

Ministère de l'Enseignement Supérieur

République du Mali

Et de la Recherche Scientifique

Un Peuple - Un But - Une Foi



Université des Sciences, des Techniques et des
Technologies de Bamako

Faculté de Pharmacie
(FAPH)

Année Universitaire : 2018-2019

N°.....

THESE

**PERCEPTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS GENERIQUES
PAR LES PRESCRIPTEURS DES CHU
POINT G ET GABRIEL TOURE**

Présentée et soutenue publiquement le 02/12/2019

Devant la Faculté de Pharmacie

Par :

M. Oumar TRAORE

Pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie

(Diplôme d'Etat)

Président : Pr Elimane MARIKO

Membre : Dr BOCOUM Fatoumata DAOU

Dr Jules Amadou TOGO

Co-directeur : Dr Sadio Demba SYLLA

Directeur : Pr Saibou MAIGA

LISTE DES ENSEIGNANTS

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE PHARMACIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

ADMINISTRATION

Doyen : Boubacar TRAORE, Professeur

Vice-doyen : Ababacar I. MAIGA, Professeur

Secrétaire principal : Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

Agent comptable : Famalé DIONSAN, Contrôleur des Finances

LES PROFESSEURS HONORAIRES

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Bouacac Sidiki	CISSE	Toxicologie
2	Mahamadou	CISSE	Biologie
3	Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
4	Kaourou	DOUCOURE	Physiologie
5	Boukassoum	HADARA	Législation
6	Ousmane	DOUMBIA	Chimie Thérapeutique
7	Gaoussou	KANOUE	Chimie Analytique
8	Alou A.	KEITA	Galénique
9	Mamadou	KONE	Physiologie
10	Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
11	Bréhima	KOUMARE	Bactériologie et Virologie
12	Abdourahamane S.	MAÏGA	Parasitologie
13	Elimane	MARIKO	Pharmacologie

DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mounirou	BABY	Hématologie
2	Bakary Mamadou	CISSE	Biochimie
3	Abdoulaye	DABO	Biologie /Parasitologie
5	Mahamadou	DIAKITE	Immunologie-Génétique

Perception des médicaments essentiels génériques par les prescripteurs des CHU
Point G et Gabriel TOURE

4	Alassane	DICKO	Santé Publique
6	Amagana	DOLO	Parasitologie-Mycologie
7	Akory Ag	IKNANE	Santé Pulique-Nutrition
8	Ousmane	KOITA	Biologie Moléculaire
9	Boubacar	TRAORE	Parasitologie-Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
2	Abdoulaye	DJIMDE	Parasitologie-Mycologie
3	Aldjouma	GUINDO	Hématologie
4	Kassoum	KAYENTAO	Santé Publique-Biostatistique
5	Issaka	SAGARA	Biostatistique
6	Mahamadou Soumana	SISSOKO	Biostatistique
7	Bourèma	KOURIBA	Immunologie chef de DER
8	Ousmane	TOURE	Santé Publique/Santé Environnement

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mohamed	AG BARAIKA	Bactériologie-Virologie
2	Charles	ARAMA	Immunologie
3	Boubacar Tiétiè	BISSAN	Biologie clinique
4	Djibril Mamadou	COULIBALY	Biologie clinique
5	Seydou Sassou	COULIBALY	Biologie clinique
6	Antoine	DARA	Biologie moléculaire
7	Souleymane	DAMA	Parasitologie-Mycologie
8	Djénéba Koumba	DABITAO	Biologie moléculaire
9	Laurent	DEMBELE	Biotechnologie Microbienne
10	Klétigui Casimir	DEMBELE	Biochimie clinique
11	Seydina S.A.	DIAKITE	Immunologie
12	Yaya	GOITA	Biochimie clinique
13	Ibrahima	GUINDO	Immunologie

Perception des médicaments essentiels génériques par les prescripteurs des CHU
Point G et Gabriel TOURE

14	Aminatou	KONE	Biologie moléculaire
15	Birama Apho	LY	Santé Publique
16	Almoustapha Issiaka	MAIGA	Bactériologie-Virologie
17	Dinkorma	OUOLOGUEM	Biologie cellulaire
18	Fanta	SANGHO	Santé publique/Santé communautaire
19	Oumar	SANGHO	Epidemiologie

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Djénéba	COULIBALY	Nutrition/Diététique
2	Issa	DIARRA	Immunologie
3	Ftou	DIAWARA	Epidemiologie
4	Merepen dit Agnes	GUINDO	Immunologie
5	Falaye	KEITA	Santé Publique/Santé Environnement
6	N'Deye Lallah Nina	KOITE	Nutrition
7	Amadou Birama	NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
8	Djakaridia	TRAORE	Hématologie

DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
2	Saïbou	MAiGA	Législation
3	Rokia	SANOGO	Pharmacognosie Chef de DER

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
-	Néant	-	-

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Loséni	BENGALY	Pharmacie Hospitalière
2	Bakary Moussa	CISSE	Galénique
3	Yaya	COULIBALY	Législation
4	Issa	COULIBALY	Gestion
5	Balla Fatogoma	COULIBALY	Pharmacie Hospitalière
6	Mahamane	H AidARA	Pharmacognosie
7	Hamma Boubacar	MAIGA	Galénique
8	Moussa	SANO GO	Gestion
9	Adiaratou	TOGOLA	Pharmacognosie

4. ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Seydou Lahaye	COULIBALY	Gestion Pharmaceutique
2	Daouda Lassine	DEMBELE	Pharmacognosie
3	Adama	DENOU	Pharmacognosie
4	Sékou	DOUMBIA	Pharmacognosie
5	Assitan	KALOGA	Législation
6	Ahmed	MAÏGA	Législation
7	Aichata Ben Adam	MARIKO	Galénique

8	Aboubacar	SANGHO	Législation
9	Bourama	TRAORE	Législation
10	Karim	TRAORE	Sciences Pharmaceutiques
11	Sylvestre	TRAORE	Gestion Pharmaceutique
12	Aminata Tièba	TRAORE	Pharmacie Hospitalière
13	Mohamed dit Sarmoye	TRAORE	Pharmacie Hospitalière

DER : SCIENCES DU MEDICAMENT

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Benoît Yaranga	KOUMARE	Chimie Analytique
2	Ababacar I.	MAÏGA	Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Sékou	BAH	Pharmacologie Chef DER

2. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Dominique Patomo	ARAMA	Pharmacie Chimique
2	Mody	CISSE	Chimie thérapeutique
3	Ousmane	DEMBELE	Chimie thérapeutique
4	Tidiane	DIALLO	Toxicologie
5	Hamadoun Abba	TOURE	Bromatologie

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mahamadou	BALLO	Pharmacologie
2	Dalaye Bernadette	COULIBALY	Chimie Analytique
3	Blaise	DACKOOU	Chimie Analytique
4	Fatoumata	DAOU	Pharmacologie
5	Abdourahamane	DIARA	Toxicologie
6	Aiguerou dit Abdoulaye	GUINDO	Pharmacologie
7	Madani	MARIKO	Chimie Analytique
8	Mohamed El Béchir	NACO	Chime Analytique
9	Mahamadou	TANDIA	Chimie Analytique
10	Dougoutigui	TANGARA	Chimie Analytique

DER : SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mouctar	DIALLO	Biologie/Chef DER
2	Cheick F.	TRAORE	Biologie/Entomologie
3	Mahamdou	TRAORE	Génétique

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Lassana	DOUMBIA	Chimie Appliquée

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOM	NOM	SPECIALITE
1	Mamadou Lamine	DIARRA	Botanique-Biologie Végétale
2	Abdoulaye	KANTE	Anatomie
3	Boureima	KELLY	Physiologie médicale

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Seydou Simbo	DIAKITE	Chimie Organique
2	Modibo	DIALLO	Génétique
3	Moussa	KONE	Chimie Organique
4	Massiriba	KONE	Biologie Entomologie

CHARGES DE COURS (VACATAIRES)

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Cheick Oumar	BAGAYOKO	Informatique
2	Babou	BAH	Anatomie
3	Abdourahamane	COULIBALY	Anthropologie Médicale
4	Souleymane	COULIBALY	Psychologie
5	Bouba	DIARRA	Bactériologie
6	Modibo	DIARRA	Nutrition
7	Moussa I.	DIARRA	Biophysique
8	Babacar	DIOP	Chimie
9	Atimé	DJIMDE	Bromatologie
10	Yaya	KANE	Galénique
11	Boubacar	KANTE	Galénique
12	Aboubakary	MAIGA	Chimie Organique
13	Massambou	SACKO	SCMP/SIM
14	Modibo	SANGARE	Anglais
15	Sidi Boula	SISSOKO	Histologie-Embryologie
16	Mme Fatoumata	SOKONA	Hygiène du Milieu

Perception des médicaments essentiels génériques par les prescripteurs des CHU
Point G et Gabriel TOURE

17	Fana	TANGARA	Maths
18	Abdel Kader	TRAORE	Pathologies Médicales
19	Djénébou	TRAORE	Sémiologie et Pathologie médicale
20	Boubacar	ZIBEIROU	Physique

DEDICACE ET REMERCIEMENTS



DEDICACES

A ALLAH, le Seigneur de l'univers, le Tout Miséricordieux le Très Miséricordieux, l'Omniscient et l'Omnipotent.

Nulle divinité autre que lui, Le Connaisseur de l'Invisible tout comme du visible ; C'est à lui toutes nos louanges.

Toi qui m'as montré la voie et qui m'as fait partie des porteurs de foi ; je te dédie ce travail car seul ton souvenir m'a aidé à suivre le chemin que tu m'as tracé.

Je te demande d'y mettre ta baraka et de faire en sorte qu'il soit un moyen de m'approcher encore plus près de Toi.

Que ta volonté soit faite. Amen !

A Mohammad (paix et bénédiction d'ALLAH sur lui).

Toi notre prophète, messenger, guide et modèle, qu'ALLAH te comble de ses faveurs.

La voie que j'ai connue à travers toi, l'héritage que tu m'as légué (ton modèle) m'ont été d'un apport inestimable pour affronter les réalités de la vie. Que ton souvenir me soit perpétuel et qu'en-moi ton modèle se fortifie jusqu'à la fin de mes jours.

A mon défunt père Youssouf TRAORE, tout l'honneur, toute la joie et tout le mérite te revient pour cette éducation que vous avez su me donner. Aujourd'hui, je comprends que ton caractère fait de douceur, de rigueur, d'honnêteté et de courage m'est essentiel pour affronter le combat de cette vie.

Encore je me souviens du conseil que tu m'as donné, père tu disais ainsi « **Endure dans tes études, un jour tu en tireras profit, la valeur d'un homme c'est le travail** »

J'aurai tellement voulu que tu sois présent pour assister à cette réussite mais hélas, on ne peut rien contre la volonté de DIEU. Que ton âme repose en paix.

A mes mamans, Kandjaba CONDE et Rokiatou DIAKITE, Je profite de ce travail pour vous faire part de ma reconnaissance, ainsi vous remercier pour toutes les attentions et sacrifices depuis la maternelle, le primaire jusqu'à l'université. Qu'Allah vous accorde une bonne santé et une longue vie auprès de nous.

REMERCIEMENTS

A l'Afrique toute entière

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'accès aux soins de ta population.

A mon pays natal, le Mali

Tu m'as vu naître et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une instruction. Tu m'as donné un savoir incommensurable ; chère patrie recoit ma profonde gratitude.

A la Faculté de Pharmacie de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Plus qu'une faculté d'études pharmaceutiques et médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

A tous les enseignants de la Faculté de Pharmacie et de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Pour vos encadrements et enseignements de qualité, je vous en suis très reconnaissant.

A l'école fondamentale du Point G, le lycée Alfred Garçon de Bamako, merci de m'avoir compter parmi votre rang en qualité d'élève brillant par vos enseignements dignes de ce nom, un enseignement plus qu'à la hauteur de souhait, je vous en suis très reconnaissant.

A toute la promotion N'Golo DIARRA (9^{ème} promotion du numéris clausus) : camarades merci pour tout ce moment passé ensemble, nous resterons une famille.

A mes frères et sœurs

Huitième fils en âge et le quatrième garçon d'une famille qui compte 16 enfants, je reconnais vos soutiens, vos conseils et vos bénédictions à mon égard, qu'Allah consolide d'avantage nos liens sanguins.

A la famille Coulibaly, Youssouf, Sékou, Boubacar

Je me souviens pleinement de votre gratitude et votre affection de m'accepter comme les vôtres du lycée jusqu'à la fin de mon cursus universitaire, retrouvez votre reconnaissance dans ce travail.

A ma tendre et chère épouse Safiatou DIARRA, une femme aux qualités de merveilles, tu mérites tous les compliments du monde, tu as su être là ou peu de gens n'y croyait plus, je ne pourrais pas te qualifier à ta vraie valeur, c'est immense, qu'Allah consolide d'avantage nos cœurs et notre relation.

A mes oncles, tantes : Amadou TRAORE, Mahamadou TRAORE, Adama TRAORE, Ramata DIARRA, Bintou ZERBO, Maimouna COULIBALY, Sanata TRAORE, Bata COULIBALY, Afichatou DIARRA, Dr Abdrahamane DIARRA je vous remercie tous pour les encouragements et les soutiens infaillibles.

A mes collègues de la Pharmacie du Point G : Dr Sina MAIGA, Dr Abdoul kadri ISSOUFI, Dr Youssouf DIARRA, Dr Alaye DIA, Dr Moussa N'DIAYE, Dr Souleymane GORO vos encadrements, encouragements, conseils, accompagnements ont été à hauteur de souhait, ce travail c'est le vôtre, plus que des collègues, nous sommes une famille.

A tous les personnels de la Pharmacie du Point G : Tonton Solo, Tonton Djigui, Tonton Kalou, Tonton Alhassane, Seyba DIARRA, Bouraké DOUMBIA, Alice TRAORE, Youssouf MOTIOU, Moussa KEITA, vous avez été toujours porteur de ce message d'encouragement à mon égard et qui a porté aujourd'hui son résultat, merci infiniment.

A mes amis Issa DRABO, Soungalo COULIBALY, Ousmane SIDIBE, Mahamadou N COULIBALY, Aboubacar KONATE, Oumar NIANGADOU, Mahamadou L DIARRA, Les jumeaux Lassine et Fousseyni NIAMBA, c'est plus que jamais le moment d'être témoin de votre gratitude et de vos soutiens, qu'Allah nous unit davantage.

A l'école fondamentale du Point G, le lycée Alfred Garçon, merci de m'avoir compter parmi vos rang en qualité d'élève et étudiant brillant par vos enseignements dignes de ce nom, un enseignement plus qu'à la hauteur de souhait, je vous en suis très reconnaissant.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et Président du jury

Professeur ELIMANE MARIKO

- **Professeur honoraire de pharmacologie ;**
- **Colonel-major des forces armées au Mali / à la retraite ;**
- **Ancien directeur du service de santé des armées ;**
- **Ancien coordinateur de la cellule sectorielle de lutte contre le SIDA du ministère de la défense et des anciens combattants ;**
- **Premier pharmacien des Nations Unis en République Démocratique du Congo ;**
- **Officier de l'ordre national du Mali**

Cher maître,

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre sens aigu du devoir d'assurer une formation de qualité à vos étudiants, votre simplicité et votre disponibilité sont des valeurs qui font de vous un grand homme de science apprécié de tous.

Au moment de juger ce travail, recevez cher maître notre sincère reconnaissance.

A notre maitre et membre du jury

Dr BOCOUM Fatoumata DAOU

- **Pharmacienne à la pharmacie de l'hôpital du Point G**
- **Assistante en pharmacologie à la Faculté de Pharmacie (FAPH)**

Cher maitre,

Nous sommes très sensibles par l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Veillez trouver ici la manifestation de notre plus haute estime et de nos sentiments les plus respectueux.

A notre maitre et membre du jury

Dr Jules Amadou TOGO

- **Docteur en pharmacie**
- **Pharmacien responsable de la pharmacie et du laboratoire du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako**
- **Master en santé publique (spécialité Suivi-Evaluation)**
- **Licence professionnelle en gestion des entreprises et organisation**

Cher maitre,

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury. Nous avons aussi été marqués par votre accessibilité et votre empressement à nous aider.

Veillez agréer cher maitre, l'expression de notre sincère admiration et de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et co-directeur

Dr SYLLA Sadio Demba

- **Pharmacien chef du service de la pharmacie du CSRef commune VI du District de Bamako,**
- **Master deux (2) en suivi évaluation,**
- **Spécialiste en contrôle des épidémies.**

Cher maître,

C'est un grand honneur pour moi de travailler sous votre encadrement.

Nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez bien voulu diriger ce travail.

Vos conseils, vos compétences, vos pratiques, vos qualités humaines et professionnelles ainsi que votre disponibilité nous inspirent une grande admiration et un profond respect.

Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre gratitude et notre grande estime.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Saibou MAIGA

- **Professeur titulaire en législation à la FAPH**
- **Membre du comité national de la pharmacovigilance**
- **Membre du comité national de Biosécurité**
- **Membre du comité national d’Ethique**
- **Membre de la commission pédagogique et scientifique de l’USTTB**
- **Chevalier de l’ordre du mérite de la santé du Mali**

Cher maître,

Toutes les dédicaces à votre endroit ne sauraient suffire pour vous exprimer aujourd’hui toute notre reconnaissance.

Formateur émérite, votre générosité, votre modestie, votre rigueur et amour du travail bien fait font de vous un maître exemplaire et reconnu de tous

L’occasion nous est donnée d’exprimer notre profonde gratitude et notre reconnaissance la plus élevée.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

FAPH : Faculté de Pharmacie

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

USTTB : Université des Sciences, des Techniques et de Technologies de Bamako

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSAR : Centre de Santé d'Arrondissement

ASACO : Association de Santé Communautaire

PPM : Pharmacie Populaire du Mali

IB : Initiative de Bamako

ME : Médicament Essentiel

MEG : Médicament Essentiel Générique

MSSPA : Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées

DCI : Dénomination Commune International

UMPP : Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DV : Dépôt de Vente

DRC : Dépôt Répartiteur de Cercle

EPH : Etablissement Hospitalier Public

SDADME : Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments
Essentiels

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social

PPN : Politique Pharmaceutique Nationale

DPM : Direction de la Pharmacie et du Médicament

PSPHR : Projet Santé Population et Hydraulique Rurale

ONG : Organisation Non Gouvernementale

LNME : Liste Nationale des Médicaments Essentiels

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
1 OBJECTIFS	4
1.1 Objectif général :	4
Étudier la perception des médicaments essentiels génériques par les prescripteurs des CHU Point G et Gabriel TOURE.....	4
1.2 Objectifs spécifiques	4
2 GENERALITES	6
2.1 Définition de quelques concepts.....	6
2.2 Prescription médicale	7
2.2.1 Définition :	7
2.2.2 Règles de rédaction de l'ordonnance médicale [23] :.....	8
2.2.3 Liste de médicaments (anciennement « tableau ») :.....	9
2.3 Politique de santé et système de santé du Mali	11
2.4 La politique des médicaments essentiels en DCI au Mali :.....	12
2.4.1 Historique et concept des médicaments essentiels	12
2.4.2 La politique des médicaments essentiels au MALI.....	13
2.5 Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) :	15
2.5.1 La sélection des médicaments :	16
2.5.2 L'approvisionnement et la distribution :	16
2.5.3 L'usage rationnel des médicaments :	16
2.6 Schéma Directeur D'approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME) :	16
3 METHODOLOGIE :	20
3.1 Lieu et cadre d'étude :	20
3.1.1 Historique de la commune III :	20
3.1.2 Présentation du CHU Point G :	20
3.1.3 Présentation du CHU Gabriel TOURE :	21
3.2 Type et période d'étude.....	23
3.3 Population d'étude :	23
3.4 Echantillonnage	23
3.4.1 Taille de l'échantillon.....	23
3.4.2 Critères d'inclusion :	23
3.4.3 Critères de non inclusion :	23
3.5 Outil et Collecte des données :	24

Perception des médicaments essentiels génériques par les prescripteurs des CHU
Point G et Gabriel TOURE

3.6	Variables étudiées :	24
3.7	Saisie et Analyse des données :	24
3.8	Considérations éthiques :	24
4	RESULTATS	26
4.1	Identification du prescripteur	27
4.2	Définition du médicament générique	29
4.3	Information sur la prescription du générique :	29
4.4	Disponibilité de des listes LNME et DCI-Spécialité.....	32
4.5	Prescription du médicament générique	33
4.6	Pourcentage de prescription en DCI et en Spécialité	35
4.7	Influence des délégués médicaux sur la prescription médicale	36
5	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	39
5.1	Validité de l'étude	39
5.2	Caractéristiques de la population d'étude	39
5.3	Discussion :	39
5.3.1	La prescription du médicament générique en DCI :	39
5.3.2	La connaissance du médicament générique par les médecins :	40
5.3.3	Les facteurs motivants la prescription des génériques en DCI par les médecins :	40
5.3.4	L'influence des délégués médicaux sur la prescription :	41
6	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	43
6.1	Conclusion :	43
6.2	RECOMMANDATIONS	44
6.2.1	Au ministère de la santé et la direction générale de la santé :	44
6.2.2	Aux structures sanitaires :	44
6.2.3	A l'attention des prescripteurs :	44
7	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	46
8	ANNEXES	50

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des prescripteurs selon leur statut	27
Tableau II : Répartition des prescripteurs selon leur âge.....	27
Tableau III : Répartition des prescripteurs selon leur sexe.....	28
Tableau IV : Répartition des prescripteurs selon leur durée d'exercice (pratique médicale)	28
Tableau V : Répartition des prescripteurs selon leur connaissance sur la définition du médicament générique	29
Tableau VI : Répartition des prescripteurs selon leur information sur le MEG	29
Tableau VII : Répartition des prescripteurs selon leur satisfaction des sources d'information	31
Tableau VIII : Répartition des prescripteurs selon la disponibilité de la LNME	32
Tableau IX : Répartition des prescripteurs selon la disponibilité de la liste de correspondance Spécialité-DCI	32
Tableau X : Répartition des prescripteurs selon leur pourcentage de prescription du médicament générique en DCI face à une maladie.....	35
Tableau XI : Répartition des prescripteurs selon leur pourcentage de prescription en spécialités.....	35
Tableau XII : Visite des délégués médicaux chez les prescripteurs	36

Liste des figures

Figure 1:Source d'information sur le MEG.....	30
Figure 2 : facteurs motivants la prescription en DCI.....	33
Figure 3 : obstacles liés à la prescription en DCI	34
Figure 4 : Technique de promotion des délégués médicaux auprès des prescripteurs	37

INTRODUCTION

La politique sanitaire du Mali est conforme, d'une part aux grands principes de l'OMS dont il est membre et d'autre part à ses réalités socio-économiques et culturelles.

Elle est fondée sur le principe de l'universalité qui 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. [1]

Le médicament, élément essentiel dans l'activité médicale, représente pour de nombreux pays et particulièrement ceux en voie de développement un poids qui pèse de plus en plus lourd sur le budget des familles.

En effet, plusieurs études ont montré l'importance de la part des achats de médicaments dans le budget de santé des familles. Une étude réalisée par l'OMS en 1995 a montré que 48% des dépenses de santé des ménages au Sénégal sont destinées à l'achat de médicaments. [2]

Une autre étude réalisée au Mali par Coulibaly et Keita sur les dépenses de santé familiale en 1990 estimait ces dépenses à 80%. [3]

Il en est de même pour l'étude faite par DIAKITE en 1991 qui indique que le budget réservé à la santé des familles est de 75% du budget total au Mali. [4]

Les pays en voie de développement, particulièrement ceux d'Afrique, dépendent largement de l'importation de médicaments en provenance des pays industrialisés, surtout de l'union Européenne. Ces pays exportent chaque année plus de 25 milliards de dollar US de médicaments, dont 15% à destination des pays en voie de développement [2].

Ainsi le médicament générique est un facteur déterminant pour maintenir l'accessibilité financière du médicament [5].

Le recours aux médicaments génériques est une des clés de toute amélioration de la couverture des besoins en médicaments, à condition que l'on puisse en vérifier la qualité [6].

Les médicaments génériques sont encore mal connus du grand public et les prescripteurs eux-mêmes sont parfois désabusés sous la pression des représentants des firmes pharmaceutiques [7].

Le concept des médicaments essentiels constitue dans les pays membres de l'OMS une base rationnelle de plus en plus utilisée pour la fourniture des médicaments ; il y sert également de base pour établir les besoins en médicaments à divers niveaux du système des soins de santé [8].

Notre pays, à l'instar de tous les autres pays membres de l'OMS a ratifié le concept de soins de santé primaires adopté par la conférence d'Alma Ata en 1978.

Suite à la dévaluation monétaire de janvier 1994, le prix des produits pharmaceutiques a été modifié. Ceci s'est traduit par une augmentation officielle de 55% du prix des spécialités, la part des génériques a atteint 20% du marché privé en 1995 au Mali.

Cette dévaluation a conduit les ministres de la santé des Etats de cette zone monétaire à s'engager dans une politique facilitant le développement, des médicaments génériques et plus particulièrement celui des médicaments essentiels en DCI. La prévention et le traitement des maladies ne peuvent être assurés sans la disponibilité permanente et continue des médicaments de qualité [4].

La PPN est axée sur la promotion des MEG. Avec cette promotion, on pourrait aujourd'hui penser à une diffusion à travers tous les circuits de distribution, des MEG en DCI.

Malgré toutes les mesures prises pour développer la politique de MEG le volume commercialisé reste faible surtout dans le secteur pharmaceutique privé.

Mais un obstacle important à la diffusion des MEG serait l'insuffisance d'information et de promotion au niveau des prescripteurs et du public [7].

Que pensent donc les médecins du médicament essentiel générique ?

Quelles sont les facteurs qui influencent la prescription du médicament générique par les médecins (états de connaissances des médecins vis-à-vis du médicament générique, les maladies aiguës ou chroniques, Chez le malade assuré ou démuné, l'influence des visiteurs médicaux sur la prescription médicale).

OBJECTIFS

1 OBJECTIFS

1.1 Objectif général :

Étudier la perception des médicaments essentiels génériques par les prescripteurs des CHU
Point G et Gabriel TOURE

1.2 Objectifs spécifiques

- Évaluer le niveau d'information des médecins prescripteurs sur le MEG
- Déterminer les facteurs motivant la prescription des MEG dans les milieux hospitaliers.
- Identifier les obstacles liés à la prescription des MEG

GENERALITES

2 GENERALITES

2.1 Définition de quelques concepts

- Médicament

Il nous paraît utile de rappeler les définitions juridiques suivantes du médicament.

Ainsi selon :

L'ordonnance du 14 février 1959 de la république française :

On entend par médicament, toute drogue, substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines et conditionnées en vue de la vente au poids médicinal. Sont considérés comme médicaments les produits diététiques qui renferment dans leurs compositions des substances chimiques ou biologiques ne constituant pas elles même des aliments mais dont la présence confère à ces produits, soit des propriétés spéciales recherchées en thérapeutique, soit des propriétés des repas d'épreuve » [9]. Cette définition de 1959 est la même que celle de la loi du 11 Septembre 1941(République Française).

L'ordonnance du 23 septembre 1983 de la République Française.

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 de restaurer, corriger ou modifier les fonctions organiques. Cette définition découlant de la modification de l'article L511 du code de santé publique par l'ordonnance du 23 Septembre 1967, est établie par la pharmacopée européenne [9].

- Spécialité pharmaceutique :

Tout médicament découvert ou synthétisé par un laboratoire pharmaceutique est propriété de celle-ci, propriété protégée par un brevet qui couvre le monopole d'exploitation pendant une durée, présenté sous conditionnement, un nom de fantaisie faisant l'objet d'une marque déposée. Le médicament peut être vendu sous plusieurs noms de spécialité [10].

- Médicament générique :

Le médicament générique provient d'une spécialité pharmaceutique dont le brevet est devenu caduque. Il est fabricable par d'autres firmes pharmaceutiques [11].

Il ne fait pas actuellement l'objet d'une définition claire et précise.

Selon l'OMS, c'est le médicament dont l'appellation se fait par un nom scientifique abrégé basé sur la substance active utilisée, la Dénomination Commune Internationale (DCI) [12].

La copie peut porter sur la spécialité pharmaceutique : le code de la santé publique parle, de façon limitative, de "spécialité essentiellement similaire » (composition qualitative et quantitative similaire en principe actif, forme galénique et excipients identiques, biodisponibilité équivalente). Quand la copie porte sur la seule dénomination commune internationale, l'OMS évoque la notion extensive et interchangeable de produit pharmaceutique multi source.

Il s'agit, en l'espèce, d'équivalent thérapeutique : dénomination commune internationale identique ou approché n'impliquant aucune modification des indications médicales, variations possibles dans la composition quantitative en principe actif et/ou des excipients et/ou de la forme galénique.

En superposition à ces définitions réglementaires et thérapeutiques, apparaissent les notions commerciales de "générique vrai" : appellation en DCI accolée éventuellement au nom du laboratoire fabriquant (exemple : Métronidazole UBI, générique de la spécialité FLAGYL), et de "générique marqué" : nouveau nom de marque de la copie d'une spécialité (génériques AGRAM, AMODEX, copies de la spécialité CLAMOXYL, DCI= Amoxicilline).

- **Dénomination Commune Internationale (OMS)**

Nom reconnu à l'échelle mondiale pour désigner chaque substance pharmaceutique en substitution à son nom chimique rarement simple.

- **Définition du médicament essentiel :**

Selon l'OMS ce sont les "médicaments qui répondent à des besoins médicaux réels ; qui ont une valeur thérapeutique significative ; qui sont d'un niveau acceptable de sécurité et de qualité satisfaisante pour leur prix" [13].

Ces médicaments peuvent être sous forme générique ou de spécialité.

- **Définition du médicament essentiel générique**

Ce sont les médicaments répondant aux caractéristiques du médicament essentiel telles que définies et qui sont commercialisés sous leur DCI. Ils donnent l'avantage d'un faible coût.

2.2 Prescription médicale

2.2.1 Définition :

- **Ordonnancier :**

C'est un registre officiel (coté et paraphé) sur lequel le pharmacien doit inscrire le contenu de certaines ordonnances (nom du médicament délivré, quantité, nom et adresse du malade et

celui du médecin). Il permet de situer la responsabilité en cas de préjudice causé par le produit [23].

- Ordonnance médicale :

C'est un document permettant au malade de savoir comment il faut mener son traitement et au pharmacien quel médicament il faut délivrer. Il est préférable de lire l'ordonnance au malade ; le pharmacien doit y trouver toutes les indications utiles à la délivrance.

L'ordonnance médicale doit comporter les caractéristiques suivantes :

- Identité, adresse du médecin traitant ;
- Dénomination des médicaments (DCI de préférence), forme galénique, dosage, posologie, mode d'administration ;
- Date, signature du médecin traitant ;
- A titre facultatif mais souvent important : le nom, l'âge du malade [23].

2.2.2 Règles de rédaction de l'ordonnance médicale [23] :

- Prescription des médicaments contenant des substances vénéneuses :

Dans les établissements les médicaments contenant des substances vénéneuses ne peuvent être prescrits que par :

- Les médecins, les chirurgiens-dentistes (dans les limites prévues) et les sages-femmes (dans les limites prévues) de l'établissement remplissant les conditions définies par le code de la santé publique,
- Les internes ayant reçu délégation des médecins dont-ils relèvent ;

Le directeur de l'établissement communique à la pharmacie la liste des prescripteurs en assurant la mise à jour. Cette liste comporte le nom, la qualité, signature ou tout autre mode d'identification de ces prescripteurs avec intitulé précis de leurs fonctions.

Les prescriptions de médicaments sont individuelles et effectuées par écrit, datées et signées du prescripteur. La signature doit être authentifiable, l'original de la prescription est conservé dans le dossier médical, une copie est remise à la pharmacie. Toutefois, la prescription peut être faite de manière informatisée sous réserve que le prescripteur soit identifié, la prescription mémorisable et l'édition sur papier possible.

Les prescriptions mentionnées doivent comporter :

- L'identification de l'établissement et de l'unité de soins ;
- L'identification du prescripteur avec l'intitulé précis de sa fonction ;

- L'identification précise du malade : le nom, le prénom, le sexe, l'âge, le cas échéant, la taille et le poids ;
- L'identification du ou des médicaments : la dénomination et ; la forme pharmaceutique ; le dosage ; la posologie et la durée du traitement ; la voie d'administration ;
- Toute autre information nécessaire à la dispensation des médicaments concernés.

Toutes les précautions doivent être prises pour éviter les pertes, les vols et les falsifications des ordonnances. A cet effet, les prescriptions écrites sont effectuées sur des ordonnances réservées à l'usage de l'établissement, extraites de blocs d'ordonnances numérotés et paginés.

- Code de déontologie médicale : Code de déontologie (extraits) :

Article 8 : Le médecin est libre de ses prescriptions dans les limites autorisées par la loi :

- Les prescriptions devront être appropriées aux circonstances
- Le médecin devra limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, sécurité et efficacité des soins.

Article 34 : Le prescripteur doit établir ses prescriptions avec clarté, et il doit veiller à ce qu'elles soient comprises.

Article 39 : Les médecins ne doivent proposer que des thérapeutiques éprouvées.

Article 40 : Les médecins ne doivent pas par leur thérapeutique faire courir au patient un risque injustifié.

- Le Code de la Santé Publique prévoit que le pharmacien ne pourra délivrer de médicaments que sur prescription médicale et le pharmacien possède le monopole de la délivrance des médicaments.

2.2.3 Liste de médicaments (anciennement « tableau ») :

Lorsque « l'autorisation de mise sur le marché (AMM) » est accordée par le ministère en charge de la santé à un médicament nouveau pouvant présenter quelque danger pour les utilisateurs, ce médicament est inscrit sur une liste, dite des « substances vénéneuses ».

- Dénomination ancienne :

Jusqu'au 31 décembre 1988, il existait 3 listes de médicaments, regroupés en fonction des caractères communs de dangers ; ces listes étaient désignées sous le nom de « tableau » :

- Le tableau C, ou des substances « dangereuses ».
- Le tableau A, ou des substances « toxiques ».
- Le tableau B, ou « stupéfiants ».

- Dénomination actuelle :

Depuis le 31 décembre 1988, la répartition des seuls médicaments en trois

« Tableaux » est abandonnée, et désormais ce sont toutes les substances « vénéneuses » y compris les médicaments qui sont classées comme suit :

Substances dangereuses : rarement des médicaments, sauf cas particuliers, ce sont plutôt :

- Des substances et préparations très toxiques pouvant provoquer la mort ou des lésions graves,
- Des substances corrosives ou pouvant provoquer des lésions inflammatoires par simple contact avec les tissus,
- Des substances à potentialité mutagène, tératogène, cancérigène.

Substances « stupéfiantes » : leur liste correspond à l'ancien « tableau B » réactualisé. Encore désignée sous le nom de « substances toxicomanogènes » ou de « substances donnant lieu à abus », ces substances vénéneuses ont la propriété, d'une part de créer un état de besoin irrépressible qui caractérise la « dépendance », d'autre part d'entraîner progressivement une dégradation psychique, somatique et sociale de l'individu qui se livre à leur usage.

Désormais, trois durées maximales de prescription sont possibles :

- Sept jours demeurent la règle pour les médicaments classés comme stupéfiants et administrés par voie parentérale habituelle.
- Quatorze jours deviennent la règle pour les médicaments à base de sels de morphine autre que le sulfate, administrables per os.
- Vingt-huit jours deviennent la règle pour : les préparations orales de sulfate de morphine administrées par voie orale ; le chlorhydrate de morphine « administré à l'aide de systèmes actifs de perfusion » ; et les médicaments à base de méthylphénidate.

Substances psychotropes : la réglementation particulière de ces substances est de modifier le fonctionnement psychique, mais cela ne concerne pas spécialement la pratique médicale : il s'agit d'encadrer leur production, détention, vente, conditionnement, prescription et utilisation.

Médicaments des listes I et II :

Liste I : cette liste est celle des médicaments présentant les risques les plus élevés pour la santé. Elle regroupe les médicaments de l'ancien « tableau » avec une réglementation particulière concernant :

- Le conditionnement et l'emballage : étiquette comportant un espace blanc entouré d'un filet rouge.
- Les conditions de détention : armoire ou locaux fermés à clefs et ne contenant rien d'autre que des substances classées « toxiques » ou « Très toxiques ».
- La délivrance par le pharmacien : elle se limite strictement à la quantité exacte prescrite en TOUTES LETTRES sur l'ordonnance, sans possibilité pour le malade d'obtenir le renouvellement.
- Durée de prescription selon les règles générales

Liste II : c'est la liste des médicaments de l'ancien « tableau C », c'est-à-dire des substances vénéneuses considérées comme moins dangereuses que les précédentes pour lesquelles les conditions d'achat par le malade sont moins limitées : avec la même ordonnance, sauf mention contraire du médecin.

Toutefois, la durée de prescription obéit à la règle générale.

2.3 Politique de santé et système de santé du Mali

La politique de santé du Mali est définie selon la **loi N° 02-049 du 22 juillet 2002** portant sur l'orientation de la santé. Cette politique de santé est basée sur les principes de soins de santé primaire, sur l'initiative de Bamako et sur la stratégie africaine de développement sanitaire. Les objectifs de la politique nationale de santé sont aussi définis par la même loi à savoir :

- ❖ Améliorer l'état de santé des populations,
- ❖ Améliorer la couverture sanitaire du pays,
- ❖ Rendre le système de santé viable et performant.

L'évolution de la politique sanitaire du Mali est caractérisée par l'adoption par le gouvernement en 1990 d'une politique sectorielle de santé qui s'est traduite par des réformes institutionnelles du secteur. Cette politique sectorielle de santé est basée sur les soins de santé primaire (adoptée par O.M.S en Alma ATA en 1978) et l'initiative de Bamako (adoptée en 1987 par les ministres africains de la santé sous l'égide de l'O.M. S et de l'UNICEF).

La mise en œuvre de cette politique sectorielle a conduit à l'adoption en 1998 par le gouvernement du Mali d'un plan décennal de développement sanitaire et social (PDSS) et d'un programme quinquennal appelé PRODESS (programme de développement sanitaire et social) couvrant la période 1998-2002 pour la première phase. La deuxième phase du PRODESS a été adoptée et constitue la base de l'orientation actuelle de la politique de santé au Mali. La politique sanitaire accorde aussi une place importante au secteur privé. Selon le

plan structurel et fonctionnel, le système de santé est structuré en trois niveaux : central, régional et subrégional (**loi N° 02-049 du 22 Juillet 2002**).

- ❖ Les établissements publics hospitaliers qui regroupent principalement les hôpitaux régionaux et les hôpitaux nationaux.
- ❖ Les centres de santé de référence, correspondant aux « hôpitaux du district ».
- ❖ Les établissements de santé privés qui regroupent les établissements privés à but lucratif et les établissements de santé privés à but non lucratif. Ces derniers comprennent les établissements de santé créés et gérés par des associations, des fondations ou des congrégations religieuses. Ceux, créés par des associations sont dénommés « centres de santé communautaire » (**loi N° 02-049 du 22 Juillet 2002**).

Les établissements de santé par leur nombre et principales missions peuvent être schématiquement présentés suivant une logique pyramidale.

Cette logique est plutôt fonctionnelle qu'administrative [14].

2.4 La politique des médicaments essentiels en DCI au Mali :

2.4.1 Historique et concept des médicaments essentiels

Le médicament essentiel doit être efficace, sûr et de qualité fiable [15]. En un premier stade, un comité d'experts de l'OMS a dressé une liste modèle comportant 200 (deux cents) médicaments essentiels, publiée en 1977 puis révisée en 1979 et en 1983[8].

Mais cette liste de l'OMS n'est qu'un guide pour les différents pays.

En 1978, la conférence d'Alma-Ata a retenu la fourniture des médicaments essentiels parmi les principales composantes des soins de santé primaires.

La liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS a été accueillie avec surprise, réticence et indignation par certains milieux tandis qu'elle apportait dans d'autres une lueur d'espoir [16].

La sélection des médicaments essentiels dépend des maladies et affections locales les plus courantes et des capacités du personnel de santé qui utilise ces médicaments [15].

Le programme d'action de l'OMS concernant les médicaments essentiels a été lancé en 1981. L'OMS préconise l'adoption par chaque pays d'une politique pharmaceutique nationale fournissant les structures d'approvisionnement, de distribution et de contrôle ou des systèmes de contrôle, afin de garantir des médicaments sûrs et efficaces, de qualité bien établie, utilisés convenablement [17].

En 1982, la trente cinquième assemblée mondiale sur la santé a précisé les principaux éléments de la politique des médicaments essentiels [18] :

- identifier les besoins thérapeutiques ;
- sélectionner les médicaments sur la base du faciès épidémiologique local ;
- créer ou renforcer le système d'approvisionnement en médicament ;
- promouvoir le bon usage du médicament par des informations objectives aux prescripteurs ;
- assurer le contrôle de qualité des médicaments.

En 1987 au cours d'une instance régionale de l'OMS tenue à Bamako, le concept de l'Initiative de Bamako est introduit.

2.4.2 La politique des médicaments essentiels au MALI

De l'indépendance à nos jours, le Mali a connu deux plans décennaux de développement sanitaire et social, celui de 1967 à 1976 et celui de 1981 à 1990. Si au cours du premier plan, le financement a été entièrement réalisé par l'état, le second a été exécuté avec une légère ouverture vers la participation des populations à la prise en charge de leurs problèmes de santé. Le troisième plan, celui de 1998 à 2007, devrait permettre aux populations un meilleur accès aux soins de santé par une synergie d'action et une plus grande complémentarité entre les secteurs publics, privés et communautaires [14].

2.4.2.1 La politique sectorielle de santé et de population :

La politique sectorielle de santé et de population adoptée par le Mali en décembre 1990, est conforme d'une part aux grands principes de l'OMS dont il est membre et d'autre part à ses propres réalités socio-économiques et culturelles. En faisant siens les principes de l'initiative de Bamako (1987) et les conclusions de la conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaire (1978), ont permis l'O.M. S à retenir quatre stratégies majeures :

- ❖ L'extension de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité des prestations,
- ❖ La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels à travers une série de mesures dont la réforme pharmaceutique au sein de laquelle la PPM joue un rôle central,
- ❖ La participation communautaire dans la gestion du système,
- ❖ La mobilisation des ressources nécessaires au financement du système
- ❖ La mobilisation des ressources nécessaires au financement du système de santé y compris par le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires [14].

2.4.2.2 Extension de la couverture sanitaire :

L'extension de la couverture sanitaire porte sur l'ensemble du dispositif de santé. Au premier niveau de la pyramide sanitaire, elle se fait à travers la création des CSCOM et la revitalisation des CSAR. Ces centres que l'on retrouve à l'intérieur des circonscriptions socio-sanitaires des cercles et des communes sont les centres les plus rapprochés possibles des populations et capables de dispenser le paquet minimum d'activités (curatif, préventif et promotionnel) dans la mesure où les populations organisées en ASACO, participent à la mise en place et à la gestion de ces centres. C'est dans ce cadre que se crée entre l'état et les ASACO, un partenariat basé sur une convention d'assistance mutuelle. La participation communautaire est définie dans l'arrêté Interministériel N°50-92 /MSSPA-MATS-MFC du 21 Avril 1994 qui fixe les conditions de création et de gestion des centres de santé de premier échelon et de première référence [19].

2.4.2.3 Evolution du secteur pharmaceutique :

Cette évolution est caractérisée par quatre périodes importantes :

❖ La période de 1960 à 1983 :

Période durant laquelle l'état a pris en charge la plupart des fonctions du secteur pharmaceutique à travers deux structures publiques d'importation et de distribution des médicaments (PPM et PHARMAPPRO).

❖ La période de 1983 à 1989 caractérisé par :

- la mise en pratique des principes de l'I.B dans le domaine de la distribution,
- la levée du monopole de la PPM qui est traduite par la signature d'un contrat plan entre l'état et la PPM faisant d'elle son outil privilégié en matière d'approvisionnement en M.E,
- la mise en place de nouvelles expériences de distribution de médicaments à Ségou (Projet SSP-Ségou), Sikasso (Projet PSMP/PSF) et Koulikoro (PAPDK),
- la mise en œuvre du PDSII à travers le Projet Santé Population et Hydraulique Rurale (PSPHR) qui contribue entre autres à l'accélération de la création de dépôt communautaire au niveau des établissements sanitaires,
- la création du Laboratoire Nationale de la Santé.

❖ La période à partir de Janvier 1994(dévaluation du franc FCFA), caractérisée par :

- la mise en place d'un système d'approvisionnement appelé Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des M.E,

- accord entre les distributeurs privés et le MSSPA sur la mise en place de marges maximums sur les médicaments et la distribution des médicaments essentiels,
- fixation par le MSSPA des marges maximums dans les formations sanitaires publiques et communautaires, - rétablissement de l'inspection de la santé et l'action sociale.

2.5 Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) :

Aux termes de la **loi N°02-049 du 22 Juillet 2002** portant sur l'orientation de la santé, la politique pharmaceutique est partie intégrante de la politique sanitaire. Cette politique pharmaceutique vise à rendre accessible géographiquement, physiquement et financièrement à la population les médicaments essentiels de qualité y compris ceux de la pharmacopée traditionnelle et les produits sanguins sécurisés. La politique pharmaceutique nationale (PPN) actuelle du Mali a été adoptée en 1999 dans le cadre du PRODESS. Elle est fondée sur la promotion et l'utilisation des médicaments essentiels. Les objectifs principaux de la politique pharmaceutique nationale du Mali sont de :

- ❖ Développer la diffusion des médicaments génériques essentiels en DCI,
 - ❖ Développer la complémentarité entre le secteur privé, public et communautaire dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments et autres produits du domaine pharmaceutique,
 - ❖ Améliorer les pratiques de prescription et de dispensation des médicaments,
 - ❖ Garantir la disponibilité des médicaments et autres produits pharmaceutiques par un système de recouvrement des coûts,
 - ❖ Développer la recherche au niveau de la pharmacopée traditionnelle et promouvoir la production de médicaments traditionnels, assurer la qualité des médicaments et des autres produits pharmaceutiques
 - ❖ Assurer la disponibilité et la qualité des analyses biomédicales par niveau de soins,
- Améliorer le cadre d'application de la législation et de la réglementation pharmaceutique.

La mise en œuvre de la politique pharmaceutique a abouti à la création en fin 2000 d'une direction de la pharmacie et du médicament (la DPM). Cette direction est principalement chargée du suivi de la mise en application de la politique pharmaceutique. Le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution de Médicaments Essentiels constitue un pilier important de cette politique [14].

2.5.1 La sélection des médicaments essentiels :

C'est l'identification des besoins qualitatifs en médicaments en se basant sur les pathologies les plus fréquentes. Actuellement une liste des médicaments essentiels en dénomination commune internationale (DCI), qui date du 27 JUIN 2012 couvre près de 90% des besoins en médicaments du pays, cette référence est faite de **l'arrête N° 2012 - 1741/MS-SG du 27 JUIN 2012.**

2.5.2 L'approvisionnement et la distribution :

L'approvisionnement et la distribution dans les établissements publics sont assurés surtout par la P.P.M et l'U.M.P.P.

2.5.3 L'usage rationnel des médicaments :

Il consiste à mieux prescrire et mieux dispenser dans le plus grand intérêt du malade. En clair la politique pharmaceutique nationale du Mali veut rendre accessible géographiquement, physiquement et financièrement à la population des médicaments essentiels de qualité.

2.6 Schéma Directeur D'approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME) :

Le schéma directeur d'approvisionnement a été initié et mis en œuvre en 1995 avec l'appui des partenaires techniques et financiers (FED, O.M.S, coopération Canadienne, coopération Belge, coopération Française, coopération Allemande, coopération Hollandaise...) dans le cadre du volet approvisionnement en médicaments essentiels de la politique de santé et de population. Ce schéma s'appuie sur des principes qui devraient garantir une pérennité du système d'approvisionnement. Dans ce cadre, des stocks dits stocks initiaux en médicaments et dispositifs médicaux ont été attribués aux différentes formations sanitaires (hôpitaux, centres de santé de cercle ou commune, centres de santé communautaires) avec des objectifs spécifiques et des principes fondamentaux et de fonctionnement dont :

- ❖ instituer et pérenniser un autofinancement des médicaments et dispositifs médicaux à travers un recouvrement de coût,
- ❖ procéder à une bonne gestion pour maintenir au moins le capital alloué en dotation initiale,
- ❖ séparer les comptes liés aux recettes de médicaments des autres comptes d'activités du centre,
- ❖ éviter toute rupture de stock de médicaments essentiels selon la liste établie,
- ❖ maintenir le coût de l'ordonnance le plus bas possible,

- ❖ améliorer la qualité de la prescription et de l'usage du médicament,
- ❖ améliorer la participation des populations bénéficiaires à la gestion des structures de santé à travers les comités de gestion.

Dans la mise en œuvre de ce schéma d'approvisionnement, la pharmacie populaire du Mali (PPM) est une structure privilégiée qui a été chargée d'approvisionner les établissements de santé du secteur public en produits pharmaceutiques.

Cependant le schéma prévoit la possibilité pour un établissement public de santé de payer des produits pharmaceutiques auprès d'une société grossiste privée installée au Mali et cela lorsque ces produits ne sont pas disponibles au niveau de la PPM. Pour garantir la qualité des médicaments importés, des échantillons prélevés devraient être analysés au niveau du Laboratoire National de la Santé. Dans ce système d'approvisionnement un avantage est accordé aux médicaments fabriqués localement au Mali par des unités industrielles telle que l'UMPP. Dans la pratique, le fonctionnement du schéma directeur d'approvisionnement détermine le circuit du médicament dans le secteur public. Ce circuit peut être décrit comme suit :

- ❖ Les produits pharmaceutiques sont achetés par la PPM et stockés au niveau de ses magasins centraux à partir desquels ils sont vendus aux pharmacies des hôpitaux nationaux ou livrés au niveau des magasins régionaux de l'entreprise. Les Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) s'approvisionnent aussi à partir des magasins régionaux de la PPM du district de Bamako. Le coefficient de vente établi entre la PPM et les hôpitaux nationaux est de 1,325 à partir du prix d'acquisition des produits par la PPM,
- ❖ Les magasins régionaux de la PPM vendent les médicaments et dispositifs médicaux aux pharmacies des EPH régionaux et aux dépôts répartiteurs des centres de santé de référence. Le coefficient de vente établi à ce niveau est le même que dans le cas des EPH du district,
- ❖ Les Dépôt Répartitive de Cercle (DRC) sont chargés de vendre les médicaments et dispositifs médicaux au dépôt de vente (DV) du centre de santé de référence et aux DV des centres de santé communautaires relevant de la circonscription du cercle en question.

Il n'existe pas de DRC dans les centres de santé de référence de commune du district de Bamako, les DV de ces centres et les CSCOM du district s'approvisionnent directement au niveau du magasin régional de la PPM du district.

❖ Les DV sont chargés de la dispensation des médicaments prescrits aux malades. Le coefficient de vente établi entre le DRC et le DV est de 1,15 et de 1,20 entre le DV et les patients avec un coefficient maximum de 1,30 à ce niveau. Pour les EPH, les centres de santé de référence de commune du district de Bamako et les CSCOM du district de Bamako, le coefficient appliqué pour fixer le prix de vente aux patients est de 1,15 à partir du prix d'acquisition à la PPM. Ces différents coefficients ont été fixés au démarrage du SDADME puis validés par un décret portant réglementation des prix des médicaments essentiels en DCI de la liste nationale des médicaments essentiels (Décret N°03-218/PRM du 30 Mai 2003).

[14]

METHODOLOGIE

3 METHODOLOGIE :

3.1 Lieu et cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans la commune III du district de Bamako, précisément dans le CHU Point G et le CHU Gabriel TOURE.

3.1.1 Historique de la commune III :

Bamako est la capitale du Mali, elle est située sur les deux rives du fleuve Niger, dans le sud-ouest du pays. En 2009 selon la direction nationale de la statistique, la ville comptait 1 809 106 habitants. Bamako est le centre administratif du pays et est érigée en district par l'ordonnance du 12 juillet 1977. Bamako devient un district, collectivité décentralisée régie par un statut particulier. La loi du 11 février 1993 définit le district de Bamako comme une collectivité territoriale dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière et subdivisée en six communes.

A l'instar des autres communes du district de Bamako, la commune III a été créée par ordonnance n° 78/32/CMLN du 18 août 1978.

Cette ordonnance est complétée par les lois :

- N° 93-008 Déterminant les conditions de la libre administration publique modifiée par la loi n° 96056 du 16 octobre 1996
- N° 95-034 AN-RM du 12 avril 1995 du code des collectivités territoriales
- N° 96-025 du 25 février 1996 portant statut particulier du district de Bamako

Elle couvre une superficie d'environ 23 km² soit 7% de la superficie de Bamako répartis entre 20 quartiers avec une densité moyenne de 3920 habitants/km²

Elle comporte l'hôpital CHU Point G et Gabriel TOURE, le CSref commune III, le centre commercial et bien d'autres zones à caractère économique.

3.1.2 Présentation du CHU Point G :

Le CHU du Point G était au paravent était un hôpital militaire colonial de Bamako encore appelé Diamadiê Koulou, créé en février 1906 c'est un hôpital de 3e référence, sise sur la colline du Point G à Bamako sur la route de Kati, sur une superficie de 25 Hectare, il était administré par des médecins militaires français jusqu'en 1958, il est situé à 83 mètres au-dessus du fleuve Niger. Trois pavillons étaient réservés au européens dont un aux femmes et aux Indigènes. L'hôpital en ce temps pouvait recevoir 40 européens et 60 Indigènes. D'après le Pr Kaminian B., lors de son intervention au premier centenaire de l'hôpital du Point G a

rappelé qu'au Soudan ; « les premières structures médicales modernes sont l'œuvre de l'armée d'occupation qui en avait besoin pour soigner les blessés des opérations militaires menées contre les résistants africains, et pour assurer la couverture sanitaire des populations européennes de toutes catégories impliquées dans la colonisation et les auxiliaires de l'entreprise coloniale. » A cette époque, la construction de l'hôpital prévue pour abriter 120 Lits a coûté 1.500.000 Francs de l'époque, et il était destiné aux besoins d'une population de 4000 personnes.

Le CHU Point G comprend :

- l'unité des urgences et médicaux chirurgicaux.
- les services de médecine : médecine interne, hémato- oncologie médicale, cardiologie, néphrologie, pneumo-physiologie, neurologie, infectiologie, psychiatrie, rhumatologie.
- les services de chirurgie : chirurgie A, chirurgie B, gynéco obstétrique, anesthésie – réanimation, urologie ;
- le service d'imagerie médicale et de médecine nucléaire ;
- le service du laboratoire d'analyse médicale ;
- le service de la pharmacie hospitalière ;
- le service de maintenance ;
- la direction constituée par ses composantes administratives, financières, comptables et d'informations hospitalières ;

3.1.3 Présentation du CHU Gabriel TOURE :

L'ancien dispensaire central de Bamako a été créé en 1951 et érigé en hôpital le 17 janvier 1959.

Il sera baptisé « Hôpital Gabriel TOURE » en hommage au sacrifice d'un jeune étudiant en médecine originaire du Soudan français (actuel Mali) mort lors d'une épidémie de peste, maladie qu'il contracta au cours de son stage en 1934. L'Hôpital Gabriel TOURE a évolué en Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) en 1992, doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion.

L'Hôpital Gabriel TOURE (hôpital national), était l'un des quatre (04) établissements publics (hôpitaux nationaux) à caractère administratif (EPA) institués, par la loi n°92-024 AN-RM du 05 octobre 1992 ; avant de devenir (EPH) par la loi n°03-022 AN-RM du 14 juillet 2003 aux termes de laquelle il a quatre (04) missions principales à savoir :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;

- Assurer la prise en charge des urgences et des cas référés ;
- Participer à la formation initiale et continue des professionnels de la santé et des étudiants ;
- Conduire les travaux de recherche dans le domaine médical.

Situé en commune III et bâti sur une superficie de 3,1 hectares, l'Hôpital Gabriel TOURE comprend une administration, 7 départements regroupant 26 services et des unités depuis la décision n° 0386/DGHGT du 30 novembre 2009 suite à la mise en œuvre du Projet d'établissement. Il s'agit de :

- Département de médecine regroupant les services suivants : Hépto-Gastro-entérologie ; Cardiologie ; Neurologie ; Diabétologie ; Dermatologie.
- Département de chirurgie regroupant les services suivants : Chirurgie générale ; Traumatologie et orthopédie ; Oto Rhino Laryngologie (ORL) ; Urologie ; Neurochirurgie ; Chirurgie pédiatrique ; Médecine physique (Kinésithérapie).
- Département d'anesthésie réanimation et médecine d'urgence comprenant les services : Anesthésie ; Réanimation adulte ; Service d'Accueil des Urgences.
- Département de gynécologie-Obstétrique qui regroupe les services ci-après : Gynécologie ; Obstétrique.
- Département d'imagerie médicale comprenant les services : Scanner ; Mammographie et radiologie conventionnelle.
- Département des services médico-techniques qui comprend les services : Laboratoire d'analyses médicales ; Pharmacie.
- Département de pédiatrie composé de deux services : Pédiatrie générale ; Néonatalogie.

Les services tels que la maintenance et le service social sont placés en staff à la direction. L'Unité d'hygiène et assainissement et la Buanderie sont rattachées à la Surveillance générale, la morgue à la Direction médicale et la Cuisine à la Direction administrative. Chaque département est dirigé par un Chef de département.

L'hôpital travaille en partenariat avec plusieurs ONG, organismes et programmes nationaux et internationaux. Des donateurs anonymes et diverses associations religieuses et bénévoles interviennent de manière ponctuelle auprès des patients.

Les activités de l'hôpital s'inscrivent entièrement dans la mise en œuvre du service public hospitalier.

3.2 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive qualitative sur une période d'un an, d'Aout 2018 à juillet 2019.

3.3 Population d'étude :

Notre population d'étude était composée de médecins prescripteurs exerçant dans le CHU Point G et le CHU Gabriel TOURE.

3.4 Echantillonnage

Nous avons fait une sélection aléatoire des médecins prescripteurs au niveau des services émanant des prescriptions médicales dans les deux hôpitaux.

Le choix des médecins comme prescripteurs s'explique par le fait qu'il constitue la couche la plus influente dans la prescription médicale.

3.4.1 Taille de l'échantillon

Comme taille de l'échantillon nous nous sommes fixés une moyenne de 100 prescripteurs au niveau des deux hôpitaux de façon homogène.

Les prescripteurs ont été interrogés par entretien direct ou sur rendez-vous.

3.4.2 Critères d'inclusion :

Etaient inclus dans notre étude :

- Tous les médecins prescripteurs ayant accepté de participer à notre étude.
- Tous les médecins prescripteurs exerçant dans l'une des services suivant Pédiatrie, Neurologie, Gastrologie, ORL, Pneumologie, Cardiologie, Urgences, Psychiatrie, Urologie, Infectiologie

3.4.3 Critères de non inclusion :

N'étaient pas inclus dans notre étude :

- Tous les médecins prescripteurs n'ayant pas accepté de prendre part à notre étude.
- Tous les médecins prescripteurs exerçant dans les services de Radiologie, Anesthésie, Réanimation, Anatomopathologie faisant l'objet d'une prescription médicale très limitée.

3.5 Outil et Collecte des données :

Les fiches d'enquête ont été saisies sur MICROSOFT WORD 2010 et utilisées comme outil de collecte des données.

Ces fiches comportant au total 14 questions ont été remplies par les médecins prescripteurs (répondant aux critères d'inclusion).

3.6 Variables étudiées :

Les variables récoltées seront :

- Le statut, l'âge et le sexe des prescripteurs
- Le niveau d'information des prescripteurs sur les médicaments génériques
- Le pourcentage de prescription en DCI et en Spécialité
- Le choix de prescription en DCI face à un malade et face à une maladie
- Les obstacles de la prescription des médicaments génériques

3.7 Saisie et Analyse des données :

Les données ont été saisies et traitées sur le logiciel word 2010 et analysées par les logiciels Excel 2016 et SPSS Statistic 21.

Le logiciel Excel fut utilisé pour le traitement des questions à multiples réponses.

3.8 Considérations éthiques :

La confidentialité et l'anonymat des médecins prescripteurs ont été assurés pour toutes les informations recueillies au cours de notre étude.

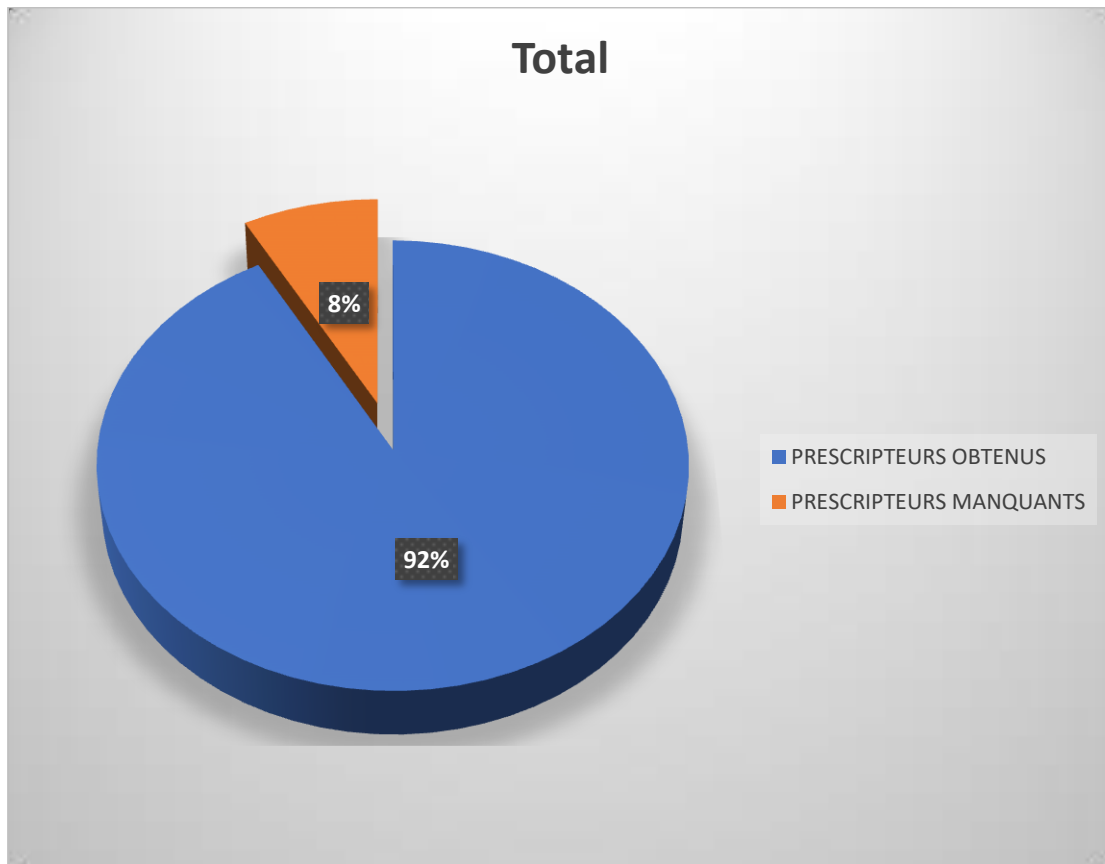
Le protocole a été clairement expliqué avant de remplir les fiches d'enquête.

RESULTATS

4 RESULTATS

Notre étude était constituée de 100 prescripteurs.

Nous avons pu nous entretenir avec 92 médecins prescripteurs, ainsi 92 fiches d'enquête ont été récupérées soit un taux de réponse de 92 %.



4.1 Identification du prescripteur

Tableau I : Répartition des prescripteurs selon leur statut

Statut	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Médecin généraliste	78	84,8
Médecin spécialiste	14	15,2
Total	92	100

Il ressort de ce tableau que 84,8% des prescripteurs étaient des médecins généralistes.

Tableau II : Répartition des prescripteurs selon leur âge

Tranche d'âge	Effectif (n)	Pourcentage (%)
28-33	39	42,4
34-39	43	46,7
40-45	10	10,9
Total	92	100

46,7% des prescripteurs avaient leur âge compris entre 34 à 49 ans.

Tableau III : Répartition des prescripteurs selon leur sexe

Sexe	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Masculin	63	68,5
Féminin	29	31,5
Total	92	100,0

Le sexe masculin était le plus représenté avec un effectif de 63 soit 68,5%

Tableau IV : Répartition des prescripteurs selon leur durée d'exercice (pratique médicale)

Durée d'exercice (pratique médicale)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Moins de 05 ans	62	67,4
05-10 ans	30	32,6
Total	92	100,0

La majorité des prescripteurs soit 67,4% avaient une expérience d'exercice d'au moins de 05 ans

4.2 Définition du médicament générique

Tableau V : Répartition des prescripteurs selon leur connaissance sur la définition du médicament générique

Définition du médicament générique	Effectif (n)	Pourcentage (%)
A le même principe actif que la molécule mère	48	52,17
Est bio équivalent avec la molécule mère	16	17,39
A le même principe actif et bio équivalent que la molécule mère	23	25
A le même excipient que la molécule mère	5	5,44
Total	92	100

52,17 % des médecins estiment que le médicament générique a le même principe actif que la molécule mère (n=48).

4.3 Information sur la prescription du générique :

Tableau VI : Répartition des prescripteurs selon leur information sur le MEG

Êtes-vous informé sur les MEG	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Informé	85	92,4
Non informé	7	7,6
Total	92	100,0

La plupart des prescripteurs (n=85) déclaraient être informé sur les MEG avec un taux de 92,4%

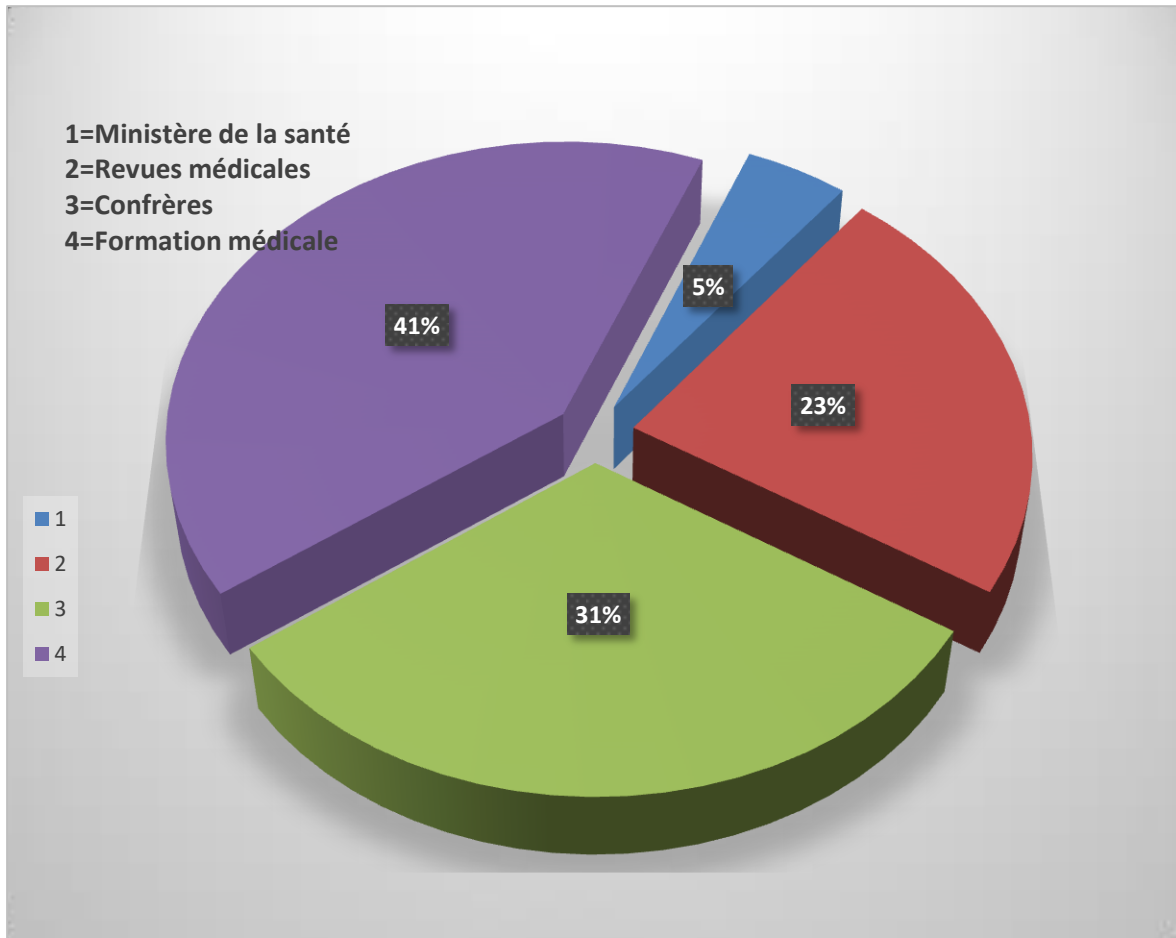


Figure 1:Source d'information sur le MEG

5% des médecins, déclaraient recevoir l'information sur la prescription du médicament générique du ministère de la santé.

Tableau VII : Répartition des prescripteurs selon leur satisfaction des sources d'information

Degré de satisfaction	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Très satisfaisantes	2	2,2
Satisfaisantes	29	31,5
Moyennement satisfaisantes	35	38,0
Peu satisfaisantes	26	28,3
Total	92	100,0

Les sources d'information étaient moyennement satisfaisantes pour la majorité des prescripteurs avec un taux de 38%.

4.4 Disponibilité de des listes LNME et DCI-Spécialité

Tableau VIII : Répartition des prescripteurs selon la disponibilité de la LNME

Disponibilité de la LNME	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Disponible	9	9,8
Non disponible	83	90,2
Total	92	100,0

La majorité des médecins ne disposaient pas de liste nationale des ME en DCI avec un taux de 90,2%.

Tableau IX : Répartition des prescripteurs selon la disponibilité de la liste de correspondance Spécialité-DCI

Disponibilité de la liste Spécialité-DCI	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Disponible	40	43,5
Non disponible	52	56,5
Total	92	100,0

La majorité des médecins ne disposaient pas de tableau de correspondance spécialité-DCI avec un taux de 56,6%.

4.5 Prescription du médicament générique

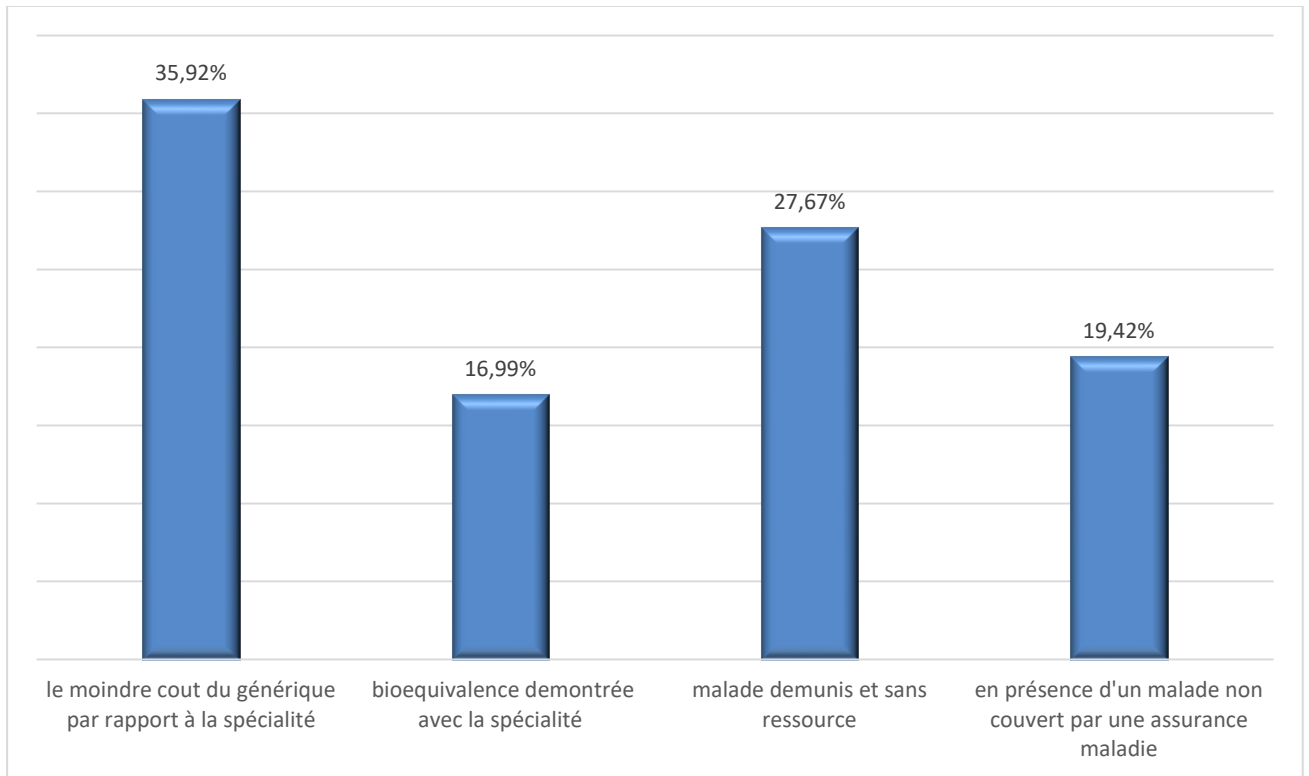


Figure 2 : facteurs motivants la prescription en DCI

La figure ci-dessus illustre que la majorité des prescripteurs prescrivent les médicaments génériques en DCI à cause du moindre cout avec un taux de 35,92%.

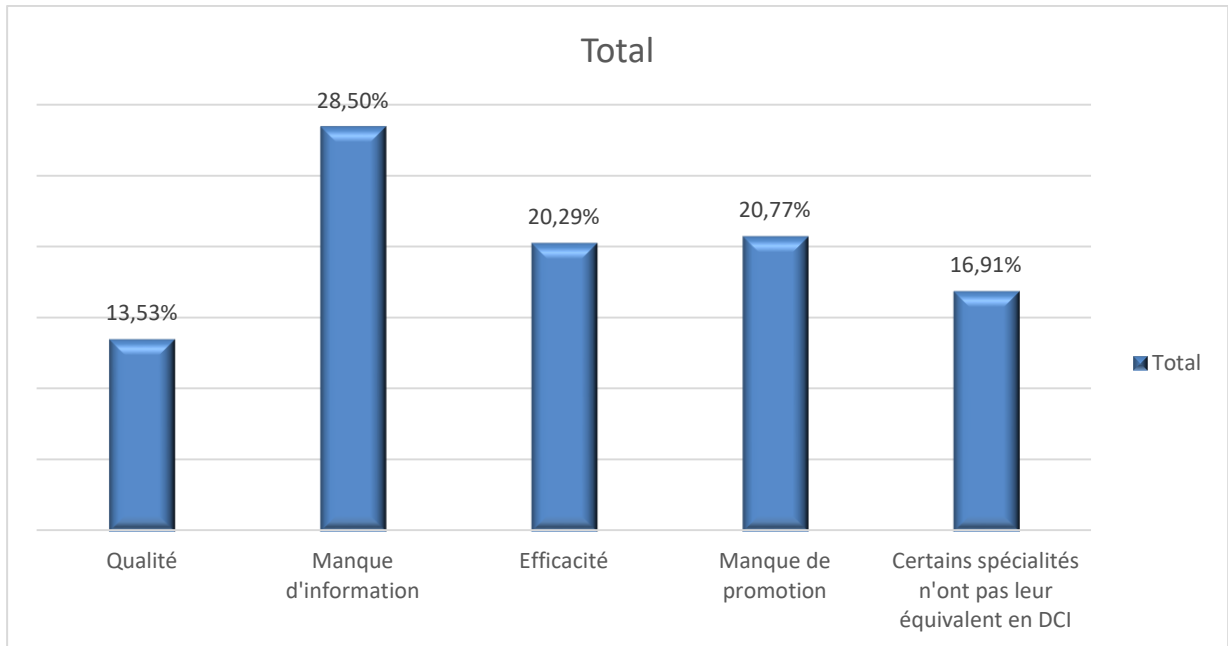


Figure 3 : obstacles liés à la prescription en DCI

La majorité des prescripteurs évoquaient le manque d'information comme principale obstacle à la prescription des médicaments génériques en DCI avec un taux de 28,5%.

4.6 Pourcentage de prescription en DCI et en Spécialité

Tableau X : Répartition des prescripteurs selon leur pourcentage de prescription du médicament générique en DCI face à une maladie

Types de maladies		Pourcentage de prescription en DCI				Total
		Moins de 20%	20-40%	40-60%	Plus de 60%	
Aigues	Effectif	0	12	4	0	16
	% du total	0,0%	13,0%	4,3%	0,0%	17,4%
Chroniques	Effectif	2	4	9	0	15
	% du total	2,2%	4,3%	9,8%	0,0%	16,3%
Les deux cas	Effectif	8	21	24	8	61
	% du total	8,7%	22,8%	26,1%	8,7%	66,3%
Total	Effectif	10	37	37	8	92
	% du total	10,9%	40,2%	40,2%	8,7%	100,0%

La majorité des prescripteurs optent pour une prescription en DCI dans les maladies aiguës et chroniques avec un taux de 26,1%

Tableau XI : Répartition des prescripteurs selon leur pourcentage de prescription en spécialités

Intervalle	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Moins de 20%	1	1,1
20-40%	7	7,6
40-60%	45	48,9
Plus de 60%	39	42,4
Total	92	100,0

L'intervalle de prescription en spécialités des prescripteurs était compris entre 40 et 60% avec un taux de 48,9%.

4.7 Influence des délégués médicaux sur la prescription médicale

Tableau XII : Visite des délégués médicaux chez les prescripteurs

Nombre de visite	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Une fois par jour	4	4,3
Plusieurs fois par jour	33	35,9
3 à 4 par semaine	28	30,4
Plusieurs fois par mois	27	29,3
Total	92	100,0

Les prescripteurs estimaient recevoir les visiteurs médicaux plusieurs fois par jour avec un taux de 35,9%.

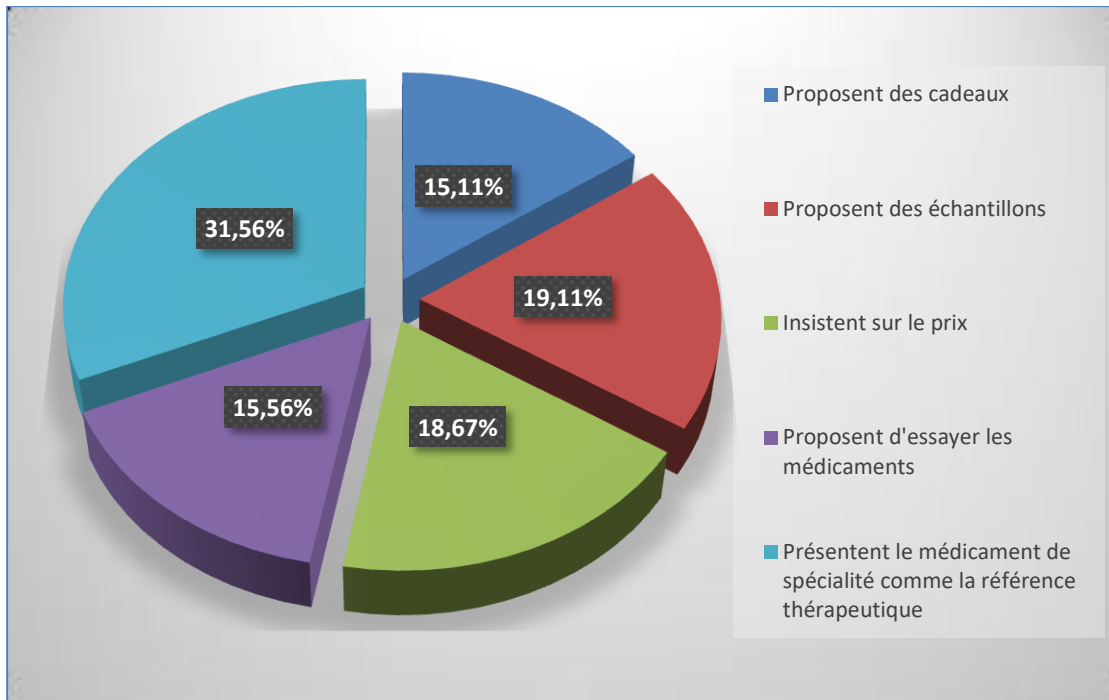


Figure 4 : Technique de promotion des délégués médicaux auprès des prescripteurs

Les délégués médicaux présentaient auprès de la majorité des prescripteurs le médicament de spécialité comme la référence thérapeutique avec un taux de 31,56%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1 Validité de l'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative descriptive auprès des médecins prescripteurs exerçant au CHU du Point G et au CHU Gabriel TOURE.

Nous avons distribué 100 questionnaires aux médecins prescripteurs dont 92 ont été récupérés et traités.

5.2 Caractéristiques de la population d'étude

- Les prescripteurs étaient composés de 78 médecins généralistes et 14 médecins spécialistes ;
- Le sexe masculin était le plus représenté avec 68,5% contre le sexe féminin avec 31,5%.
- La tranche d'âge majoritaire était comprise entre 34 et 39 ans.
- La majorité des médecins avaient une durée d'exercice de moins de 5ans avec 67,4% contre 32,6% comprise entre 5-10 ans.

5.3 Discussion :

5.3.1 La prescription du médicament générique en DCI :

Le pourcentage de prescription du médicament générique en DCI était compris entre 40-60% chez 40,2% des médecins ;26,1% de ces prescripteurs optaient pour une prescription en DCI dans les maladies aiguës et chroniques.

Dans une étude dans les pays d'Afrique [21] a trouvé : 68.6% au Centrafrique, 71.1%, au Bénin ,55.1% au Cameroun, 84% au Mali, 10% au Gabon, 94% à la Guinée, 54% au Tchad, 95.5-99.1% au Nigeria et 93% au Burkina Faso.

Ce résultat pourrait expliquer que la prescription médicale doit être améliorée pour une meilleure couverture sanitaire.

Dans notre étude 9,8% et 43,5% des prescripteurs avaient respectivement la liste nationale des ME en DCI et le tableau de correspondance spécialité-DCI. Ces chiffres pourront expliquer l'insuffisance de prescription des médicaments génériques, dans la mesure que 38% de ces prescripteurs avaient suivi une formation sur la prescription en DCI.

5.3.2 La connaissance du médicament générique par les médecins :

- Définition du médicament générique :

Notre étude a montré que les caractéristiques d'un médicament générique ne semblent pas être totalement maîtrisées par l'ensemble des médecins, 48(52,17%) affirmaient qu'un médicament générique a le même principe actif que la molécule mère, seulement 5,44% des réponses étaient qu'un générique a le même excipient que le princeps, 17,39% évoquaient la notion de bioéquivalence.

Ce constat a été déjà relevé par l'étude Dr SANAA ZAOUI, publiée en 2011 [20] qui a trouvé respectivement 8% et 34% (même principe actif et bio équivalent avec la molécule mère).

Ces pourcentages nous montrent que l'état de connaissances des médecins reste à développer par rapport aux caractéristiques des médicaments génériques notamment la bioéquivalence tels qu'elles sont définies dans le code du médicament et de la pharmacie [22].

- Information sur la prescription du médicament générique :

Les 85(92,4%) médecins affirmaient être informés sur les MEG.

Seulement 4,57% des médecins déclarent recevoir l'information sur le médicament générique par le ministère de la santé. Cette information est dispensée essentiellement à travers des formations sur la prescription médicale pour 40,86% des médecins, et par l'intermédiaire des confrères pour 31,45% des médecins.

Toutefois l'information sur le médicament générique est jugée moyennement satisfaisante chez 38%, ce résultat est approximatif à l'étude faite par Sanaa Zaoui [20] dont 34% des médecins ont déclaré moyennes les informations reçues sur les médicaments génériques.

Devant cette situation, les formations sur la prescription médicale et les confrères restent les seuls porteurs majeurs de l'information sur le médicament essentiel générique.

5.3.3 Les facteurs motivants la prescription des génériques en DCI par les médecins :

Les médecins devant leurs malades, pour prescrire un médicament générique en DCI ils sont motivés en premier lieu par le moindre cout du générique par rapport à la spécialité chez 36% ; le statut des malades démunis et sans ressources pour 28% des médecins ; quand la bioéquivalence est démontrée avec la molécule mère chez 17% des médecins ; quand le malade n'est pas couvert par une assurance maladie chez 19%.

Dans l'étude de Sanaa Zaoui [20], elle a trouvé : 76%, 70% et 54%, respectivement en présence de personnes démunies, la bioéquivalence démontrée avec la molécule mère et le moindre coût par rapport à la spécialité ; Sebbani Omar a trouvé 94.77%, 94.20%,90.48%

respectivement en présence de malades démunis et sans ressource, du moindre cout par rapport au princeps et quand la bioéquivalence est démontrée avec la molécule mère. [25]

La différence de ces résultats avec celle de notre étude pourrait s'expliquer que les facteurs socioéconomiques ne sont pas pleinement pris en compte lors de la prescription médicale.

V.3.5. Les obstacles liés à prescription du médicament générique en DCI :

Les médecins ne sont pas prêts à prescrire les médicaments génériques lorsqu'ils estiment qu'ils ne sont pas bien informés sur ces médicaments dans 28,50% des cas, la qualité dans 13,53% des cas et l'efficacité dans 20,29% des cas.

Sanaa Zaoui [20] avait trouvé 34% des médecins ne sont pas bien informés et la différence de qualité selon 28% des médecins. Ces résultats se rapprochent de notre étude ce qui pourrait s'expliquer que l'insuffisance d'information ressort comme un facteur important déterminant la prescription du médicament générique en DCI.

5.3.4 L'influence des délégués médicaux sur la prescription :

Les 33(35,9%) médecins affirmaient recevoir les délégués médicaux plusieurs fois par jour, dans 4,3% les médecins les reçoivent au minimum une fois par jour et 30,4% les reçoivent 3 à 4 fois par semaine.

Sebbani Omar a trouvé qu'ils leurs rendent visite dans près de 80% au moins trois fois par semaine et dans 40.4% des médecins les reçoivent au minimum une fois par jour. [25]

Pour influencer les médecins à prescrire leurs médicaments, ils utilisent plusieurs moyens d'incitation : présentent le médicament comme la référence thérapeutique chez 31,56% ; en proposant des échantillons 19,11%, en leurs proposant "d'essayer le médicament " 15,56%, en leurs offrant des cadeaux 15,11%.

Dans l'étude du Dr Reddadi M. [24] les mêmes types d'incitations ont été rapportés. Pour les inciter à prescrire les médicaments princeps, les visiteurs médicaux insistent essentiellement sur le recul du produit, la "référence thérapeutique" et mentionnent la "différence" avec les produits concurrents. Dans une étude publiée en 2002, intitulée "*Place des Visiteurs médicaux dans l'information pharmaceutique des Médecins généralistes de la région sanitaire de Sousse*" en Tunisie, avait montré 36% des médecins reçoivent souvent des cadeaux, 88% reçoivent des échantillons, 73% des médecins étaient encouragés à essayer les nouveaux médicaments [26].

On peut déduire que les laboratoires, à travers les visiteurs médicaux, jouent un rôle central dans les tendances de prescription des médecins de manière générale.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6.1 Conclusion :

Dans notre étude, les prescripteurs étaient en général informés sur les médicaments essentiels génériques et la plupart soit 38% déclaraient moyennement satisfaisantes les sources d'information.

Un faible pourcentage de prescripteurs soit 9,8% disposait de la LNME, par contre 43,5% avait la liste de correspondance DCI-Spécialité.

Nous avons relevé que la proportion de prescription du médicament générique en DCI par les médecins est comprise entre 40-60%.

Cette proportion peut encore être améliorée à travers un certain nombre de recommandations en rendant d'une part l'information sur les médicaments génériques accessible et disponible pour l'ensemble des médecins prescripteurs du secteur public, à travers un guide, des posters ou des brochures, des débats scientifiques nationaux et régionaux médiatisés et des réunions de sensibilisation concernant la définition du médicament générique et son utilisation.

Les principaux facteurs motivant la prescription des médicaments génériques en DCI sont en premier lieu le moindre cout du générique par rapport aux spécialités ; le niveau socio-économique du malade, suivi de la présence d'un malade non couvert par une assurance puis de la bioéquivalence démontrée avec la spécialité.

L'insuffisance d'information est considérée comme principal obstacle lié à une large prescription en DCI.

Les techniques d'approche des délégués médicaux leur attribuent un rôle déterminant dans les tendances de prescription des médecins en les accordant des cadeaux, des échantillons, et plus spécifiquement en présentant le médicament comme la référence thérapeutique.

6.2 RECOMMANDATIONS

6.2.1 Au ministère de la santé et la direction générale de la santé :

- Rendre disponible et accessible les informations sur les médicaments essentiels génériques
- Renforcer la formation des prescripteurs sur la prescription des médicaments génériques en DCI
- Doter les structures sanitaires publics des guides standardisés pour une meilleure utilisation des médicaments génériques : Guide thérapeutique national, Formulaire thérapeutique, Liste nationale des médicaments essentiels, liste de correspondance DCI-Spécialité

6.2.2 Aux structures sanitaires :

- Rendre disponible dans les dépôts de vente les médicaments génériques de qualité
- Créer et rendre fonctionnels les comités thérapeutiques dans les hôpitaux
- Mettre à la disposition des médecins prescripteurs les guides thérapeutiques national, formulaire thérapeutique, liste nationale des médicaments essentiels, liste de correspondance DCI-Spécialité

6.2.3 A l'attention des prescripteurs :

- Respecter la politique pharmaceutique nationale
- Prescrire davantage des médicaments génériques en DCI pour réduire le coût des soins
- Contribuer au développement des hôpitaux

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

7 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. MSSPA. Pharmacie populaire du Mali santé n° 1.
2. OMS. Cahier d'étude et de recherche francophone /santé vol 8 n° 3. mai juin 1988;vol 8.
3. Coulibaly et Keita : Physionomie de la prescription des médicaments Génériques en Afrique. 1997.
4. Diakité. Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Banconi [pharmacie]. [bamako]: FMPOS; 2001.
5. OMS. Deuxième Rencontre des ministres de la santé des pays de la zone franc et des pays associés sur la politique du médicament. Bruxelles; 1995 p. 35.
6. Trouiller P. Le médicament générique dans les pays en développement.Cahiers Santé 1996. 1996 p. 6:21-26.
7. DPM. Evaluation de la qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments. mali;
8. Nightingale SL. Médicaments essentiels : le fil d'Ariane. 1984 Juillet p. 26-6.
9. NGUIA NGANGJ. P. Approche promotionnelles des médicaments essentiels au regard du code de déontologie pharmaceutique régissant la publicité : Cadre conceptuel : la politique pharmaceutique nationale du Mali [pharmacie]. [bamako]: FMPOS; 1995.
10. TOURE. I. Etude de la prescription et de la consommation de médicaments dans les différents services d'hospitalisation de l'hôpital du point G [pharmacie]. [bamako]: FMPOS; 1998.
11. Marmot M. Le développement des médicaments génériques : rapport à monsieur le ministre du travail et des affaires sociales. Paris; 1996 p. 33.
12. Sow A - B, Coll A - M, Guindo S. Heurs et malheurs du médicament essentiel en Afrique. L'expérience Sénégalaise. Villeneuve-St-Georges; 1987 p. 17-9. (In : GEEP. Le médicament essentiel dans les pays en développement. Villeneuve-St-Georges: GEEP,1987: 17-9).

13. OMS. Les médicaments essentiels. Le point 1985. 1985 p. 1 : 4-6.
14. BENGALY. L. Cour de la pharmacie hospitalière, Bamako (Mali), 2007, 5ème année pharmacie. 2007.
15. OMS. Médicaments essentiels : les sept règles d'or. Santé du monde. 1984 juillet p. 16-7.
16. Lauridsen E. Mais certains sont plus essentiels que d'autres. Santé du monde. 1984 juillet p. 3-5.
17. OMS. OMS. Les médicaments essentiels : Agir pour plus d'équité. Genève; 1992 p. 27.
18. OMS. L'usage rationnel des médicaments. Nairobi; 1985 p. 297.
19. KANTE. A. Etude de la prescription des médicaments dans les formations socio sanitaires de Bougouni, San et Ségou coura [pharmacie]. [bamako]: FMPOS; 1999.
20. Sanaa Zaoui, Farid Hakkou et Houda Filali. Le médicament générique au Maroc : enquête auprès des médecins. maroc; 2011.
21. Mouala C1, 3, Abeye J1, Somse P2, Maritoux J3, Goumba A1. PRESCRIPTION ET DISPENSATION DES MÉDICAMENTS ESSENTIELS GÉNÉRIQUES DANS LA PRÉFECTURE SANITAIRE DE LA MAMBÉRÉ-KADÉÏ (RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE) Med Trop 2008. RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE; 2008 p. 68.
22. dahir. Loi 17-04 article 2 alinéa 6
(<http://adala.justice.gov.ma/production/legislation/fr/civil/DahirMedicamentpharmacie.htm>). 2004 [cité 7 janv 2019]; Disponible sur:
<http://adala.justice.gov.ma/production/legislation/fr/civil/DahirMedicamentpharmacie.htm>
23. Evaluation des habitudes de prescription et de l'usage rationnel des médicaments au Niger. Cahier Sante 2001, 11(3) :185-93

24. M. REDDADI : Prescription Des Medicaments Au Niveau Des Services De Sante De Premier Echelon A La Wilaya De Casablanca mémoire INAS 1999. maroc; 1999.
25. Sebbani O. Prescription des médicaments génériques par les médecins de sante publique de MARRAKECH, mémoire de fin d'études INAS, juillet 2012
26. Ben Abdelaziz A., Rahmani S., Harrabi I., Gaha R., Lazreg F., Ghannem H. Place des Visiteurs médicaux dans l'information pharmaceutique des Médecins généralistes de la région sanitaire de Sousse (Tunisie) Arch Public Health 2002, 60, 295-308. Arch Public Health 2002. 2002;60, 295-308.

ANNEXES

8 ANNEXES

Questionnaire aux médecins prescripteurs

NON : TRAORE PRENOM : Oumar

CLASSE : 7e année Pharmacie

E-mail : glbrtra92@gmail.com

Tel : 77-56-20-04/61-68-41-60

Chers collègues,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de ma thèse d'exercice en Pharmacie intitulée « **PERCEPTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS GENERIQUES PAR LES PRESCRIPTEURS DES CHU DU POINT G ET GABRIEL TOURE** ». Le présent questionnaire s'adresse aux médecins prescripteurs des CHU de Point G et Gabriel Toure, et permet de recueillir d'une façon objective leurs perceptions sur la prescription du MEG. L'objectif de l'étude est :

- Évaluer le niveau d'information des médecins prescripteurs sur le MEG
- Déterminer le choix et le pourcentage de prescription des MEG en milieu hospitalier.
- Déterminer les obstacles liés à la prescription des MEG

Veuillez trouver ci-joint **14** questions, toutes les données seront bien entendu anonymes.

Je compte sur votre entière collaboration pour rendre cette étude, la plus représentative possible.

Merci par d'avance pour votre aide précieuse.

Bien cordialement, TRAORE Oumar

1. Vous êtes un médecin :

- Généraliste Spécialiste Age :
 Masculin Féminin
Durée d'exercice de la profession :

2. D'après vous, un médicament générique est un médicament qui:

- A le même principe actif que la molécule mère.
 Est bio-équivalent avec la molécule mère
 A le même excipient que la molécule mère
 Autres (à préciser.....)

3. Etes-vous informez sur les médicaments essentiels génériques :

- oui Non

4. L'information sur la prescription du médicament essentiel générique, vous la recevez :
- Du ministère de la santé
 - Des revues médicales
 - Des confrères
 - Des formations sur la prescription médicale
5. Les informations existantes sur les médicaments essentiels génériques destinés aux professionnels de santé vous paraissent :
- Très satisfaisantes.
 - Satisfaisante
 - Moyennement satisfaisantes
 - Peu satisfaisantes
6. Avez-vous à votre disposition la LNME : Oui Non
7. Avez-vous la liste de correspondance Spécialité-DCI : Oui Non
8. Dans quels types de pathologies prescrivez-vous les médicaments génériques en DCI :
- Maladies aiguës
 - Maladies chroniques
 - Les deux cas
9. Quels sont les facteurs vous motivant à prescrire les médicaments génériques en DCI ?
- Le moindre coût du générique par rapport au princeps
 - Bioéquivalence démontrée avec la spécialité
 - En présence de malades démunis et sans ressource
 - En présence d'un malade non couvert par une assurance maladie
10. Selon vous, quels sont les obstacles liés à la prescription des médicaments génériques en DCI :
- L'efficacité
 - La qualité
 - Manque d'information
 - Manque de promotion
 - Certains spécialités n'ont pas leur équivalent en DCI
11. Votre pourcentage de prescription des médicaments génériques en DCI est estimé à :
- Moins de 20%
 - 20 – 40%
 - 40-60%
 - Plus de 60%
12. Prescrivez-vous les médicaments de spécialité ? Oui Non
- Si Oui ; estimez votre pourcentage de prescription :
- Moins de 20%
 - 20 – 40%
 - 40-60%
 - Plus de 60%
13. Vous recevez la visite des délégués médicaux
- 1 fois par jour
 - Plusieurs fois par jour
 - 3 à 4 par semaine.
 - Plusieurs fois par mois
14. Pour vous inciter à prescrire leurs médicaments, les délégués médicaux :

Perception des médicaments essentiels génériques par les prescripteurs des CHU
Point G et Gabriel TOURE

- Vous proposez des cadeaux (gadgets, abonnement à des revues médicales, inscriptions aux congrès, tables rondes, etc.) ?
- Vous proposez des échantillons
- Insistent spontanément sur le prix du médicament
- Vous proposez d'essayer les nouveaux médicaments
- Présente le médicament princeps Comme la « référence thérapeutique »

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Oumar

Section : Pharmacie

Téléphone : (+223)77-56-20-04

E-mail : gibrtra92@gmail.com

Titre de la thèse : Perception des médicaments essentiels génériques par les prescripteurs des CHU du Point G et Gabriel TOURE

Pays de soutenance : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de pharmacie, de médecine et d'odontostomatologie

Année Universitaire : 2018-2019

Secteur d'intérêt : Santé publique

RESUME

L'objectif de ce travail était d'explorer la perception des médicaments essentiels génériques par les prescripteurs des CHU Point G et Gabriel TOURE.

Cette étude descriptive qualitative consistait selon la disponibilité en un entretien direct auprès des médecins prescripteurs au cours duquel a été répondu les fiches d'enquête, d'autres sur rendez-vous.

92% des prescripteurs affirmaient être informés sur les MEG. Ces informations provenaient majoritairement des formations sur la prescription médicale et leurs confrères respectivement pour 40,86% et 31,45% ; et étaient considérés comme moyennement satisfaisante chez 38% des médecins.

La prescription des médicaments génériques en DCI représente entre 20-60% pour 40,2% des médecins, sans différence significative entre maladie aiguë ou chronique. 52,17% des médecins estiment que le médicament générique a le même principe actif que la molécule mère.

Les médecins prescrivent les génériques en DCI pour des malades démunies et sans ressources et lorsque le moindre coût par rapport à la spécialité est respecté. Le manque d'information est considéré comme principale obstacle à la prescription des génériques en DCI.

L'influence des visiteurs médicaux sur la prescription paraît importante. Les médecins estiment recevoir la visite des délégués médicaux, dans 35,9% des cas, plusieurs fois par jour. Ils leur proposent des échantillons pour 19,11% et des cadeaux pour 15,11% tout en présentant majoritairement le médicament comme la référence thérapeutique (31,56%).

Mots clés : médicament essentiel générique ; perception ; prescripteurs.

MATERIAL SAFETY DATA SHEET

Name: TRAORE

First name: Oumar

Section: Pharmacy Phone: (223)77-56-20-04

E-mail: glbrtra92@gmail.com

Title of the thesis: Perception of generic essential drugs by the prescribers of the Point G and Gabriel TOURE HOSPITALs

Nationality : Malian

Country of defence : Mali

Defence City: Bamako

Place of deposit: Library of the Faculty of Pharmacy, Medicine and Odontostomatology

University year: 2018-2019

Area of interest: Public Health

Summary

The aim of this work was to explore the perception of generic essential medicines by the prescribers of the Point G and Gabriel CHUs Than. This qualitative descriptive study consisted of availability in a direct interview with prescribing physicians during which the survey sheets were answered, others by appointment. 92% of prescribers said they were informed about MEG.

The majority of this information came from medical prescription training and their colleagues for 40.86% and 31.45% respectively; and were considered moderately satisfactory 38% of doctors. Prescription of generic drugs in ICD represents between 40-60% for 40.2% of physicians, with no significant difference between acute or chronic disease. 52.17% of doctors believe that the generic drug has the same active ingredient as the parent molecule. Doctors prescribe DCI generics for poor and destitute patients and when the lowest cost in relation to the specialty is respected.

Lack of information is considered to be the main obstacle to prescribing generics in ICD. The influence of medical visitors on the prescription sets important.

Doctors estimate that they receive visits from medical delegates, in 35.9% of cases, several times a day. They offer samples for 19.11% and gifts for 15.11% while presenting the drug as the therapeutic reference (31.56%).

Keywords: generic essential drug; Perception; Prescribers.

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