ou quatrième Année d'Internat .

En effet chaque année deux groupes d'Internes de 3ème ou 4ème année effectuent des stages ruraux de six mois . La Faculté aurait pu charger les internes de superviser les étudiants de 7ème année se trouvant dans leur zone de stage, en leur rendant visite au moins une fois par semaine pour s'enquérir des problèmes rencontrés et leur prodigier des conseils .

./.

L'Interne en Médecine est un futur enseignant du CHU .
A l'hôpital il est chargé d'encadrer les étudiants, pourquoi ne le ferait-il pas en zone rurale ?

Toujours est-il qu'il doit disposer d'au moins une voiture et de l'essence nécessaire dans la C M ou l'hôpital de son stage .

L'Interne pourra rendre compte au professeur de la Faculté qui devra lui-même se rendre sur place une ou deux fois pendant le stage .
Bien sûr le problème du nombre limité d'Internes se pose, mais on pourrait restreindre leurs rôles aux postes ne disposant pas de médecin dûment affecté.

T R O I S I E M E P A R T I E

NOTRE PROPRE EXPERIENCE DU " STAGE RURAL "

- A). - Le Centre Médico-Social des Fonctionnaires CMSF
- B). - La Circonscription Médicale de Kaffrine vue par K.N.

NOTRE PROPRE EXPERIENCE DU " STAGE RURAL "

=====

Comme de nombreux "stagiaires ruraux", nous avons reçu lors de notre période réglementaire, une affectation très citadine, au coeur même du quartier le plus urbanisé de la capitale, au Centre Médico-Social des Fonctionnaires n° 1 sis à la rue Blanchot à quelques centaines de mètres du palais de la République . Pour déviée de son but initial qu'apparaisse cette affectation, elle n'y donne pas moins de tâches inédites aux étudiants en les mettant au contact d'aspects jusque là inconnus de prestation de soins .

Notre propre expérience a été diversifiée par le fait qu'après un bref séjour dans le Centre principal, nous avons servi plus longtemps dans le centre secondaire situé en pleine Médina de DAKAR .

Nous allons présenter ce C M S F dans son historique et son fonctionnement actuel, avant de décrire les tâches qui nous ont été dévolues en qualité de stagiaire .

LE CENTRE MEDICO SOCIAL DES FONCTIONNAIRES

=====

I. - Historique

Le Centre Médico Social des Fonctionnaires (C M S F) doit son existence à l'arrêté local 309 Santé en date du 10 Août 1946 de l'administrateur en chef délégué du Gouvernement du Sénégal à Dakar .

L'arrêté général 4218/LSP du 18 Octobre 1947 fait dépendre cet organisme de l'hôpital Principal aux plans technique, administratif et budgétaire .

Dix ans plus tard, l'arrêté 11.928/ST du 26 Décembre 1957 le rattache au Service des Grandes Endémies .

Finalement, avec l'avènement de la République Sénégalaise en 1959, l'arrêté 3.115 I.G.A.A. du 31 Mars 1959 le place sous l'autorité du Ministre de la Santé Publique du Nouvel Etat .

Après avoir eu plusieurs implantations différentes :
rue Victor Hugo, Hôpital Principal, Avenue Carde, le C M S F est installé :

- au 159 rue Blanchot depuis 1968
- rue 13 Médina depuis 1957 pour le centre annexe .

Initialement le C M S F s'occupait de tous les fonctionnaires en service à Dakar aussi bien ceux de la Mission Française d'Aide et de Coopération que de ceux du Sénégal . En 1962 les ayant droit se chiffraient à 45.000 (familles comprises) .

Le C M S F de la rue Blanchot s'occupait :

- des Cadres généraux
- des Cadres Communs supérieurs
- des Contractuels assimilés par leurs fonctions aux personnels de ces cadres et leurs familles .

Le C M S F de la rue 13 Médina s'occupait :

- des Cadres locaux et secondaires
- des auxiliaires
- Contractuels assimilés à ces personnels
- Décisionnaires à l'exclusion de leur famille .

Mais cette répartition arbitraire a disparu avec l'indépendance, de même que les assistants techniques français disposent de services de santé autonomes dans le Cadre de la mission française d'aide et de coopération .

2. - Buts du C M S F

Le Centre Médico - Social des Fonctionnaires assure gratuitement aux fonctionnaires et assimilés de Dakar et à leurs familles :

- les consultations médicales et les soins
- les consultations prénatales
- les consultations des nourrissons et des enfants
- un service de garde de nuit pour les soins (à la rue Blanchot) .

Il est chargé en outre :

- des visites médicales d'aptitude aux emplois administratifs, aux stages à l'étranger
- des visites d'aptitude à la conduite des véhicules Poids Lourds, transport en commun pour tous les candidats .

3. - Organisation actuelle du C M S F

Il est divisé en deux sections placées sous l'autorité d'un médecin chef,

- l'une installée au 153 rue Blanchot depuis 1968 .
- l'autre sise rue 13 angle 8 en Médina .

Pour remplir sa mission, le C M S F dispose des moyens suivants :

a) - Locaux

a.1.) 153 rue Blanchot

Depuis 1968 le C M S F occupe le rez de chaussée d'un bâtiment refait à neuf . L'accès en est difficile car la rue Blanchot est très fréquentée, de stationnement difficile en raison de son étroitesse .

Le locaux sont spacieux et comptent :

- Consultation du Médecin-Chef :

- . un bureau
- . une salle d'examen
- . un bureau infirmière - salle de soins
- . une salle d'attente sous véranda .

./.

- Consultation médecin adjoint :
 - . les mêmes structures que précédemment
- Consultation Sage - Femme
 - . un bureau
 - . une salle d'examen
 - . une salle d'attente
- Consultation Puéricultrice
 - . un bureau
 - . salle de visite d'aptitude
 - une salle de radiologie :
 - + pièce radioscopie
 - + une salle d'attente
- un Secrétariat
- Pharmacie et matériel : 2 grandes salles
- Sanitaires :
 - + 1 W.C. consultants
 - + 1 W.C. douche personnel
 - + 1 W.C. médecin
- Hall intérieur d'attente
- Cour intérieure .

./.

a.2.) - Rue 13 Médina

L'annexe du C M S F est installée dans une maison sans étage louée à un particulier et comprend un bâtiment carré disposé symétriquement en 2 groupes de 2 pièces, les 2 groupes ne communiquant pas, l'un des groupes était autrefois le logement du médecin .

Côté Médecin Chef

- . bureau Médecin-Chef
- . petite salle d'attente
- . petite salle Radio
- . bureau Sage femme et infirmière
- . 2 petites salles de soins
- . 1 W.C.
- . 1 véranda

Côté Médecin Adjoint (occupé par le stagiaire interné)

- . bureau Médecin Adjoint
- . bureau Sage-Femme-Infirmière
- . salle d'attente
- . 2 petites salles de soins
- . W.C.
- . Véranda

Dans la cour

- . 1 W.C.
- . 1 petit magasin

L'ensemble est très vieux et peu fonctionnel .

b) - PersonnelCentre de la rue Blanchot

Nombre	Catégorie du Personnel
1	Médecin chef
1	Médecin adjoint
3	Sages-Femmes
3	Infirmières dont 1 infirmier d'Etat
1	Secrétaire
	Plus de chauffeur ni de planton ni de veilleur de nuit .

Centre de la rue 13 Médina

Nombre	Catégorie du personnel
1	Médecin (depuis quelques mois, le M.S.P. n'envoie plus de stagiaire pour le deuxième poste de médecin
3	Sages Femmes
1	Infirmière d'Etat
2	Aides - Infirmières
1	Infirmière décisionnaire
1	Manceuvre

En ce qui concerne le Centre Médico Social de la rue 13 Médina que nous connaissons mieux pour y avoir séjourné pendant 3 mois, le personnel para-médical est pléthorique . Quatre infirmières dans le service et qui n'ont rien à faire sinon les rares injections et le lavage des doigtiers . Deux sages-femmes consultent le matin et la troisième l'après-midi .

Par contre le nombre de médecins s'avère nettement insuffisant pour consulter chaque année quelques soixante dix mille malades .

C) - Les Crédits

Outre les crédits de personnel directement gérés par le M F A E, les crédits alloués au Centre Médico-Social des Fonctionnaires pour la gestion 1981 - 1982 se montent à la somme de cinq millions six cent un mille francs CFA (5.601.000 F) .

Ces 5.601.000 F se répartissent en :

- + Budget de fonctionnement : 4.490.000 F
 - médicaments
 - fournitures de bureau
 - entretien

- + Eau, Electricité, Téléphone : 511.000 F

- + Carburant : 600.000 F

./.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

CAISSE MEDICO-SOCIAL DES FONCTIONNAIRES

- FOURNITURE DE MEDICAMENTS ET MATERIEL
au titre du 1er SEMESTRE 1981 - 82 à l'annexe
du C.M.S.F./ MEDIM.-

CHIFFRE	DESIGNATION DES MATIERES A OBJETS	Espèces des Unités	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	DECOMPTÉ
	- Avafortan ampoules	Nbre	300	78	23.400
	- Compr. Aspérine	Kg	3	1.225	3.675
	- Auréomycine Pommade 3%	Nbre	60	100	6.000
	- Aspégic ampoules	"	100	108	10.800
	- Benzochloryl	Fl.	20	350	7.000
	- Baralgin comprimés	Nbre	300	10	3.000
	- Eristopen 0,50	"	28	336	9.378
	- " " 10	"	28	338	9.378
	- Belladéal comprimés	"	800	8	2.600
	- Bicoidan amoxicillin collyre	Fl.	20	230	4.600
	- Cicatryl pommade	Nbre	20	251	5.020
	- Casequin 0,2 gr.	"	2.000	5,73	11.460
	- " sirop	Fl.	30	162	4.860
	- Cortine naturelle 125	Nbre	78	280	21.840
	- Comprimés charbon	B.1000	1	1.800	1.800
	- Cambentrin susp.	Fl.	18	482	7.230
	- " comprimés	Nbre	400	53	21.200
	- Auristan gouttes	fl	30	198	5.940
	- Décontractyl baume	Tube	18	538	9.684
	- Ercéfuril gélules	Nbre	300	22	6.600
	- Eau distillée 5 cc	"	300	5	1.500
	- Etaphilline dragée	"	300	5	1.500
	- Eurax pommade	Tube	18	339	6.102
	- Efferalgan sirop Pédiatrique	Fl.	30	228	6.840
	- Fansidar ampoules	Nbre	200	133	26.600
	- Comprimés Ganidan	B.1000	2	1.850	3.700
	- Glifazan comprimés	Nbre	300	19	5.700
	- Lincozine	"	50	284	14.200
	- Mycostatine pommade	Tube	18	186	3.348
	- Indocassal poudre	Bte	8	520	4.160
	- Fengeril pommade	Tube	18	200	3.600
	- Polaramine sirop	Fl.	10	165	1.650
	- Physilane gél	B/30	18	600	10.800
	- Quinax ampoules 0,20	Nbre	300	38	11.400
	- Rhinathiel tétra.gélules	B/16	8	400	3.200

A REPORTER 275.075

				REPORT :	275.075
- Spasfon ampoules	Nbre :	200	:	70	: 14.000
- Soludécadron	" :	50	:	177	: 8.850
- S.A.T.	" :	50	:	95	: 4.750
- Tetapen 0,50	" :	25	:	218	: 5.450
- " I G	" :	25	:	218	: 5.450
- Vitamine K1 ampoules	" :	100	:	52	: 5.200
- Vitamine C ampoules	3" :	300	:	7,50	: 2.250
- Hélicidine sirop	Fl :	25	:	828	: 20.700
- Ascorbiol solution	" :	1	:	1.216	: 1.216
- Biogaz	Bte :	5	:	1.428,80	: 7.144
- Gluconate de calcium	B/100 :	2	:	1.800	: 3.600
- Tetracycline sirop	Fl. :	15	:	428,67	: 6.430,06
					<hr/>
<u>MATERIEL</u>					640.189.05
- Bandes de gaze 5x0,05	Nbre:	50	:	39	: 1.950
- " " 5x0,07	" :	50	:	51	: 2.550
- Compresse gaze petites	" :	400	:	6	: 2.400
- Coton hydrophile	Kg :	10	:	873	: 8.730
- Aiguilles hyp. div	Nbre:	200	:	32	: 6.400
					<hr/>
					662.219.05

DAKAR, le 22 FEVRIER 1982

RECU CONFORME

DAKAR, le 15/02/82

LE DOCTEUR KHALIFA SOW
MEDECIN CHEF DU C.M.S.F. : MEDINA




Tableau n° 8. - Fourniture semestrielle de médicaments et de matériel au CMSF Rue 13 Médina .

Le gestionnaire du centre affirme que ce budget suffit aux dépenses du centre, sauf en ce qui concerne les sommes allouées aux dépenses en eau, électricité et téléphone .

Selon notre propre expérience, les fournitures en médicaments sont insuffisantes et nous étions obligée de prescrire des ordonnances à nos malades . Il est à noter que ces malades passent pour des privilégiés comparativement à l'écrasante masse de la population sénégalaise . En effet ces fonctionnaires peuvent compter sur un salaire mensuel ou trimestriel pour les retraités et le salaire minimum interprofessionnel garanti (S M I G) est d'environ 20.000 F CFA alors qu'en zone rurale où vivent 80 % de la population le revenu annuel par tête d'habitant avoisine 15.000 F .

Ainsi l'inégalité sociale tranche dans cette pauvreté générale.

Pour le seul centre de la Médina, la fourniture de médicaments et matériel pour le premier semestre 1981 - 82 se monte à 682.210 F CFA. Ainsi seuls les médicaments de première nécessité sont fournis aux patients .

D) Matériel

Les deux centres pratiquent essentiellement des consultations externes, le matériel technique et d'exploitation est suffisant et en bon état sauf l'appareil de radioscopie de la rue 13, trop vieux, qui ne fonctionne plus et doit être remplacé .

E) Moyens de transport

Un seul véhicule est affecté au centre de la Blanchot mais il est trop usagé et au moment de notre stage, hors service .

4. - Fonctionnement du Centre Médico-Social des Fonctionnaires

Selon différents rapports d'archives, l'effectif des "ayant droit" aux C M S F est d'environ 100.000 personnes comprenant les fonctionnaires et leurs familles domiciliés à Dakar et environ .

Le Centre Médico-Social des Fonctionnaires fonctionne tous les jours ouvrables :

de 8 h - 12 h

de 14 h 30 - 17 h 30

Il assure des consultations de médecine générale, gynécologiques, pédiatriques, d'aptitude aux emplois administratifs, permis de conduire etc... Les soins prescrits par les médecins du centre ou des hôpitaux de Dakar sont assurés aux malades .

Les examens de laboratoire et les consultations de spécialistes sont praticables dans les différents laboratoires et hôpitaux de Dakar sur prescription des médecins du Centre ; il en est de même pour les hospitalisations . Dans ces cas précis, le fonctionnaire muni du billet d'examen ou d'hospitalisation signé du médecin du C M S F accompagné d'une imputation budgétaire ne paie que le (1/5) cinquième des frais médicaux .

5. - Modalités administratives

5.1.) - Bulletin de visite

Chaque consultant doit présenter au médecin un bulletin de visite délivré par son chef de service la veille ou le jour même de la consultation .

Après la consultation et les mentions portées par le médecin, il doit être retourné au service employeur .

5.2. - Identité des consultants

Elle est parfois douteuse pour des membres de la famille et le médecin n'est pas en mesure de la contrôler efficacement . Cela importe surtout au plan financier pour l'Etat qui paie la majeure partie des frais d'hospitalisation .

5.3. - Exigences non motivées des fonctionnaires

Parfois certains consultants exigent d'aller voir un spécialiste à l'hôpital ou de se faire hospitaliser pour " se reposer " car ils sont " fatigués " comme si l'hôpital était un hôtel . De tels malades sont très souvent difficiles à convaincre de l'inutilité de telles actions .

5.4. - Congés de maladie

Le C M S F peut les délivrer jusqu'à concurrence de dix jours, au delà de cette durée la compétence en revient aux médecins hospitaliers ou au conseil de santé .

Dans l'esprit des consultants, toute visite chez le médecin du C M S F doit se terminer par un certain nombre de jours de repos et parfois ils n'hésitent pas à jouer de la comédie pour extorquer deux ou trois jours de repos . Cela est plus facile à certains corps de l'Etat comme les enseignants qui par la pratique des sciences naturelles connaissent assez bien les symptômes d'une dysenterie amibienne ou d'un syndrome palustre aigu pour les décrire succinctement au médecin .

Bien sûr l'examen physique et clinique fera la part des choses mais il arrive toujours un moment où l'intéressé veut se substituer à la science et à l'autorité du médecin .

D'autres plus subtils préfèrent voir un médecin privé plus large en jours de repos et ne viennent réclamer un visa du médecin du C M S F qu'à la fin du repos, quant tout contrôle n'est plus possible .

6. - Notre stage au Centre Médico-Social des Fonctionnaires

Après un bref séjour au Centre Principal de la Rue Blanchot, nous avons effectué notre stage essentiellement au Centre de la Rue 13 de Janvier à Mars 1981 .

Le Centre de la rue 13 est dirigé par un vieux médecin sorti de l'ancienne école africaine de Médecine .

De prime abord, nous sûmes tout de suite que ce stage ne nous serait d'aucune utilité sur le plan de la transmission des connaissances et des échanges . Car laissée à nous même, nous faisons plutôt fonction de médecin adjoint du C M S F remplissant des tâches similaires à celles du médecin chef .

Au plan de la rencontre avec des personnes de milieux socio-professionnels différents, c'était une expérience enrichissante . Et puis c'était notre premier stage urbain extra-hospitalier avec tous ses aspects inédits .

Les tâches qui nous étaient dévolues concernaient des consultations : pédiatriques, pour adultes et prénatales en cas de grossesse compliquée .

Un des registres de consultation ayant disparu, nous n'avons pu décompter pour la période du 04/02/81 au 1/04/81 que 270 malades vus par nous-même .

En voici la répartition

1 an		1 - 4 ans		5 - 14 ans		15 - 54 ans		55 ans	
H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
2	4	4	7	8	13	107	114	5	6
6		11		21		221		11	

Ainsi nous remarquons que la majeure partie de nos consultants appartient à la tranche d'âge productive de 15 - 54 ans avec une légère prédominance féminine .

Malheureusement nous n'avons pas noté les professions de nos consultants faute d'une colonne appropriée dans le registre mais selon nos souvenirs, nous recevions surtout des enseignants (instituteurs et professeurs de CES), des policiers et des cadres administratifs .

Le pourcentage de retraités (55 ans) est très faible qui est dû à l'existence d'un service médical des retraités : Centre social de l'IPRESS .

Les enfants au nombre de 38 viennent en troisième position des consultants avec une nette prépondérance des tranches de 5 - 14 ans (21 consultants) et de 1 à 4 ans (11 consultants) .

La faiblesse du nombre des nourrissons est due à la proximité du Centre de Protection Maternelle et Infantile de la Médina .

Le tableau de morbidité pour les périodes du 1/1 au 31/12/80 dans les 2 centres apparaît comme suit :

35.386 personnes (enfants et adultes ont consulté dans les 2 centres) à l'exclusion des consultations prénatales au cours de l'année 1980 .

a) - Maladies infectieuses et parasitaires :

8.799 cas dont :

- 4.704 cas de diarrhée et entérites ayant nécessité 239 hospitalisations .
- 1.730 cas de paludisme dont 177 hospitalisations
- 794 cas de gonococcie
- 494 cas d'helminthiases intestinales
- 394 cas d'ankylostomiase
- 191 cas d'amibiase
- 109 cas de rougeole .

Ainsi on note une prépondérance nette des infections microbiennes et parasitaires intestinales suivies du paludisme ; et la rougeole prédomine parmi les maladies infantiles .

Ce tableau reflète la même situation sur le plan des maladies transmissibles que dans le reste du Sénégal et de l'Afrique Sud Saharienne .

b) - Autres Affections

24.880 cas :

- Les maladies du système nerveux et des organes des sens prédominent avec 6.641 cas dont 2.967 cas de maladies inflammatoire de l'oeil et 2.673 de maladies de l'oreille .

- les maladies endocriniennes et métaboliques viennent en seconde position (3.535 cas) dont 1.183 cas d'avitaminose et de carence .

- 511 cas de diabète sucré

- 613 cas de goitre

- 1.226 autres cas de troubles métaboliques .

Suivent les affections cardio-vasculaires (3.176 cas) dont 1.335 cas d'hyperthension artérielle, les affections de l'arbre respiratoire (953 cas) .

Dans le cadre de ces affections cosmopolites dominent surtout les maladies dites du " bien être ", de " l'urbanisation " :

. diabète

. H T A

. Obésité

. Troubles métaboliques .

Ce fait est révélateur car les fonctionnaires constituent une classe relativement aisée par rapport à l'ensemble de la population sénégalaise .

C) - Conclusion

Ainsi donc affections parasitaires tropicales (Paludisme, Amibiase etc...), affections microbiennes et maladies cosmopolites (ulcères gastro-duodénaux, hypertension artérielle, cardiopathies, diabète, obésité, arthroses) coexistent parmi nos consultants, sans oublier la gamme des maladies infantiles et les affections dites de l'urbanisation : dystonie neuro-végétative .

Ces dystonies neuro-végétatives se rencontrent surtout chez les jeunes hommes et jeunes femmes exerçant depuis peu une activité absorbante en proie aux problèmes des jeunes couples ou à l'éloignement entre le lieu de travail et le domicile . On assiste parfois à des séparations déchirantes de couples exerçant dans des villes différentes avec toutes les conséquences notamment sur l'encadrement des enfants .

D) - Nos suggestions

D.1.) - L'unification des deux centres en un seul centre fonctionnel serait souhaitable .

Cela nécessiterait un bâtiment vaste, moderne, adapté aux services requis et permettrait la mise en commun des moyens et du personnel disponibles, de même qu'une division du travail plus rationnelle et un rendement amélioré .

D.2.) - Il devrait être envisagé dans toutes les capitales régionales du Sénégal des centres médico-sociaux des fonctionnaires et non pas seulement à Dakar .

./.

Couvrir tout le pays de centres de consultations de ce genre permettrait de dégorger les hôpitaux de Dakar, surtout les deux Centres hospitalo-universitaires qui assurent surtout le rôle de gros dispensaires, pratiquant beaucoup plus de consultations .

D.3.) -Pourvoir le centre médico social des fonctionnaires de personnel médical suffisant ; le personnel para médical étant pléthorique, du moins en ce qui concerne la rue 13 .

./.

Afin d'élargir l'éventail de notre vue du stage rural, nous avons recouru à l'expérience vécue par l'un de nos camarades, et qui a fait l'objet de sa thèse (25) Par divers traits, ce travail nous a paru très complémentaire du nôtre, en raison du contraste quasi-systématique des situations : il s'agit ici d'un stage véritablement rural, où l'étudiant, envoyé à 250 km de Dakar et placé à plus de 60 km de l'Hôpital Régional a eu tout seul la charge technique et administrative d'une Circonscription Médicale durant 4 mois.

i. Situation Sanitaire du département de Kaffrine vue par
 =====
 M. K. Nd. stagiaire rural du 1er Août au 30 Novembre 1980
 =====

1. Présentation du département de Kaffrine

Situé au coeur du bassin arachidier dans la région du Sine-Saloum, le département de Kaffrine couvre 11.850 Km², soit la moitié de la superficie de la région .

Il compte une population de 255.300 habitants, soit le quart de la population régionale .

C'est le plus grand département arachidier du Sénégal produisant 25 % de la récolte nationale d'arachide .

Sur le plan administratif le département se compose :

- de la commune de Kaffrine
- de 953 villages regroupés en 21 communautés rurales
- ces communautés rurales sont réparties en 4 arrondissements :

Birkelane, Nganda, Koungheul, Malem Hodar .

./.

II. Organisation sanitaire du département de Kaffrine

Le département de Kaffrine compte deux zones médicales :

- 1) - La Circonscription Médicale de Kaffrine
- 2) - Le Secteur Médical (S M) de Koungheul

1. - La C M proprement dite couvre la ville de Kaffrine et les 3 arrondissements de Birkelane Malem Hodar et Nganda soit une superficie de 7.610 Km² pour 194.500 habitants .

La C M se compose :

a) du centre de santé de Kaffrine

Unité de santé implantée dans la capitale départementale, elle regroupe :

- un pavillon d'hospitalisation de 26 lits
- des services de soins et de consultation
- une maternité
- la P.M.I.
- les logements du médecin chef et de la maîtresse sage-femme.

b) 9 postes de santé implantés dans 9 communautés rurales (sur 15)

Le poste de santé est un point de consultations et soins implanté dans un village Centre d'une communauté rurale (C R) dirigé par un infirmier .

c) 1 dispensaire privé missionnaire situé dans une dixième C R

d) 15 maternités rurales (M R)

Chaque C R comporte une maternité rurale où des matrones formées au centre de santé effectuent des accouchements simples .

e) 41 pharmacies villageoises (P.V)

ou dépôts de médicaments tenus par des agents de Santé communautaires (ASC) ou travailleurs de santé villageois (T.S.V.)

f) 1 Centre de récupération nutritionnelle à Kaffrine ou FANS2. - Le Secteur Médical de Koungheul

Il concerne le seul arrondissement de Koungheul mais n'intéresse pas notre stagiaire .

III. - L'Expérience du Stagiaire Août - Novembre 1981

K. N. a effectué ce stage en tant que médecin chef de la C M de Kaffrine .

1) - Les tâches

Il s'agissait pour le stagiaire d'effectuer le matin de 8 H à 13 H 30 :

- la consultation des patients
- la visite et le traitement des malades hospitalisés

L'après-midi (15 H 30 à 18 H 30) :

- travail administratif

a) Les consultations

Les malades sont triés par les infirmiers et ceux jugés "dignes d'intérêt" sont vus par le médecin . Pendant les quatre mois de stage K.N. a vu 1.260 consultants 50 % des malades ont pu être soignés avec la dotation en médicaments, les 50 autres le furent sur ordonnance .

En effet le stagiaire note que l'introduction des soins de Santé Primaires instituant la prise en charge de leur santé par les populations a entraîné une nette amélioration sur le plan financier permettant plusieurs réalisations aussi bien au plan des infrastructures (sanitaires, W C permettant de lutte contre le péril fécal) que de la fourniture en médicaments.

La participation communautaire est relativement modifiée :

- 100 F CFA par adulte
- 50 F CFA par enfant
- 1.000 F CFA pour un accouchement
- 500 F CFA pour une hospitalisation

Tout en se félicitant de cette participation communautaire qui permet des réalisations ponctuelles, le stagiaire déplore d'autre part la diminution de la contribution de l'Etat au budget de la CM .

Il est évident que la participation communautaire ne doit pas entraîner la déflation des efforts de l'Etat .

b) La visite et le traitement des malades hospitalisés

Le médecin use surtout de son sens clinique pour poser des diagnostics et en cas d'incertitude, le traitement d'épreuve tranche .

Devant les cas plus complexes, l'évacuation des malades sur l'hôpital régional de Kaolack se fait par des taxis moyennant 20 litres d'essence fournis par la CM .

Au cours de la visite des malades, le médecin assure une tâche formatrice de son personnel subalterne en éclairant ses collaborateurs sur différentes maladies .

C) Les tâches administratives

Se déroulaient les après midi .

Très lourdes selon le stagiaire qui a assisté au démarrage des soins de santé primaires dans le département .

C 1.)- Les soins de santé primaires

Les soins de santé primaires visent à sensibiliser les populations sur leurs problèmes de santé et de la nécessité de leur participation aux solutions appropriées . Outre la participation financière des populations il s'agit pour le médecin de donner une information correcte pour maintenir un bon niveau de santé . C'est le rôle de l'éducation sanitaire et de la médecine préventive par les campagnes de vaccinations, la protection de la mère et de l'enfant, le maintien d'un bon état nutritionnel .

Ainsi donc, les soins de santé comportent deux volets:

- curatif par la mise sur pied de Comités de santé chargés de gérer les fonds recueillis au niveau des populations pour l'achat de médicaments et la réalisation d'investissements assurant une meilleure santé à vous .

- préventif par les tâches éducatives et les mesures de préventions des maladies (P.E.V.) programme nutritionnel etc...

C 2) Les autres tâches administratives

Il s'agissait pour le stagiaire de dresser des rapports d'activité les plus divers portant sur la situation des crédits, les mouvements du personnel, la situation épidémiologique, le rendement des formations sanitaires et les activités de médecine préventive .

D'autre part M. K.N. a eu à faire des visites d'aptitude pour les pèlerins de la Mecque et a été requis à plusieurs reprises pour des expertises médico-légales .

La commande semestrielle des médicaments et du matériel médico-chirurgical s'est avérée contraignante mais intéressante . Après inventaire du stock existant et commande des produits manquants, l'acheminement des médicaments a nécessité plusieurs déplacements du stagiaire à Dakar et l'emprunt d'un camion d'un autre service de l'Etat . En cours de route, le stagiaire a pu inspecter les différents postes de santé qui était impossible auparavant par manque de véhicule . Mais cet handicap aurait été réparé depuis lors par la fourniture d'une camionnette Fiat et d'une ambulance .

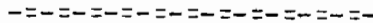
Le stagiaire a constaté qu'il était mal préparé par les études médicales aux tâches administratives . Personnellement nous pensons que la difficulté réside dans le fait que le cours étant théorique, l'étudiant n'appréhende pas la réalité . C'est au moment de la pratique qu'apparaît la tâche dans toute son ampleur .

2) Les solutions envisagées

Après avoir dressé un tableau de toutes les difficultés qui se posent à Kaffrine, le stagiaire propose un certain nombre de solutions comme la multiplication des postes de santé dans les C R, la disponibilité de S S secondaires, l'affectation de personnel qualifié dans ces P.S. et de médecins dans le département . En même temps il prévoit l'accomplissement des soins et des dépenses budgétaires et propose l'augmentation de la dotation budgétaire .

Par ailleurs pour inciter les jeunes praticiens à rester en zone rurale, il demande aux autorités de les motiver financièrement car dit-il " le salaire actuel d'un médecin sénégalais débutant équivaut à peine à 20 % de ce qu'un étudiant en médecine, assurant des remplacements, peut obtenir dans certains cabinets privés dakarois ... Les trop grandes disparités sont génératrices de frustrations et, à la longue, pernicieuses pour le service public" .

CONCLUSION



Le stage rural des étudiants de 7^{ème} année de Médecine de la Faculté de Dakar a été instauré dans sa forme actuelle en 1978 . Il s'agit en réalité plutôt d'un stage extra-hospitalier, né de la conjonction entre les préoccupations du corps professoral de la Faculté et de son Conseil et celles du Ministère de la Santé Publique du Sénégal . (FMP et MSP) .

Pour les enseignants, la motivation essentielle de ce stage était la constatation de l'inadéquation de la formation purement hospitalière à la solution des problèmes et des besoins sanitaires réels du pays .

Quant au Ministère de la Santé, bien que soucieux de ces considérations, il paraissait davantage soucieux de combler les nombreux vides anciens ou conjoncturels dans la couverture sanitaire du pays .

Il ne paraît pas prématuré de dire que les difficultés et les insuffisances rencontrées durant le stage et relatées par notre étude résultent pour une bonne part des différences d'intention et en définitive d'objectifs des deux institutions : la FMP et le MSP .

Il convient de rappeler que les objectifs pédagogiques du stage clairement explicités étaient de rendre les étudiants capables de :

- poser des diagnostics des affections rencontrées quotidiennement grâce à la seule observation clinique, en l'absence des examens complémentaires disponibles au CHU .
- prescrire des traitements judicieux avec les ressources thérapeutiques disponibles .
- rechercher et conduire une approche du patient qui tienne compte de sa dimension psycho-sociale et du contexte socio-culturel des populations .
- évaluer le rapport coût/efficacité des actes de santé et des soins donnés et justifier dans chaque cas les décisions prises .

Bien qu'ayant effectué nous-même notre stage réglementaire et ayant ainsi une idée bien précise des nombreuses distorsions qu'il comporte, nous avons abordé et conduit notre travail avec le maximum d'objectivité et sans idée préconçue .

Pour ce faire, nous avons tout d'abord examiné le cadre de l'action sanitaire à laquelle les futurs médecins sénégalais devront participer .

Cette approche nous a fait étudier successivement :

la situation sanitaire du Sénégal et la politique sanitaire mise en place pour y faire face . Cette confrontation a montré les grandes disparités entre les énormes besoins et les moyens destinés à les assouvir .

Cette conclusion rejoignant les constatations des autorités qui ont instauré le stage rural, c'est tout naturellement à ce dernier que nous avons consacré la deuxième partie de ce travail . Nous avons passé en revue l'historique du stage rural depuis ses origines en passant par la première expérience de stage "rural libre" jusqu'à l'organisation actuelle du stage obligatoire .

Nous avons ensuite examiné l'organisation pratique de ce stage en décrivant le cas type du premier groupe (1er Août - 30 novembre 1978) puis en exposant la panorama détaillé des postes d'affectation assignés aux étudiants .

Les traits les plus saillants de cette étude sont les suivants:

- le stage dit rural a été beaucoup plus souvent urbain ou suburbain que proprement rural .

En dépit des corrections amorcées, ces deux derniers quadrimestres, on peut constater que sur 274 étudiants ayant effectué le stage à ce jour, seulement 71 l'ont accompli en zone proprement rurale, soit 25,9 % des effectifs .

- les conditions d'accueil et de travail sont très variables d'un stage à l'autre et d'un poste à l'autre . Il en résulte une propension des étudiants à souhaiter les postes les mieux lotis même s'ils doivent pour y arriver recourir à des démarches plus ou moins claires auprès du M.S.F., seul responsable de l'affectation des stagiaires .

- Faute de moyens, la supervision par le Professeur du CHU chargé des stages a cessé depuis 1979 .

- L'encadrement local par les praticiens des services de santé publique est des plus aléatoires. Inexistant évidemment pour les nombreux stagiaires servant seuls dans leur poste, il est à peine symbolique pour les autres considérés par les médecins des structures d'accueil comme du personnel d'appoint et non comme des étudiants venus parfaire leur formation .

- Enfin l'indemnité de stage est payée avec des délais de plus en plus prolongés et dans des conditions qui ont parfois paru fantaisistes .

Afin d'illustrer plus concrètement les considérations que voilà, nous avons rapporté dans la troisième partie de notre thèse deux expériences de stage : la nôtre au CMSF de Dakar et celle d'un de nos camarades à la CM de Kaffrine .

Durant notre stage au CMSF nous avons plutôt assuré les tâches de médecin-adjoint du centre . Nous assurions des consultations médicales : pour adultes, enfants et prénatales en cas de grossesse compliquée . Pendant la période du 4 février au 1^{er} avril 1981 nous avons examiné 270 malades dont :

38 enfants et nourrissons
221 adultes (15 à 55 ans)
11 vieillards (plus de 55 ans)

La faiblesse des Consultations pédiatriques s'explique par la proximité du centre de protection Maternelle et Infantile et la rareté des personnes âgées par l'existence d'un Centre Social de l'IPRESS (Institut de Prévoyance maladie des Retraités du Sénégal) . Les affections rencontrées sont dominées par les infections microbiennes et parasitaires : infections de la sphère ORL, broncho-pulmonaires, paludisme, helminthiases . Suivent les affections cardiovasculaires (HTA surtout) et métaboliques (diabète, obésité), les dystonies neuro-végétatives .

Nous n'oublions pas les patients en quête de repos et qui sont capables de jouer une comédie consommée au médecin mimant tous les symptômes d'une affection donnée pour extorquer le repos souhaité .

Les principaux enseignements que nous avons tirés de ce stage sont les suivants :

- 1) l'encadrement par les aînés qui étaient l'un des buts escomptés a été inexistant . En fait, il nous a été dévolu des fonctions de médecin-adjoint semblables quant aux aspects techniques à celles du médecin-chef .

- 2) même l'initiation administrative (confection des commandes semestrielles de médicaments, engagement des dépenses courantes, rédaction de rapports périodiques) n'a guère eu lieu ; ces tâches étant directement accomplies soit par le médecin chef du centre de la Rue 13 soit même par le médecin-chef du CMSF Blanchot .

- 3) Par contre, livrée immédiatement et constamment à nous-même, nous avons pu prendre une connaissance directe de la pratique quotidienne d'un médecin d'un centre urbain réservé à une certaine catégorie sociale (fonctionnaires, assimilés et familles) .

Bien qu'il ne s'agisse là que d'un aspect partiel et un peu particulier ^{des tâches} d'un futur médecin sénégalais, l'expérience n'en a pas moins été enrichissante tant au plan de la pratique médicale proprement dite que des aspects psychologiques et sociaux de cette pratique .

X

X X

L'autre expérience de stage concerne celle d'un camarade nommé médecin-chef de la C M de Kaffrine . Kaffrine est le plus grand département arachidier du Sine-Saloum et le plus peuplé de cette région . Le stagiaire eut à participer au démarrage des soins de santé primaires dans la région . Ses tâches consistaient en consultations de malades externes et de visite des malades hospitalisés le matin et l'après-midi il s'adonnait aux tâches administratives concernant des rapports d'activité sur la situation des crédits les mouvements du personnel, la situation épidémiologique, le rendement de toutes les formations sanitaires, les activités préventives . Il eut aussi à procéder aux visites médicales d'aptitude pour la pèlerinage de la Mecque, à des expertises médico-légales . La commande de médicaments lui parut une des tâches les plus intéressantes et les plus contraignantes . Le stagiaire se dit satisfait car il a pu assumer des responsabilités donc prendre des initiatives et des décisions et se familiariser avec la lourde machine administrative , "chose que les études médicales ignorent". Enfin le stagiaire propose des solutions pour résoudre les nombreux problèmes rencontrés dans la gestion de la C M, comme la multiplication des postes de santé, la nomination de personnel pouvant assurer des soins de santé secondaires, le contrôle des pharmacies villageoises et la création d'une Pharmacie Régionale du Sine-Saloum .

X

X

X

Il apparaît à travers ces deux expériences et de diverses autres que nous n'avons pas relatées que le stage rural comporte incontestablement des enseignements utiles contribuant valablement à préparer l'étudiant à ses futures tâches . Cependant beaucoup de lacunes restent à combler, beaucoup d'imperfections à corriger pour que cette institution valable dans son principe soit réellement porteuse de tous les espoirs qu'elle avait suscités .

Les suggestions que nous avons présentées à cet égard n'ont la prétention que d'être une ~~modeste~~ contribution dans l'effort de réflexion qui anime déjà les milieux étudiants et enseignants et que nous souhaitons voir monter jusqu'aux Pouvoirs Publics . Le but ultime demeure assurément d'aider à former à la F M P de Dakar des médecins compétents et informés, artisans convaincus et animateurs valables pour l'avènement de la santé pour tous avant l'an 2000 .

X

BIBLIOGRAPHIE

1. - AUJOULAT L.P.

Santé et Développement en Afrique .
Institut International d'Administration Publique
Armand Colin 1970

2. - BA Hamat

Politique Sanitaire dans les Etats de l'Ouest Africain
Thèse, Med., Bordeaux, 1962.

3. - BAYLET R

Notes de Santé Publique
Université de Dakar - Faculté de Médecine .
Chaire de Médecine Préventive
1972, 31 cm, 100 pp, multig

4. - BELLONCLE G. et FOURNIER G

Santé et Développement en milieu Rural africain
Editions Ouvrières, Paris, 1975

5. - BOAL M.R.

Obstacles à la collaboration efficace entre les Secteurs de la Santé
et de l'Education et Voies et Moyens pour les surmonter .
Discours prononcé au Séminaire Régional sur Education et Prestations des
Soins de Santé en Afrique .
O M S, Bureau régional pour l'Afrique .
Brazzaville 8 - 12 / 12 / 80 .

6. - DAN V. , GAYE P. , DEBROISE A. , VUYLSTEKE J.

Médecine Rurale en Afrique Noire .

VIIème Journées Médicales de Dakar (11 - 16 Janvier 1971)

in Méd. Afr. Noire, numéro spécial, Juillet 1971, 59-69 .

7. - DIALLO D

La conjoncture démographique du corps médical au Sénégal depuis l'indépendance 1960 - 1980 .

Thèse Med. Dakar, 1981, 121 .

8. - DIOH H

Mise en place du projet sénégalais-hollandais de développement de santé de base dans le département de Fatick .

Thèse, Med., Dakar, 1980 , 9.

9. - DIOP B

La médecine en Afrique Noire et les grands problèmes de Santé Publique .

Med. Afr. 1972, 19, 589 - 594 .

10. - DIOP B

Coopération entre l'Université et le Gouvernement sénégalais en matière de soins de santé en zone rurale .

Med. Afr. Noire. 1977.

11. - DIOP B., WONE I., GAYE P.

Adaptation des programmes d'enseignement des Ecoles de Médecine africaines aux besoins nationaux en matière de Santé Publique .

Med. Afr. Noire . 1976 23 (3) 169 - 1973 .

12. - DIOP D

Essai d'évaluation du stage rural des étudiants en médecine de Dakar .
Thèse Med. Paris 1982 .

13. - DJUKANOVIC V., MACH E.P.

Comment répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans
les pays en voie de développement . (étude commune FISE/OMS)
O M S, Genève 1978 .

14. - Doyen de la Faculté de Médecine, Département de Médecine Préventive
et Santé Publique

Correspondance .
Archives 1975 - 1982 .

15. - HANEKAMP B

Rapport sur le projet sénégalais-hollandais de développement d'un service
de santé de base .
Fatick (Sénégal) 1979, Ronéo, 65 p.

16. - LABUSQUIERE R

Santé Rurale et Médecine Préventive en Afrique .
Librairie le François . Paris 1975 .

17. - LAPEYSONNIE L

Eléments d'hygiène et de Santé Publique sous les Tropiques .
Gauthiers Villars, Paris, 1970 .

18. - LAPEYSONNIE L

Les problèmes médico-sanitaires en zone rurale dans les pays en voie de développement .

Afrique contemporaine, 56, Sept. 1970 .

19. - LIVRET

De la Faculté de Médecine et de Pharmacie
Université de Dakar 1975 .

20. - LOUM M

Contribution à la promotion sanitaire en milieu rural sénégalais :
l'exemple du poste missionnaire de santé de Guinguinéo .

Thèse Méd. Dakar 1977, 20 .

21. - Ministère de la Santé Publique du Sénégal et Doyen de la Faculté de Médecine de Dakar

Correspondance .
Archives de 1973 - 1981 .

22. - Ministère de la Santé Publique du Sénégal

Statistiques Sanitaires et démographiques du Sénégal 1978 .

23. - Ministère de la Santé Publique

Participation des populations à l'effort de santé publique . Principes et directives méthodologiques Dakar Juillet 1980 .

24. - NDIAYE A

Contribution à la recherche des voies et moyens pour la promotion des Soins de Santé Primaires au SENEGAL (à partir des expériences du département de Nioro du Rip et du Centre de Santé de Guinguinéo) .

Thèse Méd. Dakar 1981, 120 .

25. - NDIAYE K

Situation sanitaire du département de Kaffrine (SENEGAL)
Thèse, Méd, Dakar, 1982, 38

26. - O M S

Bureau Régional pour l'Afrique .
Evaluation des programmes d'Evaluation Sanitaire . Rapport sur un séminaire
9 - 17 / 06 / 1971 BRAZZAVILLE.

27. - O M S

Bureau Régional pour l'Afrique .
Enseignement et Prestation des Soins de Santé en Afrique .
Rapport du Séminaire régional
8 - 12 Décembre 1980 BRAZZAVILLE .

28. - O M S

Le développement des Services de Santé de base dans la région africaine .
Doc. O M S ARR/ RC / 10 - 8 .

29. - O M S

Santé, le temps de la justice, les soins de santé piimaires .
O M S, Genève, Juin 1978 .

30. - O M S

Enseignement et formation professionnelle du personnel de santé
Chronique O M S, Vol 24 n° 10 Octobre 1970 .

31. -- PAYET M, PENE P, SANKALE M, BAYLET R, MICHEL R, GROS J,
BERNOU J.C., DIOP B.

Santé Publique dans la région des Niayes (Sénégal) .
Sem. des Hop. de Paris, 1957, 43 (39).

32. - PAYET M et SANKALE M.

Epidémiologie et prophylaxie des Endémies dominantes en Afrique
Noire .
Masson et Cie. Paris 1968.

33. - PENE P et SANKALE M

Médecine Sociale au Sénégal
Dossiers africains (Supplément Afrique Documents)
Cahier 1 Mars 1960

34. - QUENUM C.A.A.

Santé et Développement en Afrique .
Allocution prononcée au séminaire régional sur l'éducation
Prestation des Soins de Santé en Afrique 8 - 12 Décembre 1980.

35. -- QUENUM C.A.A.

Santé pour tous d'ici à l'an 2000 .
Nouveau rôle des écoles et département de Santé Publique.
Allocution prononcée à la 9ème réunion des directeurs régionaux
de médecine africaines . Cotonou 2 - 11/03/81 .

36. - Rapport Annuel sur le Centre Médico Social des Fonctionnaires 1981

Archives .

37 . - Rapport Annuel sur le Centre Médico Social des Fonctionnaire 1970

Archives .

38. - Région Médicale du Sine Saloum

Rapport annuel 1980

39. - ROBINEAU L.

Approche Cartographique de l'environnement médico-sanitaire au Sénégal.
Cahiers d'études du milieu et d'Aménagement du territoire .
n° hors série, Juin 1978, 40 p. ENDA - Dakar .

40. - SANKALE M

Médecins et action: sanitaire: en Afrique Noire
Présence Africaine Paris 1969 . 1 vol. 434 P.

41. - SANKALE M, LAUTURE H. de

La formation médicale dans les pays en voie de développement . London
School of Hyg.
Trop. Med. 1974, 27 - 36 .

42. - SANKALE M, LAUTURE H. de, DIENG F, BOREL G, WONE I.

Des exemples d'une médecine rurale efficace : les postes de santé privés
catholiques du Sénégal .
Med. Afr. Noire . 1976, 23, 553 - 564 .

43.-SANKALE M, WONE I.

Les grands problèmes de Santé Publique en Afrique Noire .
Gazette Med. France 1967, 3, 1973 .

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>PREMIERE PARTIE : LE CADRE DE L'ACTION SANITAIRE</u>	5
<u>SITUATION SANITAIRE DU SENEGAL</u>	6
1. Facteurs géographiques	6
2. Facteurs démographiques	6
3. Facteurs diététiques	7
4. Facteurs économiques	8
5. Facteurs morbides	9
6. Infrastructures sanitaires	10
7. Le personnel	11
8. Le budget de la Santé	12
9. Conclusion	14
<u>POLITIQUE SANITAIRE DE L'ETAT SENEGALAIS</u>	15
1. Division administrative du Sénégal	15
2. Organisation générale des services de santé	16
3. Politique sanitaire du Sénégal	17
<u>DEUXIEME PARTIE : LE STAGE "RURAL"</u>	25
<u>HISTORIQUE DU STAGE "RURAL"</u>	26
1. Les origines du stage extrahospitalier	27
2. La première expérience de stage "rural" libre	28
3. Le projet d'organisation définitif du stage rural	30

	<u>Pages</u>
<u>ORGANISATION PRATIQUE DU STAGE RURAL</u>	34
1. Le cas type du premier groupe 1/8/78 - 30/11/78	35
2. Etude détaillée des postes d'affectation	37
3. Synthèse et évaluation;	42
 <u>TROISIEME PARTIE : NOTRE PROPRE EXPERIENCE DU STAGE "RURAL"</u>	 46
 <u>LE CENTRE MEDICO-SOCIAL DES FONCTIONNAIRES</u>	 48
1. Historique	48
2. Buts du CMSF	49
3. Organisation actuelle du CMSF	50
4. Fonctionnement du CMSF	52
5. Modalités administratives	53
6. Notre stage au CMSF	59
 <u>L'EXPERIENCE DE K.N. A LA C M DE KAFFRINE</u>	 66
1. Situation sanitaire du département de Kaffrine	66
2. Organisation sanitaire du département de Kaffrine	67
3. L'expérience du stagiaire Août-Novembre 1980	68
 <u>CONCLUSION</u>	 72
 <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	 I à VI

TABLEAUX ET CARTES

	<u>Pages</u>
<u>Tableau n° 1</u> Infrastructures sanitaires par région 1978	9
<u>Tableau n° 2</u> Répartition du personnel médical et para-médical par région en 1978	11
<u>Tableau n° 3</u> Budget général, budget de la santé Répartition et évolution de 1971 - 1979	13
<u>Tableau N° 4</u> Organigramme du Ministère de la Santé Publique	17
<u>Tableau n° 5</u> Organisation des infrastructures sanitaires au Sénégal	22
<u>Tableau n° 6</u> Répartition régionale des stagiaires 1978-1980	38
<u>Tableau n° 7</u> Répartition des stagiaires entre les zones urbaines et rurales	40
<u>Tableau n° 8</u> Fourniture de médicaments et matériel au titre du premier semestre 1981-82 au CMSF Médina	55
<u>Carte</u> Sénégal : carte administrative	

SERMENT D'HIPPOCRATE

" En présence des Maîtres de cette école, et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine .

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail .

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime . Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères " .

"Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque " .

A N N E X E I I

V U
LE PRESIDENT DU JURY

V U
LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE
DE DAKAR