

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU STATUT JURIDIQUE
DES ETABLISSEMENTS PHARMACEUTIQUES DE
DISTRIBUTION AU PUBLIC

THESE

présentée et soutenue publiquement le 5 OCTOBRE 1989
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Par

MONSIEUR SOUMAILA BENGALY

pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN PHARMACIE (DIPLOME D'ETAT)

Examineurs de la thèse :

Président : Professeur Boubacar DISSE :

Juges : - Professeur Gaoussou KANOUNTE
- Docteur Souleymane GUINDO
- Maître Aly Ibrahima TOURE
- Docteur Soukassoum HAIDARA (Directeur de Thèse)

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 1988 - 1989

Professeur Aliou BA	Directeur Général
Professeur Bocar SALL	Directeur Général Adjoint
Professeur Hubert BALIQUE	Conseiller Technique
Monsieur Demba DOUCOURE	Secrétaire Général
Monsieur Hama B. TRAORE	Econome

D.E.R. DE CHIRURGIE ET DE SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Mamadou Lamine TRAORE, Chef de DER	Chirurgie Générale, Médecine légale
Professeur Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur Bocar SALL	Orthopédie - Traumatologie
Professeur Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Abdoul Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Bénitiéni FOFANA	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme SY Aïda SOW	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Amadou Ingré DOLO	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Docteur Selif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Massaoulé SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme TRAORE Jeannette THOMAS	Ophtalmologie
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Docteur Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.

.../...

Docteur Madani TOURE	Chirurgie Infantile
Docteur Tahirou BA	Chirurgie Générale
Docteur Mamadou DOLO	Chirurgie Générale
Docteur Nady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Mme Fanta KONIPO	O.R.L.

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Nouhoum BA	Chirurgie Générale
Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE	Urologie
Docteur Gérard TRUSCHEL	Anatomie

3. ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DICF	Chirurgie Générale
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur Lassana KOITA	Chirurgie Générale
Docteur Sékou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Docteur Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Docteur Mamadou A. CISSE	Urologie
Mme COUMARE Fanta COULIBALY	T.P. Soins Infirmiers

D.E.R. DE MEDECINE ET DE SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Souleymane SANGARE, Chef de D.E.R.	Pneumo-Physiologie
Professeur Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Kouréissi TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Aly Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie

.../...

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Sidi Yéhia TOURE	Réanimation
Docteur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Docteur Eric FICHARD	Médecine Interne
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Aly DIALLO	Hématologie, Médecine Interne
Docteur Sidi Mohamed SALL	Cardiologie

3. ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Moussa MAIGA	Gastro-Entérologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Docteur Souminta M. KEITA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Mme KONARE Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Kader TRAORE	Médecine Interne

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima KOUMARE, Chef D.E.R.	
Professeur Siné BAYO	Anatomie Pathologie
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Anatomie

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Zoologie-Généétique

3. DOCTEURS 3EME CYCLE

Professeur Boubou DIARRA	Microbiologie
Professeur Moussa ARAMA	Chimie Minérale et Organique
Professeur Moussa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Niamanto DIARRA	Mathématiques
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Souleymane TRAORE	Physiologie Générale
Professeur Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Professeur Salikou SANOGO	Physique

.../...

Professeur Mme THIAM Aïssata SOW	Biophysique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Minérale
Professeur Abdoulaye KOUmare	Chimie Générale
Professeur Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Godefrou COULIBALY	T.P. Parasitologie
Professeur Mamadou KONE	Anatomie-Physiologie Humaine
Professeur Jacqueline CISSE	Biologie Animale
Professeur Bakary SACKO	Biochimie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DCUMBO	Parasitologie
Docteur Yéya MAIGA	Immologie
Docteur Abdourhamane Sidèye MAIGA	Parasitologie

5. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
Docteur Hama CISSE	Chimie Générale

6. ASSISTANTS

Docteur Flabou BOUGOUDOLO	T.P. Microbiologie
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie
Docteur Abdoul K. TRAORE Dit DIOP	T.P. Anatomie

7. CHARGE DE COURS

Monsieur Modibo DIARRA	Diététique-Nutrition
------------------------	----------------------

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSE, Chef de D.E.R.	Toxicologie
Professeur Mamadou KOUmare	Matière Médicale, Pharmacologie

2. DOCTEURS 3EME CYCLE

Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU	Pharmacie Galénique
---------------------------------	---------------------

3. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Boulkassoum HAIDARA	Législation-Gestion Pharmaceutique
Docteur Boubacar KANTE	Pharmacie Galénique
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Souleymane DIA	Pharmacie Chimique
Docteur Alou KEITA	Pharmacie Galénique
Docteur Arouna KEITA	Matière Médicale
Docteur Souleymane GUINDO	Gestion

4. ASSISTANT

Docteur Drissa DIALLO	Matière Médicale
-----------------------	------------------

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Sidi Yéya SIMAGA, Chef de D.E.R.	Santé Publique
--	----------------

2. MAITRE DE CONFERENCE

Docteur Hubert BALIQUE	Santé Publique
------------------------	----------------

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Sory Ibrahima KABA	Epidémiologie
Docteur Sanoussi KONATE	Santé Publique
Docteur Moussa Adama MAIGA	Santé Publique
Docteur Georges SOULA	Epidémiologie
Docteur Pascal FABRE	Santé Publique

4. CHARGES DE COURS

Monsieur Cheick Tidiani TRAORE	Hygiène du Milieu
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Cumar SYLLA	Pharmacie Chimique
Professeur Hubert GIONO-BERBER	Pharmacodynamie
Docteur Guy BECHIS	Biochimie

.../...

Professeur François MIRANDA	Biochimie
Professeur Alain GERAULT	Biochimie
Docteur Marie-Hélène ROCHAT	Pharmacie Galénique
Docteur François ROUX	Biophysique
Docteur Alain LAURENS	Pharmacie Chimique
Monsieur El Hadji Mokhtar WADE	Bibliographie
Professeur Jean-Pierre REYNIER	Pharmacie Galénique
Professeur GENIAUX	C.E.S. Dermatologie
Professeur LAGOUTTE	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Philippe YERIN	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Jean-Pierre BISSET	Biophysique
Professeur Faulette GIONO-BARBER	Anatomie Physiologie Humaine.

D E D I C A C E S

Je dédie cette thèse :

- A la mémoire de ma très regrettée marâtre Astan DIARRA, toi qui, par bonté et générosité as su m'élever dans la chaleur d'un amour sincère.

Que la terre te soit légère.

- A mon très regretté oncle paternel Salif BENGALY. Puissent tes sages conseils sur la patience et l'amour du prochain me guider éternellement sans défaillance.

- A ma mère, en témoignage des souffrances que tu as consenties pour mon éducation.

- A mon père, qui a su m'élever dans la dignité et l'honnêteté. En reconnaissance de tout le soutien moral et financier dont j'ai toujours bénéficié.

- A mes sœurs et à mes frères, en témoignage des soins dont j'ai toujours bénéficié. Puisse le temps consolider cette fraternité dans l'amitié et la concorde.

- A mes oncles, plus particulièrement Adama TRAORE, pour toute l'assistance dont vous avez toujours fait preuve.

- A mes cousins, à mes cousines, à mes neveux, à mes nièces, pour l'attention particulière que les uns et les autres m'ont témoignée dans la réalisation de ce travail.

- A mes camarades et à mes amis, en guise de remerciements pour leur concours franc et sincère

- A Monsieur Souleymane DIARRA pour les conseils fructueux qu'il m'a souvent prodigués.

- A tout le personnel de la Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale.

.../...

- A tout le personnel de la Pharmacie Populaire, plus particulièrement Monsieur Souaïbou BABY, Directeur Administratif et Juridique pour ses précieux conseils.

- A tous les Etudiants de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie.

- A tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail.

R E M E R C I E M E N T S

Mes remerciements vont :

- A notre Maître, le Professeur Boubacar CISSE, Professeur Agrégé de Toxicologie, Chef de D.E.R. de la Pharmacie. En acceptant, malgré vos multiples préoccupations, de présider ce jury, vous n'avez fait que nous confirmer votre qualité d'homme de science à la recherche du progrès. Trouvez ici le témoignage de ma profonde gratitude et de ma sincère admiration.

- A notre Maître, le Magistrat Aly Ibrahima TOURE, Chef de la Division des Affaires Pénales à la Direction Nationale des Affaires Judiciaires. Nous avons été sensible à l'intérêt particulier que vous n'avez jamais cessé de manifester pour ce travail par l'apport constant de vos remarques et suggestions. Soyez assuré de notre profonde gratitude. Votre présence dans notre jury est un réel plaisir et une légitime fierté.

- A notre Maître, le Docteur Souleymane GUINDO, Directeur Régional du District - Pharmacie Populaire du Mali. Nous devons ce travail à votre compréhension et à votre constante sollicitude. Il faut persévérer dans votre noble mission qui consiste à tendre la main aux autres, surtout à vos frères ; le résultat est certainement sans regret. En témoignage de notre dévoué et déférent attachement.

- A notre Maître, le Professeur Gaoussou KANOUTE, Professeur Agrégé de Chimie Analytique. En témoignage de nos sincères remerciements pour avoir accepté de siéger au jury de cette thèse.

- A notre Maître, le Docteur Boukassoum HAIDARA, Docteur ès Sciences Pharmaceutiques, Conseiller Technique au Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Vous avez choisi ce sujet par objectivité et par amour pour le Mali. Vous avez enrichi sa réalisation par la solide et intarissable expérience que vous détenez sur les problèmes pharmaceutiques en général et maliens en particulier.

Votre jugement sur ce travail ne peut être pour nous qu'un gage
de légitime fierté.

Merci de tout cœur pour le soutien moral.

S O M M A I R E

	<u>PAGES</u>
<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>PREMIERE PARTIE : STATUT DES ETABLISSEMENTS PHARMACEU- TIQUES DE DISTRIBUTION AU PUBLIC AVANT L'INDEPENDANCE</u>	3
<u>CHAPITRE I : RAPPEL DE L'EVOLUTION DE LA LEGISLA- TION ET DE LA REGLEMENTATION PHARMA- CEUTIQUE AU MALI</u>	3
A. LA SITUATION AVANT 1953.....	3
B. SITUATION A PARTIR DE 1953 JUSQU'AUX INDE- PENDANCES.....	4
C. RAPPEL DES DISPOSITIONS FONDAMENTALES DE LA LOI DU 21 GERMINAL AN XI (11 AVRIL 1803)	6
D. APPLICATION DE LA LOI DU 21 GERMINAL AN XI EN A.O.F. : DECRET DU 26 JANVIER 1926 RE- GLEMENTANT L'EXERCICE DE LA PHARMACIE.....	10
<u>CHAPITRE II : STATUT DES ETABLISSEMENTS PHARMACEUTI- QUES DE DISTRIBUTION AU PUBLIC A PARTIR DE 1953</u>	15
A. L'OFFICINE.....	16
B. ETABLISSEMENTS DE DISTRIBUTION AU DETAIL A CARACTERE SPECIFIQUE.....	21
C. DEPOTS DE MEDICAMENTS GERES PAR DES NON- PHARMACIENS.....	23
D. CONTROLE DES ACTIVITES MENEES DANS LES DEPOTS ET LES OFFICINES.....	29
<u>DEUXIEME PARTIE : STATUT DES ETABLISSEMENTS PHARMACEU- TIQUES DE DISTRIBUTION AU PUBLIC DE- PUIS L'ACCESSION A L'INDEPENDANCE DU MALI</u>	33
<u>CHAPITRE I : ETAPE DE 1960 A 1985</u>	34
A. OFFICINES.....	34
B. DEPOTS DE MEDICAMENTS.....	41
C. INSPECTION DES "OFFICINES" ET DES DEPOTS AGREES PAR LA PHARMACIE POPULAIRE.....	46

CHAPITRE II : ETABLISSEMENTS DE DISTRIBUTION AU
PUBLIC DE MEDICAMENTS A PARTIR DE 1985 53

STATUTS :

A. L'OFFICINE PRIVEE.....	55
B. LES DEPOTS PRIVES.....	60
C. INSPECTION DES OFFICINES ET DES DEPOTS DE MEDICAMENTS.....	63
D. DISPOSITIONS REPRESSIVES.....	65
E. QUELQUES OBSERVATIONS SUR CES DISPOSITIONS JURIDIQUES.....	68

<u>CONCLUSION</u> :.....	72
--------------------------	----

<u>ANNEXE I</u> :	80
-------------------------	----

<u>ANNEXE II</u> :	83
--------------------------	----

ANNEXE III :

a) Loi n°54-418 du 15 Avril 1954.....	92
b) Décret n°55-1122 du 16 Août 1955.....	94
c) Décret n°55-1123 du 16 Août 1955.....	101
d) Arrêté n°77.10.SP du 14 Septembre 1956.....	103

ANNEXE IV :

- Loi n°85-41/AN-RM du 22 Juin 1985.....	108
- Décret n°177/PG-RM du 23 Juillet 1985.....	113
- Arrêté n°5108/MSP-AS/CAB du 5 Mai 1986.....	126
- Loi n°86-36/AN-RM du 12 Avril 1986.....	144

<u>ANNEXE V</u> :.....	155
------------------------	-----

<u>BIBLIOGRAPHIE</u> :	156.
------------------------------	------

LISTE DE QUELQUES ABREVIATIONS UTILISEES DANS CETTE THESE

1. A.C.F. : Afrique Occidentale Française
2. T.O.M. : Territoire d'Outre-mer
3. C.S.P. : Code la Santé Publique
4. F.P.M. : Pharmacie Populaire du Mali
5. MSP-AS : Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales
6. M.T.S.E.E. : Ministère de Tutelle des Sociétés et Entreprises d'Etat
7. ISP-AS : Inspection de la Santé Publique et des Affaires Sociales
8. S.M.D.R. : Société Mutuelle de Développement Rural.

I N T R O D U C T I O N

Contrairement aux autres Etablissements de distribution des denrées consommables, ceux destinés à la dispensation des médicaments sont soumis par nécessité à des contraintes juridiques qui doivent garantir la stabilité et la sécurité d'utilisation de ces substances ou compositions présentées comme possédant essentiellement des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales.

L'évolution de ces établissements pour le Mali (ex-Soudan français), comme tous les autres pays qui ont subi le même destin colonial, prend sa source dans les dispositions de la Loi du 21 Germinal An XI (11 Avril 1803). En fait, cette Loi de Germinal An XI, qui a constitué pendant près de 150 ans une véritable charte pharmaceutique pour les pays issus de domination française, a marqué de façon indélébile ces pays qui traînent encore certaines de ses séquelles juridiques malgré leur statut d'Etats Indépendants.

La contribution que nous tentons de présenter dans ce travail retrace deux étapes fondamentales dont chacune est composée d'étapes intermédiaires ayant des significations juridiques différentes.

Ainsi on notera :

1) Un statut juridique de ces établissements depuis la Loi du 21 Germinal An XI jusqu'en 1953 avec :

- le rappel de la situation avant et après 1926,
- le rappel de la situation de 1953 à l'accession de notre pays à l'Indépendance.

Notons que cette période décisive a été marquée d'une part par la création de la section F de l'Ordre des Pharmaciens et d'autre part par l'application en 1954 de certaines dispositions du Code Français de la Santé Publique (notamment son livre V se rapportant à la pharmacie) aux territoires d'Outre-Mer, au Togo et au Cameroun.

Les modifications fondamentales intervenues après 1954 sont celles de Février 1959 qui correspondent à un moment où le Soudant, déjà doté de sa constitution, s'apprêtait à accéder à l'Indépendance dans le cadre de la Fédération du Mali.

2) Un statut juridique de ces établissements de l'accession à l'Indépendance à nos jours avec deux temps forts qui vont de :

- La période de 1960 à 1985 où notre jeune Etat, d'abord était confronté prioritairement à des problèmes d'organisation de son développement économique et social. Cependant avec l'aggravation de la crise économique mondiale caractérisée par l'inflation, la détérioration des termes de l'échange et les hostilités naturelles comme la sécheresse, le désengagement de l'Etat de certains secteurs devenait une nécessité.

C'est dans ce cadre que s'inscrit la volonté politique manifestée en 1984 par le Conseil National de l'Union Démocratique du Peuple Malien pour la privatisation des professions médicales et vétérinaires dont les textes de création et d'organisation ont été élaborés en 1985.

- La période de 1985 à nos jours : cette période est dominée par :

. la naissance de près d'une trentaine d'officines privées,

. l'amorce de la politique de désengagement de l'Etat du secteur de la distribution du médicament.

Ce travail, sans avoir nullement la prétention d'être exhaustif, fait un rappel de l'expérience vécue et ébauche une plate-forme de réflexion pour le Législateur afin de permettre l'amélioration constante de la qualité des prestations données par les Pharmaciens.

PREMIERE PARTIE : STATUTS DES ETABLISSEMENTS PHARMACEUTIQUES DE
DISTRIBUTION AU PUELIC AVANT L'INDEPENDANCE

Pour mieux comprendre les statuts des établissements pharmaceutiques au Mali avant son accession à l'Indépendance, il convient tout d'abord de faire un bref rappel de l'évolution de la législation et de la réglementation pharmaceutique au Mali à la lumière des grandes étapes historiques de son évolution politique.

CHAPITRE I : RAPPEL DE L'EVOLUTION DE LA LEGISLATION ET DE
LA REGLEMENTATION PHARMACEUTIQUE AU MALI

A l'instar de tous les Etats de l'Afrique de l'Ouest issus de la colonisation française, l'évolution de la législation et de la réglementation pharmaceutique au Mali est étroitement liée à celle de son statut politique dont les trois (3) étapes fondamentales sont :

- l'étape de la colonie française,
- l'étape de territoire d'outre-mer dans le cadre de l'Union Française puis d'Etat membre de la Communauté Française,
- l'étape d'Etat souverain et indépendant.

Toute la période de la domination française a été marquée par la mise en place de la réglementation pharmaceutique qui peut être divisée en deux (2) parties :

A. LA SITUATION EXISTANT AVANT 1953 :

Elle caractérise l'étape coloniale proprement dite au cours de laquelle certaines dispositions du Code de Santé Publique en vigueur dans la métropole en matière de pharmacie et de médicaments étaient rendues applicables au Soudan ainsi qu'à toutes les colonies et territoires sous mandat (Cameroun et Togo), dans les protectorats avec quelques modalités particulières.

Ainsi les premières dispositions réglementaires appliquées dans les colonies étaient fondées sur la Loi du 21

Germinal An XI (11 Avril 1803) jusqu'en 1953 malgré la promulgation en France métropolitaine de la Loi du 11 Septembre 1941.

En Afrique Occidentale Française (A.O.F.) les dispositions de la Loi du 21 Germinal An XI ont été appliquées suivant deux (2) étapes bien distinctes :

a) Avant la période de 1926 :

Les premières mesures mises en place ne concernaient que la partie de l'actuel territoire du Sénégal (Saint-Louis, Dakar, Gorée) sous domination française. Il faut rappeler à cet effet que le statut de commune de plein exercice de Saint-Louis remontait à 1848. L'arrêté du 25 Décembre 1842 fut le premier texte réglementaire promulgué en A.O.F. en matière de pharmacie et de médicament. Ses dispositions concernaient les conditions exigées pour l'ouverture d'une pharmacie au Sénégal et l'autorisation était délivrée par le Gouvernement.

b) Situation à partir de 1926 :

Elle est marquée par la promulgation de deux (2) décrets fondamentaux en date du 26 Janvier 1926 : l'un portant sur l'exercice de la pharmacie et l'autre sur la réglementation des substances vénéneuses. Nous nous étendrons plus loin sur les dispositions concernant ces deux (2) décrets.

B. SITUATION A PARTIR DE 1953 JUSQU'AUX INDEPENDANCES

La législation et la réglementation pharmaceutique dans les Etats de l'A.O.F. issus de la colonisation ont été progressivement mises en place à partir de 1953 jusqu'en 1958. Cet héritage colonial présente une intégration de l'organisation professionnelle et de la réglementation pharmaceutique dans les territoires d'outre-mer, au Togo et au Cameroun dans celles existant en France métropolitaine grâce à une double extension :

- L'extension de la législation pharmaceutique instituée en France par la Loi organique du 11 Septembre 1941 et qui

mettait définitivement fin au régime du 21 Germinal An XI.

- L'extension de l'Ordre des Pharmaciens créé par l'Ordonnance du 5 Mai 1945.

L'application de certaines dispositions de la Loi du 11 Septembre 1941 a été acquise à la suite de grandes discussions au niveau du Parlement Français. Ainsi deux (2) lois furent votées :

* La Loi n°53-662 du 1^{er} Août 1953 modifiant et complétant le Code de la pharmacie concernant l'Ordre National des Pharmaciens a été rendue applicable aux T.O.M., au Togo et au Cameroun, et le décret du 5 Novembre 1953 définit la section F de l'Ordre des Pharmaciens.

* La Loi n°54-418 du 15 Avril 1954 a été étendue aux T.O.M., au Togo et au Cameroun concernant certaines dispositions du Code de la Santé Publique relatif :

- aux conditions générales d'exercice de la pharmacie : conditions de bonne moralité, de diplôme, de nationalité et l'inscription à l'Ordre des Pharmaciens,
- à l'organisation professionnelle,
- à l'organisation administrative,
- au statut des établissements pharmaceutiques et du médicament.

C'est ce régime établi par la Loi n°54-418 qui demeura en vigueur dans tous les Etats de l'A.O.F., y compris le Soudan, issus de la colonisation française jusqu'aux Indépendances.

Après cet aperçu historique, nous examinerons les textes législatifs et réglementaires fondamentaux qui ont régi les établissements de distribution au public jusqu'aux Indépendances.

* Rappel des principaux textes réglementant les établissements pharmaceutiques de distribution au public.

. Situation avant 1953 :

Les Etats de l'Afrique Occidentale Française (A.O.F.)

issus de la colonisation, y compris le Soudan, bénéficièrent de deux régimes juridiques distincts concernant la distribution du médicament au public.

C. RAPPEL DES DISPOSITIONS FONDAMENTALES DE LA LOI DU
21 GERMINAL AN XI (11 AVRIL 1803) :

Le régime du 21 Germinal innovait, par rapport aux textes antérieurs, par l'introduction en France d'une réglementation plus cohérente et uniforme sur tout le territoire. Son titre IV est consacré à l'exercice de la pharmacie. Il convient de préciser que ces dispositions, dont nous ferons l'analyse ci-après, régissaient uniquement l'officine.

1) Au sens de la réglementation en vigueur, l'officine désigne l'établissement tenu par un pharmacien et affecté à la préparation et au débit au poids médicinal des drogues et des préparations médicinales conformément aux formules insérées et décrites dans les dispensaires ou formulaires.

2) La Loi de Germinal créait un monopole au profit des pharmaciens. Ce monopole s'étendait à la préparation et au débit au poids médicinal de :

- toute drogue ou préparation médicinale,
- les pansements imprégnés de substances médicamenteuses : acide borique, phénol, sublimé corrosif, iode, iodoforme, salicylate de phényle, etc...

Les pharmaciens partageaient ce monopole avec :

- a) Les herboristes qui avaient le droit de vendre des plantes ou des parties de plantes médicinales indigènes, fraîches ou sèches et ne renfermant pas de substances vénéneuses (Art. 37).
- b) Les épiciers et les droguistes qui pouvaient faire le commerce en gros des plantes médicinales (Art.33).
- c) Les officiers de santé établis dans les agglomérations où il n'y aurait pas de pharmaciens ayant une officine ouverte et qui pouvaient fournir des médicaments simples

ou composés aux personnes près desquelles ils étaient appelés mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte (Art.27).

3) L'ouverture et l'exploitation d'une officine étaient soumises à des conditions strictes : les conditions suivantes étaient exigibles de toute personne qui désirait exercer la pharmacie :

- Etre âgé de 25 ans révolus (Art. 16) : Cette règle fut exigée à un moment où l'instruction était surtout professionnelle. Le législateur avait voulu imposer un nombre d'années suffisant entre l'entrée en apprentissage et la maîtrise. On exigeait du pharmacien une maturité d'esprit pouvant éviter des erreurs particulièrement graves.

- Etre en possession du diplôme de pharmacien :
Il y avait deux diplômes de pharmacien :

- le diplôme de pharmacien de première classe obtenu dans une école de pharmacie,
- le diplôme de pharmacien de deuxième classe obtenu devant un jury départemental.

Seuls les pharmaciens de première classe avaient qualité pour exercer leur art partout où ils voulaient sur le territoire.

Les pharmaciens de deuxième classe ne devaient exercer la pharmacie que dans les départements où ils avaient obtenu leur diplôme.

Nous retiendrons que ces dispositions du 21 Germinal ne relevaient d'aucune logique : le pharmacien de deuxième classe qui était reconnu compétent dans un département pour exercer son art, perdait cette qualité lorsqu'il devait s'établir dans un autre département.

- Obtenir l'enregistrement du diplôme (Art.21 et 22) : La Loi du 21 Germinal An XI ordonnait le recensement des pharmaciens disposant d'officine avec la prescription ferme

qu'ils sont tenus dans un délai de trois mois d'adresser copie légalisée de leur diplôme au préfet de la localité du ressort de leurs officines. Le diplôme devait être produit pendant le même délai au greffe du Tribunal de Première Instance. En outre les préfets devaient tenir chaque année la liste des pharmaciens établis dans les différentes villes de leurs départements (Art. 28).

Cette procédure visait un but d'intérêt public : le contrôle des officines par les autorités.

Notons que la condition de Nationalité Française n'était pas mentionnée car elle était de toute évidence. Cependant l'on admettait les ressortissants des Etats accordant la réciprocité aux nationaux français.

Toute personne qui contrevenait à ces dispositions commettait le délit d'exercice illégal de la pharmacie qui était punissable par les juridictions pénales et civiles. Malgré ces mesures, on assistait à de nombreux abus préjudiciables à la santé des populations. En fait, l'absence d'une réglementation conséquente pour l'ouverture d'une officine amenait les tribunaux à rappeler "qu'aucune loi ne prescrit la réunion dans les mêmes mains, de la propriété du diplôme de pharmacien et de la propriété du fonds de la pharmacie, et que, par suite, le propriétaire d'une pharmacie peut faire gérer sa propre officine par un pharmacien titulaire, pourvu que le gérant la dirige sérieusement et réellement".

Nombreuses étaient les officines qui étaient la propriété de non-diplômés : on pouvait recenser 20 % des officines dans certaines villes. Face à ces abus qui compromettaient l'avenir de la profession, le législateur devait intervenir pour compléter la loi du 21 Germinal An XI, dont l'article 25, disposait désormais que "nul ne pourra obtenir de patente pour exercer la profession de pharmacien, ouvrir une officine de pharmacie, préparer, vendre et débiter aucun médicament s'il n'a été reçu suivant les formes voulues jusqu'à ce jour, ou

s'il ne l'est dans une des écoles de pharmacie par l'un des jurys, etc..."

La loi du 21 Germinal définissait ainsi le cadre d'un monopole pour le pharmacien d'officine et ébauchait une réglementation cohérente à la suite de décisions successives rendues par la jurisprudence qui affirmait que les conditions d'ouverture et d'exploitation d'une officine devaient nécessairement avoir des motifs d'intérêt public, différer de celles de tout autre fonds de commerce. Désormais nul ne pouvait prétendre à la propriété d'une officine sans être capable de la gérer personnellement. Il ne suffisait plus en effet, que le pharmacien qui désirait ouvrir ou exploiter une officine remplisse les conditions d'aptitude que nous avons ci-dessus énumérées ; il fallait de plus qu'il soit propriétaire de l'officine et qu'il la gère en personne.

Cela revient à dire que le pharmacien doit être à la fois le propriétaire et le gérant de l'officine dont il est titulaire. Les règles de jurisprudence imposaient ce principe pour assurer au pharmacien la liberté nécessaire pour prévenir les abus que peut comporter l'exercice de la pharmacie, tandis que le véritable propriétaire sans titre légal serait porté par son intérêt à favoriser ces abus en spéculant, par exemple sur des produits de mauvaise qualité.

Il convient de préciser que ces dispositions qui relevaient de la jurisprudence n'étaient point obligatoires.

Quant à l'inspection des officines (Art. 21), la loi de Germinal instituait un contrôle des officines, des magasins de droguistes et d'herboristes par les membres des écoles de médecine et de pharmacie assistés des commissaires de Police dans le but de veiller à la bonne et rigoureuse application des mesures instituées par la loi.

Les Inspecteurs procédaient à une visite régulière de ces lieux au moins une fois par an.

Dans les officines, les Inspecteurs constatent si :

- les conditions d'aptitude à l'exercice de la profession sont réunies par le pharmacien titulaire ;
- les préparations ou compositions médicinales sont effectuées conformément aux formules insérées et décrites dans les formulaires ou dispensaires ;
- le débit des drogues ou préparations sont effectuées conformément aux ordonnances rédigées par les docteurs en médecine, les chirurgiens et les officiers de santé,

Toutes mesures édictées pour s'assurer qu'il n'y a pas :

- d'inobservation de la loi dans les officines,
- de délit d'exercice illégal de la pharmacie,
- d'infraction au monopole des pharmaciens : les herboristes qui contrevenaient aux dispositions relatives au monopole devaient payer une amende de 500 Francs.

D. APPLICATION DE LA LOI DU 21 GERMINAL AN XI EN A.O.F. :
DECRET DU 26 JANVIER 1926 REGLEMENTANT L'EXERCICE
DE LA PHARMACIE

Le décret du 26 Janvier 1926 reprenait, dans ses principes, les mesures déjà amorcées par les textes primitifs de la loi du 21 Germinal. Cependant, compte tenu de l'évolution de la législation pharmaceutique, ces mesures avaient été renforcées pour assurer une protection plus grande de la Santé Publique. Nous ne ferons pas cas des conditions d'aptitude à l'exercice de la profession qui n'ont pas subi de modification majeure par ce décret. Toutefois, il convient de préciser qu'à la date du 26 Janvier 1926, le diplôme de pharmacien de deuxième classe était supprimé en France (loi du 19 Avril 1898) alors que subsistait celui de pharmacien auxiliaire délivré par l'école de médecine et de pharmacie de Dakar.

Il faut également noter que le décret du 26 Janvier 1926 créait au profit des pharmaciens un monopole beaucoup plus

étendu (Art. 11). En effet, étaient désormais réservées à l'exclusivité des pharmaciens la préparation et la vente :

- Des produits spéciaux (spécialités), vendus dans un but curatif.

- Des objets de pansements médicamenteux, tels que ouate et tissus imprégnés d'un produit médicamenteux : iodoforme, salol, bichlorure, etc... ainsi que les drains et ligatures stérilisés.

- Les eaux minérales médicinales autres que celles pouvant servir de boissons habituelles dans l'état de santé.

- Les sérums autorisés, vaccins, toxines et liquides organiques.

Toutefois, les pharmaciens partageaient ce monopole avec :

- les épiciers et les droguistes qui ne peuvent faire que le commerce en gros des drogues simples (Art. 12) ;

- les médecins et les vétérinaires établis dans les centres non pourvus de pharmaciens pouvaient fournir des médicaments aux personnes qui les sollicitaient et qui résidaient à plus de vingt (20) kilomètres d'une pharmacie régulièrement établie, mais sans avoir la possibilité de tenir une officine ouverte (Art. 13, alinéa 2) ;

- les laboratoires autorisés en ce qui concerne la préparation des sérums, vaccins, toxines et liquides organiques.

Ce monopole conféré par la loi aux pharmaciens a un intérêt d'ordre public : aménager la Santé Publique en laissant aux seuls pharmaciens, dont le diplôme les garantit, la possibilité de préparer et de vendre les produits visés au monopole pharmaceutique. En cela, le monopole demeure donc un obstacle au charlatanisme ou à toute pratique contraire à la Santé. Ensuite l'institution d'un monopole crée des avantages au profit des pharmaciens qui permet d'assurer la pérennité de leur profession.

Pour les mêmes raisons, l'officine apparaît, au regard

de la loi pharmaceutique, un commerce d'un genre particulier : la nature même du médicament le différencie de toute autre denrée ou article de commerce et exige à ce qu'il soit tenu en de bonnes mains et cédé dans les meilleures conditions. C'est pourquoi l'officine a un statut tout particulier et différent de celui des autres fonds de commerce.

Conformément aux dispositions du décret du 26 Janvier 1926 mention spéciale était faite pour :

a) La propriété de l'officine (Art. 5) :

La loi posait un principe très cher à la jurisprudence : le titulaire d'une officine ne doit pas être lié dans l'exécution de ses obligations à la décision de ses confrères et même à celle des tiers ; le principe voulant qu'il soit indépendant dans l'exercice de sa profession. L'officine doit donc être la propriété d'un pharmacien. De plus, le pharmacien propriétaire d'une officine doit l'exploiter personnellement.

Cette notion de propriété s'étendait cependant :

- au pharmacien gérant de l'officine dont les enfants mineurs ou majeurs en sont les co-propriétaires,
- au conjoint diplômé d'une veuve de pharmacien, gérant en qualité de co-tuteur l'officine des enfants mineurs ou majeurs issus du premier mariage,
- au conjoint survivant sous quelque régime que le mariage ait été contracté.

La loi autorisait l'association en nom collectif de plusieurs pharmaciens pour l'exploitation d'une même officine, à la condition qu'aucun des associés ne possède en propre une autre pharmacie ou n'y ait des intérêts.

b) L'exercice personnel (Art. 3, 4 et 6) :

Le décret du 26 Janvier 1926 posait à nouveau un second

principe déjà admis par la tradition et qui est indispensable pour la sauvegarde de la Santé Publique : le médicament étant un produit dont la préparation et la vente nécessitent des précautions exigeant qu'elles soient exécutées par les soins du pharmacien ou à défaut, lorsque ces opérations doivent être effectuées par un tiers, en sa présence. La présence du pharmacien doit donc être permanente à l'officine. L'obligation d'exercer personnellement sa profession avait pour conséquences pour le pharmacien :

1°) L'interdiction du cumul des officines : En effet le pharmacien ne peut être propriétaire de plus d'une officine (Art. 6), cela dans le but d'assurer sa présence permanente dans l'officine. La mission sacerdotale du pharmacien qui consiste à demeurer au service de la clientèle lui recommandait également d'habiter la localité où est située son officine.

2°) Règlementation du remplacement : Le remplacement du pharmacien était réglementé comme suit :

- En cas d'absence prolongée ou de maladie grave du pharmacien titulaire d'officine, la décision de remplacement était prise par le Lieutenant-Gouverneur, après avis du Chef du service local de Santé, qui désigne, soit un pharmacien si possible non titulaire de pharmacie, soit un élève âgé d'au moins 22 ans ayant justifié quatre (4) années de pratique de la pharmacie.

- Après le décès du titulaire d'une officine, sa veuve ou ses héritiers peuvent sur leur demande, tenir l'officine ouverte pendant un délai d'un an seulement en la faisant gérer par un pharmacien ou un élève en pharmacie dans les conditions sus-mentionnées.

Ce délai d'un an peut être prorogé d'une autre année lorsque l'intérêt de la santé l'exige ou pour des raisons d'intérêt personnel. A l'expiration du délai d'un an et de la prorogation si elle a lieu, l'officine sera fermée si elle n'est pas la propriété d'un pharmacien.

Le législateur entendait, d'une part, préserver la

Santé Publique en conférant à l'officine un statut particulier tel que nous venons de le voir et d'autre part en instituant un contrôle des officines.

c) Inspection des officines :

Les officines, les dépôts de médicaments, les pharmacies des services locaux ou municipaux sont inspectés une fois par an, au moins, par un Inspecteur commissionné à cet effet (Art. 17).

Les fonctions d'Inspecteur étaient remplies, au Sénégal, par le pharmacien du corps de santé colonial, pharmacien en chef de l'A.O.F. Dans les autres colonies du groupe, ces fonctions étaient assurées par le pharmacien du corps de santé colonial le plus ancien dans le grade le plus élevé et, à défaut, par un médecin colonial ou de l'assistance médicale, désigné à cet effet par le Lieutenant-Gouverneur.

L'Inspecteur visite l'officine, ses dépendances. Il contrôle la qualité des produits, constate la bonne tenue des livres réglementaires. Il prélève les échantillons pour analyses au laboratoire. Les prélèvements peuvent porter tant sur les préparations officinales et produits pharmaceutiques que sur les préparations exécutées en vertu d'ordonnances médicales (préparations magistrales). Il saisit les drogues falsifiées.

L'Inspecteur pouvait se faire assister lors de ses visites par les commissaires de Police.

d) Dispositions pénales :

Quiconque a ouvert une officine ou qui a préparé, vendu ou débité des médicaments sans remplir les conditions requises, se rend coupables du délit d'exercice illégal de la pharmacie et est puni d'un emprisonnement de six (6) jours à deux (2) ans et d'une amende de 500 à 5 000 Francs, de l'une de ces deux

peines seulement sans préjudice de la fermeture de l'officine illégalement tenue. En outre, le Tribunal peut ordonner la saisie et la remise au service de Santé colonial des médicaments illégalement mis en vente (Art. 21).

Tout pharmacien qui exploite une officine contrairement aux conditions prescrites (Art. 2 à 7) est puni d'une amende de 500 à 2 000 Francs et d'un emprisonnement de six (6) jours à deux (2) mois, avec la possibilité pour le Tribunal de fermer son établissement. Les mêmes sanctions sont prononcées toutes les fois qu'un pharmacien exerce illégalement la médecine (Art. 13) ou lorsqu'il est pris en inobservation de ses obligations professionnelles (Art. 8 à 10).

CHAPITRE II : STATUT DES ETABLISSEMENTS PHARMACEUTIQUES DE DISTRIBUTION AU PUBLIC A PARTIR DE 1953

INTRODUCTION :

La Pharmacie "outre-mer" était régie d'une part par les dispositions du 21 Germinal An XI et d'autre part par les réglementations spécifiques comme par exemple le décret du 26 Janvier 1926. Il faut noter qu'aucune de ces dispositions ne tenait compte du développement éventuel du secteur industriel et commercial pharmaceutique. Il convient de rappeler cependant que la Pharmacie dans la métropole a rompu avec les dispositions de la loi du 21 Germinal An XI avec la promulgation de la loi organique du 11 Septembre 1941 validée en 1945.

Ce changement fondamental tenait compte des réalités nouvelles imposées par le développement du secteur pharmaceutique, mais que le législateur n'a pas jugées opportunes d'étendre aux Territoires d'outre-mer, au Togo et au Cameroun. Ainsi on assistait :

- D'une part à une pharmacie métropolitaine bien structurée répondant aux besoins sanitaires et économiques de cette partie évoluée de la France.

- D'autre part, à une pharmacie d'outre-mer encore soumise aux dispositions d'une loi qui a plus d'un siècle d'existence.

Autrement dit, les pharmaciens résidant en France métropolitaine étaient régis par des textes réglementaires plus adaptés à leurs préoccupations tandis que leurs confrères établis "outre-mer", au Togo et au Cameroun, devaient se contenter d'une réglementation surannée.

Toutes ces raisons ont contribué, à la suite de grandes discussions parlementaires, à la réforme apportée par la loi n°54-418 du 15 Avril 1954 dans les T.O.M., au Togo et au Cameroun. En fait, après la loi n°53-662 du 1er Août 1953 modifiant et complétant les dispositions du Code de la pharmacie concernant l'Ordre des Pharmaciens et les rendant applicables aux T.O.M., au Togo et au Cameroun, la loi n°54-418 du 15 Avril 1954 a étendu certaines dispositions du Code de la Santé Publique relatives à l'exercice de la pharmacie aux Territoires d'outre-mer, au Togo et au Cameroun.

Les dispositions des décrets n°55-1122 et 55-1123 pris en application, dans les T.O.M., au Togo et au Cameroun, de la loi n°54-418 du 15 Avril 1954, sont celles contenues dans le Code de Santé Publique, avec quelquefois des modifications tenant compte des conditions géographiques. Parmi les dispositions du C.S.P. relatives aux statuts juridiques des Etablissements Pharmaceutiques, nous retiendrons celles se rapportant aux Etablissements de Distribution, notamment :

A. L'OFFICINE.

Rappel des textes fondamentaux :

L'officine est régie par les dispositions de la loi n°54-418 du 15 Avril 1954 et de ses deux décrets d'application (n°55-1122 et 55-1123 du 16 Août 1955) portant extension de

.../...

certaines dispositions du Code de la Santé Publique : article L511 à L665 à l'exclusion des articles L520 à L548.

L'article L568 du C.S.P. définit l'officine comme étant l'établissement affecté à l'exécution des ordonnances magistrales, à la préparation des médicaments inscrits au Codex et à la vente au détail des produits visés à l'article L511, c'est à dire :

a) Les médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine, c'est à dire toute drogue, substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines et conditionnée en vue de la vente au poids médicinal. Sont également considérés comme médicaments, les produits diététiques qui renferment dans leur composition des substances chimiques ou biochimiques ne constituant pas elles-mêmes des aliments, mais dont la présence confère à ces produits soit des propriétés spéciales recherchées en thérapeutique diététique soit des propriétés de repas d'épreuve.

b) Les objets de pansement et de tous les articles présentés comme conforme au Codex, stérélisés ou non.

c) Les plantes médicinales inscrites au Codex.
L'alinéa 3 de l'article L569 précise que les pharmaciens doivent tenir, dans leur officine, les drogues simples, les produits chimiques et les préparations stables décrites par le Codex Français. Les médicaments instables doivent pouvoir être préparés en cas de besoin. Ces substances doivent présenter les caractéristiques indiquées au Codex.

Une officine comporte donc à la fois un laboratoire et un magasin de vente au détail.

Le statut de l'officine n'a subi que de légères modifications depuis la loi du 21 Germinal An XI. C'est pourquoi

nous verrons, dans les développements qui suivent, que le Code de Santé Publique contient certaines dispositions déjà réglementées par les textes antérieurs (ex : le décret du 26 Janvier 1926).

Parmi ces dispositions, nous passerons en revue :

Propriété de l'officine : article L575.

Le pharmacien doit être propriétaire de l'officine dont il est titulaire et âgé de 25 ans au moins. Tel est le principe à nouveau renouvelé dans le Code. Les explications utiles à la propriété de l'officine et à la condition d'âge sont traitées plus loin dans le commentaire relatif au décret du 26 Janvier 1926.

Les pharmaciens sont autorisés à constituer entre eux une société en nom collectif en vue de l'exploitation d'une officine. Ils sont également autorisés à constituer, entre eux, une société à responsabilité limitée, à la condition que cette société ne soit propriétaire que d'une seule officine, quelque soit le nombre de pharmaciens associés et que la gérance de l'officine soit assurée par un ou plusieurs pharmaciens associés.

Le Code prescrit formellement qu'un pharmacien ne peut être propriétaire ou co-propriétaire que d'une seule officine. Par conséquent, une personne non diplômée ne peut nullement prétendre à la propriété d'une officine : toute convention relative à la propriété d'une officine doit être constatée par écrit et une copie de la convention doit être déposée au Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens et au siège de l'Inspecteur divisionnaire de la Santé (Art. L576, alinéa 1er).

Toutefois, il faut rappeler que dans les T.O.M., au Togo et au Cameroun, le dépôt de la copie de la convention se faisait au niveau du Chef de territoire et au Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens (Section F).

L'exercice personnel de la pharmacie :

Le Code de la Santé Publique renferme également un principe non moins important qui était déjà admis par la jurisprudence : le pharmacien titulaire d'une officine doit exercer personnellement sa profession. En toute circonstance, les médicaments doivent être préparés par un pharmacien ou sous la surveillance d'un pharmacien (Art. L579, alinéa 1 et 2). En effet, la présence d'un pharmacien à l'officine doit être permanente pour veiller aux prescriptions de la loi. Aussi, le C.S.P. lui fait une obligation, lorsque l'activité de son officine est importante, de se faire assister par un collaborateur diplômé. Le nombre de pharmaciens, que le titulaire d'une officine peut se faire assister, est fixé en fonction du chiffre d'affaires, par arrêté du Ministre de la Santé Publique (Ministre de la France d'Outre-mer dans les T.O.M., au Togo et au Cameroun) après avis du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens.

Les pharmaciens assistants sont tenus au respect des mêmes obligations que le pharmacien titulaire.

Le propriétaire d'une officine peut également se faire assister par des préparateurs en pharmacie. Ces derniers sont habilités à préparer tous médicaments, sous toutes formes, à manipuler toxiques et stupéfiants et, plus généralement tous les produits destinés au traitement des maladies humaines, animales ou végétales. Ils exécutent les manipulations sous la responsabilité et le contrôle effectif et personnel d'un pharmacien, leur propre responsabilité pénale demeurent engagée (Art. L584).

Comme corollaire au principe de l'exercice personnel, le Code de Santé Publique prescrit des règles précises au remplacement du pharmacien.

Le remplacement du pharmacien d'officine :

(Art. L580)

Une officine ne peut rester ouverte en l'absence de

.../...

son titulaire que si celui-ci s'est fait régulièrement remplacer. La durée légale d'un remplacement ne peut, en aucun cas, dépasser un an.

Après le décès d'un pharmacien, le délai pendant lequel le conjoint survivant ou ses héritiers peuvent maintenir une officine ouverte en la faisant gérer par un pharmacien, ne peut excéder un an.

Un Règlement d'Administration Publique fixe les conditions dans lesquelles le remplacement doit être assuré, soit par des pharmaciens, soit par des étudiants en pharmacie justifiant d'un minimum de scolarité.

Dans les T.O.M., au Togo et au Cameroun, le remplacement du pharmacien titulaire était effectué suivant les modalités du décret n°55-1123 du 16 Août 1955. Selon ce texte, toute absence du titulaire d'une officine laissée ouverte au public, pour une durée supérieure à quatre mois au cours d'une même année, était subordonnée à la délivrance à l'intéressé d'une autorisation du Conseil Central de la Section F de l'Ordre des Pharmaciens (Art. 1). Le remplacement est alors assuré par un pharmacien n'ayant pas d'autre activité professionnelle. Ce pharmacien doit donc se faire inscrire au tableau de l'Ordre des Pharmaciens, et faire enregistrer son diplôme dans les conditions prévues par le Code de la Santé Publique (Art. 4). La gérance d'une officine après le décès de son titulaire ne peut durer plus de deux ans sauf si celle-ci devient la propriété d'un pharmacien. Sans doute le nombre peu élevé de pharmaciens d'outre-mer est à l'origine de cette dérogation ; le conjoint survivant ou les héritiers du pharmacien décédé se trouvant dans la difficulté de régulariser la situation de l'officine.

Pour toute absence supérieure à quinze (15) jours et inférieure à quatre (4) mois, l'intéressé doit signaler par lettre recommandée à l'Inspecteur de la Pharmacie, les nom, adresse et qualité du remplaçant, qui doit s'engager par écrit

à assurer le remplacement. Ce remplacement, pour toute durée au plus égale à quatre mois, peut être confié à un pharmacien déjà inscrit à l'Ordre, sous réserve qu'il soit en mesure d'assurer effectivement le remplacement (Art. 2).

Enfin, dans les officines où il y a plusieurs pharmaciens assistants, le remplacement sera assuré par un des collaborateurs diplômés (Art. 3).

En définitive, le statut d'une officine est juridiquement perçu à travers tous les paramètres ci-dessus décrits et par la nature de son activité qui consiste à préparer et à vendre au détail les produits inclus dans son monopole tel que défini à l'article L511 du C.S.P.

B. ETABLISSEMENTS DE DISTRIBUTION AU DETAIL A CARACTERE SPECIFIQUE :

L'officine désigne, au sens juridique du mot, le seul établissement habilité à vendre au détail les produits visés au monopole pharmaceutique. Toutefois, il convient de rappeler qu'il existe des **dérogations** à ce monopole au profit de certains établissements spécifiques de distribution au détail. Ces dérogations visent :

- Les Dépôts de médicaments tenus par des médecins établis dans les agglomérations où il n'y a pas d'officine ouverte au public. Les médecins titulaires de ces dépôts ne peuvent délivrer les médicaments que dans une limite donnée et sur autorisation du Préfet (Gouverneur dans les T.O.M., au Togo et au Cameroun) : article L594.

- Les Pharmacies au niveau des formations sanitaires et administratives, des organismes de secours et de mutuelle. Ces pharmacies ne peuvent délivrer, à titre graduit ou onéreux, que des médicaments figurant sur une liste établie par le Directeur Général de la Santé, et à la condition qu'elles soient gérées par un pharmacien (Art. L577 et 578 C.S.P.).

- Les Herboristeries habilitées à vendre au même titre

que les officines les plantes médicinales inscrites au Codex.

- Enfin, dans les T.O.M., au Togo et au Cameroun, les Dépôts de médicaments tenus par des commerçants non pharmaciens dans les localités éloignées dépourvues d'officines (Art. 2 de la loi n°54-418).

La situation sanitaire "outre-mer" était caractérisée par une disparité dans la répartition des infrastructures médico-pharmaceutiques et une insuffisance de personnel médico-sanitaire qualifié, surtout dans les localités éloignées ou à voies d'accès difficile.

L'institution de dépôts de médicaments, à caractère non pharmaceutique, se trouve justifiée par le fait que, dans les T.C.M., au Togo et au Cameroun, les rares officines existantes étaient ouvertes aux seules populations de centres urbains. Par ailleurs, il n'y a presque pas de médecins établis dans les agglomérations éloignées qui pouvaient, conformément aux dispositions de l'article L594, dispenser des médicaments aux malades qu'ils seraient appelés à consulter. Il en résultait pour les populations des zones rurales et des localités lointaines une incapacité d'accéder aux médicaments.

Il était donc logique que ces populations aient la possibilité de recourir à certains médicaments nécessaires à leur santé. Telle était la proposition présentée par le Sénateur Jean LACAZE devant le Parlement Français qui était formulée en ces termes :

"Si l'intérêt de la Santé Publique exige que les remèdes soient exclusivement préparés par ceux qui possèdent le diplôme de pharmacien, il est bien évident que, dans certains cas, ce même intérêt demande que celui qui souffre puisse se procurer chez un non-pharmacien le produit qui le soulagera plutôt que de ne rien avoir".

Pour la première fois, le législateur intervenait donc, dans les seuls T.C.M., au Togo et au Cameroun pour autoriser l'ouverture de Dépôts de médicaments à des commerçants non-pharmaciens, par la loi n°54-418 du 15 Avril 1954 (Art.2) et son

décret d'application n°55-1122 (Art. 17) du 16 Août 1955.

Ces dépôts ont joué en leur temps un rôle de santé publique de première importance, notamment pour la couverture pharmaceutique des territoires d'outre-mer. A ce titre, nous rappelons ici cette expérience en vue d'en retenir les aspects qui peuvent encore servir notre pays en matière de satisfaction de sa couverture pharmaceutique.

C. DEPOTS DE MEDICAMENTS GERES PAR DES NON-PHARMACIENS:

Textes législatifs : Les dépôts de médicaments étaient régis conformément aux dispositions de :

- l'Article 2 de la loi n°54-418 du 15 Avril 1954,
- l'Article 17 du décret 55-1122 du 16 Août 1955,
- l'Article n°77.10.SP du 14 Septembre 1956.

L'idée que le dépôt est une exception au droit commun pharmaceutique se retrouvait déjà dans les textes antérieurs à la loi n°54-418. Il suffit de se référer à l'article 14 du décret du 26 Janvier 1926 réglementant l'exercice de la pharmacie en A.O.F. Cependant, il convient de préciser que si les dispositions du décret du 26 Janvier 1926 faisaient cette dérogation aux médecins, celles de l'Article 17 du décret n°55-1122 l'étendent aux "commerçants non-pharmaciens" :

"Par dérogation aux dispositions de l'Article L511 du Code de la Santé Publique... des autorisations personnelles d'ouverture de dépôts de médicaments peuvent être accordées à des commerçants non-pharmaciens..."

Cette notion fait intervenir un autre manipulateur du médicament qui ne disposait d'aucune connaissance pharmaceutique avec une surveillance administrative accrue pouvant assurer la protection de la santé des populations. En effet, aux termes de l'Article 17 al. 1er, c'est au Chef de Territoire de

délivrer l'autorisation par voie d'arrêté, sur la proposition du Directeur de la Santé, après avis de l'Inspecteur de la Pharmacie et du délégué de la sous-section de l'Ordre des Pharmaciens

La demande d'autorisation établie par la requérant doit obligatoirement mentionner ses nom, âge, qualité, profession et lieu d'implantation envisagé. Cette autorisation est essentiellement "personnelle" (Art. 17, alinéa 1er), elle est toujours accordée à une personne physique dénommée. Peuvent, en effet, être autorisées à ouvrir des dépôts :

- Toute personne âgée d'au moins 21 ans.
- Les Sociétés Commerciales Françaises (Arrêté n° 77.10.SP du 14 Septembre 1956) établies en A.O.F. à condition que la gérance du dépôt soit assurée par leur préposé, personne physique.

L'exploitation d'un dépôt ne peut continuer sans titulaire agréé. Dans le cas où celui-ci désire s'absenter pendant un certain temps, il doit en faire part à l'administration et soumettre à l'agrément de cette dernière un remplaçant, auquel il sera délivré une autorisation.

Ces diverses mesures présentent l'avantage de faciliter le contrôle des dépôts, dont la liste est tenue à jour par l'Inspection de la Pharmacie du territoire.

Parmi les autres conditions exigibles pour l'ouverture d'un dépôt, l'Article 17 du décret 55-1122 ne formule pas de dispositions particulières à ce sujet. Par conséquent, l'autorité locale se voyait doter d'un pouvoir discrétionnaire pour accorder ou refuser les autorisations.

Toutefois l'article 2 de l'arrêté n°77.10.SP du 14 Septembre 1956 précise d'une part la nécessité d'être ressortissant français et d'autre part de présenter à l'Administration un extrait du casier judiciaire. Nous retiendrons de ces dispositions sus-indiquées que les conditions d'ouverture d'un

dépôt en A.O.F. se résumaient comme suit :

- la condition de Nationalité Française,
- la condition de bonne moralité (présentation d'un extrait du casier judiciaire),
- la condition d'âge : avoir 21 ans au moins.

S'agissant de la tenue des dépôts de médicaments, l'article 17 dégage trois principes très importants :

- 1°) Le dépositaire ne peut vendre tous les médicaments de son choix.
- 2°) Le dépositaire ne peut accomplir aucun acte "pharmaceutique".
- 3°) Le dépositaire doit veiller à la bonne qualité des produits qu'il délivre.

Nos observations sur ces trois (3) dispositions :

- Le Dépositaire ne peut vendre tous les médicaments de son choix : Alinea 2 et suivants de l'Article 17 du décret 55-1122.

"Ces dépositaires ne peuvent acquérir, détenir ou débiter à titre gratuit ou onéreux, que les médicaments énumérés ci-dessus, sous réserve de n'être ni injectables, ni soumis au régime des substances visées à l'article 626 :

. Médicaments préparés, divisés, conditionnés à l'avance sous leur cachet, par les soins d'un pharmacien établi dans le territoire ou le groupe de territoires où se trouvent les dépôts.

. Spécialités pharmaceutiques ou vétérinaires dûment autorisés dans la métropole et en provenance d'une pharmacie du territoire ou du groupe de territoire".

Deux constatations s'imposent : les préparations injectables et celles renfermant des substances vénéneuses (à des doses non exonérées) sont formellement interdites.

* Les préparations contenant des substances vénéneuses : L'interdiction formulée à leur égard ne constitue pas une nou -

veauté. Ces dispositions établissent, compte tenu du niveau de formation des titulaires de dépôts, une mesure absolument nécessaire pour assurer la protection de la Santé Publique.

* Les préparations injectables : Cette interdiction s'explique par les risques certains que de telles médications de manipulation très délicate peuvent faire courir à ceux qui les reçoivent. Aussi l'on notait l'absence à cette époque de personnel qualifié dans les localités éloignées pour assurer une injection correcte aux malades.

Notons que conformément aux dispositions de l'article L641 du C.S.P. et de l'article 4 de l'arrêté n°77.10.SP du 14 Septembre 1956, en A.O.F., la vente de l'alcool dans les dépôts de médicaments était interdite en vue d'empêcher les populations indigènes d'être victimes d'alcoolisme.

Si ces textes sont explicites pour la détention des produits renfermant des substances vénéneuses, les préparations injectables et l'alcool, ils ne font aucune allusion pour les objets de pansements. En effet, l'un des services les plus utiles que puisse rendre un dépôt, c'est de fournir du coton ou des gazes en cas d'accident.

- Le dépositaire ne peut accomplir aucun acte pharmaceutique

"Il est interdit à ces dépositaires d'avoir une part quelconque dans la préparation, dans la division ou le conditionnement de ces médicaments. Il leur est également interdit d'exécuter toute préparation magistrale ou toute prescription médicale, si elles mentionnent des substances visées à l'article 626 et, plus généralement de se livrer à aucun acte pharmaceutique (article 17, alinéa 5 et 6)".

- Le dépositaire doit veiller à la bonne qualité des produits qu'il vend

Il doit les conserver à part des autres marchandises,

placés dans une armoire, ou un comptoir vitré, exclusivement réservé à cet usage.

Telles étaient, en l'espèce, les règles imposées par l'Article 17, alinéa 7.

Mesures tendant à maîtriser les activités dans les dépôts :

a) Limitation du nombre des dépôts :

"Le nombre de ces dépôts sera fixé dans chaque localité en raison de l'importance de la population desservie, par arrêté pris dans les mêmes conditions que l'alinéa précédant" Article 17, Alinéa 10.

Les intentions des auteurs du décret sont précises : réaliser une répartition des dépôts susceptibles de répondre aux exigences de la Santé Publique, en éviter la foisonnement dans quelques localités privilégiées, où d'ailleurs, une concurrence par trop aigüe pourrait avoir des conséquences fâcheuses pour l'état sanitaire des populations. C'est aux autorités locales que le soin est laissé de déterminer ces normes.

En A.O.F., l'Arrêté général n°77.10.SF du 14 Septembre 1956 (Art. 1er) laissait aux Chefs de Territoires le soin de fixer, selon l'importance de la population, le nombre de dépôts autorisés. Il n'édicte que la règle suivante : pas de dépôts dans les petites localités isolées, soustraites pratiquement à toute surveillance administrative ou médicale.

b) Limitation du champ d'intervention du dépôt par rapport à l'officine :

Le législateur a tenu à souligner aux dépositaires :

- le caractère précaire des autorisations,
- la fermeture automatique des dépôts en cas d'ouverture d'une officine dans la localité,

- l'obligation qui leur est faite de s'approvisionner chez un pharmacien du territoire ou du groupe de territoire,
- le contrôle des activités qui y sont menées.

- . Le caractère précaire des autorisations
(Article 2 de la loi du 15 Avril 1954)

"Par dérogation aux dispositions du présent Code, l'autorisation de tenir des dépôts de médicaments pourra être accordée, à titre provisoire, à des commerçants non-pharmaciens".

Cette mesure visait à ce que la dérogation ainsi établie ne puisse ouvrir un droit susceptible d'être invoqué par les dépositaires non-pharmaciens.

- . La fermeture automatique des dépôts lors de l'ouverture d'une officine de pharmacie (Article 17, Alinéas 8 et 9 du décret n°55-1122).

Cette disposition est la conséquence directe de la précédente. Tous les textes antérieurs contenaient une disposition analogue à celle formulée par l'Article 17 alinéa 8 et 9:

"L'ouverture d'une officine de pharmacie rend automatiquement caduque toute autorisation d'ouverture de dépôt de médicaments sis dans un rayon de vingt kilomètres. Le Chef de Territoire pourra fixer par arrêté, si les circonstances l'exigent, un rayon différent sur proposition du Directeur Local chargé de la Santé Publique, après avis de l'Inspecteur de la Pharmacie et du délégué de la sous-section de l'Ordre des Pharmaciens".

Le décret définit donc pour l'ensemble des territoires ce périmètre.

- . Obligation pour le dépositaire de s'approvisionner auprès d'une pharmacie établie sur le territoire ou groupe de territoires (Article 17, Alinéa 3 et 4).

En fait, cet approvisionnement se faisait chez le pharmacien le plus proche qui était tenu d'accorder une remise au dépositaire selon le taux défini par l'Ordre National des Pharmaciens et les dépôts étaient tenus, conformément à l'Article 13 du décret 55-1122, à vendre les médicaments au même tarif que dans les officines. Il convient de rappeler que le prix des médicaments avait pour base les prix du tarif pharmaceutique national métropolitain, affectés d'un coefficient.

D. CONTROLE DES ACTIVITES MENEES DANS LES DEPOTS ET OFFICINES :

Les dépôts de médicaments étaient sujets tout comme les officines au contrôle de l'Administration Publique. Par dérogation aux dispositions de l'Article L557 du Code de Santé Publique, l'Inspection de la Pharmacie était exercée sous l'autorité du Ministre de la France d'Outre-mer, par des Inspecteurs de la Pharmacie désignés parmi les pharmaciens du Service de Santé des troupes coloniales ayant rang d'officier supérieur, ou fonctionnaires ou assimilés de l'assistance médicale ayant suivi le stage spécialisé à l'Ecole Supérieure de Santé Publique à Paris.

Les pharmaciens-chefs des groupes de territoires étaient de droit Inspecteurs Divisionnaires.

Les Inspecteurs de la Pharmacie contrôlent dans les officines, les dépôts de médicaments en quelques mains qu'ils soient, l'exécution de toutes les prescriptions des lois et règlements qui se rapportent à l'exercice de la pharmacie (Art. L562).

Les Inspecteurs signalent les infractions aux règles professionnelles constatées dans l'exercice de la pharmacie, font les enquêtes prescrites par les autorités sanitaires ou demandées par les Présidents des Conseils Centraux et des Conseils Régionaux de l'Ordre des Pharmaciens.

Les Inspecteurs sont chargés de rechercher et de

constater les infractions aux dispositions du Code que nous venons d'exposer, aux lois sur la répression des fraudes et plus généralement à toutes les lois qui concernent l'exercice de la pharmacie. Toutefois, les infractions en matière de contrôle des prix sont constatées et poursuivies par les Inspecteurs de la Pharmacie concurremment avec les services économiques.

Dans tous les cas où les Inspecteurs relèvent un fait susceptible d'impliquer des poursuites pénales, l'Inspecteur Divisionnaire de la Santé transmet le dossier au haut commissaire. Un avis de cette transmission est adressé au Président du Conseil Central ou du Conseil Régional intéressé.

En définitive, il faudra retenir que les dispositions de la loi n°54-418 du 15 Avril 1954 étaient applicables :

- A l'officine qui devait obligatoirement être la propriété soit d'un pharmacien diplômé d'Etat, soit d'un pharmacien ressortissant d'un pays membre de l'O.N.U. Par ailleurs, ces pharmaciens étaient représentés sur le plan professionnel par un ordre suivant les dispositions de la loi n°53-662 du C.S.P. en date du 1er Août 1953. Désormais l'exercice de la pharmacie se trouvait en harmonie avec celui de la métropole.
- Au dépôt de médicaments.

Si la tradition pharmaceutique habilitait l'officine seule à délivrer des médicaments au public par les soins des pharmaciens, la loi 54-418 apportait une exception dans les T.O.M., au Togo et au Cameroun. En effet, dans ces territoires l'insuffisance d'officines et le nombre très faible de médecins dans les agglomérations éloignées étaient significatifs. Il en résultait pour les populations de ces localités éloignées ou enclavées des difficultés pour se procurer les médicaments courants. Aussi, par souci de rendre accessibles aux populations de ces localités les médicaments d'utilité, le législateur devait autoriser par loi n°54-418 (Art. 2) l'ouverture de dépôts à des commerçants non-pharmaciens.

Tenant compte de l'absence de personnel médical

qualifié et du fait que le commerçant-dépositaire n'avait aucune qualification pharmaceutique, la loi n°54418 et les textes subséquents étaient assortis de mesures adéquates.

Ainsi il était interdit au dépositaire :

- de vendre tous les médicaments : seule la vente de certains médicaments ne renfermant pas de substances vénéneuses et de préparations non-injectables était autorisée ;

- de se livrer à des actes pharmaceutiques tels que la division ou le conditionnement des médicaments (Art. 17 du décret 55-1122 du 16 Août 1955).

Mieux, l'arrêté n°77.10.SP du 14 Septembre 1956 définissait des conditions minimales pour le dépositaire :

- être de bonne moralité,
- avoir la majorité civile : 21 ans.

Quelle situation était faite aux Pharmaciens Africains par les dispositions de la loi n°54-418?

Rappelons que le diplôme de Pharmacien Africain était délivré par l'Ecole Africaine de Médecin et de Pharmacie de Dakar créée par la loi du 11 Août 1944. Les pharmaciens africains étaient formés dans le cadre de l'assistance médicale africaine. Par conséquent, ils ne pouvaient servir que dans les pharmacies des formations sanitaires.

L'article 2 du décret n°55-1122 pris en application de la loi n°54-418 stipule que :

"Les pharmaciens africains... sont assimilés de plein droit aux bénéficiaires des mesures transitoires prévues à l'article 663 du C.S.P. En outre ils peuvent remplir les fonctions d'assistance prévues à l'Article L579 du même Code".

Selon ces dispositions, les pharmaciens africains avaient simplement le statut de préparateurs en pharmacie. Ils ne pouvaient ni prétendre à la propriété d'une officine, ni se confiner à l'exploitation d'un dépôt de médicaments.

Malgré l'évolution politique amorcée depuis la loi Cadre du 23 Juin 1956, les dispositions de la loi 54-418 étaient applicables dans les colonies. Toutefois, des modifications résultant de la dévolution à ces colonies de certaines compétences juridiques antérieurement détenues par la métropole, dont la Santé Publique, pouvaient désormais intervenir. C'est ainsi que le Gouvernement Provisoire du Soudan intervenait par décret n°81.P.G. du 29 Février 1960 en autorisant la cession des médicaments dans les Sociétés mutuelles de Développement rural (S.M.D.R.). Le tarif de la cession était le prix du grand livre de la Pharmacie d'Approvisionnement de la République soudanaise majoré au maximum de 25 (Article 7).

DEUXIEME PARTIE : STATUT DES ETABLISSEMENTS DE DISTRIBUTION AU PUBLIC DEPUIS L'ACCESSION A L'INDEPENDANCE DU MALI

INTRODUCTION :

Au moment de son accession à l'Indépendance, le Mali disposait des établissements suivants de distribution au public:

- Les Dépôts de médicaments tenus par les commerçants non-pharmaciens et les Sociétés Mutuelles de Développement Rural (S.M.D.R.).

- Les Officines privées appartenant aux pharmaciens français. Ces officines étaient réparties suivant l'arrêté n°7865 du Haut Commissaire en date du 10-10-1955 en application de l'Article L571 du C.S.P. et de l'Article 9 du décret n°55-112 du 16 Août 1955, de la manière suivante :

- . Bamako : 4
- . Kayes : 1
- . Ségou : 1
- . Mopti : 1
- . Sikasso : 1.

Avec l'accession du Mali à l'Indépendance, les ressortissants français avaient désormais le statut d'Etranger. Aussi, excepté le pharmacien titulaire de la Pharmacie Soudanaise, les pharmaciens français ne tardèrent pas à céder leurs officines à la Pharmacie Populaire du Mali nouvellement créée. Rappelons que la Pharmacie Populaire du Mali a été créée dans les conditions suivantes :

Après l'éclatement de la Fédération du Mali, le Mali optait pour une politique d'étatisation de tous les secteurs de développement économique. A partir de cet instant aucune initiative privée ne s'inscrivait dans un programme prioritaire et la tendance était nettement en faveur des structures étatiques.

Ainsi fut créée la Pharmacie Populaire du Mali suivant l'ordonnance n°60-18/PGRM du 5 Octobre 1960 qui avait pour missions : de procéder à l'importation et à la cession aux particuliers ou collectivités publiques ou privés à des prix modérés compatibles avec sa rentabilité, les médicaments, produits chimiques et de droguerie, de parfumerie et d'hygiène, le matériel médico-chirurgical et de radiologie, les instruments de laboratoire. En outre la Pharmacie Populaire était chargée d'une mission de rentabilité économique et financière.

La Pharmacie Populaire fut créée à une époque où le Mali ne disposait que de deux (2) pharmaciens diplômés. En outre les officines privées étaient en nombre insuffisant pour couvrir les besoins de la population. Devant l'impérieuse mission qui était la sienne d'assurer une couverture pharmaceutique adéquate du territoire, l'Etat devait prendre en charge le secteur de la distribution au Public des médicaments, tel qu'il lui incombait de faire dans d'autres domaines. Pour les raisons que nous avons ci-dessus évoquées, la gestion de ce secteur serait assurée par des non-pharmaciens : des Infirmiers d'Etat et des Agents ayant une certaine aptitude en gestion. Dès lors, un concept nouveau apparaissait : le principe de l'Etat "pharmacien". Alors que les pharmacies privées étaient régies par des dispositions conformes à la réglementation, les "officines" de la Pharmacie Populaire étaient soumises à des modalités particulières. Nous tenterons, dans une analyse juridique appropriée, de relever les lacunes qui ont dû marquer le statut des Etablissements de distribution au Public.

ETABLISSEMENTS DE DISTRIBUTION AU PUBLIC

Le statut des Etablissements de distribution au Public a évolué suivant deux (2) étapes.

CHAPITRE I : ETAPE DE 1960 A 1985

A. OFFICINES :

Durant cette période, les textes qui ont régi la

.../...

pharmacie au Mali sont ceux relatifs à la Pharmacie Populaire du Mali. Parmi ces textes fondamentaux, nous citerons également certaines dispositions se rapportant aux Entreprises publiques ayant un impact sur le fonctionnement de la Pharmacie Populaire du Mali. Ainsi nous retiendrons :

- l'ordonnance n°60-18 du 5-10-1960 portant création de la Pharmacie Populaire,
- les statuts annexés à ladite ordonnance,
- l'ordonnance n°60-61 du 29-11-1960 portant modification de certaines dispositions de l'ordonnance n°60-18,
- l'arrêté n°61-15 du 9-01-1961 portant modalités de fonctionnement de la Pharmacie Populaire,
- la loi n°61-24 du 19-01-1961 portant additif à l'ordonnance n°60-18,
- le décret n°68-08 du 16-12-1968 plaçant la Pharmacie Populaire sous la tutelle du Ministre de la Santé Publique,
- l'ordonnance n°69-23 du 11 Avril 1969 portant statut général des Entreprises Nationales,
- l'ordonnance n°71-11 du 13-3-1971 abrogeant l'ordonnance n°60-61,
- le décret n°71-12 du 22 Février 1971 portant statut particulier de la Pharmacie Populaire,
- le décret n°73-68 du 31-5-1973 fixant la liste des Sociétés et Entreprises d'Etat,
- le décret n°73-69 du 31-5-1973 portant classement des Sociétés et Entreprises d'Etat.

1°) L'analyse des textes ci-dessus énumérés montre pour certains des lacunes graves que nous croyons utile de relever :

- l'ordonnance n°71-11 en abrogeant l'ordonnance n°60-61 supprime par la même occasion les textes s'y référant.

Cette abrogation peut être considérée comme le tournant décisif de l'écroulement de l'édifice réglementaire de la Pharmacie Populaire au Mali laissant place à l'improvisation

et à la recherche de la rentabilité et à l'auto-médication. En effet l'arrêté n°61-15 dispose respectivement dans ses Articles 6, 9 et 10 que :

a) Les succursales et les dépôts de médicaments ne seront ouverts que par décision du Ministre de la Santé Publique sur proposition du Conseil d'Administration.

b) "... , il sera procédé aussi souvent que nécessaire à l'inspection inopinée des dépôts de médicaments par l'Inspecteur des Pharmacies, par le Directeur de la Pharmacie Populaire ou tout autre technicien désigné par le Ministre de la Santé (Alinéa 5 de l'Article 9).

c) "... les médicaments et matériels ne seront cédés que sur présentation d'une ordonnance..."

Dès lors, nous constatons malheureusement que le Ministère chargé de la Santé Publique n'a aucun droit de contrôle sur ce secteur et la présentation d'une ordonnance ne constitue plus une nécessité pour la délivrance du médicament comme si la protection du consommateur de médicament devient peu importante par rapport au profit que l'on doit tirer de cette denrée.

Parmi d'autres lacunes juridiques, on peut également noter que l'Article 5 du décret n°71-12 PGRM, en fixant les missions de la Pharmacie Populaire à savoir : "la Pharmacie Populaire du Mali a pour but de procéder à l'importation et à la cession aux particuliers ou collectivités publiques ou privées à des prix modérés compatibles avec sa rentabilité, les médicaments, produits chimiques et de droguerie, de parfumerie et d'hygiène le matériel médico-chirurgical et de radiologie, les instruments de laboratoire", ne précise pas suivant quelles modalités ces cessions doivent être faites.

Aucun texte législatif ou réglementaire n'est venu combler ces lacunes. Il en est de même pour les modalités d'ouverture et de fonctionnement d'une officine qui ne sont réglementées par aucun texte juridique expressément élaboré à cet effet. Devant cette constatation, pouvait-on conclure à l'existence d'un vide juridique ?

La réponse nous est donnée par l'Article 228 du Code Pénal qui prévoit : "dans toutes les matières qui n'ont pas été réglées par le présent Code et qui sont régies par des lois et règlements particuliers, les Cours et les Tribunaux continueront de les observer".

Or la pharmacie étant de ces matières non traitées dans le Code Pénal, on est fondé à admettre que les dispositions anciennes lui étaient applicables tout au moins en ce qui concerne la distribution au Public. Par conséquent étaient applicables à l'officine :

- la loi n°54-418 du 15 Avril 1954,
- et son décret d'application n°55-1122 du 16 Août 1955, comme le montre d'ailleurs l'illustration suivante :

* par décision n°369/MSP en date du 4 Novembre 1960, Monsieur Serge DORLEAC, pharmacien diplômé, est chargé de la gérance de la pharmacie de Monsieur Etienne FERNAND, sise à Mopti, pour une période d'un an à compter du 1er Novembre 1960.

On peut également fournir une autre illustration dans le même genre :

* par arrêté n°5/MSP-CAB en date du 7 Mars 1969, Mlle Simone BIGNAT, pharmacienne, est chargée de la gérance de la Pharmacie Nouvelle, sise à Bamako pendant l'absence de Monsieur Pierre BRUANT, titulaire de cette officine, partant en congé.

On remarque que les officines privées étaient bien soumises aux dispositions législatives en vigueur contrairement aux "officines" de la Pharmacie Populaire qui se croyaient dispensées de toute contrainte réglementaire parce qu'évoluant au compte de l'Etat.

2°) Malgré l'inobservation de la réglementation en vigueur, la pratique admettait des "officines" et des "succursales" de la Pharmacie Populaire. La démarcation entre ces deux catégories d'établissements de distribution au Public n'est pas bien évidente. Le critère de référence tient compte à la fois de l'importance du point de vente et du chiffre

d'affaires réalisable. Ainsi l'on distingue :

- les "officines" dans le centre du District de Bamako et dans les chefs-lieux de région,
- les "succursales", à la périphérie du District et dans les chefs-lieux de Cercle.

On constate donc que l' "officine" de la Pharmacie Populaire ne répond pas à un critère juridique défini. Il convient de rappeler que le critère universel tient compte :

~~de la structure même de l'officine qui doit comporter :~~

- . une surface de vente,
- . un magasin de stock de médicaments,
- . le bureau du pharmacien,
- . un préparatoire où sont exécutées les préparations magistrales et officinales ;

~~de la qualité du gérant qui doit être un pharmacien : on admettait pour des réalités bien évidentes que les "officines" de la Pharmacie Populaire soient gérées par des non-pharmaciens. Cette situation aurait dû être normalement régularisée avec la formation des pharmaciens. Tel n'est pas toujours le cas.~~

L'officine, telle que conçue dans le cadre spécifique de la Pharmacie Populaire, répond surtout à un critère économique eu égard à la mission de rentabilité économique et financière qui lui est dévolue (Article 2 du statut particulier).

La dimension économique donnée à l'"officine" a profondément marqué son statut. En définitive nous devons retenir que l'"officine" de la Pharmacie Populaire s'identifie à un commerce où s'effectue la vente des médicaments sans que cette vente soit assortie des conditions législatives et réglementaires requises.

3°) L'ouverture d'une "officine" dans une localité doit répondre à la satisfaction des besoins sanitaires de

cette dernière. En principe, c'est à la demande des autorités locales que l'ouverture d'une "officine" est décidée en Conseil d'Administration et soumise à l'autorisation préalable du Ministre de la Santé Publique (Article 6 de l'arrêté n°61-15 du 9-01-1961).

Par suite, compte tenu des lacunes ci-dessus évoquées et de l'incapacité d'interpréter les textes qui permettent de les combler, l'autorisation préalable du Ministre de la Santé Publique n'était plus obligatoire. En effet, de l'interprétation correcte de l'Article 228 précité du Code Pénal, si des dispositions juridiques n'ont pas réglé les conditions d'ouverture d'une "officine", celles-ci étaient soumises au respect des obligations de la loi n°54-418 du 15 Avril 1954.

Tel est le principe admis par le Code Pénal et qui n'était pas observé dans la pratique. Par conséquent, aucune condition n'était exigée pour l'ouverture d'une "officine" de la Pharmacie Populaire. D'ailleurs, il ne pouvait en être autrement, l'"officine" étant placée sous la responsabilité d'un gérant non-pharmacien.

4°) La prise en charge par l'Etat du secteur de la distribution au Public des médicaments entraînait pour celui-ci l'adoption des mesures à faire observer. Ainsi le principe de la présentation d'une ordonnance datée et signée d'un médecin ou d'un Agent de Santé était admis (Art. 15 des statuts) bien que dans la pratique il y a des insuffisances. En effet, la pratique quotidienne nous révèle que la production d'une ordonnance même pour les produits des tableaux A, B et C est facultative.

L'activité d'une "officine" de la Pharmacie Populaire se trouve limitée à la vente des médicaments : on note l'absence du préparatoire. Mieux, les officines privées qui étaient pour - vues de préparatoire et qui ont été cédées à la Pharmacie Populaire devaient en perdre l'usage, celle -ci ayant centralisé ses préparations à un seul niveau, faute de pharmaciens dans ses points de vente.

La structure type d'une "officine" est donc réduite au magasin et à la surface de vente des médicaments. Cette modification importante qui s'est opérée dans le statut de l'officine s'explique par la présence du gérant non-pharmacien. En effet, à la création de la Pharmacie Populaire, le Mali ne disposait que de deux (2) pharmaciens, la gérance des "officines" était laissée à des Infirmiers et à des Agents ayant une certaine aptitude en gestion. Le gérant non-pharmacien n'ayant pas la qualification requise pour effectuer des préparations à l'"officine", l'activité de cette dernière devait demeurer la vente seule des médicaments. A ce titre, "les officines" de la Pharmacie Populaire semblent poursuivre la mission qui était dévolue aux dépôts de médicaments conformément aux dispositions de l'Article 17 du décret du 16 Août 1955.

Nous devons garder à l'esprit le rôle très utile joué par les "officines" de la Pharmacie Populaire et qu'elles continuent de poursuivre à l'heure actuelle. Toutefois, si l'intérêt général imposait à l'Etat la prise en charge du secteur de distribution au Public des médicaments, le même intérêt public devait l'obliger à édicter des mesures nécessaires au bon fonctionnement des "officines" ou à défaut de faire respecter la réglementation pharmaceutique héritée du régime colonial. En d'autres termes, de quelle manière l'Etat entendait-il respecter la réglementation dans ses "officines" ? Aucun texte juridique ne précise formellement ces conditions. Mieux, la qualité du gérant n'est mentionnée dans aucune disposition juridique. Ces lacunes graves ont créé une situation très nuisible pour la santé : on peut fournir l'illustration suivante :

Le gérant semble avoir une responsabilité sans limites à tel point qu'il est souvent amené à conseiller des médicaments aux malades, à proposer des substitutions en cas de rupture. Toutes ces prérogatives auxquelles prétend librement le gérant sont normalement dévolues à un pharmacien. Cette situation est si réelle qu'elle a déjà provoqué dans l'esprit de nombre de malades des confusions telles que le

gérant non-diplômé est improprement appelé "Pharmacien". En outre, quelle pouvait être la responsabilité du gérant non-pharmacien ? La situation du gérant vis-à-vis du client est qu'il ne répond pas des erreurs qu'il peut être amené à commettre.

Donc l'"officine" de la Pharmacie Populaire est plutôt placée à l'avant-garde de la santé économique de la société qu'à celui de l'état sanitaire de la population : même si la gestion des points de vente devait être assurée par des non-pharmaciens, il était possible d'organiser la vente des médicaments en instituant la procédure d'inscription des produits dans l'ordonnancier.

L'ordonnancier est un registre dans lequel, doit être consignée toute délivrance au public ou à usage professionnel de substances vénéneuses ou des médicaments qui figurent au tableau des substances vénéneuses, c'est à dire des substances dont l'administration peut engendrer des effets nocifs et qui sont de ce fait classées en trois (3) tableaux :

- . A (toxiques),
- . B (stupéfiants),
- . C (dangereux).

L'absence d'ordonnancier dans l'"officine" prouve le caractère purement commercial qui lui est conféré. L'ordonnancier représente donc la moralité de la vente des médicaments à l'"officine".

En définitive, c'est le vide juridique créé par le manque de cadres pharmaciens qui est à l'origine des incohérences au niveau du Statut de l'officine. Il convient de rappeler que les officines de la Pharmacie Populaire ne font que conduire la mission qui était dévolue aux dépôts de médicaments avant l'Indépendance.

B. LE DEPOT DE MEDICAMENTS :

Le dépôt de médicaments est la composante périphérique de la distribution au Public. La création de dépôts

répond à la volonté des autorités de rapprocher les médicaments courants aux populations des localités éloignées ou enclavées, telle que nous l'avons souvent mentionnée.

1) Textes fondamentaux relatifs aux dépôts de médicaments :

Les dépôts étaient régis suivant les dispositions de l'Article 17 du décret n°55-1122 du 16 Août 1955 et de l'arrêté n°77.10.SP du 14 Septembre 1956. Il convient de rappeler qu'aux termes de ces dispositions, le dépôt doit être :

- soit la propriété d'une personne physique,
- soit la propriété d'une personne morale à la condition que la gérance soit assurée par une personne physique désignée à cet effet.

De plus l'arrêté n°77.10.SP du 14 Septembre 1956 fixe les conditions suivantes pour l'exploitation d'un dépôt :

- être de Nationalité Française,
- avoir 21 ans,
- être de bonne moralité : présentation par le dépositaire d'un extrait du casier judiciaire datant de moins de trois (3) mois.

Par la suite, le Statut du dépôt devait subir des modifications résultant de l'évolution politique amorcée depuis la Loi Cadre par les colonies. C'est dans ce contexte que le Gouvernement Provisoire du Soudan habilitait, par décret n°81 PG du 29 Février 1960, les Sociétés Mutuelles de Développement Rural (S.M.D.R.) à faire des cessions de médicaments. Le décret posait un principe nouveau pour les dépôts : la délivrance des médicaments sur présentation exclusive d'une ordonnance signée par le Médecin-chef de l'assistance médicale africaine de Cercle ou de son suppléant légal (Art. 7). En outre, il reprenait le principe de l'inspection des dépôts : "Il sera procédé aussi souvent que nécessaire au moins une fois par an à l'inspection inopinée des dépôts de médicaments dans les Sociétés Mutuelles de Développement Rural". (Art. 8)

les jeunes de 15 à 24 ans et particulièrement les femmes sans emploi (9) entre 25 et 80 % des conjoints des séropositifs Africains sont infectés (9) comparés aux 9 à 19 % en Europe et en Amérique du Nord (15); les conjoints des sidéens sont presque toujours séropositifs (8). La transmission homosexuelle est faible car l'homosexualité est peu répandue en Afrique. Les difficultés de diagnostic de l'infection chez le nouveau né expliquent l'estimation difficile de la transmission maternofoetale mais le PCR et l'étude des immunoglobulines des larmes, assez spécifiques de l'infection du nouveau-né seront d'un apport considérable. Des études ont montré que 40 à 65 % des enfants naissent infectés dans certaines localités de l'Afrique Centrale. Les aiguilles et les autres instruments non stériles causant une effraction de la peau semblent jouer aussi un rôle important dans la transmission du VIH.

- Modèle III ou zone III : inclut l'Asie, une grande partie des pays du Pacifique, le Moyen Orient et de l'Europe de l'Est. L'infection à VIH semble d'apparition récente dans cette zone (11). La plupart des cas concerne les voyageurs ou les contacts avec les voyageurs. La transmission est homosexuelle, hétérosexuelle et transfusionnelle. La seroprévalence du VIH est basse même dans les groupes à risque comme celui des prostituées (13), mais l'extention de la transmission interne dans ces pays est de plus en plus grandissante.

PREVENTION

L'absence de traitement et de vaccin limite la lutte contre l'infection à VIH à l'information et l'éducation des populations, seules armes disponibles actuellement et capables de diminuer de façon certaine la propagation du VIH. La première étape de toute lutte contre l'infection à VIH est fondamentale et porte sur le choix de la politique, de la stratégie et du type de campagne d'information.

Les deux piliers de toute campagne efficace sont une volonté politique et une participation des populations. Les points essentiels de la stratégie de prévention portent en milieu tropical sur :

- la formation et l'information des professionnels de santé
- l'information et l'éducation de la population
- la prise en charge des personnes infectées.

Cette lutte préventive est basée sur la compréhension de la transmission sanguine, sexuelle, verticale du VIH.

Prévention de la transmission sanguine :

La nécessité de la réduction du nombre de transfusion s'impose parce que si le dépistage en banque de sang a pu être mis en place ; dans les grands centres tropicaux des difficultés demeurent : Problèmes financiers et techniques de dépistage dans les petites unités sanitaires, donneurs à la phase " présérologique" de l'infection, rupture de stock de réactifs, transfusions en urgence. Néanmoins les résultats obtenus par les pays occidentaux dans la prévention de la transmission transfusionnelle doivent servir d'exemples et encourager les pays du Tiers Monde. Cette prévention nécessite une bonne politique visant à une meilleure organisation et un équipement des centres de transfusion, une campagne d'information et d'éducation de la population donc des donneurs de sang.

La prévention de la transmission par les aiguilles passe par l'information et l'éducation du personnel sanitaire, l'accessibilité géographique et financière des populations aux seringues à usage unique. Concernant la transmission sanguine par toxicomanie intraveineuse, importante dans certains pays occidentaux, heureusement encore rare en milieu tropical, elle mérite déjà une prévention basée sur l'information des jeunes parce que les conditions propices à la toxicomanie commencent à se réunir dans nos pays : chômage des jeunes, urbanisation et création de milieux défavorisés.

Prévention de la transmission sexuelle :

Elle est la plus importante, mais la plus difficile. La sexualité restant encore sujet tabou, l'information sur l'infection à VIH doit comporter des arguments susceptibles d'entraîner l'adhésion des populations tout en tenant compte de leurs cultures, leurs traditions, des diversités ethniques. L'objectif principal des campagnes d'information et d'éducation doit viser le changement de comportement sexuel à risque car en matière de SIDA, la notion de comportement à risque remplace la notion de groupe à risque. Chaque individu doit-être amené par l'information et l'éducation à prendre conscience afin de se protéger et de protéger les autres. Certaines traditions veulent que les hommes discutent entre eux, les femmes entre elles et les enfants de même.

En plus du respect du contexte culturel, une lutte préventive efficace repose sur une information dosée à travers des messages simples et compréhensibles visant à prouver la réalité de l'infection, pronant la fidélité entre partenaire, l'abstinence sexuelle, la diminution du nombre de partenaire, l'utilisation des préservatifs lors des rapports occasionnels, conseillant des pratiques sexuelles sans risques et la prévention des autres MST. En effet, il existe une synergie entre la lutte contre le SIDA et la lutte contre les autres MST, la prévention de l'infection à VIH diminuant également

l'incidence des MST et le traitement de ces dernières freinant la propagation du virus. Un accent particulier doit être mis sur le fait qu'il n'y a aucune contagiosité des séropositifs en dehors des relations sexuelles afin qu'il n'y ait aucune discrimination quant au travail.

L'ensemble des messages doit être diffusé à toute la population en insistant sur certains aspects :

L'information s'adresse à toute la population, mais les messages seront adaptés aux groupes ciblés. Par exemple aux niveaux des jeunes l'accent sera mis sur les dangers du vagabondage sexuel et sur les intérêts de l'utilisation du préservatif (contraception, prévention des MST) ; le message prioritaire destiné aux couples est la fidélité. Les femmes seront sensibilisées sur le risque de transmission materno-infantile, la sensibilisation visera particulièrement les prostituées en insistant sur les risques de leur profession et en leur conseillant l'utilisation systématique des préservatifs.

Quant aux voyageurs professionnels ou non, exposés aux rencontres occasionnelles, il leur sera conseillé l'utilisation systématique du préservatif pour tout rapport occasionnel. Les vecteurs de l'information sont nombreux et complémentaires. Tous les moyens audiovisuels et écrits doivent être utilisés pour atteindre le maximum de personnes ; ainsi la radio, la télévision, la presse écrite et les artistes jouent un rôle essentiel en diffusant des informations dosées et scientifiquement valables. Le personnel de santé est à la première ligne de ce combat. Ainsi sa formation est capitale. Les enseignants, s'ils sont bien informés seront des vecteurs de qualité. Les associations syndicales religieuses et de masses utilisées comme véhicule de l'information permettront d'atteindre les couches profondes de la société.

La Prévention de la transmission verticale

Lorsque la prévention de la transmission sanguine et sexuelle est efficace, la transmission materno-foetale diminuera. Mais des actions spécifiques doivent être menées à ce niveau : Information et Sensibilisation des femmes séropositives afin qu'elles adoptent un moyen contraceptif, l'avortement thérapeutique chez les femmes séropositives enceintes qui le désirent.

Prise en charge des personnes infectées

La prévention au niveau des personnes infectées passe obligatoirement par leur information sur leur propre état de santé même si, dans notre culture, il n'est pas permis d'annoncer à une personne qu'elle est atteinte d'une maladie

incurable ; en les informant la réalité de l'épidémie ne sera plus un doute pour eux. Ainsi les séropositifs pourraient-ils créer des associations. Cette prévention passe aussi par une prise en charge médicale, psychologique et même sociale des personnes infectées ; qui ainsi informées et responsabilisées pourraient éviter de transmettre l'infection à d'autres personnes en s'abstenant de tout rapport sexuel non protégé et de tout don de sang. Alors le SIDA ne sera plus considéré comme une maladie honteuse dans notre société.

Nous espérons que la recherche appuyée par la Coopération Internationale trouvera bientôt un médicament efficace contre le virus et/ou un vaccin. Mais en attendant nous devons adopter individuellement et collectivement des attitudes susceptibles de circonscrire au maximum cette épidémie, comme l'a si bien dit le Pr Lux Montagnier : "Avant d'être vaincu par la recherche, le SIDA doit être circonscrit. La recherche a déjà fait ses preuves par le passé... . En l'absence de vaccin et de traitement efficace, la prévention reste le seul moyen de lutte contre le SIDA" (17).

F/ NOTRE ETUDE

I) METHODOLOGIE ET MATERIELS DE TRAVAIL

Après avoir fait un pré-test au niveau de vingt lycées du Lycée Askia Mohamed, en mars 1990 la population enquêtée concernait un échantillon de 2.860 élèves repartis entre :

- trois écoles fondamentales de Ségou
- le lycée de Ségou
- trois écoles fondamentales de Sikasso
- le lycée de Sikasso
- trois écoles fondamentales de Bamako
- le lycée de Badalabougou
- le lycée Askia Mohamed
- le lycée de Jeunes Filles

Le choix des Etablissements a porté sur les distances qu'ils les séparaient d'une part et dans le même établissement le choix des élèves tenait compte des différentes sections d'autre part. Nous avons choisi comme ville :

- la Capitale du Mali (Bamako)
- une région adjacente (Ségou)
- une région frontalière à un pays d'hyperandemi (Sikasso)

Le questionnaire, anonyme, élaboré était rempli comme suit : l'élève seul encadrait le ou (les) chiffre(s) correspondant pour lui à la bonne réponse (ou aux bonnes réponses).

Les enquêteurs sont au nombre de deux : une sexologue de nationalité Canadienne Melle Louise Desjardins et nous mêmes. Les élèves étaient sous la supervision des enseignants. Les 2860 dossiers ainsi recueillis ont été traités à l'ordinateur (IBM).

FICHE D'ENQUETE ET CODES AUX REPONSES DES QUESTIONS

1. REGION D'Origine :

1. Kayes
2. Koulikoro
3. Sikasso
4. Ségou
5. Mopti
6. Tombouctou
7. Gao
8. Bamako
- 1 étranger

2. NATURE DE L'ETABLISSEMENT

1. Fondamental
2. Secondaire

3. CLASSE :

1. 7^e Année
2. 8^e Année
3. 9^e Année
4. 10^e Année
5. 11^e Année
6. 12^e Année

4. AGE

1. < 14
2. = 14
3. = 15
4. = 16
5. = 17
- 6 + 18
- 7 = 19
- 8 = 20
- 9 = 21
- 10 = 22
- 11 = 23 et + - 1

5. SEXE :

1. = Masculin
2. = Féminin
- 1 =

6. ETHNIE

1. Peulh
2. Bambara
3. Sarakolé
4. Sonrhäï
5. Malinké
6. Dogon
7. Sénoufo
8. Minanka
9. Kassouké
10. Somono
11. Toucouleur
12. Bobo
13. Griot
14. Bozo
15. Maure
- 1 Etranger

7. NOMBRE D'ANNEES VECUES AU MALI

- 1 = 0 Année
2. = 1 Année
- 26 = 25 Année

8. SCOLARITE DU PERE

1. Analphabète
2. 1er Cycle
3. Second Cycle
4. Secondaire
5. Supérieur
- 1. =

9. SCOLARITE DE LA MERE

1. Analphabete
2. 1er Cycle
3. Second Cycle
4. = Secondaire
5. = Supérieur
- 1. =

10. Est-CE QUE VOUS AVEZ DEJA ENTENDU PARLER DU SIDA

1. Oui
2. Non

11. SI OUI COMMENT ?

1. Ecole "Sujets d'Examens"
2. Télévision
3. Radio
4. Journaux
5. Revues
6. Amis
7. Parents
8. Autre
9. 1+2+3+4+8
10. 2+3+4+5+6
11. 1+2+7
12. 1 à 7
13. 2+4+6+7
14. 1 à 6
15. 1+2+3+4+6
16. 1 à 8
17. 1+2+6
18. 2+3+4
19. 1+2+6+7
20. 6+7

12. SI AUTRE QUOI ?

1. Lieux de Conférences-Débats
2. Théâtre
3. Téléphone
4. Centres médicaux
5. Cinéma
6. Vie courante :
 - Voyages
 - Lieux de causerie (rencontre)
 - Dans les bars (Putes)

13. AVEZ-VOUS CHANGE VOS HABITUDES LORSQUE VOUS AVEZ APPRIS COMMENT SE TRANSMETTAIT LE SIDA ?

1. Oui
2. Non
- 1. ?

14. SI OUI COMMENT ?

1. Utilisation des préservatifs
2. Fidélité entre les partenaires sexuels
3. Eviter la prostitution
4. S'abstenir de toute relation sexuelle
5. Eviter les relations sexuels avec les séropositifs
6. Pires comportements
7. Utilisation d'instruments stériles
8. Eviter les transfusions sanguines

9. En quête des informations sur le SIDA
10. Haïr les séropositifs

15. PAR QUI AIMARIEZ-VOUS ENTENDRE PARLER DU SIDA ?

1. Ecole
2. Télévision
3. Radio
4. Revues
5. Journaux
6. Amis
7. Parents
8. Autre
9. 1+4+6+7
10. 2+3+4+5+6
11. 1+6+7
12. 1 à 7
13. 4+5+6
14. 1+2+4+6+7+8
15. 1+2+5+4+6+7
16. 1+2+5
17. 1 à 6
18. 1 à 8
19. 1 à 4
20. 2+3+6+7

16. SI AUTRE QUOI ?

1. Personnels de santé
2. Les seropositifs et malades
3. Cinema
4. Lieux de conférences - débats
5. Vie courante :

- ennemis.
- Marabout (Mosquée)
- Voyages
- Féticheurs
- Lieux de rencontre.
-

6. Théâtre

17. POUVEZ-VOUS ATTRAPER LE SIDA ?

1. oui
2. Non.
- 1.

18. POURQUOI ?

1. SIDA non maîtrisé :
 - Pas de vaccin
 - Pas de traitements curatifs
2. Recherche d'informations sur les mesures préventives et leurs applications.
3. Si les partenaires sexuels sont infidèles
4. Fidélité des partenaires sexuels.
5. Utilisation des préservatifs.
6. le fait d'uriner après chaque relation sexuelle (n'est pas une mesure préventive contre SIDA).

19. LE SIDA EST-IL UNE MALADIE MORTELLE ?

1. OUI
2. Non
3. NSP (Ne sais pas)
- 1

20. LE SIDA EST-IL UNE MALADIE EVITABLE ?

1. OUI
2. NON
3. NSP
- 1.

21. SI OUI COMMENT ?

1. Utilisation des préservatifs
 2. Application stricte des mesures préventives selon l'O.M.S.
 3. Fidélité des partenaires sexuels.
 4. S'abstenir de toute relation sexuelle.
 5. Eviter les rapports dans la vie courante avec les personnes testées (sero +)
- 1.

22. COMMENT SE TRANSMET LE SIDA ?

1. Par relation sexuelle
2. Par transfusion sanguine.
3. Par relation sexuelle et par transfusion sanguine.
4. Par des instruments souillés.
5. Par relation sexuelle et par des instruments souillés.
6. Par des contacts de la vie courante avec les sero + et Sidéens.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

23. LE SIDA SE TRANSMET-IL PAR DES RELATIONS SEXUELLES ?

1. Oui.
2. Non
3. N.S.P.

24. LE SIDA SE TRANSMET - IL PAR UN BAISER ?

1. Oui
2. Non
3. N.S.P.

25. LE SIDA SE TRANSMET - IL PAR DES CARESSES ?

1. Oui.
2. Non
3. N.S.P.

26. LE SIDA SE TRANSMET - IL PAR UN RASOIR ?

1. Oui.
2. Non
3. N.S.P.

27. LES MOUSTIQUES TRANSMETTENT - IL LE SIDA ?

1. Oui
2. Non
3. N.S.P.

28. POUVEZ-VOUS ATTRAPER LE SIDA EN SERRANT LA MAIN DE QUELQU'UN DE QUI A LE SIDA ?

1. Oui
2. Non
3. N.S.P.

29. QUELS SONT LES GROUPES DE POPULATION LES PLUS SUSCEPTIBLES D'ATTRAPER LE SIDA ?

1. Les prostitués
2. Les Promosexueles
3. La Polygamie
4. Les drogueurs - les Maguisards
5. 1 + 2 + 4.
6. Les pigmées
7. Les jeunes :
 - Beauté
 - Aisance.
8. Les citadins.
9. Tout le monde :
 - Voyageurs.
10. Les prisonniers

30 . PEUT -ON ATTRAPER LE SIDA EN DONNANT DU SANG ?

1. Oui
2. Non
3. N.S.P.

31. SI OUI POURQUOI ?

1. Donneur infecté
2. Matériels souillés
3. Contagion

32. PEUT-ON ATTRAPER LE SIDA EN RECEVANT DU SANG ?

1. Oui
2. Non
3. N.S.P.

33. SI OUI POURQUOI ?

1. Donneur infecté
2. Matériels souillés
3. Contagion

34. EST-CE QUE LE SIDA SE TRANSMET EN PORTANT DES VETEMENTS D'OCCASION ?

1. Oui
 2. Non
 3. N.S.P.
- 1 ?

35 PEUT-ON ETRE PORTEUR DU VIRUS DU SIDA SANS ETRE MALADE ?

1. Oui
 2. Non
 3. N.S.P.
- 1. ?

36. Y-A-T-IL PLUS DE RISQUES D'ATTRAPER LE SIDA SI L'ON A PLUSIEURS COPAINS OU COPINES ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. N.S.P.
- 1. ?

37. LA TRANSMISSION DU SIDA SE FAIT-ELLE D'AVANTAGE PAR L'HOMME OU PAR LA FEMME ?

- 1. Oui (Par l'homme)
- 2. Non (Par la femme)
- 3. N.S.P. (Par les deux)
- 1. ?

38. CROYEZ-VOUS QUE LE SIDA EXISTE VRAIMENT ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 1. ?

39. CROYEZ-VOUS QUE LE SIDA EXISTE AU MALI ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 1. ?

40. DOIT-ON LAISSER LES PERSONNES QUI ONT ATTRAPÉ LE SIDA SEROPOSITIVES ET MALADES FREQUENTER LES LIEUX PUBLICS ?

- 1. Oui
- 2. non
- 1. ?

41. AVEZ-VOUS DEJA EU DES RELATIONS SEXUELLES ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 1. ?

42. SI OUI, DANS QUELLE CLASSE ETIEZ-VOUS LORS DE VOTRE PREMIERE RELATION SEXUELLE ?

- 1 : 7^e Année 5 : 11^e Année
- 2 : 8^e Année 6 : 12^e Année
- 3 : 9^e Année 7 : Autre (avant la 7^e A)
- 4 : 10^e Année - 1. ?

43. AVEZ-VOUS DEJA VU UN PRESERVATIF (Condon) ?

- 1. oui
- 2. Non
- 1. ?

44. SI OUI, AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UN PRESERVATIF ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 1. ?

45. SI OUI, OU L'AVEZ TROUVE

1. Maternité. P.M.I.
2. Lieux de conférence
3. Hôpitaux - Centres de santé (Médecin, infirmier...)
4. Amis- Camarades - Copains.
5. Ecole
6. Planning Familial.
7. Pharmacie
8. Lieux de prostitutions.
9. Parents
10. Dans les bars.

46. SI NON AIMERIEZ-VOUS UTILISER UN PRESERVATIF ?

1. OUI
 2. NON
- 1 : ?

47. POURQUOI ?

1. Se protéger contre les MST
2. C'est gênant (Diminution des sentiments)
---> Diminution des sentiments
---> signe d'infidélité
3. Inexistence du SIDA
4. Fidélité
5. Non information sur l'utilité des préservatifs.
6. Pour espacer les naissances.
7. Rend stérile
Rend malade.
8. Favorise la prostitution
9. Non admis par la Religion

48. AVEZ-VOUS EU PLUSIEURS COPAINS OU COPINES DEPUIS VOTRE PREMIERE RELATION SEXUELLE ?

1. Oui
 2. Non
- 1 : ?

49. VOUS SENTEZ-VOUS A L'AISE DE PROPOSER LE PRESERVATIF A VOTRE AMI (E) ?

1. Oui
 2. Non
- 1. : ?

50. PARLEZ-VOUS DU SIDA AVEC VOS AMI (ES) ?

1. Oui
 2. Non
- 1 : ?

51. PARLEZ-VOUS DU SIDA AVEC VOS PARENTS ?

1. Oui
 2. Non
- 1 : ?

52. POURQUOI ?

1. Les parents sont occupés autrement.
 2. Les parents sont non concernés.
 3. Pour s'informer entre eux.
 4. Respect envers les parents (Religion).
 5. Tout le monde est concerné.
- 1 : ?

53 AVEZ-VOUS DEJA VU UNE PERSONNE ATTEINTE DE SIDA ?

1. Oui
 2. Non
- 1 : ?

54 SI OUI, COMMENT AVEZ-VOUS RECONNU QU'ELLE AVAIT LE SIDA ?

1. Amaigrissement
2. ---> Boutons sur le corps
---> Fièvre
3. Diarrhée continue
4. A travers les médias (et le personnel de la santé)
5. Origine (provenance d'un séjour)

55. AVEZ-VOUS DEJA RECU DU SANG ?

1. Oui
 2. Non
- 1 : ?

56 AVEZ-VOUS DEJA DONNE DU SANG ?

1. Oui
 2. Non
- 1 : ?

57 AVEZ-VOUS RECU DES INJECTIONS (PIQUES) EN 1989 OU EN 1990 ?

1. Oui
 2. Non
- 1 : ?

58 AVEZ-VOUS CHERCHE A SAVOIR QUEL TYPE DE SERINGUE L'INFIRMIER UTILISE ?

1. Oui
 2. Non
- 1 : ?

59 SI OUI, QUE CHERCHEZ-VOUS ?

1. Seringue à usage unique
2. Matériels souillés ou non
3. Curiosité
- 4.
- 5.

60 AVEZ-VOUS DES TATOUAGES ?

1. Oui
2. Non

61 AVEZ-VOUS LES OREILLES OU LE NEZ PERCÉ ?

1. Oui
 2. Non
- 1 : ?

62 AVEZ-VOUS DES SCARIFICATIONS ?

1. Oui
 2. Non
- 1 : ?

63 SAVEZ-VOUS SI ON PEUT GUÉRIR LA MALADIE DU SIDA ?

1. Oui
 2. Non
- 1 : ?

64 SI OUI : COMMENT ?

1. Recherches
2. Ex sanguino transfusion du malade
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

65 DE QUEL CONTINENT LE SIDA EST-IL ORIGINAIRE ?

- | | |
|-------------|------------|
| 1. ASIE | 4. AFRIQUE |
| 2. AMERIQUE | 5. EUROPE |
| 3. OCEANIE | 6. N.S.P. |

- 1 : ?

66 QUELLES SONT LES QUESTIONS QUE VOUS VOUS POSEZ À PROPOS DU SIDA

1. Moyens de prévention - Vaccination
2. Période d'incubation et durée de la maladie
3. Situation curative
4. Existence du SIDA
5. Origine du SIDA
6. Informations sur le SIDA - Hérité du SIDA
7. Rien sur le SIDA (aucune information sur le SIDA)
8. Clinique du SIDA
9. Relations SIDA - Stérilité et SIDA - Femmes enceintes
10. Prise en charge des séropositifs (légalisation) et Sidéens et relation SIDA animaux (moustiques). «Fin du monde = verset du Coran».

67 VILLE

1. Bamako
2. Ségou
3. Sikasso

68 ECOLE

1. Lycée Askia Mohamed
2. Lycée de Badalabougou
3. Lycée de Jeunes Filles
4. Ecole fondamentale de Boukassoumbougou
5. Ecole fondamentale de Daoudabougou
6. Ecole fondamentale de Djikoroni-Para
7. Lycée de Ségou
8. Groupe Central (Ségou) 1
9. Quartier Administratif (Ségou) 2
10. Mission Catholique (Ségou) 3
11. Lycée de Sikasso
12. Groupe Scolaire 2e Cycle Sikasso A (1)
13. Ecole Privée (Mission Catholique) 2e Cycle (2)
14. Ecole Tiéba 2e Cycle (3)

DATE :

DOSSIER NUMERO :

ENQUETEUR :

I- Region :

- 1 : Kayes
- 2 : Koulikoror
- 3 : Sikasso
- 4 : Ségou
- 5 : Mopti
- 6 : Tombouctou
- 7 : Gao
- 8 : Bamako - 1 = ?

II- Nature de l'établissement :

- 1 : Fondamental
- 2 : Secondaire
- 1 : ?

III- Classe : 1 = 7è Année 2 = 8è Année 3 = 9è Année

- 4 = 10è Année 5 = 11è 6 = 12è

IV- Age : 1 = 14 2 = 14 3 = 15 4 = 16 5 = 17

- 6 = 18 7 = 19 8 = 20 9 = 21 10 = 22
- 11 = 23 et + -1 = ?

V- Sexe : 1 = Masculin 2 = Féminin -1 = ?

VI- Ethnie :

- 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5
- 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10 - 1 = ?

VII- Nombre d'années vécues au Mali :

- Code = Minimum = 0 Maximum = 25 non précise = -1

VIII Scolarité du père :

- 1 = Analphabète 2 = 1er Cycle 3 = Second Cycle
- 4 = Secondaire 5 = Supérieur -1 = ?

IX- Scolarité mère :

- 1 = Analphabète 2 = 1er Cycle 3 = Second Cycle
- 4 = Secondaire 5 = Supérieur -1 = ?

X- Est-ce que vous avez déjà entendu parler du SIDA ?

- 1 = Oui 2 = Non -1 = ?

XI- Si oui Comment ?

- 1 = Ecole 2 = Télévision 3 = Radio 4 = Journaux
- 5 = Revues 6 = Amis 7 = Parents 8 = Autre -1 = ?

XII - Si autre Quoi ?

XIII - Avez-vous changé vos habitudes lorsque vous avez appris comment se transmettait le SIDA ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

XIV - Si oui Comment ? :

XV- Par qui aimeriez-vous entendre parler du SIDA ?

1 = Ecole 2 = Télévision 3 = Radio 4 = Revues 5 = Journaux
6 = Amis 7 = Parent 8 = autre. -1 = ?

XVI - Si autre Quoi ? =.....

XVII- Pouvez-vous attraper le SIDA ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

XVIII - Pourquoi ?.....

XIX- Le SIDA est-il une maladie mortelle ?

1 = Oui 2 = Non 3 = Ne sais pas(NSP) -1 = ?

XX- Le SIDA est-il une maladie évitable ?

1 = Oui 2 = Non 3 = NSP -1 = ?

XXI- Si oui Comment ?.....

XXII- Comment se transmet le SIDA ?.....

1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5
6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10 -1

XXIII- Le SIDA se transmet-il par des relations sexuelles ?

1 = Oui 2 = Non 3 = NSP -1 = ?

XXIV - Le SIDA se transmet-il par un baiser ?

1 = Oui 2 = Non 3 = NSP -1 = ?

XXV- Le SIDA se transmet-il par des caresses ?

1 = Oui 2 = Non 3 = NSP -1 = ?

26- Le SIDA se transmet-il par un rasoir ?

1 = Oui 2 = Non 3 = NSP -1 = ?

27- Les moustiques transmettent-ils le SIDA ?

1 = Oui 2 = Non 3 = NSP -1 = ?

28 - Pouvez-vous attraper le SIDA en serrant la main de quelqu'un le SIDA ?

1 = Oui 2 = Non 3 = NSP -1 = ?

.../...

29 - Quels sont les groupes de population les plus susceptibles d'attraper le SIDA ?

1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6

7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10 - 1 = ?

30 - Peut-on attraper le SIDA en donnant du sang ?

1 = Oui 2 = Non 3 = NSP - 1 = ?

31- Si oui Pourquoi ?.....

32 - Peut-on attraper le SIDA en recevant du sang ?

1 = Oui 2 = Non 3 = NSP - 1 = ?

33 - Si Oui Pourquoi ?.....

34- Est-ce que le SIDA se transmet en portant des vêtements d'occasion ?

1 = Oui 2 = Non 3 = NSP -1 = ?

35- Peut-on être porteur du virus du SIDA sans être malade ?

1 = Oui 2 = Non 3 = NSP -1 = ?

36 - Y a t-il plus de risques d'attraper le SIDA si l'on a plusieurs copains ou copines ?

1 = Oui 2 = Non 3 = NSP -1 = ?

37- La transmission du SIDA se fait-elle d'avantage par l'homme ou par la femme ?

1 = Oui 2 = Non 3 = NSP -1 = ?

38- Croyez-vous que le SIDA existe vraiment ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

39 - Croyez-vous que le SIDA existe au Mali ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

40- Doit-on laisser les personnes qui ont attrapé le SIDA fréquenter les lieux publics ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

41 - Avez-vous déjà eu des relations sexuelles ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

42 - Si oui, dans quelle classe étiez-vous lors de votre première relation sexuelle ?

1 = 7è 2 = 8è 3 = 9è 4 = 10è 5 = 11è

6 = 12è 7 = autre -1 = ?

43 - Avez-vous déjà vu un préservatif ? Oui Non -1

44- Si oui, avez-vous déjà utilisé un préservatif ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

.../...

45- Si oui, où l'avez-vous trouvé ?

1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5
6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 9

46- Si non aimeriez-vous utiliser un préservatif ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

47- Pourquoi ?.....

48- Avez-vous eu plusieurs copains ou copines depuis votre première relation sexuelle ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

49 - Vous sentez-vous à l'aise de proposer le préservatif à votre partenaire ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

50- Parlez-vous du SIDA avec vos amis(es) ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

51- Parlez-vous du SIDA avec vos parents ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

52- Pourquoi.....

1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 -1 = ?

53- Avez-vous déjà vu une personne atteinte de SIDA ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

54- Si oui, Comment avez-vous reconnu quelle avait le SIDA ?

.....
1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 -1 = ?

55- Avez-vous déjà reçu du sang ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

56- Avez-vous déjà donné du sang ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

57- Avez-vous reçu des injections en 1989 ou en 1990 ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

58- Avez-vous cherché à savoir quel type de seringue l'infirmier a utilisé ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

59- Si oui, que cherchez-vous ?.....

1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 -1 = ?

60- Avez-vous des tatouages ? (NYSSUSU)

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

.../...

61- Avez-vous les oreilles ou le nez percé ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

62- Avez-vous des scarifications ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

63- Savez-vous si on peut guérir la maladie du SIDA ?

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

64- Si oui, Comment ?.....

65- De quel continent le SIDA est-il originaire ?

1 = Asie 2 = Amérique 3 = Océanie

4 = Afrique 5 = Europe 6 = NSP -1 = ?

66- Quelles sont les questions que vous vous posez à propos du SIDA
.....

II) RESULTATS

a) Statistique descriptive :

Tableau 1 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE ENTENDU PARLER SIDA

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	2826	98.8
NON	34	1.2
NSP	0	0.0

TOTAL CAS VALIDES : 2860 SOIT 100 % DU TOTAL

Parmi les 2860 élèves recensés, 2826 ont entendu parler du SIDA soit 98,8 %, ce qui représente la quasi-totalité de l'échantillon.

TABLEAU 2 : ENTENDU PARLER SIDA

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
1 ECOLE	144	5,1
2 TELEVISION	399	14,2
3 RADIO	148	5,3
4 JOURNAUX	125	4,4
5 REVUES	9	0,3
6 AMIS	70	2,5
7 PARENTS	29	1
8 AUTRE	7	0,2
9 - 1+2+3+4+8	11	0,4
10	41	1,5
11	26	0,9
12	697	24,7
13	19	0,7
14	648	23
15	23	0,8
16	380	13,5
17	35	1,2
18	2	0,1
19	1	0
20	5	0,2

TABLEAU N° 3 : AUTRES SOURCES D'INFORMATION SELON LES SOUHAITS

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
1 Personnel de Santé	159	35,4
2 Les Séropositifs et malades	56	12,5
3 Cinema	12	2,7
4 Lieux Conférence-débats	77	17,1
5 Vie courante	81	18
6 Théâtre	64	14,3

TABLEAU N° 4 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE SELON LE SEXE

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
MASCULIN	1.743	60,9
FEMININ	1.117	39,1

TABLEAU N° 5 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE SELON LES VILLES

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
BAMAKO	1.299	45,4
SEGOU	821	28,7
SIKASSO	738	25,8

TABLEAU 6 : PAR QUI AIMERIEZ-VOUS ENTENDRE PARLER DU SIDA

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
1 ECOLE	264	9,7
2 TELEVISION	792	29,1
3 RADIO	134	4,9
4 JOURNAUX	163	6
5 REVUES	12	0,4
6 AMIS	93	3,4
7 PARENTS	111	4,1
8 AUTRE	92	3,4
9 - 1+2+3+4+8	3	0,1
10	31	1,1
11	25	0,9
12	329	12,1
13	12	0,4
14	76	2,8
15	9	0,3
16	132	4,9
17	204	7,5
18	231	8,5
19	3	0,1
20	4	0,1

Tableau N°7 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE ECOLE

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
LYCEE ASKIA MOHAMED	228	8.0
LYCEE BADALA	230	8.0
LYCEE DE JEUNES FILLES	246	8.6
E.F BOULKASSOUMBOUGOU	216	7.6
E.F DAUDABOUGOU	182	6.4
E.F DJICORONI	206	7.2
LYCEE DE SEGOU	380	13.3
ECOLE 1	135	4.7
ECOLE 2	114	4.0
ECOLE 3	185	6.5
LYCEE DE SIKASSO	335	11.7
ECOLE 1	132	4.6
ECOLE 2	134	4.7
ECOLE 3	136	4.8

TOTAL CAS VALIDES : 2860 SOIT 100 % DU TOTAL

On a pu recueillir le plus grand effectif au Lycée de Ségou (380)
ensuite au Lycée de Sikasso (335).
L'effectif minimal a été recueilli à l'école fondamentale 2 de Ségou

SEGOU

ECOLE 1 : GROUPE CENTRAL
ECOLE 2 : QUARTIER ADMINISTRATIF
ECOLE 3 : MISSION CATHOLIQUE

SIKASSO

ECOLE 1 : GROUPE SCOLAIRE 2è CYCLE
ECOLE 2 : ECOLE PRIVEE 2è CYCLE
ECOLE 3 : ECOLE TIEBA 2è CYCLE

Tableau N°8 : AYEZ-VOUS DEJA DONNE DU SANG ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	1664	58.8
NON	636	22.5
NPS	532	18.8

TOTAL CAS VALIDES : 2832 SOIT 99 % DU TOTAL

Concernant le don de sang 58,8 % des élèves interrogés, affirment avoir donné leur sang.

Tableau N°9 : AYEZ-VOUS DEJA RECU DU SANG ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	1924	68.0
NON	248	8.8
NPS	657	23.2

TOTAL CAS VALIDES : 2829 SOIT 98.9 % DU TOTAL

Nous constatons à travers le tableau N°26 que 68 % des élèves de notre enquête affirment avoir reçu du sang.

Tableau N°10 : EU RELATION SEXUELLE ?

CLASSE	EFFECTIF	UENCE RELATIVE
OUI	1432	50
NON	1348	47,13
NPS	80	2,8

TOTAL CAS VALIDES : 2860 SOIT 97,2 % DU TOTAL

Plus de la moitié ont commencé les relations sexuelles
1432 (50 %) contre (47,13 %).

**Tableau N°11 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE
CLASSE 1° RELAT SEXUELLE**

CLASSE	EFFECTIF	UENCE RELATIVE
FOND. 1	607	21.2
FOND. 2	245	8.6
FOND. 3	239	8.4
SEC. 1	102	3.6
SEC.2	52	1.8
SEC.3	16	0.6
AUTRE	241	8.4
NON REPON	1358	47.5

21,2 % des élèves affirment avoir eu des relations sexuelles.
Ont commencé en 7ème année.

TOTAL CAS VALIDES : 2860 SOIT 100 % DU TOTAL

Tableau N°12 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE DEJA VU PRESERYATIF ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	1773	62.0
NON	960	33.6
NON REPON	127	4.4

TOTAL CAS VALIDES : 2860 SOIT 100 % DU TOTAL

62 % des élèves affirment avoir vu le préservatif contre
33,6 % n'ayant pas vu

Tableau N°13 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE UTILISE PRESERYATIF ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	605	21.2
NON	2100	73.4
NON REPON	155	5.4

21,2 % des élèves affirment avoir utilisé le préservatif contre
73,4 % n'ayant pas fait.

TOTAL CAS VALIDES : 2860 SOIT 100 % DU TOTAL

Tableau N°14 : LES RAISONS POUR LESQUELLES ILS NE VEULENT PAS UTILISER LE PRESERVATIF

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
1	51	8.0
2	326	51.2
3	4	0.6
4	104	10.3
5	43	6.8
6	14	2.2
7	89	14.0
8	5	0.8
9	1	0.2
10	0	0.0

TOTAL CAS VALIDES : 637 SOIT 22.3 % DU TOTAL

Ceux qui ne veulent jamais utiliser le préservatif trouvent les raisons suivantes par ordre de fréquence élevée : (2), (4), (7).

1. Se protéger contre les MST
2. C'est gênant (diminution des sentiments, signe d'infidélité)
3. Inexistence du SIDA
4. Fidélité
5. Non information sur l'utilité des préservatifs
6. Pour espacer les naissances
7. Rend stérile, rend malade
8. Favorise la prostitution
9. Non admis par la religion.

Tableau N°15 : LES RAISONS POUR LESQUELLES ILS YEULENT UTILISER LE PRESERYATIF

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
1	1490	96,80%
2	5	0.5
3	3	0.2
4	2	0.1
5	0	0.0
6	17	3.0
7	0	0.0
8	0	0.0
9	1	0.1
10	0	0.0

TOTAL CAS VALIDES : 1557 SOIT 54.4 % DU TOTAL

96,8 % de ceux qui veulent utiliser le préservatif trouvent comme raison principale la réponse (1) puis (6).

1. Se protéger contre les MST
2. C'est gênant (diminution des sentiments, signe d'infidélité)
3. Inexistence du SIDA
4. Fidélité
5. Non information sur l'utilité des préservatifs
6. Pour espacer les naissances
7. Rend stérile, rend malade
8. Favorise la prostitution
9. Non admis par la religion

Tableau N°16 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE SI NON AIMEZ-VOUS ?
CRITERE (S) DE SELECTION
1. UTILISER PRESERVATIF = NON

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	1223	42,7
NON	797	27,8
NPS	840	29,3

TOTAL CAS VALIDES : 2860 SOIT 70.6 % DU TOTAL

42,7 % de ceux qui n'ont pas utilisé le préservatif aimeraient le faire

**Tableau N°17 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE
SI OUI OU TROUYER ?**

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
1	79	2.8
2	45	1.6
3	143	5.0
4	171	6.0
5	45	1.6
6	21	0.7
7	127	4.4
8	0	0.0
9	24	0.8
10	6	0.2
NON REPON	2199	76.9

TOTAL CAS VALIDES : 2860 SOIT 100 % DU TOTAL

- 1 : Maternité - P.M.I = 2,8 %
- 2 : Lieux de conférences = 1,6 %
- 3 : Hopitaux - centres de santé = 5 %
- 4 : Amis - camarades - copains = 6 %
- 5 : Ecole = 1,6 %
- 6 : Planning familial = 0,7 %
- 7 : Pharmacie = 4,4 %
- 8 : Lieux de prostitution = 0 %
- 9 : Parents = 0,8 %
- 10 : Dans les bars = 0,2 %
- Non réponse = 76,9 %.

Tableau N°18 : AVOIR PLUSIEURS PARTENAIRES SEXUELS

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	752	26,29
NON	1657	57,9
NON REPON	451	15,76

TOTAL CAS VALIDES : 2860 SOIT 84.2 % DU TOTAL

Jusqu'à 26,29 % des élèves de l'enquête disent avoir des partenaires sexuels multiples et 57,9 % ne l'ont pas.

Tableau N°19 : PROPOSER LE PRESERVATIF A LEURS PARTENAIRES SEXUELS

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	1306	45,6
NON	1228	42,9
NON REPON	326	11,39

TOTAL CAS VALIDES : 2860 SOIT 88.6 % DU TOTAL

Presque la moitié des élèves interrogés 45,6 % affirment proposer le préservatif à leur partenaire sexuel contre 42,9 % qui ne le font pas.

Tableau N°20 : PARLEZ-VOUS DU SIDA AVEC VOS PARENTS ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	1332	47,1
NON	1479	52,3
NON REPON	15	0,53

TOTAL CAS VALIDES : 2826 SOIT 98.3 % DU TOTAL

Avec les parents, seulement 47,1 % des élèves parlent du SIDA et 52,3 % ne le font pas.

Tableau N°21 : RAISONS POUR LESQUELLES ILS YEULENT PARLER DU SIDA A LEURS PARENTS

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
1	18	1.4
2	10	0.8
3	1091	87.3
4	20	1.6
5	110	8.8

TOTAL CAS VALIDES : 1249 SOIT 43.7 % DU TOTAL

43,7 des élèves de l'enquête pensent qu'il faut parler du SIDA avec les parents et évoquent comme raisons : informer entre eux (87,3 %), tout le monde est concerné (8,8 %) respect envers parents (1,6 %), les parents sont occupés autrement (1,4 %) les parents sont non concernés (0,8 %).

1. Les parents sont occupés autrement
2. Les parents sont non concernés
3. Pour s'informer entre eux
4. Respect envers les parents
5. Tout le monde est concerné.

**Tableau N°22 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE RECU
INJECT.89/90**

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	1725	60,3
NON	1074	37,5
NON REPON	61	2,13

TOTAL CAS VALIDES : 2860 SOIT 97.9 % DU TOTAL

Nous remarquons que 60,3 % des réponses concernent les élèves ayant eu une injection ou moins en 89/90.

Tableau N°23 : AYEZ-VOUS EU DES TATOUAGES ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	771	26,9
NON	1961	68,5
NON REPON	128	4,47

TOTAL CAS VALIDES : 2860 SOIT 95.5% DU TOTAL

26,9 % des élèves interrogés affirment avoir eu des tatouages.

Tableau N°24 : Y- A -T-IL PLUS DE RISQUE D'AVOIR PLUSIEURS COPAINS OU COPINES ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	2400	83,9
NON	196	6,8
NSP	259	9
NON REPONS	5	0,17

TOTAL CAS VALIDES : 2860 SOIT 98.8 % DU TOTAL

83,9 % pensent que le risque est plus élevé lorsqu'on a plusieurs copains ou copines, alors que 6,8 % n'accordent pas d'importance à ce facteur. A noter 9,1 % de sans réponse.

Tableau 25 : RAISONS POUR LESQUELLES ILS NE VEULENT PAS PARLER DU SIDA A LEURS PARENTS.

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
1	10	0.9
2	33	2.8
3	65	5.5
4	1064	90.5
5	4	0.3

TOTAL CAS VALIDES : 1176 SOIT 41.1 % DU TOTAL

1. Les parents sont occupés autrement
 2. Les parents sont non concernés
 3. Pour s'informer entre eux
 4. Respect en vers les parents
 5. Tout le monde est concerné
- 4,1 % des élèves interrogés ne veulent pas parler de SIDA avec leurs parents pour des raisons suivantes :
 90,5 % par respect envers les parents (religion)
 5,5 % pour s'informer entre eux.
 2,8 % parents non concernés etc...

Tableau 25 : RAISONS POUR LESQUELLES ILS NE VEULENT PAS PARLER DU SIDA A LEURS PARENTS.

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
1	10	0.9
2	33	2.8
3	65	5.5
4	1064	90.5
5	4	0.3

TOTAL CAS VALIDES : 1176 SOIT 41.1 % DU TOTAL

1. Les parents sont occupés autrement
 2. Les parents sont non concernés
 3. Pour s'informer entre eux
 4. Respect en vers les parents
 5. Tout le monde est concerné
- 4,1 % des élèves interrogés ne veulent pas parler de SIDA avec leurs parents pour des raisons suivantes :
- 90,5 % par respect envers les parents (religion)
 - 5,5 % pour s'informer entre eux.
 - 2,8 % parents non concernés etc...

Tableau 26 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE SIDA EXISTE ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	2577	90
NON	187	6,53
NON REPONSE	1347	47,4

TOTAL CAS VALIDES : 2860 SOIT 96.6 % DU TOTAL

90 % des élèves qui ont répondu croient à l'existence du SIDA contre 6,53 % qui pensent que le SIDA n'existe pas.

Tableau 27 : SIDA EXISTE AU MALI ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	2207	77
NON	548	19,1
NON REPONSE	105	3,7

TOTAL CAS VALIDES : 2860 SOIT 96.3 % DU TOTAL

77 % des élèves croient à l'existence du SIDA au Mali et 19,1 % n'y croient pas

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	2314	80.9
NON	161	5.6
NSP	385	13.5

TOTAL CAS VALIDES : 2860 SOIT 100 % DU TOTAL

80,9 % affirment que le SIDA est évitable contre
5,6 % des élèves qui disent le contraire

Tableau 31 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE ORIGINE SIDA ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
ASIE	93	3.3
AMERIQUE	1330	46.6
OCEANIE	11	0.4
AFRIQUE	150	5.3
EUROPE	514	18.0
NSP	754	26.4

TOTAL CAS VALIDES : 2852 SOIT 99.7 % DU TOTAL

Sur 2.852, 1.330 pensent que l'origine est Américaine contre 150 en Afrique.

Concernant l'origine du SIDA, 26,4 % des élèves avouent ne pas connaître l'origine alors que 46,6 % pensent à l'Amérique, 18 % à l'Europe, 5,3 % à l'Afrique, 3,3 % à l'Asie et 0,4 % à l'Océanie.

Tableau 32 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE SIDA MORTEL?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	2488	87.4
NON	51	1.8
NSP	307	10.8

TOTAL CAS VALIDES : 2846 SOIT 99.5 % DU TOTAL

87,4 % des élèves de l'enquête pensent que le SIDA est mortel
contre 1,8 % qui pensent que le SIDA n'est pas mortel.
A noter 10,8 % d'élèves ne se sont pas prononcés.

TABLEAU N° 33 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE GUERIR SIDA

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	685	26,3
NON	1.922	73,7

26,3 des élèves interrogés pensent qu'on peut guérir du SIDA contre 73,7 % qui savent que le SIDA n'est pas actuellement curable.

Tableau 34 : COMMENT ILS ONT CHANGE DE COMPORTEMENT ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
1	331	19.1
2	927	53.4
3	20	1.2
4	212	12.2
5	11	0.6
6	2	0.1
7	12	0.7
8	2	0.1
9	217	12.5
10	3	0.2

TOTAL CAS VALIDES : 1737 SOIT 60.7 % DU TOTAL

Face au SIDA 60,7 % des élèves interrogés affirment avoir changé

1. Utilisation des préservatifs : 19,1 %
2. Fidélité entre partenaires sexuels : 53,4 %
3. Eviter la prostitution : 1,2 %
4. S'abstenir de toute relation sexuelle : 12,2 %
5. Eviter les relations sexuelles avec les séropositifs : 0,6 %
6. Pires comportements 0,1 %
7. Utilisation d'instruments stériles : 0,7 %
8. Eviter les transfusions sanguines : 0,1 %
9. Enquête des informations sur le SIDA : 12,5 %
10. Haïr les séropositifs : 0,2 %.

Des efforts de sensibilisation doivent être entrepris toujours pour augmenter les taux les plus élevés (53,4 %, puis 19,1 %) dans le domaine de changement de comportement.

Tableau 35 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE GROUPES A RISQUE

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
1	1194	75.4
2	86	5.4
3	16	1.0
4	41	2.6
5	5	0.3
6	17	1.1
7	99	6.3
8	61	3.9
9	62	3.9
10	2	0.1

TOTAL CAS VALIDES : 1583 SOIT 55.3 % DU TOTAL

Parmi les 55,3 % de l'échantillon ayant répondu à la question sur les groupes à risque 75,4 % pensent que les prostituées constituent un groupe à risque, 63 % pensent aux jeunes, 5,4 % pensent à la polygamie etc...

1. Les prostituées
2. Les homosexuels
3. La polygamie
4. Les drogueurs - les maquisards
5. 1 + 2 + 4
6. Les pigmés
7. Les jeunes (beauté - aisance...)
8. Les citadins
9. Tout le monde
10. les prisonniers.

Tableau 37 : AYEZ-VOUS CHANGE VOS COMPORTEMENTS ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	2040	74.2
NON	711	25.8

TOTAL CAS VALIDES : 2751 SOIT 92.2 % DU TOTAL

Sur 2.751, 2.040 ont changé de comportements
Face à l'avènement du SIDA, 74,2 % des élèves disent avoir changé
les habitudes contre 25,8 % qui n'ont pas changé.

Tableau 38 : A YU SIDÉEN ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	503	17.9
NON	2303	82.1

TOTAL CAS VALIDES : 2806 SOIT 98.1 % DU TOTAL

17,9 % des élèves ayant répondu affirmement avoir vu un sidéen contre
82,1 % d'élèves qui n'ont jamais vu de sidéen.

Tableau 39 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE SIDA BAISER ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	1339	46.9
NON	1082	37.9
NSP	434	15.2

TOTAL CAS VALIDES : 2751 SOIT 92.2 % DU TOTAL

37,9 % des élèves interrogés savent que le SIDA n'est pas transmissible par baiser alors que 46,9 % l'ignorent avec 15,2 % de sans réponse.

Tableau 40 : LE SIDA SE TRANSMET-IL PAR RELATION SEXUELLE ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	2557	89.5
NON	78	2.7
NSP	221	7.7

TOTAL CAS VALIDES : 2856 SOIT 99.9 % DU TOTAL

La transmission sexuelle du SIDA est connue de 89,5 % des élèves non connue de 2,7 % avec 7,7 de non réponse.

Tableau 41 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE SIDA MOUSTIQUE ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	1324	46.4
NON	1019	35.7
NSP	510	17.9

TOTAL CAS VALIDES : 2853 SOIT 99.8 % DU TOTAL

La majorité des élèves ne savent pas que le VIH ne se transmet pas par les piqûres de moustiques (46,4 %), 35,7 % le savent avec 17,9 % de sans réponse.

Tableau 42 : PEUT-ON ATTRAPER LE SIDA EN FREQUENTANT LES LIEUX PUBLIQUES ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	689	24.9
NON	2083	75.1

TOTAL CAS VALIDES : 2772 SOIT 96.9% DU TOTAL

75,1 % des élèves savent que le VIH ne s'attrape pas sur les lieux publiques tandis que 24,9 % ne le savent pas.

Tableau 43 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE SIDA CARESSE ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	864	30.2
NON	1517	53.1
NSP	476	16.7

TOTAL CAS VALIDES : 2857 SOIT 99.9 % DU TOTAL

53,1 % des élèves savent que le SIDA ne se transmet pas par caresse
30,2 % ne le savent pas avec 16,7 % de sans réponse.

Tableau 44 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE SIDA RASOIR ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	1564	54.8
NON	654	22.9
NSP	635	22.3

TOTAL CAS VALIDES : 2853 SOIT 99.8 % DU TOTAL

La majorité des élèves savent que la transmission du SIDA est possible par rasoir
tandis que 22,9 % ne le savent pas avec 22,3 % de sans réponse.

Tableau 45 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE SIDA YETEMENTS ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	939	32.9
NON	1269	44.5
NSP	645	22.6

TOTAL CAS VALIDES : 2853 SOIT 99.8 % DU TOTAL

44,5 % des élèves savent que le VIH ne se transmet pas par les vêtements ;
32,9 % ne le savent pas avec 22,6 % de sans réponse.

Tableau 46 : POUVEZ-VOUS ATTRAPER LE SIDA ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	719	26.6
NON	1986	73.4

TOTAL CAS VALIDES : 2705 SOIT 94.6 % DU TOTAL

La majorité des élèves ne se sentent pas concernés par l'infection à VIH (73,4 %) alors que 26,6 % des élèves croient qu'ils peuvent attraper le SIDA.

Tableau 47 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE PEUT ATTRAPER SIDA ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
OUI	719	25.1
NON	1986	69.4
NSP	155	5.4

TOTAL CAS VALIDES : 2860 SOIT 100 % DU TOTAL

25 % affirment qu'ils peuvent attraper le SIDA
contre 70 % qui disent le contraire.

Tableau 48 : DISTRIBUTION DE LA VARIABLE POURQUOI ?

CLASSE	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
1	1030	36.0
2	208	7.3
3	804	28.1
4	646	22.6
5	170	5.9
6	2	0.1
NON REPON	0	0.0

TOTAL CAS VALIDES : 2860 SOIT 100 % DU TOTAL

b) Statistique analytique

Pour mieux comprendre les comportements, nous avons trouvé intéressant de chercher l'existence de liaison statistique entre certains paramètres :

Tableau 50 : RELATION SEXUELLE PAR SCOLARITE PERE

	NON SCOLAIRE	CYCLE I	CYCLE II	SECOND	SUPER	TOTAL
OUI	53,91	54,79	47,74	56,73	47,18	
NON	46,09	45,21	52,26	43,27	52,82	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	

Tableau 51 : RELATION SEXUELLE PAR SCOLARITE MERE

	NON SCOLAIRE	CYCLE I	CYCLE II	SECOND	SUPER	TOTAL
OUI	53,48	48,88	46,2	54,43	41,61	
NON	45,58	51,12	53,8	45,57	58,39	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	

Tableau 54 : RELATION SEXUELLE PAR YU PRESERVATIF ?

	OUI	NON	TOTAL MOYENNE
OUI	63,77%	29,96%	
NON	36,23%	70,04%	
TOTAL	100%	100%	

Tableau 55 : RELATION SEXUELLE PAR SEXE ?

	OUI	NON	TOTAL MOYENNE
OUI	65,37%	29,75%	
NON	34,63%	70,25%	
TOTAL	100%	100%	

Tableau 57 : PART MULTIPLE PAR SEXE

	OUI	NON	TOTAL MOYENNE
OUI	65,37%	29,75%	
NON	34,63%	70,25%	
TOTAL	100%	100%	

Tableau 62 : PART MULTIPLE PAR ECOLE

BAMAKO	LYCEE ASKIA	LYCEE BADALA	LYCEE DE J. FILLES	BOULKAS.	DAOUDA.	DJICORONI	TOTAL
OUI	49,25	43,36	14,96	24,21	26,82	22,56	
NON	50,75	56,64	85,04	75,79	73,18	77,44	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Tableau 62 : (SUITE)

SEGOU	SEGOU	ECOLE I	ECOLE II	ECOLE III	TOTAL
OUI	41,26	26,12	29,47	29,8	
NON	58,74	73,88	70,53	70,2	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	

Tableau 62 : (SUITE)

SIKASSO	SIKASSO	ECOLE I	ECOLE II	ECOLE III	TOTAL
OUI	35,81	27,27	21,13	15,78	
NON	64,19	72,73	78,87	84,22	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	

Tableau 67 : UTILISER PRESERYATIF - YILLE

	BAMAKO	SEGOU	SIKASSO	TOTAL
OUI	23,36	26,4	16,45	
NON	76,64	73,6	83,55	
TOTAL	100%	100%	100%	

Tableau 68 : UTILISER PRESERYATIF - PARTENAIRE MULTIPLE

	OUI	NON	TOTAL
OUI	45	15,81	
NON	55	84,19	
TOTAL	100%	100%	

Tableau 69 : SANG RECU PAR YILLE

	BAMAKO	SEGOU	SIKASSO	TOTAL
OUI	3,06	4,27	6,14	
NON	96,94	95,73	93,06	
TOTAL	100%	100%	100%	

Tableau 70 : RECU INJECTION 89/90 PAR YILLE

	BAMAKO	SEGOU	SIKASSO	TOTAL
OUI	63,50	63,65	56,15	
NON	36,50	36,35	43,85	
TOTAL	100%	100%	100%	

Tableau 73 : TATOUAGES PAR YILLE

	BAMAKO	SEGOU	SIKASSO	TOTAL
OUI	31,30	25,97	25,28	
NON	68,70	74,03	74,72	
TOTAL	100%	100%	100%	

Tableau 59 : PART MULTIPLE PAR CLASSE

	7e	8e	9e	10e	11e	12e	TOTAL
OUI	20,85	24,82	28,09	34,59	37,07	44,21	
NON	79,15	75,18	71,91	65,41	62,93	55,79	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Tableau 85 : CHANGEMENT COMPORTEMENT SI OUI : COMMENT ?

	ECOLE	TV	RADIO	JOURNAUX	REVUES	AMI	TOTAL MOYENNE
OUI	68,93	81,5	74,3	74,59	37,5	69,69	
NON	31,07	18,5	25,7	25,41	62,5	30,31	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Tableau 85 : CHANGEMENT COMPORTEMENT SI OUI : COMMENT ? (SUITE):

	PARENTS	AUTRES	1+2+3+4+8	10	11	12	TOTAL MOYENNE
OUI	39,28%	66,66%	56,54%	76,92%	80%	78,04%	
NON	60,72%	33,33%	45,46%	23,08%	20%	21,96%	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Tableau 76 : ENTENDU PARLER DE SIDA - CHANGEMENT COMPORTEMENT

	OUI	NON	TOTAL MOYENNE
OUI	99,65%	97,33%	
NON	0,35%	2,67%	
TOTAL	100%	100%	

Tableau 60 : PART MULTIPLE PAR SCOLARITE PERE

	NON SCOL.	CYCLE I	CYCLE II	SECONDAIRE	SUPERIEUR	TOTAL MOYENNE
OUI	30,46%	29,62%	31,70%	40,54%	28,70%	
NON	69,54%	70,38%	68,30%	59,46%	71%	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	

Tableau 61 : PART MULTIPLE PAR SCOLARITE MERE

	NON SCOL.	CYCLE I	CYCLE II	SECONDAIRE	SUPERIEUR	TOTAL MOYENNE
OUI	30,66%	32,36%	27,73%	39,90%	29,31%	
NON	69,34%	67,64%	72,27%	60,10%	71%	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	

Tableau 71 : RECU INJECTION 89/90 PAR ECOLE

BAMAKO	ASKIA	BADALA	FILLES	BOULK	DAUDA	DJICORONI	TOTAL
OUI	53,98	88,15	65,14	41,7	64	65,36	
NON	46,02	11,85	34,86	58,3	36	34,64	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Tableau 71 : (SUITE)

	SEGOU	ECOLE I	ECOLE II	ECOLE III	TOTAL
OUI	67,55	68,18	57,54	56,25	
NON	32,45	31,82	42,46	43,75	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	

Tableau 71 : (SUITE)

	SIKASSO	ECOLE I	ECOLE II	ECOLE III	TOTAL
OUI	65,75	41,26	46,96	56,71	
NON	34,25	58,74	53,04	43,29	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	

Tableau 74 : TATOUAGES PAR RELATIONS SEXUELLES

	OUI	NON	TOTAL
OUI	18,6	38,09	
NON	81,4	61,91	
TOTAL	100%	100%	

Tableau 66 : UTILISER PRESERYATIF /SEXE

	OUI	NON	TOTAL
OUI	18,6	38,09	
NON	81,4	61,91	
TOTAL	100%	100%	

Tableau 77 : ENTENDU PARLER DE SIDA PAR ECOLE

	LYCEE ASKIA	LYCEE BADALA	LYCEE DE J. FILLES	BOULKAS.	DAOUDA.	DJICORONI	TOTAL
OUI	99,58	98,69	99,59	97,22	100	99,02	
NON	1,42	1,31	0,41	2,78	-	0,98	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Tableau 77 : (SUITE)

	SEGOU	ECOLE I	ECOLE II	ECOLE III	TOTAL
OUI	99,73	100	96,49	96,75	
NON	0,27	-	3,51	3,25	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	

Tableau 77 : (SUITE)

	SIKASSO	ECOLE I	ECOLE II	ECOLE III	TOTAL
OUI	99,70	98,48	96,26	98,52	
NON	0,30	1,52	3,74	1,48	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	

Tableau 88 : PEUT ATTRAPER SIDA ? PAR PART MULTIPLE

	OUI	NON	TOTAL MOYENNE
OUI	32,96	23,51	
NON	67,04	76,49	
TOTAL	100%	100%	

Tableau 79 : PARLER SIDA PARENTS CLASSE

	7e	8e	9e	10e	11e	12e
OUI	5,4	41,3	48,5	51,7	47,7	46
NON	94,6	58,7	51,5	48,8	52,3	54
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tableau 80 : PARLER SIDA PARENTS SCOLARITE MERE

	NON SCOL.	CYCLE I	CYCLE II	SECONDAIRE	SUPERIEUR	TOTAL MOYENNE
OUI	43,2	51,1	48,8	53,7	57,5	
NON	56,8	48,9	51,2	46,3	42,5	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	

Tableau 81 : PARLER SIDA PARENTS SCOLARITE PERE

	NON SCOL.	CYCLE I	CYCLE II	SECONDAIRE	SUPERIEUR	TOTAL MOYENNE
OUI	42,3	45,8	44	46	55,4	
NON	57,7	54,2	56	54	44,6	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	

Tableau 53 : RELATION SEXUELLE PAR UTILISER PRESERYATIF

	RELATION SEXUELLE		UTILISER PRESERYATIF
	OUI	NON	TOTAL
OUI	89,59	42,20 %	
NON	10,41	57,80 %	
TOTAL	100%	100%	

Tableau S2 : RELATION SEXUELLE PAR ETHNIE

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	TOTAL
OUI	52,91	52,34	54,46	51,18	48,95	39,75	52,92	54,28	45,13	59,25	49,05	52,67	45	45,94	44,44	
NON	47,09	47,66	45,54	48,82	51,05	60,25	47,08	45,72	56,87	40,75	50,95	47,33	55	54,06	55,56	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Tableau 72 : TATOUAGE PAR AGE

	< 14	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	TOTAL MDYENNE
OUI	28,09	36,12	39,06	34,87	29,23	27,27	25,65	23,82	16,05	15,31	9,09	
NON	71,91	63,88	60,94	65,13	70,77	72,73	74,35	76,18	83,95	84,69	90,91	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Tableau 49 : RELATION SEXUELLE PAR AGE

	< 14	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23 +	TOTAL
OUI	25,43%	25,47%	34,46%	37,01%	45,07%	54,14%	60,71%	70,48%	77,62%	76,99%	82,60%	
NON	74,57%	74,53%	65,54%	62,99%	54,93%	45,86	39,29%	29,52%	22,38%	23,01%	17,40%	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Tableau 75 : ENTENDU PARLER SIDA PAR AGE

	<14	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23 +	TOTAL MOYENNE
OUI	95,96	98,76	97,47	97,90	98,78	99,54	99,24	99,43	100	100	100	
NON	4,04	1,24	2,53	2,10	1,22	0,46	0,76	0,57	-	-	-	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Tableau 65 : UTILISER PRESERYATIF - AGE

	<14	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23+
OUI	7,69	10,88	16,06	14,87	18,65	22,98	27,39	30,6	34,28	36,28	40
NON	92,31	89,12	83,94	85,13	81,35	77,02	72,61	69,4	65,72	63,2	60
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tableau 85 : CHANGEMENT COMPORTEMENT SI OUI COMMENT (SUITE)

	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL
OUI	73,68	74,56	76,19	68,90	63,63	50	0	100%	
NON	26,32	25,44	23,81	31,10	36,37	50	100%	0%	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Tableau 86 : CHANGEMENT COMPORTEMENT PAR ETHNIE

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	TOTAL
OUI	72	76,8	70,3	67,2	73,9	73,4	76,9	73,9	56	88,8	75,1	76,6	90	64,7	68,2	
NON	28	23,2	29,7	32,8	26,1	26,6	23,1	26,1	44	11,2	24,9	23,4	10	35,3	31,8	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Nous avons travaillé sur un échantillon de taille acceptable (2.860). La répartition entre les trois villes est inégale avec près de la moitié de l'effectif à Bamako (45,7 %). Par contre la distribution entre les différentes écoles est acceptable.

Dans cette étude, les garçons sont plus nombreux (60,9 %) que les filles (39,1 %), ce qui reflète le taux de scolarisation des élèves d'où le facteur social de l'enseignement au Mali. Nous remarquons l'importance de la sexualité dans la population scolaire étudiée avec 51,7 % d'élèves qui connaissent une vie sexuelle. Parmi ceux-ci 49,5 % ont eu leur première relation sexuelle en 7^e année, 17,1 % en 9^e année et les 15,7 % qui ont probablement commencé avant le second cycle de l'Enseignement Fondamental. La transmission du VIH étant essentiellement sexuelle, cette constatation sur la sexualité des élèves est très intéressante car permettant de cerner un groupe cible. Le risque de l'infection à VIH augmentant avec le nombre de partenaires sexuels, les élèves constituent un groupe cible car (31,2 %) affirment avoir plusieurs partenaires sexuels.

Concernant les préservatifs, des efforts de sensibilisation doivent être fait sur l'utilisation et la diffusion des capotes car si dans notre enquête 64 % des élèves affirment avoir vu un préservatif, seulement 32,1 % disent l'avoir utilisé.

Dans toute campagne de prévention de la transmission sexuelle du VIH, l'accent doit être mis sur la disponibilité financière, géographique des préservatifs.

A travers cette enquête, nous découvrons que parmi les élèves utilisant le préservatif seuls les procurent avec des copains (rendant ainsi difficile les contrôles de qualité) alors que le Personnel de Santé et les pharmacies n'interviennent que respectivement en 22,3 % et 20 % dans la fourniture en capotes. L'interprétation du chiffre 0 % d'élèves s'étant procuré le préservatif avec les prostituées est difficile il pourrait s'agir soit d'une absence de fréquentation des prostituées soit de la non utilisation des préservatifs, par les prostituées. Pour une meilleure diffusion des préservatifs nous proposons une distribution gratuite des capotes au niveau des officines de pharmacies. Parmi ceux qui affirment ne pas utiliser le préservatif (60,1 % 96 %) aimeraient le faire essentiellement pour se protéger contre les MST.

Parmi les 22,3 % de l'échantillon qui n'aimeraient pas du tout utiliser le préservatif les raisons suivantes sont évoquées:

- SIDA non maîtrisé 62, 2 %
- Infidélité des partenaires sexuels 31,7 % etc...

Les élèves qui pensent ne pas pouvoir attraper le SIDA 73,4 % évoquent essentiellement les raisons suivantes :

- fidélité des partenaires sexuels 39,3 %
- SIDA non maîtrisé 37,7 %
- Application des mesures préventives 12,2 %
- Utilisation des préservatifs 10,2 %

Nous voyons donc que beaucoup d'élèves pensent ne pas pouvoir attraper l'infection à VIH à cause de la fidélité et l'application des mesures préventives. La connaissance de la transmission sexuelle du VIH déjà acceptable 89,5 % pourrait être excellente en informant les 7,7 % de sans réponses, les 2,2 % qui ignorent la transmission sexuelle du VIH. La plupart des élèves savent que le risque d'infection à VIH augmente avec le nombre de copains ou copines 84,1 % ; 6,9 % l'ignorent et 9,1 % ne se prononcent pas. Certains vecteurs de la transmission du VIH semblent mals connus des élèves par exemple :

- 46,9 % des élèves pensent que le VIH est transmissible par les baisers avec 15,2 % de sans réponses
- 30,2 % ne savent pas que le VIH n'est pas transmissible par les caresses avec 16,4 % de sans réponses
- 22,9 % estiment que le VIH ne se transmet pas par les lames de rasoir avec 22,3 % de sans réponses
- 32,9 % croient que le VIH se transmet par les vêtements avec 22,6 % de sans réponses
- 46, 4 % croient à la transmission du VIH par les moustiques avec 17,9 % de sans réponses.

Ces chiffres démontrent clairement la méconnaissance de certains aspects de la transmission du VIH d'où la nécessité d'une campagne d'information au niveau des élèves. Les mauvaises informations sur l'infection à VIH existant au niveau des élèves peuvent conduire à la haine pour les Sidéens comme l'atteste le chiffre de 24,9 % d'élèves qui souhaitent l'interdiction des lieux publics aux Sidéens. La majorité des élèves 67,2 % pensent que le SIDA est évitable par certaines mesures :

- fidélité des partenaires sexuels 41,5 %
- utilisation des préservatifs 31,7 %
- l'application des autres mesures préventives préconisées par l'OMS 12,1 %
- abstinence sexuelle 4,3 % etc...

L'existence de partenaires sexuelles multiples, varie en fonction des ethnies, des villes, des écoles, de la scolarité des parents. Le taux d'élèves ayant plusieurs partenaires sexuels augmente avec le niveau scolaire. Par exemple 20,85 % 7^e année contre 44,25 % en 12^e année. Ces taux varient de 49,25 % au lycée Askia à 14,96 % au lycée de filles.

Le pourcentage d'élèves ayant plusieurs partenaires sexuels est de 34,36 % à Ségou, 31,30 à Bamako et 27,79 % à Sikasso. Le taux d'utilisation des préservatifs diffère statistiquement en fonction de l'âge, du sexe, de la classe, de l'école, de la ville du niveau scolaire des parents et de la fréquentation de plusieurs partenaires sexuelles.

Ainsi, l'utilisation du préservatif augmente progressivement en fonction de l'âge (7,69 % des élèves ayant moins de 14 ans et 40 % des élèves ayant 23 ans et plus. Le taux d'élèves utilisant les préservatifs passe de 29,8 % chez les garçons à 10,46 % chez les filles. Ce taux varie de 40,8 % au lycée Askia à 8,46 % à l'école 2 de Sikasso. Par rapport à la ville ce taux est de 26,40 % à Ségou, 23,36 % à Bamako et 16,45 % à Sikasso. 55 % de ceux qui n'utilisent pas les préservatifs ont des partenaires sexuels. Le taux d'élèves transfusés augmente à mesure qu'on s'éloigne de la capitale (3,06 % à Bamako 4,27 % à Ségou et 6,14 % à Sikasso. Quant aux élèves ayant reçu des injections en 1989/1990, la proportion est 63,65 % Ségou 63,50 % à Bamako et 56,15 à Sikasso. La fréquence des tatouages chez les élèves est statistiquement fonction de l'âge, de la ville et de la sexualité. Nous remarquons ainsi que le tatouage est plus fréquent chez les élèves de 14 à 15 ans que chez les élèves de 22 ans et plus. Nous remarquons aussi plus de tatouages à Bamako (31,30 %) qu'à Ségou (27,85 %) et Sikasso (25,28 %). 18,60 % des élèves qui ont commencé la sexualité ont eu des tatouages contre 81,40 % qui n'en ont pas eu.

Entendre parler du SIDA est statistiquement lié à l'âge, à la classe, et à l'école. Le taux d'élèves ayant déjà entendu parler de SIDA augmente progressivement pour atteindre 100 % à 21 ans et plus. Le taux d'élèves ayant déjà entendu parler de SIDA est plus élevé en 9^e année que dans les autres classes, cela pourrait s'expliquer par le cours sur la sexualité inclu dans le programme en cette classe. Ceci nous amène à penser que l'introduction d'un cours sur le SIDA en 7^e année d'étude fondamentale pourrait contribuer à une meilleure connaissance de l'infection à VIH. L'instauration d'un dialogue entre parents et élèves au sujet du SIDA est appréciée différemment selon le sexe, le niveau scolaire des parents et des élèves. Ainsi les filles desirent plus parler du SIDA avec leurs parents que les garçons (54,4 % contre 42,7 %). Ce désir augmente progressivement jusqu'en 10^e année pour légèrement s'atténuer en 11^e et 12^e année.

IV/ CONCLUSIONS ET
RECOMMANDATIONS

Dans cette étude il ressort qu'un accent particulier doit être mis sur certaines conclusions et suggestions. En effet :

- Les élèves représentent un groupe cible dans la transmission du VIH car 31,2 % affirment avoir plusieurs partenaires sexuels.

- Pour une meilleure diffusion des préservatifs nous proposons une distribution gratuite des capotes au niveau des officines de pharmacies (voire avec rémunération) et qu'une bonne sensibilisation augmenterait leur utilisation.

- L'insuffisance de la couverture télévisuelle au Mali démontre la nécessité de faire jouer les premiers rôles des campagnes de sensibilisation sur l'infection à VIH par la radio et/ou l'école.

- L'analyse de la manière dont les élèves sont informés actuellement, de la façon dont - ils aimeraient être informés et des moyens disponibles font de l'école un bon cadre pour la prévention de l'infection à VIH au niveau scolaire.

- La plupart des élèves savent que le risque d'infection à VIH augmente avec le nombre de copains et copines 84,1 % mais il faut constater la méconnaissance claire de certains aspects de la transmission du VIH d'où la nécessité d'une campagne d'information au niveau des élèves.

- Nous proposons l'intégration d'un cours sur le SIDA à partir de la 5^e année d'étude fondamentale pour contribuer à une meilleure connaissance de l'infection à VIH.

- Au cours des séances d'information l'accent doit-être mis sur les dangers du vagabondage sexuel.

- Nous proposons également l'implantation des pancartes concernant le SIDA dans les points stratégiques au niveau des régions voire dans les cercles.

- L'amélioration des conditions socio-économiques des familles afin de créer une ère de fidélité entre les partenaires sexuels.

- La création d'une atmosphère de démocratie dans toutes les familles

G/ BIBLIOGRAPHIE

13/ ANONYME

Le SIDA = une crise en Santé Publique. Population Reports
serie L n°6 Mars 1987. P. L10 L11.

9/ ANONYME

Aspects cliniques du SIDA en Afrique : Definition et
diagnostic clinique. in HO/CDS/85-1. Atelier sur le SIDA
en Afrique Centrale Octobre 1987- P= 5

8/ ANONYME

Programme d'action à moyen terme de lutte contre le SIDA.
Comité National de lutte contre le SIDA (MSP/AS) 1987-
1991 Bamako.

16/ ANONYME

Programme d'action à moyen terme de lutte contre le SIDA
Comité National de lutte contre le SIDA (MSP/AS) 1988.

37/ ANONYME

Programme d'Action à Court Terme de lutte contre le SIDA
Comité National de lutte contre le SIDA (MSP/AS) 1988.

35/ ANONYME

AIDS and historica in USA, in Brazil, Canada, Mexique.
AIDS profil of and épidemie Sci pub 1989 n° 154 P. A HO.
P= 129,159,169.

15/ ARKINSON J.M

Affection psychiatrique precedant l'infection à VIH JAMA
Vol = 13 n° 175 Décembre 1988. P=7

14/ BARRE S.

Isolation of a T lymphotropic retrovirus a patient at risk
for AIDS. Science vol 220. May 20 1983 P =868-871.

33/ BARTLEET J.H.

Azt dans l'histoire deu SIDA Jama vol= 14 n°175 fevrier
1989 P= 94-95

1/ BASSE. C

L'infection à VIH en milieu hospitalier spécialisé à Bamako service de pneumophtysiologie. Thèse ENMP = 1989.

11/ BENNETTE J.F

"AIDS cas as a social phenomenon" soc sci med vol 25 n°6
1987 P=529-539

4/ BERNARD DUFLO ET M. GENTILLINI

Infection à VIH. Aspects en zone tropicale P.12- 92- 238

10/ BLATTNER H.W AND AL

Caracteristiques neurotropes du VIH et son affinité pour les cellules T4. JAMA n°141 Mai 1987.

34/ BRANT A.M.

AIDS in historical perspective American journal of public health. Vol = 78. N° 4 April 1988 P=367 - 372.

30/ CARRING T

AIDS and hospitals = clinical manifestation AIDS reporter vol 87 n° 5 1988 4-5

12/ CLAVEL F

VIH type 2 infection association with AIS in West Africa the New englan journal of med 7 1987 P= 1182-1185.

19/ DIARRA B.

Seroprévalence de l'infection par le VIH au Mali thèse ENMP P. 62. 64.

28/ Elsentaedt ant al

Sercenin blooe slonnors of HIV antibody Ahrtog lendo. Action contre le SIDA Mars 19 89 Vol 2 P= 5

26/ ESSEX M

Isolation of HTLV. III retrovirus related from wild caught Africa grenn Monkeys. Science vol 230 Nov 25 1985 P 951 - 954.

6/ FOFANA O

Techniques de dépistage ELISA WB IFI RIPA. Programme d'action à court terme de lutte contre le SIDA 1988 P.12-15

7/ FOFANA Y.

Historique du SIDA. Programme d'action à court terme de lutte contre le SIDA.

23/ GALLO R-C

Frequent detection and isolation of cytopathic retrovirus (HTL III)
From patients with AIDS and at risk for AIDS science vol 224 Mai 4 1983 P= 500-503

22/ GALLO R-C

Detection, isolation and continuous production of cytopathic retrovirus from patients with AIDS and ARC. Science vol 224 4 Mai 1984 P= 497

3/ GUINDO A.

Prévention contre le SIDA Programme à court terme de lutte contre le SIDA au Mali. Vol = 1988 P= 21 - 23

2/ GROSSETETE

Les manifestations dermatologique du SIDA . Programme d'action à court terme de lutte contre le SIDA au Mali 1988. P = 30 - 33.

24/ GOTTLIEB BMS

Pneumocystis pneumonia Los Angeles. Morbidity and Mortality weekly Report Report Vol = 30. June 5 1981.

18/ JOSSAY M. AUTRES

La prevention du SIDA P= 151-183. Le SIDA = étude prévention - traitement = Maloine 1987.

36/ KAMRAD T.G.A.

Heterosexual transmission of HIV hemophiliacs. Book 1 1988 june IV INT CONF AND IDS sweeden n° 4008 P= 261.

31/ KPITA B.

Les caracteristiques de la transmission du SIDA en Afrique. SIDA en Afrique 1988. P : 15-21.

17/ MONTAGNIER L.

Isolation of HT2 retrovirus (LAV) from Zairian married couple one with AIDS one with ARC. The lancet 23 June 1984 P=1183-1185.

27/ MAIGA Y.I

Pathogenie et système immunitaire du VIH. Programme d'action à court terme de lutte contre le SIDA 1988. P: 9.11.

25/ MONTAGNIER L.

Lutte contre le SIDA = la course contre la montre. Santé dumonde = Magazine de l'OMS. Mars 1988 P= 12

20/ PICHARD E.

Les manifestations cliniques du SIDA et les S-A-S. Programme à court terme de lutte contre le SIDA. Vol = 1 1988 P = 23-29

21/ POMPIDOU A.

Lutte contre le SIDA l'approche française Santé au Monde Magazine de l'OMS Mars 1988. P = 19-21

29/ THERIZOL -FERLY M. TAGLIANTE. SARACINO J. KONE M, KONANA B, OUHON J , ASSOUMOU A, AKA, ASSALE G.

Diarrhées chroniques et parasitoses chez des adultes suspects de SIDA en Côte d'Ivoire Publ. Med. Afri. 1989, 100, 158.

5/ TRAORE S.B.

Le SIDA et la transfusion sanguine Programme de lutte à court terme contre le SIDA au Mali. Vol = 1. 1988

32/ ZITTOUN R.

Diagnostic serologique de l'infection par le virus LAV SIDA avin editeurs 1986 P.21 -95

S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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