

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

**Ecole Nationale de Medecine et de
Pharmacie du Mali**

ANNEE 1987

TITRE

**Les Medicaments en Milieu Hospitalo -
Universitaire à Bamako Place des Medicaments
Essentiels**

THESE

Présentée et Soutenue Publiquement le _____ devant l'Ecole Nationale de Medecine et
de Pharmacie du Mali

Par Felix Theodoré TRAORE

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Medecine (DIPLOME D'ETAT)

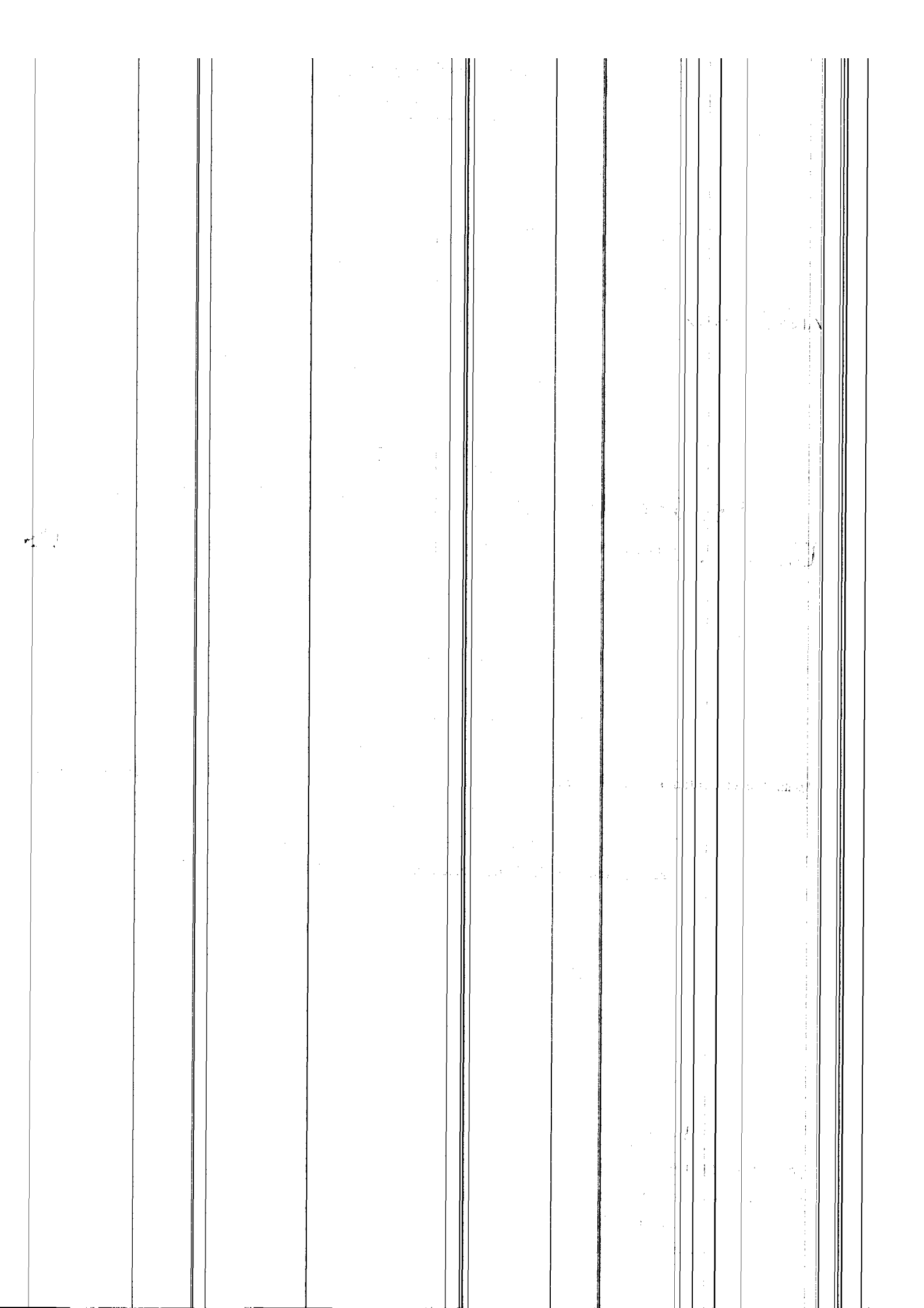
JURY

PRESIDENT Professeur Aliou BA

MEMBRES Docteur Hama CISSE

Docteur Hubert BALIQUE

Docteur Eric PICHARD



ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1987/1988

-.:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Professeur Aliou BA	Directeur Général
Professeur Bocar SALL	Directeur Général Adjoint
Professeur Philippe RANQUE	Conseiller Technique
Demba DOUCOURE	Secrétaire Général
Philippe SAYE	Econome

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1.- PROFESSEURS AGREGES

Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chef de D.E.R. Chirurgie Générale - Médecine Légale
Professeur Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur Bocar SALL	Orthopédie-Traumatologie Secourisme
Professeur Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale

2.- Assistants Chefs de Clinique

Docteur Bénitiéni FOFANA	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme SY Aïda SOW	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Amadou Ingré DOLO	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mamadou Lamine DIMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Dribril SANGARE	Chirurgie Générale Soins Infirmiers

.../...

2.- Assistants Chefs de Clinique (suite)

Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Massaoulé SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme TRAORE Jeannette THOMAS	Ophtalmologie
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Docteur Alhousséini Ag Mohamed	O.R.L.
Docteur Madani TOURE	Chirurgie Infantile
Docteur Tahirou BA	Chirurgie Générale
Docteur Mamadou DOLO	Chirurgie Générale
Docteur Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Mme Fanta KONIPO	O.R.L.
Docteur Nouhoum BA	Chirurgie Générale
Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE	Urologie
Docteur Gérard TROSCHER	Chirurgie

3.- Assistant et C.E.S.

Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur Lassana KOITA	Chirurgie Générale
Docteur Sékou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Souleymane SIDIBE	Ophtalmologie
Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Docteur Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Docteur Mamadou A.CISSE	Urologie
Mme COULIBALY Fanta COULIBALY	T.P. Soins Infirmiers

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1.- Professeurs Agrégés

Professeur Souleymane SANGARE- Chef D.E.R.	Pneumo-Phtisiologie
Professeur Abdoulaye Ag RHALY	Médecin Interne
Professeur Aly GUIBO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Kouréissi TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie

2.- Assistants Chefs de Clinique

Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Issa TRAORE	Radiologie
Docteur Sidi Yéhia TOURE	Réanimation
Docteur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Docteur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Docteur Jean Pierre COUDRAY	Psychiatrie
Docteur Moussa TOURE	Neurologie
Docteur Eric PICHARD	Médecine Interne
Docteur Gérard GROSSETETE	Dermatologie-Léprologie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hématologie-Médecine Interne
Docteur Sidi Mohamed SALL	Cardiologie

3.- Assistants et C.E.S.

Docteur Moussa MAIGA	Gastro-Entérologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phitisiologie
Docteur Gamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Docteur Sominta A. KEITA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Mme KONARE Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Kader TRAORE	Médecine Interne

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1.- Professeurs Agrégés

Professeur Bréhima KOUMARE-Chef de D.E.R.	Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie Pathologie
	Histologie-Embryologie
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Anatomie
Professeur Philippe RANQUE	Parasitologie

2.- Docteurs d'Etat

Professeur Yéyé Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Zoologie-Génétique

3.- Docteurs 3ème Cycle

Professeur Boubou DIARRA	Microbiologie
Professeur Moussa HARAMA	Chimie Organique-Minérale
Professeur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Niamanto DIARRA	Mathématiques
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Professeur Souleymane TRAORE	Physiologie Générale
Professeur Salikou SANOGO	Physique
Professeur Mme THIAM Aïssata SOW	Biophysique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Générale
Professeur Abdoulaye KOUMARE	Chimie Générale
Professeur Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Godefroy COULIBALY	T.P. Parasitologie
Professeur Mamadou KONE	Anatomie-Physiologie Humaines
Professeur Jacqueline CISSE	Biologie Animale
Professeur Bakary SACKO	Biochimie

4.- Assistants - Chefs de Clinique

Docteur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur Yéya MAIGA	Immunologie
Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA	Parasitologie

5.- Maîtres - Assistants

Docteur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
Docteur Hama CISSE	Chimie Générale

6.- Assistants

Docteur Flabou BOUGOUDOGO	T.P. Microbiologie
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie
Docteur Abdoul K. TRAORE dit DIOP	T.P. Anatomie

.../...

7.- Charge de Cours

Monsieur Modibo DIARRA

Diététique-Nutrition

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1.- Professeurs Agrégés

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

Professeur Mamadou KOUMARE

Matière Médicale

Pharmacologie

2.- Maîtres Assistants

Docteur Boulkassoum HAIDARA

Législation et Gestion

Pharmaceutiques

Docteur Boubacar KANTE

Pharmacie Galénique

Docteur Elimane MARIKO

Pharmacodynamie

Docteur Souleymane DIA

Pharmacie Chimique

Docteur Alou KEITA

Pharmacie Galénique

3.- Docteur 3ème Cycle

Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU

Pharmacie Galénique

4.- Assistant

Docteur Drissa DIALLO

Matière Médicale

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1.- Professeur Sidi Yaya SIMAGA-Chef de D.E.R. Santé Publique

.../...

2.- Assistants Chefs de Clinique

Docteur Sory Ibrahim KABA	Epidémiologie
Docteur Sanoussi KONATE	Santé Publique
Docteur Moussa MAIGA	Santé Publique
Docteur Georges SOULA	Santé Publique
Docteur Pascal FABRE	Santé Publique

3.- Chargés de cours

Monsieur Cheick Tidiani TANDIA (Ingénieur Sanitaire)	Hygiène du Milieu
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA (Ingénieur Sanitaire)	Hygiène du Milieu
Monsieur Ibrahim CAMARA (Ingénieur Sanitaire)	Hygiène du Milieu

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Oumar SYLLA	Pharmacie Chimique
Professeur Humbert GIONO-BARBER	Pharmacodynamie
Docteur Guy BECHIS	Biochimie
Professeur François MIRANDA	Biochimie
Docteur Marie Hélène ROCHAT	Pharmacie Galénique
Professeur Alain GERAULT	Biochimie
Docteur François ROUX	Biophysique
Docteur Alain LAURETS	Pharmacie Chimique
Monsieur El Hadji Makhtar WADE	Bibliographie
Professeur Pierre Jean REYNIER	Pharmacie Galénique
Professeur GENIAUX	C.E.S. Dermatologie
Professeur LAGOUTTE	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Philippe VERIN	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Jean Pierre BISSET	Biophysique
Professeur Mme Paulette GIONO-BARBER	Anatomie-Physiologie Humaines

Je dédie cette thèse :

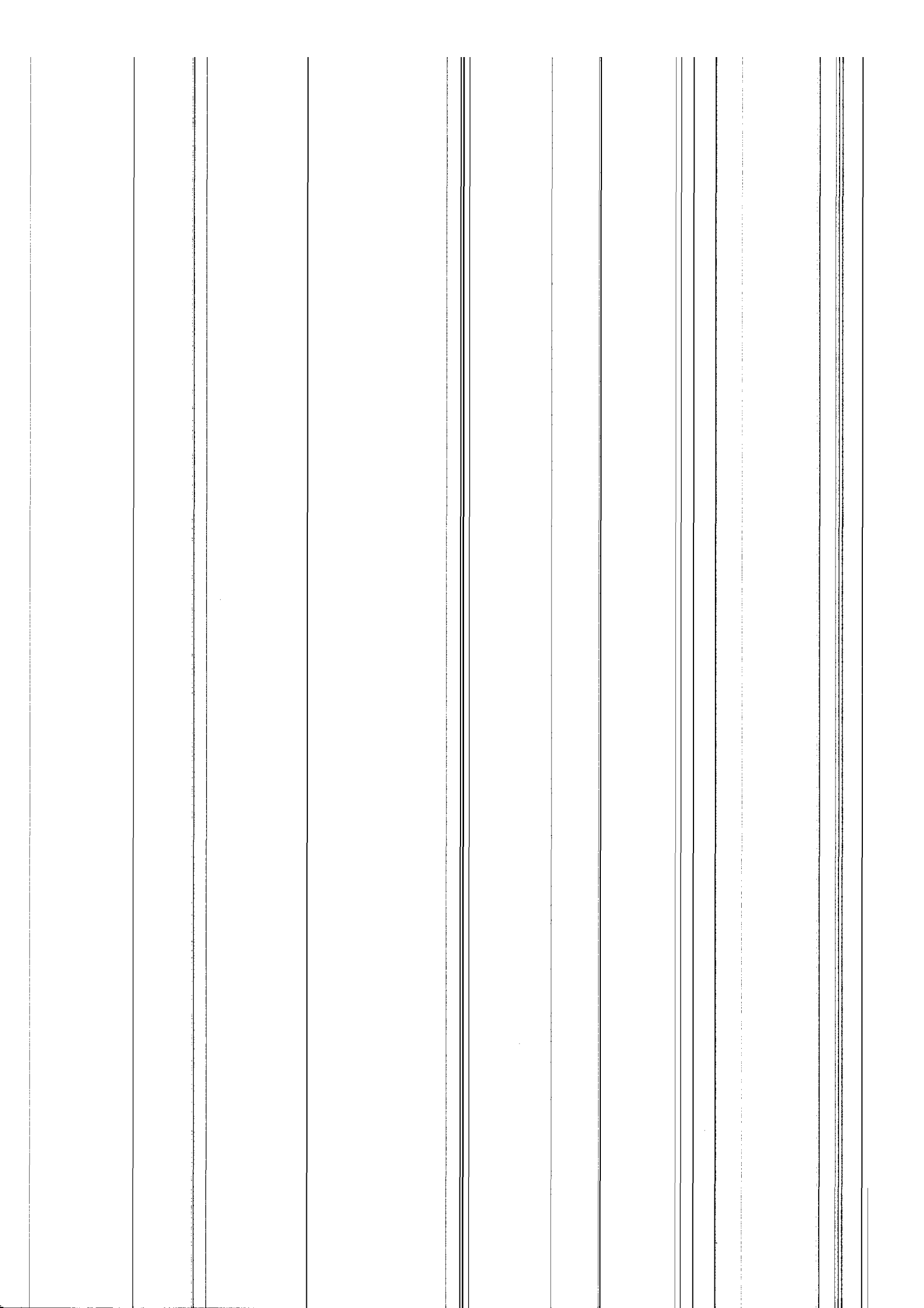
A MES CHERS PARENTS

ET

A MA FEMME

Sans lesquels demain n'eut été encore

que la veille



MES REMERCIEMENTS LES PLUS SINCERES SONT ADRESSES :

- A tout le service de Médecine interne A.B.C.D. et très particulièrement au Professeur Aly Nouhoun DIALLO, au Docteur Hammar Alassane TRAORE, au Docteur Mamadou DEMBELE, aux Majors TOGO et SYLLA pour m'avoir fait grandement profiter de leur expérience, de leur dévouement et de leur rigueur dans le travail,

- A ma petite soeur Madame TRAORE Marie Emilienne TRAORE qui a effectué la frappe de cette thèse avec abnégation et joie,

- A mes autres frères et soeurs, à mes cousins et à ma Tante pour le soutien moral que vous m'avez toujours apporté,

- A mes compagnons d'arme :

. Médecin - lieutenant	Lamine	TRAORE
. Médecin - lieutenant	Sékou	TRAORE
. Médecin - E.O.A. -	Mohamed A.	DIAW
. Médecin - Aspirant	Zoumana	DIAKITE

pour l'esprit de camaraderie qui nous a toujours lié et qui m'a permis de faire des études dans un climat de paix,

- A tous mes camarades de promotion et particulièrement à Issa TRAORE pour les encouragements promulgués dans les moments difficiles,

.../...

- A mon ami d'enfance Benoît TRAORE pour avoir été plus qu'un ami c'est-à-dire un frère, et pour avoir toujours été à mes côtés dans toutes mes entreprises,

- A tous mes amis et amies non cités pour qu'ils ne se sentent pas oubliés,

- A mes juges :

. Professeur	Aliou	BA
. Docteur	Hama	CISSE
. Docteur	Hubert	BALIQUE

pour avoir eut l'amabilité de siéger dans ce jury,

- A mon directeur de thèse :

. Le Docteur Eric Pichard

pour avoir été l'instigateur et le guide assidu et dévoué de cette thèse.

Vous serez pour moi l'exemple du travail bien fait, du dévouement et de la rigueur dans l'exercice de la profession médicale.

-----o°-----

S O M M A I R E

	<u>PAGES</u>
<u>CHAPITRE I</u> : INTRODUCTION	1
<u>CHAPITRE II</u> :	4
A - Modes de paiements des soins et des médicaments à l'hôpital :	4
B - Médicaments essentiels :	10
C - Enseignement de la thérapeutique auprès des personnels de la santé :	13
<u>CHAPITRE III</u> : EVALUATION DU COUT ET DE LA NATURE DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES ET IMPLICATIONS DES MEDECINS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DANS LES PRESCRIPTIONS :	14
A - Matériel et méthodes :	14
1.- Date de l'enquête :	14
2.- Echantillons, Critères d'inclusion et d'exclusion :	14
3.- Lieu d'enquête :	15
4.- Fiche d'enquête :	16

.../...

	<u>PAGES</u>
B - Résultats :	18
1.- Prescriptions hospitalières et part des médicaments essentiels par classe thérapeutique :	18
2.- Coût de la maladie :	22
a°) Coût des médicaments avant-pendant et après hospitalisation et place des médicaments essentiels :	22
b°) Coût des consultations :	27
c°) Coût des frais de séjour :	28
d°) Coût des transports :	28
e°) Coûts totaux de la maladie :	29
3.- Implication des hospitalo-universitaires dans l'enseignement concernant les médicaments essentiels :	31
a°) Questions principales :	31
b°) Autres questions :	38
c°) Sources d'information des hospitalo- universitaires concernant les médicaments :	39
<u>CHAPITRE IV</u> : DISCUSSION ET CONCLUSION :	41
. <u>ANNEXE</u> : Liste Nationale des Médicaments Essentiels :	48 52
Fiche d'enquête :	48 ↓
. <u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u> :	563

CHAPITRE I
=====

INTRODUCTION

Les dépenses à la charge des malades pour une maladie donnée sont très peu connues.

En effet pour cette maladie s'ajoutent aux dépenses engagées avant l'hospitalisation, les dépenses durant l'hospitalisation et après la sortie, pendant la convalescence.

Les enquêtes effectuées en milieu urbain se sont surtout intéressées jusqu'à présent au prix d'une ordonnance présentée par le malade dans une officine. Elles donnent un aperçu du prix moyen d'une ordonnance et non de la totalité des dépenses en externe pour une maladie.

D'autre part, toujours en externe, les dépenses ne se résument pas à l'achat des médicaments mais regroupent le coût des prestations des médecins, des infirmiers, des tradi-thérapeutes et de l'auto-médication.

En milieu hospitalier, la méconnaissance des dépenses revenant aux malades est aussi grande. S'il est facile de calculer les dépenses en frais de séjour par contre, actuellement, il n'existe pas de comptabilité pour mesurer ce que les malades achètent en dehors de l'hôpital pour se soigner.

.../...

Si, en Théorie, les médicaments, la nourriture et les examens complémentaires sont pris en charge par l'hôpital, en pratique, on observe une importante participation financière du malade pour ses soins, échappant à tout enregistrement.

Après l'hospitalisation, toujours pour la même maladie, il reste aux malades à financer ces traitements jusqu'à guérison complète. L'ampleur de ce phénomène est tel qu'il influence non seulement l'administration hospitalière, mais aussi, les prescripteurs, les pharmaciens et les responsables de l'approvisionnement pharmaceutique.

Nous essayons dans ce travail d'évaluer l'importance de ces dépenses : avant, pendant et après l'hospitalisation pour une maladie donnée grâce à une enquête hospitalière dans le service de Médecine Interne de l'hôpital du Point G. de BAMAKO.

En six mois ; par un interrogatoire retrospectif et un suivi longitudinal des malades, nous sommes en mesure d'évaluer grossièrement ces dépenses.

Une politique du médicament essentiel étant en cours de réalisation, nous nous intéressons particulièrement à la proportion des dépenses concernant les trois types principaux de médicaments :

- Médicaments essentiels ;
- Médicaments non essentiels ;
- Et Médicaments traditionnels.

.../...

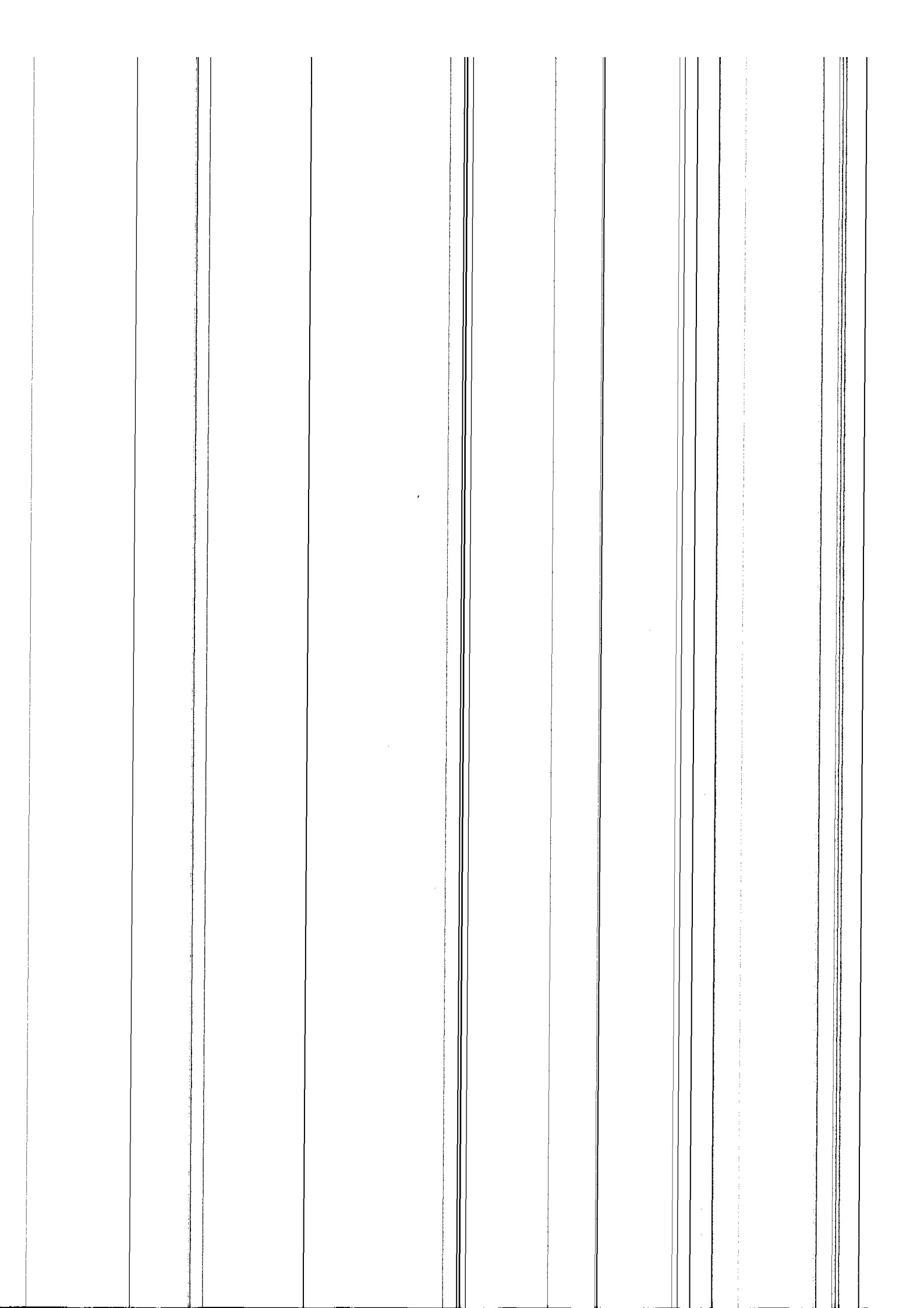
Les prescriptions en milieu hospitalier et donc les coûts supportés par les malades étant largement tributaires du comportement des Médecins hospitalo-universitaires, nous nous sommes intéressés à évaluer leur implication dans la politique du Médicament essentiel et les contraintes qu'elle soulève pour eux.

Afin d'évaluer l'évolution de la nature des prescriptions hospitalières, ces dernières années, nous avons repris l'étude des consommations médicamenteuses de 1983 dans le même service pour les comparer aux données actuelles.

Les données recueillies par ces trois enquêtes nous permettent d'analyser la situation du Médicament en milieu hospitalier et de proposer des solutions pour diminuer les charges payées par le malade en milieu hospitalier pour ses médicaments.

Auparavant, il paraît nécessaire de faire un rappel sur les modes de paiement à l'hôpital, les médicaments essentiels, l'enseignement de la thérapeutique auprès des personnels de santé.

.../...



CHAPITRE II
=====

A - MODE DE PAIEMENTS DES SOINS ET DES MEDICAMENTS A L'HOPITAL.

A l'hopital du Point G., le paiement du prix de la journée par le malade lui assure en théorie l'hôtellerie, les prestations médicales, les examens complémentaires, les médicaments et la nourriture.

Seuls les trois premiers services sont totalement rendus par l'hopital.

Le paiement des frais d'hospitalisation se fait par quinzaine selon la catégorie (voir Page 5).

En ce qui concerne les médicaments, l'hopital dispose selon le rapport de gestion de 1986 d'une somme d'environ 34.175.000 F.CFA par an pour les médicaments. Somme cumulant les fournitures de l'Etat via la Pharmacie Populaire du Mali (P.P.M.) plus les fournitures du fond d'aide et de coopération (F.A.C.) et les achats propres de l'hopital en autonomie de gestion depuis 1986 (3).

En fait, compte tenu du nombre d'entrée en 1986, l'hopital ne peut assurer que la moitié des médicaments pour les hospitalisés (environ 7.000 F.CFA).

Le principal problème pour l'hopital est le recouvrement des coûts :

Sur un total de 176.190 journées d'hospitalisation en 1986, 41.494 ont été payantes, 121.218 ont été gratuites et 13.478 ont concerné des fonctionnaires.

.../...

Pour cette dernière catégorie l'Etat n'a remboursé à l'hôpital que 20 % des frais d'hospitalisation, mais 20 % du prix d'hospitalisation ^{SCMT} est payés à l'hôpital par le fonctionnaire lui-même. L'importance du nombre de journées gratuites est due à la législation qui étend la gratuité à de nombreuses catégories de pathologies (Maladies dites sociales).

Quant aux journées payantes l'hôpital les recouvre dans une proportion de 75 %.

Cette difficulté des recouvrements explique en partie la faiblesse des achats de l'hôpital en médicaments.

En 1986/1987, Période de notre étude, les frais de consultation et d'hospitalisations sont régis officiellement par l'arrêté inter-ministériels N° 1983 et le décret N° 243 du 19 septembre 1983 fixant le régime de la rémunération des actes médicaux et de l'hospitalisation dans les formations sanitaires.

Dans les hôpitaux nationaux comme le Point G. les frais d'hospitalisation sont :

- En 1ère catégorie = 2.500 F.CFA/J.
- En 2ème catégorie = 1.500 F.CFA/J.
- En 3ème catégorie = 750 F.CFA/J.

Une provision de 15 jours est réclamée aux malades à l'entrée, partiellement remboursée en fonction du nombre de jours d'hospitalisation si ceux-ci sont inférieurs à 15.

.../...

La gratuité des soins et examens est assurée pour les maladies dites sociales (Tuberculose, Lèpre, Cancer, Maladies Mentales, Fistules Recto-Vaginales, Affections Chroniques à caractère social). Les fonctionnaires de l'Etat ne payent que 20 % de leur frais d'hospitalisation, le reste étant versé directement par le Trésor Public à l'hôpital. Bénéficient aussi de la gratuité des examens, les enfants de 0 à 12 ans, les élèves et étudiants, les soldats de 2ème et 3ème classe, le personnel socio-sanitaire et leurs familles proches, les personnes munies d'un certificat administratif de "soins gratuits".

Les consultations hospitalières en externe sont facturées à 500 F.CFA.

Après l'hospitalisation, les consultations sont gratuites durant les 15 jours qui suivent la sortie du Service de Médecine Interne.

Les examens complémentaires (Recto-scopie, biologie, endoscopie...) sont compris dans les frais d'hospitalisation sauf les examens radio-isotopiques et radio-immunologiques.

Les examens complémentaires pratiqués durant l'hospitalisation mais réalisés dans une autre formation sanitaire sont facturés par cette dernière à la formation où le malade est hospitalisé.

Les frais de nourriture sont pris en charge par l'hôpital.

Les transports ne ~~pas~~ sont pas assurés par l'hôpital en dehors de certaines urgences.

.../...

Les médicaments prescrits durant l'hospitalisation sont théoriquement fournis par l'hôpital.

En réalité de nombreuses contraintes liées à la faiblesse financière du système socio-sanitaire font que le mode de paiement pour ces malades ne correspond pas aux textes officiels.

Les médicaments sont en grande partie achetés par le malade ou sa famille pendant l'hospitalisation. Ces médicaments prescrits à l'hôpital sont achetés dans les officines de la P.F.M., à l'étranger, ou par un circuit parallèle non contrôlé.

L'hôpital n'a fourni en 1986 qu'un peu plus de 82.000.000 F.CFA pour la pharmacie, les films de radio et réactifs de laboratoire.

Cette somme est insuffisante pour couvrir les besoins des hospitalisés en médicaments (176.190 journées d'hospitalisation en 1986).

L'absence de service de garde en pharmacie à l'hôpital du Point G. oblige les malades à acheter leurs médicaments dans les officines l'après-midi et la nuit.

De nombreux médicaments essentiels ne sont pas disponibles à la pharmacie de l'hôpital. La plupart des consommables (gants, compresses, pansements etc...) sont à la charge du malade.

Après la sortie, seuls les antituberculeux sont distribués gratuitement aux anciens hospitalisés.

.../...

La nourriture fournie par l'hôpital est insuffisante et qualitativement inadaptée aux régimes médicaux (Diabète, Dyslipidémie, Insuffisance rénale)

Les familles des hospitalisés sont donc obligées de préparer sur place à leurs frais une alimentation complémentaire, de transporter à l'hôpital des repas ou de les acheter sur place dans les petits restaurants entourant l'hôpital.

Les frais de transport rendent au Point G. ces modes d'alimentation très onéreux.

En 1986, l'hôpital du Point G. a dépensé un peu plus de 60.000.000 F.CFA d'alimentation pour ses malades et le personnel soignant qui prend ses repas à l'hôpital. Cette somme, si elle n'était destinée qu'aux hospitalisés (4.693/an en 1986) serait de 12.785 F.CFA/malade soit amplement suffisante.

On observe donc que, d'une part, les familles préfèrent souvent nourrir elles-mêmes ces malades, d'autre part il existe une "perte" importante de nourriture à l'hôpital du Point G.

Plus globalement les malades ont à payer tous les frais que l'hôpital ne peut prendre en charge et qui sont normalement sous sa responsabilité. La faiblesse financière de l'hôpital du Point G., malgré un système d'auto-gestion serait due :

- Aux systèmes des gratuités : En 1986, sur 4.693 hospitalisations, 1.925 ont été payantes, 2.050 gratuites et 648 concernent des fonctionnaires. Or pour ces derniers les 80 % de frais d'hospitalisation ne sont en général pas reversés à l'hôpital par le Trésor Public.

- A la faiblesse des tarifs ne permettant pas un remboursement autonome des médicaments, des réactifs et des appareils.

- A un recouvrement incomplet des frais d'hospitalisation qui a été en 1986 de 56 % globalement et de 75 % si on ne tient pas compte des fonctionnaires hospitalisés.

En conclusion, toutes ces contraintes n'ont qu'une conséquence financière pour le malade : l'augmentation de ses dépenses au cours de l'hospitalisation.

.../...

B - MEDICAMENTS ESSENTIELS

Au niveau international, le début de la politique des médicaments essentiels (ME) menée par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) remonte à la résolution de 1975 et à la conférence d'Alma-Ata de 1978 qui intégra leur utilisation aux soins de santé primaire (4). Une première liste de 250 ME fut proposée en 1977 en Dénomination Commune Internationale (D.C.I.) puis remodelé en 1979, 1982 et 1985. En fait il s'agit de formulaires thérapeutiques proposés comme exemples aux pays en voie de développement (P.V.D.). A partir de ces formulaires de nombreux travaux de l'O.M.S. ont concerné l'approvisionnement national, les guides thérapeutiques, l'évaluation des besoins, le contrôle des médicaments, l'information, la formation permanente et l'évaluation de cette politique du ME.

Chacun de ces points a fait l'objet d'importantes recherches et d'expériences dans les pays concernés, nous nous intéressons essentiellement aux problèmes de formations et d'informations concernant les ME.

En 1981, un programme d'action pour le ME a été élaboré par l'O.M.S. afin de promouvoir la matérialisation de cette politique (4).

Au MALI, la première liste nationale des ME a été élaborée en 1981 et révisée en 1984. Une nouvelle révision est en cours (voir liste en annexe). Elle comporte environ 194 produits en D.C.I. s'inspirant de la liste O.M.S. et de la liste Afro proposée à Brazaville en 1985 (5).

.../...

La liste a été élaborée grâce à un large consensus faisant intervenir une grande partie des hospitalo-universitaires.

Les trois premiers appels d'offre lancés par la P.P.M. et concernant les ME ont été réalisés en 1986/1987 selon la liste nationale. Ils ont concerné environ 40 ME par appel. La mise en vente de ces ME a été expérimentée en 1986 dans trois officines pilotes et tend à se généraliser.

La politique du ME est facilitée au MALI par l'existence d'une usine locale de conditionnement fonctionnelle depuis 1983 (UMPP). Cette usine, dépendant actuellement du Ministère des Tutelles en cogestion avec la Chine, a pour but de produire environ 25 produits de première nécessité. La majorité de ces produits fait partie de la liste nationale des ME, tous sont commercialisés par la P.P.M. (7).

L'approvisionnement en médicaments non essentiels et essentiels se fait au MALI par le monopole public de la P.P.M.

Les autres approvisionnements, peu chiffrables se font de façon marginale par le biais d'une pharmacie privée de BAMAKO, par les Organismes Non Gouvernementaux, par l'Armée, par l'Institut National de Prévoyance Sociale (I.N.P.S.) et l'Office des Chemins de Fer.

En résumé, au MALI, l'approvisionnement pharmaceutique est centralisé par la P.P.M. qui assure aussi la distribution vers les services de santé et les officines dont elle est propriétaire (98 officines sur toute l'étendue du pays).

La P.P.M. était secondée depuis l'Indépendance et jusqu'à 1981 d'une "Pharmapro" spécialisée dans l'approvisionnement des formations sanitaires. En 1981, année de la refonte pharmaceutique, la "pharmapro" en déficit, fut remplacée par l'Office Malien de Pharmacie (O.M.P.) chargé de l'importation, de la production (par l'UMPP) et de l'exportation des médicaments et des thérapeutiques traditionnels (division de la médecine traditionnelle).

En 1985, l'O.M.P. fut démantelé et seule persiste actuellement la P.P.M. comme monopole d'importation et de distribution. Des difficultés de gestion ont nécessité en 1984 le concours d'un bureau d'étude français financé par la banque mondiale puis en 1987 la mise en place d'une Co-gestion sino-malienne.

Actuellement le rôle de la P.P.M. tend à être modifié par la mise en place d'un processus de privatisation des fonctions médicales et pharmaceutiques par l'Etat depuis 1986.

Un décret prévoit un calendrier de privatisation des officines gérées par la P.P.M. Celles-ci gardant toutefois le monopole des importations.

Reste le problème d'un éventuel développement d'importateurs privés pour approvisionner ces pharmacies.

Mais pour l'instant, l'importation des M.E. et sa distribution dépendent uniquement de la P.P.M.

.../...

C - ENSEIGNEMENT DE LA THERAPEUTIQUE AUPRES DES PERSONNELS
DE LA SANTE

Il est assuré pour les médecins et les pharmaciens par les enseignants de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du MALI et les hospitaliers des hopitaux nationaux (tâches pratiques). Pour les infirmiers de premier cycle, il est assuré par les enseignants de l'Ecole d'Infirmiers du Point G. Pour les infirmiers d'Etat il est assuré par l'Ecole Secondaire de la Santé (E.S.S.).

Il faut noter que jusqu'à présent les programmes d'enseignement concernent assez peu la politique du M.E.

Un "manuel de traitement et formulaire thérapeutique" a été édité par le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales en 1983, il concerne tous les prescripteurs du MALI, et associe des schémas thérapeutiques standardisés (S.T.S.) et un formulaire thérapeutique concernant les M.E. Tome I et II.

.../...

/// HAPITRE III
=====

EVALUATION DU COUT ET DE LA NATURE DES PRESCRIPTIONS
HOSPITALIERES ET IMPLICATIONS DES MEDECINS
HOSPITALO UNIVERSITAIRES DANS LES PRESCRIPTIONS

--:--:--:--:--:--:--:--:--:--

A - MATERIEL ET METHODE

Dans ce chapitre nous explicitons quand, où et comment cette enquête a été effectuée.

1.- Date de l'enquête :

L'enquête a porté sur la période d'octobre 1986 à mai 1987 en ce qui concerne les hospitalisés.

L'enquête chez les hospitalo - universitaires a eu lieu dans la même période au mois d'avril 1987.

Nous avons repris à titre de comparaison les résultats de l'enquête de Dougoufana BAGAYOKO réalisée en 1983 (2).

Cette enquête concerne l'activité du même service de médecine interne que celui étudié dans la présente enquête.

2.- Echantillons, critères d'inclusion et d'exclusion :

En ce qui concerne l'échantillon des malades hospitalisés, nous avons inclus dans le protocole tous les sujets se présentant dans le service par ordre d'arrivée durant l'intervalle de temps de notre étude.

.../...

Aucun critère d'âge, de sexe, de profession, d'ethnie ou de pathologie n'a été retenu. Le nombre total de sujets est ainsi de cinquante (50) malades (Hommes, Femmes, Enfants).

En ce qui concerne l'enquête chez les hospitalo-universitaires, nous avons inclus les médecins hospitaliers ou travaillant dans l'un des instituts de médecine de BAMAKO et ayant des responsabilités d'enseignant vis-à-vis des étudiants de Médecine et de Pharmacie de BAMAKO (soit au niveau de l'Ecole Nationale de Médecine, soit au niveau de leur institut soit au niveau de leur service hospitalier). Trente cinq participants ont ainsi répondu à l'enquête. Ils représentent la quasi-totalité du corps enseignant médical universitaire.

3.- Lieu d'enquête :

En ce qui concerne l'enquête chez les hospitalisés le lieu a été le service de Médecine Interne de l'hôpital du Point G. (hôpital universitaire).

Ce service comporte quatre salles d'hospitalisation soit environ quatre vingts lits répartis en trois catégories. Chaque catégorie correspond administrativement à une tarification particulière fixée par les instances. Ces catégories correspondent à trois niveaux de confort (chambres seules, chambres à deux ou trois lits, salle commune) mais les soins dispensés et l'approvisionnement par l'hôpital en médicaments sont identiques quelque soit la catégorie.

.../...

Durant la période de l'enquête la tarification était la suivante :

- première catégorie = 2.500 F.CFA par jour,
- deuxième catégorie = 1.500 F.CFA par jour,
- troisième catégorie = 750 F.CFA par jour.

Théoriquement le paiement de ce tarif par le malade couvre l'hôtellerie, la nourriture, les soins, les examens complémentaires et les médicaments durant la durée d'hospitalisation.

Nous verrons au cours de la discussion que cette prise en charge globale est loin d'être réalisée. En ce qui concerne l'enquête chez les hospitalo-universitaires, elle a été réalisée à l'hôpital du Point G., à l'hôpital Gabriel TOURE, à l'hôpital de KATI (hôpitaux nationaux) à l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale Africain (I.O.T.A., OCCGE) à l'Institut National de Recherche en Santé Publique et à l'Institut Marchoux (leprologie, dermatologie OCCGE).

4.- Fiches d'enquête :

En ce qui concerne l'enquête chez les hospitalisés, nous avons réalisé une fiche standardisée dont les données sont anamnestiques et clinique (voir le modèle des fiches en annexe).

Globalement chaque fiche permet d'apprécier :

- L'état civil du malade
- ses revenus et sa couverture sociale
- la maladie pour laquelle il est hospitalisé
- les traitements : avant, pendant et après l'hospitalisation.

.../...

Pour chacun de ces traitements, on détaille la nature des médicaments (traditionnels, essentiels et non essentiels), les doses, les voies d'administration, les durées de prescriptions et surtout les prix.

On individualise bien les coûts revenant aux malades et ceux revenant à l'hôpital pour chaque famille de traitement.

On appelle dans ce travail "Médicaments essentiels" les médicaments répertoriés comme tels soit sur la liste O.M.S. de la série de rapports techniques numéro 722 (quatrième révision de 1985 voir annexe) soit la liste des médicaments essentiels du MALI publiée par le Ministère de la Santé en 1984 (voir en annexe).

Nous précisons au cours du travail si le texte se rapporte à l'une ou l'autre de ces listes. On appelle dans ce travail "Médicaments non essentiels" les médicaments non répertoriés dans les précédentes listes vendus dans les officines ou présents dans les hôpitaux.

Globalement ces médicaments correspondent à ceux répertoriés dans le dictionnaire Vidal.

Nous utilisons pour les médicaments essentiels et non essentiels les dénominations communes internationales (DCI).

On appelle dans ce travail "médicaments traditionnels" les prescriptions et les pratiques ne correspondant pas aux définitions précédentes.

.../...

Elles sont en général, mais pas exclusivement, le fait des tradi-thérapeutes.

En ce qui concerne l'enquête chez les hospitalo-universitaires, nous avons procédé par interrogatoire anonyme ou nominatif selon les désirs de l'enquêté.

Une fiche standardisée a été réalisée pour cette enquête (voir en annexe).

Rappelons que le but de notre travail est double :

- Apprécier la nature et le coût des prescriptions pour une maladie avant, pendant et après l'hospitalisation,

- Apprécier l'implication des médecins hospitaliers et des enseignants dans la politique nationale du médicament essentiel et des contraintes qui se posent pour eux.

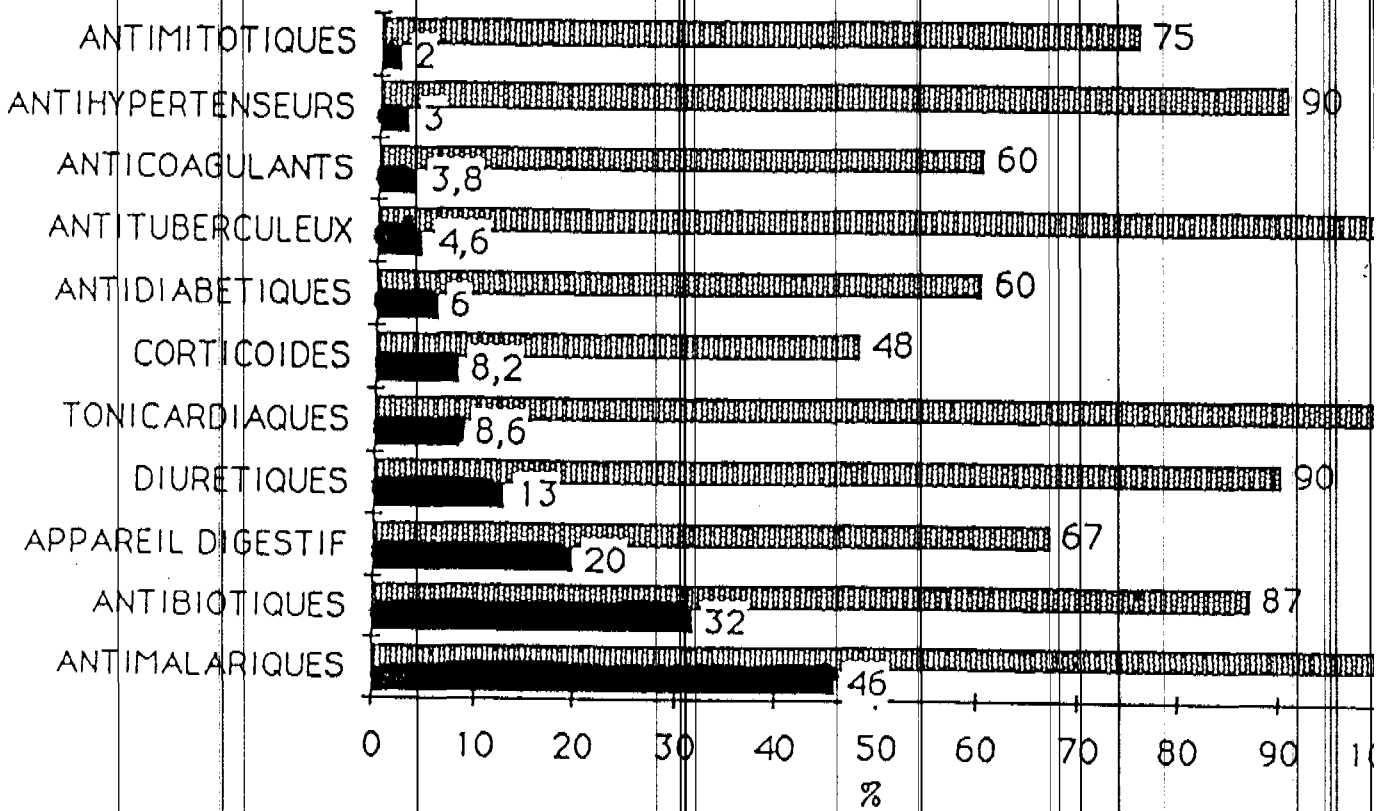
B - RESULTATS

1.- Prescriptions hospitalières et part des médicaments essentiels par classe thérapeutique - (Tableau - I) :

Nous avons repris l'enquête faite par Dougoufana BAGAYOKO en 1983 dans le service de médecine interne de l'hôpital du Point G.

.../...

% DE MALADES ET % DE MEDICAMENTS
ESSENTIELS PAR CLASSE THERAPEUTIQUE



NOIR : % DE MALADES PAR CLASSE THERAPEUTIQUE

GRIS : % DE MEDICAMENTS ESSENTIELS PAR CLASSE THERAPEUTIQUE

TABLEAU I : PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES ET PART DES MEDICAMENTS ESSENTIELS PAR CLASSE THERAPEUTIQUE

Cette enquête concerne 820 malades sans autres critères de sélection que celui d'avoir été hospitalisé et d'avoir répondu à l'enquêteur.

Deux types de résultats sont consignés sur le Tableau I :

- Le pourcentage des malades ayant reçu une classe thérapeutique (par exemple les diurétiques),

- Le pourcentage des médicaments essentiels par classe thérapeutique (par exemple 90 % des diurétiques prescrits relevaient de la liste des médicaments essentiels).

Il faut souligner que ces résultats ne concernent que des médicaments utilisés pendant l'hospitalisation ; qu'ils aient été fournis par l'hôpital ou le malade.

La notion du coût n'intervient pas dans ce tableau mais seulement celle de quantité au plutôt de proportion.

On observe globalement que, déjà en 1983, alors que la politique des médicaments essentiels étaient à ses débuts au MALI, les prescriptions hospitalières correspondaient en grande partie à la liste des médicaments essentiels O.M.S.

Ceci est particulièrement net pour les traitements des "grandes endémies" : tuberculose et paludisme.

100 % des anti-malariques et des anti-tuberculeux utilisés sont des médicaments essentiels.

.../...

On observe aussi que pour les grands domaines de la pathologie en Médecine Interne, l'utilisation des médicaments essentiels est prédominant.

Ainsi 100 % des tonico-cardiaques, 90 % des anti-hypertenseurs, 90 % des diurétiques et 87 % des antibiotiques sont des médicaments essentiels.

Ces constatations appellent plusieurs commentaires :

- les principales maladies observées en Médecine Interne sont accessibles à l'utilisation des médicaments essentiels. On observe dans le tableau II et III que les maladies que nous venons de citer sont les plus grandes causes d'hospitalisation.

Ce tableau montre en outre que le recrutement du service est varié et que l'on peut considérer cet échantillon de 820 malades comme à peu près représentatif de la pathologie médicale hospitalière chez les adultes.

- le choix préférentiel des prescripteurs pour ces médicaments essentiels a plusieurs raisons :

- + ce sont en général les médicaments disponibles à l'hôpital,
- + ce sont les médicaments les plus disponibles dans les officines,
- + ce sont les médicaments les moins chers, avant même la mise en place d'une politique d'approvisionnement des officines en médicaments essentiels.

.../...

N° D'ORDRE	NT = 50	M A L A D I E S	%
1	N = 6	Insuffisance cardiaque	12 %
2	N = 5	DIABETE (avec plaie infectée ou décompensation)	10 %
3	N = 4	HYPERTENSION ARTERIELLE (H.T.A.)	8 %
4	N = 4	SALMONELLOSE TYPHY (Thyphoïde)	
5	N = 3	ULCERE GASTRIQUE	
6	N = 3	CRISE D'ASTHME	6 %
7	N = 3	SYNDROME DEPRESSIF	
8	N = 2	CIRRHOSES	
9	N = 2	SPLENOMEGALIES PALUSTRES	
10	N = 2	PNEUMOPATHIES BACTERIENNES	4 %
11	N = 2	TUBERCULOSES (Pulmonaire ou ganglionnaire)	
12	N = 2	MENINGITES BACTERIENNES	
13	N = 1	SCHISTOSOMIASES INTESTINALES	
14	N = 1	INFECTION URINAIRE	
15	N = 1	SPLENOMEGALIE IDIOPATHIQUE	
16	N = 1	LYMPHOSARCOME	
17	N = 1	BLOC Auriculo ventriculaire	
18	N = 1	Oedème des membres inférieurs non étiquetés	
19	N = 1	O.M.I. non étiqueté	2 %
20	N = 1	Hémolyse Drepanocytaire	
21	N = 1	Septicémie par voie Basse	
22	N = 1	Leucémie myeloïde chronique	
23	N = 1	Polyarthrite inflammatoire chronique	
24	N = 1	Maladie de Kahler (Myelome multiple)	

TABLEAU - II : PRINCIPALES PATHOLOGIES OBSERVEES EN MEDECINE INTERNE (1987)

N°	MALADIE	NBRES	%	N°	MALADIE	NBRES	%	N°	MALADIE	NBRES	%	N°	MALADIE	NBRES	N°
1	Diabète non insulinodépendant	47	= 6 %	11	Cancer de l'estomac	23	= 2,8 %	21	Accident vasculaire cérébral	16	= 1,9 %	31	Ententes	10	= 1,2 %
2	Cancer bruntif du foie	39	= 4,7 %	12	Fièvre typhoïde	22	= 2,6 %	22	Ulcère gastroduodénal	15	= 1,8 %	32	Pathologies urologiques	9	= 1,1 %
3	Paludisme	38	= 4,6 %	13	Diabète I.D.	21	= 2,5 %	23	Méningite cérébro spinale	14	= 1,7 %	33	Sarcomes	8	= 0,9 %
4	Insuffisances cardiaques	37	= 4,5 %	14	Pneumopathie non précisée	20	= 2,4 %	24	Gastrites	13	= 1,5 %	34	I.R. non précisées	8	= 0,9 %
5	Cirrhoses hépatiques	32	= 3,9 %	15	Anémies ferruprives	19	= 2,3 %	25	Comitialités	13	= 1,5 %	35	Paraplégies périphériques	8	= 0,9 %
6	Tuberculose Pulmonaire	31	= 3,7 %	16	Neuropathies omerses	18	= 2,1 %	26	I.R. organique	12	= 1,4 %	36	P.F.I.A.	8	= 0,9 %
7	Hépatosplénomégalies non précisées	27	= 3,2 %	17	Hépatites	17	= 2 %	27	Scistosomose urinaire	12	= 1,4 %	37	Infections des parties molles	8	= 0,9 %
8	Hypertension artérielle	27	= 3,2 %	18	Hémoglobina-ses	17	= 2 %	28	Septicémies	12	= 1,4 %	38	Douleur abdominales non précisée	7	= 0,8 %
9	Artérite inflammatoire	25	= 3 %	19	Valvulopathies	17	= 2 %	29	Troubles du Transit	11	= 1,3 %	39	Troubles isolés du rythme cardiaque	7	= 0,8 %
10	Lèpre	23	= 2,8 %	20	Anémies diverses	16	= 1,9 %	30	Tuberculose extra pulmonaire	10	= 1,2 %	40	Polyarthrite Rhumatoïde	7	= 0,8 %

TABLEAU III : PRINCIPALES PATHOLOGIES OBSERVEES EN MEDECINE INTERNE (1983)

Leur efficacité prouvée, leur ancienneté et l'importante concurrence entre les laboratoires pour leur commercialisation sont responsables de leur faible coût.

Pour les autres classes thérapeutiques, on observe deux situations :

- celle des médicaments qui ne font pas partie de la liste des médicaments essentiels mais qui en fait, font partie du groupe thérapeutique voisin des médicaments essentiels O.M.S.

C'est le cas des anti-coagulants en particulier des anti-vitamines K.

Seulement 60 % des anti-coagulants prescrits correspondent à la liste des médicaments essentiels : il s'agit de l'héparine et de ses dérivées.

Les 40 % restants sont les anti-vitamines K à type d'acéno-coumarol ou de biscoumacétate d'éthyl.

Il s'agit donc de coumariniques et non de la warfarine qui appartient à la liste O.M.S. Mais on voit que ces dérivées (Warfarine et Coumarine) anti-vitamines K, sont très voisins. L'utilisation des Coumariniques, observée dans cette enquête, ne diffère donc que très peu de la liste O.M.S.

Il en est de même des corticoïdes prescrits qui s'apparentent de très près à la liste O.M.S. par leur effet physiologique mais différent par leur dénomination commune internationale (D.C.I.).

.../...

Par contre en ce qui concerne les médicaments de deuxième nécessité ou des médicaments dits de confort on observe une plus grande différence entre les prescriptions de service et la liste O.M.S.

C'est surtout le cas des médicaments du tube digestif qui ne correspondent que dans 67 % des cas à la liste O.M.S.

En conclusion, il faut souligner une certaine auto-discipline spontanée des prescripteurs à l'hôpital avant même la mise en route d'une politique structurée d'approvisionnement en médicaments essentiels.

2.- Coût de la maladie :

a°) Coût des médicaments : avant, pendant et après l'hospitalisation et place des médicaments essentiels.

- INTRODUCTION :

Nous nous intéressons dans ce chapitre qu'aux dépenses pour les seuls médicaments en excluant les honoraires de consultation, les frais d'hospitalisation, de nourriture et de transport.

Cette séparation est possible en ce qui concerne les thérapeutiques dites modernes (spécialités médicamenteuses commerciales). Elle n'est pas possible en ce qui concerne la médecine traditionnelle où "la consultation" et les prescriptions de médicaments traditionnels sont intriquées.

.../...

Ceci ne gêne guère la comparaison des coûts de traitement avant, pendant et après l'hospitalisation puisqu'on constate que la médecine traditionnelle n'est utilisée qu'avant l'hospitalisation.

- Coûts avant l'hospitalisation (tableau IV) :

En moyenne la dépense a été de 6.075 F.CFA pour la maladie en cause par malade. Les traitements traditionnels et les médicaments non essentiels représentant chacun 39 % de cette somme.

Les médicaments essentiels représentent 22 % du total.

27/50 malades ont reçu au moins un médicament essentiel.
17/50 malades ont reçu au moins un médicament non essentiel.
12/50 malades n'ont été traités que par des médicaments essentiels.

Seulement 3/50 malades n'ont été traités que par des médicaments non essentiels.

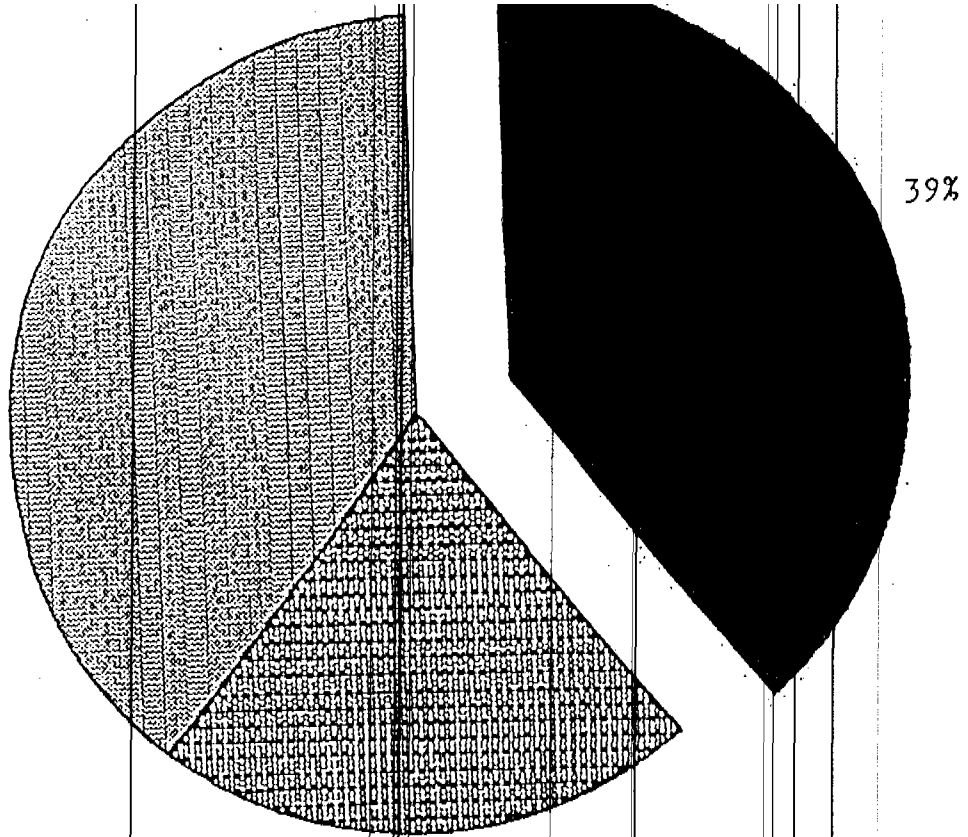
On constate donc qu'avant l'hospitalisation les traitements traditionnels sont d'un coût important pour le malade et que les médicaments essentiels sont peu utilisés.

Ceci amène plusieurs observations et interprétations :

+ Le recours aux thérapeutes traditionnels reste assez fréquent,

.../...

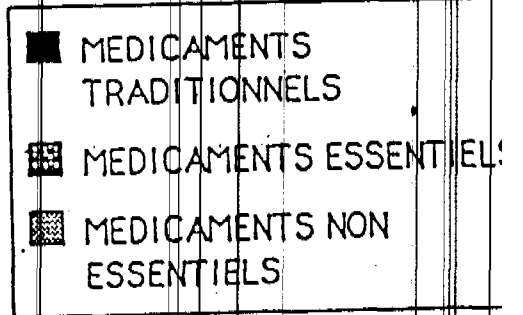
39%



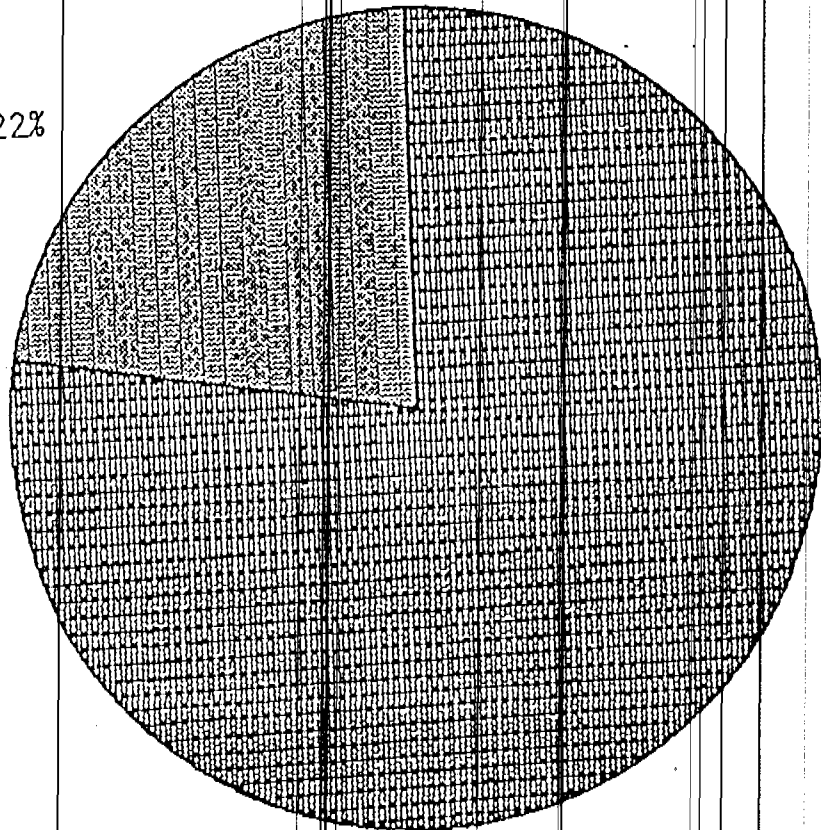
39%

22%

TABLEAU IV : COUTS AVANT L'HOSPITALISATION



22%



78%

TABLEAU V : COUTS PENDANT L'HOSPITALISATION

Neuf malades sur cinquante (18 %) y ont eut recours.

+ La Médecine traditionnelle est chère puisqu'on observe des dépenses de 300, 9.000, 6.000, 6.500, 20.000, 30.000, 40.000 et 41.000 F.CFA.

+ Les prescripteurs que les malades voient en premier prescrivent surtout des médicaments non essentiels. Ceci est paradoxal.

Ces prescripteurs étant surtout des infirmiers de dispensaires, on aurait pu s'attendre à ce que les médicaments essentiels soit majoritaires. Ceci montre qu'à "la base" la politique du médicament essentiel est peu engagée. Nous en analyserons les causes au chapitre de la discussion.

- Coût pendant l'hospitalisation (Tableau V) :

Nous nous intéressons à la somme dépensée par le malade lui-même pour ses médicaments durant l'hospitalisation. Les prescripteurs rédigent une ordonnance que la famille du malade présente en ville dans une officine. Ces sommes dépensées par le malade ne sont pas remboursées par l'hopital. Cette situation est due au fait que :

- il y a de nombreuses ruptures de stocks à l'hopital,
- la pharmacie de l'hopital ne dispose pas de toutes les spécialités correspondant aux ordonnances des Médecins hospitaliers,
- la pharmacie de l'hopital est fermée l'après-midi et la nuit, les entrants durant cette période sont donc obligés d'acheter leurs médicaments.

.../...

L'hôpital a un budget annuel en médicaments. (1986) de 27.675.000 F.CFA correspondant aux médicaments livrés par la P.P.M., il faut y ajouter une somme d'environ 2.500.000 F.CFA correspondant au fond d'aide et de coopération (F.A.C.) et une somme d'environ 4 millions de F.CFA correspondant aux commandes en médicaments effectués par l'hôpital sur son budget autonome.

Au total l'hôpital dispose par an d'un budget Médicaments de 34.175.000 F.CFA pour 4.693 entrées (1986) soit une somme de 7.282 F.CFA par malade. Cette somme correspond aux dépenses de l'hôpital en médicaments mais en pratique rien ne permet de contrôler que l'équivalent de cette somme est distribuée en médicaments à chaque malade.

En milieu hospitalier la dépense a été en moyenne de 8.222 F.CFA pour le malade. Elle concerne 78 % des médicaments essentiels et 22 % des médicaments non essentiels. Tous les malades hospitalisés ont reçu au moins un médicament essentiel alors que 22/50 malades ont reçu au moins un médicament non essentiel. 25/50 malades ont été traités uniquement par des médicaments essentiels, aucun n'a reçu que des médicaments non essentiels.

On observe donc une bonne corrélation avec les résultats de l'enquête de 1983 soit une large utilisation des médicaments essentiels à l'hôpital.

Nous analyserons les causes au chapitre de la discussion.

.../...

- Coûts des médicaments après l'hospitalisation (Tableau VI) :

Le coût moyen après la sortie est de 2.438 F.CFA. 16/50 malades n'ont reçu que des médicaments essentiels, 6/50 n'ont reçu que des médicaments non essentiels.

On observe après la sortie et toujours pour la même maladie une remontée des dépenses pour les médicaments non essentiels qui représentent 49 %.

Il faut cependant signaler que, dans notre enquête, les médecins prescripteurs sont les mêmes pendant et après l'hospitalisation.

On s'interrogera au cours de la discussion devant cette modification du comportement des prescripteurs après la sortie du malade.

Après la sortie de l'hôpital les malades n'utilisent plus les médicaments traditionnels pour traiter la maladie en cause.

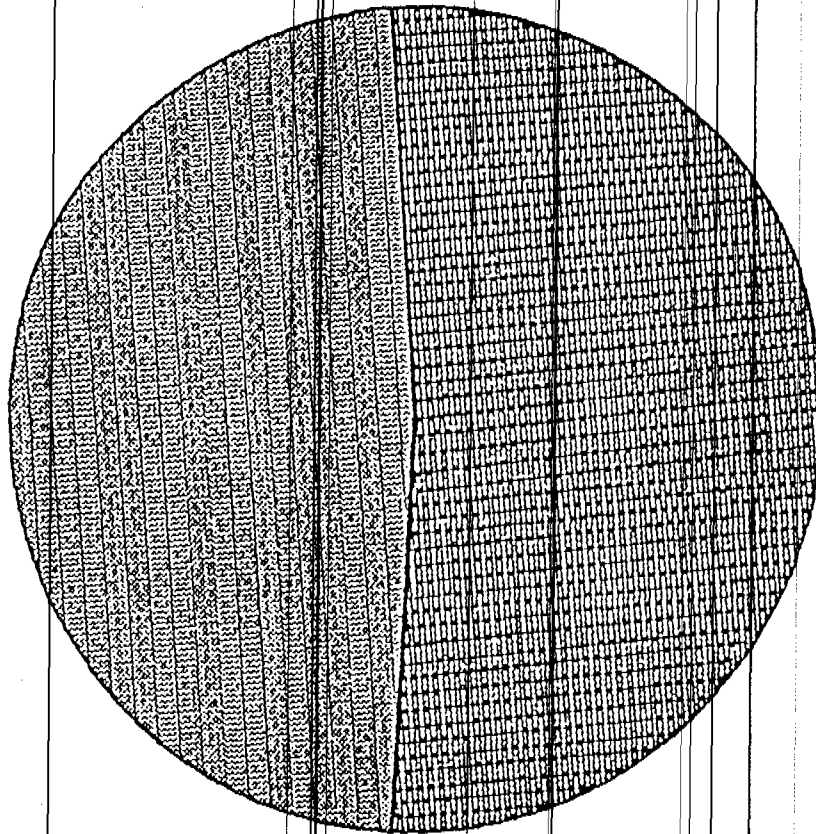
- Coût global des médicaments (Tableau VII) :

Au total la dépense moyenne en médicaments est de 16.735 F.CFA pour une maladie donnée.

Les médicaments essentiels représentent moins de la moitié des dépenses (45 %).

.../...

49%

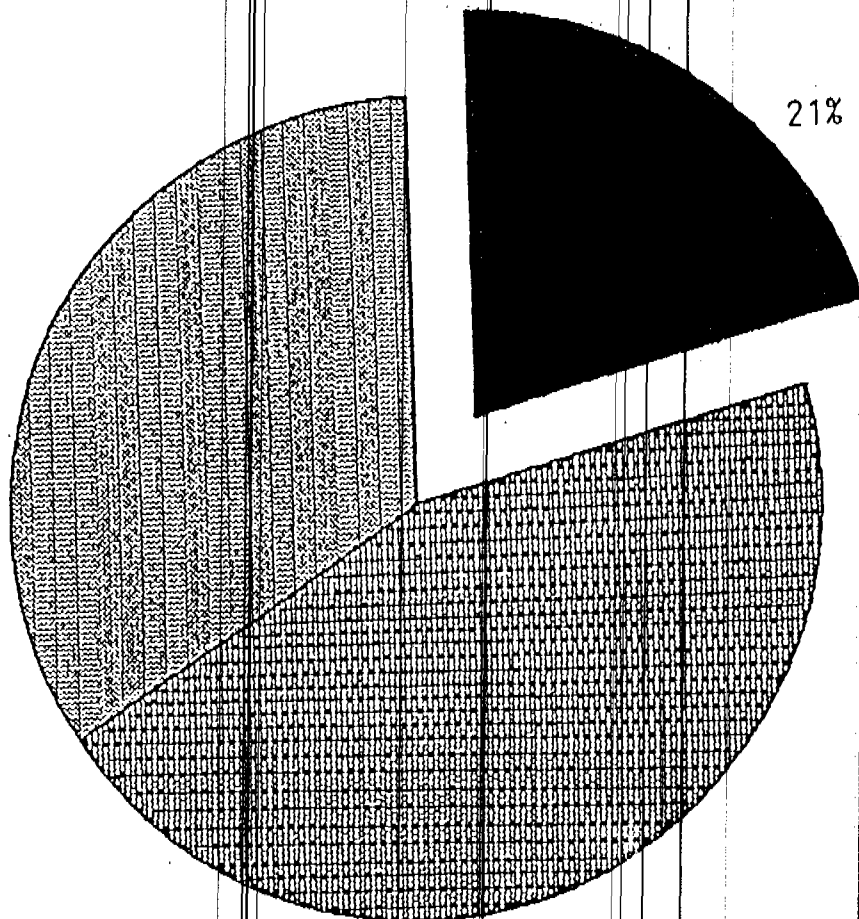


51%

TABLEAU VI : COUTS APRES L'HOSPITALISATION

- MEDICAMENTS TRADITIONNELS
- ▣ MEDICAMENTS ESSENTIELS
- ▤ MEDICAMENTS NON ESSENTIELS

34%



21%

TABLEAU VII : COUTS GLOBAUX

b°) Coûts des Consultations :

Elles représentent la somme des dépenses effectuées pour chacun des cinquante malades pour une maladie donnée avant l'hospitalisation. Cette somme correspond à des consultations dans les dispensaires ou à l'hôpital, en externe.

Après l'hospitalisation les malades sont suivis gratuitement dans le service de médecine interne jusqu'à la fin de leur maladie.

Il n'y a pas de frais de consultations dans notre étude après la sortie de l'hôpital.

La somme totale pour les consultations a été de 27.000 F.CFA pour l'ensemble des malades, soit une dépense moyenne de 931 F.CFA par malade pour une maladie donnée.

Cette somme moyenne correspond environ au double du tarif de consultations officielles fixées par le Ministère de la Santé dans les formations nationales (500 F.CFA).

Durant la période d'enquête les patients ont fréquenté les services de consultations nationaux à ce tarif, la médecine privée n'étant pas encore développée (tarif de consultation = 4.000 F.CFA).

Les malades effectuent en moyenne deux consultations payantes avant d'être hospitalisés.

.../...

c°) Coûts des frais de séjours :

Ils constituent le total des dépenses réalisées par chacun des malades en frais de séjour toutes catégories confondues.

Les dépenses générales en frais de séjour se sont chiffrées à 1.175.000 F.CFA pour les cinquante malades.

La dépense moyenne en frais de séjour a été de 23.990 F.CFA pour une durée moyenne d'hospitalisation de 21 jours, soit 1.142 F.CFA par jour. Ce chiffre est supérieur aux frais de séjour de la 2ème catégorie (22.500 F.CFA par 15 jours) mais nettement en dessous des frais de séjour de la 1ère catégorie (37.500 F.CFA par 15 jours).

On constate que dans l'échantillon étudié à part un seul malade tous les autres ont payé.

Il n'a donc pas été observé de prise en charge gratuite des catégories comme les indigents, les tuberculeux etc... comme les textes le stipulent.

d°) Coûts des Transports :

Il s'agit également ici de la somme des dépenses réalisées par chacun des malades en matière de transport depuis leur lieu de provenance jusqu'à l'hôpital du Point G. et retour. Cette dépense totale en frais de transport a donc été de 690.150 F.CFA pour les malades.

.../...

La moyenne des dépenses effectuées par chacun des malades qui ont payés a été de 25.561 F.CFA.

Ces sommes considérables sont dues à l'éloignement de l'hôpital du Point G. du Centre-Ville (environ 10 Kms) et surtout à la structure même de cet hôpital national situé à la pointe supérieure de la pyramide sanitaire. Il est amené à drainer les malades les plus graves venant de toutes les formations sanitaires du pays même les plus reculées.

L'utilisation des ambulances publiques a été exceptionnelle.

e°) Coûts totaux de la maladie :

Problème de la part du malade et de l'hôpital dans les médicaments.

Ils représentent donc la somme totale payée par le malade pour sa maladie (tableau VIII).

A C T E S	F R A I S
Consultations :	931 F.CFA
Transports :	25.560 F.CFA
Frais de séjour :	23.990 F.CFA
Médicaments avant l'hospitalisation :	6.075 F.CFA
Médicaments pendant l'hospitalisation :	8.222 F.CFA
Médicaments après l'hospitalisation :	2.438 F.CFA
TOTAL :	67.216 F.CFA

TABLEAU VIII - COUTS TOTAUX DE LA MALADIE

On constate que pour une maladie donnée la principale charge financière est le transport (25.560 F.CFA) puis les frais de séjour (23.990 F.CFA) puis les médicaments (16.735 F.CFA).

Les consultations représentent une part infime des dépenses (931 F.CFA). Il ressort de ces chiffres que les services (hospitalisation, consultations) représentent moins de 40 % des dépenses. Ces services sont assurés par le domaine privé (transport) ou parapublique (Pharmacie).

On conclue au coût extrêmement bas que représente pour le malade l'hospitalisation proprement dite.

Il le serait encore plus si l'hôpital fournissait la totalité des médicaments pendant l'hospitalisation.

Il paraît difficile de diminuer le prix de revient de la maladie sans restructurer les deux principaux secteurs de dépenses (les transports et les médicaments).

Si l'on considère que l'hôpital fournit en moyenne pour 7.282 F.CFA en médicaments par malade le prix moyen en médicaments pour une maladie est de 6.075 F.CFA avant l'hospitalisation, 15.500 F.CFA durant l'hospitalisation 2.438 F.CFA après l'hospitalisation soit un prix total d'environ 24.000 F.CFA.

On observe que les coûts pour les transports, les frais de séjour et les médicaments sont à peu près identiques.

.../...

3.- IMPLICATIONS DES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DANS
L'ENSEIGNEMENT CONCERNANT LES MEDICAMENTS ESSENTIELS :

L'enquête auprès des hospitalo-universitaires a porté sur 15 questions principales concernant les médicaments essentiels. Trente cinq personnes ont répondu aux questions (Tableau IX).

a°) Questions principales :

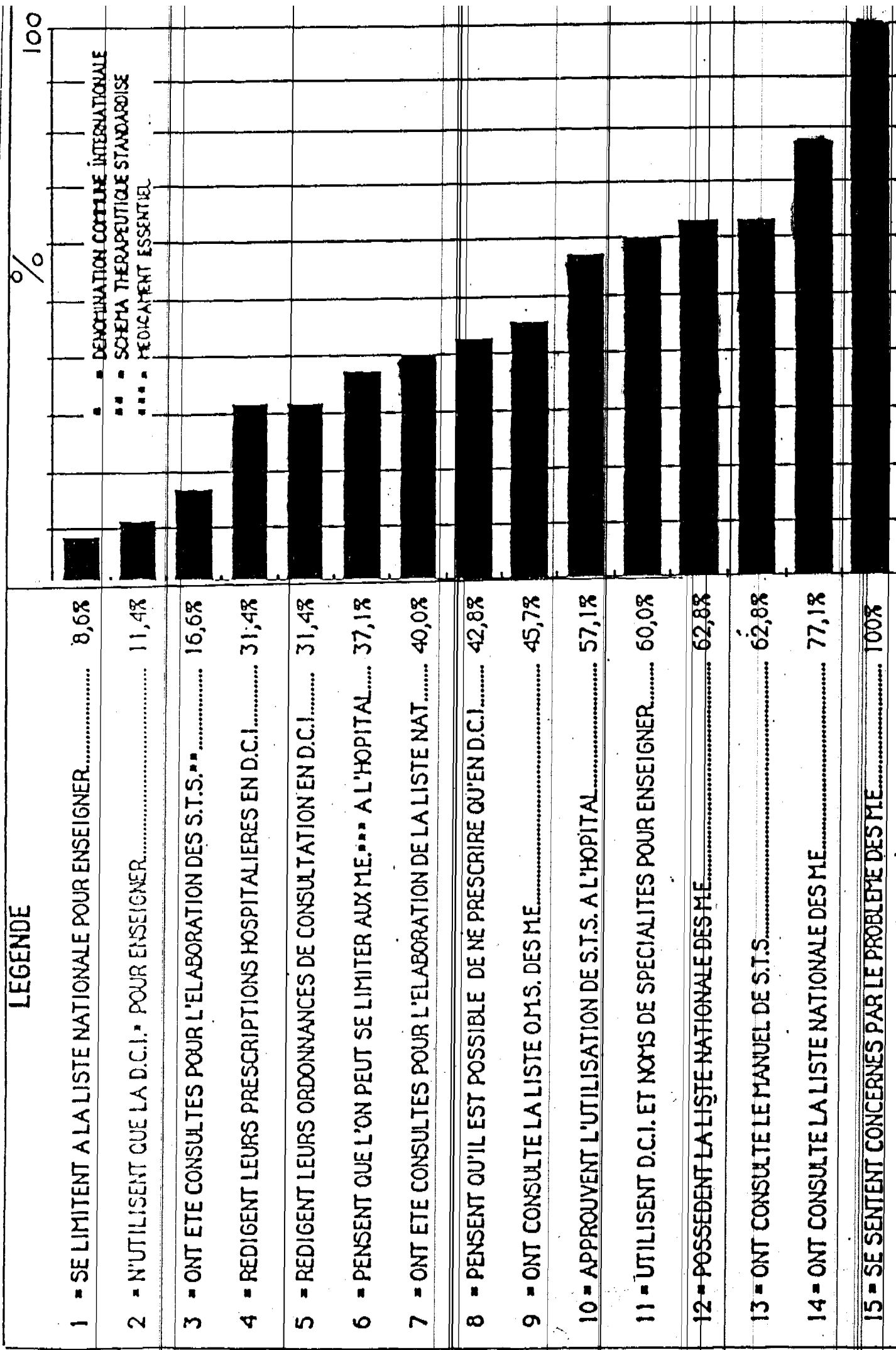
1.- Seulement 8,6 % des enseignants ayant répondu à la question se limitent à la liste nationale pour leur cours.

La principale raison invoquée est que la liste des médicaments essentiels ne couvre pas le champ de leurs spécialités : il leur paraît impossible de se limiter à cette liste pour traiter les maladies enseignées à leur programme.

Une autre remarque fréquente est que l'enseignement théorique doit être complet même si en pratique il faut se limiter aux médicaments essentiels.

D'autres raisons sont plus rarement invoquées :

- Absence de connaissance de la liste des médicaments essentiels,
- La liste change trop souvent pour s'y tenir,
- Les nouveaux produits n'y figurent pas,
- La liste n'est pas adaptée à la réalité nationale,
- Les médicaments essentiels sont insuffisants en médecine de pointe et pas assez efficaces,
- Les enseignants ne connaissent pas les disponibilités des médicaments essentiels en pharmacie.



Au total : seuls quelques enseignants, en particulier en santé publique, (soins de santé primaire) se limitent aux médicaments essentiels. La majorité des enseignants désirent promouvoir leur spécialité à part entière en communiquant aux étudiants les dernières nouveautés thérapeutiques.

On n'observe pas d'hostilité à la liste des médicaments essentiels mais plutôt une gêne et un refus de se limiter dans la connaissance.

2.- Seulement 11,4 % des enseignants n'utilisent que la dénomination commune internationale (D.C.I.) pour enseigner.

Si les constatations du chapitre précédent sont logiques et déjà observées depuis longtemps le refus de la dénomination commune internationale (D.C.I.) est surprenant.

Les deux princip^{LES}aux raisons invoquées sont :

- d'une part : l'absence de formation des gérants d'officine à l'utilisation de la D.C.I. ; les médicaments sont vendus sous les noms de marque,

- d'autre part : le poids de l'habitude.

En fait la majorité des enseignants utilisent D.C.I. et noms de spécialités pour enseigner (60 %) (voir paragraphe 11).

.../...

Pour certains enseignants la D.C.I. paraît insuffisante pour faire connaître les différentes présentations d'une molécule.

Au total l'utilisation de la D.C.I. seule n'est pas encore passée dans les habitudes des universitaires.

3.- Seulement 16,6 % des enseignants ont été consultés pour l'élaboration des schémas thérapeutiques standardisés.

Rappelons que ces schémas thérapeutiques standardisés conseillent l'utilisation des médicaments essentiels et qu'ils sont destinés à tous les prescripteurs du pays.

Cependant 63 % des enseignants ont consulté le manuel des schémas thérapeutiques standardisés (voir paragraphe 13).

Ce manuel n'est pas utilisé pour l'enseignement à la faculté et semble surtout être destiné à la médecine rurale et aux soins de santé primaire.

Par contre cinquante sept pour cent des sujets interrogés approuvent l'utilisation des schémas thérapeutiques standardisés à l'hôpital (voir paragraphe 10).

Au total, il est surprenant que si peu d'enseignants participent à la rédaction d'un manuel destiné aux futurs médecins qu'ils forment.

.../...

4.- Moins d'un tiers des hospitalo-universitaires rédigent leurs ordonnances de consultations en D.C.I.

On observe que si seulement 11 % des enseignants n'utilisent que la dénomination commune internationale (D.C.I.) à la faculté de médecine pour les cours, en consultations externes trente pour cent des prescriptions se font en D.C.I. seule.

L'utilisation des noms de spécialités persiste du fait de l'insuffisante formation des vendeurs en pharmacie.

Les autres raisons pour préférer les noms de spécialités sont :

- L'absence d'information concernant la présence des médicaments en D.C.I. dans les officines,
- L'insuffisance des médicaments en D.C.I. pour la spécialité,
- Le poids de l'habitude chez les prescripteurs et les pharmaciens.

Une seule personne a signalé préférer prescrire en D.C.I. pour épargner de trop grosses dépenses pour le malade.

Au total, on observe les mêmes raisons qui freinent l'utilisation de la D.C.I. que celles évoquées au paragraphe 2. L'absence de formation des vendeurs d'officine joue un rôle capital.

5.- A l'hôpital, les habitudes de prescription sont identiques puisque la majorité des malades achètent leur médicament à l'extérieur.

.../...

Certains soulignent qu'ils n'ont pas de connaissance de la liste des médicaments délivrés en D.C.I. par la pharmacie de l'hôpital et de leur disponibilité.

6.- Plus d'un tiers des hospitalo-universitaires pensent qu'on peut se limiter aux médicaments essentiels à l'hôpital.

La limitation de l'utilisation des médicaments essentiels est expliquée par les mêmes raisons évoquées plus haut (concernant la D.C.I. et les médicaments essentiels dans l'enseignement).

La liste paraît trop limitative pour les spécialités dans les hôpitaux nationaux que nous avons pris comme référence.

7.- Quarante pour cent des hospitalo-universitaires ont été consultés pour l'élaboration de la liste nationale des médicaments essentiels. On observe donc qu'un grand nombre de spécialistes a participé à l'élaboration de cette liste. Rappelons que pour l'O.M.S la notion de consensus autour de la liste est essentielle pour son acceptabilité.

De nombreux participants à cette liste désirent un remodelage régulier de la liste.

Au total les hospitalo-universitaires ont été largement intégrés à l'élaboration de la liste nationale des médicaments essentiels.

.../...

8.- Au niveau des intentions, il se dégage une plus grande proportion favorable à la prescription en D.C.I. Le principal frein étant là encore la formation insuffisante des gérants d'officines.

Au total 43 % des sujets interrogés pensent qu'il est possible de ne prescrire qu'en D.C.I.

9.- Moins de la moitié des sujets interrogés ont consulté la liste des médicaments essentiels O.M.S.

Le manque d'information est le plus souvent invoqué.

Au total, en milieu universitaire l'information concernant la liste O.M.S. n'est qu'incomplètement passée.

Par contre, la liste nationale des M.E. a été consultée par 77 % des sujets interrogés.

10.- L'utilisation des schémas thérapeutiques standardisés à l'hôpital n'est pas approuvée par tous les hospitalo-universitaires du fait de son caractère incomplet et peu adapté aux spécialités. Il apparaît qu'en milieu hospitalier les médecins ont les possibilités matérielles et les connaissances pour adapter chaque traitement à chaque cas.

L'utilisation des schémas thérapeutiques standardisés est surtout acceptée pour la formation des étudiants hospitaliers.

.../...

Au total, à l'hôpital, les schémas thérapeutiques standardisés sont plus un modèle d'enseignement qu'une réelle "conduite à tenir".

11.- La Majorité (60 %) des hospitalo-universitaires utilisent à la fois D.C.I. et noms de spécialités dans leur enseignement. La D.C.I. a des fins pédagogiques (Théorie) les noms de spécialités, pour se faire comprendre des gérants d'officine (Pratique). Cette double approche correspond bien à la double vocation d'enseignants et de praticiens adaptés à la réalité du pays.

12.- 63 % des enseignants possèdent la liste nationale des médicaments essentiels qui a donc été largement diffusée d'autant plus que 77 % d'entre eux l'ont au moins consulté (paragraphe 14).

Au total, ce n'est pas faute de connaître la liste que les enseignants utilisent peu les médicaments essentiels dans leur cours.

13.- La majorité des enseignants a consulté le manuel des schémas thérapeutiques standardisés bien que peu d'entre eux aient été consultés pour son élaboration (paragraphe 3).

Il est à remarquer que sur 63 % des enseignants ayant consulté le manuel 57 % approuvent son utilisation à l'hôpital (paragraphe 10).

Au total le manuel des schémas thérapeutiques standardisés semble bien fait et applicable à l'hôpital, la participation des enseignants à sa réalisation permettrait une plus grande adhésion aux schémas thérapeutiques standardisés.

14.- Voir commentaire du paragraphe 12.

15.- Pour conclure, soulignons que l'ensemble des hospitalo-universitaires interrogés se sent concerné par le problème des médicaments essentiels.

b°) Autres questions :

1.- A la question : "quel personnel vous semble surtout concerné par le problème des médicaments essentiels" ?
Les réponses moyennes ont été dans l'ordre :

- Médecins de cercle	=	35/35
- Médecins hospitaliers	=	33/35
- Infirmiers	=	29/35
- Agents de santé communautaire	=	23/35

L'unanimité est presque obtenu pour dire que toutes les catégories professionnelles de la santé sont concernés car, au Mali, toutes prescrivent.

2.- à la question : "quels produits absents de la liste des médicaments essentiels vous paraissent indispensables pour la pratique de votre spécialité" ;
Deux groupes sont les plus souvent cités :

- les anti-mitotiques,
- les collyres.

En dehors de ces produits, il est réclamé l'introduction dans la liste de spécialités de Stomatologie (Anetholtrithione), de gynécologie (gonadotrophine) et d'anesthésiologie (Nesdonal, Marcaïne).

.../...

En fait, peu de médicaments hors liste sont réclamés pour la pratique hospitalière :

Ceci est en contraction avec l'enseignement théorique où ces médicaments hors liste sont largement enseignés aux étudiants.

3.- A la question concernant l'utilité des D.C.I. pour les différents modes d'enseignement et des prescriptions les réponses ont été : (classement du plus efficace au moins efficace) :

- acquisition des médicaments au meilleurs prix sur le marché international,
- lutte contre le gaspillage,
- standardisation du travail des prescripteurs,
- adaptation des prescriptions au manuel de traitement,
- simplification du travail des pharmaciens et des agents d'officine,
- aide pour les étudiants à mémoriser les traitements,
- formation des agents des soins de santé primaire.

Au total l'utilisation de la D.C.I. semble plus efficace pour diminuer le coût des médicaments que pour faciliter l'enseignement à tous les niveaux.

c°) Sources d'information des hospitalo-universitaires concernant les médicaments :

Selon le tableau X, on observe que la principale information vient des livres et des revues (40 %) mais le rôle des visiteurs médicaux est considérable (36 %).

.../...

SOURCES D'INFORMATION CONCERNANT LES MÉDICAMENTS

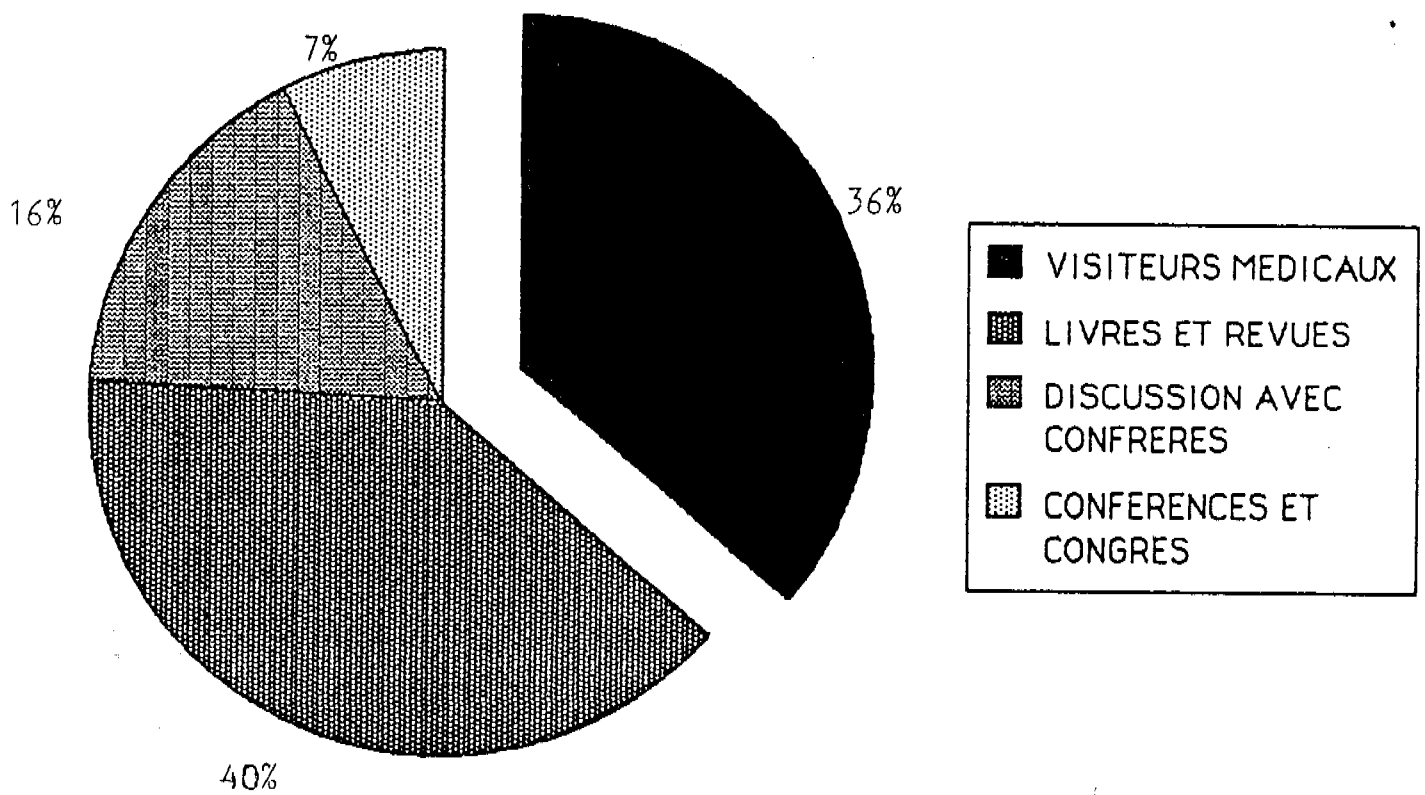


TABLEAU X

Hors ces visiteurs médicaux n'informent en général que sur des produits en noms de spécialités dont la plupart sont hors-liste. Il persiste donc là une contradiction entre l'information dispensée aux médecins et la politique des médicaments essentiels. Il faut signaler que le même problème existe au niveau des livres et surtout des revues qui adoptent rarement la D.C.I. et vantent encore plus rarement les médicaments essentiels puisqu'elles proviennent en majorité des pays développés.

L'information verbale entre médecins reste limitée, en particulier en ce qui concerne les conférences et les congrès soulignant l'enclavement culturel des hospitalo-universitaires au MALI.

Au total, la pression de l'information concernant les spécialités hors-liste est importante chez les hospitalo-universitaires. Elle l'est probablement encore plus sur les médecins de cercle ^N favorisés en lectures, conférences et congrès.

CHAPITRE IV
=====

DISCUSSION ET CONCLUSIONS

On observe dans notre étude plusieurs niveaux d'implications des hospitalo-universitaires dans la politique du M. E. = niveau hospitalier concernant la quantité et le coût des prescriptions, niveau universitaire concernant l'enseignement et l'information, niveau de l'approvisionnement national. Ce dernier niveau, nous le verrons, est fondamental car il est le principal "facteur limitant" à l'heure actuelle.

Au niveau hospitalier on observe une limitation spontanée du nombre de médicament. Cette limitation est à la fois due aux prescripteurs et à la structure administrative de l'hôpital. Les prescripteurs ont, bien avant l'élaboration d'une liste nationale, limité leur demande aux médicaments les plus utiles pour plusieurs raisons :

- Par souci de limiter les frais aux hospitalisés puisque ceux-ci prennent au minimum la moitié de leurs médicaments en charge,

- Par indépendance vis-à-vis des laboratoires et des visiteurs médicaux, le statut de fonctionnaire permet une pratique plus indépendante de la médecine : ils peuvent résister aux demandes des malades en médicaments de confort ; les essais thérapeutiques avec fourniture gratuite des médicaments par des laboratoires se limitent à des molécules éprouvées voisines pour la plupart de la liste des M.E. (antibiotiques, cardiotoniques, anti-histaminiques H₂).

.../...

- Les hospitaliers connaissent la disponibilité en médicaments de la pharmacie de l'hôpital,
- La pharmacie est gérée par des professionnels habitués à la D.C.I. et adaptés à choisir devant une prescription en D.C.I. les spécialités disponibles,
- La pathologie hospitalière se prête à une sélection de médicaments puisqu'à l'hôpital on observe surtout les pathologies organiques graves mais classiques. Ainsi, les anti-malariques, les antibiotiques, les tonicardiaques, les anti-tuberculeux et les diurétiques sont les plus prescrits car ils correspondent aux maladies hospitalières les plus fréquentes (tableaux II et III), or ces médicaments sont justement ceux des listes M.E.
- Pour des raisons d'économie l'approvisionnement de l'hôpital se fait avec une liste limitée de médicaments utiles et bons marchés, ceci bien avant le développement de la politique du M.E. Or ces médicaments utiles et bon marché sont tout naturellement ceux inscrits sur la liste nationale des M.E.

Pour toutes ces raisons l'hôpital est un lieu privilégié de prescription des M.E. On note cependant que la liste est trop limitative pour certaines spécialités et que les schémas thérapeutiques standardisés sont peu utilisés.

Un élargissement de la liste pour l'hôpital et la création de S.T.S. destinés aux hôpitaux nationaux permettraient une meilleure adaptation de l'hôpital aux M.E., une diminution des coûts et donc la prise en charge totale des médicaments des hospitalisés.

.../...

- Pour une maladie donnée ayant motivé l'hospitalisation on observe un plus grand respect de la liste des M.E. pendant l'hospitalisation, par rapport aux consultations pré et post hospitalières.

Trois faits expliqu^{nt} cette différence :

- La place de la médecine traditionnelle reste importante avant l'hospitalisation (39 % des coûts) et son prix est élevé.

- Les M.N.E. sont largement prescrits en externe car la disponibilité en M.E. est faible dans les officines, les gérants d'officines sont peu habitués aux D.C.I. et à la pratique du M.E., la pression publicitaires des laboratoires est forte. Cette pression s'exprime à la fois au niveau du prescripteur (les visiteurs médicaux sont souvent la seule source d'information) et au niveau des officines (l'affiche du taureau noir de Tot'Héma est en bonne place dans la plupart des officines...).

- La tradition de prescription de M.E. est plus forte à l'hospital pour les raisons que nous avons étudié plus haut.

La situation est donc paradoxale à BAMAKO, puisque c'est au niveau périphérique que les M.E. sont les moins utilisés alors que la politique du M.E. est destiné à ce niveau. Ceci est, dans notre étude, observé en milieu urbain. Il faut signaler qu'en zone rurale (6è - 7è régions) les expériences de "magasins santé" ont montré leur efficacité tant pour l'approvisionnement en M.E. que pour le recouvrement des coûts (8).

.../...

Mais l'approvisionnement en M.E. lors de ces expériences s'est fait indépendamment de la P.P.M.

En conclusion, c'est surtout le défaut d'approvisionnement et de distribution en M.E. qui bloque son utilisation. L'expérience "Magasin-santé" mériterait d'être étendue au niveau de la capitale de même que le développement du manuel national de S.T.S. et qu'un recyclage des prescripteurs et des gérants d'officine :

L'analyse du coût global de l'hospitalisation pour le malade montre que les prestations médicales ne représentent qu'une faible part des dépenses.

Par contre, les transports et les médicaments payés par le malade représentent la plus grande part.

L'amélioration de la disponibilité en moyen de transport et l'utilisation des médicaments essentiels permettraient donc de réduire ce coût global. Le prix de journée hospitalier paraît même trop faible pour assurer l'hébergement, les soins et la nourriture des malades, du moins dans le contexte actuel où le recouvrement des coûts est incomplet à l'hôpital.

Au niveau universitaire la situation est encore ambiguë. Les enseignants, en théorie, se sentent concernés par le problème des M.E. ; ils ont consulté en majorité la liste nationale des M.E. et le manuel de S.T.S. ; ils approuvent l'utilisation des M.E. et des S.T.S. pour enseigner et traiter les malades. Mais en pratique ils continuent à utiliser les noms de marque dans leur enseignement pour plusieurs raisons :

.../...

- La disponibilité des M.E. dans les officines étant faible, ils préfèrent communiquer aux étudiants, futurs praticiens, le plus grand nombre de noms de marque pour qu'ils s'adaptent à la réalité actuelle et aux ruptures de stock,
- La formation des gérants d'officine leur paraît insuffisante pour la pratique de la D.C.I.,
- La liste de M.E. leur paraît trop limitée pour enseigner leur spécialité,
- L'utilisation des M.E. et de la D.C.I. leur paraît plus un moyen d'économie pour les soins de santé primaire et la gestion des approvisionnements qu'un moyen de formation.

En conclusion, là-aussi, c'est surtout le défaut d'approvisionnement qui limite l'engagement des enseignants dans la politique du M.E. D'autre part, il est paradoxal que les S.T.S. soient peu utilisés à l'Ecole de Médecine alors qu'ils sont destinés aux futurs prescripteurs que sont les étudiants. On observe donc que la mise en place d'une politique du M.E. nécessite une réforme des programmes universitaires et une remise en cause du type d'enseignement des matières spécialisées. On observe aussi un cercle vicieux : dans les officines la politique du M.E. n'est pas réellement engagée :

- les enseignants préfèrent donc pour des raisons pratiques utiliser des noms de marque,
- les prescripteurs ne sont donc pas formés à la pratique du M.E. et à la D.C.I.,
- la demande en M.E. et D.C.I. est donc faible,

.../...

- l'approvisionnement pour répondre à cette demande est donc centrée sur des noms de marque.

On constate que la rupture de ce cercle vicieux passe en même temps par une transformation de l'enseignement et de l'approvisionnement.

Nous voyons donc que le principal niveau concernant les M.E. est celui de l'approvisionnement. Selon la classification des systèmes d'approvisionnement proposés par YEAP BOON CHYE (O.M.S.) (10), et qui comprend cinq catégories principales, le système malien correspond à la première. Il s'agit d'achats centralisés de la part d'un monopole d'état chargé de la distribution aux infrastructures publiques et privées.

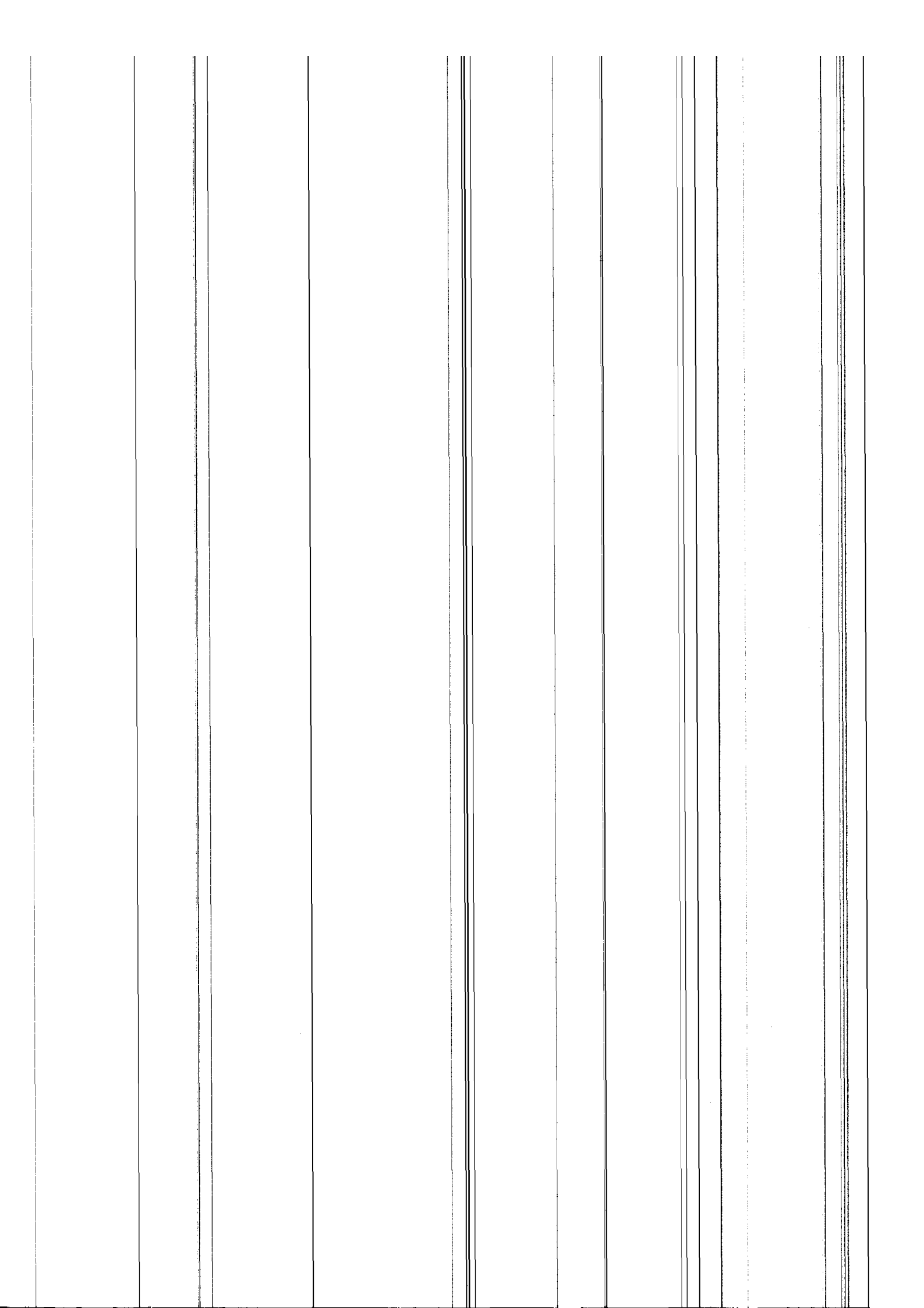
Ce système centralisé devrait permettre une mise en place efficace des M.E. car il dispose de plusieurs atouts :

- la centralisation permet des achats groupés avec avis d'appel d'offre,
- le contrôle par l'Etat permet l'achat préférentiel de médicaments inscrits sur sa liste nationale,
- le regroupement des achats par un monopole permet de développer un laboratoire de contrôle de qualité unique et indépendant,
- l'appartenance des officines de distribution à ce monopole permet de les doter préférentiellement en M.E.

.../...

Tous ces atouts sont utilisables dans le cadre de la politique du M.E. en association avec la production nationale des Médicaments les plus courants par l'U.M.P.P. La mise en route a débuté par les premiers appels d'offre de 1986-1987. Le principal problème étant la restructuration et la gestion de ce monopole d'approvisionnement, souhaitons sa réussite, indispensable pour engager enseignants, prescripteurs et pharmaciens vers le succès de la politique du M.E. au MALI.-

-----O°°O-----



ANNEXE - Liste Nationale des Médicaments Essentiels

ENQUETE SUR L'UTILISATION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS
EN MILIEU HOSPITALOUNIVERSITAIRE

- Spécialité pratiquée :
- Lieu de pratique (HPG.HGT etc....) :
- Spécialité enseignée :
- Lieu d'enseignement (ENMP. ESS etc....) :

1. Vous sentez vous concerné par le problème de l'utilisation des médicaments essentiels ? :

oui

non

Pourquoi ?

.....

.....

2. Pensez vous que ce problème concerne surtout : *

les médecins hospitaliers

les médecins de cercle

les infirmiers

les agents de santé communautaire

Pourquoi ?

.....

.....

3. Avez vous déjà consulté une liste de médicaments essentiels ?

liste OMS

liste nationale

aucune

4. Possédez vous une liste de médicaments essentiels ?

liste OMS

liste nationale

aucune

* Plusieurs réponses possibles

5. Avez vous été consulté pour l'élaboration de la liste nationale de médicaments essentiels ?:

- Oui
- Non

Quelles nouvelles propositions feriez vous aujourd'hui :

6. Pensez vous que l'on puisse se limiter uniquement à ces listes pour l'approvisionnement en médicaments de l'Hôpital où vous exercez ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?
.....
.....

7. Quels produits, absents de la liste de médicaments essentiels (nationale ou OMS) vous paraissent cependant indispensables pour la pratique de votre spécialité ?:

- | | |
|--------|---------|
| 1..... | 6..... |
| 2..... | 7..... |
| 3..... | 8..... |
| 4..... | 9..... |
| 5..... | 10..... |

8. Approximativement vos prescriptions correspondent aux listes de médicaments essentiels:

- dans 100% des cas
- dans 75% des cas
- dans 50% des cas
- dans 25% des cas
- pas du tout

9. Au cours de vos enseignements vous limitez vous, en thérapeutique, aux médicaments essentiels ? :

- Oui
- Non
- Pourquoi?
.....
.....

10. Que signifie pour vous le terme : Dénomination Commune Internationale (DCI) ? :

.....
.....

11. Pensez vous que dans l'état actuel de la couverture en pharmaciens il faille prescrire ? :

- en DCI
- en noms de spécialité

Pourquoi ?
.....
.....

12. Actuellement rédigez vous vos ordonnances de consultation ? :

- en DCI
- en nom de spécialité

Pourquoi ?
.....
.....

13. Actuellement rédigez vous vos prescriptions hospitalières ? :

- en DCI
- en nom de spécialité

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

14. Au cours de vos enseignements utilisez vous ? :

- les DCI, Uniquement.
- les noms de spécialité uniquement
- les 2

Pourquoi ?
.....
.....

15. Pensez vous que l'élaboration et que l'utilisation de schémas thérapeutiques standardisés sont possible à l'hôpital ? :

- Oui
- Non

Pourquoi ?
.....
.....

16. Avez vous déjà consulté le "Manuel de traitement et formulaire thérapeutique à l'usage des prescripteurs au Mali" ?

- Oui
- Non

17. Avez vous été consulté pour l'élaboration de ce manuel ou d'un manuel équivalent ?

- Oui
- Non

18. L'utilisation des DCI vous paraît elle surtout efficace pour : (classer de 1 à 8)

- Simplifier le travail des prescripteurs
- L'acquisition des médicaments au meilleur prix sur le marché international
- Simplifier le travail des pharmaciens et des agents d'office
- Standardiser les prescriptions à l'échelon de l'hôpital
- Adopter les prescriptions aux manuels de traitement
- Former les agents de soins de santé primaire
- Lutter contre le gaspillage
- Aider les étudiants à mémoriser les traitements

19. Les informations concernant les médicaments vous proviennent surtout par :

- Les revues et journaux médicaux
- Les visiteurs médicaux
- Les discussions avec les confrères
- Les congrès et les réunions médicales

20. Désirez vous une information concernant les médicaments essentiels ?

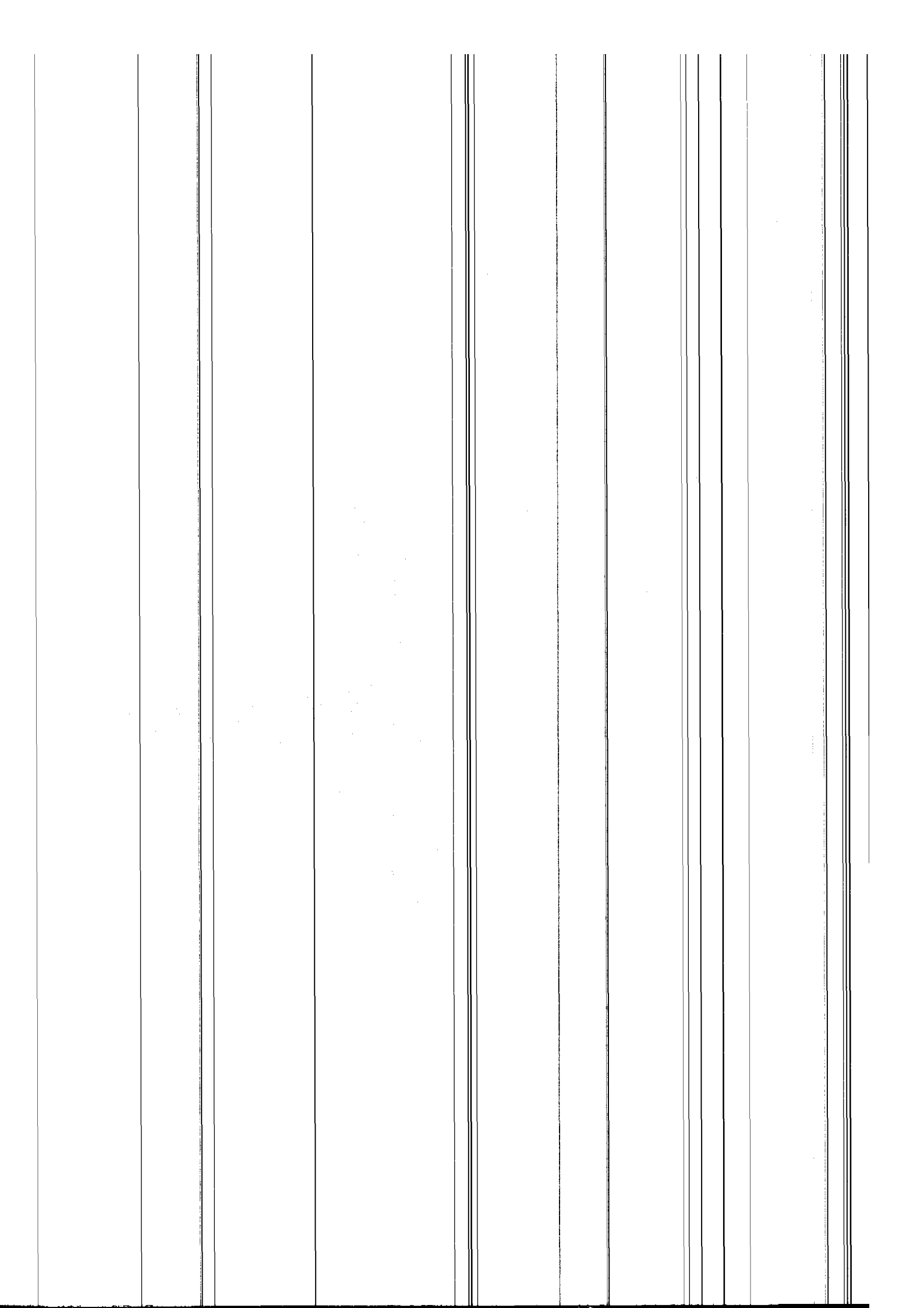
- Plus importante
- Identique
- Moindre

21. Commentaires personnels sur le sujet :

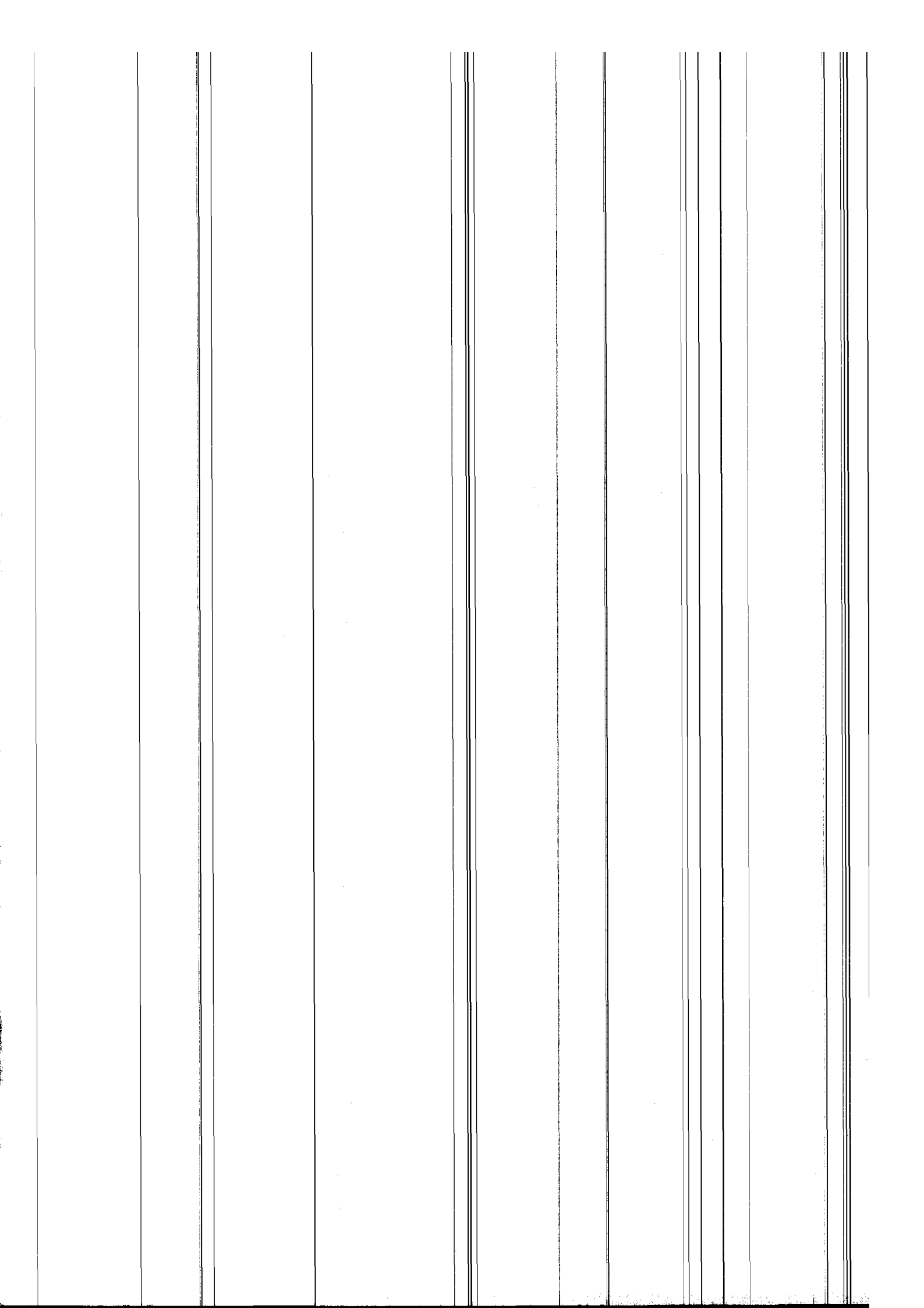
.....

.....

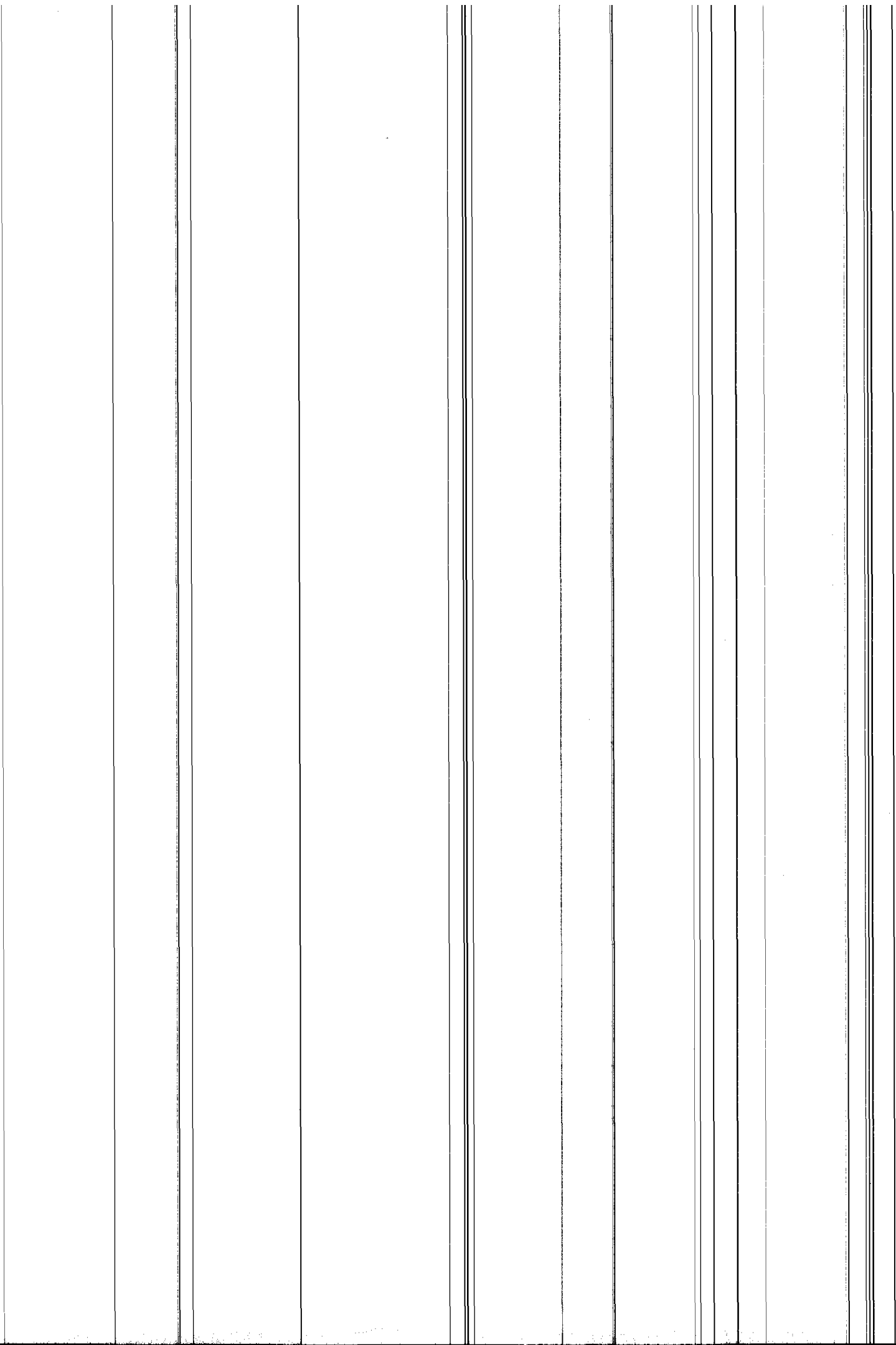
DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE (DCI) NOM GENERIQUE	PRESENTATION	DOSAGE
Acétyl salicylate de lysine :	amp.	500 mg
Achromycine	pom.	5 %
Achromycine	pom.	3 %
Acide acétyl salicylique (aspirine)	comp.	500 mg ou 300mg
Acide acétyl salicylique composé	comp.	405 mg
Acide ascorbique (Vitami ne C)	comp.	500 mg
Acide ascorbique (Vitami ne C)	amp.	500 mg
Acide benzoïque	pom.	
Acide salicylique	pom.	
Alccoll à 95 °		
Allopurinol	comp.	500 mg
Amidopyrine phénacétine	comp.	0,365 g
Aminophylline	amp. 10 ml	250 mg
Amitriptyline	comp.	25 mg
Alpha Méthyl dopa	comp.	250 mg
Amodiaquine	comp.	200 mg
Amphotéricine B	amp.	50 mg
Ampicilline	comp. ou gel.	250 ou 500 mg
Ampicilline	Poudre pour si- rop 100 ou 60ml	125 mg
Anatoxine tétanique	amp. 2 ml	1500 ui
B.C.G.	amp.	100 doses équi- pes mobiles
B.C.G.	amp.	20 doses
Benzathine pénicilline	amp.	2 400 000 ui



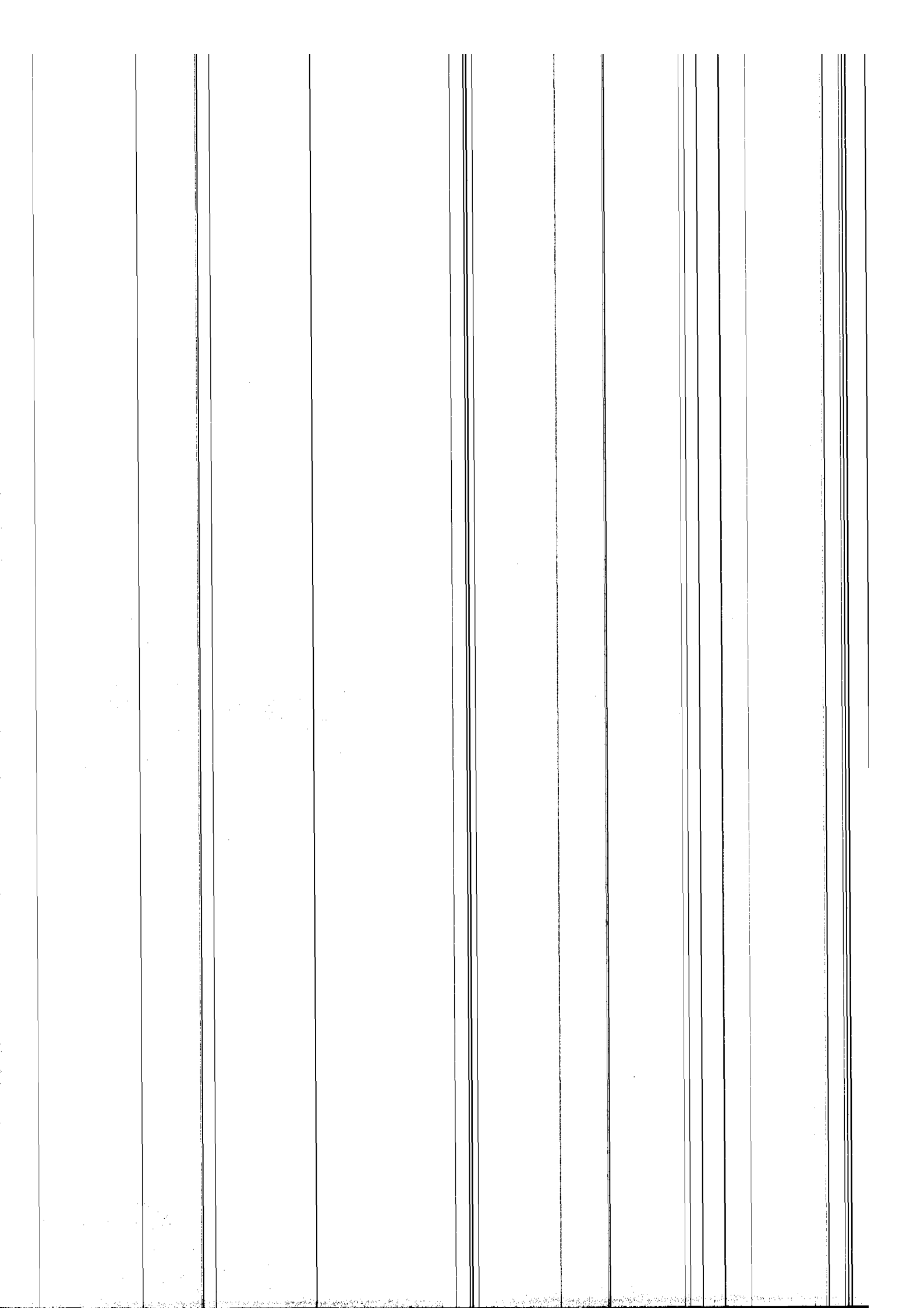
DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE (DCI) NOM GÉNÉRIQUE	PRESENTATION	DOSAGE
Bengal ropine	comp.	2 mg
Benzoate de bensyl	lotion	25 %
Benzodiazepine	comp.	10 mg
Procaine + Benzylpénicil- line avec solvant	amp.	1 000 000 ui
Procaine + Benzylpénicil- line avec solvant	amp.	500 000 ui
Benzylpénicilline de sodium	amp.	1 000 000 ui
Benzylpénicilline de sodium	amp.	500 000 ui
Bicarbonate de sodium	fl. 250 ml	50 g/l
Biltricide	comp.	500 mg
Bisacedyl	comp.	5 mg
Biscoumacétate d'éthyle	comp.	10 mg
Biscoumacétate d'éthyle	comp.	2 mg
Busalfan	comp.	2 mg
Butyl Hycecinébromure	amp. 1 ml	20 mg
Butyl hyeseinébromure	comp.	10 mg
Camphosulfonate de sodium	amp. 2 ml	0,1 g
Camphosulfonatede sodium	amp. 5 ml	0,25 g
Carbimazole	comp.	5 mg
Carbonate de lithium	comp.	
Carotème	capsule	4 000 ui
Cephalosporine	fl.	1 g
Cétrimide	pom.	5 % ou 1 %
Charbon activé	comp.	500 mg
Charbon activé	poudre	



DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE (DCI) NOM GNERIQUE	PRESENTATION	DOSAGE
Chinofon	comp.	0,25 mg
Chlorambucil	comp.	2 mg
Chloramphénicol huileuse	amp. 3 ml	0,5 g
Chlorophénoxamine	amp. 2 ml	50 mg
Chlorophéniramine	comp.	25 mg
Chloroquine phosphate	comp.	100
Chloroquine phosphate	Sirop 100 ml	
Chlorpromazine	amp. 5 ml	25 mg
Chlorpromazine	comp.	100 mg
Chlorure de potassium Chlorure de sodium + glucose	fl. 25 ml fl. 250 ml	9 g/l 50 g/l
Chlorure de sodium Citrates de carbétapenta- ne composé	amp. 20 ml fl. 100 ml	5 %
Clofamizine	comp.	100 mg
Clonidine	amp.	0,15 g
Cloxacilline	comp.	500 mg
Codéine (préparation à base de)	sirop	1 mg/ml
Codéthyline	comp.	5 mg
Colistine	amp.	1 000 000 ui
Cotrimoxazole	comp.	80/400 mg
Cotrimoxazole	comp.	160.800 mg
Cyanocobalamine (vitami- ne B ₁₂)	amp. 1 ml	1 mg
Cynocobalamine (vitami- ne B ₁₂)	amp. 1 ml	0,1 ml

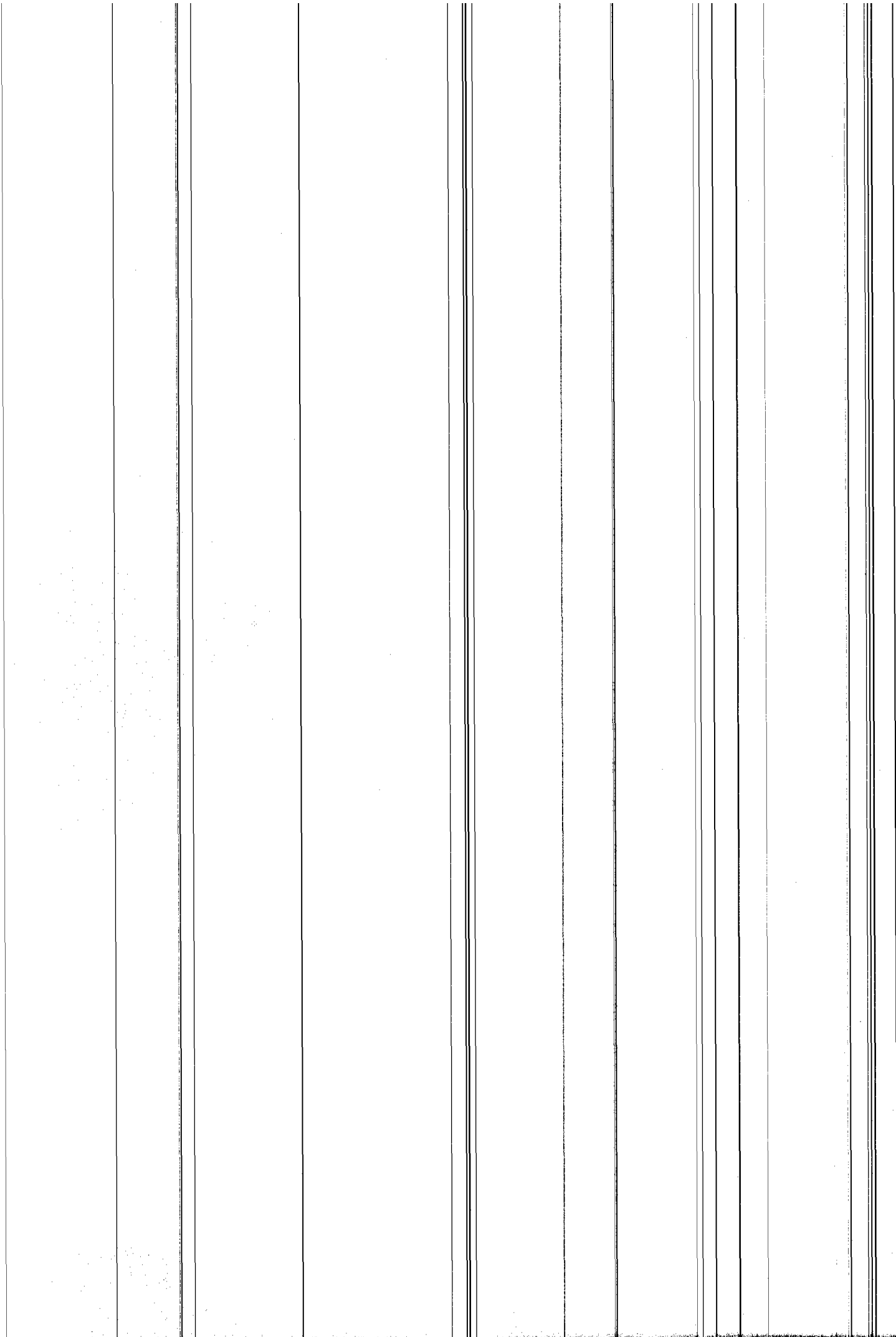


DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE (DCI) NOM GÉNÉRIQUE	PRESENTATION	DOSAGE
Cyclines (voir oxytétracycline)	comp.	250 mg
Dehydroémétine	comp.	0,5 mg
Dexaméthasone	fl. 500 mg	
Bextran 60	fl. 500 ml	
Bextran et sorbitol	fl. 500 ml	
Diazépan	amp.	10 mg
Diazépan	comp.	10 mg
Diéthylcarbamazine citrate	comp.	100 mg
Dihydralazine	comp.	25 mg
Diphénylsufone	comp.	100 mg
Diphénylsulfone	comp.	25 mg
Disulfirame	comp.	
Dopamine	amp. 5 ml	50 mg
Eau pour préparation injectable	amp. 10 ml	10 ml
Eau pour préparation injectable	amp. 20 ml	20 ml
Ergométrine	amp. 1 ml	2 ml
Ergométrine	comp.	0,5 mg
Ergométrine	goutte	
Erythromycine	comp.	500 mg
Ethambutol	comp.	400 mg
Ether anesthésique	fl.	
Ethinyl oestradiol	comp.	0,015/0,03 mg
Fluoresceine		
Flurosémidé	amp. 2 ml	20 mg



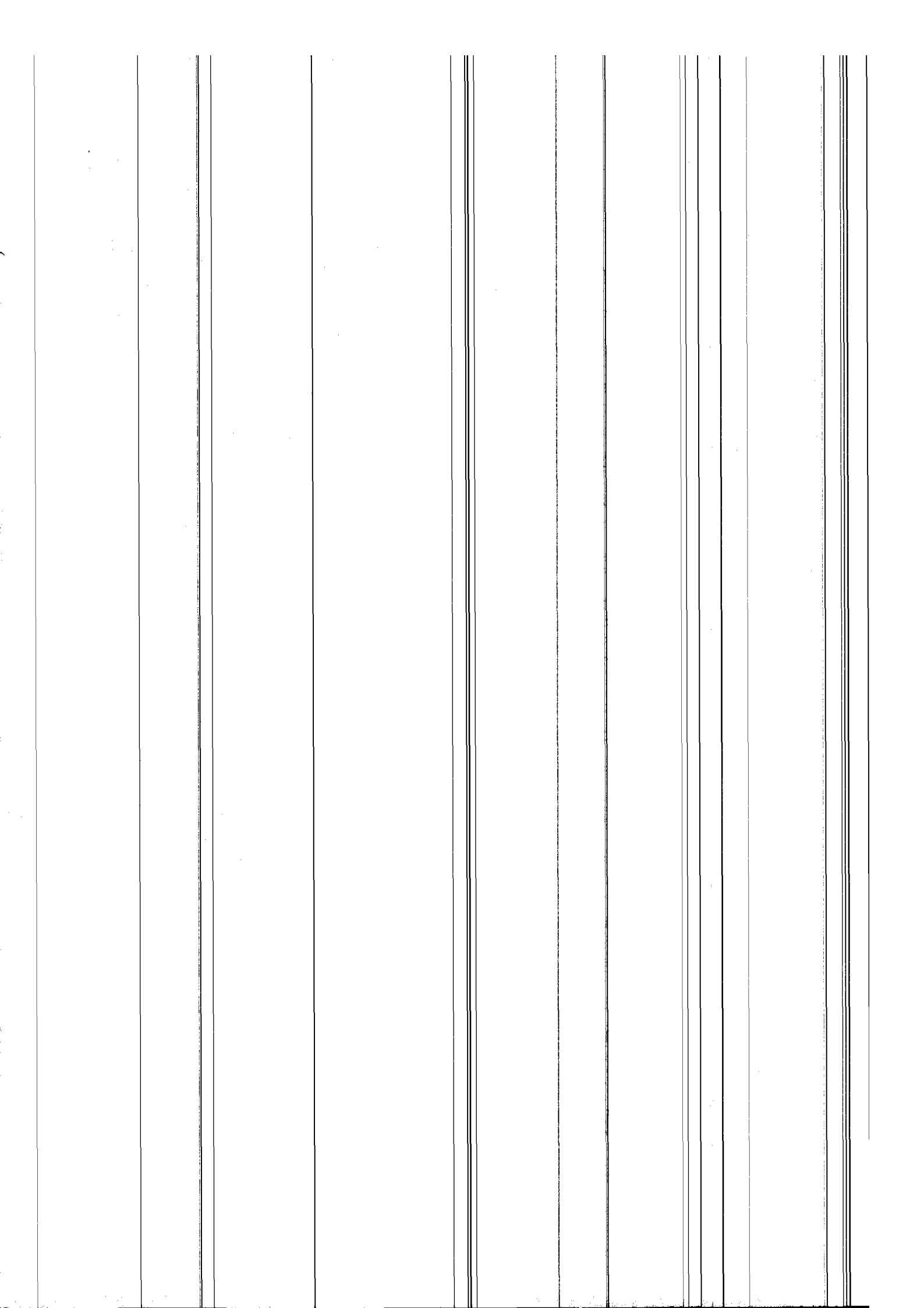
DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE (DCI) NOM GÉNÉRIQUE	PRESENTATION	DOSAGE
Furosémie	comp.	40 mg
Gentamycine	amp.	2 ml
Glucose	fl. 500 ml	5 %
Glucose	fl. 250 ml	50 %
Glucose	amp. 20 ml	
Griséofulvine	comp.	500 mg
Nalopéridol	comp.	1 mg
Néparine calcique	amp. 2 ml	10 000 ui
Nématropine	goutte 10 ml	2 %
Nydreclorothiazine	comp.	25 mg
Hydrocortizone	pom.	1 %
Hydrocortisone	goutte	1 %
Hydroxyde d'aluminium et ou de magnésium	comp.	400 mg
Hydroxyprogésterone oestradiol	amp.	250 mg + 5 mg
Imipramine	comp.	20 mg
Immunoglobuline anti D	amp. 2 ml	85-100 mg
Insuline protéamine semi lente	amp. 10 ml	40 ui/ml
Insuline protéamine	amp. 5 ml	200 ui
Zinc lente	amp. 5 ml	200 ui
Isoniazine rapide	amp. 10 ml	40 ui/ml
Isoniazide	comp.	50 mg
Isoniazide	comp.	150 mg
Isoniazide+Thiacétazone	comp.	100/50 mg
Isoniazide+Thiacétazone	comp.	300/150 mg

DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE (DCI) NOM GNERIQUE	PRESENTATION	DOSAGE
Isoprénaline	amp. 1 ml	0,2 mg
Kétarine	amp.	
Lanatoside C	amp. 2 ml	0,4 mg
Lanatoside C	comp.	1 mg
Levodopa	comp.	500 mg
Lidocaïne	amp. 20 ml ou 50 ml	1 %
Lidocaïne	amp. 20 ml ou 50 ml	2 %
Lincomycine	amp.	2 g
Malathion	Lotion	0,5 %
Mannitel	bouteille	500 ml
Mébendazole	comp.	500 mg
Mélarsochol		
Méthyprednisolone	amp. 5 ml	100 mg
Magnésium Sulfate	amp. 5 ml	15 %
Métopimazine	amp. 1 ml	10 mg
Métopimazine	comp.	250 mg
Métrenidazole	comp.	250 mg
Miconazole	pom.	1 ou 2 %
Néestigmine	amp. 1 ml	0,5 mg
Niclosamide	comp.	500 mg
Nicotinamide	comp.	500 mg
Niridazole	comp.	500 mg
Nitrate d'argent	goutte 0,5 ml	2,5 %
Nitrofurantoin	comp.	50 mg

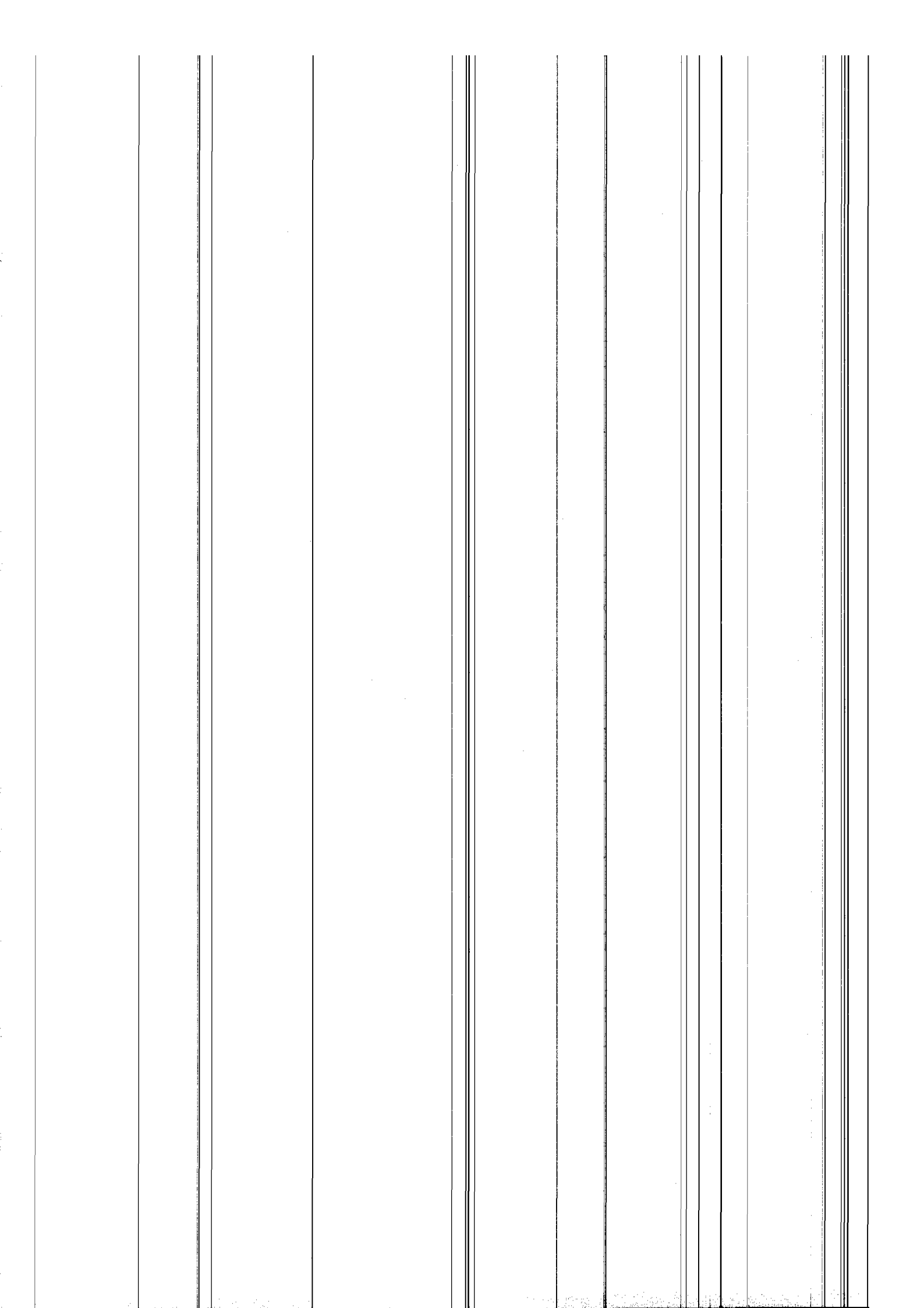


DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE (DCI) NOM GÉNERIQUE	PRESENTATION	DOSAGE
Pommade Auréomycine	pom. tube 10 g	3 %
Pommade terramycine	pom. tube	1 %
Pralidoxine	amp. + Solvant	200 mg
Prednisone	comp.	5 mg
Precaïnamide	amp. 10 ml	1 mg
Procaïnamide	comp.	250 mg
Piperazine	Sirop fl. 100ml	
Prométhazine	amp. 2 ml	50 mg
Prométhazine chlorhydrate	comp.	25 mg
Prométhazine chlorhydrate	sirop fl. 100 ml	
Propamolol	comp.	40 mg
Propyl thiouracile	comp.	5 mg
Protoxyde d'azote	bouteille	
Proxymétacaine	goutte 10 ml	0,5 %
Quinimax	amp. 2 ml	0,20 g
Quinimax	amp. 4 ml	0,40 g
Rehydratation orale	Poudre en sach.	
Rifampicine	comp.	300 mg
Salbutamol	comp.	2 mg
Savon simple	barre	
Sels ferreux avec ou sans acide folique	comp.	300 mg
Serum antirabique	amp. 5 ml	1 500 ui
Serum antivermifuge polyvalent	amp. 5 ml	
Spirocholactone	comp.	100 mg

.../...



DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE (DCI) NOM GENERIQUE	PRESENTATION	DOSAGE
Moréthistérone	comp.	5 mg
Noréthistérone + Ethinyl cestradiol	dragées	500.000 ui
Nystatine	ovules	100.000 ui
Oxytétracycline	dragées	250 mg
Oxyde de zinc	pom.	
Oxygène	bouteille	
Oxytocine	amp. 2 ml	0,5 mg + 5 ui
Pénicilline G.	fl.	10.000.000 ui
Paraffine blanche - molle	pom.	
Paraffine ou vaseline pour tulle	boîte	40 X 40 cm
Gras local non stérile		
Pentazocine	amp. 1 ml	
Permanganate de Potassium	poudre	1/8 000
Péthicine	amp. 2 ml	100 mg
Phénobarbital	comp.	100 mg
Phénobarbital	comp.	50 mg
Phénobarbital	comp.	10 mg
Phénoxyéthylpénicilline	comp.	250 mg
Phénylbutazone	comp.	100 mg
Phénytoïne	amp.	100 mg
Phytoménadione	amp.	50 mg
Pilocarpine	goutte	1 %
Pitotiazine	comp.	10 mg
Pommade Auréomycine	pom. tube 5 g	1 %

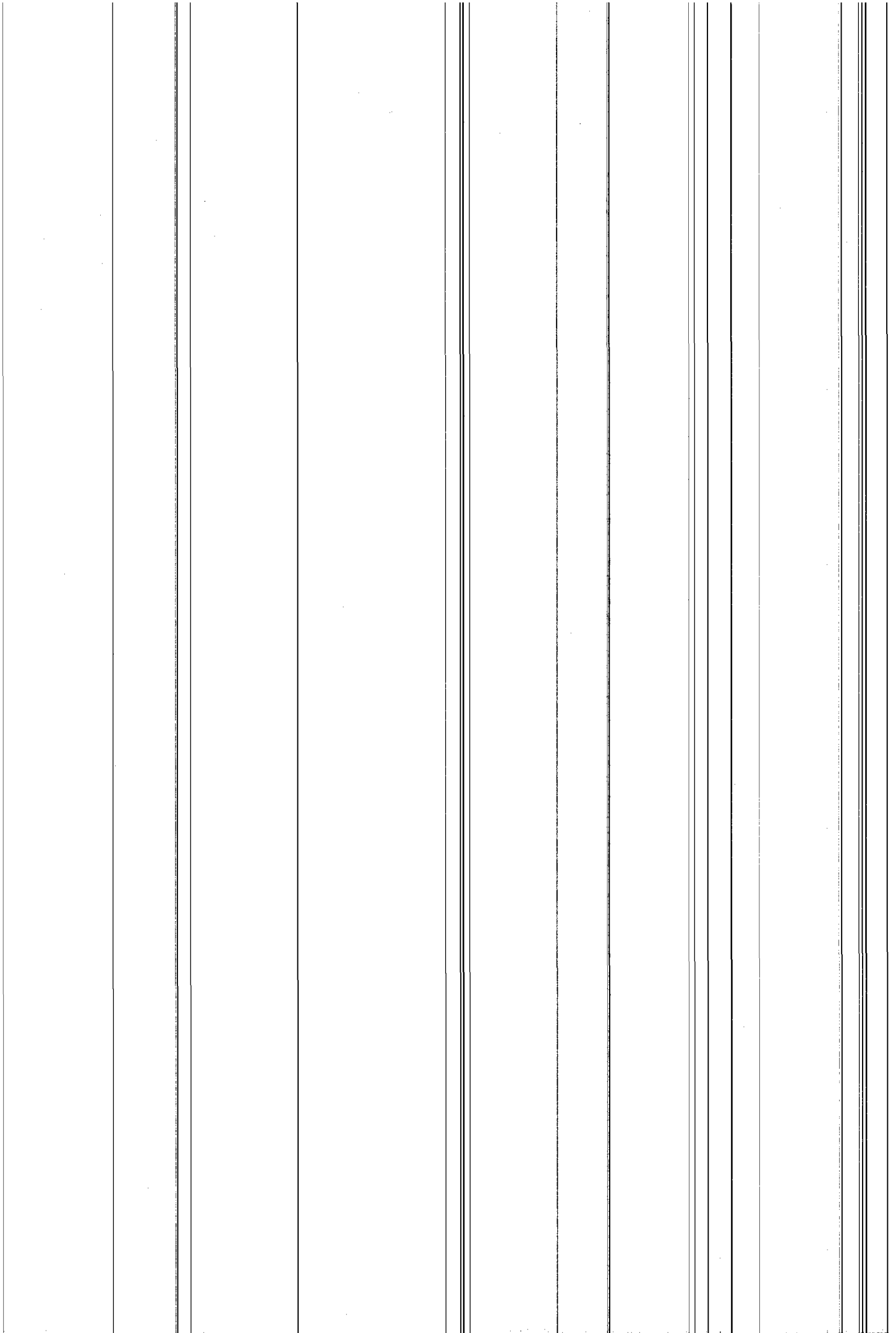


DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE (DCI) NOM GNERIQUE	PRESENTATION	DOSAGE
Stinogluconate de sodium	amp.	
Streptomycine sulfate	amp.	1 g
Streptomycine sulfate	amp.	0,5 g
Sulfaguanidine	comp.	500 mg
Sulfate d'atropine	amp.	0,25 mg
Sulfate d'atropine	comp.	0,5 mg
Sulfate de magnésie	sachet	20 g
Sulfate de sodium	sachet	20 g
Sulfafétroxypridazine	comp.	500 mg
Suramine	amp. 5 Ml	1 g
Suxaméthonium	fl. 10 ml	0,1 g/ml
Teinture d'iode	fl.	
Trétracoq	amp. 0,5 ml	1 dose
Thiabendazole	comp.	500 mg
Thyroxine de sodium	comp.	0,5 mg
Thiamine	comp.	0,25 g
Thiamine	amp. 2 ml	0,05 g
Thiamine	amp. 5 ml	0,25 g
Tolnaftate	pom.	1 %
Toxoïde Tétanos	amp. 10 ml	20 doses
Triamcinolone	amp. 1 ml	10 mg
Trihexyphénidyle	comp.	2 mg
Trinitrine	comp.	0,5 mg
Tuberculine (Marchous ou PPD)	amp. 10 ml	10 ui

.../...

DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE (DCI) NOM GENERIQUE	PRESENTATION	DOSAGE
Tuboburarine	fl. 10 ml	
Vaccin antiméningococ- cique 1 + C	amp.	1 dose
Vaccin antirabique	fiole 10 ml	20 doses
Vaccin fièvre jaune 17 D souche Edmonten		
Vaccin Polio Sakin	fiole 10 ml	100 doses
Vaccin Rougeole +Diluant	fiole 5 ml	50 doses
Vaccin Rougeole+ Diluant	fiole 5 ml	10 doses
Vaccin Typhoïde	amp. 0,5 ml	1 dose Forces armées
Vitamine B 6	amp. 2 ml	0,05 g/°
Vitamine B6	amp. 5 ml	0,25 g/°
MEDICAMENTS TRADITIONNELS		
Balembo	Sirop 125 ml	250 ml
Diabétisane n° 1	Sachet 60 g	100 g
Diurotisane	Sachet 20 g	
Dysenterial n° 1	Sachet 10 g	
Gastérosédal n° 5	Sachet 5 g	
Hépagardenia	Sachet 5 g	
Hépagardenia	Sachet 5 g	
Hépatisme n° 1	Sachet 20 g	
Hépatisane n° 3	Sachet 20 g	
Malarial n° 5	Sachet 10 g	30 g
Pain de singe	Granulé	
Potion Diaguier	fl. 125 ml	

DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE (DCI) NOM GNERIQUE	PRESENTATION	DOSAGE
Sumufari	lotion, pâte	
Tisane Laxa cassia	Sachet 5 g	
Gaz Hydrophyle non stérile Usage pour bandes et tampon	Ballot	5 ou 10 X 1 cm 40ou40X40 cm
Gaz hydrophile stéril Coton hydrophile non stérile	Rouleau ou Tampon ou Sac, Ballot	ou 40 X 40cm
Coton hydrophile stérile Rouleau, toile trisimulaire	Rouleau Ballot	
Plâtre local (bandes non stérile plâtre) Ruban adhésif, oxyde de Zinc	Sac Rouleau	2 X 5 cm
Sparadrap	Barre	2,5 cm
Bandage élastique	Fouleau	10 X 15 cm
Sparadrap	Barre	5 cm
Atelle et tourniquet doigt, bras, jambe, rouleau		
Bande pour ligature cordon ambifical	Bande/Barre	15 cm de long
Seringue Stérilisable		2 ml
"		5 ml
"		10 ml
Aiguille stérilisable		30/7
Aiguille stérilisable		40/S



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 - ANONYME :

Les approvisionnements de la pharmacie populaire du MALI :
la part de la FRANCE. (13) - 25.

Afrique Médecine et Santé 1987

2 - BAGAYOKO - D

Etude critique de l'Activité d'un service de médecine
interne

Thèse de Doctorat en médecine

Bamako 1983.

3 - DIRECTION DE L'HOPITAL DU POINT G.

Rapport de gestion 1986

Bamako - Février 1987.

4 - HELLING - BORDA - M.

Le concept de médicaments essentiels et sa mise en oeuvre

O.M.S. - document D.A.P./85-1.

5 - MINISTERE DE SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES

Les Médicaments essentiels, la prescription en D.C.I.
et le rôle d'un manuel thérapeutique.

Atelier national sur la Réforme pharmaceutique -

BAMAKO - 12-17 janvier 1987.

.../...

- 6 - MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES DU MALI
Manuel de traitement et formulaire thérapeutique à l'usage des prescripteurs au MALI :
TOME I et II - BAMAKO : 1983.

- 7 - MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES
Place de l'usine malienne de produits pharmaceutiques (U.M.P.P.) dans la politique pharmaceutique.

Atelier national sur la reforme pharmaceutique - BAMAKO
12-17 janvier 1987.

- 8 - MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES
Prescription en dénomination commune internationale et rôle d'un manuel

Atelier national sur la reforme pharmaceutique - BAMAKO
12-17 janvier 1987.

- 9 - O.M.S.
L'utilisation des médicaments essentiels.
Deuxième rapport du Comité d'experts O.M.S.
Série de rapports techniques 722

Génève 1985

- 10 - YEAP BOUN CHYE - M
Directives Générales pour un manuel sur les modalités d'achat et de distribution des médicaments convenant aux pays en développement.

Document O.M.S. - D.A.P./83.3-Annexe 3 Pages 19-39.