

Ministère des Enseignements
Secondaire Supérieur et de
Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITÉ DE BAMAKO



FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

N°...../

Thèse

Prescription médicamenteuse dans les
centres de santé communautaire de la
commune V du district de Bamako :

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2008
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto Stomatologie

Par Mme MAIGA Kadiatou Diallo

Pour obtenir le Grade de Docteur en Pharmacie
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président: Pr. Ibrahima I. MAIGA
Membre : Dr. Issa TOGO
Co-directeur : Dr. Seydou COULIBALY
Directeur de thèse : Pr. Benoît KOUMARE

BISMILAHİ RAHMAANI RAHİM

Au nom de Dieu, Le Clément et Le Miséricordieux

A ALLAH

Mon seigneur la grâce infinie est à toi qui m'as permis d'arriver à ce stade.

Ne m'oublie pas pour le reste afin que ma vie ait tout son sens car tu nous a créés dans le seul but de t'adorer.

Répand, Ô mon seigneur, ta grâce infinie ta miséricorde incalculable.

(AMEN).

Je dédis cette thèse :

A mon père et à ma mère

Je saurai me souvenir d'eux.

Après Dieu et grâce à eux j'ai pu apporter un sens à mon existence. Leur soutien m'a été d'un atout capital pour ma réalisation et mon épanouissement.

Je saurai me souvenir de la tendresse, l'amour, la compassion dont ils ont toujours usés à mon égard. Cette chaleur sans cesse renouvelée m'a toujours permis de briser le mythe de toute difficulté.

Je saurai me souvenir qu'ils m'ont toujours dit « Bébé tu es une fille mais tu dois te battre comme un garçon ».

Je saurai me souvenir de la confiance qu'ils m'ont accordée en tout lieu et en toute circonstance.

Avec l'espérance toujours nourrie en un lendemain radieux, que Dieu les garde longtemps auprès de moi dans la santé, l'abondance matérielle, intellectuelle et spirituelle.

Leur amour est à jamais inscrit en lettres d'or dans le tréfonds de mon cœur.

A mon mari Dr Belco MAIGA

Aucun mot ne peut exprimer mes sentiments pour toi, merci pour ton soutien et ton amour sans faille pour moi. Dieu nous a unis et je donnerai le meilleur de moi-même pour que nous le restions. Je t'adore.

Que Dieu nous donne la compréhension mutuelle, la patience, longue vie et beaucoup de bonheur dans la vie commune.

A ma fille chérie Founé MAIGA

Les mots me manquent pour exprimer mon amour pour toi, tu es venue illuminer mon cœur, ma vie, **Ina** je t'aime plus que tout au monde.

A mes frères et sœurs : Mamadou, Oury, Fallaye, Fatim, Oulématou, Boubacar, Issa

L'unité au sein de la famille, la chaleur évacuée, la solidarité chaque jour grandissante née de la complicité entre moi et mes frères m'ont apportés l'oxygénation supplémentaire durant mon cursus universitaire.

Simplement en m'appelant << docteur >> ils ont su me galvaniser.

Sachez que je compte sur vous pour relever le déficit de l'illettrisme.

Sachez que les sillons sont déjà tracés, vous n'avez qu'à les agrandir.

Sachez que ce travail est le votre.

Puisse L'Eternel veiller sur nous.

A Dr Diadié MAIGA

Cher maître ce que je retiens de vous c'est votre grande modestie la marque des grands hommes. Vous êtes cet artisan infatigable, le cœur à l'ouvrage pour toujours aider, c'est vrai, c'est une passion pour vous DR DIADIE, de tout mon cœur je vous dis merci.

Que Dieu vous aides et vous assiste dans toutes vos entreprises.

A mon neveu Amadou COULIBALY :

Merci pour votre soutien et votre assistance

A mes camarades de promotion

Le chemin de la consécration est toujours parsemé d'embûche.

Et du chemin, nous en avons fait ; des obstacles nous en avons rencontrés

Dans l'entraide et la persévérance nous avons triomphés les obstacles.

Puisse le soleil de la gloire Divine briller sur nous tous.

A ABATHINA

Vous avez beaucoup contribué à la réalisation de ce travail. Que DIEU vous

accorde santé, longévité et une bonne fin. Merci

A TOUS CEUX QUI N'ONT PU ETRE MENTIONNES ;

Acceptez mes excuses pour cette omission involontaire. C'est de tout mon cœur que je vous dis merci, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A notre maître et Président du jury

Professeur Ibrahima I MAIGA

- ***Maître de conférence agrégé de Bactériologie et de virologie à la FMPOS***
- ***Chef de Service du Laboratoire d'Analyse Médical et d'Hygiène Hospitalière du CHU du Point G***

Nous sommes très heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse. Votre simplicité et votre modestie font de vous un homme admirable. Dès nos premiers pas dans cette faculté nous avons été impressionné par votre sens élevé de personnalité humaine ; vos qualités d'hommes de science, de culture d'enseignant chercheur font de vous un exemple à suivre.

Qu'il nous soit permis ici cher maître de vous exprimer nos sentiments d'estime et de profond respect.

A notre cher maître et Directeur

Professeur Benoît KOUMARE

- Spécialiste en Pharmacologie moléculaire**
- Expert en Analyse et en contrôle de qualité**
- Chef de Service à la pharmacie hospitalière
et universitaire du Point G**
- Maître de conférence à la FMPOS**

Votre disponibilité nous a permis d'apprécier en vous vos imminentes qualités humaines et scientifiques.

Nous ne saurions jamais trouver assez de mots pour témoigner notre reconnaissance, non seulement pour l'intérêt que vous portez à notre travail mais aussi la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de le diriger. Votre rigueur dans la démarche scientifique et votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître exemplaire.

Veillez accepter cher maître, le témoignage de notre profond respect et de notre sincère gratitude.

A notre cher maître et codirecteur

Docteur Seydou COULIBALY

- Chargé de Radio pharmacie au CHU Point G**
- Chargé de la dispensation des ARV (Pharmacie du Point G)**
- Chargé des cours de pharmacie en Institut National
de Formation en Science de la Santé.**

Permettez nous de vous remercier pour ce grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous ne saurions jamais trouver assez de mots pour témoigner notre reconnaissance pour l'intérêt que vous portez à notre travail. Votre disponibilité nous a permis d'apprécier en vous vos imminentes qualités humaines et scientifiques.

Qu'il nous soit permis ici cher maître de vous exprimer toute notre reconnaissance et notre sincère respect.

A notre maître et juge

Docteur Issa TOGO

Médecin chef à l'ASACOTOQUA

Permettez nous de vous remercier pour ce grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre simplicité, votre disponibilité constante et votre dynamisme font de vous un être admiré de tous.

Soyez rassuré de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

CSCOM:	Centre de Santé Communautaire.
DCI:	Dénomination Commune Internationale.
LNME:	Liste Nationale des médicaments Essentiels.
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé.
PPN :	Politique Pharmaceutique Nationale.
DPM:	Direction de la Pharmacie et des Médicaments.
DNS:	Direction Nationale de la Santé.
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire

SOMMAIRE

Introduction	1
Objectifs.....	3
I. Généralités.....	41
origine de la prescription.....	4
2. Définition des termes.	5
3. Cadre législatif de la prescription	6
4. L'ordonnance et les règles de la prescription des médicaments.....	7
5. Les médicaments à prescription restreinte.....	14
6. Les médicaments à prescription tolérée.....	14
7. Les prescriptions en DCI.....	14
8. La politique des médicaments dans le monde.....	15
9. Rappel de la politique pharmaceutique du Mali.....	16
II. Méthodologie.....	23
1. Schéma d'étude.....	23
2. Population d'étude.....	24
3. Lieu d'étude.....	25
III. Résultat.....	27
1. Description des échantillons.....	27
2. Adéquation des traitements standardisé.....	28
3. Indicateurs de qualité de la prescription dans les CSCOM.....	29
4. Répartition des CSCOM selon la disponibilité de guides thérapeutiques.....	32

5. Coûts de prescriptions et pertes économiques pour les patients liées aux prescriptions inadéquates de médicaments.....	34
---	----

IV. Commentaires et discussions.....39

1. Limites de l'étude.....	39
----------------------------	----

2. Caractéristiques des patients dans les CSCOM.....	39
--	----

3. Adéquation des traitements.....	40
------------------------------------	----

VI. Conclusion et recommandations.....41

1. Conclusion.....	41
--------------------	----

2. Recommandations.....	43
-------------------------	----

Références bibliographiques

Annexe.

INTRODUCTION :

La constitution de la république du Mali fait de la santé, un droit fondamental de tout malien et de l'action sanitaire une œuvre sociale de solidarité de l'état, des collectivités et de l'individu.

Pour améliorer l'état de santé des populations, il est important de veiller à la qualité de l'offre de services de soins et de l'usage rationnel de celle-ci. Ces soins de santé sont largement dépendants des différentes actions pharmaceutiques et des médicaments.

Les médicaments représentent quasiment la moitié des coûts de soins de santé générés par les médecins dans le secteur de soins de santé primaires [17].

Dans presque tous les états africains, l'initiative dite de Bamako (dont les soins de santé primaires constituent le fer de lance) a parfois suscité de très fortes réactions depuis son lancement en 1987 [17].

C'est dans cette optique qu'en 1998 le Mali a élaborée et adoptée sa politique pharmaceutique national (PPN) qui couvre tous les aspects du secteur et qui a pour objectif de rendre accessible géographiquement, physiquement et financièrement à la population des médicaments essentiels de qualité.

Cette PPN intègre la notion de Médicaments Essentiels Génériques (MEG), mais aussi celle de la rationalité de la prescription et de la dispensation [3].

La qualité et la dispensation des soins de santé passent par une prescription rationnelle des médicaments.

Cette dernière est tributaire d'une meilleure connaissance des médicaments et doit donc tenir compte du pouvoir d'achat de la population dont la majorité vit dans la pauvreté pendant que les Mutuelles de santé sont absentes ou sont au stade embryonnaire. Il faut prescrire le produit le plus adapté en dehors de toute influence publicitaire.

Le triste constat est que la formation médicale et la prescription médicamenteuse sont fortement influencées par les firmes pharmaceutiques.

La qualité des prescriptions, jugée à l'aide du nombre moyen de médicaments par ordonnances était médiocre [4].

Autrement dit les bénéfices que les patients auraient tiré de la réduction des coûts résultant de l'achat de médicaments essentiels génériques (MEG) ont été anéantis par les pratiques irrationnelles de prescriptions.

La présente étude a pour but d'élucider les différents aspects liés à cette prescription à travers une étude transversale prospective au niveau des centres de santé de la commune V du district de Bamako.

LES OBJECTIFS:

Les objectifs de notre étude étaient :

1- Objectif général :

Évaluer la qualité des prescriptions médicamenteuses dans les centres de santé communautaires de la commune V (CSCOM) et le coût relatif des prescriptions inadéquates.

2-Objectifs spécifiques :

- Définir les caractéristiques socio-économiques des patients ;
- Déterminer l'adéquation des prescriptions de médicaments pour la prise en charge des principales causes de consultations ;
- Estimer les pertes économiques engendrées par les prescriptions irrationnelles de médicaments.
- Déterminer le coût moyen de traitement des principales maladies et comparer les coûts de traitement des principales maladies au traitement de référence.

I. GENERALITES:

1.1. Origine de la prescription : [31]

La médecine et la pharmacie étaient confondues au cours des siècles. Elles étaient exercées par la même personne. Hippocrate, père fondateur de la médecine préparait des médicaments. Claudius Gale nus qui était le médecin de certains empereurs romains s'est particulièrement intéressé à la préparation des formes pharmaceutiques de son temps.

Avec l'évolution des connaissances scientifiques, la pharmacie et la médecine ont été séparées. Cette séparation s'est opérée très lentement et de façon paisible selon les pays. Elle est devenue nette avec la création des facultés de médecine. C'est ainsi que les pharmaciens se sont occupés de la préparation et de la délivrance des médicaments.

Les médecins, les chirurgiens dentistes, les sages femmes, les vétérinaires qui sont inscrits à leurs ordres respectifs peuvent prescrire dans la limite de leurs compétences, et suivant des listes préétablies.

Le pharmacien délivre soit des médicaments préparés à l'avance, soit préparés extemporanément.

La rationalisation des prescriptions :

Le processus de prescription reste très mal connu, car il est très complexe et peu étudié. La prescription est, en quelque sorte, l'élément inconnu du circuit des médicaments.

Comment sont faites les prescriptions ?

La prescription est souvent présentée comme devant se dérouler selon les quatre étapes suivantes :

- Diagnostic le plus précis possible;
- Identification de toutes les solutions possibles;
- Choix de la meilleure solution : prescription;
- Exécution de cette décision.

1.2. Définition des termes suivant:

Définition juridique du médicament:[31]

Le médicament est défini par l'article L 511 du code de la santé publique de la façon suivante :

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

Sont également considérés comme médicaments les produits diététiques qui renferment dans leur constitution des médicaments chimiques ou biologiques ne constituant pas elle-même des médicaments mais dont les propriétés confèrent à ce produits soit des propriétés spéciales recherchées en thérapeutique diététique soit des propriétés de repas d'épreuves.

Médicaments essentiels: [16]

Par médicaments essentiels, on désigne les produits indispensables et les plus efficaces pour assurer les soins de santé de base à titre préventif ou curatif.

La sélection se fait par niveau de soins suivant les critères ci-après: épidémiologie locale, efficacité, innocuité/maniabilité, coût disponibilité sur le marché international.

Leur sélection passe par l'obtention d'une « autorisation de mise sur le marché » (AMM) qu'ils soient importés ou fabriqués sur place.

Ces médicaments possèdent deux avantages principaux:

-Avantage thérapeutique:le personnel connaît mieux les médicaments qu'il prescrit.

-Avantage économique:la sélection évite le gaspillage des ressources et facilite la gestion du dépôt.

Médicament générique : [2]

Le médicament générique est la copie d'une spécialité tombée dans le domaine public, au terme de la protection accordée à l'inventeur (brevet) par la législation sur la propriété industrielle.

Un générique ne peut être que sous une dénomination commune internationale (DCI).

Spécialité pharmaceutique:

« Tout médicament découvert ou synthétisé par un laboratoire pharmaceutique est une propriété de celui-ci, propriété protégée par un brevet qui couvre le monopole d'exploitation pendant une durée, présenté sous un conditionnement, un nom de fantaisie faisant l'objet d'une marque déposée. Le médicament peut être vendu sous plusieurs noms de spécialité » [2]

Ligne d'ordonnance:[6]

Une ligne ordonnance correspond à la prescription d'une présentation et une seule quelque soit le nombre de conditionnement prescrit.

1.3. cadre législatif de la prescription:

La prescription est un ordre de délivrance et d'administration des médicaments en un mot c'est l'acte par lequel le praticien rédige une liste de produits ou de mesures hygiéno-diététiques ou tout autre conseil susceptible d'obtenir où de guérir l'affection en cours si cela est possible ou de soulager le patient. [31]

1.4. L'ordonnance et les règles de prescription des médicaments:

1.4.1. Documents officiels relatifs à la prescription:

Les textes qui réglementent la prescription au Mali sont très mal connus du personnel sanitaire. Dans la pratique quotidienne n'importe quel agent de santé peut prescrire. Actuellement les textes qui régissent la prescription sont les suivants:

- L'arrête 510/MSP AS/CAD portant modalité du décret 177/PGRM du 15 juillet 1985 portant organisation de l'exercice privé de la profession pharmaceutique.
- L'article 20 à 27 définit les prescriptions officielles:

Le pharmacien ne peut délivrer des produits ou préparations contenant des substances vénéneuses que sur prescription d'une ordonnance d'un médecin ou d'un vétérinaire.

Toutefois les chirurgiens dentistes et les sages femmes peuvent prescrire sur ordonnance certaines substances du (tableau I) qui, ont été repartis selon la nouvelle réglementation des substances fixées par le décret du 29 décembre 1988 et arrêté du 22 février 1990 dans le tableau ci-après.

1.4.2 L'ordonnance:

L'ordonnance est le document permettant au malade de connaître son traitement et au pharmacien de lui délivrer les médicaments.

Les destinataires de l'ordonnance sont : le malade, le pharmacien, et les organismes de couverture sociale.

L'ordonnance est rédigée par le médecin après l'interrogatoire et l'examen clinique du malade.

Elle doit comporter avec la présence :

L'identification du prescripteur: nom, adresse, qualification au titre.

L'identification du malade : nom, prénom, âge, sexe, taille/poids si nécessaire.

Le médicament : dénomination, forme, posologie, et mode d'emploi, c'est-à-dire la quantité prescrire la durée du traitement.

La mention telle que « à renouveler » ou « à ne pas renouveler ».

La signature apposée immédiatement en dessous de la dernière ligne, de façon à ne pas laisser d'espace résiduel.

La date.

Les ordonnances sont achetées chez des imprimeurs.

Elles peuvent être dupliquées, dans ce cas la mention « duplicata » ne permet pas la délivrance de médicaments à adresser à votre centre de sécurité social.






La mention ordonnance peut figurer sur le premier feuillet.

Il existe quatre types d'ordonnance:

- Les ordonnances simples.
- Les ordonnances sécurisées (ou infalsifiables).
- Les ordonnances bizones
- Les ordonnances des médicaments d'exception.

Les ordonnances sécurisées : sont en papier filigranes blancs et comportent les coordonnées du prescripteur, un numéro d'identifications par lot d'ordonnance (« un carré pré imprimé » en bas et à droite) ou le prescripteur devra indiquer le nombre de médicaments prescrits. Les ordonnances sécurisées sont obligatoires pour la prescription et la commande à usage professionnel des médicaments de la liste stupéfiants.

Exemple d'ordonnance sécurisée :

GROUPE HOSPITALIER RICHAT-CLAUDE-BERNARD	ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX DE PARIS
46, rue Henri-Huchard 75677 PARIS Cedex 18 Téléphone : 01.40.25.80.80 N° PINESS : 750100232	Date : Nom et Prénom du patient :
	
SERVICE DE DERMATOLOGIE Chef de Service Pr Béatrice CRICEX	Age:
Hospitalisation : Tél. : 01.40.25.73.06 Hôpital de Jour : Tél. : 01.40.25.73.00 Bureau des rendez-vous de consultation : Tél. : 01.40.25.82.40 Accueil de la consultation : Tél. : 01.40.25.84.26	ORDONNANCE
N° Adeli : 	Signature :
9034450	

Les ordonnances bizones : exemple type.

<p>Identification du prescripteur</p>	<p><i>l'étiquette du patient est à coller ici</i></p>
<hr/> <p>Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONERANTE)</p> <hr/>	
<hr/> <p>Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée (MALADIES INTERCURRENTES)</p> <hr/>	

—Les médicaments listés:[2]

Listes I, liste II, les principes actifs inscrits sur ces deux listes sont classés « substances vénéneuses », il permettent des risques de divers ordres (toxiques, tératogène, cancérigène mutagène).

Les médicaments de la liste I ont un risque plus élevé en principe.

Liste des stupéfiants, ce sont des médicaments susceptibles d'entraîner des Toxicomanies.

La fabrication, la vente, la détention et l'usage nécessitent une autorisation spéciale.

- Liste I correspond aux médicaments et substances toxiques
- Liste II correspond aux médicaments et substances dangereuses
- Liste III correspond aux stupéfiants.

Tableau I : Répartitions des listes des médicaments et leurs modes d'applications :

liste	Ordonnance	Durée de la prescription	Quantité délivrée
- Liste I	Ordonnance simple non renouvelable sauf mention contraire « à renouveler X fois »	Renouvelée jusqu'à 12 mois ⁽²⁾	Par fraction de 30 jours au maximum ⁽¹⁾
- Liste II	Ordonnance simple renouvelable sauf mention contraire « à ne pas renouveler »	Limité à 12 mois	Par fraction de 30 jour au maximum ⁽¹⁾ (contraceptifs 3 mois)
- stupéfiants	Ordonnances sécurisées ⁽³⁾	De 7 à 28 jours selon la substance et la forme pharmaceutique	De 7 à 28 jours selon la prescription

NB :

- 1- Première présentation de l'ordonnance moins de 3 mois après sa rédaction.
- 2- Cas particulier des hypnotiques et anxiolytiques (durée de prescription limitée de 2 à 12 semaines, inclus le temps nécessaire à la diminution progressive des doses)
- 3- Le pharmacien doit conserver une copie de l'ordonnance 3 ans et remettre l'originale au patient à représenter en cas de délivrance fractionnée.

1.5. Les médicaments à prescription restreinte:[2]

Elle comporte 4 régimes:

-Les médicaments réservés à l'usage hospitalier:

La prescription est rédigée par un médecin hospitalier et la délivrance est effectuée par un pharmacien hospitalier:

Exemple : certain anti-rétroviraux et certains antibiotiques

-Les médicaments à prescription initiale hospitalière:

La première prescription doit obligatoirement être faite par un médecin hospitalier, son renouvellement par n'importe quel praticien.

-Les médicaments nécessitant une surveillance particulière:

La prescription est subordonnée à la biologie en raison d'une toxicité particulière.

-Les médicaments nécessitant une compétence particulière:

L'ordonnance est « une ordonnance des médicaments d'exception »

1.6. Les médicaments à prescription tolérée:[31]

Certains agents en raison de la responsabilité de leur fonction sont autorisés à prescrire certains médicaments de la liste I, II, et III.

Cette dérogation concerne les infirmiers d'état et des infirmiers du premier cycle.

La lettre circulaire N° 24 04/DNSP du 30 octobre autorise le personnel paramédical à prescrire sur ordonnances les produits du diagnostic médical considérés comme médicaments. Sont visés par exemple des produits stupéfiants utilisés en radiologie.

1.7. Prescription en DCI ou nom du principe actif:

Pour la prescription du paracétamol (2 comprimés 500mg par prise, toutes les six heures); le pharmacien peut délivrer 19 spécialités contenant, un seul principe actif (c'est-à-dire le principe actif non associé).

La spécialité ayant le prix le plus bas doit être délivrée, néanmoins le patient peut avoir une préférence pour une forme pharmaceutique.

Médicaments à marge thérapeutique étroite : antiépileptique, anticoagulant oraux.

Forme pharmaceutique: dispositifs de la voie inhalée, formes à libération prolongée,

forme topiques.

Les Patients à risque particuliers en cas de substitution: épileptiques, asthmatiques, les patients ayant une allergie connue à certains excipients.

1.8. Politique de médicaments dans le monde:[2]

Selon l'OMS, la santé est un état complet de bien être physique, mental et social. Et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quelque soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale.

L'objectif de l'OMS est d'amener tous les peuples du monde au niveau de vie le plus élevé possible. [14]

En 1977, la troisième Assemblée Mondiale de la santé sa révolution WHA 30 .43 a donné une définition de la santé « faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants à un niveau de santé qui leur permet de mener une vie socialement et économiquement productible ». En 1990, l'OMS dans sa déclaration intitulé « Riga » demande après une réflexion à mi-parcours dans la réalisation des objectifs de « santé pour tous » à tous les états membres de réitérer et de renforcer leur engagement pour la réalisation des objectifs de santé pour tous même au-delà de l'an 2000.

L'OMS demande aux états membres l'élaboration des politiques pharmaceutiques nationale conçue comme faisant partie intégrante de leur politique national de santé.

L'objectif de ces politiques pharmaceutiques devrait être, de garantir en permanence à tous les individus quelque soient leur situation socio-économique et quelque soient le lieu où ils vivent la possibilité d'obtenir des médicaments sûrs et efficaces de qualité acceptable et à un prix abordable.

Le programme d'action pour les médicaments essentiels crée au sein de l'OMS constitue une réponse logique au déséquilibre de la situation économique et technologique qui empêche un grande partie de la population d'avoir accès aux médicaments et vaccins essentiels.

Le programme lancé en 1974 apporte un appui à l'état membre pour le développement

des politiques pharmaceutiques.

Ainsi, il est apparu la nécessité pour tous les états membres de L'OMS d'élaborer des listes nationales de médicaments essentiels afin d'assurer à la population entière l'approvisionnement régulier aux coûts les plus bas possibles et l'utilisation rationnelle d'un nombre de médicaments et de vaccins de bonne qualité sûrs et efficaces. [14]

1.9. Rappel de la politique pharmaceutique du Mali : [16]

En décembre 1900, le Mali déclare sa politique sectorielle de santé et de population, fondée sur les principes de l'initiative de Bamako (IB), le médicament essentiel y occupant une place centrale.

Quatre stratégies majeures ont été retenues dans le cadre de cette politique sectorielle de santé et de population il s'agit de :

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

1.9.1. Analyse de situation:

Nous avons ici une évolution du secteur pharmaceutique de l'indépendance à 1998 qui se caractérise comme suit:

1.9.1.1 Période 1960-1983:

Points forts:

- L'existence de structure d'importation et de distribution.
- Les soins et les médicaments sont gratuits.

Points faibles:

- Inexistante du secteur privé.
- Décroissance des ressources pour l'achat des médicaments.
- Mauvaise gestion des structures étatiques.

1.9.1.2. Période 1983-1989:

Point fort:

- L'existence des ordres professionnels.
- La création d'une unité de production nationale.
- L'existence de l'inspection de la santé et de l'action sociale.
- L'existence de formulaire de prescription au niveau régional
- Expérimentation du système de recouvrement des coûts.
- La libéralisation des professions sanitaires.

Points faibles:

- L'insuffisance du système d'information (information, sensibilisation, Communication)
- L'inadéquation des dons.
- L'insuffisance des ressources pour le financement de la politique du médicament.
- La non application des décisions.
- La mauvaise gestion des ressources humaines.
- La mauvaise coordination du secteur pharmaceutique.
- La faible accessibilité physique, financière et géographique des médicaments essentiels génériques.

1.9.1.3. Période 1989 à janvier 1994:**Points forts:**

- La levée du monopole d'importation a engendré l'émergence du secteur privé de distribution.
- L'existence d'un réseau communautaire de distribution.
- L'existence du Laboratoire Nationale de la santé bien équipé.
- L'existence d'une politique sectorielle de santé bien définie.
- L'existence de formulaires de prescription au niveau régional.
- Achats par appels d'offre.

Points faibles:

- La propagation de la vente illicite des médicaments.
- La prescription irrationnelle.
- L'automédication.

- L'insuffisance du système d'information.
- L'inadéquation des dons.
- L'insuffisance des ressources pour le financement de la politique du médicament.
- L'inexistence du système de tiers payant.
- La non application des décisions.
- La mauvaise coordination du secteur pharmaceutique.
- L'enracinement de la fraude.
- La fiscalité non adaptée à la profession.
- L'insuffisance des moyens de recherche pour le développement de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle.
- La faible accessibilité physique, financière et géographique des médicaments essentiels génériques.
- La mauvaise maîtrise des appels d'offre.

1.9.1.4. Période du 12 janvier 1994 à 1998:

Points forts:

- L'existence d'un réseau communautaire de distribution.
- L'existence du laboratoire national de santé bien équipé.
- Rétablissement de l'inspection de la santé et de l'action sociale.
- L'existence d'une politique sectorielle de santé bien définie.
- La défiscalisation du médicament essentiel.
- Recherche, développement et production de médicament traditionnelle améliorés.

Points faibles:

- La persistance de la vente illicite des médicaments.
- La prescription irrationnelle.
- L'automédication.
- L'insuffisance du système d'information.
- L'inadéquation des dons.
- L'inexistence de système tiers payant.
- La mauvaise coordination du secteur pharmaceutique.
- La non application des textes.

- La fiscalité non adapté à la profession.
- L'insuffisance des moyens de recherche pour le développement de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle.
- La mauvaise maîtrise des appels d'offre.

1.9.2. Objectifs de la politique pharmaceutique nationale :

1.9.2.1. Objectif général de la PPN:

Rendre accessible géographiquement, physiquement et financièrement à la population des médicaments essentiels.

1.9.2.2. Objectifs spécifiques :

Développer la diffusion des médicaments essentiels génériques (MEG) en DCI de qualité à travers tous les circuits de distribution ;

Développer la complémentarité entre secteur privé, public, et communautaire dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique ;

Améliorer les pratiques de prescription et de dispensation des médicaments ;

Garantir la disponibilité des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique à travers le recouvrement des coûts ;

Développer la recherche sur la pharmacopée traditionnelle ;

Promouvoir la production des médicaments traditionnels ;

Assurer la qualité des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique ;

Assurer la disponibilité et la qualité des analyses biomédicales par niveau de soins ;

Renforcer la coordination de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique ;

Améliorer le cadre d'application de la législation et de la réglementation pharmaceutique ;

1.9.2.3. Cadre stratégique:

L'élaboration d'une législation et d'une réglementation permettant à la fois

l'épanouissement d'un marché de libre concurrence ainsi qu'une protection du public en terme de sécurité pharmaceutique et l'accessibilité financière.

Le développement d'un approvisionnement en MEG de qualité.

La mise en place d'une politique de prix et de financement des médicaments permettant d'assurer leur achat en quantité suffisante. Ce système se basera sur le recouvrement des coûts dans les établissements publics et communautaires et la diffusion encore plus importante des MEG dans le secteur privé.

La formation des prescripteurs et des distributeurs à une meilleure prescription et à une meilleure dispensation des MEG et le développement d'un système d'information des prescripteurs, distributeurs et du public sur l'utilisation des médicaments pour un meilleur usage.

L'orientation de la production sur les médicaments essentiels de base et sur la valorisation de la pharmacopée traditionnelle malienne.

L'identification et l'introduction de la recherche vers la valorisation de la pharmacopée traditionnelle malienne et sur la valorisation de la qualité des soins.

L'orientation de la recherche vers la valorisation de la pharmacopée traditionnelle malienne et sur la recherche opérationnelle.

L'ouverture du capital de l'usine malienne des produits pharmaceutiques (UMPP) pour permettre d'améliorer sa capacité à satisfaire les besoins essentiels et stratégiques du pays.

1.9.2.4. Orientation:

Nous nous limiterons dans ce chapitre uniquement à: l'amélioration des pratiques de prescription et le financement du médicament et la politique des prix.

L'amélioration des pratiques de prescription:

Réviser les cursus des écoles de formation de base du personnel de santé en vue d'intégrer les éléments de la politique sectorielle suivants: l'organisation des soins et l'économie du médicament.

Intensifier l'effort de formation continue des agents de santé en fonction des besoins, aussi bien dans le secteur public que privé.

Faire appliquer la réglementation en vigueur en matière de prescription et de la dispensation.

Revoir les conditions d'exercice des tradipraticiens.

Financement du médicament et politique des prix:

-Financement du médicament:

Mettre en place un système de financement pour l'acquisition par l'état de médicaments essentiels génériques sur la base d'un plan annuel d'approvisionnement.

Améliorer le système de financement de la politique de solidarité, pour les plus démunis et ceux atteints par les « maladies sociales ».

Assurer le financement des mesures d'accompagnement (formation, information, sensibilisation, et suivi) pour améliorer la prescription et la dispensation des médicaments essentiels.

Adapter la fiscalité de la profession pharmaceutique en rapport avec la spécificité de la profession.

-Politique des prix:

Définir une structure de prix en vue d'établir un prix de vente public identique sur tout le territoire malien.

Prendre des mesures incitatrices pour favoriser la vente de MEG par le privé.

Favoriser la maîtrise de prix par une meilleure information du dispensateur et consommateur et la maîtrise du coût par l'information du prescripteur.

II. METHODOLOGIE :

2.1 Schéma d'étude :

Notre étude est une étude transversale, prospective qui a porté sur la prescription des médicaments pour les 5 principales causes de consultation dans les CSCOM de Bamako.

Trois types de questionnaires de recherche (questionnaire prescripteur, questionnaire récapitulatif des prescriptions et achats, questionnaire prix des médicaments) ont été administrés :

2.1.1 Un questionnaire a servi à collecter les données relatives aux prescriptions faites dans le cadre de la prise en charge de cinq maladies traceuses. Les cinq maladies traceuses ont été choisies sur base des statistiques du système d'information sanitaire, notamment les cinq principales causes de consultations dans le district de Bamako, les statistiques de 2004 citent pour le Mali par ordre de fréquence : paludisme, infections respiratoires aiguës basses (pneumonies), diarrhées sans déshydratation, infections respiratoires aiguës hautes, plaies/traumatismes/brûlures. La dernière catégorie de pathologie a été remplacée par une pathologie courante ayant un traitement plus standardisé selon le

Guide thérapeutique national, à savoir les infections sexuellement transmissibles.

2.1.2 Un deuxième questionnaire a servi à recueillir les prix des médicaments retenus dans le schéma de prise en charge des maladies cibles de cette étude. La liste des produits a été identifiée à priori, avant le démarrage de l'étude.

2.1.3 Un troisième questionnaire sera administré auprès des prescripteurs sur leur qualification, la disponibilité des guides et normes thérapeutiques nationaux ainsi que leur connaissance des schémas retenus pour la prise en charge des cinq pathologies.

Après collecte, les données ont été organisées et analysées par type de pathologie. Le guide thérapeutique national et/ou les normes à jour au niveau des différents programmes, ont été utilisés pour évaluer l'adéquation des prescriptions. Ces

prescriptions ont été considérées conformes si elles correspondaient aux schémas thérapeutiques nationaux adoptés, sur la base des hypothèses diagnostiques établies par les prescripteurs eux-mêmes.

Les pertes économiques pour les patients ont été évaluées, elles correspondaient aux coûts inutiles c'est-à-dire attribuables à la prescription irrationnelle pour chaque patient.

2.2 Population d'étude:

La population d'étude a été constituée par des patients qui consultent pour les cinq principales causes de consultations dans les centres de santé communautaires de Bamako. Pour ces patients, les ordonnances prescrites seront collectées.

-Les variables :

L'identification des malades, leurs caractéristiques socio-démographiques, les hypothèses diagnostiques, les caractéristiques des prescripteurs, les médicaments prescrits, les coûts des prescriptions, les médicaments présentée par le malade.

-Echantillonnage:

Notre échantillon a été de 305 prescriptions sur les cinq pathologies dans les centres de santé communautaire de Bamako

Les prescriptions des ordonnances des cinq pathologies de références effectuées au moment de notre passage.

-**Critère d'inclusion** : Ont été incluses dans l'étude toutes les ordonnances des enfants et des adultes présentant une des cinq maladies de références au regard de l'hypothèse diagnostique posée après la consultation du prescripteur.

-**Critère d'exclusion** : Ont été exclues de l'étude les ordonnances des patients hospitalisés et des patients présentant d'autres pathologies

2.3 Lieu d'étude :

L'étude a été effectuée dans les CSCOM de la commune V du district de Bamako, qui sont au nombre de neuf :

Sabalibougou : Asacosab I

Bacodjicoroni (Ascombacodji)

Daoudabougou : Asacoda Adasco

Garantibougou (Asacoga)

Kalaban (Asacokal)

Quartier Mali Torokorobougou (Ascotoqua)

ASACOSAB II et III ont été exclus car l'affluence était très faible par rapport à L'Asacosab I.

2.4 Plan de collecte des données :

La collecte a été faite à partir des questionnaires portés en annexe

Les documents suivants ont été utilisés :

- a) les résultats de l'enquête malienne sur l'évaluation de la pauvreté qui renseigne sur les dépenses des ménages par catégorie de population,
- b) les guides thérapeutiques nationaux mis à la disposition des personnels soignants qui déterminent la posologie et la durée des traitements par pathologie.

- Plan d'analyse :

Le logiciel Epi-info a servi pour l'opération de saisie et d'analyse des données.

Pour les variables asymétriques les paramètres de tendance centrale comme la médiane ont été utilisés. Les résultats ont été présentés sous forme de tableau.

Le test de Chi deux de Pearson a été utilisé pour la comparaison de nos proportions avec un p significatif $\leq 0,05$.

III- Résultats :

3.1- Description des échantillons :

3.1.1 Caractéristiques des patients du CSCOM de la commune V.

Tableau II : Répartition des patients en fonction de l'âge.

Tranche d'âge des patients	CSCOM	
	Effectifs	%
- < 1 an	39	12,8
- 1-4 ans	49	16,4
- 5-14 ans	55	18,0
- 15-49 ans	159	50,5
- > 49 ans	3	1,0

La tranche d'âge de 15 à 49 ans représente plus de 50% des patients.

Tableau III: Répartition des patients selon le sexe dans les centres de Santé communautaire de la commune V.

Sexe	Effectif	%
- Masculin	117	38,4
- Féminin	188	61,6
- Total	305	100

Le sexe féminin représente 61,6 % de la population qui consulte dans les CSCOM.

Tableau IV : Répartition des patients selon les pathologies.

Pathologie de référence	CSCOM	
	Effectif	%
Paludisme	135	44,3
Infections respiratoires aiguës hautes	29	9,5
Maladies diarrhéiques	39	12,8
Infections respiratoires aiguës basses	22	7,2
Infections sexuellement transmissibles	80	26,2

Le Paludisme est le diagnostic le plus fréquent de consultation suivi des IST.

3.2- Adéquation des traitements standardisés:

Tableau V: Répartition des ordonnances selon l'adéquation des traitements aux schémas thérapeutiques nationaux.

Pathologie de référence	CSCOM	
	Effectif	%
- Paludisme	135	17,8
- Infections respiratoires aiguës hautes	29	10,3
- Maladies diarrhéiques	39	5,1
- Infections respiratoires aiguës basses	22	31,8
- Infections sexuellement transmissibles	80	20,0

La majorité des prescriptions est inadéquate.

3.3. Indicateurs de qualité de la prescription dans les CSCOM :

Tableau VI: Répartition des ordonnances selon la qualité de la prescription pour le PALUDISME.

Qualité de la prescription	Effectif	%
- Prescription d'injectables	135	61,5
- Prescription d'antibiotiques	135	30,4
- Prescription en DCI	135	90

Plus de 50 % des ordonnances contiennent des injectables, 30 % des antibiotiques et 90 % constituent des DCI.

Tableau VII: Répartition des ordonnances selon la qualité de la prescription pour les IRA hautes.

Qualité de la prescription	Effectif	%
- Prescription d'antibiotique	29	97
- Prescription en DCI	29	100,0

La majorité des prescriptions des IRAH sont des Antibiotiques et constituent de DCI.

Tableau VIII: Répartition des ordonnances selon la qualité de la prescription des Maladies diarrhéiques.

Qualité de la prescription	Effectif	%
- Prescription d'injectable	39	10,3
- Prescription d'antibiotique	39	97,4
- Prescription en DCI	39	84,6

La quasi-totalité des ordonnances contient des ANTIBIOTIQUES qui sont des DCI.

Tableau IX: Répartition des ordonnances selon la qualité de la prescription pour les IST.

Qualité de la prescription	Effectif	%
- Prescription d'injectable	80	11,3
- Prescription d'antibiotique	80	100,00
- Prescriptions en DCI	80	88

La totalité de la prescription des consultations en IST est constituée par des ANTIBIOTIQUES qui sont des DCI dans 88 % des cas.

Tableau X: Répartition des ordonnances selon la qualité de la prescription pour les IRA basses.

Qualité de la prescription	Effectif	%
- Prescriptions en DCI	22	95,5
- Prescription d'antibiotique	22	100,0
- Prescription d'injectable	0	0

Il n'y pas de prescription d'INJECTABLES.

TABLEAU XI : Nombre de lignes de médicaments par ordonnance.

Nombre de ligne	Effectif	%
< 3	37	12,10
= 3	98	32,10
> 3	170	55,8

Le nombre de ligne de prescription dépasse trois dans plus de 50 % des cas.

3.4-Répartition des prescriptions selon la disponibilité des guides de prescripteurs.

Tableau XII: Répartition des prescriptions selon la disponibilité du guide thérapeutique.

Disponibilité du guide thérapeutique	Effectif	%
- Sur le bureau du prescripteur	4	22
- Dans la pièce du prescripteur	0	0
- Non disponible	14	78
TOTAL	18	100

Chez les prescripteurs plus de 78 % n'ont pas le GUIDE THERAPEUTIQUE NATIONAL.

Tableau XIII: Répartition des prescriptions selon la disponibilité de la liste nationale des médicaments essentiels.

Disponibilité de la liste nationale des médicaments essentiels	Effectif	%
- Sur le bureau du prescripteur	3	16,65
- Dans la pièce du prescripteur	8	44,45
- Non disponible	7	38,90

La LISTE NATIONALE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS sont disponibles dans la pièce des prescripteurs, représentent 45 %.

Tableau XIV: Répartition des prescriptions selon la disponibilité de formulaire thérapeutique nationale.

Disponibilité de formulaire Thérapeutique nationale	CSCOM	
	Effectif	%
- Sur le bureau	2	11
- Dans la pièce	0	0
- Non disponible	16	89

Parmi les prescripteurs 89 % n'ont pas le FORMULAIRE THERAPEUTIQUE NATIONAL.

3.5-Coûts des prescriptions et pertes économiques pour les patients liés aux prescriptions inadéquates de médicaments:

Tableau XV : Coûts des prescriptions et pertes économiques pour les patients liés aux prescriptions inadéquates de médicaments pour le traitement du paludisme.

Coûts des prescriptions et pertes économiques	Effectif	Médiane (EIQ)
- Coût moyen théorique nécessaire au traitement	135	150 (490,0)
- Coût de l'ordonnance prescrite	135	3925 (2647,7)
- Dépenses supplémentaires liées aux prescriptions inadéquates de médicaments (en FCFA)	135	3895

Le coût de l'ordonnance prescrite est nettement supérieur au coût nécessaire pour le traitement du patient.

Tableau XVI: Coûts des prescriptions et pertes économiques pour les patients liés aux prescriptions inadéquates de médicaments pour le traitement des MALADIES DIARRHEIQUES.

Coûts des prescriptions et pertes économiques	Effectif	Médiane (EIQ)
- Coût moyen théorique nécessaire au traitement	39	100,0(0,0)
- Coût de l'ordonnance prescrite	39	2340,0 (1368,6)
- Dépenses supplémentaires liées aux prescriptions inadéquates de médicaments (en FCFA)	39	2240

Le coût de l'ordonnance prescrite est nettement supérieur au coût nécessaire pour le traitement.

Tableau XVII : Coûts des prescriptions et pertes économiques pour les patients liés aux prescriptions inadéquates de médicaments pour le traitement des IRA hautes.

Coûts des prescriptions et pertes économiques	Effectif	Médiane (EIQ)
- Coût moyen théorique nécessaire au traitement	29	650,0(250,0)
- Coût de l'ordonnance prescrite	29	3010(791,7)
- Dépenses supplémentaires liées aux prescriptions inadéquates de médicaments (en FCFA)	29	2360

Le coût de l'ordonnance prescrite est nettement supérieur au coût nécessaire pour le traitement.

Tableau XVIII: Coûts des prescriptions et pertes économiques pour les patients liés aux prescriptions inadéquates de médicaments pour le traitement des IRA basses.

Coûts des prescriptions et pertes économiques	Effectif	Médiane (EIQ)
- Coût moyen théorique nécessaire au traitement	22	490,0 (300,0)
- Coût de l'ordonnance prescrite	22	1937,5 (1404,3)
- Dépenses supplémentaires liées aux prescriptions inadéquates de médicaments (en FCFA)	22	1837,5

Le coût de l'ordonnance prescrite est supérieur au coût nécessaire pour le traitement.

Tableau XIX : Coûts des prescriptions et pertes économiques pour les patients liés aux prescriptions inadéquates de médicaments pour le traitement des IST.

Coûts des prescriptions et pertes économiques	Effectif	Médiane (EIQ)
- Coût moyen théorique nécessaire au traitement	80	3640,0 (3390,0)
- Coût de l'ordonnance prescrite	80	3913,4 (1669)
- Dépenses supplémentaires liées aux prescriptions inadéquates de médicaments (en FCFA)		273,4

Le coût de l'ordonnance prescrite est peu supérieur au coût nécessaire pour le traitement.

IV - COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Les ordonnances ont été récoltées prospectivement. Cela permettait de rendre les données plus complètes. Mais comme elles sont recueillies sur une courte période, elles peuvent être entachées de biais dus aux variations saisonnières, aux caractéristiques particulières du personnel et surtout au fait que les agents de santé ont conscience d'être observés.

4.1-Limites de l'étude :

Pour beaucoup d'indicateurs (nombre moyen de médicaments par ordonnance, proportion de médicaments prescrits de la LNME, proportion de médicaments prescrits en DCI, proportion d'ordonnance avec injectables, proportion d'ordonnance avec antibiotiques).

4.2-Caractéristiques des patients dans les centres de santé du district de Bamako :

Il ressort que les femmes représentent 62% de la population étudiée et les hommes en représentent 38,4%. Cette féminité pourrait se traduire par le fait que les femmes soient relativement plus nombreuses à fréquenter les structures de soins que les hommes à cause de la proximité et le coût du traitement, et le temps d'attente qui peut être long.

Cette répartition se rapproche de la moyenne nationale selon laquelle les femmes représentent la majorité de la population.

En rapport avec la répartition de la population par tranche d'âge, la tranche de 15 à 49 représente 50 % de la population totale, ce qui se rapproche à son tour de la moyenne nationale où cette tranche représente la majorité de la population totale.

4.3- Adéquation du traitement :

Seul le traitement des IRAB semble être adéquat avec 31,8 % des cas au niveau des CSCOM, les IST sont les mieux adaptés dans les (20,8).

Malgré l'élaboration, par le Ministère de la santé a élaboré des documents nationaux parmi lesquels la liste Nationale des Médicaments Essentiels, le formulaire national de médicament essentiels, le guide thérapeutique national et les normes nationales du protocole de traitement, dans le cadre de l'usage rationnel des médicaments par les corps sanitaires.

Aujourd'hui, la pratique de l'antibiothérapie à travers le monde suscite de sérieuses inquiétudes. En effet, dans la dernière décennie la résistance aux antibiotiques s'est accrue dans des proportions inquiétantes alors que le rythme de développement de nouveaux antibiotiques a considérablement ralenti. Si la tendance actuelle se poursuivait, les prescripteurs pourraient se retrouver dans les toutes prochaines années, désarmés face à certaines maladies infectieuses [15].

L'une des causes majeures de la résistance aux antibiotiques serait l'usage incontrôlé et inapproprié de ces derniers.

Au vue de tous ces résultats on peut dire que :

Malgré l'élaboration, par le Ministère de la santé a élaboré des documents nationaux parmi lesquels la liste Nationale des Médicaments Essentiels, le formulaire national de médicament essentiels, le guide thérapeutique national et les normes nationales du protocole de traitement, dans le cadre de l'usage rationnel des médicaments par les corps sanitaires.

Il en suit que la prescription irrationnelle des médicaments par :

Le nombre très élevé de médicaments par ordonnance, prescription abusive d'antibiotiques, d'injectables, prescription de spécialités... entraînant des pertes économiques très importantes pour les patients.

V- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

5.1- Conclusion :

Cette étude met en évidence les problèmes liés aux prescriptions

Médicamenteuses dans les centres de santé communautaire de Bamako.

La qualité des prescription, jugé à l'aide du nombre moyen de médicaments par ordonnances est médiocre. Autrement dit, les bénéfices que les patients tirés de

réduction des coûts résultant de l'achat de MEG ont été anéantis par des pratiques irrationnelles de prescriptions, consciente que l'usage irrationnel des médicaments demeure un problème urgent et généralise ayant des conséquences graves en termes d'issues sanitaires pour les patients, de réactions indésirables aux médicaments, d'accroissement de la résistance aux antimicrobiens et de gaspillages des ressources. Elle montre, que malgré l'introduction des médicaments essentiels et sa disponibilité aux points de vente le personnel prescrit les médicaments de spécialités pour la population bénéficiaires. Ce qui est contraire au but de la PPN.

L'absence des documents officiels élaborés dans le cadre de la politique pharmaceutique nationale, l'absence d'outils d'aide à la décision comme les tables d'équivalence, le guide thérapeutique, la non mise à jour des documents officiels disponibles le manque de formation continue, l'inefficience de la diffusion de l'information, des connaissances pharmacologiques désuètes sont autant d'éléments qui justifient les attitudes irrationnelles dans la prescription médicamenteuse.

Trois facteurs externes :

Le manque de respect des protocoles de traitements, se traduisant par une mauvaise prescription de médicaments, se traduisant par le nombre élevé de médicaments par prescription, le recours aux injectables et aux antibiotiques.

La prescription des spécialités qui est une pratique courante dans les formations sanitaires du district de Bamako, le faible niveau de connaissances et de la disponibilité des normes thérapeutiques nationales.

Des stratégies adéquates de mise en œuvre des programmes nationaux en matière de protocole de traitement et de la politique des médicaments essentiels s'imposent pour amener les prestataires à adapter leurs pratiques à une prescription plus rationnelle et de réduire ainsi la précarisation des populations causée par les dépenses excessives de santé.

Loin d'être un produit de consommation, le médicament n'est jamais inoffensif. De maniement délicat, il mérite par conséquent une approche spécifique, un état d'esprit et une attitude adéquats de la part de tous, singulièrement des prescripteurs et des dispensateurs qui en sont les garants auprès du consommateur. A cet effet, l'utilisation

rationnelle des médicaments exige des professionnels une évaluation correcte des avantages et des inconvénients. Ce qui se traduit par les rapports bénéfice/risque et bénéfice/coût.

5.2- Recommandations :

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont formulées et s'adressent respectivement :

Au ministère de la santé:

Faire de l'évaluation de la qualité de la prescription un domaine de priorité aussi important que l'utilisation des MEG dans le secteur pharmaceutique.

Assurer un recyclage du personnel soignant pour mieux améliorer la qualité de prescription.

Mettre à la disposition des prescripteurs les programmes nationaux des protocoles de traitements adéquats

Former les prescripteurs sur l'utilisation des formulaires thérapeutiques

Renforcer la politique de médicaments génériques en les rendant disponibles dans tous les lieux de vente.

Aux ordre professionnels de la santé:

Accorder une plus grande importance aux prescriptions en tenant compte du rapport coûts efficacité liés aux prescriptions inadéquates.

Dissocier la prescription et la dispensation des médicaments.

Informers les utilisateurs potentiels à une observance adéquate des schémas thérapeutiques proposés.

Rendre plus disponibles les normes relatives aux protocoles de traitement des différentes maladies les plus fréquentes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-Ambassade royale des Pays Bas :

L'évolution du système de santé aux Mali depuis l'initiative de Bamako. Contribution des projets 1987-1999 Bamako, 1999

2- ALMOUSTAPHA A.

Étude de la prescription des médicaments dans la ville de Gao. Thèse Pharm, Bamako, 2006.

3- AUDIBERT M, MATHONNAT J et ROODENBEKE E.

Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu. Paris : Karthala, 2003.

4- BALIQUE H.

Le concept de communauté et ses limites à propos des centres de santé communautaires du Mali. 2001.

5- BENOIST J.

Les communautés, l'argent et la santé en Afrique Actes du séminaires internationales : argent et santé. Expérience de financement en Afrique. Paris : CIE, 1991 ; 60p.

6-CREDES: Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de Santé.

Questions d'économie de la santé.

7- DICKO A.

Étude de la qualité de la prescription des médicaments et de la substitution dans les pharmacies privées de Bamako. Thèse Pharm, Bamako, 2005.

8- Direction Nationale de la santé :

Qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments au Mali. Rapport d'enquête, 1999.

9- Direction de la pharmacie et du Médicament :

Qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments au Mali. Rapport d'enquête, 2000.

10- Direction de la pharmacie et du Médicament.

Qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments au Mali. Rapport d'enquête, 2001.

11- Direction de la pharmacie et du Médicament.

Qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments au Mali, 1999.

12- Direction de la pharmacie et du Médicament.

Rapport d'enquête d'évaluation de la qualité de la prescription et de la dispensation, 2005.

13- FLACHENBERG F et TALIBO A.

Santé communautaire : une expérience pilote au Mali : Handicap International, coordination technique santé, 1998.

15- GRANT JP.

Allocation dite Initiative de Bamako, 37^e session du comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

16- ISSIAKA I.

Evaluation de la prescription médicamenteuse à l'institut d'ophtalmologie tropicale de l'Afrique. Thèse Pharm., Bamako, 2004.

17- Rubrique internationale.

L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'ouest.

18- Ministère de la santé /Direction Nationale de la santé.

Politique pharmaceutique nationale du Mali, 1998.

19- Ministère de la santé.

Revue de l'initiative de Bamako dans la région Afrique, Expérience du Mali Bamako
Ministère de la santé de la solidarité et des Personnes Agées : 10
rapports d'enquête, 2005.

20- Organisation Mondiale de la Santé (Afrique).

Un aperçu de l'initiative de Bamako et de sa mise en œuvre. Harare : OMS, 1999 ; 4p.

21- Organisation Mondiale de la Santé.

Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique.
Genève : OMS, 2000.

22- Organisation Mondiale de la santé.

Rapport sur la santé dans le Monde 2000 : Pour un système de santé plus performant.
Genève : OMS, 2000.

23- Organisation Mondiale de la santé.

Revue de l'I.B 8-12 mars 1999 à Bamako (Mali). Recommandation générale et
rapport des gouvernements du Mali et du Niger OMS (Afrique) 1999.

24- Organisation Mondiale de la santé.

Prescription des antibiotiques dans trois pays d'Afrique de l'ouest : Mali, Niger,
Sénégal. Genève : OMS, 1993 ; 95p.

25- Organisation Mondiale de la Santé.

Rapport sur la santé dans le Monde 1996. Genève : OMS, 1996 ; 137p.

26- REMED :

Contribution à l'étude du recouvrement des coûts des médicaments (dans le cadre d'une politique de santé dans les pays en développement).1992.

27-OUANE-DIARRA M N.

Étude de la prescription médicamenteuse à l'hôpital Gabriel Touré (chez les consultant externe. Thèse Pharm., Bamako, 1995.

28-Ministère de la santé\Direction Nationale de la santé.

Politique pharmaceutique nationale du Mali, 1998 ; 5p.

29- SADIO A et DIOP F.

Utilisation et demande de services de santé au Sénégal, Bethmont, 1994.

30- SHAW P et GRIFFIN C.

Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance, Washington DC: BM, 1995.

31- STEWART M.

Déterminants de l'utilisation des services de santé : perspectives des consommateurs à faible revenu. 2001.

32-SENGA P, BETHO VMF, LOUKAKA JC, MOUKO A.

Prescription et consommation des antibiotiques dans un service de pédiatrie. Méd. Afr. Noire 1993 ; **40** : 187-91.

33-WADE A B.

Evaluation de la prescription médicamenteuse dans le service de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'hôpital Gabriel Touré (210).
Thèse Pharm., Bamako, 2001.

ANEXE N°1

N° ENQUETEUR..... DATE D'ENQUETE / / 2006 N° centre
de santé

QUESTIONNAIRE AUX DISPENSATEURS

N°	Désignation	Disponible	Conditionnement	Prix public en FCFA
1	Acyclovir 400 mg comp.		15 comp	
2	Acide acétyle salicylique 500 mg comprimé		1 comp	
3	Amoxicilline 500 mg gélule			
4	Amoxicilline 250mg/5ml, sirop			
5	Artéméther 20 mg + Luméfantrine 120 mg comprimé			
6	Artésunate 50mg + Amodia Quine 153mg comprimé			
7	Benzathine pénicilline 1,2M UI Poudre inject. <u>+ solvant</u>		1 flacon	
8	Benzathine pénicilline 2,4M UI Poudre inject. <u>+ solvant</u>		1 flacon	
9	Céfixime 400 mg comprimé		1 comp	
10	Ceftriaxone 250 mg inject.		1 flacon	
11	Chloroquine 100 mg comprimé		1comp	

12	Chloroquine 100 mg sirop			
13	Ciprofloxacine Comp. 500mg		1 comp	
14	Clotrimazole 2% crème		1 flacon	
15	Clotrimazole 200 mg ovule		3 ovules	
16	Clotrimazole 500 mg ovule		1 ovule	
17	Cotrimoxazole 240mg/5ml, sirop			
18	Cotrimoxazole 480 mg Comp.		28 comp.	
19	Doxycycline 100 mg Comp.		14 comp	
20	Eosine 1%		1 flacon	
21	Erythromycine 500mg Comp.		28 comp	
22	Métronidazole 500 mg ovule		10 ovules	
23	Métronidazole 250mg Comp.		1 comp	
24	Nystatine 100 000 UI ovule		14 ovules	
25	Polyvidone iodée		1 flacon	
26	Quinine 200 mg injectable		1 amp	
27	Quinine 400 mg injectable		1 amp	
28	Sel de réhydratation orale		1 sachet	
29	Seringue 10 cc		1	
30	Seringue 5 CC		1	
31	Sulfadiazine 500 mg + Pyriméthamine 25 mg comprimé		3 comp	
32	Violet de Gentiane 1%		1 flacon	

33	Lactate de sodium (Ringer)		1 flacon	
34	Sérum salé 0,9%		1 flacon	
35	Paracétamol 500 mg cp		1 comp	
36	Paracétamol sirop			

ANEXE N° 2

N°Fiche d'enquête..... DATE D'ENQUETE : / /2006 N° CENTRE DE SANTE.....

QUESTIONNAIRE AUX PRESCRIPTEURS

Prescripteurs	Qualification	Disponibilité Guide thérapeutique*	Si Guide, lesquels	Disponibilité LNME ou table correspondance*	Disponibilité Formulaire Thérapeutique National*
Prescripteur 1					
Prescripteur 2					
Prescripteur 3					
Prescripteur 4					
Prescripteur 5					

*On note: (a) si l document se trouve sur le bureau du prescripteur,

(b) si le document se trouve dans la pièce,

(c) si le document n'est pas disponible.

	Avez-vous connaissance de l'existence de normes nationale relatives au protocole de traitement des maladies suivantes ?si oui donner la référence du document.				
Prescripteurs (1)	Palu dis me	Diarrhée	IST	IRA hautes	IRA basses
Prescripteur 1					
Prescripteur 2					
Prescripteur 3					
Prescripteur 4					
Prescripteur 5					

Annexes 3 :

N° Ordonnance *Date Ordonnance*/...../2006 *Origine ordonnance* =

Résidence : 1-aire de santé 2-hors aire de santé

Date d'enquête /...../ 2006 *N° centre de santé* *N° Fiche d'enquête*.....

Sexe :1-Masculin 2-Féminin Ethnie..... *Hypothèse diagnostique* :

Nom médicament prescrit et posologie	Quantité	Prix unitaire	Prix total médicament	Injec table	Antibio	DCI	Tt réf	Nom médicament acheté	Quantité	Prix unitaire	Prix total médicam	DCI acheté
Nombre lignes			total =	oui	=	=		Nombre			total	=

prescrites=				non				médicament			achat	
								s achetés=			=	

Achat : total-0 partiel motif 1-argent 2-médec absent 3-autre motif 4-inconnu Aucun achat motif :5-argent 6-médec absent 7-autre motif 9-inconnu

1-Médecin, 2- IDE, 3-Infirmier, 4-Sage femme, 5-Matrone, 6-Interne, 7-Autre

PU tt réf :

Patient: age : **1** = <1 an, **2**=1 – 4 ans, **3** = 5 – 14 ans **4** = 15 – 49 ans **5** = 50 ans et plus, **6**= f. enceinte 9= Inconnu *Qté* : *Coût*

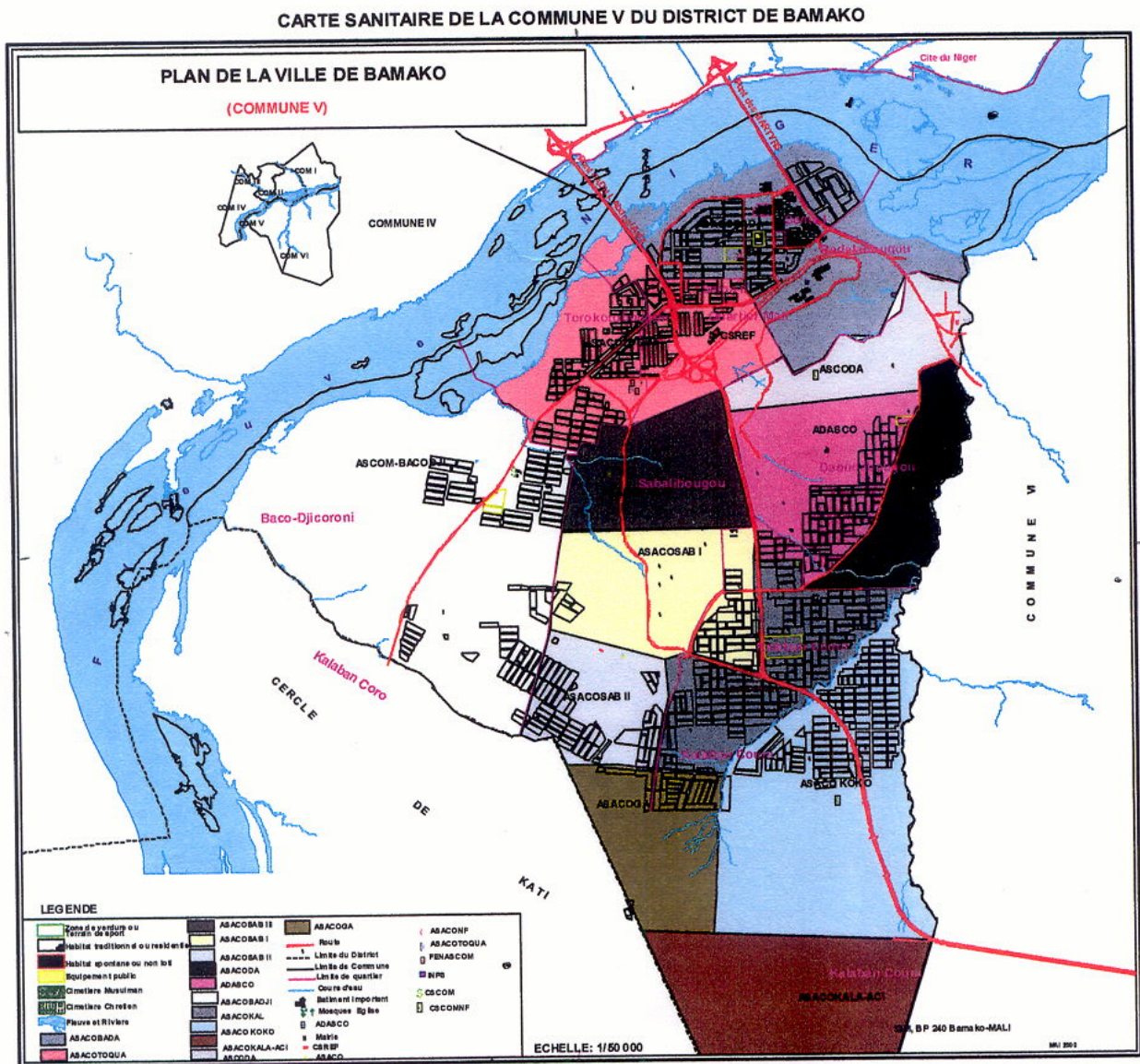
total :

ANEXE N°4

LISTES DES STRUCTURES ENQUETEES

QUARTIER	CSCOM
Baco-djicoroni	Asacobadji
Quartier-mali Torokorobougou	Asacotoqua
Sabalibougou	Asacosabi
Daoudabougou	Asacoda Adasco
Kalamba-coura	Asacokal
Garantibougou	Asacoga

Annexes 5 :



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 méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Mme MAIGA

Prénom : Kadiatou Diallo

Année de soutenance : 2007 - 2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Titre : Prescription médicamenteuse dans les centres de santé communautaire de la commune V du district de Bamako : implication économique pour les patients.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

RESUME

Cette étude met en évidence un manque d'observance des guides nationaux et la nécessité pour l'ensemble de la profession médicale de s'approprier les recommandations de bonnes pratiques de prescription énoncées dans les différents documents nationaux validés et diffusés, notamment le Formulaire Thérapeutique National et le Guide Thérapeutique National.

Le développement de ses outils ne semble pas être accompagné d'une amélioration des habitudes de prescription. Ce constat implique des actions d'explication et

donc de retour d'information vers les instituts de formation initiale et continue, la DPM et DNS.

Mots clés : prescription, médicaments, rationalité, coût.