

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple- Un But- Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2007-2008

Thèse n°..... /

ETUDE DES FACTEURS LIES AUX PRESCRIPTEURS ET AUX
DISPENSATEURS INFLUENCANT NEGATIVEMENT L'UTILISATION
DES MEDICAMENTS GENERIQUES DANS LE SECTEUR
PHARMACEUTIQUE PRIVE DU DISTRICT DE BAMAKO

THESE

Présentée et soutenue publiquement le.....2008 devant

La Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par :

Monsieur SIAKA SAKO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Professeur Amadou Diallo
Membre : Docteur Adama Diawara
Codirecteur : Docteur NDiaye Hawa Thiam
Directeur : Professeur Sanoussi Konaté

DEDICACES

A mon Père Drissa Sako :

Tous les conseils donnés sont d'une valeur inestimable pour moi et je comprends aujourd'hui à travers ces conseils que l'homme acquiert son indépendance en travaillant.

Ton souci a toujours été de me soutenir de me guider vers le travail bien fait et le sens du devoir.

Ce travail est aussi le fruit de tes conseils sages et le témoignage de ma profonde gratitude.

A ma Mère feu SIRA Doumbia (Paix à Son Âme)

Généreuse modeste et laborieuse prématurément arrachée à notre affection quand je n'avais que 11 ans, je ne t'ai jamais oublié un instant.

Tu n'as pu être témoin de ce moment inoubliable de ma vie et je ne peux que le regretter mais hélas telle a été la volonté de Dieu.

Ce travail sera le fruit de mon profond amour. Dors en paix chère Mère.

A mes belles mères : Nagnouma Samaké et Fanta Traoré

Vous avez contribué pendant toute l'absence de ma mère à me faire oublier la souffrance par vos sincères amour, considération et bonne foi envers moi. Ce résultat vous sera le fruit de ma sincère reconnaissance et considération.

A mon oncle Cheickna Sako

Tes aides morales et matérielles ne m'ont jamais fait défaut ; je me souviens quand j'avais décidé de quitter la faculté de médecine après mon échec en 3^{ème} année, tu t'es farouchement opposé à cette décision et que c'était une question d'honneur pour moi et pour toute la famille de relever ce défi.

J'ai pu accéder aujourd'hui à ce résultat grâce à toi. Une fois encore je te remercie infiniment.

A mes frères et sœurs

Cinquième fils en âge et le quatrième garçon d'une famille qui compte 21 enfants, je suis la fierté de la famille mais aussi de tout un village car le seul à franchir le cap du baccalauréat et devenir par la même occasion ce que je suis aujourd'hui et cela grâce à Dieu le tout puissant, à la bénédiction des parents et aussi à vos soutiens.

Je sais que c'est un handicap aujourd'hui pour vous tous le fait de ne pas pu continuer les études mais ensemble nous pouvons et nous devons réussir en travaillant main dans la main.

Ce travail que je vous dédie aujourd'hui est le fruit de mon courage, dévouement et l'acceptation d'affronter les pires réalités de la vie.

Je vous aime tous que Dieu bénisse la famille.

A ma grand mère Sounoufing dite Fatoumata Samaké

Tu ma toujours soutenu avec tes bénédictions, tu ma toujours dit et répété pense à un problème s'il peut avoir une solution dans un bref délai mais ignore un problème dont la solution se trouve dans l'avenir et fait tout pour ne pas décevoir ta maman qui était si courageuse.

Merci encore mille fois

A mon cousin et tuteur Seriba Sacko et famille

Pour l'accueil sympathique qui m'a été réservé à mon arrivée ici à Bamako.
Merci infiniment

A ma femme Assétou Samaké

Femme simple, docile, aimable ; tu t'es attachée à m'aider à partager mes joies, mes peines et à résoudre mes problèmes rassure toi de ma profonde reconnaissance et de mon sincère amour.

Que Dieu le Tout Puissant nous protège.

A ma tante Kadidia Dombia :

Même si aujourd'hui le bon Dieu ne t'a pas donné la chance d'avoir un enfant, tu as le mérite d'être heureuse et d'accepter ce résultat en guise de ma reconnaissance et de toute ta sympathie pour toi

Mes remerciements

A Dieu le Tout Puissant Miséricordieux et son Serviteur le Prophète Mohamed (Paix et Salut sur Lui) :

Pour m'avoir donné la chance et le pouvoir d'arriver à ce niveau aujourd'hui. Fait qu'en toute circonstance, je me souviens de toi.

A tout le corps professoral de la FMPOS

Pour la qualité d'enseignement reçue. Mes chers Maîtres veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude et de ma très haute considération.

A tous mes amis de la faculté

Hervé Dembélé ; Dramane Bouba Traoré ; Salimata Samaké ; Sidi Sory Sangho pour le chemin laborieux parcouru ensemble.

A tous les amis et membres du « grin » TITAN

Sergent chef Issiaka Diakité ; Abdoulaye Tamboura ; Cheick Mohamed Camara Fatoumata Diallo ; caporal Siaka Cissé ; Dr Hervé Dembélé ; Dr Abdoulaye Arama ; Baba Nadio ; Bakary Coulibaly.

C'est dans la galère qu'on connaît les vrais amis, vous avez tous été pour moi une porte flambeau merci infiniment.

A tout le personnel du centre de santé de référence de la commune v :

Professeur Agrégé Mamadou Traoré ; Dr N'DIAYE Hawa Thiam et tous ceux que j'ai pas cité pour l'accueil, la bonne formation, la sympathie et la bonne collaboration. :

Au Docteur NDiaye et famille

Pour le soutien inconditionnel sous toutes ses formes (matériel et moral) ; le rôle de formateur d'éducateur ; de Maman, conseiller.

Vous êtes une personne exceptionnelle. Que Dieu bénisse votre famille

A l'ensemble du service Dermatologique :

Dr N'Diaye pour la formation reçue ; Dr Diarra Sadia ; les internes Daouda B Traoré ; Karim Samaké ; Zeinabou Diallo ; Adama F Keita ; les infirmières Mme Kampo Fatim Fomba ; Mme Sow Djeneba Mica pour la bonne collaboration et la bonne relation amicale.

A Monsieur Nimaga Boureïma et Famille

Pour sa bonté et les encouragements reçus tout aux longs de cette étude médicale merci pour toujours.

A NOS MAITRES ET JUGES

« Chaque homme réunit en lui un certain nombre d'ignorances auxquelles il lui appartient de remédier s'il le désire.

Et le plus simple est alors de recourir aux bons offices d'un maître compétent »

GEORGES GUSDORF

A NOTRE MAITRE ET PRESSIDENT DU JURY

Professeur Sanoussi Konaté

Professeur en Santé Publique

**Chef du Département Etude et Recherche en santé publique à la
FMPOS**

Cher Maître vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait et vos qualités intellectuelles font de vous un Maître admiré de tous.

Veillez accepter ici cher Maître l'expression de notre grande sympathie.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Adama Diawara

Spécialiste en santé publique

Chef de division dans le département

Assurance qualité et Economie du médicament à la

Direction de la pharmacie et du médicament

Cher Maître, nous sommes honorés que vous ayez accepté de siéger dans ce jury.

Votre courage ; votre amour pour le travail scientifique ont forcé en nous estime et considération.

Soyez assuré de notre admiration et de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE

Docteur Ndiaye Hawa Thiam

Spécialiste en dermato- mycologie,

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune III

Votre simplicité, votre disponibilité, votre rigueur scientifique votre dévouement pour la recherche scientifique font de vous un maître exemplaire et admiré par les étudiants.

Veillez recevoir ici cher maître, l'expression de notre respect et de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Sanoussi Konaté

Honorable Maître, c'est aujourd'hui une fierté pour nous d'être à vos côtés.

Vos qualités d'homme de science, votre simplicité, et votre disponibilité ont attiré notre attention.

Nous sommes fières de compter parmi vos élèves.

Veillez trouver ici, cher Maître le témoignage de notre profonde reconnaissance et nos remerciements les plus respectueux.

Liste des abréviations

Al : aluminium

Amp : ampoule

CFA : communauté Francophone d'Afrique

Cp : comprimé

Cscom : Centre de Santé Communautaire

Csréf : Centre de Santé de Référence

DCI : Dénomination commune internationale

Doc : Document

DPM : Direction de pharmacie et de Médicaments

EPU : Etude Post Universitaire

Fl : Flacon

INPS : Institut National de Prévoyance Social

Inj. : Injectable

Km2 : Kilomètre carré

MEG : Médicament Essentiel Générique

Mg : Milligramme

MSSPA : Ministère de la Santé de la solidarité et des personnes âgées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMP : Office Malienne de Pharmacie

PPM : Pharmacie Populaire du Mali

Q : question

UMPP : Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques

% : pourcentage

SOMMAIRE

	PAGES
I-INTRODUCTION.....	1
II-OBJECTIFS.....	5
III-GENERALITES	6
A. Présentation du district de Bamako.....	6
B. Définition des termes	6
C. Evolution du secteur pharmaceutique privé au MALI.....	8
IV-METHODOLOGIE.....	11
1. Cadre d'étude.....	11
2. Type et période d'étude.....	11
3. Population d'étude	11
4. Echantillonnage.....	12
5. Plan de recueil de données.....	12
6. Plan d'analyse des données.....	12
V-LES RESULTATS.....	13
A. Résultats des prescripteurs.....	13
B. Résultats des pharmaciens.....	28

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....38

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATION.....43

1. Conclusion43

2. Recommandation.....44

VIII-REFFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES.....45

VIII- ANNEXES

I- 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. (11)

« Santé pour tous » ne devrait pas être un slogan creux mais une réalité palpable au quotidien. Santé pour tous suppose l'accessibilité pour toutes les couches sociales aux services de santé et aux médicaments, or combien de Maliens se refusent à aller à l'hôpital parce qu'ils savent pertinemment qu'ils ne pourront s'acheter les médicaments qui y seront prescrits ? (10)

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. (15)

Une autre étude réalisée au Mali par COULIBALY et KEITA sur les dépenses de santé familiale en 1990 estime ces dépenses à 80%. (4)

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. (6)

Malgré la part élevée du budget consacré à l'achat des médicaments une grande partie de la population n'a pas encore accès aux médicaments essentiels.

Plusieurs raisons expliquent cet état (9) :

- l'insuffisance des capacités de production de médicaments dans ces pays ;
- l'inadéquation des procédures d'achat ;
- L'insuffisance du système de distribution ;
- l'enclavement du pays qui entraîne une augmentation des charges de transport et de transit, d'où l'augmentation du coût des médicaments.

La Banque mondiale concluait dans un document de 1975, que les causes principales de mauvaise santé dans les pays en développement étaient les facteurs démographiques, la malnutrition, les conditions sanitaires et l'habitat (15).

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 de US de médicaments, dont 15% à destination des pays en voie de développement (15).

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 est l'insuffisance d'information et de promotion au niveau des prescripteurs et du public.

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 (9).

Les médicaments dits de conditionnement sont des médicaments fabriqués sous des noms commerciaux (et non sous le nom moléculaire) et présentés dans des conditionnements généralement de moins d'une cinquantaine de comprimés, le tout dans des emballages tellement luxueux que ceux-ci doivent constituer une part significative du coût de revient. Ces médicaments sont pour la plupart fabriqués par des laboratoires pharmaceutiques Européens.

Les médicaments génériques quand à eux sont fabriqués généralement par les pays du sud (Inde, Chine, Brésil etc.). Ces médicaments se présentent sous la forme de boîtes de mille comprimés et sous leur nom moléculaire. Le médicament générique coûte donc excessivement moins cher du fait, de son conditionnement en gros et de la faiblesse des coûts de production dans les pays producteurs. A qualité égale la différence de prix est criarde ! Un médicament générique coûte parfois des centaines de fois moins cher que son équivalent conditionné. Par exemple le Zentel qui est en fait la forme conditionnée de l'albendazol 400 mg coûte entre 1500 à 1600 FCFA dans nos pharmacies alors que l'albendazol se vend entre 100 et 200 CFA ! Le comprimé du camoquin 200 mg coûte plus de 130 FCA alors que son équivalent générique, l'amodiaquine 200 mg vaut moins de 10 CFA !

Le Voltarène 75 mg vaut plus de 600 FCFA l'ampoule alors que son équivalent le diclofenac 75 mg vaut 50 FCFA. La liste n'est pas exhaustive.

Conscient de ces difficultés et de leurs conséquences sur les formations sanitaires, le gouvernement Malien a entrepris une réforme pharmaceutique ayant pour objet de rendre le médicament physiquement, géographiquement et financièrement accessible aux populations sur toute l'étendue du territoire national (9).

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.

Les autorités sanitaires nationales, dans le cadre de la politique de santé s'évertuent entre autres à assurer en permanence la disponibilité des médicaments essentiels génériques et la création des structures communautaires participant à l'action sociale.

Dans le 1^{er} cas, pour résoudre le problème, le Mali a adopté en 1983 sur recommandation de l'OMS la politique des médicaments essentiels génériques en DCI.

Une liste de médicaments essentiels fut élaborée selon la liste modèle de médicaments essentiels établie par l'OMS et des structures telle que la PPM et l'UMPP furent chargées d'approvisionner le pays (11).

Dans le 2^{ème} cas de nombreux centres de santé communautaires ont vu le jour.

Suite à la dévaluation monétaire de janvier 1994, le prix des produits pharmaceutiques a été modifié. Ceci s'est traduit par une augmentation officielle 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 fourniture de médicaments essentiels est donc au cœur de la stratégie de la santé pour tous, arrêtée par l'OMS et par tous les pays membres de l'organisation.

La prévention et le traitement des maladies ne peuvent être assurés sans la disponibilité permanente et continue des médicaments de qualité (6).

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.

En 1998, une étude réalisée par la commission Européenne dans sept pays de la zone CFA, montrait que la part du médicament générique dans le secteur pharmaceutique privé variait de 1 à 15% (8).

Le pharmacien, dans la plupart des pays, détient le monopole de la délivrance du médicament au public.

Cependant Richard en 2003, déplore la multiplication d'un certain nombre de faits anormaux dans les officines, au premier rang des quels, figure un taux élevé d'absentéisme des pharmaciens laissant la vente des médicaments à un personnel non formé (20).

Le droit de substitution n'est pas adopté dans tous les pays de la zone CFA. S'il est adopté, son application rencontre des obstacles divers venant des prescripteurs et des consommateurs (5).

Au Mali bien que la réglementation l'autorise, on constate un faible taux de substitution au niveau des officines (7).

Malgré la politique de l'OMS adoptée par le Mali sur la prescription des médicaments génériques et des actions pour les rendre disponibles, des problèmes de sous utilisation de ces médicaments continus à se poser.

On ne connaît pas toutes les raisons liées à cette timidité d'utilisation des médicaments génériques qui sont moins chers pour le revenu des populations d'Afrique.

II- OBJECTIFS

1- OBJECTIF GENERAL :

Etudier les facteurs liés aux prescripteurs et aux dispensateurs influençant négativement l'utilisation des médicaments génériques dans le secteur pharmaceutique privé du district de Bamako

2- OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer les facteurs liés au faible taux de prescription de médicaments sous nom DCI.
- Déterminer les facteurs du faible taux de disponibilité des médicaments DCI au niveau des officines privées.
- Déterminer les facteurs qui influencent la substitution des spécialités en DCI dans les officines privées.
- Identifier les facteurs limitatifs des fonctions de régulation assurée par le ministère de la santé, liés à la disponibilité des DCI.

III- GENERALITES

A- PRESENTATION DU DISTRICT DE BAMAKO :

Avec une superficie de 267 Km² et une population s'élevant à 1.218.053 habitants (en 2003), le district de Bamako est divisé en six communes dont 4 sur la rive gauche du Niger et compte 66 quartiers (18).

Malgré son statut urbain, la ville compte une forte proportion de population péri résidente des « cités dortoirs ».

La couverture sanitaire est assurée par 2 hôpitaux nationaux, 9 structures militaires et confessionnelles, 33 cliniques médicales, 103 cabinets médicaux, 7 centres médicaux interentreprises de l'INIS, 6 centres de Santé de référence , 52 cscom et 183 officines privées de pharmacie.

B- DEFINITION DES TERMES:

1. Pharmacie :

La pharmacie peut être définie comme l'ensemble des connaissances scientifiques et techniques qui concourent à la fabrication, au contrôle, au conditionnement, à la conservation et la délivrance des médicaments. Elle est exercée par des pharmaciens diplômés.

2. Officine de pharmacie :

L'officine de pharmacie est un établissement tenu par un pharmacien et affecté à l'exécution des ordonnances magistrales, à la préparation et à la vente au détail des médicaments et tout autre produit entrant dans le monopole du pharmacien.

3. Médicament :

Selon l'ordonnance du 23 septembre 1967 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.

Selon le mode de fabrication, on distingue:

3.1 Les médicaments préparés à l'industrie :

Ces médicaments se classent en :

Spécialités pharmaceutiques : elles sont définies comme étant des médicaments préparés à l'avance, présentés sous un conditionnement particulier et caractérisés par une dénomination spéciale.

Médicament générique : c'est la copie d'une spécialité tombée dans le domaine public, au terme de la protection accordée à l'inventeur, par la législation sur la propriété industrielle.

3.2 Médicament essentiel :

Il est dit essentiel par ses propriétés curatives et préventives établies et vérifiées dans les meilleures conditions qu'offre l'expertise internationale, son rendement particulièrement utile dans les affections. Un médicament essentiel est soumis aux mêmes exigences de fabrication de qualité et de commercialisation que tous les autres médicaments.

4. Ordonnance médicale :

C'est une pièce écrite par le médecin, destinée à un malade ou à une personne de son entourage qui résume les prescriptions résultant de l'examen clinique et de l'interprétation des examens biologiques. Ces prescriptions sont d'ordre diététique, hygiénique, physiothérapique, médicamenteux. La dose des médicaments et leur voie d'administration, les quantités à délivrer et la durée du traitement doivent être indiquées.

5. Ordonnancier :

C'est un registre dans lequel, le pharmacien doit consigner le contenu des ordonnances comportant des substances vénéneuses.

6. Substances vénéneuses :

C'est toute substance dont l'administration peut engendrer des effets nocifs.

C- EVOLUTION DU SECTEUR PHARMACEUTIQUE PRIVE

Le secteur pharmaceutique privé en Afrique :

A partir du milieu des années 80, le secteur pharmaceutique privé commercial a connu un développement accéléré en Afrique sous l'effet de la libéralisation du secteur dans les pays où l'état avait établi des monopoles publics. Cette expansion a porté surtout sur les officines, le segment le plus simple du circuit d'approvisionnement.

Secteur privé et secteur public se sont développés en parallèle et, souvent en compétition, vivant de nombreuses contradictions en matière de réglementation et d'organisation du marché. Face à ces incohérences, les autorités sanitaires, les organisations professionnelles et les bailleurs de fonds s'interrogent sur les dynamiques en place et sur les règles à promouvoir pour donner cohérence et efficacité aux politiques pharmaceutiques nationales. Cet objectif ne peut être atteint sans une bonne connaissance du secteur privé (20).

Le secteur pharmaceutique privé au Mali (11):

La pharmacie malienne a connu deux grandes étapes d'évolution.

De 1960 - 1980 : cette étape fut marquée par la pharmacie d'approvisionnement du Mali, la Pharmacie Populaire du Mali (PPM), les organisations non gouvernementales, les missions catholiques et les différentes coopérations (Sino-malienne, maliano-soviétique) qui assuraient l'importation et la distribution du médicament aux populations maliennes.

De 1980 à nos jours : cette étape fut la plus importante car elle connaît d'éminents événements.

- **En 1981**, l'Office Malien de Pharmacie (OMP) vu le jour à la suite de la disparition de la Pharmacie d'Approvisionnement (Pharmappro).

- **En 1982**, ce fut la création de l'inspection de la santé publique et des affaires sociales chargées de contrôler entre autres les activités pharmaceutiques sur toute l'étendue du territoire malien.

- **En 1983**, l'état malien utilise la politique des Médicaments Essentiels en Dénomination Commune Internationale (DCI) en vue de satisfaire d'avantage les besoins médico-pharmaceutiques des populations quelles que soient leurs situations conformément aux préoccupations de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S).

- **En 1985** la Loi N°85-41/AN-RM du 22 juin 1985 autorisa l'exercice privé des professions sanitaires (médicales et pharmaceutiques) au Mali dont le décret d'application est le N° 117/PGRM du 23 juillet 1985.

L'autorisation de l'exercice privé des professions sanitaires en 1985 et la levée du monopole de la PPM en 1990 ont conduit à une véritable éclosion du secteur privée pharmaceutique, notamment à Bamako et les capitales régionales.

- **En 1992** le décret N° 92-050/P-RM modifia le décret N°91-106/P-RM du 15 mars 1991 portant organisation de l'exercice privé des professions sanitaires au Mali. Ce dernier avait remplacé celui du 23 juillet 1985 à savoir le N°177/PG-RM.

Schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels

Le Mali a adopté en 1998 son plan décennal de développement sanitaire et social et son plan quinquennal afférent, définissant une intervention importante et stratégique sur les structures de référence.

Ainsi, la politique pharmaceutique nationale adoptée en 1998 avait pour but de rendre accessible géographiquement, physiquement et financièrement à la population des médicaments essentiels de qualité.

Avant sa mise en œuvre, il n'existait beaucoup de projets ponctuels comme les magasins santé du Nord de la région de Mopti, soins de santé primaire de Ségou et projet d'appui à la pharmacie de Dioïla et Kangaba et programme d'approvisionnement de la région de Koulikoro.

Ces systèmes liés à des projets, importaient directement les médicaments de l'extérieur. Vu leur logique de projet et le territoire limité qu'ils couvraient, ils ne pouvaient répondre à la résolution des problèmes nationaux en matière d'approvisionnement en médicaments et d'une manière permanente.

Le schéma directeur est donc né de la volonté de disposer d'une politique cohérente permettant de couvrir l'ensemble du territoire national et dans une logique durable. Il constitue un ensemble de principes et mesures ayant comme but la pérennisation de l'approvisionnement à travers la mise en place de stocks initiaux de médicaments essentiels avec un recouvrement des coûts, la maîtrise des besoins de consommation, l'achat par appel d'offres pour garantir la qualité et un coût accessible aux populations.

L'ensemble des acteurs y sont impliqués pour qu'à travers des fonctions définies, les médicaments puissent être disponibles aussi bien dans les établissements sanitaires publics et communautaires qu'à travers une diffusion plus grande des génériques dans le secteur privé commercial.

Pour y parvenir les stratégies et dispositions pratiques suivantes ont été retenues :

Approvisionnement des régions en médicaments essentiels de qualité basé sur le système logistique : évaluation des besoins à commander sur la base de la liste nationale de médicament essentiel et dénomination commune internationale pour couvrir chaque niveau opérationnel.

Cet approvisionnement sera à travers un réseau de dépôts de vente des formations publiques et communautaires ;

Approvisionnement des médicaments essentiels en dénomination commune internationale par appel d'offres sur la base d'un plan annuel d'approvisionnement.

IV- METHODOLOGIE

1. Cadre de l'étude :

Avec une superficie de 267 Km² et une population s'élevant à 1.218.053 habitants (en 2003),

Le district de Bamako est divisé en six communes dont 4 sur la rive gauche du fleuve Niger et compte 66 quartiers (18).

Malgré son statut urbain, la ville compte une forte proportion de population résident dans les quartiers défavorisés. La couverture sanitaire est assurée par 2 hôpitaux nationaux, 9 structures militaires et confessionnelles, 33 cliniques médicales, 103 cabinets médicaux, 7 centres médicaux interentreprises de l'INRSP, 6 centres de santé de référence, 52 cscom et 183 officines privées de pharmacie.

2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale.

3. période d'étude :

L'étude s'est déroulée pendant la période du 01 Juillet au 31 octobre 2006 et visait l'identification des obstacles liés à l'utilisation des médicaments essentiels génériques dans les formations sanitaires et pharmacies privées du district de Bamako.

4. Population d'étude :

Il s'agissait de :

Prescripteurs des structures sanitaires privées de Bamako ;

Les pharmaciens exerçant dans les officines privées de Bamako et

Les grossistes répartiteurs privés implantés à Bamako.

Critères d'inclusion et de non inclusion :

Ont été inclus dans notre étude :

- ❖ Tous les prescripteurs exerçant dans les structures sanitaires privés (cabinet médical et clinique) régulièrement ouverts depuis plus de deux ans dans le district de Bamako ;

- ❖ Tous les pharmaciens titulaires ou assistants exerçant dans les officines privées régulièrement ouvertes depuis plus de deux ans dans le district de Bamako ;

- ❖ Tous les pharmaciens grossistes répartiteurs privés régulièrement ouverts depuis plus de deux ans dans le district de Bamako.

Ont été exclus dans notre étude :

- ❖ Les prescripteurs exerçant en dehors du district de Bamako et dans les structures sanitaires non choisies ;

- ❖ Les pharmaciens exerçant en dehors de Bamako et dans les officines non concernées par l'échantillon ;

- ❖ Grossistes répartiteurs implantés en dehors du district de Bamako.

5- Echantillonnage :

Nous avons choisi de façon aléatoire 30 officines dans un listing de 183 officines de Bamako classées par ordre alphabétique. Au niveau de chaque officine a été inclus le pharmacien titulaire ou l'assistant en pharmacie ayant accepté de participer à l'étude.

6- Plan de collecte des données :

Les données nécessaires à l'étude ont été recueillies au moyen d'une enquête. L'enquête a été menée auprès des prescripteurs exerçant dans les structures sanitaires privées choisies de façon aléatoire dans le district de Bamako, des pharmaciens d'officine. Le matériel concerné par l'étude regroupera les questionnaires remplis lors de notre passage auprès des prescripteurs et pharmaciens privés.

7- Plan d'analyse des données :

Les logiciels Word et Excel ont servi pour la confection des formulaires de collecte.

Le logiciel Epi – info a été utilisé d'une part pour la composition des échantillons de structures sanitaires et d'autre part pour la saisie et l'analyse des données récoltées à la suite de l'enquête.

V- LES RESULTATS

A- Résultats des prescripteurs

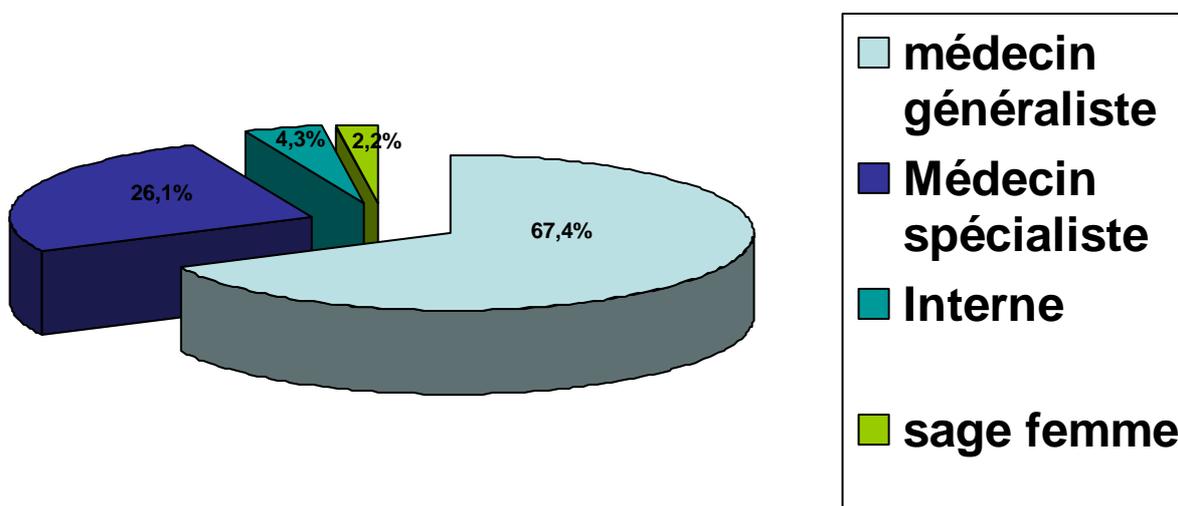
Les caractéristiques socio épidémiologiques :

TABLEAU I: Répartition des prescripteurs retenus dans notre étude par commune du district de Bamako de juillet à octobre 2006

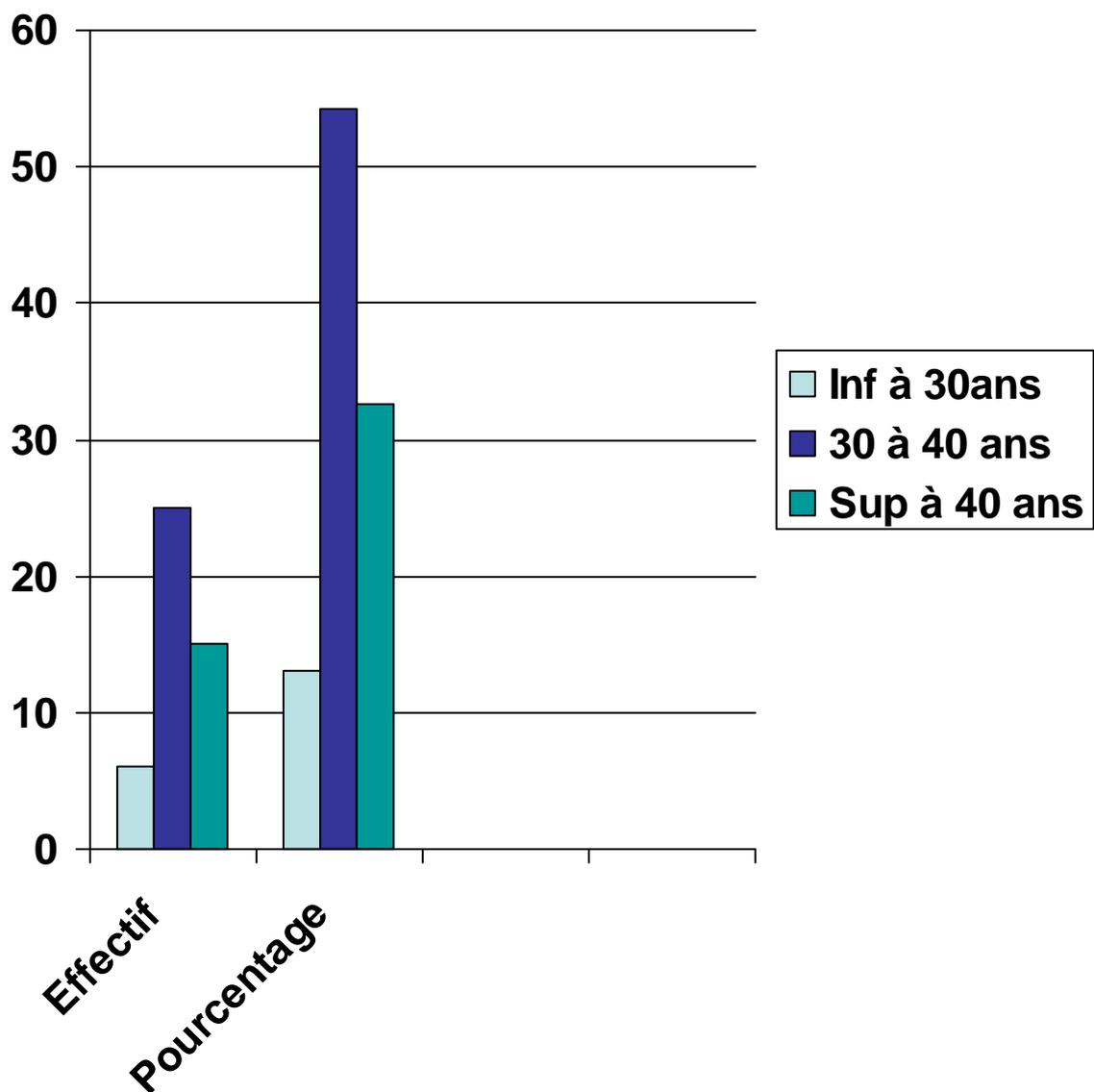
Commune	Effectif	Pourcentage
Commune 1	8	17,4
Commune 2	8	17,4
Commune 3	2	4,3
Commune 4	8	17,4
Commune	13	28,3
Commune 6	7	15,2
Total	46	100

La commune 5 a été la plus représentée avec 13 prescripteurs soit 28,3 %

Répartition selon la qualification des prescripteurs du district de Bamako du 01 juillet au 31 octobre 2006.



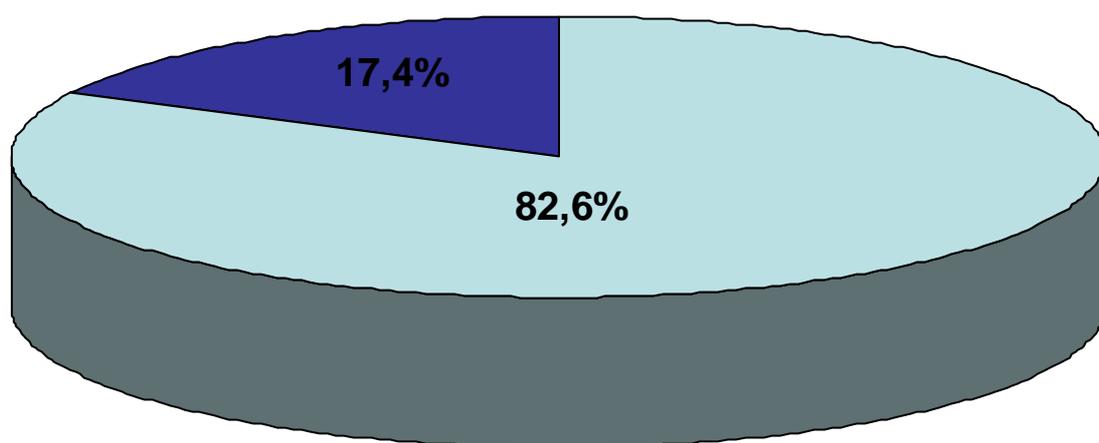
67,4% de nos prescripteurs étaient des médecins généralistes contre 26,1% de spécialistes et 2,2% de sage femme



Répartition des prescripteurs en fonction de leur âge de juillet à octobre 2006.

Plus de la moitié de nos prescripteurs avaient leur âge compris entre 30 à 40 ans.

Répartition des prescripteurs selon le sexe



Le sexe masculin est de loin le plus représenté avec un effectif de 38 soit 82,6%

TABLEAU II: Répartition des prescripteurs selon leur pays de formation

Pays de formation	Effectif	Pourcentage
Allemagne	1	2,2
Burkina Faso	1	2,2
Chine	3	6,5
Cote D'ivoire	1	2,2
France	5	10,9
Mali	33	71,7
Sénégal	1	2,2
URSS	1	2,2
Total	46	100

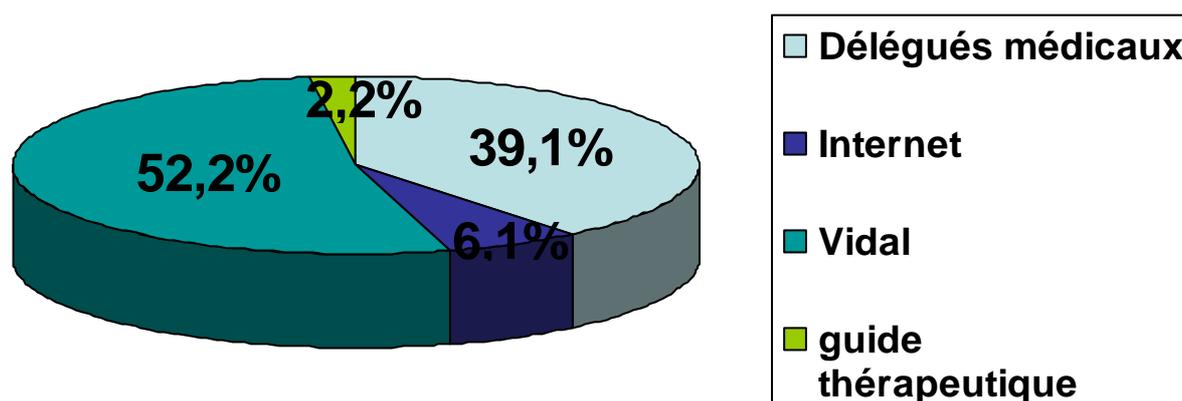
33 prescripteurs sur les 46 ont reçu leur formation au Mali soit 71,7%

TABLEAU III : Répartition des prescripteurs selon l'information reçue sur les médicaments de juillet à octobre 2006.

Réception d'information	Effectif	Pourcentage
OUI	42	91,3
NON	4	8,7
Total	46	100

Plus de 90% des prescripteurs recevaient l'information sur les médicaments contre seulement 8,7% qui affirment n'avoir pas reçu d'informations

Répartition des sources d'information sur les médicaments selon les prescripteurs



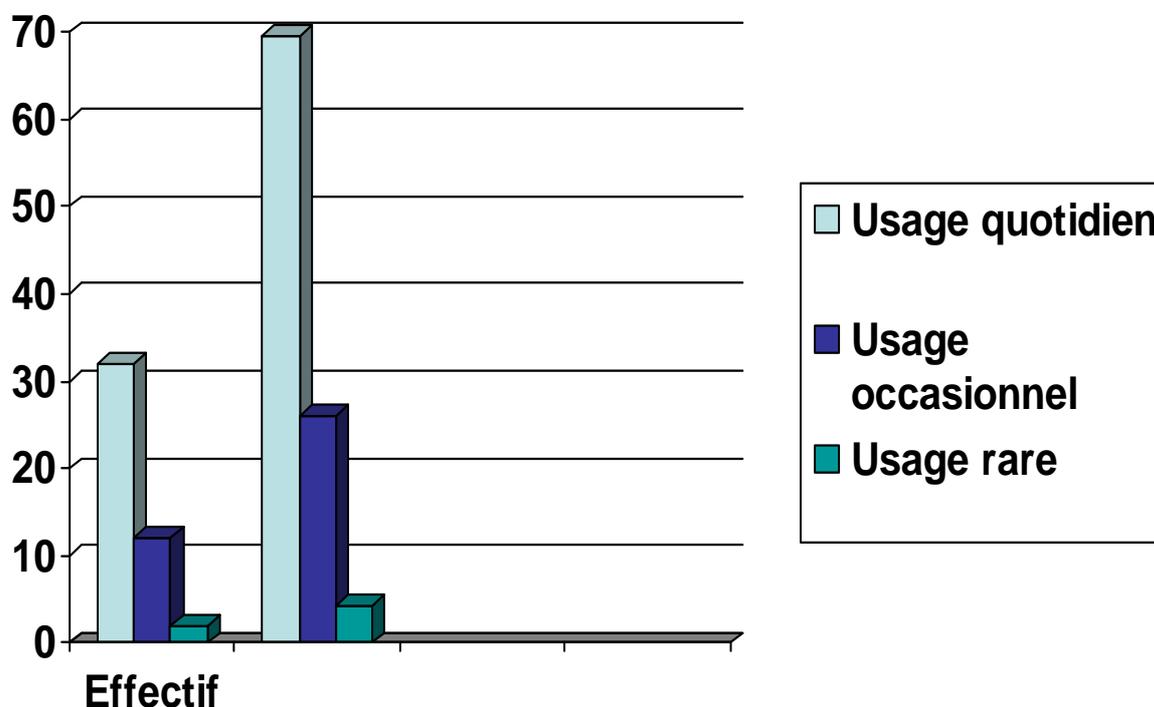
Délégué = échantillon, fiches techniques, revue médicale et d'autres

Le Vidal avec 52,2% a été la première source d'information sur les médicaments contre 2,2% pour le guide thérapeutique.

Tableau IV : Lieu de dépôt des sources d'information sur les médicaments selon les prescripteurs.

Lieu de dépôt du document	Effectif	Pourcentage
Sur le bureau	32	69,6
Dans la pièce	11	23,9
Non	3	6,5%
Total	46	100

32 prescripteurs sur les 46 disposaient sur leur bureau les sources d'information sur les médicaments soit 69,6%.



Distribution des prescripteurs en fonction du niveau d'utilisation des sources d'information citées sur les médicaments de juillet à octobre 2006

69,6% des prescripteurs utilisaient les documents de façon quotidienne 26,1% occasionnellement et 4,3% d'utilisation rare.

TABLEAU V: Répartition des prescripteurs selon le statut des structures sanitaires enquêtées de juillet à octobre 2006.

Statut	Effectif	Pourcentage
Cabinet	27	58,7
Clinique	19	41,3
Total	46	100

27 des 46 prescripteurs travaillaient dans des cabinets soit 58,7% contre 41,3% dans les cliniques.

TABLEAU VI: Répartition des prescripteurs selon les moyens d'obtention des sources d'information citées sur les médicaments.

Moyens d'obtention	Effectif	Pourcentage
Personnel	38	82,6
Ministère santé	2	4,3
Personnel et ministère santé	4	8,7
Autre	2	4,3
Total	46	100

Dans environ 83% les prescripteurs avaient obtenu leurs sources d'information sur les médicaments personnellement contre seulement 4% par le Ministère de santé

TABLEAU VII: Répartition des prescripteurs selon les moyens d'information sur le prix des médicaments de juillet à octobre 2006.

Moyens d'information	Effectif	Pourcentage
Délégué	21	45,7
Pharmacie	5	10,9
Ministère de la santé	2	4,3
Délégué et pharmacie	14	30,4
Autre	4	8,7
Total	46	100

Dans 45,7% des cas les prescripteurs sont informés sur les prix des médicaments par les délégués médicaux contre 30,4% par les délégués et pharmaciens.

TABLEAU VIII: Distribution des prescripteurs ayant reçu une formation sur le concept DCI lors de la formation initiale

Formation en concept DCI	Effectif	Pourcentage
OUI	24	52,2
NON	22	47,8
Total	46	100

Dans 52,2% Le concept de médicament en DCI était pris en compte lors de la formation initiale des prescripteurs contre 47,8% de non prise en compte.

TABLEAU IX: Répartition des prescripteurs sur la supervision périodique de l'établissement sanitaire

Supervision périodique	Effectif	Pourcentage
Oui	39	84,8
Non	7	15,2
Total	46	100

Parmi la population de prescripteurs 84,8% affirmaient que leur établissement était supervisé contre 15,2% d'établissement non supervisés.

TABEAU X : Répartition des prescripteurs sur la notion de supervision concernant la prescription médicamenteuse.

	Effectif	Pourcentage
Oui	14	35,9
Non	25	64,1
Total	39	100

Dans 64% la supervision ne concernait pas les prescriptions contre seulement 36%.

TABEAU XI: Type d'institution citée par les prescripteurs pour la supervision.

Type d'institution	Effectif	Pourcentage
Inspection de la santé	13	92,9
Ordre des médecins	1	7,1
Total	14	100

Dans 93% la supervision est assurée par l'inspection de la santé contre 7% pour l'ordre des médecins.

TABLEAU XII: Date de la dernière supervision des structures sanitaires privées enquêtées selon la déclaration des prescripteurs.

Période	Effectif	Pourcentage
< à 6mois	15	38,5
6 à 1an	20	51,3
> à 1an	4	10,2
Total	39	100

Dans plus de la moitié des cas les prescripteurs estimaient la date de la dernière supervision de leur établissement entre 6mois à 1 an.

TABLEAU XIII: Répartition des prescripteurs sur la qualité des DCI de juillet à octobre 2006.

Qualité	Effectif	Pourcentage
Bonne	22	47,8
Passable	12	26,1
Mauvaise	7	15,2
Néant	5	10,9
Total	46	100

47,8% des prescripteurs ont jugé la bonne qualité des DCI contre 15,2% de mauvaise qualité cependant 10,9% ne se sont pas prononcés.

TABLEAU XIV: Répartition des prescripteurs sur l'efficacité des DCI de juillet à octobre 2006.

Effacité	Effectif	Pourcentage
Bonne	20	43,5
Passable	14	30,4
Mauvaise	7	15,2
Néant	5	10,9
Total	46	100

43,5% de nos prescripteurs trouvent que les DCI sont efficace ; 15,2% d'inefficacité et 10,9% de néant.

TABLEAU XV: Répartition des prescripteurs sur l'innocuité des médicaments DCI de juillet à octobre 2006.

	Effectif	Pourcentage
		43,5
Innocuité	20	
		30,4
Bonne	14	
		15,2
Passable	7	
		10,9
Mauvaise	5	
Total	46	100

43,5% des prescripteurs affirmaient la bonne tolérance des DCI contre 15,2% de mauvaise tolérance.

TABLEAU XVI: Disponibilité des médicaments génériques en DCI dans les pharmacies selon la déclaration des prescripteurs de juillet à octobre 2006.

Disponibilité	Effectif	Pourcentage
Oui	44	95,7
Non	2	4,3
Total	46	100

44 prescripteurs soit 95,7% affirmaient que les pharmacies disposaient de génériques en DCI contre 4,3% de non disponibilité.

TABLEAU XVII: Qualité de relation entre prescripteurs et délégués médicaux selon les prescripteurs.

Qualité de relation	Effectif	Pourcentage
Bonne	41	89,1
Mauvaise	2	4,3
Néant	3	6,5
Total	46	100

89,1% jugeaient la qualité de relation entre visiteurs médicaux et prescripteurs bonne.

TABLEAU XIII: Distribution en fonction du nombre de visites rendues aux prescripteurs par mois par les délégués médicaux.

Nombre de visites/ mois	Effectif	Pourcentage
1- 10	23	50 ,1
11_20	18	39,1
20 et plus	2	4,3
Néant	3	6,5
Total	46	100

La moitié des prescripteurs recevaient 1 à 10 visites par mois de la part des visiteurs médicaux.

TABLEAU XIX: Les moyens utilisés par les délégués médicaux pour la promotion de leurs produits selon les prescripteurs.

Moyens utilisés	Effectif	Pourcentage
Affiches	2	4,3
Fiches techniques + Echantillons	30	65,2
Formation (EPU)	2	4,3
Présentation orale	11	23,9
Autre	1	2,2
Total	46	100

Les fiches techniques sur les produits plus les échantillons sont de loin les plus utilisés comme moyen pour mieux promouvoir les produits avec 65,2% suivi de la présentation orale 24%.

TABLEAU XX : Préférence des patients entre spécialités médicamenteuses et médicaments en DCI selon les prescripteurs de juillet à octobre 2006.

Préférence	Effectif	Pourcentage
Oui	12	26,1
Non	28	60,1
Néant	6	13
Total	46	100

Dans 60% des cas les patients n'avaient pas de préférence entre les spécialités et les DCI.

TABLEAU XXI : Préférence des prescripteurs pour les spécialités médicamenteuses ou les médicaments en DCI.

Choix	Effectif	Pourcentage
Spécialité	34	73,9
DCI	10	21,7
Aucun	2	4,3
Total	46	100

34 prescripteurs sur les 46 soit 73,9% préfèrent les spécialités contre seulement 21,7% pour les DCI et 4,3% d'indécis.

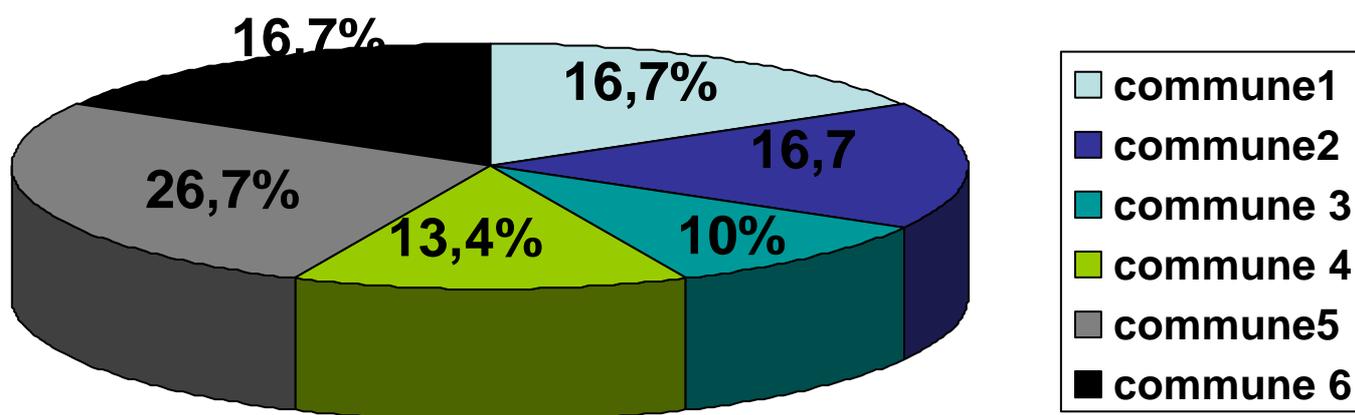
TABLEAU XXII : Distribution des prescripteurs sur la raison de leur préférence pour la spécialité médicamenteuse ou la DCI.

Raison	Effectif	Pourcentage
Efficacité	34	73,9
Coût des DCI	10	21,7
Aucun	2	4,3
Total	46	100

Les 73,9% des prescripteurs ont exprimé leur préférence pour les spécialités à cause de leur efficacité contre 21,7% pour le coût des DCI.

B- Résultats selon les pharmaciens

Répartition des pharmacies en fonction des communes du district de Bamako de juillet à octobre 2006.



La commune V a été la plus représentée avec 8 pharmacies sur les 30 soit 26,7% tan disque la commune III était la moins représentée avec 3 pharmacies soit 10%

TABLEAU XXIII : Les moyens de renseignement entre spécialité médicamenteuse et DCI selon les pharmaciens.

Moyen	Effectif	Pourcentage
Vidal	24	80
Ministère santé	1	3,30
Néant	5	16,70
Total	30	100

Ministère de santé= tableau de correspondance entre spécialité et DCI

Le Vidal représente 80% des moyens de renseignement entre spécialité et DCI contre 3% pour le Ministère de santé.

TABLEAU XXIV : Répartition des moyens d'information sur les prix des médicaments selon les pharmaciens de juillet à octobre 2006.

Moyen renseignement	Effectif	Pourcentage
Grossiste	29	96,70
Néant	1	3,30
Total	30	100

Dans 96,7% des cas l'information sur les prix des médicaments est donnée par les grossistes.

TABLEAU XXV : Répartition des pharmaciens sur la prise en compte du concept de médicament en DCI lors de la formation initiale de juillet à octobre 2006.

	Effectif	Pourcentage
OUI	18	60
NON	11	36,70
AUCUN	1	3,30
TOTAL	30	100

Selon 18 pharmaciens soit 60% le concept de médicament en DCI était pris en compte lors de leur formation initiale.

TABLEAU XXVI: Répartition des pharmaciens sur la durée de dispensation de juillet à octobre 2006.

Durée	Effectif	Pourcentage
0-9 heures	11	36,70
> à 10heures	18	60
Néant	1	3,30
Total	30	100

18 pharmaciens affirmaient leur durée de dispensation à plus de 10 heures soit 60%.

TABLEAU XXVII : Répartition des pharmaciens sur la formation continue du personnel pharmaceutique de juillet à octobre 2006.

	Effectif	Pourcentage
OUI	24	80
NON	6	20
Total	30	100

80% du personnel pharmaceutique suivaient une formation continue.

TABLEAU XXVIII : Répartition des thèmes de formation du personnel pharmaceutique selon les pharmaciens de juillet à octobre 2006.

Thème	Effectif	Pourcentage
Paludisme	14	43,30
Diarrhée	3	10
Antalgiques	8	26,70
Contraceptifs	3	10
Antibiotique	2	6,70
Total	30	100

Le thème paludisme/fièvre a été le plus débattu avec 43,3%.

TABLEAU XXIX : Qualité des médicaments DCI selon les pharmaciens de juillet à octobre 2006.

Qualité	Effectif	Pourcentage
Bonne	21	70
Passable	7	23,30
Mauvaise	2	6,70
Total	30	100

21 pharmaciens soit 70% affirmaient la bonne qualité des DCI.

TABLEAU XXX : Répartition des pharmaciens selon l'efficacité des DCI de juillet à octobre 2006.

Efficacité	Effectif	Pourcentage
Bonne	21	70
Passable	7	23,30
Mauvaise	2	6,70
Total	30	100

70% des pharmaciens appréciaient la bonne efficacité des DCI.

TABLEAU XXXI : Répartition des pharmaciens selon l'innocuité des DCI de juillet à octobre 2006.

Innocuité	Effectif	Pourcentage
Bien tolérée	19	63,30
Moins tolérée	10	33,30
Pas du tout	1	3,30
Total	30	100

63,3% des pharmaciens appréciaient la bonne tolérance.

TABLEAU XXXII : Disponibilité des médicaments génériques dans la pharmacie selon la déclaration des pharmaciens de juillet à octobre 2006.

Disponibilité	Effectif	Pourcentage
OUI	29	96,70
NON	1	3,30
Total	30	100

Les génériques étaient disponibles dans les pharmacies dans 96,7%.

TABLEAU XXXIII : La part des médicaments DCI dans les officines privées selon les pharmaciens de juillet à octobre 2006.

Part des DCI	Effectif	Pourcentage
1-10	1	3,30
11-20	25	83,30
20 et plus	4	13,30
Total	30	100

La part des médicaments DCI était de 11 à 20% des spécialités médicamenteuses selon 25 pharmaciens soit 73,3%.

TABLEAU XXXIV : Qualité de relation entre les pharmaciens et les visiteurs médicaux selon les pharmaciens.

Qualité	Effectif	Pourcentage
Bonne	28	93,30
Mauvaise	1	3,30
Autre	1	3,30
Total	30	100

28 pharmaciens tissaient une bonne relation avec les visiteurs médicaux soit 93,3%

TABLEAU XXXV : Distribution des moyens utilisés par les délégués médicaux pour la promotion de leurs produits selon les pharmaciens de juillet à octobre 2006.

Moyen	Effectif	Pourcentage
Affiches	4	13
Fiches techniques	4	13
Revue médicale	4	13
Présentation orale	2	6,6
Echantillon	10	33,3
Néant	6	20
Total	30	100

Le don des échantillons a été le moyen le plus utilisé avec 33%.

TABLEAU XXXVII: Préférence des pharmaciens pour les spécialités médicamenteuse ou les DCI de juillet à octobre 2006.

Préférence	Effectif	Pourcentage
Spécialité	20	66,70
DCI	9	30
Néant	1	3,30
Total	30	100

66,7% pharmaciens avaient une préférence pour les spécialités.

TABLEAU XXXVIII : répartition des pharmaciens sur la raison de leur choix entre spécialité médicamenteuse et DCI de juillet à octobre 2006.

Raison	Effectif	Pourcentage
Efficacité	20	66,70
Néant	10	33,30
Total	30	100

66,7% des pharmaciens avaient une préférence pour les spécialités à cause de leur efficacité.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Discussion de la méthodologie :

Il s'agissait d'une étude transversale qui a lieu dans le district de Bamako du 01 juillet au 31 octobre 2006 incluant tous les prescripteurs des 30 établissements sanitaires (cabinets, cliniques) et tous les pharmaciens ou assistants pharmaciens exerçant dans le district de Bamako ayant accepté notre étude.

Ces 30 établissements sanitaires (cabinets, cliniques) ainsi que les pharmacies ont été choisis de façon aléatoire. Cette étude avait pour but de déceler les différents obstacles liés à une faible utilisation des génériques dans le secteur pharmaceutique privé du district de Bamako.

Discussion selon les facteurs liés à une faible utilisation des médicaments génériques sous nom DCI :

Au cours de notre étude nous avons identifié des facteurs de faible utilisation des MEG en DCI dans le secteur pharmaceutique privé au niveau des prestataires que sont les prescripteurs (médecins, infirmiers, sages femmes) et les pharmaciens d'officines privées (Tableau III).

-Les sources d'information limitées aux documents de l'industrie pharmaceutique :

91,3% des prescripteurs affirment avoir été informés sur les médicaments. Le Vidal avec 52% pour les prescripteurs et 80% pour les pharmaciens a été de loin le document de référence en matière d'information sur les médicaments en général. Il est obtenu soit par intermédiaire des délégués médicaux soit par un moyen personnel. Le guide thérapeutique nationale ne représentait que 2% des moyens d'information sur les médicaments.

Ces résultats s'expliquent par un attachement des prescripteurs à ce Vidal à cause de la qualité des informations détaillées de ce document sur les médicaments ; il constitue de ce fait un obstacle à l'utilisation des médicaments génériques à cause de sa grande promotion pour ces spécialités surtout associé à une non utilisation du guide thérapeutique national dans les structures privées jugé peu instructif.

- Selon l'information des prescripteurs sur la correspondance entre spécialités médicamenteuses et les médicaments DCI :

Le Vidal contribue à hauteur de 83% comme moyen d'information sur la correspondance entre les spécialités médicamenteuses et les formes DCI contre seulement 4% pour le tableau de correspondance des DCI du Ministère de la santé. Cela explique par l'importance de la qualité que les prescripteurs accordent à ce document par contre ce résultat montre une sous utilisation du tableau de correspondance qui permet de mieux connaître et comprendre les DCI.

-

Selon la qualification des prescripteurs :

Notre étude nous a permis de montrer que 33 prescripteurs soient 71,7% étaient des médecins généralistes contre 26% de médecins spécialistes. On peut dire que La qualification n'est pas un facteur empêchant l'utilisation des génériques si on essaye de prendre en compte la préférence des prescripteurs pour le Vidal qui est de 83%.

- Selon l'âge des prescripteurs :

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude a été celle de 30 à 40 ans soit un peu plus de 54% et environ 33% pour les plus de 40 ans. Au vu de ce résultat nous pouvons affirmer que l'âge ne peut pas être tenu en compte parmi les facteurs de non utilisation des médicaments génériques si on tient en compte les 74% de préférence pour les spécialités de l'ensemble des prescripteurs.

- Selon le niveau de supervision des établissements

Les établissements étaient supervisés dans 85% des cas mais la prescription était concernée par cette supervision que dans 30% et la dernière supervision remontait à environ un an dans la majorité des cas. Cette supervision étant assurée par l'inspection de la santé et l'ordre des médecins ont une fois montré leur limite dans le système de contrôle du secteur sanitaire privé et cela soit ces institutions sont dépourvues d'agents formés sur la prescription des médicaments génériques soit elles n'ont pas d'influence sur les établissements sanitaires privés.

- Selon la disponibilité des médicaments DCI :

Dans 100% des cas les médicaments DCI étaient disponibles mais seulement 48% des prescripteurs appréciaient la qualité des médicaments en DCI, 44% des prescripteurs affirmaient la bonne tolérance et l'efficacité des médicaments en DCI. Ces raisons ont conduit les prescripteurs à opter pour les médicaments de spécialités à 74% contre 22% pour les médicaments en DCI. Ce résultat de 22% de préférence aux DCI est proche de celui de l'étude réalisée à la DPM par le Dr Diadié et collaborateurs qui ont trouvé 30%. Ces résultats peuvent s'expliquer compte tenu de la multiplication des marchés illicites de médicaments génériques, les problèmes de contre façon et de malfaçon favorisant la circulation des produits de qualité douteuse incitant les prescripteurs à opter pour les médicaments de spécialités et leur désintérêt face à l'utilisation des médicaments génériques .

- Selon la qualité de relation entre prescripteurs et les délégués médicaux :

La qualité de relation existante entre prescripteurs et délégués médicaux a été qualifiée de très bonne selon 89% des prescripteurs.

Cette bonne qualité de relation a toujours été consolidée par les nombreuses visites rendues aux prescripteurs par les délégués médicaux dont la moyenne se situe entre 1 à 10 visites par mois au cours desquelles des cadeaux tels que : échantillons, stylos, ordonnanciers et bien d'autres objets sont offerts aux prescripteurs et tout cela dans le cadre d'une promotion des médicaments de spécialité.

Ces résultats s'expliquent par l'influence et la pression exercée sur les prescripteurs dans le cadre d'une prescription des médicaments de spécialité.

Discussions selon les causes d'un faible taux de disponibilité des médicaments DCI dans les officines privées :

Avec 11 à 20% la proportion des DCI par rapport aux médicaments de spécialité, ce résultat peut s'expliquer par :

* la préférence des prescripteurs :

- les prescripteurs avaient une préférence de 74% pour les spécialités médicamenteuses du fait de son efficacité et des risques liés à la qualité des médicaments sur le marché. Cette qualité a été aussi mise en cause au cours d'une étude sur la qualité des médicaments sur le marché pharmaceutique Africain réalisée par le ReMeD en 1994 à la demande de l'OMS.

- La mondialisation et le développement des échanges commerciaux font qu'aujourd'hui l'on retrouve sur le marché Africain, dans le secteur pharmaceutique, des médicaments génériques provenant de tous les continents favorisant l'entrée des produits de contre façon et de mauvaise qualité.

- Le fait que le secteur sanitaire privé soit considéré comme étant un domaine de plus en plus réservé aux patients aux revenus un peu élevés de ce fait la prescription des médicaments moins chers comme les DCI peut être un paradoxe pour le contexte.

* Les pharmaciens avaient une préférence pour les spécialités médicamenteuses à hauteur de 67% contre 30% pour les médicaments DCI et cela à cause de la grande marge bénéfique laissée par ces spécialités.

Discussion selon les facteurs limitatifs des fonctions de régulation assurées par le ministère de la santé reliés à la disponibilité des DCI :

Le ministère de la santé est le premier responsable de la santé des populations. L'élaboration et la mise en œuvre d'une quelconque politique adaptée doit associer le secteur public et le secteur privé, les associations professionnelles, le consommateur.

* Le pouvoir régulateur de l'état est très limité et surtout quand il s'agit du secteur privé.

* Le personnel de l'état se trouve limité par différents facteurs notamment :

° sa propre démotivation,

° l'insuffisance de textes réglementaires et leur faible application,

° le manque de ressources alors que les défis du secteur de la santé se multiplient à savoir : l'ampleur du marché parallèle, la corruption, le manque d'éducation des populations.

Discussions selon les facteurs qui influencent la substitution des spécialités médicamenteuses en DCI :

*L'influence des producteurs de spécialités que nous venons d'évoquer ne se limite pas au niveau des prescripteurs mais touche au même titre les pharmaciens car c'est eux qui délivrent les produits et aussi rappelons nous que l'officine du pharmacien est le premier contact pour une frange importante de la population.

* Le pharmacien qui de plus a délégué sa fonction à un personnel non qualifié augmente les possibilités d'influence des firmes.

*L'officine du pharmacien est une structure sanitaire mais elle est aussi une entreprise économique et comme telle elle n'échappe pas aux lois économiques (demande, offre, concurrence, rentabilité et croissance). C'est ainsi que le pharmacien d'officine en plus de sa mission de dispensation, de sa mission de santé publique, a en charge une troisième mission, celle de chef d'entreprise, donc de rentabilité

* Un autre facteur découlant de l'environnement institutionnel peut être un frein dans la mise en œuvre de cette initiative, celle de la montée de la pression fiscale en terme de révision à la hausse de l'impôt sur les bénéfices pour les exploitants individuels alors que la majorité écrasante des pharmaciens d'officine ont ce statut.

Tous ces facteurs ont propulsé le pharmacien d'officine dans une logique de rentabilité, logique qui semble se prêter mal à une meilleure diffusion des génériques en DCI dans le secteur privé officinal.

VI - CONCLUSION ET RECOMMANDATION

1- CONCLUSION :

Les objectifs d'identification des obstacles pour une meilleure utilisation des médicaments en DCI ont été atteints.

Tous les prescripteurs et dispensateurs affirment être fréquemment informés sur les médicaments en général.

On note une influence notable des délégués médicaux sur l'ensemble des prestataires de santé illustrée par les visites rendues aux prestataires estimées entre 1 à 10 visites par mois. L'organisation des séances de formations pour le personnel médical, le financement des journées médicales sont autant de moyens qu'utilisent les délégués médicaux pour la promotion de leurs produits. Cependant notre étude met en évidence un manque d'observance des guides nationaux alors que le Vidal reste dans 80% le document de référence en matière d'information sur la correspondance entre spécialité et DCI.

La supervision outil majeur en matière de suivi pour la qualité de la prescription était faite à 85% mais la prescription n'était concernée qu'à 30% seulement.

L'appréciation des caractéristiques des DCI atteint un meilleur niveau chez les pharmaciens 70% de bonne qualité et d'efficacité contre 48% chez les prescripteurs.

Malgré l'appréciation de la bonne qualité et l'efficacité des DCI les prescripteurs préfèrent les spécialités à 74% contre 22% pour les DCI, les pharmaciens 67% de spécialité et 30% de DCI résultat comparable à celui de Diadier et collaborateurs (9) en 2005.

Il faut cependant noter que la part des DCI dans les officines privées atteignait les 11 à 20% seulement des spécialités.

Le Ministère de la santé, premier responsable de la santé des populations se trouve dans les difficultés d'élaboration et de mise en œuvre d'une politique sanitaire adaptée associant les deux secteurs (privé et public), l'insuffisance de textes réglementaires associée à leur faible application ; la multiplication des marchés parallèles ; la vente illicites des médicaments contrefaits ou mal faits sont autant de défi que l'état doit relevé.

2- RECOMMANDATION:

A- Au Ministère de la Santé :

*Intensifier l'information et la promotion des MEG au niveau des prescripteurs et des dispensateurs privés en mettant sur le terrain des équipes spécialisées sur l'utilisation des médicaments essentiels génériques;

*Doter les structures sanitaires privées des guides standardisés en faisant don gratuit de ces guides pour une meilleure utilisation des médicaments génériques :

- Guide thérapeutique national
- Formulaire thérapeutique

*Faire de l'évaluation de la qualité de la prescription dans le secteur sanitaire privé un domaine prioritaire en multipliant les supervisions sur la prescription de qualité

B- Aux prescripteurs et aux dispensateurs:

* Réduire le coût des soins de santé et en particulier des prescriptions médicamenteuses par rapport au niveau de vie de la population par :

- ° La prescription des médicaments DCI
- ° Acceptation et la facilitation de la substitution des médicaments

Les références Bibliographiques :

- 1- Ba Alassane, Jean Yves Videau :** Etude d'évaluation des situations des MEG dans le secteur privé dans 7 pays d'Afrique. 1998.
- 2-Bru Don P., Rainhorn J.D., Reich M. :** Indicateur pour le suivi des politiques pharmaceutiques nationales. OMS/DAP Genève.1996, 226 p WHO/DAP/94.12.
- 3-Carinne Bruneton :** Les médicaments essentiels génériques dans le secteur privé 2001.
- 4-Coulibaly et Keita :** Physionomie de la prescription des médicaments Génériques en Afrique. 1997.
- 5-Developpement des médicaments essentiels génériques et instauration du Droit desubstitution.**2000.
- 6-Diakité :** Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Banconi.Thèse pharmacie 2001.
- 7-Dicko.A :** Etude de la qualité de la prescription des médicaments génériques et la substitution dans les pharmacies privées thèse pharmacie.2001.
- 8-DGCID :** Etude d'évaluation des situations des médicaments essentiels génériques dans le secteur privé dans 7 pays. Rapport d'enquête 1998.
- 9-DPM :** Evaluation de la qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments. Rapport d'études 1998, 1999, 2000,2001
- 10-MSSPA :** Formulaire thérapeutique national Mali édition 1998
- 11-MSSPA :** Pharmacie populaire du Mali santé n° 1
- 12-MSSPA :** Guide du schéma directeur d'approvisionnement et de distribution Mali Edition 2000
- 13-N'DIAYE. S :** Utilisation des antibiotiques au service des maladies infectieuses du CHU de Fann à Dakar : Thèse pharmacie Dakar 24 ,91p
- 14-OMS :** Aide mémoire n° 198 juin 1998

15-**OMS** : Cahier d'étude et de recherche francophone /santé vol 8 n° 3 mai-juin 1988

16-**OMS- UNICEF** : Alma Ata 1978, les soins de santé primaires

17-**OMS** : Médicaments essentiels : le point n°14 Enquête sur l'usage des médicaments

18-**ReMeD n°20** : Prescriptions et dispensation des médicaments essentiels et génériques. Enquête dans 7 pays d'Afrique Décembre 1998.

19-**ReMeD n°21** : Usage rationnel des médicaments Mai 1999

20-**ReMed, CIE, OMS 1996, 342 pages** : Le secteur pharmaceutique privé en Afrique

21- **Simon N, Makkou F Minani, M. Jassou, M Diquet B** : Prescription et utilisation des médicaments au Maroc en 1992

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : SAKO
Prénom : Siaka
Nationalité : Malienne
Titre de la thèse : Etude des facteurs liés aux prestataires Influençant
L'utilisation des médicaments génériques dans le
Pharmaceutique privé du district de Bamako
Année universitaire : 2007-2008
Ville de soutenance : Bamako
Pays d'origine : Mali
Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de
Pharmacie et d'odonto- stomatologie
Secteur d'intérêt : Santé publique

RESUME

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.

Les médicaments essentiels désignent les produits indispensables et les plus efficaces pour assurer les soins de santé de base à titre préventif ou curatif. Ils doivent être donc disponibles à tout moment en quantité suffisante et sous la forme pharmaceutique appropriée.

Notre objectif a été d'étudier les facteurs liés aux prestataires influençant négativement une meilleure utilisation des médicaments génériques dans le secteur pharmaceutique privé du district de Bamako.

Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude transversale sur les facteurs liés aux prestataires influençant négativement l'utilisation des médicaments génériques dans le secteur pharmaceutique privé du 01 juillet 31 octobre 2006 dans le district de Bamako. Étaient concernés tous les prescripteurs des structures sanitaires (cabinets et cliniques) ; tous les pharmaciens agréés ou assistants pharmaciens exerçant dans les officines privées du district de Bamako.

RESULTATS

La d'âge tranche la plus représentée a été celle de 30 à 40 avec 54% ;

Environ 83% de nos prescripteurs étaient des hommes.

91,3% des prescripteurs recevaient des informations sur les médicaments ; le Vidal a été de loin le document de référence en matière d'information sur les médicaments avec 52,2%.

Le Vidal contribuait à hauteur de 83% comme moyen d'information sur la correspondance entre spécialité et DCI.

Le prix des médicaments était donné par les délégués médicaux selon 46% des prescripteurs.

Dans environ 85% des cas les établissements sanitaires étaient supervisés mais cette supervision ne concernait pas la prescription à 54,3%.

37% des prescripteurs estimaient entre 6 mois à 1 an la dernière supervision de leur établissement.

48% des prescripteurs appréciaient la bonne qualité des médicaments DCI contre 26% tandis que les pharmaciens appréciaient cette qualité des médicaments DCI à 70%.

Conclusion

Les prestataires de la santé affirment être fréquemment informés sur les médicaments en général. On note une influence notable des producteurs de spécialités médicamenteuses sur l'ensemble des prestataires. Un manque d'observance des guides nationaux a été constaté tandis que le Vidal reste dans 80% le document de référence en matière d'information sur la correspondance entre spécialité médicamenteuse et DCI.

La supervision outil majeur en matière de suivi pour la qualité de la prescription était faite à 85% mais seulement dans 30% elle concernait la prescription.

Le ministère de la santé, premier responsable de la santé des populations se trouve dans les difficultés d'élaboration et de mise en œuvre d'une politique sanitaire adaptée associant les deux secteurs (privé et public).

Mots clés : Facteurs ; prescripteurs ; dispensateurs ; médicaments génériques ; secteur pharmaceutique privé.

**LISTE DES STRUCTURES SANITAIRES ET OFFICINES
ENQUETÉES :**

1- Liste des structures sanitaires :

Structure sanitaire	Quartier	Commune
Tériya	Banconi plateau	Commune 1
Le savoir	Sangarebougou	Commune 1
Kayira (Mah Doumbia)	Boukassoumbougou	Commune 1
Kassoum Tiéno	Banconi	Commune 1
Danaya	Korofina Nord	Commune 1
La Pitié	Hippodrome	Commune 2
Kaidara	Missira	Commune 2
Baobab Sarl	Niarela	Commune2
Les acacias	Quinzambougou	Commune2
Les oliviers	Bamako coura	Commune 3
Yang cheng	Bko coura	Commune 3
Effica santé	Lafiabougou	Commune 4
Maharouf	Hamdalaye ACI	Commune4
Fraternité	Lafiabougou	Commune 4
Lafia	Lafiabougou	Commune4
Grande Muraille	Badalabougou sema 2	Commune 5
Doniya	Kalaban coura	Commune 5
Konti Fofana	Kalaban coura	Commune 5
Sabunyuma	Torokorobougou	Commune 5
Marie Curie	Quartier Mali	Commune 5
Sigui	Hamdallaye ACI	Commune 4
Espace Médical du Carrefour	Daoudabougou	Commune 5
Hamadi Kaïdara	Badalabougou	Commune 5
Oumou Dily	Baco djicoroni ACI	Commune 5
Youma	Baco Djicoroni ACI	Commune 5
Safi	Kalaban coura Extension	Commune 5
Clinique du Dr Guindo	Badalabougou	Commune 5
Mamy Sarl	Sogoniko	Commune 6
Miproma	Magnambougou	Commune 6
Clinique de la Côte	Magnambougou	Commune 6
Jean Dufour	Faladiè	Commune 6

2- Liste des pharmacies enquêtées :

Officines	Quartiers	Communes
Babemba	Ouolofobougou	Commune3
Bien être	Missira	Commune2
Camp Digue	Ouolofobougou	Commune3
Carrefour Lafia	Lafiabougou	Commune4
Coura	Bamako coura	Commune3
Croix rouge	Djelibougou	Commune1
Daouda marché	Daoudabougou	Commune5
Douane	Faladjè	Commune6
Fagnimè	Daoudabougou	Commune5
Faguibine	Kalaban coura	Commune5
Guinna	Sikoroni	Commune1
Hamdalaye maternité	Hamdalaye	Commune4
Kalil baba	Banconi	Commune1
Keneya	Quinzambougou	Commune2
Kindia	Niamakoro	Commune6
Koulouba	Koulouba	Commune2
La Malienne	Missabougou	Commune6
Lassana Samake	Boukassoumbougou	Commune1
La paix	Baco djicoroni	Commune5
Mamita	Banconi	Commune1
Marché Lafia	Lafiabougou	Commune4
Moussokoro coulibaly	Lafiabougou	Commune4
Mpwo	Lafiabougou	Commune4
Palais de la culture	Badalabougou	Commune5
Rond point Banconi	Banconi	Commune1
Salut	Hippodrome	Commune2
Samou Diakité	Niamakoro Koko	Commune6
Serviteur	Baco Djicoroni	Commune5
Sodiya	Kalaban coura ext	Commune5
TSF	San fil	Commune2
Tombwa	Magnambougou	Commune6

QUESTIONNAIRE PRESCRIPTEURS

I. Identification du centre :

N° du centre Quartier Commune

Statut : Clinique Cabinet

II. Informations sur le prescripteur :

Qualification :

.....

Age : Moins de 30 ans 30-40 ans Plus de 40 ans

Sexe : Masculin Féminin

Ecole de formation et promotion :

.....

Pays de formation :

PRESCRIPTEURS

Q1 : Recevez- vous périodiquement des informations sur les médicaments ? Oui

Non

Q2 : Par ordre d'importance, quelles sont vos sources d'informations sur les médicaments ?

.....

.....

.....

.....

Q3 : Disponibilité des sources d'information sur les médicaments :

Doc 1 : Doc 2 : Doc 3 : Doc 4 :

*On note:

(1) si le document se trouve sur le bureau du prescripteur,

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

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

Q4 : Niveau d'utilisation des sources d'informations :

Doc 1 : Doc 2 : Doc 3 : Doc 4 :

*On note:

(1) si le document est utilisé couramment (presque quotidiennement),

(2) si le document est utilisé occasionnellement (pour plus de précisions),

(3) si le document n'est utilisé que très rarement.

Q5 : Par quel moyen recevez-vous les sources d'informations citées (ministère santé, industrie pharmaceutique, moyen personnel, etc..) ?

Doc 1 : Doc 2 :

Doc 3 : Doc 4 :

Q6 : Comment vous renseignez-vous sur les correspondances entre spécialités et DCI ?

.....

Q7 : Comment êtes-vous informé sur les prix des médicaments ?

.....

Q8 : Pourriez-vous donner l'ordre de prix de vente public des médicaments suivants ?

N°	Spécialité	Ordre de prix en FCFA	DCI	Ordre de prix en FCA
1	Camoquin sirop		Amodiaquine sirop	
2	Bactrim sirop		Cotrimoxazole 240mg/5ml sirop Fl/	
3	Effergan sirop pédiatrique		Paracétamol sirop	
4	Fansidar cp B/3		Sulfadoxine 500mg + Pyriméthamine 125 mg cp B/3	
5	Arinate 100 cp B/6		Artésunate 100mg cp B/6	
6	Gentalline collyre		Gentamycine collyre	
7	Rhinatiol enfnt		Carbocystéine 2% sirop	
8	Mycostatine sirop		Nystatine sirop	
9	Maalox sirop		Hydroxydes d'Al et de Mg sirop	
10	Doliprane 500 cp B/16		Paracétamol 500 mg cp Pl/10	
11	Arsumax 50 mg cp B/6		Artésunate 50mg cp B/6	
12	Brufen sirop pédiatrique		Ibuprofène sirop pédiatrique	
13	Totapen 500 mg cp B/12		Ampicilline 500mg gélule Pl. /12	
14	Verzol 400 mg cp B/1		Albendazole 400mg cp B/1	
15	Fansidar inj B/2 amp		Sulfadoxine 500mg + Pyriméthamine 125 mg inj B/2amp	
16	Verzol 4% sirop		Albendazole 400mg sirop	

Q9 : Pourriez-vous donner les correspondances en DCI des spécialités suivantes ?

N°	Spécialité	DCI équivalente	Disponibilité de la DCI officine (oui/non)	Disponibilité de la DCI dans votre structure (oui/non)
1	Bactrim			
2	Bécozyme			
3	Brufen			
4	Camoquin			
5	Efferalgan			
6	Doliprane			
7	Maalox			
8	Mycostatine			
9	Rhinathiol			
10	Voltarène			

Q11 : Le concept de médicaments en DCI était-il suffisamment pris en compte lors de votre formation initiale ?

Oui Non

Q12 : Votre établissement est-il périodiquement supervisé ?

Oui Non

Q13 : Si oui, la supervision concerne t-elle les prescriptions ?

Oui Non

Si oui qui fait la supervision ?

Q14 : À quand remonte la dernière supervision ?

≤ 6 mois

entre 6 mois et 1 an

> 1 an

Q15 : Que pensez-vous de:

La qualité des DCI :

Leur efficacité:

leur innocuité :

Q16 : Selon vous, les pharmacies disposent-elles de génériques en DCI ?

Oui Non

Q17 : Si oui, elle peut couvrir quelle proportion des prescriptions de spécialités ?

.....
.....

Q18 : Quelles sont vos relations avec l'industrie pharmaceutique et les visiteurs médicaux ?

.....

Q19 : En moyenne combien de visites recevez-vous par mois ?

.....

Q20 : Par ordre d'importance, quels sont les moyens les plus souvent utilisés par vos visiteurs pour faire connaître leurs produits ?

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

.....

Q21 : Plus généralement vos patients se prononcent-ils sur le choix entre spécialités et DCI ?

Q22 : Vous semble-t-il que les patients sont moins sensibles au recours aux DCI ?

Oui Non

Q23 : Entre spécialités et DCI, lesquels prescrivez-vous le plus souvent ?

Spécialités Génériques en DCI

Q24 :

Pourquoi ?.....

.....

.....

.....

.....

PHARMACIENS

Identification de l'officine Date d'enquête / / 2006

Commune quartier

Date d'ouverture de l'officine

Q1 : Recevez- vous périodiquement des informations sur les médicaments ?

Oui Non

Q2 : Par ordre d'importance, quelles sont vos sources d'informations sur les médicaments ?

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

Q3 : Disponibilité des sources d'information sur les médicaments :

Doc 1 : Doc 2 : Doc 3 : Doc 4 :

*On note:

(1) si le document se trouve sur le bureau du pharmacien,

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

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

Q4 : Niveau d'utilisation des sources d'informations :

Doc 1 : Doc 2 : Doc 3 : Doc 4 :

*On note:

(1) si le document est utilisé couramment (presque quotidiennement),

(2) si le document est utilisé occasionnellement (pour plus de précisions),

(3) si le document n'est utilisé que très rarement.

Q5 : Par quel moyen recevez-vous les sources d'informations citées (ministère santé, industrie pharmaceutique, grossistes, moyen personnel, etc..) ?

Doc 1 : Doc 2 :

Doc 3 : Doc 4 :

Q6 : Comment vous renseignez-vous sur les correspondances entre spécialités et DCI ?

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

Q7 : Comment êtes-vous informé sur les prix des médicaments ?

.....

Q8 : Pourriez-vous donner les correspondances en DCI des spécialités suivantes ?

N°	Spécialité	DCI équivalente	Disponibilité de la DCI chez les grossistes (oui/non)	Disponibilité de la DCI dans votre officine (oui/non)
1	Chloroquine sp.			
2	Camoquin sp.			
3	Auréomycine 3%			
4	Efferalgan 500			
5	Calpol sirop			
6	Di antalvic			
7	Auréomycine 1%			
8	Bactrim sirop			
9	Efferalgan sp.			
10	Chloroquine cp			

Q9 : Le concept de médicaments en DCI était-il suffisamment pris en compte lors de votre formation initiale ?

.....

Q10 : Pendant combien de temps un pharmacien ou un interne en pharmacie est présent pour la dispensation ?heures/heures ouvertes.

Q11 : Nombre et qualification du personnel :

Le nombre des agents ayant une formation en santé

Le nombre des agents qui n'ont pas une formation en santé

Q12 : Le personnel de l'officine bénéficie-t-il d'une formation continue ?

Q13 : Si oui, quels sont les thèmes de formation qu'ils ont déjà reçu ? :

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

Q15 : Que pensez-vous de:

La qualité des DCI :

Leur efficacité:

leur innocuité :

Q16 : Les grossistes disposent-ils de génériques en DCI ?

Oui Non

Q17 : Si oui, à votre avis ils peuvent couvrir quelle proportion des prescriptions de spécialités ?

Q18 : Quelles sont vos relations avec l'industrie pharmaceutique et les visiteurs médicaux ?

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

Q19 : En moyenne combien de visites recevez-vous par mois ?
.....

Q20 : Par ordre d'importance, quels sont les moyens les plus souvent utilisés par vos visiteurs pour faire connaître leurs produits ?
.....
.....
.....
.....

Q21 : Plus généralement vos patients se prononcent-ils sur le choix entre spécialités et DCI ?
Oui Non

Q22 : Vous semble-t-il que les patients sont moins sensibles au recours aux DCI ?
Oui Non

Q23 : Entre spécialités et DCI, lesquels proposez-vous le plus souvent en conseil?
Spécialités Génériques en DCI

Q24 :
Pourquoi ?.....
.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mes patients.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai jamais de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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.