

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

Année 1989

n° 12

"ROLE DE L'EDUCATION POUR LA SANTE ET
DE LA FORMATION DANS L'UTILISATION
DES MEDICAMENTS ESSENTIELS DANS
LE CADRE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES".

THESE

Présentée et soutenue publiquement le devant
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

par

Yaya SOGODOGO

pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie

(DIPLÔME D'ÉTAT)

JURY

PRÉSIDENT : PROFESSEUR SIDI YAYA SIMAGA

MEMBRES : DOCTEUR BOULKASSOUM HAIDARA
DOCTEUR SANOUSSI KONATÉ
DOCTEUR FODÉ COULIBALY

DIRECTEURS : DOCTEUR SANOUSSI KONATÉ
DE THESE : PROFESSEUR SIDY YAYA SIMAGA

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE UNIVERSITAIRE 1989-1990

Professeur	Sambou SOUMARE	Directeur Général
Professeur	Moussa TRAORE	Directeur Général Adjoint
Docteur	Hubert BALIQUE Bakary M CISSE Hama B TRAORE	Conseiller Technique Secrétaire Général Econome

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGALES

1. PROFESSEURS AGREGES

1.	Professeur	Mamadou Lamine TRAORE	Chef de D.E.R. Chirurgie
2.	Professeur	Aliou BA	Ophtalmologie
3.	Professeur	Bocar SALL	Orthop. Traumat. Secourisme
4.	Professeur	Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
5.	Professeur	Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
6.	Professeur	Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
7.	Professeur	Abdoul Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

1.	Docteur	Bénitiéni FOFANA	Gynécologie-Obstétrique
2.	Docteur	Mne SY Afda SOW	Gynécologie-Obstétrique
3.	Docteur	Amadou Ingré DOLO	Gynécologie-Obstétrique
4.	Docteur	Kalilou OUATTARA	Urologie
5.	Docteur	Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
6.	Docteur	Djibril SANGARE	Chir.Générale Soins Infirm
7.	Docteur	Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
8.	Docteur	Massaoulé SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique
9.	Docteur	Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
10.	Docteur	Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
11.	Docteur	Mme Fanta Sambou DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
12.	Docteur	Abdoulaye DIALLO	Anesthésique Réanimation
13.	Docteur	Sidi Yaya TOURE	Anesthésique Réanimation

..../.

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur	Bréhima KOUMARE	Chef de D.E.R Microbiologie
Professeur	Sinè BAYO	Anatomie Pathologie
		Histologie-Embryologie
Professeur	Abdel Karim KOUMARE	Anatomie
Professeur	Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur	Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur	Amadou DIALLO	Biologie-Générale

3. DOCTEURS 3ème CYCLE

Professeur	Moussa HARAMA	Chimie Organique Minérale
Professeur	Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur	Mme THIAM Aïssata SOW	Biophysique
Professeur	Yénimégué Alber DEMBELE	Chimie Organique
Professeur	Bakary M. CÏSSE	Biochimie
Professeur	Mamadou KONE	Anatomie Phys. Humaines

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Ogobara DOUMBOA	Parasitologie
Docteur	Abderhamane Sidèye MAIGA	Parasitologie

5. MAITRES ASSISTANTS

Docteur	Hama CISSE	Chimie Générale
Docteur	Amadou TOURE	Histo-Embryologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur	Souleymane SANGARE	Chef D.E.R. Pneumo- Phtisiologie.
Professeur	Abdoulaye Ag-RHALY	Médecine Interne
Professeur	Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur	Mamadou Kouréissi TOURE	Cardiologie
Professeur	Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Professeur	Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur	Bawba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur	Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur	Issa TRAORE	Radiologie
Professeur	Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Professeur	Eric PICHARD	Médecine Interne

...../.....

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur	Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Docteur	Boubaca DIALLO	Cardiologie
Docteur	Dapa Ali DIALLO	Hématologie-Médecine Int. Dermato. Léprologie

D.E.R DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur	Boubacar CISSE	Chef de D.E.R. Toxicologie
------------	----------------	-------------------------------

2. MAITRES ASSISTANTS

Docteur	Boukassoum HAIDARA	Législ.Gest. Pharm.
Docteur	Elimane MARIKO	harmacodynamie
Docteur	Arouna KEITA	Matière Médicale
Docteur	Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

3. DOCTEUR 3ème CYCLE

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

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur	Sidi Yaya SIMAGA	Chef de D.E.R. Santé Publique
Docteur	Hubert BALIQUE	Maître de Conférence en Santé Publique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Sory Ibrahima KABA	Epidémiologie
Docteur	Sanoussi KONATE	Santé Publique
Docteur	Moussa MAIGA	Santé Publique
Docteur	SOULA	Santé Publique
Docteur	Bocar Garba TOURE	Santé Publique

...../....

DOCTTEURS 3ème CYCLE

Professeur	Bouba DIARRA	Microbiologie
Professeur	Niamanto DIARRA	Mathématiques
Professeur	N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur	Souleymane TRAORE	Physiologie Générale
Professeur	Salikou SANOGO	Physique
Professeur	Daouda DIALLO	Chimie Minérale
Professeur	Bakary SACKO	Biochimie

CHARGES DE COURS:

Monsieur	Modibo DIARRA	Diététique-Nutrition
Docteur	Boubacar KANTE	Pharmacie Galénique
Docteur	Alou KEITA	Pharmacie Galénique
Docteur	Souleymane GUINDO	Gestion
Docteur	Mme CISSE Aminata GAKO	Pharmacie Galénique
Monsieur	Check Tidiani TANDIA	Hygiène du Milieu
	(Ingénieur Sanitaire)	
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA		Hygiène du Milieu
	(Ingénieur Sanitaire)	

ASSISTANTS ET C E S

Docteur	Bah KEITA	Pneumo-phtisiologie
Docteur	Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Docteur	Kader TRAORE	Médecine Interne
Docteur	Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Docteur	Sékou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Docteur	Moussa I. MAIGA	Gastro-Entérologie
Docteur	Flabou BOUGOUDOGO	Microbiologie
Docteur	Mamadou A. CISSE	Urologie
Docteur	Mme COUMARE Fanta COULIBALY	T.P. Soins Infirmiers
Docteur	Daba SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur	Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Docteur	Mme. KONARE Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
Docteur	Drissa DIALLO	Matière Médicale

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur	Oumar SYLLA	Pharmacie Chimique
Professeur	Alaine GERAULT	Biochimie
Docoteur	Alain LAURENS	Chimie
PMonsieur	Sidiki DIABATE	Bibliographie
Professeur	GENIAUX	C.E.S. Dermatologie
Professeur	LAGOUTTE	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur	Philippe VERIN	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur	E. A. YAPPO	Biochimie
Professeur	Théophile SOGOGANDJI	Pharmacodynamie
Professeur	Tchqke LEOPOLD	Pharmacie Chimique
Professeur	Ababacar FAYE	Pharmacodynamie

A notre maître , Directeur de thèse, Président du JURY

Monsieur le Professeur Sidi Yaya SIMAGA
Professeur agrégé en Santé Publique
Chef de D.E.R. de Santé Publique
à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie.

C'est pour nous un grand honneur que vous acceptiez de présider notre jury. Votre contribution a été précieuse pour la réalisation de ce travail.

Votre ardeur au travail et votre courage inestimable sont pour moi une invitation sans cesse à faire mieux.

Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

A notre maître et Directeur de thèse,

Docteur Sanoussi KONATE

Directeur de la Cellule de coordination du Projet de Développement Sanitaire.

Nous avons été conduit vers vous par votre gentillesse et votre compétence. Vous nous avez inspiré ce travail et nous avez fait honneur d'en diriger la réalisation avec une inlassable bienveillance.

Trouvez ici le témoignage de notre vive reconnaissance avec notre respectueuse et profonde admiration.

A notre maître,

Docteur Boulkassoum HAIDARA

Conseiller Technique au Ministère de la Santé Publique et des
Affaires Sociales

Ce qui frappe tout étudiant en contact avec vous c'est d'abord votre simplicité. Le sens profond du devoir d'un enseignant vers les étudiants ne vous a jamais fait défaut. C'est avec sourire que vous écoutez les étudiants, prêt à les aider suivant vos possibilités. Toute cette attention nous a beaucoup marqué tout le temps que nous avons été avec vous.

Recevez dans ce travail notre sincère gratitude et notre amitié indéfectible.

Au Docteur,

Fodé COULIBALY,
Chef de la Section Education pour la Santé

Vous avez apporté votre soutien constant en votre qualité de médecin averti à l'élaboration de cette thèse.

Vous ne cesserez d'avoir nos admirations.

Veillez accepter l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

DEDICACES

A mon père feu Amadou SOGODOGO

Ta philosophie de la vie demeurera pour nous une référence sûre, empreint du plus grand courage, de la plus grande droiture, de la plus grande générosité et simplicité.

Nous nous sculpterons à ton image.

Que ton âme repose en paix.

A ma mère Natogoma SYLLA

Ni les mots, ni les phrases ne sauraient suffire pour te témoigner notre affection. Tu t'es dévouée en véritable femme émancipée pour un objectif que tu visais.

Puisse ce modeste travail être pour toi un début de consolation.

A mes grands frères

- Seydou SOGODOGO
- Hady SOGODOGO
- Moustapha SOGODOGO
- Lassine SOGODOGO

Je rappelle tout le secours moral et matériel. J'espère que nous reussirons ce que Papa a toujours proné: l'union pour une meilleure lutte dans la vie. C'est tout l'espoir que j'exprime en vous dédiant ce travail.

A ma petite soeur Mariam et à mes petits frères Drissa et Bréhima.

A mes amis

- Tahirou SANOGO
- Boubacar TRAORE
- Boubacar KONE
- Moctar SISSOKO
- Oumar Ouattara

A

- Yaya DIARRA,
- Sibiry COULIBALY
- tous mes amis du Badialan I

Au Docteur Sekou DRAME

Tous mes promotionnaires
en souvenir du bon vieux temps

A toute la promotion 1983-89 de l'ENMP pour dire courage aux uns
et félicitation aux autres.

A tous mes Professeurs de l'ENMP
Tous mes sentiments de profonde gratitude.

TABLES DES MATIERES:

	Page
INTRODUCTION	1
Chap.I: APERCU SUR LE MALI	4
Chap.II: SITUATION SANITAIRE DU MALI	7
II.1 Problème de santé	8
II.1.1 Taux de mortalité générale	8
II.1.2 Une forte mortalité de l'enfance	8
II.1.3 La persistance d'autres facteurs morbides	9
II.1.4 Mortalité maternelle	9
II.2 Insuffisance des ressources	10
II.2.1 Ressources matérielles	10
II.2.2 Ressources humaines	10
II.2.3 Ressources financières	11
Chap.III: POLITIQUE DE SANTE AU MALI	13
Les Soins de Santé Primaires	14
- L'Education Pour la Santé (EPS)	15
- Les Médicaments Essentiels (M.E)	18
Chap.IV: QUELQUES DONNEES ET METHODES D'EPS	22
IV.1 Données	23
IV.1.1 Education des agents de santé et du public	23
IV.1.2 Education au niveau de la communauté	23
IV.2 Méthodes	24
IV.2.1 Médias	24
IV.2.2 Education par l'intermédiaire des institutions	25
IV.2.3 Contact personnel	26
Chap.V: OBJECTIFS DE L'ETUDE	27
Chap.VI: RESULTATS ET ANALYSES DE DEUX ENQUETES RECENTES SUR L'EPS DE LA POPULATION AU MALI	29

VI.1	Enquête 1	30
VI.1.1	Les maladies les plus fréquentes chez les mères	30
VI.1.2	Les maladies les plus fréquentes chez les enfants de zero à cinq ans.	31
VI.1.3	Planification familiales	31
VI.1.4	Besoins exprimés par les populations	31
VI.2	Enquête 2	32
VI.3	Conclusion	33
Chap.VII: ENQUETE SUR L'EPS ET LA FORMATION DANS L'UTILISATION DES ME		35
VII.1	Protocole d'enquête	36
VII.1.1	Objectifs	36
VII.1.2	Outil d'évaluation	36
VII.1.3	Méthodes	36
VII.1.4	Réalisation	37
VII.2	Resultats et analyses questionnaire A et C	37
VII.3	Resultats et analyses questionnaire B	46
Chap.VIII: ROLE DE L'EPS ET DE LA FORMATION DANS L'UTILISATION DES ME		52
VIII.1	Rôle de l'EPS dans l'utilisation des ME	53
VIII.1.1	Rôle de l'EPS dans l'automédication	53
VIII.1.2	Rôle de l'EPS dans la diffusion d'information sur l'origine, la nature et le pronostic des affections en vue d'un changement de comportement	53
VIII.1.3	Rôle de l'EPS dans la diffusion de conseils éducatifs sur le traitement.	54
VIII.2	Rôle de la formation dans l'utilisation des ME	54
VIII.2.1	Acquisition des connaissances objectives	54
VIII.2.2	Adhésion des prescripteurs à la politique nationale	54
VIII.2.3	Facilitation du travail des prescripteurs	54
VIII.2.4	Correction des erreurs de prescription pour rendre celle-ci rationnelle à un prix abordable	55
VIII.2.5	Maitrise du problème des ME et DCI	55
Chap.IX: CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS		56
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES		63
ANNEXES		66

INTRODUCTION

Les problèmes de santé au Mali demeurent toujours préoccupants malgré les progrès sensibles réalisés depuis l'indépendance. Nos populations restent en effet victimes des mêmes problèmes de santé dominés par des maladies infectieuses, parasitaires et nutritionnelles. Cette situation est aggravée par l'insuffisance de connaissance des principes d'hygiène individuelle et collective de la part des populations peu ou non alphabétisées. Il s'en suit des répercussions sur leur capacité de production et de productivité.

La situation sanitaire actuelle se caractérise par la faible couverture de la population surtout en ce qui concerne les actions de prévention, la surveillance sanitaire, l'absence de plus en plus accrue de médicaments, l'inaccessibilité tant géographique que financière de ces médicaments, une pratique inquiétante de l'automédication. L'avènement de médicaments réellement nécessaires appelés essentiels pouvant permettre de traiter 80 % des affections locales, a porté une lueur d'espoir dans le sens de l'amélioration de la situation. L'Initiative de Bamako en Septembre 1987 a donné un nouveau souffle à cette politique des médicaments essentiels. A la lumière de ces nouvelles dispositions, la formation du personnel de la santé et l'éducation pour la santé de la population dans l'utilisation des médicaments essentiels occupe une place de choix dans l'exécution de ces programmes.

Dans notre présentation on fera dans le premier chapitre un aperçu sur le Mali.

Dans le deuxième chapitre il sera question de la situation sanitaire du pays.

Dans le troisième chapitre il sera question de la politique de santé au Mali avec comme toile de fond les Soins de Santé Primaires dont deux de ses composantes: l'Education pour la Santé, les Médicaments Essentiels seront particulièrement développés

Le chapitre quatre traitera de quelques données et méthodes d'éducation pour la santé.

Le chapitre cinq est consacré aux objectifs de l'étude.

Dans le sixième chapitre le point sera fait sur deux enquêtes réalisées sur l'information, l'éducation pour la santé.

- * l'une de ces enquêtes porte sur l'estimation des informations reçues par une population en matière d'information, éducation et communication.
- * l'autre réalisée auprès des mères d'enfants de moins de 5 ans porte sur l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques concernant les maladies diarrhéiques et l'utilisation de la réhydratation par voie orale.

Dans le septième chapitre seront estimés les efforts de formation et d'information dans l'utilisation des médicaments essentiels, les conseils éducatifs prodigués par les prescripteurs et les thèmes d'éducation pour la santé évoqués dans les centres de santé.

Dans le huitième chapitre il sera question du rôle de l'éducation pour la santé et de la formation dans l'utilisation des médicaments essentiels.

Et enfin le dernier chapitre sera consacré à la conclusion et aux recommandations

Chapitre I - APERCU SUR LE MALI

Pays enclavé, le Mali s'étend sur 1 241 138 Km² entre les zones saharienne et soudano-sahélienne. C'est un état continental entouré par 7 pays: Mauritanie, Algérie, Niger, Burkina-Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Sénégal.

Deux grands fleuves traversent le pays. Ils prennent leur source dans le Fouta-Djalon (Guinée).

- le Niger, qui après un long parcours vers le nord, revient se jeter dans le Golfe de Guinée;
- le Sénégal, qui se dirige vers l'océan atlantique.

Selon les résultats provisoires du recensement général de la population et de l'habitat d'Avril 1987, le Mali compterait 7 620 225 habitants dont plus de 80 % vivent en milieu rural. La population est assez mal répartie entre les 7 régions administratives et le District de Bamako. On compte 46 cercles, 6 communes *du Dist* et 285 arrondissements.

Le tableau suivant donne une répartition de la population par région.

Région\Population en %	Population	% de la population totale
Kayes	1.058.575	13.99 %
Koulikoro	1.180.260	15.49 %
Sikasso	1.302.828	17.17 %
Ségou	1.328.250	17.43 %
Mopti	1.201.283	16.55 %
Tombouctou	453.032	5.94 %
Gao	383.734	5.03 %
District	643.153	8.47 %

La population est très diverse. Les ethnies qui la composent font partie des grands ensembles humains soudano-sahéliens qui débordent les frontières nationales; Il s'agit: dans la zone saharienne au Nord-Ouest les Maures, au Nord-Est les Touareg, les Peulh dans la zone sahélienne avec Macina comme centre de convergence, les Bambara dans les région de Ségou, Koulikoro et le District de Bamako, les Dogons à l'Est, les Manding au Sud-Ouest, les Minianka au Centre et au Sud, les Sénoufos au Sud.

L'économie malienne dominée par les activités agricoles et pastorales, s'efforce aujourd'hui de développer un secteur industriel orienté vers deux priorités: les ressources minières d'une part et la valorisation des produits agricoles et de leurs dérivés d'autre part.

Après une phase de dirigisme économique qui privilégiait le secteur d'Etat dans les années qui suivirent l'indépendance, on assiste depuis 1968 à la mise en place d'une nouvelle stratégie accordant plus de place au secteur privé. Toutefois, le Mali reste pénalisé par son enclavement, par un réseau de communication insuffisant, par la faiblesse des ressources minières et énergétiques.

Le Mali a subi de plein fouet ces dernières années, les effets combinés d'un climat capricieux et d'une conjoncture internationale défavorable marquée par une inflation galopante et la détérioration croissante des termes de l'échange.

Chapitre II - LA SITUATION SANITAIRE DU MALI

La situation sanitaire au Mali depuis 20 ans se caractérise par l'intrication de trois facteurs:

- la multiplicité des problèmes de santé,
- une insuffisance des ressources,
- un environnement socio-économique difficile.

II.1 - Les Problèmes de Santé

Ils se caractérisent par:

II.1_1 - Un taux de mortalité générale de 18,6 au mille

II.1_2 - Une forte mortalité de l'enfance:

Le taux de mortalité infantile (enfants avant 1 an) est de 125 au mille et atteint 200 au mille dans les zones déshéritées. Le taux de mortalité infanto-juvénile (enfants de 0 à 5 ans) est de 250 au mille.

Le tableau suivant fait état des 10 principales maladies infantiles en 1986, selon leur prévalence et leur létalité:

LES 10 PREMIERES MALADIES SELON LE TAUX DE PREVALENCE		LES 10 PREMIERES MALADIES SELON LE TAUX DE LETHALITE	
MALADIES	PREVAL. en %	MALADIES	PREVAL en %
Paludisme	26,53	Rage	100
Rougeole	4,59	Tétanos	28,84
Coqueluche	3,19	Diphtérie	20,00
Amibiase	2,42	Charbon	9,09
Infection gonoc.	2,01	Infection à méningo.	8,55
Diarrhées et entér. (1)	1,70	Choléra	7,12
Varicelle	1,63	Tuberc. respiratoire	4,99
Schistosomiasis	1,35	Rougeole	4,73
Grippe	1,30	Fièv. t. et para-t.	1,07
Angine à streptoc.	1,18	Diarrhées et entér. (1)	0,38

SOURCE: Rapports mensuels - Récapitulation Générale-DNPFSS/MSP.AS 1986

(1) C'est seulement avec la mise en oeuvre d'un programme de lutte contre les maladies diarrhéiques que celles-ci ont été introduites dans le système d'information sanitaire. Par conséquent, les données recueillies sont assez loin de la réalité.

Notons que la malnutrition protéino-énergétique pose un problème de santé publique. On estime que 30 % environ des jeunes de moins de 15 ans en souffrent.

II.1_3 - La persistance d'autres facteurs morbides.

- La tuberculose: la prévalence est de 0,5 %. Il y a environ 38 000 crâcheurs de Bacilles de Koch.
- L'onchocercose: actuellement, on recense 10 000 cas de cécité et 1,4 millions de personnes exposées au risque de cécité par cette maladie.
- Les schistosomiasés: au Mali, la schistosomiase urinaire est présente dans presque tout le pays, tandis que la schistosomiase intestinale ne se trouve que dans certains foyers. Dans les zones où l'eau est présente en permanence, la prévalence est très élevée: plus de 60 à 70 % (par exemple l'Office du Niger, les petits barrages du plateau Dogon); pour le reste du pays les prévalences sont plus basses et ne dépassent que rarement 10 ou 20 %.
- Les affections respiratoires.

II.1_4 Mortalité maternelle:

Nous disposons ici de deux données:

- Les statistiques sanitaires provenant de Bamako montrent que la mortalité maternelle a varié de 32 au mille en 1975 à 7 au mille en 1979.

Depuis 1975 le taux de mortalité maternelle a diminué progressivement, le nombre d'accouchements protégés a augmenté régulièrement et le nombre de décès a diminué régulièrement. Ce qui explique un taux de mortalité maternelle 4,5 fois moins élevé en 1979 qu'en 1975.

- Les taux de mortalité maternelle selon différentes localités varient selon différentes enquêtes entre 152,5 au mille en 1980 à 6,5 au mille en 1985 à Sélingué et zone CMDT.

Les décès maternels sont liés pour la plupart des cas aux complications de la grossesse ou de l'accouchement. Anémie et malnutrition font des ravages chez les femmes multipares entre six et plus d'enfants en moyenne dont les grossesses sont rapprochées.

Les avortements constituent une cause importante de mortalité féminine. Selon une enquête réalisée par l'Union Nationale des Femmes du Mali (UNFM) en 1984 auprès de 1 270 femmes 8 % déclaraient avoir eu une interruption volontaire de la grossesse (contre 18 % d'avortements spontanés).

Un faible poids à la naissance constitue à la fois un facteur de morbidité pour le nouveau né et un indicateur de déficience nutritionnelle chez la mère.

Selon une enquête effectuée par SISSOKO M. (N° 21) l'insuffisance pondérale varie d'un minimum de 15 % à Bamako à un maximum de 41 % à Ouéléssebougou. Il a été aussi constaté des variations de cette proportion en fonction des localités et années. Ce fait s'explique par une faible disponibilité alimentaire, un faible pouvoir d'achat, et une couverture sanitaire insuffisante exposant les paturientes aux maladies infectieuses et parasitaires survenant sur un terrain déjà fragilisé par un fond de dénutrition permanent.

II.2 - Insuffisance des Ressources.

Cette richesse de morbidité contraste avec la grande pénurie des ressources de tous genres: ressources matérielles, financières et humaines.

II.2_1 - Ressources Matérielles:

En 1987 pour une population de 7,620 225 habitants on comptait:

- 3 hopitaux nationaux
- 5 hopitaux régionaux
- 4 hopitaux secondaires
- 52 centres de santé de cercle.

Les équipements sanitaires et leur accessibilité font l'objet d'une repartition déséquilibrée au profit du District de Bamako qui disposait en 1984 d'un dispensaire pour 27 km² en moyenne contre 1 pour 16 000 km² dans l'extrême Nord.

II.2_2 - Ressources Humaines:

Au niveau du personnel socio-sanitaire on relève:

- L'insuffisance en personnel spécialisé de niveau supérieur. On recensait au Mali en 1983, 58 pharmaciens et 340 médecins.
- Une disparité dans la repartition des personnels entre le District de Bamako et le reste du pays. Ainsi on dénombrait en 1984 une sage-femme pour 3 000 habitants et un médecin pour 2 000 habitants dans le District de Bamako contre une sage-femme pour 23 000 habitants et un médecin pour 17 000 habitants au niveau national. Un rapport du Ministère de la Santé indiquait en 1983 que 60 % des médecins et 64 % des sages-femmes exerçaient à Bamako où l'on compte pourtant moins de 10 % de la population.
- Une disparité dans la repartition de l'ensemble des agents de santé entre le milieu rural et le milieu urbain.

II.2_3 - Les Ressources Financières:

Les ressources financières peuvent être synthétisées dans le tableau suivant.

EVOLUTION ANNEES/BUDGETS	BUDGET NATIONAL en Milliards a	BUDGET SANTE en Milliards b	% b/a
1968	23,5	2	8,5 %
1975	38,12	3	7,9 %
1984	100	6	6 %
1987	78,64	5,82	7,40 %

Ce tableau permet de constater une diminution constante du budget santé par rapport au budget national depuis 1968, le budget santé n'atteignant jamais la proportion de 10 % du budget national préconisé par l'OMS.

Le tableau suivant donne les principaux indicateurs sur le Mali.

PRINCIPAUX INDICATEURS

INDICATEURS	VALEUR
Population (87)	7 620 225 hts
Taux Brut de Natalité	47,60 ‰/oo
Taux de Mortalité Générale (87)	18,6 ‰/oo
Taux d'Accroissement Naturel	2,90 %
Taux de Mortalité Infantile (87)	125 ‰/oo
Taux d'Alphabétisation des adultes	H: 23/F:11
Taux de Scolarisation (<15 ans) (80-86)	25 %
Taux d'Urbanisation (87)	19 %
Indice Moyen de Production Alimentaire par Habitant (Indice 100 (1979-81) (1983-85))	114
Apport Journalier de Calorie par Habitant en Pourcentage des Besoins (85)	69
Pourcentage de la Population ayant accès à des Services de Santé 86	15 %
Pourcentage de la Population ayant accès à une source d'eau Potable (T/U/R) (86)	12/23/9
Pourcentage d'Enfants <1 an complètement vaccinés BCG/DTCP/Rougeole (86)	15/3/5
Pourcentage de Femmes complètement vaccinées contre le Tétanos (86)	3
Produit National Brut (85)	\$ 150
Budget d'Etat (87)	78 649 000 000
Budget de la Santé (87)	5 823 619 000
Pourcentage Budget Santé/Budget d'Etat	7,40 %

N.B: Ces indicateurs sont retenus en fonction de leur pertinence et de la disponibilité des données.

SOURCE: DNPFS, UNICEF, BANQUE MONDIALE.

Chapitre III - POLITIQUE DE SANTE AU MALI

La politique de santé est basée sur la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP). Les SSP font partie intégrante à la fois du système de santé Nationale dont ils sont la cheville ouvrière et le point focal, et du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau auquel les individus, la famille et la communauté entrent en contact avec le système national de santé rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens travaillent et constituent le premier élément d'un processus continu de protection sanitaire.

La déclaration d'ALMA-ATA en 1978 a défini les SSP comme étant:

- des soins essentiels;
- reposant sur des méthodes et des techniques pratiques scientifiquement valables et socialement acceptables;
- rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation;
- et à un coût que la communauté et les pays peuvent supporter à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination.

Les composantes des soins de santé primaires sont au nombre de huit:

- une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables;
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles;
- un approvisionnement en eau saine et des mesures d'assainissement de base;
- la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale;
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses
- la prévention et le contrôle des endémies locales;
- le traitement des maladies et lésions courantes; et
- la fourniture des médicaments essentiels.

Le Mali n'a pas attendu la conférence historique d'ALMA-ATA en 1978 pour mettre en oeuvre une politique des SSP. En effet depuis 1964 lors du Premier Séminaire National des Travailleurs de la Santé Publique et des Affaires Sociales, le Mali a opté pour une politique sanitaire basée sur le développement des services de santé de base (Sikasso 1970 pour les maternités rurales et les hygiénistes secouristes). La Déclaration d'ALMA-ATA a donné un nouvel élan et un concept élargi à cette politique sanitaire. Ainsi, les premiers travaux de planification sanitaire au Mali ont vu le jour en 1981. Au regard de la situation sanitaire, pour atteindre la santé pour tous d'ici l'an 2000 plusieurs programmes de santé sont mis en oeuvre notamment:

- le Programme de Développement de la Santé Familiale y compris la Planification Familiale;
- le Programme Elargi de Vaccination;
- le Programme de Lutte contre le Paludisme;
- le Programme de Lutte contre la Trypanosomiase;
- le Programme de Développement Communautaire;
- le Programme de Maîtrise de l'Eau et d'Assainissement de base;
- le Programme de Lutte contre la Schistosomiase;
- le Programme de Lutte contre la Malnutrition;
- le Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques;
- le Programme de Lutte contre l'Onchocercose;
- le Programme de Lutte contre le SIDA;
- le Programme de Lutte contre la Dracunculose;
- l'Approvisionnement en Médicaments Essentiels.

Après avoir défini les SSP, énuméré ses composantes, fait état des SSP au Mali, les paragraphes qui suivent vont porter sur l'éducation pour la santé et les médicaments essentiels qui constituent les thèmes essentiels de notre études:

EDUCATION POUR LA SANTE (EPS)

Définitions: Dans la plupart des définitions et des réflexions sur les objectifs de l'EPS il apparaît qu'il s'agit d'un processus complexe ayant pour finalité première la promotion de comportements sanitaires et de mode de vie favorables à la santé, au niveau de l'individu, de la famille et de la communauté grâce aux effets individuels et collectifs dans un esprit d'autoresponsabilité.

Le but de l'EPS est d'aider les gens à acquérir la santé par leur propre comportement et par leurs propres efforts. Elle s'appuie donc, au départ, sur l'intérêt que les particuliers manifestent sur l'amélioration de leur condition d'existence et vise à leur faire sentir, en tant qu'individu et membre d'une famille, d'une communauté et d'un Etat, que les progrès de la santé relèvent de leur propre responsabilité.

Objectifs: Les objectifs retenus par le Département de la Santé Publique sont les suivants:

- faire admettre aux citoyens que la santé est un capital utile pour l'individu et la société;
- mettre à la disposition de la population l'information nécessaire à la promotion et à la préservation de la santé;
- amener les individus à mettre en pratique (à appliquer) les connaissances sanitaires reçues au sujet des moyens de protéger et d'améliorer la santé individuelle et collective;
- aider les individus, les familles et les collectivités à améliorer leur santé par leur propre effort;
- promouvoir chez l'individu le sens de la dignité et de la responsabilité collective;
- renforcer les comportements sanitaires positifs existants chez la population;
- modifier dans le sens positif, les comportements sanitaires individuels et collectifs nuisibles à la santé;
- encourager les citoyens à utiliser les services sanitaires existants dans les collectivités;
- aider la population (et les autorités) à reconnaître que la santé est un préalable à tout effort de développement économique et social.

Au Mali les activités d'EPS sont réalisées par la section Information-Education pour la Santé de la Direction Nationale de la Santé Publique. Créée par le décret N° 263 PGRM du 21 Juillet 1961, la section EPS était au départ rattachée au cabinet du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales. A partir de 1968, elle est revenue sous le contrôle de la division socio-préventive. Depuis 1980, elle est rattachée à nouveau à la division Santé Familiale au sein de la Direction Nationale de la Santé Publique.

Les ressources humaines de la section sont essentiellement les suivantes:

- 2 médecins généralistes,

- 3 infirmiers diplômés d'Etat, 2 techniciens de développement communautaire, 2 assistants sociaux,
- 1 administrateur des services des hôpitaux,
- 2 dessinateurs illustrateurs,
- 1 un projectionniste,
- 1 un chauffeur mécanicien,
- au secrétariat:
 - * 1 secrétaire médicale
 - * 2 secrétaires dactylographes
 - * 1 commis d'administration qui s'occupe de la gestion et des pièces comptables.

La section comprend en outre des antennes régionales dans la plupart des régions (sauf Koulikoro et Gao). Elle évolue dans les programmes socio-sanitaire ayant un volet information, éducation et communication comme le Programme Elargi de Vaccination, la lutte contre les maladies diarrhéiques, la lutte contre la lèpre, lutte contre l'avitaminose A, programme santé maternelle et infantile/planification familiale, SIDA, Initiative de Bamako et d'autres programmes dépendant d'autres Ministères tels que:

- Ministère de l'Education Nationale: projets d'assistance en éducation de base.
- Ministère de l'Industrie, de l'Hydraulique et de l'Energie: Projet Eau et Assainissement.

La section apporte en outre son appui aux différentes organisations non gouvernementales sollicitant son concours.

Chaque année un plan d'opération est élaboré par la section. L'expérience montre que les activités qui y sont envisagées ne sont pas toutes menées. Ceci est lié à l'absence d'une programmation rigoureuse. Celle-ci fait défaut parce que la section n'a pas en début d'année les éléments des autres programmes, projets nécessaires à cette fin (exceptés les projets et programmes domiciliés à la division santé familiale). Un autre élément non moins important est l'absence ou la non clarté des stratégies d'intervention en matière d'information - éducation et communication (IEC). Hormis le programme de lutte contre le SIDA, le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, les autres projets et programmes ne présentent pas de stratégie claire d'intervention seules y sont présentées les activités.

Mention doit être faite également du suivi et de l'évaluation. Dans la plupart des projets et programmes, la section n'est associée ni au suivi, ni à l'évaluation. On ne la sollicite généralement que pour former ou élaborer du matériel éducatif. La conséquence de cet état de faits est l'insuffisance voire l'absence de données sur l'impact des activités IEC. Il convient de noter en plus l'insuffisance notoire des ressources humaines matérielles et financières octroyées à ce service pour faire face à ses missions.

Après avoir évoqué l'éducation pour la santé, le prochain paragraphe traitera des médicaments essentiels.

MEDICAMENTS ESSENTIELS (ME)

A la lumière du rapport présenté en 1975 par le Directeur Général, rapport demandant la rationalisation des services de SSP l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté une série de résolutions parmi lesquelles elle demandait au Directeur Général d'entrer en contact avec les pays membres en vue de l'élaboration de politiques pharmaceutiques et de programmes de gestion correspondant aux besoins des populations.

Après de larges consultations, de la multitude de médicaments présents sur le marché international, seulement 200 médicaments ont été retenus par le comité d'experts sur une liste qui a fait l'objet du rapport technique WHO 615 intitulé: la sélection des médicaments essentiels (ME). Ce rapport a suscité de nombreux commentaires:

- pour certains, une telle liste:
 - * étouffait les efforts de recherche de l'industrie pharmaceutique
 - * ne pouvait pas couvrir toutes les pathologies rencontrées
 - * portait atteinte à la liberté de prescription;
- pour d'autres, cette liste a eu le grand mérite de reposer sur des bases scientifiques claires et de dégager les principes généraux qui sont les suivants:
 - * bien que le médicament ne soit pas l'unique élément de valeur de soins, sa disponibilité et son accessibilité financière pour les malades et les pays jouent un rôle important si l'on veut assurer un minimum de soins de santé
 - * en raison des différentes pathologies dans les pays membres de l'OMS, il revient à chaque pays d'ajuster la liste et de l'adapter à ses pathologies, ses priorités sanitaires et ses moyens; et de dresser ainsi des listes nationales modèles. Ces listes nationales modèles périodiques sont révisées et mises à jour.

Pour la région Afrique de l'OMS, une liste dite AFRO orientée sur les SSP a été proposée en 1980. Se référant à la liste AFRO des ME, le Mali a adopté une première liste de 240 ME, liste officialisée par le décret N°146 PGRM du 7 Juillet 1980.

Des médicaments essentiels, on retient la définition suivante: un médicament essentiel est avant tout un médicament indispensable de qualité, d'une efficacité prouvée, ayant peu d'effets secondaires et de prix abordable.

Notons qu'un médicament qui n'est pas inscrit sur la liste nationale ou OMS pour diverses raisons, peut y figurer lors d'une révision ultérieure alors qu'un autre présent peut disparaître plus tard s'il s'avère dangereux lors de son usage. C'est toute l'importance de la pharmacovigilance.

Pour le Mali, dans le cas des médicaments essentiels, il est important de passer en revue les structures d'approvisionnement et les dispositions mises sur place. Créée en 1945 pour les besoins en médicaments des troupes coloniales, la pharmacie d'approvisionnement "pharmapro" était devenue après l'indépendance une division de la Direction Nationale de la Santé et jouait un rôle très important dans la vie pharmaceutique du pays. Elle avait pour mission d'approvisionner les formations sanitaires sur crédit-médicaments alloués annuellement au titre du budget national. Ne parvenant plus à honorer ses engagements vis à vis des fournisseurs étrangers pour des raisons financières, le système devait aller à sa faillite.

Un autre établissement pharmaceutique d'envergure: la Pharmacie Populaire du Mali (PPM), a été créée en octobre 1960. Elle était dotée d'une personnalité morale et d'une autonomie financière. La PPM fonctionnait selon ses textes organiques sur la base de la rentabilité.

La PPM s'approvisionnait à l'extérieur et cédait les médicaments aux populations au prix de revient plus sa marge bénéficiaire. Elle a connu ses années de gloire avec un vaste réseau de distribution constitué d'Officines, de Succursales et de dépôts dans le pays.

Après de la PPM naissait en Mars 1981 par la loi 81-18 AN/RM l'Office Malien de Pharmacie (OMP), un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière en remplacement de la pharmapro.

La nécessité de la mise en place d'une politique pharmaceutique nationale axée sur la réforme du système pharmaceutique a mis fin à toute évolution de cet établissement qui finit par être supprimé en Janvier 1987. C'est ainsi que le Département de la Santé Publique et des Affaires Sociales chargé de la mise en oeuvre de la politique pharmaceutique du pays a procédé en 1982 à un diagnostic de la situation pharmaceutique qui était dominée par:

- un manque de coordination entre les structures pharmaceutiques du pays (importation, distribution, fabrication, formation, recherche, planification et inspection);
- une inadéquation du médicament par rapport au revenu du malade;
- une inadéquation des prescriptions;
- absence d'une législation pharmaceutique adéquate;

Ce sont les conclusions, propositions et orientations qui ont découlé de ce diagnostic qui constituent la REFORME PHARMACEUTIQUE.

Parmi les diverses réalisations de la réforme on peut relever les suivantes:

- l'établissement d'une liste des ME en Mai 1984 qui comprenait 207 médicaments médicaments sous Dénomination Commune Internationale (DCI). La révision faite en Novembre-Décembre 1986 a retenu 189 DCI comme essentielles qui représentent au total 303 présentations. 67 médicaments de l'ancienne liste ont été éliminés;
- La confection d'un manuel de traitement et d'un formulaire thérapeutique qui doivent être révisés en fonction de la nouvelle liste des médicaments essentiels;
- la création d'une commission nationale d'approvisionnement qui a fixé les coefficients multiplicateurs à:

1,4 pour les ME

2,06 pour les autres médicaments.

La commission a organisé trois appels d'offre sur les fonds du Prêt Banque Mondiale d'un montant de 750 millions de francs CFA.

- formation et information *de certains prescripteurs*

Postérieurement à l'étude de la réforme, est intervenue la libéralisation des professions médicales et paramédicales

- la libération des profession médicales et paramédicales Elle a été adoptée par la Loi N° 85-41/ANRM du 22 Juin 1985 portant autorisation de l'exercice privé des professions sanitaires. Depuis plusieurs officines privées ont vu le jour. Ces officines sont gérées par des pharmaciens, leur approvisionnement se fait à partir de la PPM qui reste le seul chargé de l'importation du médicament en même temps qu'elle garde ses officines^{de} distribution. L'hypothèse de permettre la participation de capital privé au niveau de la PPM est également considérée.

Deux ans après l'adoption de la loi sur la privatisation des professions sanitaires, notre pays optait pour la cogestion.

- cogestion Sino-malienne: elle est intervenue en 1987 et a été reconduite du fait des succès remportés sur le plan financier
La même année un autre élément apparaissait dans la vie pharmaceutique du pays:
- l'Initiative de Bamako
Lors de la 37^e Session du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique, organisé à Bamako, du 9 au 16 Septembre 1987, Monsieur James GRANT Directeur Exécutif de l'UNICEF a lancé une idée pour la redynamisation des SSP.

Cette redynamisation passait par la fourniture des ME avec une subvention de 100 millions de dollars US pour compléter les allocations en devises étrangères consenties par les gouvernements pour cette activité. Les bénéfices issus de ces ME vont servir à financer d'autres composantes des SSP. Notons que cette initiative constitue un appui à la composante des ME en particulier et aux SSP en général.

Chapitre IV - QUELQUES DONNEES ET METHODES D'EDUCATION POUR LA SANTE

IV.1 - Données:

IV.1-1 - Education des Agents de Santé et du Public:

La prescription est l'acte par lequel le praticien rédige une liste de produits ou de mesures hygiéno-diététiques ou tout autre conseil susceptible d'atténuer ou de guérir l'affection en cours. Cette prescription est exécutée par un prescripteur dont le profil compte dans la qualité du traitement curatif.

Si dans les textes seuls, le médecin, le chirurgien dentiste et la sage-femme sont habilités à prescrire, la pratique courante est tout autre. Les prescripteurs non professionnels de la santé et non autorisés dépassent de loin les professionnels autorisés. Cette situation est confirmée par l'étude réalisée par l'USAID en 1989 sous les auspices de l'OMS, étude dont les conclusions sont les suivantes:

Prescripteurs de médicaments à Bamako

. Auto-médication	47,8 %
. Infirmier d'état	24,4 %
. Non-identifié	12,5 %
. Infirmier 1er cycle	6,5 %
. Médecin	4,4 %
. Sage-femme	1,9 %
. Etudiant	2,4 %

Une conséquence fâcheuse de cette situation est que les prescripteurs non-autorisés connaissent très peu et même pas la notion de ME. Cette pratique doit être découragée au maximum.

IV.1-2 - Education au niveau de la Communauté

Quelques données nécessitant l'éducation:

- l'auto-médication:

Les médicaments les plus demandés par cette pratique sont: les antiparasitaires - Antipaludéens - Antibiotiques - Antalgiques - Aphrodisiaques - Reconstituants.

L'automédication dans le domaine des antibiotiques peut aussi conduire à des résistances bactériennes car le traitement par les antibiotiques à des doses infrathérapeutiques est un moyen idéal que se développent les résistances. Les médicaments étant souvent trop chers pour être achetés en quantité suffisante et les malades n'ayant pas les connaissances nécessaires pour utiliser seuls ce genre de médicament.

Quant à l'automédication relative aux antipaludéens, celle de la chloroquine et quinine sont très répandue. En effet la résistance du plasmodium à la chloroquine est en progression dans la sous-région et la raison infrathérapeutique est évoquée pour sa survenue. Devant cette menace, une attention particulière doit être accordée à cette situation afin que nous ne manquons de moyens pour lutter contre la première maladie au Mali.

Signalons que les reconstituants (vitamines, sels minéraux, hormones et acides animés essentiels) connaissent une grande utilisation. Cette consommation est occasionnée par une demande de plus en plus croissante de la part des populations auprès des prescripteurs ou tout simplement les consommateurs vont dans les officines et se procurent sans ordonnance de ces dits produits. Il est classique de voir les jeunes à la recherche du mélange (cyproheptadine + complexe vitaminique) connu sous le nom de Nuran-vi^{TA}® ou d'autres associations de vitamines ou hormones pour "grossir" même si cette prise de poids n'est pas médicalement justifiée. Nous assistons actuellement un récent développement de la consommation d'un corticoïde: le dexaméthasone communément appelée "Dafouroukou bani" en bambara (qui grossit les joues). Cette utilisation résulte de l'exploitation de l'action du produit sur les lipides (dépôts lipidiques). Les consommateurs ignorent les risques en courus à savoir le Diabète, l'HTA, le risque de survenue ou d'aggravation des infections, la possibilité de survenue d'ulcère, les troubles psychiques.

De telles pratiques doivent être déconseillées tout en rappelant l'opportunité d'une alimentation équilibrée.

- Notons également que les prescripteurs subissent une pression de la part des malades. Nombre de nos malades pensent qu'à chaque symptôme correspond un médicament. Plutôt d'essayer d'expliquer au malade que le médicament n'est pas toujours le produit miracle attendu, explications qui sont longues et fatigantes, les praticiens préfèrent souvent répondre aux requêtes en prescrivant des médicaments. Ainsi, il n'est pas rare de voir une mère, réclamer du sirop de bromure composé au choral ou TEYSSÉDRE* pour son enfant qui fait de la diarrhée.

Les réclamations de médicaments hors liste de la part des patients sont assez fréquentes. Les professionnels du secteur public peuvent résister à une telle demande ce qui serait très difficile pour ceux du secteur privé au risque de voir s'envoler une partie de la clientèle.

On peut aussi noter des consommateurs qui portent des préférences envers certaines formes pharmaceutiques car pensent qu'elles offrent le meilleur profil thérapeutique. Beaucoup font allusion aux formes injectables surtout avec les sels de quinine, formes qui doivent être choisies en fonction de l'état du malade.

IV.2 Méthodes

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées dans les programmes d'éducation communautaire.

IV.2-1 Les Médias:

La voie utilisée dans ce cas est la radio qu'il s'agisse d'annonces où l'on peut utiliser judicieusement de courts programmes, des articles dans les journaux, les films ou des spots publicitaires à la télévision; des circulaires ou des affiches imprimés.

IV.2-2 Education par l'intermédiaire des Institutions:

Cette méthode utilise les méthodes et les ressources et installations des services de santé pour éduquer de petits groupes de gens sur des problèmes sanitaires précis ou sur des programmes précis concernant la thérapeutique. Il peut s'agir d'une présentation de diapositive ou d'une session avec affiches, soit dans la formation sanitaire soit au sein de la communauté.

Un exemple mérite d'être cité, c'est celui d'un projet intervenant dans la communauté sur des problèmes de santé et de thérapeutique parmi d'autres activités: le Projet "Audiothèques Rurales".

C'est un projet culturel avec un volet économique, le projet Audiothèques Rurales a pour objectif d'assurer le développement socio-économique des communautés de base par le moyen de l'oralité, permettant la diffusion de connaissances nouvelles et de sauvegarder les éléments essentiels du patrimoine traditionnel

Pour la mise en oeuvre de son initiative, le Projet procédait à l'implantation de la structure dans le village laquelle se concrétise par la remise de matériels (radio-cassettes, cassettes enregistrées et vierges, des piles). Ces cassettes étaient enregistrées au niveau du village audiothèque, corrigées au niveau de la SIES et envoyées à la population. Ensuite c'est l'écoute collective dans le village. Les activités du projet découlent de la mise en application des enseignements diffusés par les cassettes les divers domaines. Nous nous intéresserons au domaine de la santé comme activités, on peut retenir:

- la choroquinisation,
- la lutte contre les maladies diarrhéiques: dans ce cadre l'UNICEF a offert plus de 10 000 sachets de Rehydratation par Voie Orale (RVO),
- salubrité publique: nettoyage du village, hygiène alimentaire et corporelle, hygiène de l'eau etc...;
- aménagement des margelles des puits, plantation de poutres au bord des puits pour accrocher la puisette au lieu de la jeter par terre, etc...
- creusement et entretien des latrines,
- recours à la médecine traditionnelle ou moderne suivant les cas,
- du 1er au 15 Avril 1986, deux audiothécaires de Kolonda (arrondissement de Keleya, cercle de Bougouni) ont participé à un stage de formation d'hygiénistes secouristes de villages organisé dans le cadre des SSP dans le cercle de Bougouni.

- dans le cadre de l'hygiène et de l'assainissement, les 10 villages audiothèques du rail ont bénéficié du concours du PDS (PDS - KBK),
- un embryon de pharmacie villageoise existe dans tous les villages audiothèques grâce à un don de médicaments de base de l'UNICEF.

L'évaluation du degré d'assimilation du contenu des cassettes se fait de façon interne et externe. Le projet Audiothèque Rurale a donné une bonne expérience dans le domaine de la communication avec le monde rural. Les audiothèques ne sont pas destinées à remplacer les méthodes conventionnelles de diffusion de l'information comme les visites et les démonstrations par les agents d'extension et les séances de formation, plutôt elles complètent beaucoup d'activités et les rendent plus efficaces parce que les messages peuvent être répétés et les populations peuvent apprendre à leur guise. L'apprentissage à travers les cassettes encourage aussi l'éducation formelle continue et l'alphabétisation.

Cette initiative mérite d'être appliquée au niveau national.

IV.2-3 Le Contact Personnel

C'est une technique efficace lorsqu'une approche plus individualisée est nécessaire: les explications du prescripteur au malade se sentent dans cette catégorie. Un représentant des services de santé peut aussi discuter avec le chef de la communauté pour mieux comprendre leurs besoins et pour obtenir leur soutien pour les programmes de santé.

Les chefs peuvent à leur tour jouer un rôle dans l'éducation des membres de la communauté. Les visites à domicile par le personnel de santé sont une autre forme efficace de contact personnel, elles permettent d'augmenter sensiblement les taux d'observance spécialement pour les maladies chroniques.

Chapitre V - OBJECTIFS DE L'ETUDE

Les objectifs suivants sont recherchés:

- utiliser les résultats de deux enquêtes sur l'EPS de la population pour envisager des ajustements appropriés et envisager la technique du jeu de rôle.
- recenser les différents thèmes traités dans le cadre de l'EPS dans les formations sanitaires visitées;
- estimer le nombre de prescripteurs formés dans l'utilisation des ME;
- identifier les principales sources d'information des prescripteurs sur les ME;
- proposer une nouvelle approche pour une amélioration de la formation dans l'utilisation des ME et le rôle de l'EPS dans cette utilisation;
- développer la conduite à tenir en matière d'EPS liée à la prescription.

Chapitre VI - RESULTATS ET ANALYSES DE DEUX ENQUETES RECENTES
SUR L'EPS DE LA POPULATION AU MALI

VI.1 Enquête 1

L'enquête menée par Dramé S. (N° 8) dans le quartier de Bacodjicoroni du District de Bamako dans le deuxième semestre 1988 visait entre autres objectifs les suivants:

- obtenir des informations auprès des populations sur leurs attitudes vis à vis des activités menées en matière de santé maternelle et infantile/planification familiale;
- préciser leur source d'information et les changements observés par les populations.

Au préalable, la population a reçu des informations sur les thèmes suivants: l'eau et l'assainissement, la santé de l'enfant, les maladies diarrhéiques et la rehydratation par voie orale, les grossesses et les maladies de la grossesse, le paludisme et la chloroquinisation, la planification familiale, les vaccinations et quelques rares fois: le SIDA, les excitants, l'automédication, les vers intestinaux.

VI.1-1 - Les Maladies les plus fréquentes chez les mères:

Par les informations recueillies, on peut retenir:

- le paludisme est évoqué comme étant la maladie la plus fréquente et serait dû à la consommation d'aliments frais, crus, huileux ou souillés. D'autres évoquent l'influence de l'humidité et seulement 21 % des personnes interrogées évoquent l'insalubrité et l'intervention des moustiques.

Pour son traitement, 47 % pensent qu'il est traditionnel à base d'infusion, 31 % estiment qu'il faut associer le traitement traditionnel au traitement classique dans lequel la chloroquine et la quinine sont reconnus comme médicaments efficaces.

Sur le plan de la prévention, seulement 13 % évoquent la prise régulière de chloroquine et les autres pensent soit qu'il n'y a pas de mode de prévention ou du moins qu'elles n'en connaissent pas soit qu'il faut cesser de consommer les aliments frais, crus, huileux, etc... ou d'ingérer épisodiquement des infusions.

L'EPS est d'une grande importance étant donné la faible connaissance des modes de prévention.

- les maux de ventre et les maladies de la grossesse: 78 % affirment ne pas connaître les causes des maladies liées à la grossesse et les maux de ventre, 12 % évoquent la fatalité, 10 % attribuent les causes aux moeurs légères, au mauvais sort, à l'insalubrité et aux mauvaises conditions d'hygiène, 63 % pensent que le traitement est traditionnel, 18 % pensent que le traitement est médico-traditionnel, 20 % pensent que le traitement est médical.

L'EPS dans ce cas précis doit porter sur les causes, les modes de prévention et l'efficacité du traitement médical.

VI.1-2 - Les Maladies les plus fréquentes chez les enfants de 0 à 5 ans:

Pour les affections les plus fréquentes chez les enfants de cette tranche, ont été évoquées:

- le Paludisme:
il semble être la plus fréquente,
- les Gastro-entérites dont les causes sont attribuées à la poussée dentaire, mauvaise condition d'hygiène, grossesses rapprochées
Pour leur prévention les mères proposent une meilleure condition d'hygiène et d'alimentation;
- la Rougeole:
elle est évoquée en troisième position, 93 % des personnes interrogées affirment ne pas connaître la cause, 7 % l'attribuent à la fatalité. Pour son traitement, 87 % suggèrent le traitement médicale classique et seulement 25 % évoquent la vaccination comme moyen de prévention.

VI.1-3 - Planification Familiale (PF):

En matière de PF, pour évaluer les connaissances des populations dans ce domaine, l'une des réponses suivantes était attendue:

- la PF est toute prestation de services comportant la notion d'espacement de naissance,
- la PF peut induire la limitation des naissances,
- la PF est toute solution aux grossesses indésirées,
- la PF peut aider un couple a avoir des enfants.

Sur 126 personnes interrogées, 7 % n'ont jamais entendu parler de PF, 23 % ont entendu parlé mais n'en connaissent pas la signification, 70 % savent la signification de la PF parmi lesquelles 71 % qui l'approuvent.

Parmi les 71 % qui approuvent, 42 % en ont discuté avec leur conjoint.

37 % des 71 % qui approuvent ne desirent pas être sous PF.

VI.1-4 - Les Besoins exprimés par les populations:

Pour les thèmes que les populations aiment voir traiter, il s'agit:

- La PF avec un accent particulier pour la sensibilisation des époux,
- La santé de la mère et de l'enfant:
 - * maladies infantiles et alimentation
 - * mesures d'hygiène et protection alimentaire
 - * eau et assainissement
 - * maux de ventre liés à la physiologie de la femme
 - * grossesses rapprochées.

Les changements que les collectivités ont pu observer grâce aux messages diffusés à travers les méthodes d'information utilisées en matière de santé sont: la protection des aliments, assainissement du milieu, approvisionnement correct en eau potable.

Pour 7 % de la population aucun changement n'est notable car pour cette fraction la santé de l'individu est entre les mains de Dieu, conception poussant à la fatalité et à la passivité, attitude néfaste pour les programmes d'EPS.

VI.2 - Enquête 2:

Les maladies diarrhéiques constituent un problème majeur de santé publique surtout chez les enfants de 0 à 5 ans. L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 1987 a révélé que le taux d'incidence de la diarrhée pour 2 semaines était de 35 %. Ce taux moyen bien qu'élevé, ne reflète cependant que partiellement la réalité des maladies diarrhéiques surtout pour les enfants âgés de 6 à 35 mois, pour lesquels les taux atteignent respectivement 43,9 %, 45,9 % et 43,3 % pour les tranches d'âge 6 - 11 mois, 12 - 23 mois et 24 - 35 mois.

Dans ce cadre, une enquête a été réalisée par le Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PNLMD) auprès des mères d'enfants de moins de 5 ans dans les première, *quatrième* septième régions et le District de Bamako du 26 Juin au 19 Juillet 1989.

Elle vise principalement à apprécier les connaissances, attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques et à la thérapie de rehydratation orale.

Concernant la diarrhée et la nutrition, l'enquête révèle que 59,1 % des mères interrogées déclarent ne connaître aucun moyen de prévention de la diarrhée qui pour elles est un phénomène tout à fait naturel au même titre que la rougeole et la coqueluche. L'origine de cette diarrhée serait liée à la dentition et à une hygiène défectueuse. Dans ce dernier cas, il est important de souligner les rapports qui doivent exister entre l'hygiène alimentaire et l'assainissement du milieu (évacuation correcte des ordures et des excréta).

Concernant l'attitude de donner l'aliment solide à un enfant diarrhéique, très peu des mères interrogées (16,6 %) affirment qu'elles ont augmenté la ration solide. Alors que plus de 50 % affirment qu'elles ont diminué et même supprimé cette ration, attitude très critiquable devant être corrigée par une éducation, conséquente afin d'éviter à l'enfant diarrhéique en plus des risques de déshydratation, un risque de dénutrition.

Les mêmes constatations ont été retrouvées quant à l'apport hydrique chez un enfant qui fait la diarrhée.

Concernant la rehydratation par voie orale, il s'agit de savoir un certain nombre de notions sur l'administration de la Solution de Rehydratation Orale (SRO) et de la Solution Salée et Sucrée (SSS) notamment le moment d'administration, les fréquences et les quantités:

Pour le moment on a noté:

+	dès debut diarrhée	72,7 %
+	inférieur à 1 jour après diarrhée	9,9 %
+	1 jour après diarrhée	5,9 %
+	supérieur à 1 jour après diarrhée	9,9 %

Les mères "utilisatrices" semblent assimiler la nécessité de prévenir la déhydratation dès le debut de la diarrhée.

Pour les fréquences on a obtenu:

+	1 seule fois	8,3 %
+	tout au long de la diarrhée	49,6 %
+	jusqu'à fin solution préparée	13,2 %
+	3 fois par jour	24,8 %

Environ la moitié des mères utilisatrices ont compris qu'il faut donner la SRO ou SSS tout au long de la diarrhée.

Pour les quantités on a obtenu:

+	1 verre à thé	30 %
+	plus d'1 à thé	5 %
+	moitié pot 1/4 de litre	7,5 %
+	plus d'1 pot 1/4 de litre	1,7 %
+	autant que reclame l'enfant	20 %

On remarque d'une manière générale que les quantités à donner évoquées par les mères sont sensiblement inférieures aux quantités suffisantes à administrer d'où un effort de sensibilisation à mener dans ce sens.

Pour la démonstration de préparation SRO, plus de 91 % des mères ont des notions justes pour les quantités des matières à fournir.

Pour la démonstration de la préparation de la SSS:

100 % des mères ont trouvé la quantité d'eau
 3/4 des mères ont correctement mesuré le sucre
 50 % ont trouvé les mesures correctes de sel.

VI.3 - Conclusion

Ces deux enquêtes ont montré qu'au niveau de la communauté peu de gens ont des connaissances précises sur les thèmes évoqués et ignorent presque totalement les moyens de prévention.

Pour palier à cette situation on peut recourir à la technique du jeu de rôle sur un thème donné. Dans le cadre de la lutte contre la diarrhée par l'utilisation des SRO, un acteur présentera un tableau d'enfants avec diarrhées déshydratantes mais ne sachant pas ce qu'il faut faire, l'autre acteur apportera la solution en lui sensibilisant sur la solution SRO ou SSS, sa composition, sa préparation et son utilisation. Cela en vue du changement favorable de comportement.

Chapitre VII - ENQUETE SUR L'EPS ET LA FORMATION DANS
L'UTILISATION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS

Il sera abordé dans cette partie le protocole d'enquête, les résultats de l'enquête et leurs analyses.

VII.1 - Protocole d'Enquête

Les points comme les objectifs, l'outil d'évaluation, les méthodes de même que les lieux d'évaluation seront évoqués.

VII.1-1 - Objectifs:

Les objectifs sont les suivants:

- Apprécier les conseils éducatifs par les prescripteurs à partir de la durée moyenne de la consultation, les cas de rechute et l'observation personnelle;
- estimer le nombre de prescripteurs formés;
- évaluer le degré de diffusion des listes de ME et de maîtrise de ces listes par les prescripteurs;
- rechercher l'existence des informations auprès des prescripteurs en ce qui concerne la disponibilité et le prix des ME;
- apprécier les principales sources d'information sur les médicaments.

VII.1-2 - Outil d'Evaluation

Pour cette évaluation, trois questionnaires ont été mis au point:

A et B pour les prescripteurs en exercice (Médecins, Infirmiers d'Etat et Sages-femmes), C pour les étudiants de 6^è année médecine de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie. Les questionnaires sont libellés dans la partie annexes

Après un premier test, ces questionnaires ont été révisés et ensuite l'enquête à grande échelle a commencé.

VII.1-3 - Méthodes:

La méthode utilisée est la suivante: les prescripteurs en exercice ou étudiants remplissaient ces questionnaires sur place ou à domicile et j'assistais le prescripteur en exercice pour voir comment il prodiguait les conseils et pour noter la durée minimale et maximale des consultations d'une matinée.

Ainsi des informations ont été recueillies auprès de 138 prescripteurs pour le questionnaire A dont (30 médecins, 75 infirmiers d'Etat et 33 Sages-femmes), 120 prescripteurs pour le questionnaire B (23 médecins, 65 infirmiers d'Etat et 32 Sages-femmes) et 22 étudiants pour le questionnaire C.

VII.1-4 - Réalisation:

L'enquête s'est déroulée de Novembre 1988 à Août 1989 et a concerné:

- le District de Bamako et Kati,
- les trois cercles de la zone KBK (Kita, Bafoulabé, Kéniéba) du Projet de Développement Sanitaire,
- la ville de Sikasso.

VII.2 - Resultats et Analyses Questionnaire A et C

Ici seront donnés les résultats de l'enquête et leurs analyses.

1°) A la question: "Avez-vous participé à un séminaire de formation dans l'utilisation des ME"

Les réponses sont consignées dans le tableau suivant en fonction du type de personnels interrogés:

Tableau 1. (P = prescripteur; R = réponse)

P\R	OUI	NON
médecins 30	33,3 %	66,7 %
Infirmiers d'Etat 75	26,7 %	73,3 %
Sages-femmes 33	6 %	94 %
Etudiants 22	0 %	100 %

Il ressort de ce tableau 1 que le taux de formation des diverses catégories de prescripteurs en exercice est bas car pour les Infirmiers et les Sages-femmes moins du tiers a reçu une formation contre 1/3 pour les Médecins et le plus bas taux se rencontre chez les Sages-femmes.

Aucun étudiant n'a reçu une formation sur ME. Cette formation est pourtant une nécessité avec la multiplicité des spécialités et des innovations continues dans la thérapeutique et plus particulièrement pour les sages-femmes à cause de la spécificité de leur domaine et du nombre important de leurs clientes.

2°) A la question: "Cette formation vous semble-t-elle utile ?"

tous les prescripteurs ont reconnu l'utilité et la nécessité d'une telle formation et de surcroît se sentent concernés par ce problème.

Ceci signe théoriquement l'adhésion des prescripteurs à la politique nationale des ME. Ils affirment à l'unanimité que non seulement le prescripteur profite de la formation continue, processus qui n'est guère utile de rompre mais sa prescription est améliorée. Ce qui ne pourrait être qu'un soulagement pour le malade et sa bourse.

3°) A la question: "Avez-vous été consulté pour l'élaboration de la liste Nationale des ME ?", les réponses sont consignées dans le tableau 2.

Tableau 2:

P\R	OUI	NON
Médecins	13,3 %	86,7 %
Infirmiers d'Etat	1,3 %	98,7 %
Sages-femmes	0 %	100 %

Les interrogés ont été très faiblement consultés pour l'élaboration de la liste Nationale. Les sages-femmes enquêtées n'ont pas été du tout consultées.

L'enquête réalisée par TRAORE F. (N°22) sur la même question auprès des hospitalo-universitaires a révélé que ceux ci étaient largement intégrés à l'élaboration de la liste nationale.

Un plus grande coopération avec les hospitalo-universitaires sous forme de consultations préliminaires et de retro-informations pour une totale adhésion est indispensable pour la réalisation de cette politique des ME.

4°) A la question: "Avez-vous consulté une liste de ME ?", les réponses sont dans le tableau suivant.

Tableau 3

R\P	Médecins	Infirmiers d'Etat	Sages-femmes	Etudiants
Liste Nationale	33,3 %	32 %	15,2 %	77,3 %
Liste OMS	10 %	0 %	3,0 %	4,7 %
Les 2 à la fois	30 %	14,7 %	3,0 %	0 %
Aucune	26,70	53,3 %	78,8 %	18 %

Il ressort de ce tableau que plus de 2/3 des médecins interrogés ont au moins consulté une liste des ME tandis que plus de 50 % des infirmiers et des sages-femmes n'ont pas consulté de liste.

Les étudiants ont le taux de consultation le plus élevé.

5°) A la question: "Possédez-vous une liste de ME ?", les résultats suivants ont été obtenus:

Tableau 4:

R\P	Médecins	Infirmiers d'Etat	Sages-Femmes	Etudiants
Liste Nationale	30 %	22,7 %	15,2 %	13,6 %
Liste OMS	13,3 %	1,3 %	0 %	-
Les 2 à la fois	10 %	5,3	0 %	-
Aucune	46,7 %	70,7 %	84,8 %	84,6 %

Moins du 1/3 des infirmiers, sages-femmes et étudiants possèdent une liste de ME tandis qu'un peu plus de la moitié des médecins possèdent une liste de ME.

Au vu des réponses consignées dans les tableau 3 et tableau 4 il ressort que l'information concernant la liste des ME n'a pas atteint profondément les différentes catégories de prescripteurs.

6°) A la question: "Quels produits absents de la liste (Nationale ou OMS) vous paraît indispensable pour la pratique de votre spécialité ?" ,

les réponses données sont dans le tableau suivant:

Tableau 5

R\R	Médecin	Infirmiers d'Etat	Sages-femmes	Etudiants
Pas de suggestion	70 %	90,7 %	93,9 %	27,3 %
Liste suffit	20 %	8 %	0 %	72,7 %
Suggestions	10 %	1,3 %	6,1 %	0 %

Le taux de réponses "Pas de suggestions" élevé est dû à la non-maîtrise ou à la non possession de la liste des ME entraînant une délivrance de liste de médicaments hors-liste en longueur de journée.

Les suggestions étaient les suivantes:

- **médecins:** Progesterone - spécialités ORL - Association (Néomycine, Polymyxine B, Acetarsol, Nystatine) ou POLYGNAX *
- **infirmiers d'Etat:** Acide tiaprofénique ou SURGAM *- Alphachymotrypsine
- **Sages-femmes:** Bromocriptine ou PARLODEL. * - Indapamide ou FLUDEX * - Gonadotrophine-Antihemorrogiques.

Dans l'enquête réalisée par TRAORE F (N°22), sur la même question, les hospitalo-universitaires suggeraient les antimitotiques et collyres. Signalons que devant un cancer auquel il n'existe pas de répondant thérapeutique sur la liste des ME, il est une nécessité de prescrire un antimitotique du moins pour reconforter le malade.

Ils reclamaient d'autre part l'introduction sur la liste des ME, des médicaments comme l'anetholtrithione en stomatologie, Gonadotrophine en Gynécologie; Penthiobarbital ou NESDONAL * et Narcaïne en Anesthésiologie.

7°) A la question: "Citer 10 médicaments en DCI vendus par la PPM",

les réponses sont consignées dans le tableau suivant:

Tableau 6:

R\P	Médecins	Infirmiers d'Etat	Sages-femmes
Les 10	23,3 %	14,7 %	15,1 %
7 à 9	43,3 %	25,3 %	12,1 %
4 à 6	10,0 %	10,7 %	6,1 %
1 à 3	23,3 %	49,3 %	66,7 %

Pour une mise en vente par la PPM de plus de 50 ME sous DCI pour l'année 1989, les réponses ci-dessus selon les catégories de prescripteurs ont été obtenues.

Ces données soulignent le peu d'information concernant les ME en DCI disponibles dans les officines. Ce manque d'information est lié à l'inexistence de structure avec le personnel qualifié pour la promotion de ces médicaments sous DCI.

8°) A la question: "Donnez des exemples de prix des ME sous DCI en comparaison des mêmes médicaments sous nom de spécialité?",

les réponses obtenues sont dans le tableau suivant:

Tableau 7

R\P	Médecins	Infirmiers d'Etat	Sages-femmes
Ne sait pas	56,7 %	70,6 %	90,9 %
Moins cher	30 %	14,7 %	0 %
Exemples de 1 à 4	13,3 %	14,7 %	9,1 %

De ces résultats, on constate que les prescripteurs ont une faible connaissance du prix des ME sous DCI en comparaison avec les mêmes médicaments sous nom de spécialité moins du 1/5 des prescripteurs ont pu donner des exemples et de ces exemples les DCI revenaient de 2 à 10 fois moins chères.

9°) A la question: "Pensez-vous que dans l'état actuel de la couverture en pharmacien il faille prescrire:", les réponses sont dans le tableau suivant:

Tableau 8

R\P	Medecin	Infirmiers d'Etat	Sages-femmes
Nom de Spécialité	10 %	29,3 %	33,3 %
DCI	20 %	21,3 %	27,3 %
Les 2 en même temps	70 %	40 %	30,3 %
Ne sait pas	-	9,3 %	9,1 %

Au niveau des intentions il se dégage une faible proportion (moins du tiers) favorable à la prescription exclusive en DCI.

70 % des médecins et 40 % des infirmiers d'Etat sont favorables à la prescription à la fois en nom de spécialité et en DCI. Tandis que les sages-femmes pensent en première intention qu'avec cette couverture il faille prescrire en nom de spécialité.

10°) A la question: "Préférez-vous la prescription en ?", les réponses sont dans le tableau suivant:

Tableau 9

R\P	Médecins	Infirmiers d'Etat	Sages-femmes	Etudiants
Nom de Spécialité	26,6 %	42,7 %	39,4 %	50 %
DCI	26,6 %	25,3 %	36,4 %	36,4 %
Les 2	46,7 %	32 %	24,2 %	13,6 %

Les infirmiers d'Etat, Sages-femmes, Etudiants préfèrent en premier lieu prescrire en nom de spécialité tandis que les médecins préfèrent la prescription à la fois en nom de spécialité et DCI. La prescription en DCI vient au second plan.

Les facteurs évoqués qui nuisent à une prescription en DCI sont:

- la difficulté pour le prescripteur de maîtriser les DCI
- l'absence d'information concernant la disponibilité des ME sous DCI
- l'insuffisance en DCI pour la spécialité
- le poids de l'habitude
- la formation insuffisante des vendeurs: la plupart des officines de la PPM sont gérées par des non-pharmaciens ou même par des non-professionnels de la santé pour qui l'officine correspond exactement au commerce de n'importe quel produit ou la rentabilité financière est largement majoritaire ne tenant pas en ce moment compte l'idée fondamentale de l'Initiative de Bamako.

11°) A la question: "Redigez-vous vos ordonnances en?", les réponses sont consignées dans le tableau suivant:

Tableau 10

R\P	Médecins	Infirmiers d'Etat	Sages-femmes
Nom de spécialité	53,3 %	62,7 %	81,8 %
DCI	0 %	6,7 %	6,1 %
Les 2	46,7	30,6 %	12,1 %

Il se dégage une proportion importante de prescripteurs qui redigent leurs ordonnances en nom de spécialité. Les raisons sont identiques à celles évoquées pour la question précédente.

Selon une enquête réalisée par TRAORE F (N°22). auprès des enseignants de l'Ecole de Médecine, 60 % utilisent la DCI et les noms de spécialité pour enseigner et 11,4 % utilisent uniquement la DCI pour les cours. En principe les futurs prescripteurs au sortir de l'école ont une maîtrise de la DCI mais une fois dans la pratique certaines contraintes s'imposent comme la forte pression des visiteurs médicaux, le stockage épisodique des DCI dans les officines et le manque d'information sur celles-ci.

Ils perdent ainsi le courage ou la volonté de prescrire en DCI, s'adonnant ainsi à celles en nom de spécialité comme l'atteste le tableau ci-dessus.

12 - A la question: " les informations concernant les médicaments vous proviennent surtout ?",

les réponses suivant les types de prescripteurs sont dans le tableau ci-dessous.

Tableau 11:

R\P	Médecins	Infirmiers d'Etat	Sages-femmes
Revue et journaux médicaux	39,2 %	38,4 %	21,2 %
Visiteurs médicaux	46,4 %	39,2 %	60,6 %
Discussion avec confrères	14,4 %	22,4 %	18,2 %

La principale source d'information pour les trois types de prescripteurs est constituée par les visiteurs médicaux. Concernant les services de ces visiteurs, il est classique de voir dans les officines et centres de santé des affiches faisant les éloges des médicaments hors liste. Force est de constater que nos prescripteurs sont soumis à une masse incroyablement abondante et variée d'informations. Pour informer et influencer les prescripteurs et le public, les industries ont recours à différentes formes de promotion telles que publicité, distribution d'échantillons et autres. Certaines de ces activités respectent les règles éthiques acceptables, d'autres non. Ces visiteurs contribuent à promouvoir efficacement la vente de leurs médicaments car certains prescripteurs les considèrent comme une source utile d'information. Nos officines regorgent de tout un choix de derniers antibiotiques, vitamines, antiallergiques, préparations aux hormones, tranquillisants et tonifiants avec un pléthore d'anti-diarrhéiques. Certains sont efficaces, mais d'autres n'ont aucun effet thérapeutique prouvé et bien de médicaments ainsi vendus sont franchement dangereux et surtout en l'absence de surveillance efficace. Mettre fin à la promotion abusive de médicaments, c'est aux décideurs qu'incombe la responsabilité de contrôler les médicaments et de les promouvoir sur toute l'étendue du territoire, même s'ils doivent partager cette responsabilité avec l'industrie pharmaceutique, les prescripteurs et les consommateurs.

Il existe avec cette percée des visiteurs médicaux une contradiction nette entre la politique nationale et l'information que reçoivent les prescripteurs en longueur de journée.

13 - A la question: "Citez 10 médicaments en DCI", les réponses suivantes sont obtenues:

Tableau 12

R\P	Médecins	Infirmiers d'Etat	Sages-femmes
Les 10	76,7 %	42,7 %	30,3 %
7 à 9	10,0 %	13,3 %	6,1 %
4 à 6	3,3 %	9,3 %	-
1 à 3	10 %	-	-
0 a 3	-	34,7 %	63,6 %

Des résultats portés sur ce tableau, il ressort que la DCI n'est pas assez connue par nos prescripteurs: un peu plus du tiers des infirmiers (34,7 %) et un peu moins des 2/3 des sages-femmes n'ont cité que de 0 à 3 médicaments contre respectivement 42,7 % et 30,3 % qui ont pu citer les 10.

Quant aux médecins ils ont pu citer les 10 dans 76,7 % contre 10 % qui ont cité de 1 à 3 DCI.

14 - A la question: "Donnez les noms en DCI des spécialités suivantes", les prescripteurs ont donné comme réponses:

Tableau 13

R\P	Médecins	Infirmiers d'Etat	Sages-femmes
Les 10	40 %	17,3 %	15,1 %
7 à 9	40,0 %	22,7 %	15,1 %
4 à 6	10,0 %	18,7 %	3 %
1 à 3	10 %	-	-
0 a 3	-	41,3 %	66,7 %

Dans cette question il a été choisi 10 ME d'usage courant et les résultats ci-dessus ont été obtenus.

De ces résultats, il ressort que 41,3 % des infirmiers et environ 2/3 des sages-femmes ont fait la correspondance (ME sous nom de spécialité en ME sous DCI) de 0 à 3 ME et que seulement 17,3 % des infirmiers et 15,1 % des sages-femmes ont pu faire les 10 correspondances. Ces pourcentages assez significatifs soulignent une nécessité d'initiation dans les correspondances par le biais de l'information et de la formation.

Cependant, il ne faut pas oublier les 40 % des médecins qui ont fait les 10 correspondances et les 10 % qui ont fait la correspondance de 1 à 3 ME. On peut retenir que la maîtrise n'est pas effective dans cette tranche de prescripteurs et ont aussi besoin d'information et de formation.

15 - A la question: "desirez-vous être davantage informé sur les ME", tous les prescripteurs se sont montrés desireux de recevoir d'amples informations. Ce desir exprimé par les prescripteurs est aussi une volonté confirmée, pour une grande adhésion à la politique nationale.

16 - A la question: "En prescrivant un médicament qu'est ce qui vous préoccupe le plus?", les prescripteurs ont donné les réponses suivantes: les critères retenus par les trois types de prescripteurs pour le choix d'un médicament sont dans l'ordre:

- l'efficacité
- le coût
- la disponibilité

Les données antérieures expliquent mal le choix du critère "coût" car ce dernier n'est pas toujours vérifié sur l'ordonnance sur laquelle sont prescrits couramment les médicaments hors liste et même si ce sont des ME, ils se trouvent sous forme de spécialité. Cette situation est due au manque d'information et de formation.

VII.3 Resultats et Analyses Questionnaire B:

1 - A la question: "La nature des affections les plus fréquemment rencontrées", les prescripteurs ont répondu:

Pour la fréquence, les premiers rangs sont occupés par les maladies infectieuses, parasitaires et aussi par la malnutrition protéino-énergétique chez l'enfant. Ainsi dans les centres visités, la majorité des consultants étaient les femmes et les enfants. Pour toutes les affections évoquées, l'éducation peut et doit jouer un rôle important dans le cadre de leur prévention et leur traitement.

2 - A la question: " Prodiguez-vous des conseils ?", tous les prescripteurs ont répondu par l'affirmative. Les conseils étant presque exclusivement verbaux.

Les conseils par écrit; écrits et verbaux à la fois étaient d'une faible importance comme l'atteste le tableau suivant:

Tableau 14:

R\P	Médecins	Infirmiers d'Etat	Sages-femmes
Conseils écrits	4,3 %	3,1 %	0 %
Conseils verbaux	82,6 %	90,8 %	96,9 %
A la fois écrits et verbaux	13,0 %	6,1 %	3,1 %

Les conseils par écrits occupent une faible proportion. Ils permettent de disposer permanemment d'eux et d'éviter les oublis qui nuisent beaucoup a une bonne institution du traitement.

3 - A la question: "Parallèlement à la prescription les conseils ont-ils trait ... ?", les prescripteurs ont donné les réponses suivantes:

- plus des 2/3 des médecins interrogés dans les conseils qu'ils donnent font allusion surtout:

- * au traitement des affections
- * aux mesures de prévention
- * au changement de comportement
- * à la conduite à tenir.

A travers ces resultats, on constate que les médecins oeuvrent pour une bonne observance; celle-ci étant le degré avec lequel le malade suit les conseils médicaux et prend les médicaments tels qu'ils lui sont prescrits.

- Plus 2/3 des infirmiers interrogés dans les conseils qu'ils donnent font allusion à la prévention des affections. Les autres paramètres étaient évoqués par un peu plus de la moitié, paramètres indispensables pour la réussite du traitement.
- Plus de 2/3 des sages-femmes pensent aussi que les conseils ont trait à la prévention des affections tandis que les autres paramètres étaient évoqués par un peu moins de la moitié.

Comme chez les infirmiers, les paramètres (traitement et changement de comportement) étaient moins évoqués alors qu'ils méritent une place beaucoup plus importante comme ce n'est le cas.

De ce faire, outre les connaissances et compétences professionnelles, les prestataires de soins doivent posséder de nombreuses autres qualités dont la patience, la capacité d'écoute et un désir profond de comprendre les problèmes des gens, c'est-à-dire qu'il faut avant tout qu'ils aiment et respectent les gens qu'ils s'occupent et qu'ils doivent aider. Les prescripteurs doivent soigner toute la personne, aussi bien physiquement que moralement.

4 - A la question "Veillez-vous sur l'application des conseils?", les réponses obtenues sont dans le tableau suivant:

Tableau 15

R\P	Médecins	Infirmiers d'Etat	Sages-femmes
OUI	82,6 %	89,2 %	84,4 %
NON	17,4 %	10,8 %	15,6 %

La question "Veillez-vous sur l'application des conseils" traduit en réalité l'information reçue par les prescripteurs des consultants à qui ils ont prodigués des conseils.

Les résultats négatifs pour les trois types de prescripteurs sont liés au fait que beaucoup de malades ne sont pas revus ou encore que le prescripteur n'a toujours pas eu le réflexe de s'informer.

5 - A la question "Quelle est la durée d'une consultation?",

Les réponses obtenues sont:

Concernant la durée des consultations, l'observation personnelle a permis de retenir que pour les

- médecins: la durée varie entre 3 mn a 8 mn
- infirmiers d'Etat: entre 2 mn a 5 mn
- sages-femmes: entre 4mn a 7mn

Ces durées paraissent courtes si l'on veut intégrer systématiquement l'EPS dans la consultation. Les conseils ne sont pas toujours fréquents et dans certains cas brefs s'ils existent.

Un exemple concret s'est déroulé dans un dispensaire de la Commune III du District de Bamako. Une femme a amené son enfant atteint de varicelle, enfant qui avait été contaminé par d'autres enfants de la famille. La femme après avoir reçu l'ordonnance, demanda au prescripteur (infirmier d'Etat) comment protéger le frère du patient contre cette maladie.

Le dialogue part essentiellement de tout acte médical se trouve souvent évité par timidité (et ignorance) du patient, manque de temps du praticien (de son propre aveu) et enfin le prescripteur n'a pas assez de temps pour parler aux patients et se livre à la prescription des médicaments qui ne sont pas les seuls éléments en santé publique. Un diagnostic bref peut conduire à un traitement symptomatique, lesquels symptômes peuvent cacher des maladies graves donc un examen systémique^{est} indispensable pour éliminer soit une cause organique sous-jacente soit une complication patente.

6 - A la question "l'EPS est-elle utile dans la prescription des médicaments", tous les prescripteurs ont reconnu l'importance de l'EPS dans la prescription. Cette importance a d'ailleurs été signalée depuis longtemps car déjà en 1953 Pierre DELORE lors d'une conférence européenne sur l'EPS de la population à Genève déclarait: "Au-delà de chaque acte technique survient la notion éducative correspondante qui le double et le prolonge, le favorise, lui confère une efficacité plus grande".

7 - A la question "Rencontrez-vous souvent des cas de rechute?", presque tous les prescripteurs pour chaque type déclarent rencontrer des cas de rechute (100 % pour les médecins et sages-femmes, 95,4 % pour les infirmiers), rechute dont les causes sont les suivantes: non-observance et coût financier.

Pour les médecins 87,5 % des cas de rechute sont liés à la non-observance contre 12,5 % pour le coût financier. Pour les infirmiers d'Etat les cas de rechute sont dus à 90,5 % à la non-observance et 9,5 % pour le coût financier. Quant aux sages-femmes les cas de rechute liés à la non-observance représentent 80 % contre 20 % pour le coût financier.

Les cas de rechute sont dus à un défaut de communication entre le prescripteur et aussi au coût financier de l'ordonnance. En effet, l'observance est élevée si:

- il n'y a pas trop de médicaments sur l'ordonnance: ce qui n'est pas toujours le cas car en moyenne l'ordonnance du spécialiste comporte 2,7 médicaments contre 4,2 médicaments pour l'infirmier (cf Thèse TRAORE S. N°23),

- les prises ne sont pas trop rapprochées,
- les médicaments sont accompagnés d'explication écrite et orale.

Quant au coût financier de l'ordonnance, il a certes une influence considérable sur l'observance. Il n'est pas rare de voir les patients acheter les médicaments pour une journée du fait du coût exorbitant de l'ordonnance et arrêtent le traitement dès amélioration de leur état.

Le facteur essentiel de l'observance est le temps que passe le prescripteur à parler avec le patient, une diminution de ce temps entraîne aussi une baisse de l'observance.

Tenir compte des composantes de l'efficacité est difficile si les conseils éducatifs sont brefs, ces composantes étant: l'attraction, la compréhension, l'identification et la persuasion. On reconnaît que plus une communication est attrayante, facile à comprendre, acceptée et capable de concerner l'individu plus grande est son efficacité potentielle.

8 - A la question "Pensez-vous que les malades alphabétisés soient plus enclins que ceux non alphabétisés à appliquer les conseils ?" les réponses obtenues sont dans le tableau suivant:

Tableau 16

R\P	Médecins	Infirmiers d'Etat	Sages-femmes
OUI	52,2 %	83,1 %	68,7 %
NON	26,1 %	9,2 %	21,9 %
Sont les memes	13,0 %	4,6 %	3,1 %
Ne sait pas	8,7 %	3,1 %	6,2 %

Plus des 2/3 des infirmiers et sages-femmes ont répondu par l'affirmative contre 52,2 % des médecins. Cependant il se dégage une proportion non négligeable des médecins (26,1 %) qui pensent que l'alphabétisation n'a aucun impact sur l'aptitude à bien appliquer les conseils contre 9,2 % et 21,9 % respectivement pour les infirmiers et les sages-femmes.

Cette dernière réponse montre que le prescripteur doit adopter la même attitude que le malade soit alphabétisé ou pas.

9 - A la question "Selon vous, votre population sait se protéger contre quelle(s) maladie(s) et quels sont les moyens utilisés ?", les prescripteurs ont donné les réponses suivantes:

les maladies citées pour lesquelles la population sait se protéger sont:

- Paludisme
- Maladies diarrhéiques
- Autres parasitoses
- Les six maladies du programme élargi de vaccination
- Les maladies sexuellement transmissibles
- La malnutrition protéino-énergétique.

Et les moyens évoqués sont:

- Chloroquinisation
- Utilisation d'insecticide et de moustiquaire
- Vaccination
- Mesures d'hygiène et d'assainissement
- Approvisionnement en eau potable
- Nutrition
- Utilisation des préservatifs.

Les réponses à cette question se comprennent car ces affections sont connues des populations mais n'appliquent pas toujours les moyens qu'elles mêmes ont évoquées.

10 -A la question "Votre centre organise-t-il des activités dans le cadre de l'EPS ?",

les réponses par type de prescripteurs qui affirment aborder des thèmes d'EPS sont dans le tableau suivant:

Tableau 17

R\P	Médecins	Infirmiers d'Etat	Sages-femmes
OUI	73,9 %	84,6 %	87,5 %
NON	26,1 %	15,4 %	12,5 %

Dans les centres, les thèmes évoqués étaient presque les mêmes et ont trait:

- à la lutte contre le paludisme
- à la lutte contre les maladies diarrhéiques
- à la vaccination
- à la planification familiale
- à la consultation prénatale
- à l'hygiène de la grossesse
- à la nutrition
- au sevrage progressif
- à l'hygiène de l'eau.

Ces thèmes sont traités en général par le personnel sanitaire (infirmier, sage-femme ou aide-soignant) sous forme de causeries devant un auditoire souvent peu nombreux.

Chapitre VIII -

ROLE DE L'EPS ET DE LA FORMATION DANS
L'UTILISATION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS

VIII.1 - Rôle de l'EPS l'utilisation des ME

VIII.1-1 - Rôle de l'EPS dans l'automédication

Cet aspect mérite d'être porté à la connaissance du public du fait de la pratique grandissante de l'automédication et des risques immédiats ou à long terme qui sont liés. A titre d'exemple, nous prendrons le cas de deux ME très couramment utilisés par nos populations et qui sont délivrés dans les officines comme d'autres médicaments sans ordonnance:

- L'Acide Acetyl Salicylique (AAS) possède: plusieurs propriétés parmi lesquelles nous pouvons retenir les propriétés antalgique, antipyrétique, anti-inflammatoire, anti-agrégant plaquettaire. Il est utilisé sous plusieurs noms de spécialités: ASPIRINE* CATALGINE* ASPEGIC* SOLYCETYL*. L'EPS sur ce médicament peut porter sur son mode d'emploi, propriété et ses effets secondaires en insistant sur son effet ulcérigène d'où la précaution de le prendre dilué dans un liquide cela si possible toujours au moment des repas pour éviter son contact prolongé avec la muqueuse gastrique nue.

- La chloroquine: antipaludéen et anti-amiboécide, il est aussi utilisé dans le traitement^{du} polyarthrite chronique rhumatoïde. Il est commercialisé sous les noms suivants: NIVAQUINE* ARALEN * RESOCHINE *. L'EPS relative à ce produit revêt une importance capitale quand on sait qu'il est aussi bien utilisé en automédication qu'en prescription médicale. On insistera sur la nécessité du traitement opportun à des doses thérapeutiques en vue d'éviter les risques de résistance du plasmodium, et les phénomènes de sensibilisation pouvant intervenir chez certains individus sous forme d'incidents ou même d'accidents.

VIII.1-2 - Rôle de l'EPS dans la diffusion d'information sur l'origine, la nature et le pronostic des affections en vue d'un changement de comportement:

La plupart des affections rencontrées dans notre pays est liée:

- à un environnement favorable à l'éclosion et à la transmission d'un grand nombre de maladies infectieuses ou parasitaires;
- à une hygiène déficiente à cause des comportements souvent inadéquats;
- des apports nutritionnels déficients en qualité et en quantité.

Cet aperçu sur la situation sanitaire met en évidence:

- l'importance des comportements favorables dans la prévention, la conduite à tenir, dans la maîtrise de l'évolution négative de la maladie,
- l'importance des comportements néfastes dans la genèse des maladies.

VIII.1-3 - Rôle de l'EPS dans la diffusion de conseils éducatifs sur le traitement:

Le malade doit recevoir des conseils judicieux dans le cadre de l'utilisation des médicaments. Dans ce domaine l'EPS s'intéressera à la posologie, à la durée du traitement aux effets secondaires, aux interactions médicamenteuses et aux interactions entre médicaments et aliments.

VIII.2 - Rôle de la formation dans l'utilisation des ME.

VIII.2-1 - Acquisition de connaissances objectives:

Le prescripteur est soumis à un flux d'informations qui viennent de tous les horizons. Une formation sur les ME permet non seulement de lever le suspinct mais aussi met à la disposition du prescripteur des notions claires, précises, scientifiquement valables sur les ME.

VIII.2-2 - Adhésion des prescripteurs a la politique nationale:

L'adoption d'une politique des ME nécessite une retouche dans les programmes de formation. Celle-ci doit commencer dans les écoles de santé et se poursuivre par un recyclage des prescripteurs en exercice dans le souci d'une familiarisation du prescripteur à l'usage des ME et DCI.

VIII.2-3 - Facilitation du travail du prescripteur:

Devant un diagnostic précis, le prescripteur formé n'aura pas beaucoup de peine à choisir le traitement adéquat.

VIII.2-4 - Correction des erreurs de prescription pour rendre celle-ci rationnelle à un prix abordable:

Les erreurs d'institution du traitement seront rares, ne seront prescrits que les médicaments qui:

- répondent à des besoins médicaux réels
- ont une valeur thérapeutique certaine
- soient d'un niveau acceptable de sécurité
- sont d'une qualité satisfaisante pour leur prix peu onéreux.

Et ceci pour le plus grand respect de la bourse du malade ou le coût moyen de l'ordonnance est plusieurs fois diminué.

VIII.2-5 - Maîtrise du problème de ME et DCI

Etant donné le nombre réduit des ME, une formation dans ce sens contribue à une plus grande maîtrise de la liste des ME et de l'utilisation qui en est faite: prix à la vente, indications, posologie, effets secondaires, contre-indications et présentation

Il en découle une interprétation plus judicieuse de l'ordonnance et une meilleure communication entre le prescripteur et le patient.

Dans le chapitre qui va suivre, il sera question de la conclusion et des recommandations au regard des sujets abordés dans les chapitres précédents.

Chapitre IX - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Ce travail consacré au rôle de l'EPS et de la formation dans l'utilisation des ME, a été mené de Juin 1988 à Décembre 1989.

Il est apparu pour la prescription que la majeure partie revient à l'automédication 47,8 % puis dans l'ordre décroissant infirmier d'Etat 24,4 %, infirmier du premier cycle 6,5 %; médecin 4,4 %, étudiant 2,4 %; sage-femme 1,8 %. Il faut signaler la proportion 12,8 % représentant les prescripteurs ne pouvant être identifiés par les ordonnances délivrées, ordonnances ne portant aucune mention.

Pour l'évaluation de la connaissance les populations vis à vis de certaines affections (paludisme, rougeole, gastroenterite) nous avons rapporté les résultats d'une enquête menée par DRAME S (N°8). qui reflète les faits suivants: pour les populations enquêtées à Bacodjicoroni 13 % seulement évoquent la prise régulière de chloroquine pour la prévention du paludisme, 15 % estiment que les gastroenterites peuvent être évitées chez les enfants par une bonne alimentation, une hygiène correcte. 75 % ne connaissent aucun moyen de prévention de la rougeole et pensent que pour protéger un enfant pendant l'épidémie de rougeole il faut l'empêcher de cotoyer les enfants rougeoleux.

70 % des femmes interrogées savent la signification de la planification familiale parmi lesquelles 71 % l'approuvent. 37 % des 71 % qui approuvent la planification familiale ne desirent pas être sous cette dernière.

Dans le domaine de l'alimentation et de la protection des enfants, on observe des changements de comportement dans 59 % des cas tandis que dans d'autres domaines clés comme la protection des aliments, l'hygiène alimentaire, l'hygiène de l'eau, l'assainissement et l'amélioration des puisards, moins du tiers ont observé des changements.

Nous avons rapporté les résultats de l'enquête "connaissances, attitudes et pratiques" réalisée par le Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques dans les régions de Kayes, Ségou, Gao et le District de Bamako. Il ressort par ailleurs que la prévalence de la diarrhée est de 35 % chez les enfants de 0 à 5 ans. Les résultats suivants ont été obtenus: 59,1 % des mères interrogées déclarent ne connaître aucun moyen de prévention.

Concernant l'attitude de donner l'aliment solide à un enfant diarrhéique très peu de mères interrogées (16,6 %) affirment qu'elles ont augmenté la ration solide. Plus de 50 % des mères ont diminué la ration solide. Les mêmes constatations ont été retrouvées quant à l'apport hydrique chez un enfant qui fait la diarrhée.

Concernant la rehydratation par voie orale, les mères utilisatrices semblent assimiler la nécessité de prévenir la déshydratation dès le début de la diarrhée, près de la moitié ont compris qu'il faut donner la SRO ou SSS tout au long de la diarrhée mais les quantités à donner évoquées par les mères sont sensiblement inférieures aux quantités suffisantes.

Pour la démonstration de préparation de la SRO, plus de 91 % des mères ont des notions justes pour les quantités à fournir.

Pour la démonstration de la préparation de la SSS:

- 100 % des mères ont trouvé la quantité d'eau,
- 3/4 des mères ont correctement mesuré le sucre,
- 50 % des mères ont trouvé des mesures correctes de sel.

Notre étude dans les formations sanitaires du District de Bamako, de Kati et les formations sanitaires des cercles de Kita, Bafoulabé, Kéniéba, de la ville de Sikasso réalisée de Novembre 1988 à Août 1989 auprès de prescripteurs a permis d'aboutir aux faits suivants:

- une faible durée de consultation en général qui est de:
 - * 3 à 8 minutes pour les médecins
 - * 2 à 5 minutes pour les infirmiers
 - * 4 à 7 minutes pour les sages-femmes
- l'existence de nombreux cas de rechute déclarés:
 - * 100 % pour médecins et sages-femmes
 - * 95,4 % pour les infirmiers.

Les principales raisons évoquées sont: la non observance et le coût financier de l'ordonnance;

- moins d'un tiers des infirmiers et sages-femmes et 1/3 des médecins en exercice ont reçu une formation sur l'utilisation correcte des ME pour lesquels la diffusion reste encore faible. Ainsi:

- * 26,7 % des médecins n'ont jamais consulté de liste de ME tandis que 46,7 % n'en possèdent pas
- * 53,3 % des infirmiers n'ont jamais consulté de liste tandis que 70,7% ne possèdent pas de liste
- * 78,8 % des sages-femmes n'ont pas consulté de liste et 84,8 % n'en possèdent pas;
- un manque d'information sur les prix des ME en DCI: Seulement 13,3 % des médecins, 14,7 % des infirmiers et 9,1 % des sages-femmes ont pu donner des exemples sur ce sujet;
- la prédominance des prescriptions en nom de spécialité: 53,3 % des médecins, 62,7 % des infirmiers et 81,8 % des sages-femmes prescrivent uniquement en nom de spécialité.

Cela se comprend assez aisément quand on sait que jusqu'à maintenant la principale source d'information sur les médicaments est constituée par les visiteurs médicaux.

Dans ce travail nous avons abordé aussi le rôle de l'EPS et de la formation dans l'utilisation des ME. Les codes suivants ont retenu notre attention:

- rôle de l'EPS dans l'automédication: après avoir fait état de la pratique grandissante de cette forme de médication, il est rappelé les risques liés à la consommation de certains produits tels que les antibiotiques, antipaludéens, antalgiques, reconstituants, dexaméthasone et autres substances. La sensibilisation du public est d'une importance capitale pour non seulement limiter les dépenses inutiles mais aussi mettre fin à telles pratiques nuisibles pour la santé (risque ulcérogène dû au contact prolongé de l'AAS avec l'estomac risque de résistance, d'incidents et d'accidents liés à la consommation abusive de la chloroquine).

L'objectif final dans ce cadre est d'arriver à un changement favorable des comportements vis à vis des affections rencontrées dans notre pays, affections dues en grande part à un environnement naturel favorable à l'éclosion et à la transmission d'un grand nombre de maladies parasitaires et infectieuses, à une hygiène défectueuse à cause des comportements souvent inadéquats et à des apports nutritionnels déficients en quantité et en qualité.

Par cette EPS on vise aussi à informer le plus possible le patient sur la posologie, la durée du traitement, les effets secondaires, interactions médicamenteuses, interactions entre médicaments et aliments.

Pour la formation, l'objectif est d'apporter au niveau du prescripteur des connaissances objectives sur les ME afin qu'il opte pour cette politique, étant ainsi en conformité avec le pouvoir public et au niveau du patient pour lequel la prescription de ME en DCI correspond à leur pouvoir d'achat réel.

Au terme de cette étude, certaines recommandations sont proposées:

- 1) fixation d'une durée minimale de consultation (10 mn) afin d'instituer un traitement correcte et de prodiguer des conseils qui vont porter sur:

- la nature, le pronostic et les moyens de prévention;
- la posologie: elle doit être à la fois lisible et écrite et communiquée verbalement de façon compréhensible au patient. Une autre approche mérite une attention particulière, pour le cas où le malade n'est pas alphabétisé en français c'est de mettre des traits sur la boîte du médicament. Les traits vont correspondre suivant leur quantité et leur espacement au nombre de comprimés et les périodes pendant lesquelles ces comprimés doivent être pris.

Exemples:

*	// //	2 comprimés deux fois par jour
*	/ / /	1 comprimé trois fois par jour
*	/	1 comprimé par jour

- La durée du traitement: elle doit être précisée car certains patients arrêtent le traitement dès amélioration de son état clinique. Le malade doit savoir pourquoi il est nécessaire de poursuivre quand bien même les symptômes de l'affection auraient disparu.
- Les effets secondaires: il doit être porté à la connaissance du patient de la possibilité de leur survenue, et des attitudes à observer lors de leur apparition. Leur apparition peut exiger une intervention immédiate de la part du consommateur ou dans d'autres cas le sujet peut continuer à prendre le médicament. Le patient ne saura intervenir à bon escient s'il n'est pas informé de ces éventualités.
- Le malade doit être aussi informé si le cas se présente des interactions médicamenteuses (car la prescription de plusieurs médicaments sur une même ordonnance est fréquente) et des interactions entre aliments et médicaments.

- L'adaptation de la thérapie au style de vie: l'EPS tend à adapter la thérapie au style de vie de l'individu. Cela a d'ailleurs été souligné il y a très longtemps par HIPPOCRATE qui a écrit que pour traiter un patient le médecin devait connaître son travail, sa vie, et la façon dont il vit. Ainsi pour la correspondance des prises de médicaments au moment des repas, il faut s'enquérir de l'existence réelle de ces repas avant d'instituer de tel traitement. De même pour le sujet dont la base d'alimentation est le lait, on lui prescrira le moins possible de la tétracycline afin d'éviter les réactions du produit avec le lait, réactions conduisant à une précipitation de la tetracycline sous forme de sels de calcium ne pouvant en aucun cas induire l'effet recherché.

Il en est de même de la difficile adaptation du traitement aux conditions spéciales du jeûn: l'abstinence d'alimentation de boisson pendant une longue période (de 5 h à 19 h) ne s'accordant pas avec des médicaments devant être pris sur un rythme régulier au cours des 24 h par exemple 3 comprimés par jour soit un comprimé chaque 8 h.

2) Cette EPS doit faire partie intégrante de toute consultation pour tous les agents qui prescrivent et cela de façon permanente. Cette activité EPS des agents de la santé doit être renforcée par les moyens de communication les plus populaires afin d'arriver à une sensibilisation des populations débouchant sur leur plus grande participation à la prise en charge de leur état de santé.

On ne doit pas négliger dans ce cas l'EPS au niveau de l'enseignement classique et cela très tôt.

Un accent particulier doit être mis sur les dangers de l'automédication afin d'éviter la prise anarchique de médicaments, les traitements par similitude, l'achat de médicaments, tout cela pouvant déboucher sur les incidents et même les accidents (allergie, choc, promiscuité des affections consécutives à la résistance acquise des germes).

Il faut aussi arriver à détruire chez le grand public l'équation nom commercial, conditionnement soigné égale grande efficacité thérapeutique.

3) Pour une plus large prescription et utilisation de ME, il importe:

- de former les prescripteurs à la formulation en nom générique et DCI;
- à l'utilisation régulière et conséquente du formulaire thérapeutique élaboré qui n'a jusqu'à présent connu une large diffusion.

Pour ce faire les enseignements de pharmacologie, de pharmacodynamie et de thérapeutique doivent être dispensés sinon uniquement en DCI ou en DCI et nom de spécialité, l'accent devant être mis sur les ME de chaque classe thérapeutique.

Pour les prescripteurs n'ayant pas reçu cette formation il importe de les prendre en cours d'emploi afin qu'ils aient le maximum d'information sur les ME cela pour éviter qu'ils soient déviés dans leur pratique par les visiteurs médicaux.

4) Une large information des prescripteurs doit être faite sur la disponibilité permanent et le prix au niveau des officines des ME en DCI. Cette activité doit être prise en charge par la structure d'approvisionnement, cette structure devant faire en sorte que le monopole d'approvisionnement qu'il détient s'accompagne d'une gestion rigoureuse pour les ME et d'éviter surtout les ruptures de stock.

5) La structure d'approvisionnement en médicaments et la division Pharmacie-Laboratoire doivent veiller à tout instant que les visiteurs médicaux aient une proportion majoritaire de leurs médicaments correspondent à la liste des ME du pays et en présentation DCI. L'information donnée par les visiteurs médicaux doivent être complémentaires de celles des autorités.

Ainsi, dans le cadre de la mise en oeuvre d'une politique de SSP, un accent particulier doit être mis sur les ME. L'EPS et la formation orientées sur ces ME doivent occuper une place de choix afin de les sortir du carcan des prescriptions de spécialités souvent onéreux et toujours pas adaptées aux affections en cause des populations, ces populations qu'il faut éduquer dans ce sens afin de réduire autant que possible l'automédication, les médications par similitude. L'objectif recherché est de donner une valeur à l'épithète essentiel attribuer au médicament c'est-à-dire le produit qu'il faut au moment qu'il faut, remplissant les conditions d'accessibilité financière des individus. Ceci demande leur entière participation tant il est vrai que si l'homme est le premier bénéficiaire d'un bon état de santé, il *doit* en être aussi le premier garant./.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Atlas Jeune Afrique: Le Mali
- 2 - CISSE H, "Quelle politique de médicaments au Mali"
Centre Djoliba, Février 1988, p31
- 3 - COULIBALY F, "A la recherche d'une stratégie de l'Education pour la Santé en milieu rural au Mali". Thèse de Médecine 1977 Bamako p92
- 4 - DECRAENE P. "Le Mali" Presse Universitaire de France p127
- 5 - DIANI F. "Evaluation de la situation sanitaire au Mali"
Thèse de Pharmacie 1985 Bamako, p214
- 6 - DNPFS: "Rôle de l'information du public/communication/
Education pour la Santé dans les Soins de Santé Primaires" 1987 p13
- 7 - DNSP: "Rapport sur la politique des Soins de Santé Primaires en République du Mali de 1964 à nos jours" Avril 1990 p66
- 8 - DRAME S. "Opinion des habitants d'une zone périurbaine de Bamako sur les activités IEC en matière de SMI/PF"
Mémoire de validation de cours; Centre International de l'enfance 1988; p53
- 9 - Maloine: Bien gérer les médicaments.
"La sélection, l'acquisition, la distribution de produits pharmaceutiques dans les Soins de Santé Primaires".
Management sciences for health Boston, Massachusetts, USA; p617
- 10 - MSP - AS "Annuaire statistique des services socio-sanitaires", 1987; p219
- 11 - MSP-AS "Manuel de traitement et formulaire thérapeutique à l'usage des prescripteurs au Mali"; T1 et T2.
- 12 - MSP-AS "Les Médicaments Essentiels, la prescription en DCI et le rôle d'un manuel de traitement"
Atelier National sur la réforme pharmaceutique;
Bamako, du 12 au 17 Janvier 1987.
- 13 - MSP-AS "Plan de relance des SSP: Initiative de Bamako"
cadre conceptuel; Koulouba, Août 1989; p41
- 14 - OMS, Conférence d'experts sur l'usage rationnel des médicaments, rapport du Directeur Général:
 - * Distribution, prescription et utilisation des médicaments, 25 - 29 Novembre 1985 Nairobi, Kenya; p16
 - * Education et formation pour un usage rationnel des médicaments par les personnels de santé et du public; 25 - 29 Novembre 1985 Nairobi Kenya; p11.

- * Sources, nature et disponibilité de l'information concernant l'usage des médicaments; 25 - 29 Novembre 1985 Nairobi Kenya, p13.
- 15 - OMS/FISE: "Alma-Ata" 1978, p88.
- 16 - OMS: "Sélection des Médicaments Essentiels" second rapport technique du comité d'experts, serie de rapports techniques 641 Genève 1980, p50
- 17 - PNLMD: "Enquête connaissances, attitudes et pratiques des mères maliennes face aux maladies diarrhéiques et à la thérapie par voie orale" 1989, p37.
- 18 - "Pretest de la communication". Centre de Développement Social, University of Chicago, USA. 1979, p185.
- 19 - ROEMER M.I et AGUILAR C.M "l'Evaluation et l'assurance de la qualité des SSP" OMS, Genève Publication Offset N° 105 p75.
- 20 - ROMNALD J.F "Programme du médicament: essai d'une approche globale" Projet de Développement Sanitaire, OMS Bureau régional 1981, p80.
- 21 - SISSOKO Mahamady M.L "Utilisation du poids à la naissance comme indicateur de santé au Mali"; Thèse de Médecine 1983, p75.
- 22 - TRAORE T.F. "Les médicaments en milieu hospitalo-universitaires à Bamako, place des Médicaments Essentiels". Thèse de médecine 1987, p63.
- 23 - TRAORE S. "Etude de la consommation médicamenteuse dans le quartier de Bankoni"; Thèse de Médecine 1988, p86.
- 24 - TVRNER C et KAPLUN A. "Revue Internationale d'EPS, le Meitour, Memento d'EPS"; Genève 1973, p209.
- 25 - USAID, WHO "Recurrents costs in the Health sector" 1989.
- 26 - VELASQUEZ G. "Projet de reforme pharmaceutique au Mali" 2ème Rapport trimestriel 1980, p41.

ANNEXES

Questionnaire A.

1. Avez-vous participé à un séminaire de formation sur les médicaments essentiels (ME) ?
 Oui /___/
 Non /___/
2. Cette formation vous semble-t-il utile ?
 Oui /___/
 Non /___/
 NSP /___/
 Pourquoi ?
3. Vous sentez-vous concerné par le problème de l'utilisation des ME ?
 Oui /___/
 Non /___/
 Pourquoi ?
4. Avez-vous été consulté pour l'élaboration de la liste nationale des ME ?
 Oui /___/
 Non /___/
5. Avez-vous déjà consulté une liste des ME ?
 /___/ Liste O M S
 /___/ Liste Nationale
 /___/ Les deux à la fois
 /___/ Aucune
6. Possédez-vous une liste des ME ?
 /___/ Liste O M S
 /___/ Liste Nationale
 /___/ Les deux à la fois
 /___/ Aucune
7. Quels produits absents de la liste des ME (Nationale ou OMS) vous paraissent cependant indispensable pour la pratique de votre spécialité ?

8. Citez dix (10) médicaments essentiels en DCI vendus par la PPM

9. Donnez des exemples de prix de ME en DCI en comparaison des prix des mêmes ME en nom de spécialité.....
.....
10. Que signifie pour vous le terme: Dénomination Commune Internationale (DCI) ?
.....
11. Pensez-vous que dans l'état actuel de la couverture en pharmaciens il faille prescrire ?:
 en nom de spécialité
 en D.C.I.
 les 2
 Pourquoi ?
12. Préférez-vous la prescription
 en DCI
 en nom de spécialité
 les 2
 Pourquoi ?
13. Rédigez-vous vos ordonnances en ?
 DCI
 Nom de spécialité
 Les 2
 Pourquoi ?
14. Les informations concernant les médicaments vous proviennent surtout:
 des revues et journaux médicaux
 des visiteurs médicaux
 des discussions avec les confrères
15. Désirez-vous être davantage informé sur les M.E ?
 Oui
 Non
 Si non, pourquoi ?
16. Citez dix (10) médicaments en D.C.I

17. Donnez les noms correspondants en DCI de chacune des 10 spécialités suivantes.

- 1 - DOLIPRANE *
- 2 - TOTAPEN *
- 3 - PROPIOCINE *
- 4 - BUSCOPAN *
- 5 - FLAGYL *
- 6 - VERMOX *
- 7 - LASILIX *
- 8 - ALDOMET *
- 9 - SOLU - MEDROL *
- 10 - BRICANYL *

18. En prescrivant un médicament qu'est-ce-que vous préoccupe le plus ?:

- l'efficacité
- le coût
- la facilité d'administration
- le désir du Malade
- l'habitude de prescription
- les produits nouveaux
- la disponibilité du produit sur le marché

N.B.:

- Age
- Sexe
- Lieu de travail actuel
- Grade

Questionnaire B.

1. La nature des affections les plus fréquemment rencontrées:
(les affections les plus fréquentes comporteront plus de croix que celles qui viennent immédiatement après elles).

- maladies infectieuses
- maladies parasitaires
- maladies métaboliques
- autres.

Citez les dix (10) premières affections (par ordre d'importance) par rapport à l'ensemble des affections rencontrées.

2. Prodiguez-vous des conseils ?

/___/ Oui

/___/ Non

Si oui comment ?

Par écrit ? /___/

De façon verbale ? /___/

Les 2 à la fois /___/

3. Parallèle à la prescription, les conseils prodigués ont-ils trait:

- à la connaissance de la maladie ? /___/
- à l'origine de la maladie ? /___/
- au traitement de la maladie ? /___/
- à la prévention de la maladie ? /___/
- à la conduite à tenir ? /___/
- au changement du comportement du malade ? /___/

4. Veillez-vous sur l'application des conseils ?

Oui /___/

Non /___/

Pourquoi ?

5. La durée d'une consultation ?

.....

6. L'éducation pour la santé est-elle utile dans la prescription des médicaments ?
 Si oui, pourquoi ?

 Si non, pourquoi ?

7. Rencontrez-vous des cas de rechute ?
 Oui /___/
 A quoi sont-ils dus ?

 Non /___/
 Comment pouvez-vous justifier cela ?

8. Ne pensez-vous pas que les malades alphabétisés soient plus enclins à pratiquer les conseils que ceux non alphabétisés ?
 Oui /___/
 Non /___/
 Sont les mêmes /___/
 Ne sait pas /___/
9. Selon vous votre population sait se protéger contre quelle(s) maladie(s) ?

 Quels sont les moyens utilisés ?

10. Votre centre de santé organise-t-il des activités dans le cadre de l'éducation pour la santé de la population ?
 Oui /___/
 Non /___/
 Si Oui, quels sont les thèmes évoqués ?

- N.B.: Age
 Sexe
 Lieu de travail actuel
 Grade.

Questionnaire C.

1. Avez-vous reçu une formation sur les médicaments essentiels (ME) ?
- Oui /___/
- Non /___/
2. Cette formation vous semble-t-elle utile ?
- Oui /___/
- Non /___/
- Ne sait pas /___/
3. Avez-vous déjà consulté une liste des ME ?
- Liste nationale /___/
- Liste OMS /___/
- Les 2 /___/
- Aucune /___/
4. Etes-vous en possession d'une liste des ME ?
- Liste nationale /___/
- Liste OMS /___/
- Les 2 /___/
- Aucune /___/
5. Quels produits absents de la liste des ME (liste nationale ou OMS) vous paraissent cependant indispensables pour la pratique de votre spécialité ?
-
-
6. Que signifie pour vous le terme Dénomination Commune Internationale (DCI) ?
-
7. Préférez-vous la prescription en:
- DCI /___/
- Nom de spécialité /___/
- Les 2 à la fois /___/

Nom: SOGODOGO

Prenom: Yaya

TITRE de la THESE: Rôle de l'éducation pour la santé et de la formation dans l'utilisation des médicaments essentiels dans le cadre des Soins de Santé Primaires.

ANNEE: 1988 - 1989

VILLE de SOUTENANCE: B A M A K O

PAYS D'ORIGINE: M A L I

LIEU DE DEPOT: B I B L I O T H E Q U E Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

SECTEUR D'INTERET: SANTE PUBLIQUE

RESUME: Ce travail reflète une pratique grandissante de l'automédication, une faible connaissance des moyens de prévention concernant les maladies très courantes chez nous: Paludisme, Rougeole et Diarrhées.

On a constaté que la durée de consultation est souvent courte et qu'un taux élevé de prescripteurs affirment rencontrer des cas de rechute, rechutes principalement liées à la non observance.

On note aussi un nombre peu important de prescripteurs formés à l'utilisation des ME en DCI, une faible diffusion de la liste de ces médicaments, un manque d'information sur leur disponibilité et leur prix en DCI, cela contrastant avec une prédominance de la prescription en nom de spécialité et ce de part l'action des visiteurs médicaux qui restent la principale source d'information des prescripteurs.

Certaines recommandations sont formulées pour une meilleure connaissance des affections en vue d'un changement favorable de comportement des populations, une meilleure utilisation des médicaments en général et des ME en particulier. Ces recommandations s'appuient sur l'information, l'éducation et la formation des prescripteurs et aussi des communautés.

MOTS CLES: Automédication, information, éducation, formation, observance, ME.

SERMENT DE GALIEN

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

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

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

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

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et mépris de mes confrères si j'y manque.