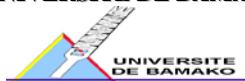


**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
RÉPUBLIQUE DU MALI
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE
Foi**

Un Peuple – Un But—Une

UNIVERSITÉ DE BAMAKO



**Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS)**



**Année Universitaire 2008/2009
N°...../2009**

Thèse

**ETUDE DE LA PRESCRIPTION DES
MEDICAMENTS ESSENTIELS GENERIQUES AU
CSREF DE SAN**

THÈSE DE PHARMACIE

**Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de
Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, le
..... 2009**

**Par Monsieur
ADAMA DEMBELE
Pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie
(DIPLÔME D'ÉTAT)**

JURY :

PRESIDENT :	Pr Moussa HARAMA
MEMBRE :	Dr Moussa SANOGO
MEMBRE :	Dr Saïbou MAIGA
DIRECTEUR :	Pr Benoît Y KOUMARE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

A L'ETERNEL LE TOUT PUISSANT

Pour ce souffle de vie que tu m'as donné et pour m'avoir permis de réaliser mon rêve, je te dis merci.

Ce travail est la consécration de plusieurs années d'étude au cours desquelles désillusion, découragement et succès ont été tour à tour au rendez-vous. Au fil des années, cette impatience s'est émoussée mais la soif de connaissance est demeurée intacte.

A mon père, feu Alou DEMBELE

Ce travail est également le tien et par lui tu sois fier de moi.

A ma maman Kadia DEMBELE

Il est dit dans les dix commandements de Dieu « tu honoreras ton père et ta mère ». Tu as été pour nous les deux à la fois et à aucun moment nous n'avons manqué d'amour, d'affection encore moins d'attention. Tes nuits étaient des moments de réflexion et tes journées celles de tracasseries. Puisse ce travail t'honorer et que le miséricordieux te prête longue vie afin que tu bénéficies des fruits de mes travaux.

A mes frères et sœurs

Pour votre soutien et votre amour, je vous porte tous dans mon cœur et soyez certains que je serai toujours à votre disposition.

A mes cousins et cousines

Merci pour vos prières et encouragements.

A mes neveux et nièces

Vos sourires à chacun de mes venues et vos pleurs à chaque départ m'ont toujours motivé. Je vous adore.

A mes oncles et tantes

Merci pour vos prières.

A ma chérie Assitan DEMBELE dit AÏSSA,

J'aimerais inventer un mot assez fort pour que tu n'aies jamais de doute à ce que je ressens pour toi, je n'en trouve aucun à la hauteur de mes sentiments, même je t'aime, tous ces mots restent petits. Prends ce travail comme le tien.

A tous ceux qui ont fait de moi l'homme que je suis en participant de près où de loin à mon éducation et à ma formation,

Profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

A Dieu le Tout Puissant

Seigneur, Je te dis merci de tout mon cœur,
Je te chante devant les dieux,
Je me mets à genoux devant ton temple Saint,
Je te dis merci pour ton amour et ta fidélité.
Oui, tu as tenu tes promesses au-delà de ce que nous attendions de toi.
Quand je t'ai appelé, tu m'as répondu,
Tu m'as rempli de courage et de force.
« La gloire du Seigneur est grande »

A mon père feu Alou DEMBELE et A ma mère Kadia DEMBELE

Merci de m'avoir mis à l'école et de m'avoir soutenu jusqu'à la fin. Que Dieu t'accorde une longue vie maman et dors en paie papa.

A mes grand(e) s frères et soeurs (Seydou, Drissa, Fanta et Sitant DEMBELE),

Merci pour tous vos soutiens morale, matériel et financier.

A la famille de Samba DAOU de Bamako A la famille de Bakary COULIBALY de Bamako et A la famille de Alphonse DAOU de Kimparana

Merci pour toutes vos affections, vos soutiens et vos prières.

A mes amis, Siaka DEMBELE, Klezanga DEMBELE, Seny DEMBELE, Brehima DEMBELE, Adama D DEMBELE Soumgalo DEMBELE et Andre DEMBELE

Merci pour vos amitiés, vos conseils, vos encouragements et vos soutiens.

A toute la promotion Flabou BOUGOUDOGO de la FMPOS

Je vous souhaite un bon parcours professionnel. Restons unis par l'esprit du travail bien fait.

A toute la communauté musulmane du Mali. A mes collègues internes de la pharmacie du CHU du point G

Merci pour les moments passés ensemble.

A mes cadets

Merci, pour votre compagnie de tous les jours. La route est longue et dure, mais pas impossible. Que Dieu vous assiste tout au long.

**A notre association ASSEK et
Aux personnels de la pharmacie du CHU du point G**

Pour toute la fraternité et le soutien, Merci.

A tous les enseignants de la FMPOS,

Pour toute la disponibilité et l'instruction dont j'ai bénéficié, Merci.

A tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail,
Merci pour tout.

***HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY***

A notre Maître et Président du jury

Pr. Moussa HARAMA

Professeur en chimie organique de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie (FMPOS)

Cher maître,

Nous sommes très heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Nous avons admiré vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines, votre simplicité et votre dévouement font de vous un maître exemplaire.

Recevez, cher maître, l'expression de nos salutations cordiales.

A notre maître et Directeur de thèse

Pr. Benoît Yaranga KOUMARE

- Maître de Conférences en Chimie Analytique à la FMPOS
- Directeur général du Laboratoire National de la Santé.
- Expert en analyse et en contrôle de qualité des médicaments
- Expert en assurance qualité

Cher maître,

Ce travail est le vôtre. Nous ne vous remercierons jamais assez d'avoir voulu nous confier ce travail et surtout de nous aider à le réaliser en ne ménageant aucun effort.

Vos qualités humaines, scientifiques, votre simplicité, votre sérénité, votre esprit communicatif et votre culture font de vous un maître admiré et apprécié de tous.

Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves et espérons être dignes de la confiance que vous nous avez placée.

Soyez rassurer, cher maître de notre profonde gratitude et notre attachement fidèle.

A notre Maître et membre du jury

Dr Moussa SANOGO

- Pharmacien spécialiste en gestion hospitalière.
- Doctorant PHD en Santé Publique et gestion des services de santé à l'Université de Montréal.
- Chercheur associé au groupe de recherche interdisciplinaire en santé au Canada.
- Ancien Directeur Administratif et du Personnel du Laboratoire National de la Santé.
- Associé à l'Enseignement des cours de gestion à la FMPOS.

Cher maître,

Nous sommes plus réconfortés par votre présence dans ce jury.

Nous avons été marqués par votre esprit scientifique, votre gentillesse et votre sagesse.

Nous vous prions cher maître, de croire à l'expression de toute notre reconnaissance et nos vifs remerciements.

A notre Maître et membre de jury

Dr Saïbou MAIGA

- Titulaire de l'officine du point G,
- Maître assistant,
- Chargé de cours de législation à la FMPOS,
- Membre du comité d'éthique de la FMPOS,
- Membre du Rotary club international,

Cher Maître,

Votre abord facile, votre simplicité, votre amabilité, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité, nous ont profondément impressionnés.

Nous gardons de vous un maître soucieux de la formation de ses élèves.

Votre apport au cours de la réalisation de ce travail fut plus que considérable ; il est le vôtre aussi.

Permettez moi, cher Maître, de vous réitérer toute notre reconnaissance et veuillez retrouver ici notre profond respect et nos sincères remerciements.

ABREVIATIONS

- ASACOBA:** Association de Santé Communautaire de Banconi
ASACO: Association de Santé Communautaire
AM: Assistance Médicale
BNDA: Banque Nationale de Développement Agricole
BDM: Banque de Développement du Mali
CAP : Conduite Attitudes et Pratiques
CSREF: Centre de Santé de Référence
CSCOM: Centre de Santé Communautaire
CSAR: Centre de santé d'arrondissement
CMDT: Compagnie Malienne de Développement Textile
DCI: Dénomination Commune Internationale
DPM: Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRC: Dépôt répartitaire de cercle
DV: Dépôt de vente
HTA: Hypertension artérielle
IDE: Infirmier d'état
IST: Infection sexuellement transmissible
IB: Initiative de Bamako
LNS: Laboratoire national de la santé
MSSPA: Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées
M E: Médicament essentiel
MEG: Médicament essentiel générique
OMS: Organisation mondiale de la santé
PPM: pharmacie populaire du Mali
PPN: Politique pharmaceutique nationale
PDSS: Plan décennal de développement sanitaire et social
PRODESS: Programme de développement sanitaire et social
PSPHR : Projet Santé population Hydraulique Rurale
SDAD-ME: Schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels
TLP: Technicien de laboratoire et de pharmacie
UMPP: Usine Malienne de produits Pharmaceutiques

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	13
II. OBJECTIFS	14
- Objectif général	14
- Objectifs spécifiques	14
III. GENERALITES.....	15
- Politique de médicament dans le monde	16
- Définition du concept de médicament	17
- Politique de santé et système de santé du Mali	18
- La politique des ME en DCI au Mali	20
- Politique Pharmaceutique du Mali	23
- Schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des ME(SDA- ME)	25
- L'ordonnance et les règles de prescription des médicaments.....	27
IV. PRESENTATION DU CERCLE DE SAN	29
- Historique de la ville de San	29
- Caractéristique physique.....	29
- Situation géographique	30
- Organisation administrative du cercle de San	30
- Caractéristiques démographiques et sociales	31
- Etat de transport et de la Communication du cercle de San.....	31
- Situation économique du cercle	31
- Situation socio sanitaire du centre de santé de référence de San.....	32
V. METHODOLOGIE	37
- Lieu d'étude.....	38
- Type d'étude.....	38
- période d'étude.....	38
- Echantillonnage.....	38
- Matériels d'analyse et de rédaction	38
- Analyse et interprétation des donnés.....	39
VI. RESULTATS.....	40
VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	53
VIII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	59
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	63
X. ANNEXES.....	67

***INTRODUCTION
ET
OBJECTIFS***

I. INTRODUCTION :

La prescription de médicaments est un acte médical qui engage la responsabilité de celui qui la rédige et indique les différents médicaments du modèle thérapeutique proposé par le médecin, guidé et accepté par le patient [1].

Cette prescription médicamenteuse n'est pas indemne d'inconvénients relatifs à l'usage inadéquat des médicaments ou à leur prescription inappropriée.

Dans plusieurs pays en développement bien que 30 à 40% des budgets nationaux de santé étaient dépensés en médicaments, il persistait des inégalités d'accès aux médicaments indispensables [2-3].

L'assemblée générale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a adopté en mai 1975 un rapport sur la sélection et l'approvisionnement en médicaments essentiels afin de faire face aux principaux problèmes d'ordre pharmaceutique qui se posaient à tous les pays et notamment ceux en voie de développement [4-5].

En Afrique, plusieurs travaux ont porté sur l'évaluation de la prescription et l'utilisation des médicaments.

C'est ainsi qu'au Niger, les indicateurs d'usage rationnel des médicaments mesurés par deux séries d'enquêtes, réalisées avant et après une intervention de formation des infirmiers, relèvent une augmentation du nombre moyen de médicaments par prescription de 2,96% à 3,14% ($p < 0,01$) entre les deux périodes. Au Mali, une étude sur la prescription des médicaments réalisée à l'Association de Santé Communautaire de Banconi (ASACOBA) a montré un nombre moyen de 2,79 médicaments prescrits par l'ordonnance [1]. Pour pouvoir mettre au point des politiques sanitaires plus efficace, il est important de fournir aux autorités sanitaires, aux personnels de santé et à la population des informations sur la prescription des médicaments essentiels génériques. C'est dans ce cadre que s'inscrit notre étude.

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE :

II. 1. Objectif général :

Etudier la prescription des médicaments essentiels au centre de santé référence de San.

II. 2. objectifs spécifiques :

- ❖ Evaluer la qualité des ordonnances prescrites,
- ❖ Déterminer le nombre moyen de médicaments prescrit par ordonnance,
- ❖ Calculer le coût moyen d'une ordonnance,
- ❖ Déterminer le taux de satisfaction des ordonnances,
- ❖ Déterminer le nombre moyen de spécialités prescrites par ordonnance.

GENERALITES

III. GENERALITES:

1. POLITIQUE DE MEDICAMENT DANS LE MONDE [6,8, 24] :

Selon l'OMS la santé est un état complet de bien être physique, mental, social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. L'accès à des soins de qualité, constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain qu'elles que soient 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 a un niveau de santé le plus élevé possible [6].

La 3^{ème} assemblée mondiale de la santé tenue en 1977a précisé dans sa résolution WHA 30,43 une définition opérationnelle de la santé pour tous « en faisant en sorte que d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde puisse accéder à un niveau de santé qui leur permet de mener une vie socialement et économiquement productive» [6-8].

L'O.M.S dans sa déclaration intitulé « Riga » en 1990 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 nationales conçues comme faisant partie intégrante de leur politique nationale de santé.

L'objectif de ces politiques pharmaceutiques devrait être de garantir en permanence à tous les individus quelque soit leur situation socio-économique et quelque soit 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, technologique qui empêche une grande partie de la population d'avoir accès aux médicaments et vaccins essentiels.

Le programme lancé en 1974 apporte un appui aux états membres pour le développement des politiques nationales pharmaceutiques. Ainsi, il est apparu la nécessité pour tous les états membres de l'OMS d'élaborer les listes nationales des médicaments essentiels. Ces listes permettent d'assurer à la population entière l'approvisionnement régulier aux coûts les plus bas possibles et l'utilisation rationnelle d'un nombre déterminé de médicaments et de vaccins de bonne qualité, sûrs et efficaces [6-8].

2. Définition du concept de médicament [6,9] :

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

2.1. 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 vues de la vente au poids médicinal [6-9].

Selon [6-9] 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 »[6-9]. Cette définition de 1959 est la même que celle de la loi du 11 Septembre 1941(République Française).

2.2. 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 [6-9].

2.3. 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 [6-10].

2.4. Médicament générique :

Le médicament générique est la copie de la 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) [6].

2.5. Définition du médicament essentiel :

Il est dit essentiel parce que ses propriétés curatives et préventives établies et vérifiées dans les meilleures conditions qu'offre l'expertise internationale, le rendent particulièrement utile des affections fréquentes et graves.

Un médicament essentiel est soumis aux contraintes, de fabrication, de qualité et de commercialisation que tous les autres médicaments [6-9].

3. POLITIQUE DE SANTE ET SYSTEME DE SANTE DU MALI [7] :

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 [7].

4. LA POLITIQUE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS EN DCI 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 [7].

4.1. 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 de santé y compris par le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires [7].

4.2. 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 [6-12].

4. 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 suppression de la PHAMAPPRO,
- le monopole de la PPM sur l'importation et la distribution des médicaments,
- la création de l'UMPP consacrant le développement d'une production locale,
- le développement du secteur pharmaceutique privé du fait de la privatisation des professions sanitaires,

- l'expérience d'importation des M.E en D.C.I pour favoriser le recouvrement des coûts,
- le développement de véritables laboratoires d'expérimentation de la distribution des médicaments à travers des projets ponctuels à Gao, Tombouctou, Mopti,

❖ **La période de 1989 à Janvier 1994 caractérisée 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 autre 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.

5. POLITIQUE PHARMACEUTIQUE DU MALI :

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 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 [7].

5.1. La sélection des médicaments :

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 17 mars 2004 couvre près de 90% des besoins en médicaments du pays, cette référence est faite de **l'arrête N°04-0563-MS-SG** du 17 mars 2004.

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.

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.

6. LE SCHEMA DIRECTEUR D'APPROVISIONNEMENT ET DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS (SDA-ME) :

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 Répartitaire 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 SDA-ME 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 du 30 Mai 2003). [7]

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

❖ 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.

Une ordonnance doit être lisible (aux mieux tapée), datée, et signée.

Elle doit comporter :

- Identification du prescripteur : nom, adresse, qualité.
- Identification du malade : nom, prénom, âge, sexe, taille/poids si nécessaire.
- Identification des médicaments : dénomination, forme, posologie, et mode d'emploi.
- Mention telle que « à renouveler » ou « à ne pas renouveler ».

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

Les ordonnanciers sont achetés chez des imprimeurs.

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

Il existe quatre types d'ordonnances :

- Les ordonnances simples,
- Les ordonnances sécurisées (où 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'identification par lot d'ordonnance, un carré pré imprimé (en bas à droite) où 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.

IV. PRESENTATION DU CERCLE DE SAN:

1. HISTORIQUE DE LA VILLE DE SAN :

La ville de San aurait été fondée au XIV^{ème} siècle par un chasseur appelé Marka du clan des Traoré venant de Tion (localité situé à 39km à l'est de San).

Au cours d'une randonnée de chasse, le présumé fondateur s'égara avec son chien, assoiffé, découragé, il s'étala à l'ombre d'un figuier (Toro) d'où le nom Santoro et sombra dans un profond sommeil, le chien errant aperçu une grande mare(Sangué) qui veut dire « un an » en bambara et s'y désaltera et invita ensuite son maître à le suivre où ils constatèrent l'existence d'un puits dénomma « KARANTELA » hors de danger (KARA, danger et TELA : hors de).

L'histoire de San est liée à ces trois symboles (figuier, mare, et puits). Chaque année, le 3^{ème} Jeudi du mois de Mai est retenue pour la fête du Sangué qui commémore l'histoire du chasseur [11].

2. CARACTERISTIQUE PHYSIQUE DU CERCLE DE SAN :

Situé au sud-est de la région de Ségou, le cercle de San fut crée en Septembre 1912. Après l'indépendance en 1961, Tominian lui sera détaché pour former un cercle. En 1977, Yangasso à son tour sera rattaché au cercle de Bla.

Le cercle de San est arrosé par le Bani, un affluent du fleuve Niger.

Le relief est de type latéritique, de plaines sablonneuses et surtout argileux propres à la culture du riz.

Le cercle a un climat tropical humide de type soudanien. Les températures sont élevées ; la moyenne annuelle est autour de 28°. Les pluies sont insuffisantes sous mal réparties dans le temps et dans l'espace avec 500 à 700mm par an. Le cercle est soumis depuis trois décennies à des hivernages pluvieux ponctués de sécheresses cycliques.

L'harmattan domine durant la saison sèche, la mousson y souffle pendant la saison des pluies.

Ce climat nécessite l'adoption des cultures à une saison agricole très courte et aussi à des techniques culturales qui soient adoptées en raison de l'irrégularité des pluies et de l'importance de l'évaporation.

La végétation se compose d'arbres, d'arbustes et de graminées. Elle se dégrade d'année en année avec la disparition de certaines espèces à cause de la sécheresse, de l'érosion des sols et surtout des défrichements abusifs dus l'action de l'homme.

Les espèces dominantes sont : le karité, le baobab, l'acacia albida, le néré, le tamarin, les kapokiers, des rôniers, des épineux.

Les herbes souffrent à cause du surpâturage et les feux de brousse. Beaucoup d'herbes tendent à disparaître. Le bourgou, recherché pour les troupeaux ne se reconstitue plus.

3. SITUATION GEOGRAPHIQUE:

Avec une superficie de 7262km², le cercle de San est limité :

- ❖ Au Nord par les cercles de Macina et Djenné,
- ❖ Au sud par les cercles de Koutiala et Yorosso
- ❖ À l'Est par le cercle de Tominian,
- ❖ Et à l'Ouest par les cercles de Bla et de Ségou.

4. ORGANISATION ADMINISTRATIVE:

Le cercle de San compte aujourd'hui vingt cinq (25) communes dont une seule urbaine (San) totalisant quatre cent vingt un (421) villages. Elles sont placées sous la tutelle d'un préfet et de sept (07) sous-préfets.

5. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIALES DU CERCLE DE SAN:

La population du cercle de San était estimée en 2007 à 316156 habitants avec une densité de 37,71 habitants par km². Le taux d'accroissement annuel de la population est de 2% en moyenne par an.

Elle est essentiellement composée de Bambaras, de Bobos, de Peulhs, de Miniankas, de Markas. A coté de celles-ci nous avons les Bozos, les Dogons, les Sarakolés. Toutes ces populations sont agro-pastorales et vivent en parfaite symbiose. L'Islam et le Christianisme sont beaucoup rependus. L'Animisme est très pratiqué dans les zones comme Samakélé, Bounoumba et Diakourouna [11].

6. ETAT DU TRANSPORT ET DE LA COMMUNICATION A SAN :

Le cercle est désenclavé de l'extérieur mais enclavé à l'intérieur.

Les routes nationales N°6 et N°13 bitumée reliant respectivement Bamako-San- Mopti et San à Koutiala, permettent l'écoulement rapide des produits agricoles.

La télévision nationale, la Radio Mali et les Radio locales (Santoro, Parana, Bètafo Djiguiya et Jèkafo) assurent la couverture médiatique. Comme autres moyens de communication, le cercle dispose d'un réseau téléphonique qui relie la commune de San à tout le reste du pays. Il existe deux réseaux téléphoniques mobile dans la ville tel que, Malitel et Orange.

Tous les chefs lieu d'arrondissement ou communes sont accessibles en toutes les saisons sauf (Sy) dont l'accès est particulièrement difficile pendant la saison pluvieuse en raison de son enclavement [12].

7. SITUATION ECONOMIQUE :

L'économie est essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage. Le coton est la principale culture industrielle. Il est encouragé, encadré, et commercialisé par la C.M.D.T surtout dans les zones de Kava, Kassorola, Sourountouna, Waky, Tourakolomba, Kagnegué, Moribila, Karaba et Diakourouna. La seule unité de transformation qui existe dans le cercle est « DANAYA NONO » pour la transformation de lait.

L'intervention de Lux de Développement dans l'aménagement de la plaine San ouest vient de donner un coup de pouce à l'économie du cercle.

Le cercle bénéficie de l'accompagnement des partenaires au développement qui sont, la C.M.D.T, World Vision, FDS, APROFEM, PASACOP, AFVP et bien sur Lux de développement.

Il existe deux banques dans le cercle tel que, la BNDA et le BDM.

8. SITUATION SOCIO-SANITAIRE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE SAN [11] :

8.1. APERCU GENERAL SUR LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE:

L'hôpital secondaire de San est né de la transformation des locaux du dispensaire colonial Roca Sera (du nom de son fondateur) crée vers 1945. Il a ensuite évolué sous le nom du dispensaire de l'A.M (Assistance Médicale) du Secondaire par le Décret N°189 /PG-RM du 20 octobre 1997, les raisons de justification de cette transformation sont liées d'une part à l'importance de la population du cercle et d'autre part le niveau de développement économique et social. L'avènement de la politique sectorielle de santé et de population ainsi que l'application des recommandations du cadre conceptuel a vue la transformation de l'hôpital en centre de Santé de Référence.

Il constitue l'institution politique d'application de la politique sanitaire définie au niveau central. Il coordonne et supervise toutes les activités sanitaires au niveau du cercle.

Le centre de santé de référence comprend :

- ❖ Un service administratif en très mauvais état , abritant le bureau des entrées, le bureau du Médecin chef, du Gestionnaire, le Secrétariat, le point de vente des M.E, le D.R.C, un bureau de consultation pour médecin et le service d'hygiène,
- ❖ Un service de Médecine de 25 lits,
- ❖ Un service de chirurgie d'une capacité de 29 lits,
- ❖ Un service de maternité de 25 lits,
- ❖ Un service de pédiatrie de 18 lits,

- ❖ Un cabinet dentaire,
- ❖ Un cabinet d'ophtalmologie,
- ❖ Un bloc technique (bloc opératoire, le service de radiologie et de laboratoire),
- ❖ Des magasins,
- ❖ Un local pour groupe électrogène,
- ❖ Une clôture en ruine.

8.2. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE [11] :

Tableau I : fréquence des pathologies dominantes en 2007 au CSREF de San :

Pathologie	Fréquence	Pourcentage
Conjonctivites	2834	15,81
Paludisme	2820	15,73
Affections de la bouche et des dents	1503	8,38
Toux depuis moins de 15 jours	1288	7,18
Maladies diarrhéiques	839	4,68
Douleur abdominale	806	4,49
Otite, mastoïdite et autres affections du nez, gorge et oreille	718	4,00
Traumatisme et fractures par accident de circulation	615	3,43
Déchirures et plaies	356	1,98
Hernie et Hydrocèles	308	1,71

Source : Programme de développement socio-sanitaire de San, 2005-2009 (11)

Il ressort de ce tableau qu'en 2007 les pathologies les plus rencontrées étaient les conjonctivites avec 15,81% suivie du paludisme avec 15,73%.

Les traumatismes et fractures par accidents de la voie publique sont également fréquents à cause des animaux errants le long des grands axes routiers qui traversent le cercle, notamment l'axe Bamako-San-Mopti très fréquenté par les gros porteurs.

Ce relevé des maladies ne prend en compte que la situation des maladies rencontrées dans le CSREF.

8.3. SITUATION DU PERSONNEL SOCIO-SANITAIR [11] :

Tableau II: Situation du personnel socio- sanitaire :

Personnel	Nombre
Médecins généralistes	4
Sages-femmes	3
Infirmiers diplômés d'état (IDE)	4
Technicien de laboratoire de pharmacie (TLP)	1
Infirmiers obstétriciennes	2
Matrones	3
Technicien spécialisé en soins dentaires	1
Technicien spécialisé en radiologie	1
Technicien spécialisé en ophtalmologie	1
Technicien spécialisé en kinésithérapie	1
Techniciens sanitaires	2
Informaticien	1
Statisticien	1
Secrétaire	1
Comptables/Aides comptables	1
Gestionnaires	1
Gérant de DV	1
Gérant du DRC	1
Vendeur des tickets	1
Chauffeurs	3
Manœuvres/aides soignants	6
Gardiens	2
Total	42

Source : Programme de développement socio-sanitaire de San 2005-2009 (11)

8.4. ACTIVITES MEDICAUx THERAPEUTIQUE REALISEES DANS LE CSREF DE SAN EN 2007 [11] :

- ❖ Consultations externes = 17925
- ❖ Hospitalisations = 1039
- ❖ Accouchements = 1292
- ❖ Examens au laboratoire = 2077
- ❖ Actes d'Imageries = 541
- ❖ Interventions chirurgicales = 1011

METHODOLOGIE

V. METHODOLOGIE :

5.1. Lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de San.

5. 2. Type d'étude :

Il s'est agit d'une étude transversale et descriptive, portant sur la prescription des médicaments essentiels génériques au CSREF de San.

5. 3. Période d'étude:

Notre étude s'est déroulée de mars 2008 en décembre 2008.

Elle a été répartie comme suit, selon le diagramme de gant:

- la définition du concept et à la validation du protocole du 1^{er} au 25 mars 2008,
- l'élaboration d'une fiche d'enquête et sa validation du 1^{er} au 30 avril 2008
- l'enquête proprement dite auprès des prescripteurs du 24 mai au 25 août 2008,
- la saisie et l'analyse des données de septembre en décembre 2008,

5.4. Echantillonnage :

Notre étude s'est portée un échantillon de 300 ordonnances.

5 .4.1. Critères d'inclusion :

Ont été retenues toutes les ordonnances délivrées lors des consultations externes.

5.4.2. Critères de non inclusion :

Ont été exclues de notre étude toutes les ordonnances délivrées en dehors des consultations et les ordonnances délivrées aux malades hospitalisés.

5.5. Matériels d'analyse et de collecte des données:

Une fiche de renseignement a été élaborée et a servi aux recueils des informations utiles pour chaque patient vu en consultation externe.

L'enquête a été effectuée par l'étudiant de thèse.

L'enquête se déroulait tous les jours ouvrables de 8h à 12h.

Les paramètres étudiés ont été : les motifs de consultation, les diagnostics retenus, les médicaments prescrits, les formes galéniques, les posologies.

5. 6. Analyse et interprétation des données:

Les données ont été saisies sur le logiciel Excel et analysées sur le logiciel SPSS. La rédaction a été faite à l'aide du logiciel Word version 2003.

Le recueil des données a permis de :

- Identifier les diagnostics et les traitements correspondants.
- Déterminer la nature des médicaments les plus prescrits.
- Analyser un échantillon d'ordonnance en vue de déterminer le nombre moyen de médicaments par ordonnance, le nombre d'ordonnance contenant au moins une spécialité, le coût moyen des ordonnances.

Les renseignements sur la formation des prescripteurs, les normes et schéma thérapeutique ont été fournis après discussion avec les prescripteurs.

RESULTATS

VI. RESULTATS :

Notre étude a porté sur 300 ordonnances.

1. Description de l'échantillon :

Tableau III: Répartition des patients selon l'âge.

Tranche d'âge	Fréquences	Pourcentages
0-5 ans	14	4,7
6-15 ans	19	6,3
16-25	71	23,7
26-45	126	42
46-55 ans	32	10,7
Plus de 55 ans	38	12,7
Total	300	100

Il ressort de ce tableau que 42% des patients appartenaient à la tranche d'âge [26-45ans] et la tranche d'âge [0-5 ans] était la moins représentée.

Tableau IV: Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Féminin	182	60,7
Masculin	118	39,3
Total	300	100

Le sexe féminin représentait 60,7% de la population qui consultait dans le Centre.

Tableau V : Répartition des patients selon leurs professions.

Profession	Fréquences	Pourcentages
Ménagères	125	41,7
Fonctionnaires	51	17,0
Elèves et Etudiants	42	14,0
Cultivateurs	38	12,7
Commerçants	24	8,0
Enfants	14	4,7
Autres	6	2,0
Total	300	100

La majorité des patients consultés étaient des ménagères avec 41,7%.

Tableau VI: Répartition des patients selon les diagnostics.

Diagnostics	Fréquences	Pourcentages
Paludisme	74	24,67
IST	63	21,00
Affections de la bouche et des dents	36	12,00
Troubles digestifs	36	12,00
H.T.A	22	7,3
Conjonctivites	15	5,0
Névrалgie	9	3,0
Dermatoses	8	2,7
Toux	8	2,7
Troubles liés à la grossesse	7	2,3
Syndromes typhiques	7	2,3
AVP	6	2,0
Angine	2	0,7
Autres	7	2,3
Total	300	100

Il ressort de ce tableau que les pathologies dominantes dans le cercle de San étaient, le Paludisme avec 24,67%, les infections sexuellement transmissibles avec 21,00%, les affections de la bouche et des dents avec 12% et les troubles digestifs avec 12%.

2. Etude de la prescription :

Tableau VII : Répartition de la prescription selon les groupes thérapeutiques.

Groupes thérapeutiques	Fréquences	Pourcentage
Anti-infectieux	457	44,1
Antalgiques-Antipyrétiques-AINS	163	15,7
Antipaludiques	127	12,3
Vitamines et Minéraux	75	7,3
Médicaments du système cardiovasculaire	73	7,1
Médicaments des troubles digestifs	56	5,4
Solutés	29	2,8
Antitussifs	24	2,3
Antiallergiques	17	1,6
Autres	15	1,4
Total	1036	100

Sur les 300 ordonnances prescrites il y avait 1036 médicaments. Le groupe pharmacologique le plus prescrit était les anti-infectieux, suivi respectivement des antalgiques antipyrétiques et des antipaludiques.

Le nombre moyen de médicaments par ordonnance était de 3,4.

Tableau VIII: Répartition des médicaments prescrits selon leurs formes.

Formes galéniques	Fréquence	Pourcentage
Comprimés	492	47,5
Injectables	232	22,5
Gélules	130	12,5
Suspensions	76	7,3
Autres	106	10,2
Total	1036	100

La forme comprimée était la plus prescrite et constituait 47,5%.

Tableau IX: Répartition des médicaments prescrits suivant les voies d'administration.

Voies d'administrations	Fréquences	Pourcentages
Voie orale	279	58,5
Voie parentérale	129	27,0
Autres	69	14,5
Total	477	100

La voie orale était la voie la plus sollicitée avec 58,5%.

3. ANALYSE DES ORDONNANCES :

Tableau X : Répartition des ordonnances suivant la qualité du prescripteur.

Qualité du prescripteur	Fréquences	Pourcentages
Médecins	192	64
Infirmiers	85	28,33
Sage femme	23	7,67
Total	300	100

192 ordonnances soit 64% des ordonnances étaient prescrites par les médecins.

Tableau XI : Répartition des médicaments prescrits suivant le type de médicament.

Types de médicament	Fréquences	Pourcentages
Générique (DCI)	728	70,27
Spécialité	308	29,73
Total	1036	100

La majeure partie des médicaments était prescrite en générique soit dans 70,27% des cas. Le nombre moyen de spécialité par ordonnance était 1,03.

Tableau XII : Analyse qualitative des ordonnances.

% d'ord avec au moins une spécialité	NMM/ORD	Le coût moyen d'une ordonnance
62,33	3,45	4400FCFA

- ❖ Le pourcentage d'ordonnance qui contenait au moins une spécialité était de 62,33%.
- ❖ Le nombre moyen de médicaments par ordonnance était 3,45.
- ❖ Le coût moyen de l'ordonnance était 4.400FCFA.
- ❖ Le coût de l'ordonnance la plus chère était 22.210 FCFA et contenait 3 médicaments.
- ❖ Le coût de l'ordonnance la moins chère était 230FCFA et contenait 2 médicaments tous en génériques.
- ❖ Le nombre moyen de spécialité médicamenteuse par ordonnance était 1,03.

4. Enquête CAP :

4. 1. Enquête CAP auprès des prescripteurs :

Pour évaluer leurs connaissances, attitudes et pratiques, un questionnaire porté en annexe a été soumis aux prescripteurs. Certains prescripteurs ont rempli sur place, d'autres plus tard. Nous avons respecté la confidentialité autour des fiches d'enquête.

A cet effet, 19 prescripteurs nous ont répondu à notre questionnaire, il s'agit de:

- ❖ 04 médecins généralistes,
- ❖ 04 assistants médicaux,
- ❖ 02 sages femmes,
- ❖ 02 techniciens supérieurs de santé ;
- ❖ 07 infirmiers du premier cycle

Tableau XIII : Avis des prescripteurs sur les facteurs de choix d'un médicament.

Facteurs de choix	Fréquences	Pourcentages
Coût	6	31,6
Disponibilité	2	10,5
Efficacité	11	57,9
Total	19	100

Il ressort de ce tableau que, 57,9% des prescripteurs avaient cité l'efficacité comme étant le facteur qui influence plus le choix d'un médicament, suivi du coût avec 31,6% et la disponibilité avec 10,5%.

Tableau XIV : Disponibilité de la liste de ME en DCI.

Nature de réponse	Fréquence	Pourcentages
OUI	11	57,90
NON	8	42,10
Total	19	100

11 prescripteurs soit 57,90% des prescripteurs avaient une liste de référence nationale des ME en DCI.

Tableau XV: Disponibilité du tableau de correspondance spécialité-générique.

Nature de réponses	Fréquences	Pourcentages
OUI	12	63,15
NON	7	36,85
Total	19	100

12 prescripteurs soit 63,15% des prescripteurs avaient le tableau de correspondance spécialité-DCI.

Tableau XVI : Fréquence de suivi de formation des prescripteurs sur la prescription des ME en DCI.

Nature de réponse	Fréquences	Pourcentages
OUI	6	31,58
NON	13	68,42
Total	19	100

Seulement 6 prescripteurs soit 31,58% des prescripteurs avaient fait une formation sur la prescription des ME en DCI.

Tableau XVII : Niveau de satisfaction des prescripteurs pour les antibiotiques figurant sur la liste des ME en DCI.

Nature de réponses	Fréquences	Pourcentages
OUI	17	89,47
NON	2	10,53
Total	19	100

On observe que pour 89,5% des prescripteurs, les antibiotiques figurants sur la liste de ME suffisaient pour traiter les infections qu'ils rencontraient le plus souvent.

Tableau XVIII : Utilisation des outils pédagogiques et thérapeutiques par les prescripteurs.

Outils	Fréquences	Pourcentages
Dictionnaire thérapeutique	15	78,9
Formulaire thérapeutique nationale	15	78,9
Liste de référence des ME	15	78,9
Revus des délégués médicales	3	15,9
VIDAL	0	0
Vade-mecum	1	5,2

Il ressort de ce tableau que :

❖ 78,9% des prescripteurs ont cité :

- Dictionnaire thérapeutique,
- Formulaire thérapeutique nationale,
- Liste de référence des ME.

❖ 15,9% ont ajouté à cette liste, les revus des délégués médicaux.

❖ 5,2% ont ajouté le Vade-mecum et aucun prescripteur ne disposait le VIDAL.

Tableau XIX: Etat de prescription des médicaments en spécialité.

Nature de réponses	Fréquences	Pourcentages
OUI	18	94,73
NON	1	5,27
Total	19	100

Il ressort dans ce tableau que 18 prescripteurs soit 94,73% des prescripteurs prescrivait des spécialités médicamenteuses.

Les raisons évoquées ont été les suivantes :

- ❖ la spécialité est plus efficace que la DCI,
- ❖ certains produits ne figurent pas sur la liste des ME,
- ❖ certains malades n'y croient pas,
- ❖ en cas de rupture de stock de DCI au centre (la déontologie interdit de laisser un malade repartir sans soins),
- ❖ la non disponibilité de ces spécialités en DCI.

Les cas dans lesquels sont prescrit les spécialités :

- ❖ crises hémorroïdaire, diarrhée, toux, fièvre, pour les médecins,
- ❖ Toxoplasmose, aménorrhée, mycoses vaginales pour les sages femmes,
- ❖ Paludisme, ballonnements, conjonctivites pour les assistants médicaux,
- ❖ Fièvre, diarrhée, toux, paludisme pour les infirmiers.

Tableau XX : Avie des prescripteurs sur la présence des effets secondaires liés aux médicaments de la liste des ME.

Nature de réponses	Fréquences	Pourcentages
OUI	14	73,68
NON	5	26,32
Total	19	100

73,68% des prescripteurs ont affirmé avoir été contactés par les malades ayant eu des effets secondaires avec les médicaments de la liste.

Tableau XXI : Information des malades sur l'avènement des effets secondaires par les prescripteurs.

Nature de réponses	Fréquences	Pourcentages
OUI	19	100
NON	0	0
Total	19	100

Tous les prescripteurs affirmaient informer les malades de l'existence d'effets secondaires indésirables avant le début du traitement.

Tableau XXII : Fréquence des cas de rechutes dues aux ME.

Nature de réponses	Fréquences	Pourcentages
OUI	19	100
NON	0	0
Total	19	100

Tous les prescripteurs ont eu à prendre en charge des cas précédemment traités au centre. Cela dénote de la difficulté pour certains ME de traiter définitivement les affections rencontrées.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

L'analyse de nos résultats a permis de faire un certain nombre de commentaires en ce qui concerne la méthodologie et les résultats.

1. POUR LA METHODOLOGIE :

Le nombre de cas par pathologie a été obtenu à partir des registres de consultation et des prescripteurs.

N'ont été pris en compte que les pathologies ayant reçu un traitement immédiat après la consultation externe.

2. POUR LES RESULTATS :

2.1. Etude de la prescription :

La prescription est un acte médical qui engage la qualification et la compétence du prescripteur et peut compromettre des milliers de vies humaines.

L'étude de la gamme de médicaments prescrits a relevé que 62,33% des prescriptions comportaient au moins une spécialité, avec 3,45 médicaments par ordonnance.

Les prescriptions ont été faites à 64% par les médecins.

Suivant les pathologies, le paludisme était la principale cause de consultation avec en moyenne 3,78 médicaments par ordonnance. La moyenne de médicament par ordonnance la plus élevée se trouvait avec l'hypertension artérielle (HTA) avec 3,86 médicaments et le paludisme avec 3,78 médicaments.

Pour les autres pathologies, ce nombre varie respectivement entre 1,6 pour les conjonctivites et 3,65 pour les IST.

Nos chiffres se rapprochent de ceux obtenus par TRAORE. S [13] en 1988 lors de son étude sur la prescription des médicaments génériques à Bankoni avec la création de l'ASACOBAN.

Selon une étude de l’OMS, en 1992 [15], le nombre de produits par ordonnance était de 5 au Cameroun et de 9 au Brésil. Ces chiffres sont élevés par rapport à ceux de notre étude. Suivant les groupes thérapeutiques, les anti-infectieux avec 44,1%, les analgésiques avec 15,7% et les antipaludiques avec 12,3% étaient les plus prescrits sur les 1036 médicaments prescrits.

ALLARAH. E. Chrestine [4] en 1999 avait également trouvé dans l’étude au niveau de cinq CSCOM de Bamako que les médicaments les plus prescrits étaient les anti-infectieux avec 41,2%, les analgésiques avec 29% et les antipaludiques avec 17,65%.

Ces résultats corroborent avec les données épidémiologiques du Mali.

2.2. Adéquation diagnostic/traitement :

Au regard du critère adéquation diagnostic et traitement, la qualité des soins reste discutable d’une façon générale car le personnel malgré les formations reçu sur la rationalisation des prescriptions en DCI , ne disposait pas d’ordinogramme.

On en déduit qu’en dehors des prescriptions appropriées, les médicaments inappropriées et probables ne pouvaient se justifier que par leur utilisation comme adjuvant aux traitements spécifiques. Le paludisme, les IST et les affections de la bouche et des dents étaient les affections les plus fréquemment observées.

Bien que la quinine reste le médicament le plus utilisé du fait de ses avantages qui sont la tolérance, le coût moindre, la disponibilité [16] on trouve les anti-paludéens (appropriés) à seulement 48,7% dans le traitement du paludisme par contre inappropriés dans les troubles digestives où ils sont à 28,59%.

On remarque que les anti-paludéens se retrouvaient dans le traitement de la majeure partie des pathologies diagnostiquées au centre, cela est dû au fait que le paludisme constitue la première cause de consultation.

La fréquence d'utilisation des antibiotiques dans le centre de santé favorise l'irrationalité des prescriptions si l'on sait que ces médicaments coûtent chers et que leur utilisation doit être subordonnée à des diagnostics de certitude ou à une forte présomption d'infection bactérienne au risque de résistance des bactéries aux antibiotiques.

De toutes les prescriptions, le pourcentage le plus élevé des anti-infectieux est de 44,1%.

Les anti-infectieux sont appropriés dans le traitement des IST par contre inapproprié dans le traitement du paludisme.

Il ressort de ces résultats que les anti-infectieux sont parmi les classes thérapeutiques les plus prescrites et les plus achetées au Mali. Ainsi à Niono en 1987[9] 75% des prescriptions comportaient au moins un antibiotique. Des modifications importantes ont été observées de 1987 à 1992 où elles étaient de 51%. En 1999, ce chiffre était de 35% à San [12], 42,1% au point G à Bamako et 41% pour l'ensemble du Mali [23].

Ailleurs au Niger [19] en 1992 les antibiotiques représentaient 39,7% des prescriptions. En Tunisie ABROUGF, et collaborateurs [20], ont trouvé 38,1%. En France le chiffre était de 27,1% en 1992 [23], 43% en Indonésie, 39% en Tanzanie, 48% au Nigeria et 56% en Ouganda [26].

2. 3. ANALYSE DES ORDONNANCES :

Sur 300 ordonnances les résultats obtenus sont :

Le coût moyen d'une ordonnance est de 4400FCFA. Ce coût élevé est due au fait que la période d'enquête a coïncidé avec la rupture de stock à la pharmacie et que le pourcentage d'ordonnances contenant au moins une spécialité est de 62,33%. Nos résultats sont supérieurs à ceux trouvés à Segou-coura, Bougouni, San [12] où les coûts moyens des ordonnances étaient respectivement 1035,5 à Segou-coura ; 1262,5 à Bougouni et 956,5 FCFA à San.

Une étude a trouvé à Macina [8] que sur 83 ordonnances, 28 contenaient au moins un médicament de spécialité soit 33,73% des ordonnances.

Une enquête menée en 1988[14] a relevé que le coût d'une ordonnance délivré par un médecin généraliste dans les quartiers environnants de Banconi était de 4353 FCFA. Ce chiffre est élevé par rapport à 911,08FCFA obtenu après la création de l'ASOCOBA [22]. Cette diminution de prix était due à l'avènement des médicaments génériques au niveau de l'ASACOBA.

2. 4. Conduites, Attitudes et Pratiques des prescripteurs :

Dans notre étude respectivement 57,9% et 63,15% des prescripteurs avaient la liste de référence des ME en DCI et le tableau de correspondance spécialité-DCI à porté de main. Ces chiffres pourront influencer négativement la prescription dans la mesure où 31,58% de ces prescripteurs étaient ceux qui ont suivi une formation de prescription en DCI.

Les prescripteurs estimaient à 57,9% que c'est l'efficacité qui influence le plus le choix d'un médicament.

Tous les prescripteurs ont eu à prendre en charge les cas précédemment traités dus à des rechutes et les causes de ces rechutes pourraient s'expliquer par une sous-obsrevance. Ces taux doivent nous inciter à une bonne prescription et dispensation des médicaments.

Les prescripteurs ont affirmé à 94,73% d'avoir prescrire les spécialités médicamenteuses pour diverses raisons.

Les outils pédagogiques utilisés par les prescripteurs sont variés, mais le plus cité était le Dictionnaire thérapeutique suivi du Formulaire Thérapeutique Nationale et la liste de référence. Aucun prescripteurs ne disposait pas le VIDAL.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

1. CONCLUSION:

Notre travail se place dans un contexte où les populations tentent de prendre en charge leurs problèmes de santé face à l'insuffisance du budget de l'état alloué à la santé. Nous nous sommes intéressés au domaine de la prescription des médicaments parmi les activités du centre.

Nous avons choisi les dix premiers motifs de consultation pour analyser la prescription médicamenteuse.

Les affections les plus courantes étaient le paludisme avec 24,67%, les IST avec 21,0%. La moyenne des médicaments par ordonnance était de 3,45 sur l'ensemble des prescriptions faites.

Les spécialités médicamenteuses figuraient sur 62,33% des ordonnances, ce qui amenait le coût moyen de ces ordonnances à 4400 FCFA. En prescrivant exclusivement des médicaments essentiels en DCI, on arrive à diminuer d'environ deux fois le coût de l'ordonnance.

Un questionnaire nous a permis d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques de certains prescripteurs. De ce questionnaire nous avons retenu les points suivants : face à la morbidité locale existante, 89,5% des prescripteurs estimaient que les antibiotiques figurant sur la liste des médicaments essentiels suffisaient pour traiter les infections qu'ils rencontraient le plus souvent. L'ordinogramme n'était pas disponible chez les prescripteurs. Certaines spécialités médicamenteuses continuaient encore à être prescrites car n'ayant pas leur correspondance en génériques dans la gamme de ME disponibles, il s'agit de certains ovules, des collyres.

2. RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude, certaines recommandations ont été faites :

A l'attention des décideurs et responsables de la santé :

- ❖ Inciter les prescripteurs à utiliser la liste de médicaments essentiels.
- ❖ Soumettre l'ordinogramme et les formulaires thérapeutiques à tous les niveaux de prescription.
- ❖ Appuyer des études sur l'usage rationnel des médicaments.
- ❖ Mieux expliquer aux populations les objectifs visés par le recouvrement des coûts.
- ❖ Elaborer la liste des prescripteurs autorisés par structure et veiller à son suivi.
- ❖ Renforcer la formation des prescripteurs sur la prescription des ME en DCI.
- ❖ Assurer une supervision correcte des activités à tous les niveaux.

A l'attention des prescripteurs :

- ❖ Encourager la formation continue en mettant à la disposition des prescripteurs les moyens didactiques et pédagogiques adéquats tel que le formulaire thérapeutique.
- ❖ Donner plus d'information et sensibiliser les malades au moment de leur remettre l'ordonnance notamment sur les effets secondaires possibles.
- ❖ Prescrire d'avantage en DCI et surtout ceux de la liste nationale.

A l'attention des gérants des dépôts :

- ❖ S'approvisionner chez les fournisseurs autorisés par l'état.
- ❖ Commander conformément à la liste nationale.
- ❖ Fournir des efforts conséquents pour améliorer l'accueil et le service aux malades.

Aux fournisseurs :

- ❖ Adapter leurs achats aux besoins des clients.
- ❖ S'approvisionner chez les partenaires qui offrent les meilleurs rapports qualité/prix.

A la population :

Les comités ou conseils de gestion étant les représentants de la population doivent jouer leur rôle en particulier assurer la confiance entre les professionnels et la population pour une bonne information et sensibilisation à l'effet d'avoir leur franche et une bonne utilisation des services.

Toutes ces action doivent assurer aux communautés cibles un état de santé permettant de mener une vie économiquement productive.

BIBLIOGRAPHIE

VIII- REFERNCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. ALMOUSTAPHA. A, Etude de la prescription des médicaments dans la ville de Gao.

Thèse de pharmacie, Bamako, 2007.

2. ELEM EHIDI NASSER, Etude de la mise en œuvre du schéma directeur d'approvisionnement, de distribution et de prescription des médicaments essentiels en DCI dans la région de Tombouctou.

Thèse de pharmacie, Bamako, 2006. (4)

3. SAWADOGO L. G. Blaise, Etude des conditions d'utilisation des médicaments essentiels génériques par les prescripteurs au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

Thèse de médecine, Burkina Faso, 1998.

4. ALLARAH Emissah Chrestine, Etude sur l'application de la liste de référence des médicaments essentiels en DCI dans six centres de santé communautaire de District de Bamako.

Thèse de pharmacie, Bamako, 1999. (29).

5. MSSPA, Formation des agents de la PPM à la gestion des stocks et l'application du schéma directeur.

Guide de formateur, Mai 1998 (DLP).

6. DIARRA. Y, Etude de prescription des médicaments essentiels dans le centre de santé de la MU.T.E.C.

Thèse de pharmacie, Bamako, 2000. (10)

7. BENGALY. L, Cour de la pharmacie hospitalière, Bamako (Mali), 2007, 5^{ème} année pharmacie.

8. HAIDARA. B, Contribution à l'étude de la consommation des médicaments dans le cercle de Macina.

Thèse de pharmacie, Bamako, 1995. (19)

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.

Thèse de pharmacie, Bamako, Février 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.

Thèse de pharmacie, Bamako, 1998

- 11. PDSS San Final (2005-2009)**, Programme de développement socio-sanitaire de San, 2005-2009
- 12. KANTE. A**, Etude de la prescription des médicaments dans les formations socio sanitaires de Bougouni, San et Ségou coura.
Thèse de pharmacie, Bamako, 1999. (6)
- 13. TRAORE. S**, Etude de la consommation médicamenteuse dans le quartier de Banconi.
Thèse de médecine, Bamako, 1988. (23).
- 14. SY. M**, Etude de la prescription et de la consommation des médicaments au centre communautaire de Banconi et dans les CSCOM prévus dans cadre du PSPHR.
Thèse de pharmacie, Bamako, 1994. (6).
- 15. OMS**, Principe directeur pour le diagnostic et le traitement du paludisme en Afrique, Bureau régionale de l'Afrique, Brazzaville 1992.
- 16. TANKOUA. Y. I. E**, Evaluation de l'antibiothérapie dans le service de médecine interne à l'hôpital national du « point G ».
Thèse de pharmacie, Bamako, 1999. (23).
- 17. OMS**, Accès aux médicaments et financement : analyse économique et financement de base, WHO/DAP/915, Genève 1991.
- 18. TRAORE. K**, Contrôle de la qualité des médicaments essentiels génériques en DCI commercialisés au Mali.
Thèse de pharmacie, Bamako, 2000. (31)
- 19. Amadou. H**, Etude de la prescription médicamenteuse à Niamey.
Thèse de médecine, Niger, 1992. (11)
- 20. ABROUG. F**, Evaluation de la prescription en milieu hospitalier Tunisienne ; Médecine Maladies Infectieux, 1990.
- 21. OMS**, Médicaments essentiels : Le point N°14.
Enquête sur l'usage des médicaments, 1993.
- 22. BERTHE. D**, Problématique de la disponibilité et des prix des génériques : Cas de 39 médicaments couramment consommés à Bamako.
Thèse de pharmacie, Bamako, 2006. (32)
- 23. NOUR. A. Y**, Recours aux soins et aux médicaments dans le centre de santé de la MU.T.E.C
Thèse de pharmacie, Bamako, 1999. (23)

24. COULIBALY. A, Contribution à l'étude de l'impact de la promotion de la politique des médicaments essentiels sur l'exploitation des officines privées. Thèse de pharmacie, Bamako, 1995. (18)

25. MSPAS, Direction régionale de la santé publique Ségou.

« Rapport semestriel du 1^{ère} et 2^{ème} semestre 1992 et 1^{ère} semestre 1993 ».

26. MSPAS, Déclaration de politique sectorielle de santé et de population. Edition 1995.

27. OMS, Utilisation des médicaments essentiels. (Rapport du comité d'experts Genève 1992).

28. UNICEF N°3, Guide pour l'usage rationnel de médicaments dans les services de santé de base, Août 1992.

ANNEXES

ANNEXE I :

FICHE D'ENQUETE AUPRES DES PRESCRIPTEURS :

1. Qualification du prescripteur :

- Médecin
- Infirmier (ère)
- Sage femme
- Aide soignant(e)

2. Identité du prescripteur :

Nom : Prénom

Adresse

3. Identité du malade :

Nom Prénom Age

M/F Profession Adresse

4.Symptomatologie :.....

.....

.....

5.Diagnostics :

6.Traitement :.....

.....

.....

7. Type de médicament :

a.DCI.....

.....

b.Spécialité

:.....

.....

.....

8. Quantité de médicaments prescrit : []

9. Groupes Thérapeutiques :

.....

.....

10. Formes Pharmaceutiques :

- comprimés
- injectables
- gélules
- pommade
- sirop
- autres

11. Voies d'administrations :

- voie orale
- I.V
- I.M
- voie cutanée
- autres

12. Durée de traitement :

13. Le coût :

14. Observations :
.....
.....

8. Arrivez-vous de prescrire des spécialités médicaments ? Si oui, pourquoi ?

.....
.....

9. Quels sont les problèmes que vous rencontrez dans la prescription des ME ?

.....
.....

10. Les malades vous ont-ils signalé les effets secondaires avec les médicaments de la liste de référence ? Si oui, lesquels ?

Oui

Nom

.....
.....
.....

11. Informez-vous les malades de l'existence d'effets secondaires avant de démarrer le traitement ?

12. Avez-vous eu des cas de rechutes ?

Oui

Non

Si oui quelles sont les causes ?

..... Traitement non.

..... Traitement mal fait.

RESUME DE LA THESE

NOM : DEMBELE

PRENOM : ADAMA

TITRE DE LA THESE

Etude de la prescription des médicaments essentiels génériques au CSREF de San.

ANNEE : 2008-2009

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS DE SOUTENANCE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMPOS

DECTEUR D'INTERET : Pharmacie hospitalière

RESUME

Notre étude transversale et descriptive a porté sur la prescription des médicaments essentiels génériques au CSREF de San du 29 Février 2008 au 10 Janvier 2009.

L'objectif principale était de proposer une meilleure rationalisation des ordonnances. La moyenne des médicaments par ordonnance est de 3,45 et le coût moyen de l'ordonnance est de 4400FCFA ;

Sur l'ensemble des médicaments prescrits, les médicaments essentiels génériques ont un pourcentage élevé avec 70,27%.

Environ 13 classes thérapeutiques ont été prescrites, mais le pourcentage de prescription des anti-infectieux avec 44,1% ; des antalgiques-antipyrétiques-AINS avec 15,7% et des antipaludiques avec 12,3% reste élevé.

L'ordinogramme et le VIDAL dont les prescripteurs doivent se servir pour la rationalisation de la prescription n'étaient disponibles chez les prescripteurs.

Certaines spécialités médicamenteuses continuent encore à être prescrites car n'ayant pas leurs correspondants en DCI dans la gamme de médicaments essentiels disponibles. Il s'agit en particulier des ovules, des collures.

Mots clés : Médicament, Prescription, Disponibilité, D.C.I

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