

MINISTERE DE L'EDUCATION

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
BAMAKO

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2003-2004

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

N° 21 /

« EVOLUTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS
DERMATOLOGIQUES DANS LES CSCOMs DE LA
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO ET DE
KANGABA DE JANVIER 2001 à DECEMBRE 2002 »

THESE

Présentée et soutenue publiquement le _____ Décembre 2003

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
D'odontostomatologie

Par : Mr. Mamadou TRAORE

Pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie
(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr Amadou DIALLO

Membres : Dr Samba Ousmane SOW

Dr Ibrahima COULIBALY

Directeur de thèse : Pr. Flabou BOUGOUDOGO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2002 - 2003

ADMINISTRATION

DOYEN : MOUSSA TRAORE - PROFESSEUR
1^{ER} ASSESSEUR : MASSA SANOGO - MAITRE DE CONFERENCES
2^{EME} ASSESSEUR : GANGALY DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ
SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ
AGENT COMPTABLE : MADAME FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco-obstétrique

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THERA

Hématologie
Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY
Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou M. KEITA
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO

Médecine Interne
Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de DER**
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Hématologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE
Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Somita KEITA
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE

Pédiatrie
Pneumo-Phtisiologie
Cardiologie
Dermato-Leprologie
Gastro-entérologie
Médecine Interne
Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mme Tatiana KEITA
Mr Diankiné KAYENTAO †
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Adama D. KEITA
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mme Habibatou DIAWARA

Médecine Interne
Radiologie
Pédiatrie
Pneumo-Phtisiologie
Pédiatrie
Radiologie
Endocrinologie
Dermatologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Mahamadou B. CISSE
Mr Arouna TOGORA

Psychiatrie
Gastro-entérologie
Néphrologie
Psychiatrie
Cardiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Psychiatrie

5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO

Neurologie

5. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mr Adama SANGARE
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA

Stomatologie
Orthopédie. Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
Orthopédie Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Orthopédie - Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
ORL
ORL
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T. TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO

Chimie Générale & Minérale
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie - Mycologie Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Amadou TOURE
Mr. Flabou Bougoudogo

Chimie Organique
Immunologie
Histoembryologie
Bactériologie-Virologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdourahmane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE
Mr. Massa SANOGO

Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie
Chimie Analytique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Abdourahmane S. MAIGA
Mr Ibrahim I. MAIGA
Mr Benoît KOUMARE
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Amagana DOLO
Mr Kaourou DOUCOURE

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Biochimie
Bactériologie - Virologie
Chimie Analytique
Biophysique
Parasitologie
Biologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA †

Mr Ousmane DOUMBIA

Matière Médicale

Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA

Mr Elimane MARIKO

Législation

Pharmacologie, Chef de D.E.R.

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO

Mr Alou KEITA

Mr Ababacar I. MAIGA

Mr Yaya KANE

Matières Médicales

Galénique

Toxicologie

Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique, Chef de D.E.R.

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE

Mr Adama DIAWARA

Mr Hamadoun SANGHO

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

Santé Publique

Santé Publique

Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Arouna COULIBALY	Mathématiques
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie Médicale
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

DEDICACES

Je Dédie ce travail :

- Au Dieu le très Miséricordieux-le tout Miséricordieux. En toi je remets toute mon existence. Tu étais là au début de ce travail. Tu as guidé mon pas selon ta volonté. Tu es là à la fin de ce travail. Tu seras toujours avec moi et les autres qui te louent. Acceptez, mon Dieu, ce modeste et humble fruit de ta grande bonté et de ton amour.
- A notre Père Modibo TRAORE. Je vous dédie ce travail, faible témoignage de ma tendresse et de ma profonde reconnaissance.
- A notre Mère Mariam DIARRA et à toutes mes mères. Vous avez toujours été la lanterne qui a éclairé mon chemin. Puisse ce travail vous honorer et vous témoigner de mon admiration profonde et de mon affection familiale.
- A mon regretté grand-père Feu Abdoulaye DIARRA. Tu as été un grand-père très adorable, dévoué, tu t'es sacrifié pour mon éducation. Mon souhait le plus ardent était que tu sois parmi nous, mais "Dieu" le tout puissant en a décidé autrement en t'arrachant à notre affection le 20 Mai 1991. Dors en paix grand-père.
- A mes grand-mères. Soyez assurés que mon silence n'est ni mécontentement, ni indifférence, bien au contraire vos gestes me réconfortent d'autant plus que je ne suis ni dissimulé, ni changeant, ni ingrat. Les mots me manquent pour exprimer ce que vous représentez et continuez à représenter pour moi. Trouvez ici une fois de plus l'expression de mon amour filial. Puisse le tout puissant, vous prêter longue vie pour goûter le fruit de ce travail.
- A tous les oncles et tantes. En témoignage de mon profond amour.
- A mes cousines et cousins. Toute ma sympathie
- A tous les sœurs et frères. Pour exprimer toute mon affection fraternelle et fidèle attachement, courage et persévérance pour demeurer unis afin de porter haut le flambeau de la famille et faire honneur à nos parents. Que "Dieu" le tout puissant préserve d'avantage nos liens fraternels.
- A mes Amis C'est l'occasion pour moi de vous réaffirmer toute mon affection en témoignage du temps passé dans la cordialité

- A toute la promotion 1997-2001 de la FMPOS. Ayant terminé leurs études, je leur souhaite un bon parcours professionnel.
- A tous les Professeurs de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie.

Pour l'enseignement et la formation qu'ils nous ont donnés

REMERCIEMENT

Aux personnels de l'Unité Biologie : Monsieur le Major Moumine Cissé, Mory Koné, Lassine Koné, Yacouba Koumaré, Ousmane Diakité, Mme Konaté Naminata Bakayoko, Hamadou Ouologuem, Sœur Marie Claire Coulibaly, Fatoumatan, Tahirou Traoré, Seyba Traoré et Kantara Fofana pour leur sincère collaboration et profonde sympathie soyez assurez de ma profonde gratitude.

A tout le personnel du Centre Abdoulaye Diarra pour leur soutien moral et financier, toute ma reconnaissance.

A mes collègues Martin, Moïse, Sory Traoré.

Aux personnels des CSCOM de la commune VI de Bamako et Kangaba.

Au Docteur Timbély Oumar et à tout le personnel de la pharmacie officine Etoile.

A Monsieur Yaya Zan KONARE et à tout le personnel de la FENASCOM .

Enfin à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de cette étude

AUX MEMBRES DU JURY

Au Président du jury Professeur Amadou DIALLO

Professeur titulaire de Biologie à la FMPOS

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. L'étendue de votre connaissance, votre rigueur scientifique, la clarté de votre enseignement, mais aussi votre constante disponibilité et votre immense bonté de cœur vous valent l'estime et le respect de ceux qui vous connaissent.

Puisse ce travail nous permettre de vous exprimer notre grande sympathie et notre profonde reconnaissance.

Au Docteur Samba Ousmane SOW

- Epidémiologiste
- Coordinateur du projet CVD
- Chef de l'Unité de Léprologie du CNAM

C'est un privilège pour nous que vous siégez dans ce jury malgré vos multiples occupations. Nous vous prions d'accepter l'expression de notre profonde reconnaissance.

Au Docteur Ibrahima COULIBALY

- Pharmacien Biologiste
- Chef de l'Unité Biologie du CNAM
- Codirecteur de Thèse

Nous avons l'occasion de vous apprécier au cours de cette étude. Votre simplicité, la clarté de votre enseignement, votre amabilité habituelle forcent notre admiration. Nous vous assurons de notre sincère reconnaissance et de notre profonde gratitude.

A Notre Maître et Directeur de thèse Pr Flabou BOUGOUDOGO

- Professeur de Bactériologie-Virologie à la FMPOS
- Chef du service de Bactériologie à l'INRSP
- Directeur de l'INRSP
- Directeur de thèse

Cher maître c'est un grand honneur et un privilège pour nous de travailler sous votre direction, sur le sujet que vous nous aviez confié.

Nous nous réjouissons beaucoup de votre spontanéité, votre disponibilité, votre ouverture et surtout votre rigueur scientifique qui font de vous une référence inoubliable.

Permettez nous de vous en remercier, de vous témoigner notre profonde gratitude et de ne jamais décevoir votre confiance.

LISTES DES ABREVIATIONS

ASACO :	Association de Santé Communautaire
CNAM :	Centre National D'Appui à la Lutte Contre la Maladie
CS :	Centre de Santé
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire
DCI :	Dénomination Commune Internationale
DNS :	Direction Nationale de la Santé
DPM :	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRC :	Dépôt Répartiteurs de Cercle
DV :	Dépôt de Vente
FENASCOM :	Fédération Nationale des Association de Santé Communautaire
FGR :	Fédération des Groupements Ruraux
FID :	Fondation Internationale de Dermatologie
IB :	Initiative de Bamako
M D P :	Maladie de peau
MED :	Médicaments Essentiels Dermatologiques
MEG :	Médicament Essentiel Générique
MSSPA :	Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées
PDS :	Projet de Développement Sanitaire
PMA :	Paquet Minimum D'Activité
PPM :	Pharmacie Populaire du Mali
PPN :	Politique Pharmaceutique Nationale
OMP :	Office Malien de Pharmacie
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
SARL :	Société à Responsabilité Limitée
SDAD :	Schéma Directeur D'Approvisionnement et de Distribution
UMPP :	Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 :Fiche d'évaluation et de suivi des points de vente ou de distribution des médicaments.....	67
Annexe 2 :Fiche récapitulative hebdomadaire.....	68
Annexe 3 : Bon de commande.....	69
Annexe 4 : Fiche de pointage journalier.....	70
Annexe 5 : Bordereau de livraison.....	71
Annexe 6 : Modèle Livre de caisse.....	72

Sommaire	Pages
Introduction.....	1
1-objectif général.....	1
2-objectifs spécifiques.....	1
Chapitre I	
I- Généralités.....	2
1- Présentation du projet FID.....	2
1-1 Justification du projet FID.....	2
1-2 Implication du projet FID.....	2
1-3 Principes généraux du projet FID.....	3
1-4 Objectifs du projet.....	3
1-4-1 objectif général.....	3
1-4-2 objectifs spécifiques.....	3
2- Rappels sur les CSCOM.....	3
2-1 Création.....	3
2-2 Organes de gestion des CSCOM.....	4
2-2-1 Assemblée Générale.....	5
2-2-2 Conseil d'administration.....	5
2-2-3 Comité de gestion.....	5
2-3 Gestion des CSCOM.....	5
2-3-1 Grands principes de gestion.....	6
2-3-2 Conseils.....	6
3- Secteur pharmaceutique.....	7
3-1 Evolution.....	7
3-2 Historique et concept des médicaments essentiels.....	10
3-3 Politique pharmaceutique.....	12
3-4 SDAD	13
3-5 Prescription et dispensation des médicaments.....	15
4- Gestion du dépôt pharmaceutique.....	15
4-1 Supports de gestion.....	16
4-2 Gestion du stock.....	16
4-3 Passation des commandes.....	17
4-4 Réception de la commande.....	17
4-5 Gestion financière.....	18
5- Quelques définitions pratiques et concepts.....	19
5-1 Médicaments.....	19
5-2 Notion de posologie.....	19
5-3 Maladies de peau courantes au Mali.....	19
5-3-1 Teigne.....	19
5-3-2 Pyodermite.....	19

5-3-3 Gale	19
6- Aperçu sur les médicaments essentiels dermatologiques retenus.....	20
6-1 Amoxicilline.....	20
6-2 Erythromycine.....	20
6-3 Miconazole pommade.....	20
6-4 Benzyl de benzoate.....	20
6-5 Ascabiol.....	20
6-6 MnO4K.....	21
6-7 Polyvidone iodée solution.....	21
6-8 Griséofulvine 500 mg.....	21
6-9 Tétracycline pommade 3%.....	21
6-10 Vaseline blanche.....	22
Chapitre II	
I- Méthodes et Matériels.....	23
1- Lieu d'étude.....	23
1-1 Zone de Bamako.....	23
1-2 Zone de Kangaba.....	29
2- Période d'étude.....	31
3- Type d'étude.....	31
4- Collecte des données.....	31
5- Saisie et analyse des données.....	31
II- Résultat.....	32
III- Commentaires et discussions	57
IV- Conclusion.....	62
V- Recommandations.....	64
Chapitre III	
1- Références bibliographiques.....	65
2- Annexes.....	67

Introduction

De l'indépendance à nos jours, le Mali a connu d'énormes problèmes de santé publique. Parmi ces problèmes on peut citer celui des maladies de peau qui deviennent de plus en plus préoccupant. (2,3)

En effet les autorités sanitaires du Mali soucieuses d'améliorer la prise en charge des maladies de peau les plus courantes de la population, avec l'appui de la Fondation Internationale de Dermatologie (ONG ayant pour but de promouvoir l'accès des populations aux soins dermatologiques de base), ont mis en œuvre un projet pilote de formation en dermatologie.

Le projet a formé les prescripteurs de premier contact du système de soins publique et communautaire de la zone cible (médecins, sages-femmes, infirmiers diplômés, infirmiers du 1^{er} cycle) soit au total (500 agents pour 150 centres).

La commune VI du district de Bamako et le cercle de Kangaba ont été les cibles tirés au sort.

Les agents de santé ont bénéficiés une journée formation (clinique et théorique) avec remise d'un livret iconographique au CNAM (ex institut marchoux).

Dans ce projet, un volet est consacré à la disponibilité des médicaments essentiels dermatologiques dans les structures sanitaires plus précisément dans les CSCOM de la commune VI du district de Bamako et ceux de Kangaba.

Les objectifs de notre travail sont :

1- objectif général :

Etudier l'évolution des médicaments essentiels dermatologiques dans les CSCOM de la commune VI du district de Bamako et de Kangaba.

2- objectifs spécifiques :

- évaluer l'évolution de la disponibilité des médicaments essentiels dermatologiques dans les CSCOM de la commune VI du district de Bamako et de Kangaba après la formation ;
- évaluer l'évolution des consommations des médicaments essentiels dermatologiques dans les CSCOM de la commune VI du district de Bamako et de Kangaba après la formation ;
- évaluer la mise en place et la tenue des outils de gestion des médicaments au niveau des CSCOM de la commune VI du district de Bamako et de Kangaba ;
- évaluer l'évolution du prix des médicaments essentiels dermatologiques dans les CSCOM de la commune VI du district de Bamako et de Kangaba.

CHAPITRE I

I-Généralités

1-Présentation du projet FID : (1,2)

1-1 Justification du Projet : (1,2)

Il est raisonnable de proposer des actions organisées de type « santé publique » au problème des maladies de la peau (MDP), dans la mesure où il existe une demande manifeste de la population pour une prise en charge des MDP les plus fréquentes et les plus sévères, objectivée notamment par plusieurs études menées au Mali (3, 4,5). La réponse apportée actuellement à ce problème par les structures de santé semble inadéquate, ce qui est à l'origine d'un surcoût, humain et économique, pour les populations. De plus, la faible efficacité de nombreuses structures de santé est un problème général, qui concerne notamment le problème des MDP : il est vraisemblable qu'une amélioration de la prise en charge des MDP participerait à l'amélioration de la qualité du système de soins.

Enfin, l'évolution des programmes de lutte contre la lèpre se fait vers une dévolution de certaines tâches (dépistage et reconnaissance précoce des cas de lèpre) à des agents de santé non spécialisés, ceci pose également la question de formation de ces agents à une dermatologie de base.

Ainsi, le programme de lutte contre les maladies de la peau trouve sa justification à plusieurs niveaux ;

- amélioration de la satisfaction des populations qui expriment une demande importante pour une prise en charge efficace de certaines maladies de la peau ;
- baisse du coût de ces affections pour les ménages ;
- amélioration du diagnostic précoce des cas de lèpre mais aussi participation à une amélioration de l'efficacité du système de santé de base.

1-2 Implication de la FID (1)

La Fondation Internationale de Dermatologie (FID) a décidé de financer le projet tel qu'il lui a été présenté au cours de l'atelier d'octobre 2000 au prix de quelques modifications techniques mineures.

L'objectif d'évaluation apparaît particulièrement important pour cet organisme dans la mesure où il pourrait permettre la validation d'un programme de lutte contre les maladies de la peau applicable dans d'autres régions confrontées à la même problématique.

1-3 Principes généraux du projet : (1)

Une stratégie globale de santé publique a été élaborée pour appréhender les maladies de la peau les plus fréquentes. Les grands principes sont :

- la désignation des maladies de la peau « prioritaires ». Il s'agit des affections les plus fréquentes et les plus sévères pour lesquelles la demande exprimée apparaît plus forte ;
- la nécessité de prendre en compte tous les niveaux de la pyramide sanitaire (formation des agents de santé, le réseau de distribution des médicaments, prévention auprès de la population) ;
- un désir d'obtenir un résultat satisfaisant en se mettant autant que faire se peut dans les conditions susceptibles d'être reproduites facilement en dehors de tout protocole de recherche ; ceci a conduit à proposer un programme simple, court peu coûteux avec économie de moyens ;
- une obligation de prendre en compte le contexte sanitaire général et le système de soins du pays où un tel programme sera mis en œuvre .

1.4 Objectifs du Projet (1)

1-4-1 Objectif général

Améliorer la santé cutanée des populations du district de Bamako et de Kangaba en promouvant l'accès à des soins dermatologiques primaires.

1-4.2 Objectifs spécifiques

- former les agents prescripteurs des structures de santé de premier contact à une prise en charge rationnelle des maladies de la peau prioritaires ;
- obtenir que les médicaments essentiels dermatologiques soient disponibles en quantité suffisante au niveau des points de distribution les plus périphériques ;
- promouvoir auprès des populations des messages d'hygiène préventifs des maladies de la peau prioritaires.

2-Rappel sur les CSCOM (7,12)

2-1 Création (12)

Les expériences pionnières de création des CSCOM ont été développées par le projet de développement sanitaire (PDS) dans le district de Bamako, dans un contexte où un changement important se dessinait au ministère de la santé sur les rôles respectifs de l'état et des communautés pour l'extension et l'amélioration de la couverture sanitaire. Ce changement s'est développé sous les contraintes de l'ajustement structurel.

Suivant l'arrêté interministériel N 945092 MSSPA-MATS-M4, il sera fixé les conditions de création des CSCOM et les

modalités de gestion des services socio- sanitaires de cercle, de commune, et d'arrondissement.

Le CSCOM est une formation sanitaire de premier niveau créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein de l'association de santé Communautaire (ASACO) pour prendre de façon efficace et efficiente ses problèmes de santé.

Il est composé : d'un dispensaire, d'une maternité et d'un dépôt de médicaments essentiels en DCI.

Il fonctionne selon les principes d'une gestion autonome à partir des ressources disponibles et mobilisables suivant les directives et sous le contrôle des organes de gestion mis en place par cette population.

Le CSCOM a pour mission de fournir le paquet minimum d'activités (PMA) notamment :

- Gérer la mise en œuvre des actions socio- sanitaires au sein de la population ;
- Dispenser des prestations curatives tels que : les soins courants aux malades, le dépistage, le traitement des endémies et les explorations para cliniques courantes ;
- Assurer la disponibilité des médicaments essentiels génériques ;
- Développer les activités de soins préventifs (santé maternelle et infantile, planning familial, vaccination, éducation pour la santé) ;
- Initier et développer les activités promotionnelles de l'hygiène, de l'assainissement.....
- Promouvoir la participation communautaire dans la gestion et la prise en charge des problèmes de santé de l'individu, de la famille et de la collectivité.

Actuellement plus de 400 CSCOM sont gérés par des ASACO et offrent le PMA à près de 50% de la population dans un rayon de 15 km.

2-2 Organes de gestion des CSCOM (7)

L'ASACO (Association de Santé Communautaire) est comme toute association ou regroupement volontaire de personnes mettant en commun leurs efforts et leurs moyens financiers pour parvenir à un même but à savoir : l'amélioration de l'offre de soins dans leur aire de santé.

Elle doit rédiger ses statuts et son règlement intérieur. Dans ces deux documents est consigné l'ensemble des règles de fonctionnement de l'association.

Ensuite l'ASACO devra obtenir de l'administration son récépissé de déclaration, seul document officiel prouvant l'existence de l'association.

Enfin l'ASACO doit effectuer une demande d'agrément pour que son centre devienne un CSCOM.

Ses organes de gestion sont :

2-2-1 Assemblée générale : AG

Elle 'est l' organe suprême de l'ASACO ;outre les responsables élus de l'ASACO et le personnel du centre, elle se compose des adhérents à l' ASACO.

Elle est convoquée en session ordinaire au moins une fois par an mais peut également être tenue en session extraordinaire autant de fois que nécessaire sur simple convocation du président ou d' une partie de ses membres selon les statuts. Son rôle est de définir la politique générale de l' association et de décider des grandes orientations qui seront ensuite appliquées par les organes de gestion. Ses décisions sont souveraines. Elle est responsable des éventuelles mauvaises options prises en matière de gestion qui mettraient en danger la viabilité du centre.

L' assemblée Générale valide les comptes et le rapport d'activités de l' année écoulée, vote le budget et le programme d' activités de l' année à venir.

Elle élit le conseil d'administration.

2-2-2 Le Conseil d'Administration

Il est composé des membres élus en Assemblée Générale par l' ensemble des adhérents à l' **ASACO**.

Les membres du Conseil d' Administration reçoivent un mandat d' une durée définie dans les statuts de l' ASACO.

Le Conseil d'Administration prépare l'ordre du jour de l'assemblée générale. Le Conseil d'administration élit le comité de gestion.

2-2-3 Comité de Gestion : C.G

Il s' agit d' un comité réduit composé des membres élus par le Conseil d' Administration. On l'appelle aussi « Bureau Exécutif ». Le Conseil d'Administration délègue au Comité de Gestion une partie de ses prérogatives et notamment en ce qui concerne le suivi de la gestion du centre.

Il contrôle et valide la comptabilité et la gestion du centre et établit en outre les comptes de synthèse en fin d' année.

2-3 Gestion des CSCOM (7)

Actuellement plus de 400 CSCOM sont gérés par des ASACO et offrent le PMA à près de 50% de la population dans un rayon de 15 Km.

Une bonne gestion des CSCOM s'appuie nécessairement sur une bonne organisation. Ainsi, nous définirons les grands principes et les conseils d'une bonne gestion des CSCOM.

2-3-1 Grands principes de gestion

a-La transparence : c'est-à-dire ne rien cacher ne rien omettre, et ne rien transformer.

b-La maintenance du capital :

Ce capital se compose de tout ce que possède le centre c'est à dire : stock de médicaments, des disponibilités (argent disponible en caisse et ou / en banque) des immobilisations et matériels.

Le stock de médicaments et les disponibilités sont les clefs de la survie du centre.

Si le capital diminue cela veut dire que le renouvellement en totalité du stock de médicaments est impossible donc la recette diminue, ce qui se traduit par une baisse du capital.

A long terme le centre entre dans un cercle vicieux qui aboutira à un centre sans médicament et sans argent, qui ne pourra donc plus payer les salaires et qui sera condamné à fermer.

c- Principe de la Séparation des circuits Financiers

Ce principe consiste à séparer les recettes provenant de la tarification des actes, des recettes provenant de la vente des médicaments au sein de la même caisse. Ces deux types de recettes doivent faire l'objet d'un enregistrement séparé. De la même façon l'utilisation de ces recettes sera différente. On utilise les recettes de la vente des médicaments uniquement pour les dépenses du dépôt : achat de médicaments (renouvellement du stock) salaire du gérant, dépenses de fonctionnement du dépôt. De même les recettes de la tarification couvrent les dépenses du dispensaire et de la maternité.

2-3-2 Conseils

Pour une bonne gestion il faut :

a- La Rigueur: la gestion du centre de santé ne présente pas de difficulté particulière si ce n'est celle d'effectuer le travail avec rigueur et sans prendre de retard.

La volonté d'une gestion saine demandera au comptable, au gérant et au chef de centre des efforts supplémentaires dans un premier temps, mais une fois les automatismes acquis ce travail quotidien se fera sans grande difficulté.

b- La Centralisation des documents

Pour des mesures pratiques mais aussi pour le respect du principe de transparence les supports de gestion ainsi que l'ensemble des pièces comptables doivent être centralisés et conservés au centre.

Ils doivent être disponibles et pouvoir être consultés à tout moment par les personnes autorisées.

c-Unicité de la caisse

Il s'agit d'un principe de base de la comptabilité. Il ne doit y avoir qu'une seule caisse dans le centre.

La multiplicité des caisses entraînerait la multiplicité des supports de gestion (donc une surcharge de travail)

L'unité de la caisse n'est pas en contradiction avec le principe de séparation des circuits. Il suffit de différencier clairement la provenance des fonds sur les supports de gestion (Livre journal de vente des médicaments ; cahier des recettes).

d- Le contrôle interne

Tout travail doit faire l'objet d'un contrôle et cela par une tierce personne car il est souvent difficile de retrouver ses propres erreurs.

e- Le contrôle externe

Un contrôle externe est parfois nécessaire quand l'ASACO se trouve devant des difficultés qu'elle ne parvient pas à résoudre, quand elle veut valider les comptes de l'année ou tout simplement parce qu'un observateur extérieur ne portera pas le même regard sur la situation du centre.

Les contrôles internes et externes sont complémentaires.

Le contrôle externe peut être réalisé par :

- La Direction régionale de la santé publique ;
- les services sanitaires de cercle ;
- les organes indépendants comme l'unité d'appui du GIE santé pour tous ;
- un cabinet d'expertise comptable.

3- Secteur pharmaceutique national (8,10)

3-1 Evolution : (8)

L'évolution du secteur pharmaceutique est caractérisée par quatre principales périodes.

* Entre 1960-1983 l'état a assuré la plupart des fonctions du secteur pharmaceutique à savoir :

- l'importation et la vente publique à travers la pharmacie populaire du Mali ;
- l'importation et la distribution aux établissements sanitaires publics à travers la pharmacie d'approvisionnement (pharmappro) et deux officines privées ;
- la création de l'office Malien de pharmacie (OMP) regroupant les fonctions administratives de distribution, de production et de recherche.

* De 1983-1989 les caractéristiques de cette période peuvent se résumer à :

- la suppression de la pharmacie d'approvisionnement (pharmappro) ;
- la création de l'usine malienne de produits pharmaceutiques (UMPP) ;
- le monopole de la PPM sur l'importation et la distribution des médicaments ;

- l'expérience d'importation des médicaments essentiels en DCI dans le cadre du premier projet de développement sanitaire pour favoriser le recouvrement des coûts du médicament essentiel et la validité des systèmes testés.
- le développement de véritables laboratoires d'expérimentation de la distribution des médicaments : (Fédération des groupements ruraux), zones d'expansion et d'alphabétisation rurales des régions CMDT, magasins de santé dans les régions de Tombouctou de Gao et Mopti ;
- la privatisation des professions sanitaires qui s'est traduite par un développement du secteur pharmaceutique privé.
- L'élaboration et la mise en œuvre de la réforme pharmaceutique.
- La Suppression de l'OMP.

* De 1989 à Janvier 1994, les caractéristiques fondamentales de cette période restent :

- La mise en pratique des concepts de l'initiative de Bamako dans les domaines de la distribution des médicaments et du recouvrement des coûts ;
- la levée du monopole de la pharmacie populaire qui s'est traduite par l'apparition sur le marché du médicament de grossistes privés ;
- le projet santé publique et hydraulique rurale qui contribue entre autre à l'accélération de la création de dépôt communautaire au niveau des établissements sanitaires ;
- la mise en place de nouvelles expériences de distribution de médicaments à Ségou, Sikasso et à Koulikoro ...etc ;
- la signature d'un contrat plan entre l'état et la pharmacie populaire du Mali, faisant d'elle l'outil privilégié en matière d'approvisionnement en médicaments essentiels ;
- la réorientation des différentes expériences de distribution de médicaments des régions nord (GAO, TOMBOUCTOU) ;
- la suppression de l'inspection de la santé.

* Du 12 janvier 1994 à nos jours, le département de la santé a entrepris des mesures importantes pour anticiper les effets de la dévaluation .Ces mesures sont :

- Le gel des prix à la consommation du 13 au 31 janvier 1994, suite à des négociations entre les différents intervenants dans le secteur du médicament ;
- La limitation de la hausse des prix du médicament à travers une fixation consensuelle de nouvelles marges

qui a vu : le gouvernement ramener la pression fiscale sur les médicaments de 22% à 6%, les grossistes ramener leur marge de 20% à 14% et les pharmaciens d'officines de 25% à 20%. Ces différentes mesures ont permis de limiter la hausse à 55% ;

- La relance de la politique des médicaments essentiels génériques tant au niveau national avec la redéfinition d'une nouvelle politique qu'au niveau sous-régional marquée par la déclaration d'Abidjan (Mars 1994) et le communiqué final de Bruxelles (Avril 1995) ;
- La mise en place d'un système de distribution appelé schéma directeur d'approvisionnement et de distribution (SDAD) ;
- La mobilisation par le MSPAS de ses partenaires au développement pour une aide ayant permis l'acquisition de MEG, de qualité et à des prix très compétitifs par appel d'offres international ;
- L'accord entre les distributeurs privés et le MSPAS sur la mise en place de marges maximales sur les médicaments et la distribution des médicaments essentiels ;
- La fixation par le MSPAS de marges maximales dans les formations publiques et communautaires ;
- L'élaboration du code de santé publique.

3-2 Historique et concept des médicaments essentiels : (10)

C'est pour faire face aux principaux problèmes d'ordre pharmaceutique qui se posent à tous les pays et en particulier à ceux en voie de développement, que le Directeur Général de l'OMS, en faisant allusion à l'expérience déjà acquise par certains pays sur la mise en place de médicaments fondamentaux essentiels, a soumis en 1975 un rapport à l'assemblée générale de l'OMS qui fut adopté. Ce rapport portait sur la sélection et l'approvisionnement en médicaments essentiels.

Dans la même année la première liste de médicaments essentiels de l'OMS est publiée. L'industrie pharmaceutique réagit aussitôt défavorablement mais fut contrainte de l'accepter peu de temps après.

En 1978, une résolution de l'OMS donna pour mandat au Directeur Général la préparation d'un programme d'action des médicaments essentiels et l'élaboration d'un code pharmaceutique.

Par décision de l'assemblée générale mondiale de la santé et du conseil d'administration du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNESCO) et sur l'invitation du gouvernement de l'Union des Républiques Socialistes Soviétiques, une conférence internationale sur les soins de santé primaires a été convoquée du 6 au 12 septembre 1978

à Alma-Ata capitale de la république socialiste soviétique du Kazakhstan. Les objectifs de la conférence étaient :

- ❖ Promouvoir la notion des soins de santé primaires dans tous les pays,
- ❖ Echanger des données d'expérience et des informations relatives au développement des soins primaires dans le cadre du système et services sanitaires nationaux complets,
- ❖ Evaluer la situation mondiale actuelle dans le domaine de la santé et des soins de santé dans la mesure où elle se rapporte aux soins de santé primaires,
- ❖ Définir les principes qui doivent régir les soins de santé primaires ainsi que les moyens opérationnels à mettre en œuvre pour résoudre les problèmes pratiques que pose le développement de ces soins,
- ❖ Définir le rôle qui incombe aux gouvernements et aux organismes nationaux et internationaux en ce qui concerne la coopération technique et l'appui à apporter au développement des soins de santé primaires,
- ❖ Formuler des recommandations pour le développement des soins de santé primaires.

Les délégations de 134 gouvernements et les représentants de 67 organisations spécialisées des Nations Unies et des organisations non gouvernementales en relation officielle avec l'OMS et l'UNICEF ont participé à cette conférence. La conférence a déclaré que la situation sanitaire de centaines de millions de personnes dans le monde d'aujourd'hui est inacceptable, en particulier dans les pays en voie de développement. Elle déplore le fait que la moitié de la population mondiale ne bénéficie pas de soins de santé digne de ce nom.

La conférence a défini les soins de santé primaires comme étant des soins essentiels reposant sur des méthodes et techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation, à un coût que la communauté et les pays peuvent supporter à tous les stades de leur développement et dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination.

Les soins de santé font partie intégrante du système de santé national dont ils constituent la cheville ouvrière et le foyer principal du développement socio-économique général de la communauté. Ils représentent le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé rapprochant le plus possible les soins de santé de l'endroit où vivent et travaillent les gens, et

ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

Les services fournis par les soins de santé primaires varient selon le pays et la communauté mais comprennent au minimum les huit composantes :

- Une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables,
- La promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles,
- La protection maternelle et infantile y compris la planification familiale,
- La vaccination contre les grandes pathologies infectieuses
- La prévention et la réduction des endémies locales,
- Le traitement des maladies et des lésions courantes,
- La fourniture de médicaments essentiels.

Ainsi, le concept de médicament essentiel accélère l'élaboration des listes de médicaments Essentiels dans les pays, L'OMS diffuse une liste modèle, indicative à partir de laquelle chaque pays élabore sa propre liste en prenant des médicaments répondant aux priorités en matière de besoins en produits pharmaceutiques des populations.

On parle de concept de médicaments essentiels car il est une recherche continue qui prend en compte les changements dans les priorités des actions de la santé publique, les conditions épidémiologiques et l'évolution des connaissances pharmaceutiques et pharmacologiques.

Par son succès, un effort d'éducation, de formation et d'information du personnel sanitaire doit être entrepris.

Au Mali, le test des médicaments essentiels a été révisé trois fois (1989,1994 et 1997), la dernière révision c'est-à-dire celle de 1997 a été faite sur la base des critères suivants : (10)

Liste nationale des ME (1994)	Liste nationale des ME (1997)
• Epidémiologique locale • Niveau de développement sanitaire • Efficacité thérapeutique • Innocuité	• Prévalence locale des maladies avec un accent sur les situations d'urgence • Efficacité thérapeutique • Efficacité-innocuité-maniabilité • Rapport coût (efficacité) • Formation et expérience du personnel

3-3 Politique pharmaceutique au Mali (8)

Pour atteindre l'objectif de la santé pour tous à un horizon aussi proche que possible, il est nécessaire que des orientations et stratégies claires et précises soient écrites à travers une politique nationale se basant sur les réalités sociales, culturelles et économiques du pays.

La prévention et le traitement des maladies nécessitent

- la disponibilité d'infrastructures sanitaires et d'équipements adéquats,
- du personnel de qualité,
- une amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement du milieu,
- un approvisionnement correct et régulier en eau potable et un état nutritionnel conséquent.

Mais ils ne peuvent être assurés sans la disponibilité permanente et continue des médicaments dont des vaccins de qualité accessibles financièrement et géographiquement aux populations.

Pour assurer l'approvisionnement continu des médicaments de qualité, les pays doivent avoir une politique nationale pharmaceutique comme partie intégrante de la politique sanitaire nationale.

Le développement de ces politiques nationales couvre trois phases principales :

- la formulation,
- la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale (PPN) nécessitant l'élaboration du plan d'action, quinquennal et du plan d'action prioritaire .
- le suivi-évaluation nécessitant l'élaboration d'indicateurs et des modalités de suivi.

En décembre 1990, le Mali déclarait sa politique sectorielle de santé et de population (7). Cette politique, basée sur l'approche des soins de santé primaires et sur le principe de l'initiative de Bamako (IB), fait de la disponibilité du médicament essentiel un élément incontournable dans l'offre et la qualité des soins. Ainsi, quatre stratégies majeures ont été retenues dans le cadre de cette politique sectorielle de santé et de population. Il s'agit de :

- l'extension de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité des prestations ;
- la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels ;
- la participation communautaire dans la gestion du système ;
- la mobilisation des ressources nécessaires au financement du système de santé, y compris dans le recouvrement des coûts.

3-4 Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des médicaments au Mali : SDAD (10)

Pour parfaire cette description contextuelle, il apparaît logique de présenter le SDAD mis en place à partir de 1995 par le département.

Le SDAD décrit les mesures pratiques et fonctionnelles devant permettre la mise en œuvre du volet approvisionnement en médicaments essentiels de notre politique sectorielle de Santé et de Population.

L'objectif est d'assurer un approvisionnement correct des populations sur l'ensemble du territoire en fonction de leur pouvoir d'achat. Pour y parvenir, les stratégies et dispositions pratiques suivantes ont été retenues :

- approvisionnement des régions en médicaments essentiels de qualité basé sur le système logistique « réquisitrice » évaluation des besoins de commande sur la base de la liste nationale des médicaments essentiels en DCI par chaque niveau opérationnel ;
- cet approvisionnement sera réalisé à travers un réseau de dépôts régionaux, dépôts répartiteurs de cercle (DRC) et les dépôts de vente (DV), des formations publiques et communautaires ;
- approvisionnement du système national des médicaments essentiels en DCI par appel d'offre sur la base d'un plan annuel d'approvisionnement ;
- pérennisation du système par la mise en place des dotations initiales servant de fonds de roulement par institution et consolidation du recouvrement des coûts suivant les principes de l'initiative de Bamako. Le Mali ayant pris par option tarifaire afin d'améliorer l'accessibilité financière des coûts, seules les charges fixes et variables directement liées à l'approvisionnement et à la dispensation seront grevées sur ce dernier ;
- implication et appui du secteur privé par une meilleure définition des missions des acteurs dans l'exercice des fonctions suivantes.

• Approvisionnement

- par la PPM que l'état a retenu comme outil privilégié pour, d'une part, atteindre l'objectif d'accessibilité géographique et d'autre, part favoriser la pénétration des MEG en DCI dans le Secteur Privé par l'importation de Blisters ;
- par la SARL Jamakakeneya (GIE santé pour tous dans le cadre d'une complémentarité.)

• Contrôle

- administratif de l'importation par le Laboratoire National de la Santé (structure de la DNSP) puis, plus tard par la future Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) ;
- analytique de l'importation et sur le réseau national de distribution par le Laboratoire national de la Santé ;
- l'exercice correct de ces fonctions permet en particulier le respect des circuits de distribution et des quatre principes de bon fonctionnement des dépôts.

Ainsi le bon fonctionnement du schéma directeur d'approvisionnement et de distribution a permis d'améliorer l'accessibilité physique (diminution des ruptures de stock) géographique (augmentation des points de distribution et de dispensation) financière (prix stable et abordable par rapport au pouvoir d'achat) d'un médicament de qualité.

L'objectif est donc d'améliorer l'usage rationnel du médicament par la formation du prescripteur et de dispensation afin d'améliorer leurs pratiques professionnelles.

3-5 Prescription et dispensation des médicaments (8,9)

Le médicament constitue un élément essentiel dans la qualité de l'offre des services aux populations. Employé rationnellement, il contribue à la prévention et/ou à la résolution des problèmes de santé des individus et des collectivités.

Le traitement facile et rapide des maladies dépend de la bonne prescription et de la dispensation du médicament. Pour résoudre ce problème, il faut :

- réviser les cursus des écoles de formation de base du personnel de santé en vue d'intégrer les éléments de la politique sectorielle suivant l'organisation des soins et l'économie du médicament ;
- intensifier l'effort de formation continue des agents de santé en fonction des besoins, aussi bien dans le secteur public que privé ;
- faire appliquer la réglementation en vigueur en matière de prescription et dispensation des médicaments ;
- diffuser la liste des prescripteurs autorisés auprès de l'administration compétente et des points de vente.
- revoir les conditions d'exercice des tradi-praticiens ;
- intensifier les actions d'information, d'éducation et de communication auprès des prescripteurs, distributeurs et consommateurs ;

- adapter les conditionnements et diffuser les bonnes pratiques de conditionnement pour une meilleure dispensation des médicaments ;
- développer la politique de substitution et de conditionnement des médicaments.

4. Gestion du dépôt pharmaceutique (7)

Dans un système de santé, le médicament joue un rôle prépondérant, il constitue un élément essentiel pour l'amélioration de la qualité des soins dans le cadre bien organisé du système de service des CSCOM.

C'est la raison pour laquelle un système efficace de gestion des médicaments essentiels compatible avec la politique pharmaceutique nationale (PPN) doit être mis en place. Il consiste à rendre accessible, géographiquement, physiquement et financièrement à la population des médicaments essentiels de qualité. Cette accessibilité dépend entre autre de :

- la gestion du stock ;
- la passation des commandes ;
- la tenue de la comptabilité.

4-1 Supports de Gestion (7,12)

L'ensemble des activités du CSCOM nécessite l'utilisation d'un certain nombre de documents appelés «Supports de gestion».

4-1-1. Ordonnance

C'est un document capital donné par le médecin (prescripteur) aux malades à la suite d'une consultation médicale. Elle est indispensable aux malades partout quand il s'agit du principe actif de substances vénéneuses (substances toxicomanogènes ; substances toxiques , substances dangereuses).

Elle comporte : l'âge du malade, le nom du ou des médicaments prescrits, la quantité totale en poids, en volume, ou en nombre d'unité de conditionnement, le mode d'administration, la posologie, la durée du traitement, et la date de prescription.

4-1-2. Le livre journal de vente des médicaments :

Dans le cas des recettes du dépôt de vente ,elles sont enregistrées après chaque client sur le livre journal de vente de médicaments.

Ce support de gestion permet d'obtenir :

- * les quantités sorties quotidiennement pour chaque produit. ce qui permet de remplir facilement les fiches de

* le chiffre d'affaires de la journée est à reporter dans le livre de caisse recettes.

4-1-3 La fiche de stock :

C'est un support de gestion qui donne la situation des entrées et des sorties des médicaments avec la justification (situation du stock). C'est le pivot de la gestion des médicaments.

4-1-4. Les fiches de pointage journalières, récapitulatives et hebdomadaires :

Ce sont des documents qui permettent au gérant de suivre la sortie par ordonnance des médicaments et d'établir la situation des stocks par jour et par semaine et de mettre à jour la fiche de stocks périodiquement par semaine ou par mois.

4-1-5. Le bon de commande – Livraison :

C'est un document à 2 parties :

une pour les commandes,
et une autre pour les livraisons.

Il permet l'enregistrement des besoins en médicaments du dépôt. La partie commande est rédigée par le gérant et visée par le responsable du CSCOM.

4-1-6. le Livre de Caisse recettes :

Le caissier y enregistre les recettes du dépôt, les sorties d'argent (versement bancaire), les reliquats ou autres (entrées ou sorties).

4-1-7. Le livre caisse :

Il permet de faire l'état des dépenses par rapport à un budget prévisionnel de fonctionnement :

- salaire du personnel,
- facture d'achats de supports de gestion ou de petites fournitures,
- frais de déplacement du personnel,
- frais d'entretien
- achat de médicaments en argent comptant.

4-1-8. Le Livre de Banque :

Le suivi des opérations sur le compte bancaire, les versements ou les retraits sont enregistrés sur ce support ainsi que les frais détenus de comptes et les frais d'achat par chèque.

4-2. Gestion du stock

la gestion est basée sur la maîtrise des mouvements des entrées et des sorties effectuées à partir du stock de médicaments. Il existe différents types de mouvements :

- la commande (qui est une entrée) ;
- la délivrance des ordonnances (qui est une sortie) ;
- la délivrance aux services hospitaliers (qui est une sortie) ;
- le bon de retour fournisseur (qui est une sortie) ;
- les bons de retour par ordonnance ou des services (qui sont des entrées) ;
- les cassés ou périmés (qui sont des sorties).

Tous ces mouvements doivent être saisis après vérification, ils seront validés. Ce n'est qu'une fois la validation effectuée que le stock (entré ou sorti) sera réellement mis à jour. Une saisie rigoureuse des informations est donc indispensable.

4-3. Passation des commandes

Le gérant du dépôt pharmaceutique doit faire la commande quand le stock restant se rapproche du stock minimum. Il doit après avoir constaté la nécessité de passer une commande préparer la liste des produits à commander et la transmettre au chef de centre. Celui-ci va établir un bon de commande et le transmettre au fournisseur.

S'il s'agit d'une première commande ou si on ne connaît pas le prix du fournisseur, il faut au préalable réaliser un appel d'offres en demandant des factures pro forma à deux fournisseurs au minimum. A qualité égale, vous choisirez bien sûr le fournisseur le moins cher en tenant compte du frais de transport et de livraison. Cependant, dans certains endroits, enclavés, il ne sera pas toujours possible de trouver deux fournisseurs accessibles.

Enfin le gérant en tant que premier responsable du dépôt est également responsable de la gestion des stocks. C'est lui qui doit préparer les commandes (quand commander, quelle quantité commander).

Le chef du Centre (responsable du centre) doit vérifier la bonne préparation des commandes et déclencher les commandes.

Par la suite le comité de gestion assure un rôle de contrôle des actes du gérant et du chef de centre. Il doit notamment par l'intermédiaire du trésorier :

- contresigner les bons de commande après vérification,
- valider la réception des commandes en envoyant un représentant et en signant par accord le bon de livraison.

4-4. Réception de la commande

Elle se fait en présence du chef de centre, du gérant, et d'un ou plusieurs représentants du comité de gestion. Elle comprend quatre étapes :

- La vérification de la conformité de la livraison :

- La vérification de la conformité du bon de livraison c'est-à-dire vérifier si les médicaments notés sur le bon de livraison sont bien ceux qu'on a reçus (mêmes médicaments, mêmes qualités) ;
- La vérification de la conformité de la facture : ici il faut comparer les quantités notées sur la facture et celles notées sur le bon de livraison. Il faut enfin vérifier le prix des médicaments facturés.
- L'enregistrement de la livraison : c'est la dernière étape et la plus importante. Il faut signer pour accord le bon de livraison par les personnes responsables (chef du centre, le gérant, le responsable du comité de gestion). Après il faut noter sur la fiche de stock les quantités entrées et les ranger dans le dépôt.

4-5 Gestion financière

Celle-ci découle directement de la gestion des stocks vu que tout mouvement possède une équivalence financière.

Le prix de vente des produits est défini par une unité de vente en fonction des prix fournisseurs d'achat auxquels est appliqué un coefficient multiplicateur. Chacun des produits possède donc plusieurs prix d'achat en fonction de leur provenance.

Le prix moyen d'achat pondéré est calculé automatiquement en fonction du prix fournisseur de la quantité commandée de la quantité restante en stock et de l'ancien prix moyen d'achat.

Le coefficient multiplicateur servant à calculer le prix de vente est défini de la même manière que pour tous les produits présents dans la base de données, toute fois un prix est toujours modifiable manuellement.

Sur ces bases tout mouvement est donc qualifiable financièrement et participe à l'élaboration des bilans financiers (entrée, sortie récapitulatif).

En outre sont aussi comptabilisés les mouvements financiers entre le dépôt et la direction du CSCOM. Il s'agit entre autre des remboursements des produits cédés aux services et du paiement effectif des fournisseurs suite à une commande.

5-Quelques Définitions Pratiques des Concepts

5-1 Médicament (12)

Toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier ses fonctions organiques.

5-1-1 Médicaments Essentiels (ME)

Ce sont les produits inscrits sur une liste de l'OMS, pour satisfaire les besoins sanitaires essentiels. Ils sont soumis aux mêmes contraintes de fabrication, de qualité et de commercialisation que tous les médicaments.

5-1-2 Médicament Générique

Un médicament devient générique après passage du brevet de la molécule dans le domaine public. IL a la même composition qualitative et quantitative ; la même forme pharmaceutique que le médicament princeps. IL est bio équivalent au médicament princeps.

5-2 Notion de posologie :

Pour être efficace sans toxicité, en minimisant les effets indésirables, les médicaments doivent être administrés à des posologies précises et adéquates tenant compte de l'âge, du sexe, du terrain pour déterminer : la dose par prise/nombre de prises par jour et la durée du traitement.

5-3 Maladies de peau courantes au Mali (1)

5-3-1 Teigne : la teigne est une infection mycosique du cuir chevelu chez un enfant.

Il s'agit d'un enfant âgé de moins de 14 ans présentant une ou plusieurs zone(s) du cuir chevelu avec cheveux ras et pellicules abondantes.

5-3-2 pyodermite : la pyodermite est une infection cutanée bactérienne superficielle (par opposition aux abcès).

5-3-3 Gale : C'est une affection parasitaire contagieuse due au sarcopte de la gale. Il s'agit d'un prurit diffus (c'est à dire non localisé , intéressant au moins deux sites distants) , avec présence de lésions cutanées visibles ; ayant l'une et/ou l'autre des caractéristiques suivantes : Intéresse plusieurs membres de la famille et/ou concerne les localisations caractéristiques de la gale (c'est à dire, au moins deux des sites suivants : sillons interdigitaux des mains, fesses, organes génitaux externes, seins, paumes et plantes chez le

6-Aperçu sur les médicaments essentiels dermatologiques retenus (10)

6-1.Amoxicilline :

C'est un antibactérien à large spectre. En plus du spectre de la pénicilline, elle est efficace également contre de nombreux germes gram négatifs (*Entrérocoques*, *Haemophilus influenzae*, *Shigella*, *Proteus mirabilis*) et contre la majorité des *Escherichia coli* ;

Ses indications sont :

- affections respiratoires
- ORL et Stomatologiques
- affections gynécologiques
- infections urinaires.

6-2.Erythromycine :c'est un antibiotique bactériostatique appartenant à la famille des macrolides. Elle agit sur les bactéries en interférant dans la synthèse protéique et en se liant aux sous unités 50.

Elle est indiquée dans les infections à germes sensibles dans les manifestations respiratoires, ORL ; cutanées, génitales (en particulier prostatiques), stomatologiques et osseuses.

Elle est également indiquée dans le traitement de la syphilis en cas d'allergie à la pénicilline, infection à chlamydia en cas de grossesse et traitement de deuxième intention du chancre mou (*Haemophilus ducreyi*).

6-3.Miconazole pommade :

C'est un antifongique imidazolé. Le miconazole est un fongicide agissant sur les *Candida* et autres levures, les dermatophytes, l'agent du *Pityriasis versicolor* et d'autres champignons.

Il est actif également sur certaines bactéries gram négatifs ses indications sont :

- Candidoses cutanéomuqueuses,
- Dermatophytoses cutanées,
- *Pityriasis versicolor*,
- Onyxis mycosique.

6-4.Benzoate de benzyle : C'est une solution à 25% pour application cutanée ;

Le benzoate de benzyle est un anti-parasitaire actif sur les acariens dont les sarcoptes de la gale, et les poux.

6-5.Ascabiol : C'est une lotion par application locale. C'est la forme spécialisée du benzoate de benzyle. Il est utilisé

6-6. Permanganate de potassium : Il appartient à la classe thérapeutique des désinfectants et antiseptiques.

Le MnO_4K , est un agent oxydant. Son pouvoir oxydant lui confère des propriétés désinfectantes et désodorisantes. Il est également astringent et bactéricide sur les germes gram négatifs et gram positifs. Son activité bactéricide est rapidement diminuée par la présence de substances organiques.

6-7. Polividone iodée :

a- classe thérapeutique : Désinfectant et antiseptique

b- propriétés : antiseptique oxydant halogène à large spectre, bactéricide sur la majorité des bactéries et fongicides sur *Candida albicans* et les dermatophytes

c- Indication :

* Solution concentrée : ponction lombaire, pansement du cordon ombilical, nettoyage des champs opératoires, antiseptie des plaies opératoires, antiseptie pour pose de cathode, nettoyage d'autres plaies fraîches.

* Solution diluée : soins postopératoires, nettoyage du site d'injection, nettoyage des instruments.

6-8. Griséofulvine 500 mg : (10)

C'est un antibiotique fongistatique (in vivo) dont le spectre d'activité est strictement limité aux dermatophytes.

La griséofulvine est active sur les trois variétés de champignons dermatophytes : *Microsporum*, *Epidermophyton* et *Trichophyton*.

Elle n'est pas active contre *Candida* et autres levures, ni sur le *Pityriasis versicolor*. Enfin, elle n'a aucune action antibactérienne ou antivirale.

Pour des doses supérieures à celles qui sont habituellement utilisées en dermatologie, la griséofulvine présenterait :

-Une action anti-inflammatoire qui n'est pas de type cortisonique,

-Une action vasotrophique, cette action micro-angiospasmolytique ne s'exerce pas par action directe sur le sympathique.

6-9. Tétracycline 3% :

a- Classe thérapeutique : antibactérien

b- Propriétés : c'est un antibiotique à large spectre agissant par inhibition de la synthèse protéique seule au blocage de la liaison de l'ARN transport à l'ARN message.

Elle est active sur *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*.

Neisseria gonorrhoeae, Escherichia coli, Chlamydia trachomatis ;

c- Indication :

- Plaies et dermatoses infectées : pyodermite, folliculites, furoncles, anthrax, impétigo, sycosis ;
- Otites et infections mucopurulentes du rhinopharynx ;
- Soins pré et postopératoires des interventions nasales.

6-10. Vaseline blanche :

La vaseline a des effets émollients et protecteurs sur la peau. Ses indications sont :

- Adjuvant et protection des plaies telles que les brûlures,
- Greffe de la peau,
- Imprégnation compresse,
- Excipient de nombreuses préparations galéniques.

CHAPITRE

II

I Méthodes et Matériels

1-lieu de l'Etude :

Cette étude a concerné les centres de santé communautaires de la commune VI de Bamako et ceux de Kangaba ; dont nous rappelons ici les activités et les caractéristiques par une brève description.

1-1 Zone de Bamako :

1-1-1. ANIASCO : c'est l'association des habitants de Niamakoro pour la santé communautaire.

Ce centre de santé a été ouvert le 15 Janvier 1992. IL est situé sur la rive gauche du marigot traversant le quartier. Il est le deuxième CSCOM implanté dans ce quartier.

Le centre Comprend :

- un dispensaire
- une maternité

Le personnel se compose de :

- un médecin
- une sage-Femme
- trois aides-soignants
- une gérante pour le dépôt
- un gardien

Les activités du centre sont :

- consultations médicales externes : en moyenne 640 par mois,
- consultations prénatales,
- consultations postnatales,
- les accouchements en moyenne 40 par mois,
- les soins médicaux et petites chirurgies,
- la vaccination,
- le Planning Familial,
- les causeries débats.

La capacité du centre est de 8 lits dont 4 pour la maternité et

1-1-2. ASACOBABA : (Association de santé communautaire de Banankabougou et faladié)

Ce centre a été ouvert le 23 Mars 1992. Il est situé dans le quartier de Banankabougou – Faladié dit sokoura à côté de la mairie du dit quartier.

Il comprend un dispensaire, une maternité et un laboratoire.

Le Personnel se compose de :

- un médecin (chef du centre) ;
- un Infirmier d'état (major du centre) ;
- une sage Femme ;
- deux matrones ;
- une vendeuse du dépôt pharmaceutique ;
- un gestionnaire ;
- un technicien du laboratoire.

Les activités du centre sont :

- consultations externes : en moyenne 784 par mois
- consultations prénatales
- consultations postnatales
- vaccination
- planning Familial
- causeries débats
- analyses biomédicales.

1-1-3. ASACOFBA : Association de santé communautaire de Faladié .

Ce centre a été ouvert le 08 Août 1994 . IL est situé dans le quartier de Faladié.

Le centre comprend : un dispensaire, une maternité et un dépôt pharmaceutique.

La capacité du centre est de 6 lits dont 3 pour la maternité et 3 pour le dispensaire.

Le personnel se compose de :

- un médecin (chef du centre),
- une Sage-Femme offerte par le gouvernement,
- une infirmière,
- cinq aides soignants,
- une comptable,
- un Gérant,
- un gardien.

Les activités du centre sont :

- consultations externes,
- planning Familial,
- causeries débats,
- vaccination,
- consultations prénatales,
- consultations postnatales,
- accouchements.

1-1-4. ASACOMA : c'est l'association de santé communautaire de Magnanbougou.

Ce centre de santé a été ouvert le 16 Septembre 1991. Il est situé dans le quartier de Magnanbougou.

Le personnel se compose de :

Personnel sous contrat

- un médecin chef du centre,
- deux matrones,
- une laborantine,
- un gérant du dépôt pharmaceutique,
- deux gardiens.

Personnel bénéficiant de prime

- un infirmier d'état qui assure le rôle du major,
- une vendeuse de tickets pour consultation.

Les activités du centre sont :

- consultations médicales externes,
- consultations prénatales
- consultations postnatales
- vaccination
- planning familial
- causeries débats
- accouchements en moyenne 35 par mois
- analyses médicales à savoir : la goutte épaisse, les selles pok, la Numération par la méthode manuelle, l'examen cytotactériologique de l'urine (ECBU), le frottis vaginal etc.....

1-1-5. ASACOMI : c'est l'association de santé communautaire de Missabougou. Ce centre de santé a été ouvert en 1988

Il est situé dans le quartier de Missabougou.

Le personnel se compose de :

Personnel médical

- médecin chef,
- deux matrones,
- un aide-soignant.

Personnel non médical

- une gérante,
- un gardien.

1-1-6. ASACONIA : c'est l'association de santé communautaire de Niamakoro. Ce centre a été ouvert le 02 Janvier 1992...

Ce centre de santé est situé à Niamakoro sur la rive droite du marigot traversant le quartier.

Il comprend une maternité et un dispensaire.

Le personnel du centre se compose de :

- un médecin chef du centre,
- un major,
- une infirmière,
- une matrone,
- une vendeuse du dépôt pharmaceutique,
- deux aides-soignants,
- un agent comptable qui détient les fiches de stock des médicaments,
- un gardien.

Les activités du centre sont :

- consultations médicales,
- consultations prénatales,
- consultations postnatales,
- vaccination,
- planning familial,
- causeries débats,
- soins médicaux,
- accouchements.

1-1-7. ASACOSE : (Association de santé communautaire de Sénou).

Ce centre a été ouvert le 03 Décembre 1992 à Sénou. Il comprend

un dispensaire, une maternité, et un dépôt pharmaceutique . la capacité du centre est de 7 lits dont 4 pour le dispensaire et 3 pour la maternité.

Les activités du centre sont :

- consultations médicales externes,
- consultations prénatales,
- consultations postnatales,
- accouchements,
- soins médicaux,
- causeries débats,
- planning familial,
- vaccination.

Le personnel se compose de :

- * **personnel médical** : Ils sont au nombre de quatre dont
 - un médecin chef du centre,
 - une Sage-femme,
 - deux aides-soignants.
- * **Personnel non médical** : Ils sont deux
 - un gardien,
 - une gérante du dépôt pharmaceutique.

1-1-8. ASACOSO : Association de santé communautaire de Sogoniko. Ce centre a été ouvert en octobre 1993 . Il est situé dans le quartier de Sogoniko à quelques mètres du centre de référence de la commune VI.

Le centre comprend :

- un dispensaire,
- une maternité.

Les activités du centre sont :

- consultations Médicales externes,
- consultations prénatales,
- consultations postnatales,
- accouchements,
- causeries débats.

Le personnel se compose de

- un médecin,
- une Sage-Femme,
- 5 aides-soignants dont 2 hommes et 3 Femmes,
- un Gestionnaire,
- un vendeur du dépôt pharmaceutique,
- un Gardien.

1-1-9. ASACOSODIA : c'est l'association de santé communautaire de Sogoniko Diandjiguila
Ce centre a été ouvert le 1^{ère} Mai 1992 à Sogoniko – Diandjiguila

Le centre comprend un dispensaire et une maternité.

Le personnel se compose de :

- un médecin chef du centre,
- un gérant du dépôt,
- une infirmière,
- un aide-soignant.

Les activités du centre sont :

- consultations médicales externes,
- consultations prénatales,
- consultations postnatales,
- vaccination,
- accouchements,
- causeries débats.

1-1-10. ASACOYIR: (Association de santé communautaire de Yirmadio).

Ce centre a été ouvert le 04 septembre 1997. Il est situé dans le quartier de Yirmadio à l'entrée même du quartier, soit à quelques mètres du stade du 26 mars.

Le centre comprend : un dispensaire et une Maternité. Sa capacité est de 6 (six) lits dont 3 (trois) pour la maternité et 3 (trois) pour le dispensaire.

Le personnel du centre se compose de :

* personnel médical :

- un Médecin Chef du centre,
- une infirmière Obstétricienne,
- (deux) matrones.

* personnel paramédical : Ils sont deux.

- un gérant du dépôt,
- un gardien.

Les activités du centre sont :

- consultations médicales externes,
- consultations prénatales,
- consultations postnatales,
- accouchements,
- soins médicaux,
- vaccination,
- planning Familial,
- causeries débats.

1-2-Zone de Kangaba :

Kangaba est un cercle de la région de Koulikoro. IL est à 90 Km de Bamako.

Notre étude a été effectuée dans les centres de santé de six villages :Figuira-Tomo, Karan , Kéniéba, Kéniégué, Naréna, Tombola.

1-2-1 CS Figuir : Ce village se trouve environ 50 Km de Selingué.

Le personnel de ce centre de santé se compose de :

- Un infirmier
- Une matrone (vendeuse du dépôt)

Les activités du centre sont :

- Consultations médicales externes
- Consultations prénatales et postnatales
- Accouchements
- Soins médicaux
- Vaccination

CS Karan : Karan se trouve environ à 40 Km de kangaba.

Le personnel de ce centre se compose de :

- Un infirmier
- Une matrone (vendeuse du dépôt)

Les activités du centre sont :

- Consultations médicales externes
- Consultations prénatales et postnatales
- Accouchements
- Vaccination
- Soins médicaux

1-2-2 CS Kéniéba : Ce village se trouve environ à 35 Km de Kangaba.

Le personnel de ce centre se compose de :

- Un infirmier
- Une matrone (vendeuse du dépôt)

Les activités du centre sont :

- Consultations médicales externes
- Consultations prénatales et postnatales
- Accouchements
- Vaccination
- Soins médicaux

CS Kéniégué : Ce village se trouve environ à 37 Km de Kangaba.

Le personnel de ce centre se compose de :

- Un infirmier
- Une matrone (vendeuse du dépôt)

Les activités du centre sont

- Consultations médicales externes
- Consultations prénatales et postnatales
- Accouchements
- Soins médicaux
- Vaccination

1-2-3 CS Naréna : Naréna se trouve environ à 55 Km de Kangaba

Le personnel de ce centre se compose de :

- Un infirmier
- Une matrone
- Un vendeur du dépôt

Les activités du centre sont :

- Consultations médicales externes
- Consultations prénatales et postnatales
- Accouchements
- Soins médicaux
- Vaccination

CS Tombola : Ce village se trouve environ à 50 Km de Kangaba Le personnel de ce centre se compose de :

- Un médecin
- Une matrone
- Une vendeuse du dépôt
- Un gardien

Les activités du centre sont :

- Consultations médicales externes
- Consultations prénatales postnatales
- Accouchements
- Soins médicaux
- Vaccination

2-Période d'étude : L'étude a été effectuée sur une période de 4 (quatre) semestres ; soit de janvier 2001 à décembre 2002.

* Premier semestre : (Du 1 janvier 2001 au 30 juin 2001).

* Deuxième semestre : (Du 1 juillet 2001 au 31 décembre 2001).

* Troisième semestre : (Du 1 janvier 2002 au 30 juin 2002).

* Quatrième semestre : (Du 1 juillet 2002 au 31 décembre 2002).

3-Type d'étude : L'étude est prospective et descriptive. Il s'agit d'une étude de l'évolution de la disponibilité, de la consommation et du prix des MED dans la phase pré et post formation du projet qui va de janvier 2001 à décembre 2002.

4- collecte des données:

Les données ont été recueillies sur chaque semestre soit au total quatre semestres. Une fiche de recueil a été préétablie (voir Annexe).

5- Saisie et analyse des données : les données ont été saisies et analysées sur épi-info et Word (graphique).

II – RESULTATS

1- Etude des supports de gestion

Tableau I : Disponibilité des support de gestion au cours des 4 semestres d'activités du projet.

Supports Centre	Ca	FPJ	FRH	LJ DRC	BC	BL	FI	FS	O
ANIASCO	0	1	0	0	1	0	1	1	1
ASACOBFA	0	0	0	1	1	0	0	0	1
ASACOFA	0	0	0	0	0	0	1	1	1
ASACOMA	0	0	0	1	0	1	0	1	1
ASACOMI	1	1	0	0	1	0	0	1*	1
ASACONIA	0	0	0	0	1	1	1	1	1
ASACOSE	0	1	0	0	0	0	0	1	1
ASACOSO	0	1	0	1	1	1	1	1	1
ASACOSODIA	0	1	0	1	0	0	0	1	1
ASACOYIR	0	1	0	0	0	0	0	1	1
CS FIGUIRA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
CS KARAN	0	0	0	0	0	0	0	1	1
CS KENIEBA	0	1	0	0	1	0	0	1	1
CS KENIEGUE	0	0	0	0	0	0	0	1	1
CS NARENA	0	0	0	0	1	0	0	0	1
CS TOMBOLA	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total dispo/Total centre	1/16 6.25%	7/16 43.75 %	0/16 0%	4/16 25%	7/16 43.75%	3/16 18.75%	4/16 25%	14/16 87.5%	16/16 100%

1= disponible

0 = non disponible

Ca : carte d'approvisionnement

FPJ : fiche de pointage journalier

LJ : livre journal

FRH : fiche récapitulative hebdomadaire

BC : bon de commande

BL : bordereau de livraison

FI : fiche d'inventaire

FS : fiche de stock

FS : fiche de stock

DRC : dépôt répartiteur de cercle

1* = l'ASACOMI n'avait pas les fiches de stock durant les deux premiers semestres

BC : bon de commande

BL : bordereau de livraison

FI : fiche d'inventaire

FS : fiche de stock

O : ordonnance

L'étude de la présence des supports de gestion a montré une absence totale de la FRH dans les CSCOM.

Par ailleurs les FS et Ordonnances ont été les plus présentes avec respectivement 87.5% et

2- Etude de la Disponibilité des MED

Tableau II : Disponibilité des MED dans les CSCOMs du 01/01/01 au 30/06/01.

MED Centre	Amox 125 mg susp	Amox 250 mg susp	Amox 500 mg gél	Ery 250 mg comp	Gri 500 mg comp	Mico pde	Poly iodée sol	Tétra 3% pde	Total/ Structure	% dispo/ centre
ANIASCO	1	1	1	1	0	0	0	1	5	62.50
ASACOBABA	1	1	1	1	0	0	0	1	5	62.5
ASACOFA	1	0	1	1	0	0	0	0	3	37.50
ASACOMA	0	1	0	1	0	0	0	1	3	37.50
ASACOMI	1	1	1	1	0	0	1	1	6	75.00
ASACONIA	1	1	1	1	0	0	0	1	5	62.50
ASACOSE	1	1	1	1	0	0	0	1	5	62.50
ASACOSO	0	1	1	0	0	0	0	1	3	37.50
ASACOSODIA	1	1	1	1	0	0	0	1	5	62.50
ASACORYR	1	0	0	1	1	1	0	0	4	50.00
CS FIGUIRA	0	1	1	0	0	0	0	1	3	37.50
CS KARAN	1	1	1	0	0	0	0	1	4	50.00
CS KENIEBA	1	1	1	0	0	0	0	1	4	50.00
CS KENIEGUE	1	1	1	0	0	0	0	1	4	50.00
CS NARENA	1	1	1	0	0	0	0	1	4	50.00
CS TOMBOLA	0	1	1	0	0	0	0	1	3	37.50
Total/	Nbre	12	14	14	9	1	1	1	14	66/128
MED	%	75.00	87.50	87.50	56.25	6.25	6.25	6.25	87.50	51.60%

1 = disponible

0 = non disponible

L'amoxicilline 250 mg ; l'amoxicilline 500 mg et la tétracycline pommade 3% ont été les MED les plus disponibles dans les centres de santé avec 87.5% de disponibilité

Tableau III: Disponibilité des MED dans les CSCOM du 01/07/01 au 31/12/01

MED Centre	Amox 125 mg susp	Amox 250 mg susp	Amox 500 mg gél	Ery 250 mg comp	Gri 500 mg comp	Mico pde	Poly Iodée sol	Tétra Pde 3%	Total/ Structure	% dispo/ centre
ANIASCO	1	1	1	1	0	0	0	1	5	62.50
ASACOBABA	1	1	1	1	0	0	0	1	5	62.50
ASACOFA	0	0	0	1	0	0	0	1	2	25.00
ASACOMA	1	1	1	1	0	0	0	1	5	62.50
ASACOMI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASACONIA	1	1	1	1	0	0	0	1	5	62.50
ASACOSE	1	1	1	0	0	0	0	1	4	50.00
ASACOSO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASACOSODIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASACOYIR	1	0	0	0	1	1	0	0	3	37.50
CS FIGUIRA	0	1	1	0	0	0	0	0	2	25.00
CS KARAN	1	1	1	0	0	0	0	1	4	50.00
CS KENIEBA	1	1	1	0	0	0	0	1	4	50.00
CS KENIEGUE	1	1	1	1	0	0	0	1	5	62.50
CS NARENA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CS TOMBOLA	0	1	1	1	0	0	0	1	4	50.00
Total/ MED	Nbre %	9 56.25	10 62.50	10 62.50	7 43.75	1 6.25	1 6.25	0 0	10 62.50	48/128 37.50%

L'étude de la disponibilité des MED a montré une absence totale de la polvyidone iodée

Tableau IV : Disponibilité des MED dans les CSCOM du 01/01/02 au 30/06/02

MED Centre	Amox 125 mg susp	Amox 250 mg susp	Amox 500 mg gél	Ery 250 mg comp	Gri 500 mg comp	Mico pde	Poly iodée sol	Tétra Pde 3%	Total/ Structure	%dispo/ centre
ANIASCO	1	1	1	0	0	1	1	1	6	75.00
ASACOBABA	1	1	1	1	0	1	0	1	6	75.00
ASACOFA	1	1	0	0	0	1	0	1	4	50.00
ASACOMA	1	1	1	1	0	1	0	1	6	75.00
ASACOMI	1	1	1	0	0	0	0	1	4	50.00
ASACONIA	1	1	1	1	0	0	0	1	5	62.50
ASACOSE	1	1	1	0	0	1	1	0	5	62.50
ASACOSO	0	1	1	0	0	1	0	1	4	50.00
ASACOSODIA	1	1	1	1	0	1	0	1	6	75.00
ASACOYIR	1	1	0	0	0	0	0	0	2	25.00
CS FIGUIRA	1	1	1	0	0	0	0	0	3	37.50
CS KARAN	1	1	1	0	0	0	1	0	4	50.00
CS KENIEBA	1	0	1	1	0	0	0	1	4	50.00
CS KENIEGUE	1	1	1	1	0	0	1	1	6	75.00
CS NARENA	1	0	1	1	0	0	1	1	5	62.50
CS TOMBOLA	1	1	1	0	0	0	1	1	5	62.50
Total/ MED	Nbre	15	14	14	7	0	7	5	12	75/128
	%	93.75	87.50	87.50	43.75	0	43.75	31.25	75.00	51.81%

la griséofulvine n'était pas disponible au niveau des CSCOM.

Tableau V : Disponibilité des MED dans les CSCOM du 01/07/02 au 31/12/02

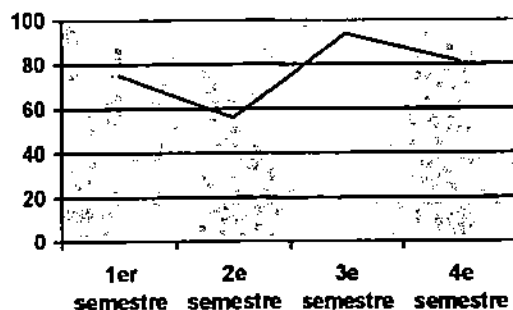
MED Centre	Amox 125 mg susp	Amox 250 mg susp	Amox 500 mg gél	Ery 250 mg comp	Gri 500 mg comp	Mico pde	Poly iodée sol	Tétra Pde 3%	Total/ Structure	%dispo/ centre
ANIASCO	1	1	1	0	0	0	0	1	5	62.50
ASACOBABA	1	1	1	1	0	1	0	1	6	75.00
ASACOFB	1	1	0	0	0	1	0	1	4	50.00
ASACOMA	0	1	0	1	0	0	1	0	3	37.50
ASACOMI	1	1	1	0	0	0	0	1	4	50.00
ASACONIA	1	1	1	1	0	0	0	0	4	50.00
ASACOSE	1	1	1	0	0	1	0	1	5	62.50
ASACOSO	0	1	1	0	0	0	0	0	2	25.00
ASACOSODIA	1	1	1	0	0	0	0	1	4	50.00
ASACOYIR	1	1	1	0	0	0	0	0	3	37.50
CS FIGUIRA	0	0	1	0	0	0	0	0	1	12.50
CS KARAN	1	1	1	1	0	0	1	1	6	75.00
CS KENIEBA	1	1	1	0	0	0	1	1	5	62.50
CS KENIEGUE	1	1	1	1	0	0	0	1	5	62.50
CS NARENA	1	1	1	1	0	1	1	1	7	87.50
CS TOMBOLA	1	1	1	0	0	0	1	0	4	50.00
Total/ MED	Nbre %	13 81.25	15 93.75	14 87.50	6 37.50	0 0	4 25.00	5 31.25	10 62.50	67/128 52.34%

La griséofulvine n'était pas disponible également au niveau des CSCOM.

Tableau VI : Récapitulatif de la disponibilité des MED dans les CSCOM durant les 4 semestres d'activités du projet.

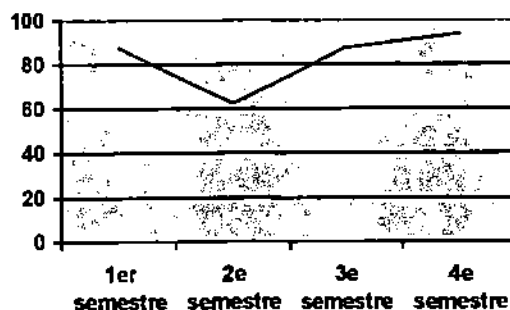
MED	SEMESTRE			
	% Dispo Semestre I	% Dispo Semestre II	% Dispo Semestre III	% Dispo Semestre IV
Amoxi 125 mg	75.00	56.25	93.75	81.25
Amoxi 250 mg	87.50	62.50	87.50	93.75
Amoxi 500 mg	87.50	62.50	87.50	87.50
Ery 250 mg	56.25	43.75	43.75	37.50
Gri 500 mg	6.25	6.25	0.00	0.00
Mico pde	6.25	6.25	43.75	25.00
Poly iodée	87.50	0.00	31.25	31.25
Tétra pdé 3%	51.56	62.50	75.00	62.50

Nous avons constaté une fluctuation de la disponibilité des MED dans les CSCOM. Cette fluctuation est illustrée graphiquement (Graphique 1.2.3.4.5.6.7.8).



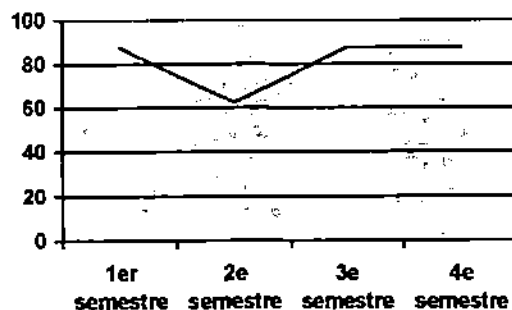
Graphique 1 : Evolution de la disponibilité de l'amoxi 125 mg

On a observé une diminution de la disponibilité de l'amoxicilline 125 mg sirop du 1^{er} semestre au 2^e semestre et du 3^e semestre au 4^e semestre ; une augmentation du 2^e semestre 3^e semestre.



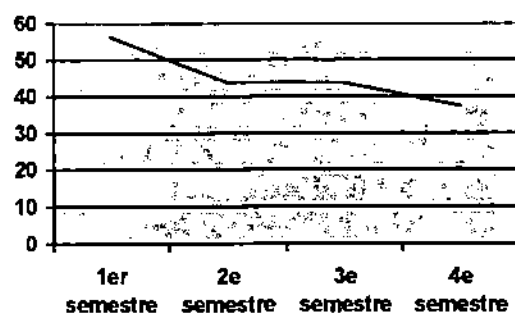
Graphique 2 : Evolution de la disponibilité de l'amoxicilline 250 mg sirop

Il y a eu une diminution de la disponibilité de l'amoxicilline 250 mg du 1^{er} semestre au 2^e semestre ; ensuite une augmentation du 2^e semestre au 4^e semestre.

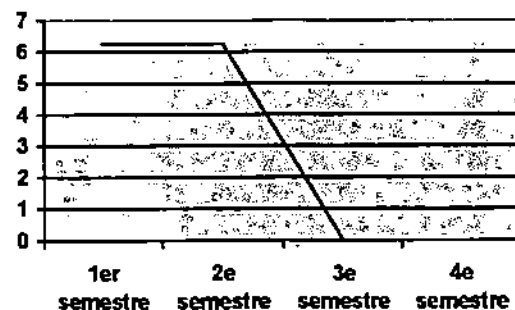


Graphique 3 : Evolution de la disponibilité de l'amoxicilline 500 mg gélule.

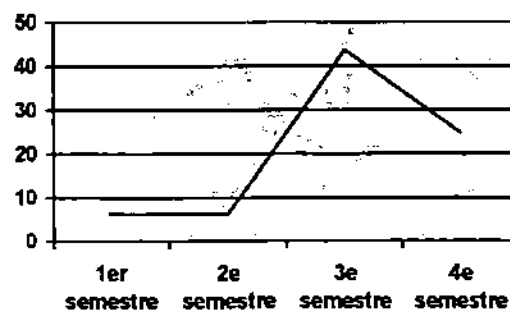
On a noté une diminution de la disponibilité de l'amoxicilline 500 mg du 1^{er} semestre au 2^e semestre puis une augmentation du 2^e semestre au 4^e semestre.



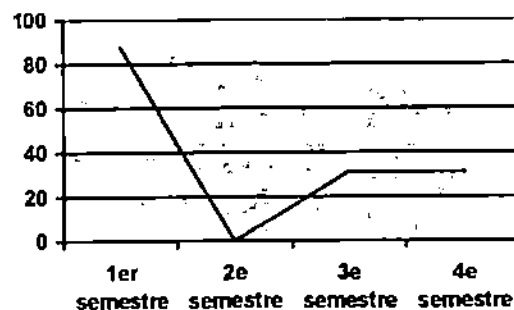
Graphique 4 : Evolution de la disponibilité de l'Erythromycine 250 mg comprimé
La disponibilité de l'érythromycine 250 mg a diminué régulièrement du 1^{er} semestre au 4^e semestre.



Graphique 5 : Evolution de la disponibilité de la griséofulvine 500 mg
Il y a eu une chute drastique de la disponibilité de la griséofulvine 500 mg au démarrage du projet (fin 2^e semestre, début 3^e semestre).

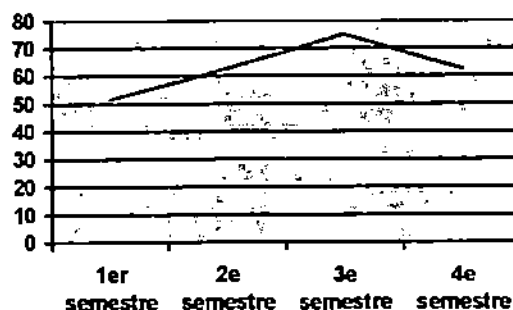


Graphique 6 : Evolution de la disponibilité du Miconazole pommade.
Le Miconazole pommade a connu une augmentation de la disponibilité avec le démarrage



Graphique 7 : Evolution de la disponibilité de la polyvidone iodée

On a observé une chute de la disponibilité de la polyvidone iodée du 1^{er} semestre au 2^e semestre, puis une augmentation du 2^e semestre au 3^e semestre et 4^e semestre.



Graphique 8 : Evolution de la disponibilité de la Tétracycline pommade 3%

Nous avons constaté une augmentation de la disponibilité de la tétracycline pommade du 1^{er} semestre au 3^e semestre, puis une diminution à la fin du 4^e semestre.

3-Etude De La Consommation Des MED Dans Les CSCOM

Tableau VII : Consommation des MED dans les CSCOM du 01/01/01 au 30/06/01.

MED Centre	Amox 125 mg susp	Amox 250 mg susp	Amox 500 mg gél	Ery 250 mg comp	Gri 500 mg comp	Mico pde	Poly iodée sol	Tétra pde 3 %
ANIASCO	165	117	1550	940	0	0	39	189
ASACOBABA	0	0	0	0	0	0	0	0
ASACOFA	287	0	5995	5867	0	0	0	196
ASACOMA	0	217	4220	3904	0	0	0	203
ASACOMI	0	0	0	0	0	0	0	0
ASACONIA	153	143	8910	4974	0	0	0	79
ASACOSE	78	44	9000	460	0	0	6	15
ASACOSO	0	98	1732	2500	210	0	0	78
ASACOSODIA	46	26	3905	168	0	0	0	20
ASACORYR	39	58	1531	590	0	29	0	0
CS FIGUIRA	20	4	540	0	0	0	0	13
CS KARAN	0	0	0	0	0	0	0	0
CS KENIEBA	32	25	2015	0	0	0	0	18
CS KENIEGUE	49	30	4272	0	0	0	0	14
CS NARENA	30	5	1278	1366	0	0	0	32
CS TOMBOLA	0	74	4903	0	0	0	0	79
TOTAL Nbre	899	841	49851	20769	210	29	45	936

L'ASABABA, l'ASACOMI, le CS KARAN sont les centres de santé où les quantités consommées des MED n'ont pas été évaluées durant le 1^{er} semestre

Tableau VIII : Consommation des MED dans les CSCOM du 01/07/01 au 31/12/01

MED Centre	Amox 125 mg susp	Amox 250 mg susp	Amox 500 mg gél	Ery 250 mg comp	Gri 500 mg comp	Mico pde	Poly iodée sol	Tétra Pde 3 %
ANIASCO	70	77	1320	938	0	0	0	100
ASACOBABA	0	0	0	0	0	0	0	0
ASACOFA	277	200	8050	8740	0	0	0	236
ASACOMA	26	268	3900	4361	0	0	0	179
ASACOMI	0	0	0	0	0	0	0	0
ASACONIA	58	56	5580	880	0	0	0	17
ASACOSE	94	157	2640	0	0	0	0	150
ASACOSO	0	0	0	0	0	0	0	0
ASACOSODIA	0	30	3027	244	0	0	0	0
ASACOYIR	21	0	450	0	0	10	0	0
CS FIGUIRA	17	26	673	0	0	0	0	7
CS KARAN	26	21	1340	0	0	0	0	12
CS KENIEBA	23	19	708	0	0	0	9	5
CS KENIEGUE	47	59	1849	0	0	0	0	23
CS NARENA	0	0	0	0	0	0	0	0
CS TOMBOLA	30	74	3765	0	0	0	0	37
TOTAL Nbre	689	987	33302	15163	0	10	9	766

Nous avons constaté que les quantités consommées de MED n'ont pas été évaluées à l'ASACOBABA, l'ASACOMI, l'ASACOSO, le CS NARENA.

Tableau IX : Consommation des MED dans les CSCOM du 01/01/02 au 30/06/02.

MED Centre	Amox 125 mg susp	Amox 250 mg susp	Amox 500 mg gél	Ery 250 mg comp	Gri 500 mg comp	Mico pde	Poly iodée sol	Tétra Pde 3 %
ANIASCO	164	113	4660	0	250	10	38	73
ASACOBABA	296	804	8463	7600	670	76	0	563
ASACOFA	210	220	6000	300	0	11	0	263
ASACOMA	15	232	10390	5160	1020	23	10	105
ASACOMI	21	31	1020	0	0	0	0	55
ASACONIA	102	148	6628	974	0	0	0	84
ASACOSE	50	59	2640	1000	450	5	30	28
ASACOSO	0	249	6523	0	0	3	0	145
ASACOSODIA	1	51	4020	20	0	21	0	0
ASACUYIR	0	0	0	0	0	0	0	0
CS FIGUIRA	29	6	646	0	0	0	0	26
CS KARAN	16	26	3229	10	0	0	1	8
CS KENIEBA	17	13	1731	0	0	0	9	9
CS KENIEGUE	59	41	4076	0	0	0	5	52
CS NARENA	0	0	0	0	101	20	19	0
CS TOMBOLA	34	145	5029	762	0	0	4	70
TOTAL Nbre	1014	2138	65055	15826	2491	169	116	1481

L'ASACUYIR est le seul centre de santé où les quantités consommées des MED n'ont pu

Tableau X : Consommation des MED dans les CSCOM du 01/07/02 au 31/12/02

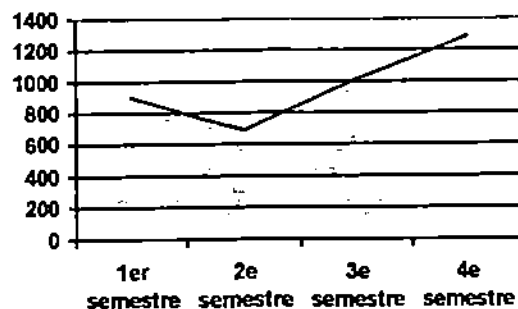
MED Centre	Amox 125 mg susp	Amox 250 mg susp	Amox 500 mg gél	Ery 250 mg comp	Gri 500 mg comp	Mico pde	Poly iodée sol	Tétra Pde 3 %
ANIASCO	161	202	6520	0	140	10	37	51
ASACOBABA	306	815	8410	7610	650	74	0	495
ASACOFAB	296	335	8060	0	0	0	0	286
ASACOMA	38	261	6860	820	110	12	13	339
ASACOMI	32	30	1770	0	0	0	0	35
ASACONIA	110	150	6700	970	0	0	0	0
ASACOSE	77	88	2150	0	0	0	19	54
ASACOSO	0	210	1650	0	0	5	0	0
ASACOSODIA	29	112	3870	0	0	0	0	10
ASACOYIR	5	7	0	0	0	0	0	0
CS FIGUIRA	38	5	286	0	0	0	0	0
CS KARAN	65	72	2285	386	0	0	0	24
CS KENIEBA	19	14	765	0	0	0	4	13
CS KENIEGUE	46	76	2000	1030	0	0	0	16
CS NARENA	19	17	1759	783	0	7	12	5
CS TOMBOLA	43	83	5164	0	0	0	0	26
TOTAL Nbre	1284	2477	58249	11599	900	108	85	1354

L'amoxicilline 250 mg a été le seul MED consommé au niveau de tous les CSCOM

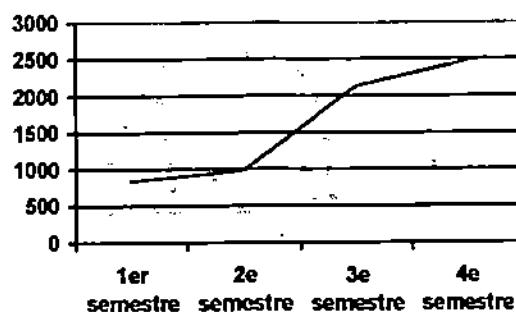
Tableau XI : Récapitulatif de la Consommation des MED/Semestre

MED	SEMESTRE			
	I	II	III	IV
Amoxi 125 mg	899	689	1014	1284
Amoxi 250 mg	841	987	2138	2477
Amoxi 500 mg	49851	33302	65055	58249
Ery 250 mg	20769	15163	15826	11599
Gri 500 mg	210	0	2491	900
Mico pde	29	10	169	108
Poly iodée	45	9	116	85
Tétra pde 3%	936	766	1481	1354

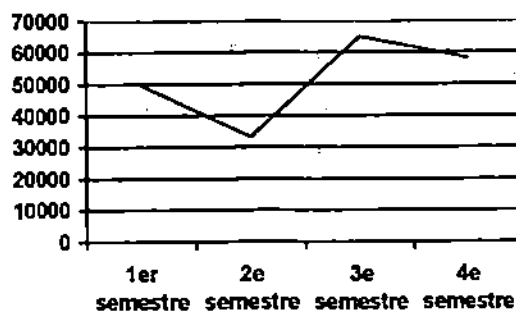
Nous avons observé une fluctuation de la consommation des MED (tableau 11). Cette fluctuation est représentée graphiquement (Graphique 9.10.11.12.13.14.15.16).



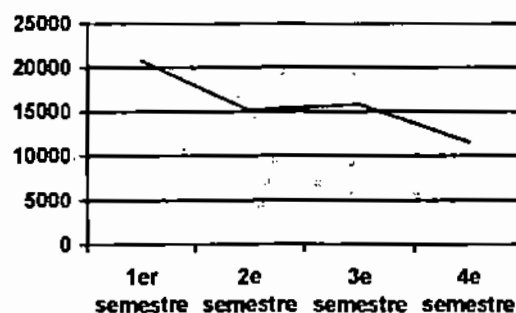
Graphique 9 : Evolution de la Consommation de l'amoxicilline 125 mg sirop
On a observé une diminution de la consommation de l'amoxicilline 125 mg du 1^{er} semestre au 2^e semestre, puis une reprise de la consommation à partir du 2^e semestre.



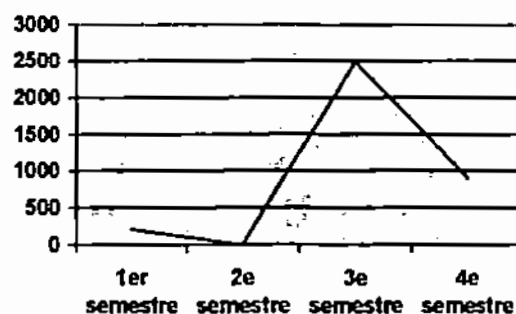
Graphique 10 : Evolution de la Consommation de l'amoxicilline 250 mg sirop
On note une augmentation de la consommation de l'amoxicilline 250 mg sirop du 1^{er} semestre au 4^e semestre.



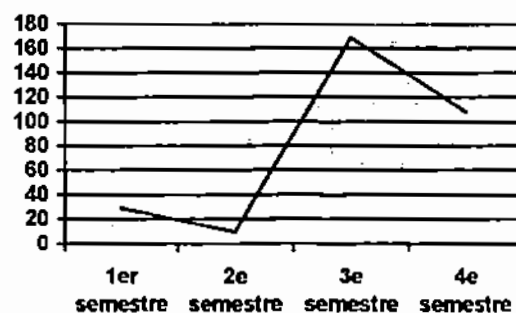
Graphique 11 : Evolution de la Consommation de l'amoxicilline 500 mg
On a observé une diminution de la consommation de l'amoxicilline 500 mg du 1^{er} semestre au 2^e semestre et du 3^e semestre au 4^e semestre : une augmentation de la consommation du



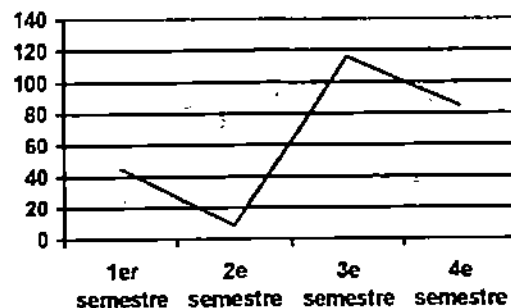
Graphique 12 : Evolution de la Consommation de l'Erythromycine 250 mg comprimé
Nous observons une diminution de la consommation de l'érythromycine 250 mg comprimé du 1^{er} semestre au 4^e semestre.



Graphique 13 : Evolution de la Consommation de la griséofulvine 500 mg
Nous observons une augmentation de la consommation de la griséofulvine 500 mg du 2^e semestre au 3^e semestre.

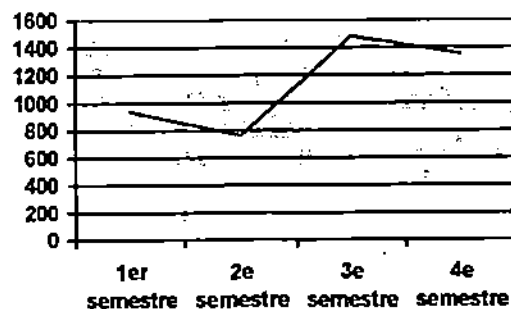


Graphique 14 : Evolution de la consommation du Miconazole pommade
Nous constatons une augmentation de la consommation du Miconazole pommade du 2^e



Graphique 15 : Evolution de la Consommation de la polyvidone iodée

Nous observons une diminution de la consommation de la polyvidone iodée du 1^{er} semestre au 2^e semestre, puis une augmentation de la consommation du 2^e semestre au 3^e semestre et enfin une diminution de la consommation du 3^e semestre au 4^e semestre.



Graphique 16 : Evolution de la Consommation de la Tétracycline pommade 3%

Nous observons une diminution de la consommation de la tétracycline pommade 3% du 1^{er} semestre au 2^e semestre ; puis une augmentation de la consommation du 2^e semestre au 3^e semestre et enfin une légère diminution de la consommation du 3^e semestre au 4^e semestre.

4-Etude du prix en Francs CFA des MED dans les CSCOM

Tableau XII : Prix en Francs CFA du coût unitaire des MED dans les CSCOM du 01/01/01 au 30/06/01.

MED Centre	Amox 125 mg susp	Amox 250 mg susp	Amox 500 mg gél	Ery 250 mg comp	Gri 500 mg comp	Mico pde	Poly iodée sol	Tétra Pde 3%
ANIASCO	800	1100	60	75			1000	400
ASACOBABA	800	800	75	60	70			345
ASACOFABA	850	850	50	50				300
ASACOMA	800	900	60	50				350
ASACOMI	600	750	60	35			1100	340
ASACONIA	700	900	75	50				340
ASACOSE	750	750	50	50			1100	400
ASACOSO			60	60	45			320
ASACOSODIA	1310	1400	70	50				450
ASACOYIR	490	600	45	25		435		290
CS FIGUIRA	795	980	50	25				315
CS KARAN	650	980	50				1700	390
CS KENIEBA	795	980	55				1760	390
CS KENIEGUE	795	980	55					315
CS NARENA	795	980	55	50				315
CS TOMBOLA		980	55					400
Prix moyen	780.71	926.27	57.81	48.33	57.5	435	1332	353.75

Nous avons constaté un écart très important du prix de l'amoxicilline 125 mg entre les

Tableau XIII: Prix en Francs CFA du coût unitaire des MED dans les CSCOM du 01/07/01 au 31/12/01.

MED Centre	Amox 125 mg	Amox 250 mg	Amox 500 mg	Ery 250 mg	Gri 500 mg	Mico pde	Poly iodée	Tétra Pde 3%
ANIASCO	800	1100	60	75				400
ASACOBABA	800	800	75	60	70	600		350
ASACOFA	850	850	75	50				300
ASACOMA	800	950	60	40				350
ASACOMI	700	650	60				1250	400
ASACONIA	700	900	75	50				340
ASACOSE	750	750	50	50				300
ASACOSO								
ASACOSODIA	1310	1400	70	50				450
ASACOVIR	660	600	45			480		290
CS FIGUIRA	795	980	50					315
CS KARAN	675	765	50	65				350
CS KENIEBA	795	980	55				1760	375
CS KENIEGUE	795	980	55	45				315
CS NARENA				50				
CS TOMBOLA	690	980	55	55				400
Prix moyen	794.29	906.06	59.64	53.18	70	540	1505	352.5

Nous avons constaté que les MED coûtent plus cher à Bamako qu'à Kangaba

Tableau XIV : Prix en Francs CFA du coût unitaire des MED dans les CSCOM du 01/01/02 au 30/06/02.

MED Centre	Amox 125 mg susp	Amox 250 mg susp	Amox 500 mg gél	Ery 250 mg comp	Gri 500 mg comp	Mico Pde	Poly iodée sol	Tétra Pde 3%
ANIASCO	800	1100	60	75	50	750	1100	400
ASACOBABA	800	800	75	60	70	600		350
ASACOFAB	850	850	50	50		700		300
ASACOMA	900	1000	60	50		1000	1000	350
ASACOMI	700	750	60	25				375
ASACONIA	700	900	75	50				340
ASACOSE	750	750	50			400		300
ASACOSO	760	760	60			620		320
ASACOSODIA	735	825	70	50		750		
ASACOTIR	490	600	45					
CS FIGUIRA	795	980	50					315
CS KARAN	765	980	50					350
CS KENIEBA	795	980	55				1705	375
CS KENIEGUE	795	980	55	45			1760	315
CS NARENA	795	980	55		40			350
CS TOMBOLA	800	980	55				1000	400
Prix moyen	764.38	888.75	58	50.63	53.33	688.57	1113	345.71

Nous observons un écart du prix de l'Ery 250 mg entre les CSCOM

Tableau XV : Prix en Francs CFA du coût unitaire des MED dans les CSCOM du 01/07/02 au 31/12/02.

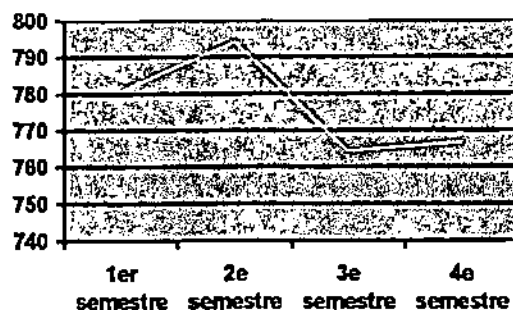
MED Centre	Amox 125 mg susp	Amox 250 mg susp	Amox 500 mg gél	Ery 250 mg comp	Gri 500 mg comp	Mico pde	Poly iodée sol	Tétra Pde 3%
ANIASCO	800	1100	60	75	50	750	1100	400
ASACOBABA	800	800	75	60	70	800		350
ASACOFA	850	850	50			700		300
ASACOMA	900	1000	60	50	40	1000	1150	300
ASACOMI	700	750	60					375
ASACONIA	700	900	75	25				
ASACOSE	750	750	50	50			1000	300
ASACOSO		870	80					350
ASACOSODIA	735	900	70			750		385
ASACOTR	795	800						
CS FIGUIRA	795	980	50					
CS KARAN	800	950	45	40			1760	350
CS KENIEBA	795	900	45				1760	315
CS KENIEGUE	670	980	45	40				350
CS NARENA	795	980	55	50	45	850	1000	315
CS TOMBOLA	615	980	40				1760	350
Prix moyen	766.67	903.75	57	49	53.33	808	1361.4	341.53

Nous observons un écart très important du prix de l'Ery 250 mg entre les CSCOM.

Tableau XVI : Récapitulatif du prix moyen des MED/Semestre

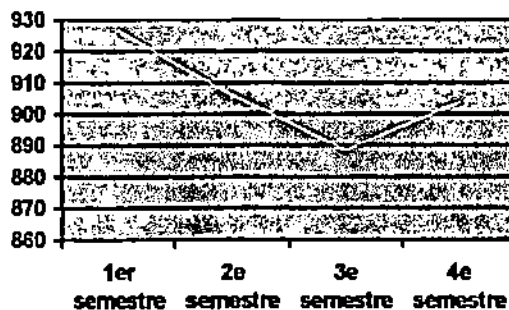
MED	SEMESTRE			
	Prix moyen Semestre I	Prix moyen Semestre II	Prix moyen Semestre III	Prix moyen Semestre IV
Amoxi 125 mg	780.71	794.29	764.38	766.67
Amoxi 250 mg	926.67	906.07	888.75	903.75
Amoxi 500 mg	57.81	59.64	58.00	57.00
Ery 250 mg	48.33	53.18	50.61	49.00
Gri 500 mg	57.50	70.00	53.33	53.33
Mico pde	435.00	540.00	688.57	808.00
Poly iodée	1332.00	1505.00	1113.00	1361.40
Tétra pde 3%	353.75	352.50	345.71	341.53

Le prix du Miconazole a augmenté du 1^{er} semestre au 4^e semestre



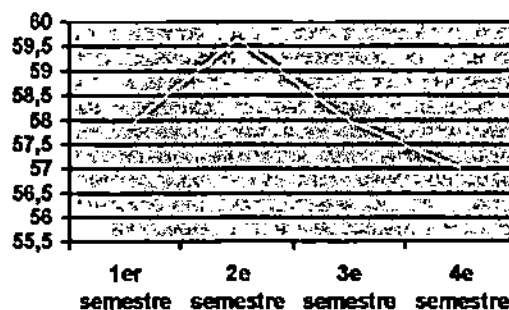
Graphique 17 : Evolution du prix moyen de l'amoxi 125 mg susp.

On a observé une augmentation du prix moyen de l'amoxi 125 mg susp du 1^{er} semestre au 2^e semestre ; ensuite une diminution du 2^e semestre au 3^e semestre.



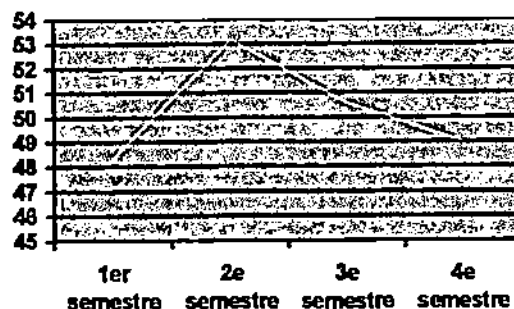
Graphique 18 : Evolution du prix moyen de l'amoxi 250 mg susp.

Il y a eu une diminution du prix moyen de l'amoxi 250 mg susp du 1^{er} semestre au 3^e semestre ; ensuite une augmentation du 3^e semestre au 4^e semestre.



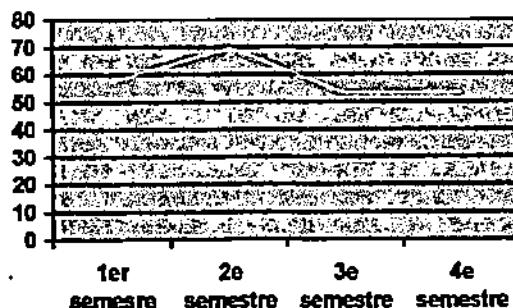
Graphique 19 : Evolution du prix moyen de l'amoxi 500 mg gél

On a observé une chute du prix moyen de l'amoxi 500 mg gél du 1^{er} semestre au 3^e semestre ; ensuite une augmentation du 3^e semestre au 4^e semestre.



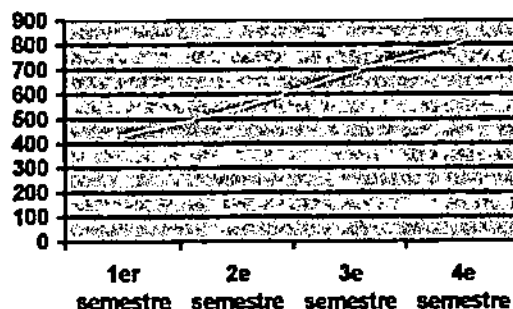
Graphique 20 : Evolution du prix moyen de l'Ery 250 mg comp.

On a observé une augmentation du prix moyen de l'Ery 250 mg comp du 1^{er} semestre au 2^e semestre ; ensuite une diminution du 2^e semestre au 4^e semestre.



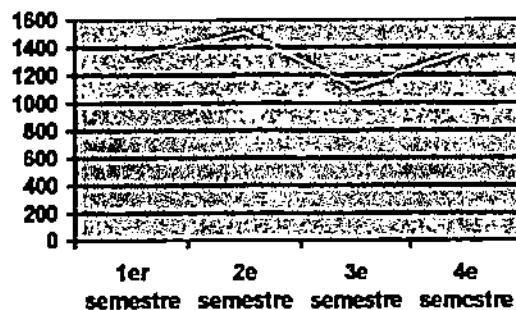
Graphique 21 : Evolution du prix moyen de la Griseo 500 mg comp.

On a observé une variation du prix moyen de la Griseo 500 mg comp durant la période d'étude.



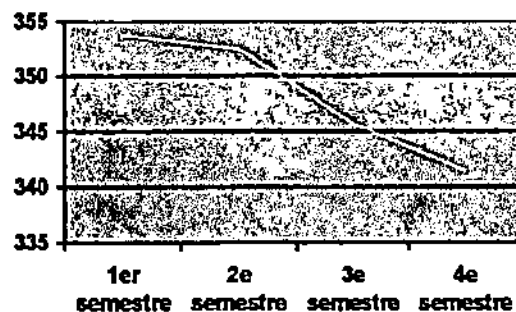
Graphique 22 : Evolution du prix moyen de la Mico pde.

On a observé une augmentation du prix moyen de la Mico pde du 1^{er} semestre au 4^e



Graphique 23 : Evolution du prix moyen de la poly iodée sol.

Il y a eu une fluctuation du prix moyen de la poly iodée sol durant la période d'étude.



Graphique 24 : Evolution du prix moyen de la Tétrapde 3%.

On a observé une diminution du prix moyen de la Tétrapde 3% du 1^{er} semestre au 4^e

III Commentaires et discussions :

Nous allons mener notre discussion suivant le plan ci-après :

- Méthodologie
- Disponibilité des supports de gestion
- Disponibilité des MED
- Consommation des MED
- Prix des MED

1-Methodes et Matériels

Notre étude a porté sur 16 centres de santé dont 10 centres dans la commune VI du district de Bamako et 6 centres dans le cercle de Kangaba .

L'objectif de cette étude était d'étudier l'impact d'un projet de formation dermatologique sur les mouvements et l'évolution des coûts des MED dans les CSCOM de la commune VI du district de Bamako et de Kangaba.

L'environnement des CSCOM, du fait de la souplesse du système de soins, constitue un milieu favorable à l'étude d'un tel projet.

L'étude a été effectuée du 01/01/2001 au 31/12/2002 soit au total quatre semestres.

A la fin de chaque semestre, nous passons recueillir les données. Souvent ces données ont été recueillies quelques jours après la fin du semestre. Mais ce retard n'a pas d'effet sur l'évolution des MED d'autant plus que le recueil des données se faisait à partir des fiches de stock. Compte tenu de l'originalité du projet de formation les résultats ne peuvent être comparés en aucun autres résultats.

2- Etude de la disponibilité des supports de gestion dans les CSCOM

C1- Tableau I : Disponibilité des supports de gestion

Dans ce tableau, il ressort que l'ASACOSO est le centre où les supports de gestion sont les plus disponibles à un taux de 77.77%.

Ce constat peut être expliqué par une méconnaissance de l'importance des supports de gestion par les gérants des dépôts.

3- Etude de la disponibilité des MED dans les CSCOM

C2- Tableau II : Disponibilité des MED du 01/01/01 au 30/06/01

Ce tableau montre que ASACOMI est le centre de santé communautaire où les MED sont les plus disponibles avec 75% de disponibilité, le taux global de disponibilité est de 51.56.

Dans ce même tableau, il ressort que l'amoxicilline 250 mg sirop, l'amoxicilline 500 mg gélule, et la tétracycline pommade 3% sont les MED les plus disponibles dans les CSCOM avec un taux de 87.5% de disponibilité chacun.

Par ailleurs les CSCOM de Bamako ont les taux de disponibilité les plus élevés. Ce constat peut être expliqué par le système d'approvisionnement des médicaments plus facile et rapide des CSCOM de Bamako, qu'à ceux de Kangaba.

C'est à dire les CSCOM de Bamako ont la possibilité de s'approvisionner auprès de nombreux grossistes (Laborex, Copharma, Multi-M....etc). Par contre les CS de Kangaba s'approvisionnent au niveau du DRC et exceptionnellement auprès de Multi-M.

C3- Tableau III : Disponibilité des MED dans les CSCOM du 01/07/01 au 31/12/01. IL ressort dans ce tableau que : ANIASCO, ASACOBABA, ASACOMA, CS KENIEGUE sont les centres de santé communautaires où les MED sont les plus disponibles avec 62.5% de disponibilité, le taux global de disponibilité est de 37.5.

Nous constatons également dans ce tableau que : l'amoxicilline 250 mg sirop, l'amoxicilline 500 mg gélule et la tétracycline pommade 3% sont les MED les plus disponibles dans les CSCOM avec 62.5 de disponibilité.

C4- Tableau IV : Disponibilité des MED dans les CSCOM du 01/01/02 au 30/06/02

Ce tableau montre que : ANIASCO, ASACOBABA, ASACOMA, ASACOSODIA, et CS KENIEGUE sont les CSCOM où les MED sont les plus disponibles avec 75% de disponibilité, le taux global de disponibilité est de 57.81%. Ceci peut être expliqué par le système d'approvisionnement des médicaments au niveau de ces centres.

Nous constatons également dans ce tableau, que l'amoxicilline 1250mg sirop est le MED le plus disponible dans les CSCOM avec un taux de 93.75 de

C5- Tableau V : Disponibilité des MED dans les CSCOM du 01/07/02 au 31/12/02

Dans ce tableau , nous constatons que le centre de santé de NARENA est le centre où les médicaments essentiels dermatologiques sont les plus disponibles avec 87.5% de disponibilité , le taux global de disponibilité est de 52.34% .

IL ressort dans ce même tableau que l'amoxicilline 250mg sirop est le MED le plus disponible dans les CSCOM avec un taux de 93.75% .

C6- Tableau VI : Récapitulatif de la disponibilité des MED dans les CSCOM
Dans ce tableau, nous constatons une fluctuation de la disponibilité des MED dans les centres de santé communautaires.

4- Etude de la consommation des MED dans les CSCOM

C7- Tableau VII : Consommation des MED dans les CSCOM du 01/01/01 au 30/06/01

Dans ce tableau , il ressort que la consommation des MED n'a pas pu être estimée dans les CSCOM de :ASACOBABA , ASACOMI , CS KARAN .Ceci s'explique par l'absence des fiches de stock au niveau de ces centres de santé communautaires durant la période.

Ce même tableau montre que la griséofulvine 500 mg a été vendue seulement dans le centre de l'ASACOSO et le Miconazole pommade dans le centre de l'ASACOYIR .

C8- Tableau VIII : Consommation des MED dans les CSCOM du 01/07/01 au 31/12/01

IL ressort dans ce tableau que les quantités des MED vendus n'ont pas pu être évaluées au niveau de l'ASACOBABA , l'ASACOMI , l'ASACOSO , et le CS NARENA . Ce constat s'explique par l'inexistence des fiches de stock dans ces centres.

Dans ce même tableau , nous constatons que la griséofulvine 500 mg n'a pas été vendue dans les CSCOM durant la période .

Le Miconazole pommade a été vendu seulement au niveau de l'ASACOYIR tant que la Polyvidone iodée a été vendue seulement au niveau du CS de

C9- Tableau IX : Consommation des MED dans les CSCOM du 01/01/02 au 30/06/02

Ce tableau montre que les MED n'ont pas été vendus au niveau de l'ASACOYIR durant cette période. Cette remarque peut être expliquée, selon le gérant, par un manque d'argent afin que les MED soient disponibles.

C10- Tableau X : Consommation des MED dans les CSCOM du 01/07/02 au 31/12/02

IL ressort dans ce tableau que :

- La griséofulvine a été vendue seulement dans les CSCOM suivants : ANIASCO, ASACOBABA, ASACOMA. Ceci peut être expliqué par la fréquence des maladies de peau traitées par ce produit au niveau de ces CSCOM,
- Le Miconazole pde a été vendu seulement au niveau de l'ANIASCO, l'ASACOBABA, l'ASACOMA, l'ASACOSO, et le CS NARENA,
- La Poly iodée a été vendue seulement au niveau de l'ANIASCO, l'ASACOMA, l'ASACOSE, le CS KENIEBA, et le CS NARENA,

C11- Tableau XI : Récapitulatif de la Consommation des MED

Dans ce tableau, il ressort que la griséofulvine 500 mg n'a pas été vendue au cours du 2^{ème} semestre.

Ce même tableau montre également :

- Une évolution de la consommation de l'Amoxicilline 125 mg du 31/12/01 au 31/12/02,
- Une évolution de la consommation de l'Amoxicilline 250 mg durant la période d'étude,
- Une fluctuation de la consommation de l'Amoxicilline 500 mg, l'Erythromycine 250 mg, la Griséofulvine 500 mg, le Miconazole pde, la Polyvidone iodée, et la Tétracycline pde 3% dans les CSCOM.

NB : Après l'analyse graphique, nous constatons une chute de la consommation de l'amoxicilline 125 mg, 500 mg, la griséofulvine 500 mg, le miconazole pommade, la polyvidone iodée, et la tétracycline pommade 3% au cours du 2^e semestre. Ce constat peut être expliqué par l'épuisement du stock

5- Etude du prix des MED dans les CSCOM

C12- Tableau XII : Prix en FCFA des MED dans les CSCOM du 01/01/01 au 30/06/01

IL ressort dans ce tableau que les prix de vente des MED varient d'un CSCOM à l'autre , souvent allant jusqu'au double (Exemple : L'Amoxicilline 125 mg était 1310 à l'ASACOSODIA et 490 à l'ASACOYIR).Ceci peut être expliqué par le réseau d'approvisionnement et de distribution de l'Amoxicilline 125 mg au niveau des CSCOM

C13 - Tableau XIII – XIV- XV : Prix en FCFA des MED dans les CSCOM du 01/07/01 au 31/12/02

Ce tableau montre que les prix de vente des MED varient d'un centre de santé communautaire à un autre. Ce constat s'explique d'une part par les dépenses faites au niveau des CSCOM (salaires du personnel et autres) , et d'autre part par le réseau de distribution et d'approvisionnement des MED dans les CSCOM.

C14- Tableau XVI : Récapitulatif du prix moyen des MED

Ce tableau montre une évolution du prix moyen de la Miconazole pommade. Dans ce même tableau, nous observons une diminution du prix moyen de la

IV- Conclusion

La politique sectorielle de santé et de population adoptée par le gouvernement en décembre 1990 a permis l'extension de la couverture sanitaire par la création des centres de santé communautaires.

Notre étude révèle les difficultés de gestion auxquelles les CSCOM sont confrontés en particulier celles de la gestion des médicaments du dépôt pharmaceutique. Elle nous renseigne sur :

1- la disponibilité des supports de gestion

Parmi les supports de gestion, les fiches de stocks et les ordonnances étaient disponibles dans la majorité des CSCOM.

Les fiches de stocks étaient disponibles et bien tenues à la hauteur de 62.5 %.

Près de 25 % des CSCOM avaient les fiches de stock mais mal tenues.

Enfin 12.5% des CSCOM n'avaient pas les fiches de stock.

2- la disponibilité des médicaments essentiels dermatologiques

La disponibilité de médicaments dépend d'une bonne gestion. Elle mérite l'attention de tous les responsables, d'autant plus que les médicaments essentiels ont une durée de rupture supérieure ou égale à un mois. Si ces médicaments ne sont pas disponibles, le CSCOM aura perdu l'une de ses causes d'existence qui se résume aux rapprochements des soins en général et en particulier des soins dermatologiques à la population et aussi à la disponibilité des médicaments au prix le plus bas possible.

En fait la disponibilité des MED a connu une augmentation sensible pour la plupart des MED vers la fin du 2^e semestre et le début du 3^e semestre.

3- la consommation des Médicaments

Le projet a démarré effectivement en janvier 2001.

Les agents ont été formés d'octobre 2001 à février 2002. Ceci a eu un impact sur la consommation.

- De janvier 2001 à juin 2001, il s'agit de la phase de préparation.
- De juin 2001 à décembre 2002 ; c'est la phase de formation et post formation.

On voit nettement que cette activité de formation a eu un impact sur la consommation des MED dans les centres de santé. Cependant cet impact tend à baisser vers la fin de l'année. Cela démontre la nécessité de relancer le projet.

En outre la consommation des MED a évolué de façon parallèle et dans la plupart des centres de santé

4- le prix des Médicaments :

Durant toute la période de l'étude (De janvier 2001 à décembre 2002), le coût des MED est resté globalement stable.

Toutefois, nous avons constaté que les MED coûtaient moins cher à Kangaba qu'à Bamako.

Nous avons observé également un écart très important du prix de médicaments entre les CSCOM de Bamako (exemple : amoxicilline 125 mg était vendu à 490 durant le 1^{er} semestre à ASACOYTR contre 1310 à

V-RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

1-Par rapport à La disponibilité des MED

- Une diversification du réseau de distribution et d'approvisionnement des MED (ce qui diminue le nombre de rupture)
- Que le médecin chef du centre soit obligatoirement associé aux choix du fournisseur.
- Enfin un respect des principes de gestion des MED au niveau des CSCOM.

2-Par rapport à la formation du personnel

- Que le projet FID fasse une formation similaire dans d'autres CSCOM.
- Que la FENASCOM et le ministère de la Santé soutiennent la formation et le recyclage des gérants du dépôt et les agents de santé .

3-Par rapport à l'organisation de la gestion du dépôt

- Que les chefs de centre s'impliquent suffisamment dans la gestion du centre.
- Que la FENASCOM mette en œuvre un programme de formation et de sensibilisation des membres du bureau de l'ASACO.

4-Par rapport à la disponibilité des supports de gestion

- Que les fiches de stock soient disponibles de façon permanente , mises à jour et bien tenues par le gérant.
- Que la FENASCOM diffuse et veille à l'application du manuel de procédure de gestion.

5-Par rapport à la fixation des prix

- Que la FENASCOM diffuse et veille à l'application de l'article 10 de la Décision N°95-198/MSSPA/GA. Dans cet article le prix de vente maximum des médicaments sous conditionnement hospitalier au niveau des CSCOM et CSA Revitalisés est déterminé par l'application d'un coefficient 1.30 sur le prix de cession des dépôts répartiteurs de cercle.

CHAPITRE

III

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CNAM :Projet pilote de lutte contre les maladies de peau dans le district de Bamako et le cercle de Kangaba : Protocole définitif. Juillet 2001,
2. Mahé A. Un projet pilote de dermatologie communautaire dans la région de Bamako: Bulletin de L'ALLF 2002 N°12, page 1-2-3-4.
3. Mahé A , Prual A , Konaté M , Bobin P . Skin diseases of children in Mali : a public health problem . Trans R Soc Trop Med Hyg 1995 ; 89 : 467-70
4. Mahé A, Thiam N'Diaye H, Bobin P. The proportion of medical consultations motivated by Skin diseases in the health centers of Bamako (Republic of Mali). Int J Dermatol ;1997 :36:185-6.
5. Mahé A, Cissé I , Faye O , Thiam N'Diaye H , Niamba P. Skin diseases in Bamako (Mali) In J Dermatol ; 1998 : 37 : 673-6
6. Symposium "public health and dermatology in developing countries » (VIIth International Congress of Pediatric Dermatology, Paris, mai 1998). Int J Dermatol ; 1999 :38 : 939-46
7. Ministère de la Santé : Guide de formation en gestion des centres de santé communautaires (CSCOM) Mali
8. Ministère de la Santé : Politique pharmaceutique nationale. Edition 2001
9. Ministère de la Santé : Qualité de la prescription et de dispensation des médicaments au Mali. Rapport d'enquête 2001
10. Ministère de la santé : Formulaire thérapeutique nationale. Edition 1998
11. Ministère de la Santé : Guide de gestion des dépôts répartiteurs de cercle, dépôts de vente et des pharmacies hospitalières. Août

12. Souleymane SYLLA Contrôle de l'utilisation du module de gestion des médicaments essentiels génériques en DCI dans les CSCOM du district de Bamako : Thèse de pharmacie : 2001 P 06

13. Centre de santé de référence de la commune VI : Monographie des CSCOM de la commune VI

II- Annexes :**Annexe I****FICHE D'EVALUATION ET DE SUIVI DES POINTS DE VENTE
OU DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS**

Date : _/_/_/_/_/_

Identification du centre

Nom du centre :

Numéro : _/_/_/_/_

District Sanitaire : _/ 1= Bamako (commune 6) 2= Kangaba

Type de structure : _/

1= grossiste ; 2= semi-grossiste ; 3= officine ; 4= centre de référence ; 5= CSCOM ; 6= CSAR ;
7= CS confessionnel ; 8= CS mutuelle ; 9= autreExistence des supports de gestion : Carte d'approvisionnement : ☐ Fiche de pointagejournalier : ☐ Fiche récapitulative Hebdomadaire : ☐ Livre journal du DRC : ☐Bon de commande : ☐ Bordereau de livraison : ☐ Fiche d'inventaire : ☐Fiche de stock : ☐ Ordonnance : ☐

Période étudiée : du/...../..... au/...../.....

Code période ___/ 1 = M0 ; 2 = M + 6 ; 3 = M + 12 ; 4 = M + 18

Tableau des mouvements de Médicaments Essentiels Dermatologiques (sur les 6 derniers mois)

Désignation	Forme	Dosage	P.U	Stock actuel	Qté commandée	Qté vendue	Nbre rupture	Péremption perte
Amoxicilline DCI	Sirop	125 mg						
Amoxicilline DCI	Sirop	250 mg						
Amoxicilline DCI	Gélule	500 mg						
Ascabiol	Lotion	125 ml						
Benzyl benzoate DCI	Lotion	125 ml						
Erythromycine DCI	Comp	250 mg						
Griséofulvine DCI	Comp	250 mg						
Griséofulvine DCI	Comp	500 mg						
Miconazole DCI	Pde	30 g						
Permanganate	Comp							
Polyvidone DCI	Sol	10 %						
Betadine jaune	Sol	10 %						
Tétracycline	Pde	3 %						
Vaseline	Pde	20 g						
Violet gentiane	Sol	1 %						

Annexe 3 : Bon de Commande**Direction Régionale de la Santé Publique..... Cercle.....****Dépôt de.....****Bon de Commande N°.....****Commande destinée à : date de la commande.....**

Code	Désignation	Dosage	Forme	Quantité commandée	Prix Unitaire	Montant	Observation

Signature et cachet :**Le Gérant****Le Médecin Chef****Le Chef Fournisseur**

Annexe 4 : Fiche de pointage journalière

Direction Régionale de la santé.....Cercle.....

Dépôt de.....

Fiche de pointage journalière.....

Date de la commande :.....

Désignation	Prix Unitaire	Quantité Totale Journalière	Montant du Jour	Quantité par Ordonnance.
Montant Totale Du Jour				

Annexe 5 : Bordereau de livraison**Direction Régionale de la santé publique.....Cercle.....****Dépôt de.....****Bordereau de Livraison N°.....****Livraison faite au.....**

Code	Dési- gnation (DCI)	Dosage	Forme	Quantité Com- mandée	Quantité Livrée	Prix Unitaire	Montant	Observa- tion

(Valeur de livraison en toutes lettres)**Signature et Cachet****Le Gérant****Le Médecin Chef****Le Réceptionnaire**

Localisation et Résumé

Nom : TRAORE

Prénom : Mamadou

TITRE :

**« EVOLUTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS
DERMATOLOGIQUES DANS LES CSCOMs DU DISTRICT DE
BAMAKO ET DE KANGABA DE JANVIER 2001 à DECEMBRE
2002 »**

Année Universitaire : 2003-2004

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie
d'Odonto- Stomatologie

Secteur d'intérêt : Santé Publique

Résumé

Le Mali est un pays en voie de développement qui connaît d'énormes problèmes de santé publique. Les maladies de peau en sont quelques uns. Toute fois, ce problème (maladies de peau) semble méconnu de la plupart des autorités sanitaires.

Dans le but de prendre en charge les maladies de peau, le projet FID a initié une formation en dermatologie des agents de santé des CSCOM de la commune VI du district de Bamako au centre national d'appui à la lutte contre la maladie et ceux des centres de santé de Kangaba au centre de référence de Kangaba.

Pour apprécier la réussite de ce projet nous nous sommes basés d'une part sur l'évolution de la disponibilité de la consommation des MED ; et d'autre part sur la mise en place et la tenue des support de gestion des médicaments au niveau des dits centres de santé .

Au terme de cette étude, nous constatons d'une manière générale une augmentation de la consommation des MED retenus. Cette étude révèle également que :

- Les fiches de stock étaient disponibles et bien tenues à la hauteur de 62.5 %,
- Près de 25% des centres avaient les fiches de stock mais mal tenues,
- 12.5% des centres n'avaient les fiches de stock,
- Les MED les plus disponibles étaient l'amoxicilline 125 mg, 250 mg, 500 mg, l'Erythromycine, la Griséo 500 mg, le Miconazole, KMNO₄, l'Auréomycine 3%, et la Polyvidone DCI,
- La consommation des MED a chuté au cour du 2^e semestre sauf pour l'amoxicilline 250 mg où nous avons observé une évolution du 1^{er} semestre au 4^e semestre,
- La Vaseline blanche, l'Ascabiol, le Violet n'étaient pas disponible durant les quatre semestres dans les CSCOM ; ce qui explique leur mis en écart des MED retenus,
- Le benzyl, benzoate DCI étaient disponibles mais offert par le projet FID,
- Les prix des MED ont subi une variation d'un semestre à un autre,
- Les chefs de centre s'intéressent très peu à la gestion du centre,

Mots Clés : Maladies de peau MED Support de gestion Centre de santé

Summary

Mali is a developing country facing serious Public health problems. Skin diseases are some of them. However, this problem (skin diseases) seems to be unknown to most of health care authorities.

In order to take in charge skin diseases, the FID Project initiated a training in dermatology for health care agents of the CSCOM of the "Commune VI" of the District of Bamako in the "Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie" in (National Center for struggle/ fight against disease) and those of the health care centers of Kangaba, in the reference center of Kangaba.

To assess the success of this project, we referred ourselves to the consumption availability of the MED on one hand, and on another hand on the setting and the keeping of the managing supports of the medicines at the level of the so called health care centers.

At the end of this study, we notice in a general way the augmentation of the consumption of the MED chosen.

This study also revealed that :

- The stock files were available and Well-kept at the rate of 62.5 %.
- Almost 25 % of the centers had stock files but badly kept.
- 12.5 % of the centers had no stock files.
- The Most available MED were "Amoxilline 125 mg, 250 mg, 500 mg, Erythromycine, Griséo 500 mg, Miconazole, KMNO₄, Auréomycine 3 % and the polyvidone DCI.
- The consumption rate of the MED fell during the end semester except for the Amoxilline 250 mg where we observe an evolution from the 1st semester to the 4th semester.
- The White Vaseline, The Ascabiol, the violet were not available during the four semesters in the CSCOM, that why they are not taken into account among the MED.
- The Benzil, Benzoate DCI were available but offered by the FID project.
- The prices of MEDs underwent variations from one semester to another.
- The chiefs of the centers are less interested in the management of the center.

Key Words : Skin diseases = (MED)

- Managements support
- Community health care center = CSCOM

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et de sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.