

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE PHARMACIE

2003

**MEMOIRE
DU DIPLÔME D'ETUDES SPECIALISEES DE
PHARMACIE SPECIALISEE**

Soutenu devant le Jury Interrégional
Le 30 Juin 2003

Par **Florence OLLIVIER**

Conformément aux dispositions de l'Arrêté
du 6 Mai 1987 tient lieu de :

**THESE
pour le DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE**

**ENQUETE SUR L'USAGE RATIONNEL DES
MEDICAMENTS A L'HOPITAL NATIONAL DONKA,
CONAKRY : GUINEE**

JURY

PRESIDENT : Mr le Professeur Christian MERLE
MEMBRES : Mme le Professeur Françoise BALLEREAU
Mr le Professeur Michel MARJOLET
Mr Christophe MISSE
Mme Aline LEPELLETIER
Mr Jean-Jacques BLEAS

A Monsieur le Professeur Christian Merle

Professeur de Pharmacie Galénique à la Faculté de Pharmacie de Nantes,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse, je vous en remercie sincèrement.

A Madame le Professeur Françoise Ballereau

Professeur de Pharmacie Clinique et Santé Publique à la Faculté de Pharmacie de Nantes,

En témoignage de mes sincères remerciements pour votre chaleureux soutien et vos précieux conseils ayant guidé mon cursus tout au long de ces années. L'orientation choisie a permis de satisfaire pleinement mes attentes en matière pharmaceutique, je vous exprime mon entière reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Michel Marjolet

Professeur de Parasitologie et Pathologies Exotiques à la Faculté de Médecine de Nantes,

Vous m'avez permis de réaliser ce travail au sein de votre service, je vous en remercie.

Que cette thèse soit le témoignage de mon profond respect et de toute ma gratitude pour votre accueil et vos encouragements.

A Monsieur Christophe Misse

Directeur Adjoint du CHU de Nantes,

Je te remercie sincèrement pour ton soutien ayant permis la réalisation de ce travail de terrain,
ô combien enrichissant !

A Monsieur Jean-Jacques Bléas

Maître de Conférence à la Faculté de Pharmacie de Caen,

Je te remercie pour ta disponibilité, ton expérience et toute cette convivialité partagée autour
de l'humanitaire.

A Madame Aline Lepelletier

Praticien Hospitalier Pharmacien à l'hôpital Bellier,

Je te remercie d'avoir accepté de lire et de juger cette thèse. Je tiens à saluer ta gentillesse et
ton soutien.

A Madame la Directrice de la Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires de Guinée, Docteur Harirata Bah et l'ensemble du personnel,

Merci pour votre accueil, votre attention et votre collaboration.

A Monsieur le Directeur Général du Centre Hospitalo-Universitaire de Donka, Professeur M.D. Baldé,

Au Docteur Mamadou Camara, Pharmacien Chef du CHU Donka et l'ensemble des Pharmaciens et Préparateurs de l'hôpital,

Merci pour votre accueil et votre soutien, ayant permis de réaliser ce travail dans les meilleures conditions.

A Jean Claude Rose, Conseiller Technique, Ministère de la Santé Publique de Guinée

Toute ma reconnaissance pour ta gentillesse, ton soutien technique et moral, sans qui cette enquête de terrain n'aurait sans doute pas aboutie.

A Christophe,

Merci pour ta patience et ton inépuisable soutien qui m'accompagnent et m'encouragent dans tous mes périples. Que ce bonheur dure toujours !

A ma famille,

Sans qui je ne serai pas là aujourd'hui. Je vous remercie d'avoir été aussi présents et de m'avoir permis d'effectuer de si longues études.

A mes amis de longue date,

Vous avez toujours été présents dans la joie et l'adversité.

Merci pour ces moments partagés pendant toutes ces années universitaires. Que l'aventure continue pour chacun d'entre nous !

SOMMAIRE

	Page
ABREVIATIONS	12
<hr/>	
LISTE DES TABLEAUX	14
<hr/>	
LISTE DES GRAPHIQUES	15
<hr/>	
INTRODUCTION	16
<hr/>	
PREMIERE PARTIE :	
Politique nationale de santé en Guinée	18
<hr/>	
I- Données générales sur la Guinée	19
Principaux indicateurs	19
Cadre géographique et démographique	20
Chronologie historique	21
Données socio-économiques	22
II-La situation sanitaire en Guinée	23
Politique sanitaire	23
Profil épidémiologique	25
Organisation du système de soins	26
- <i>Administration sanitaire</i>	26
- <i>Organisation des structures de soins</i>	27
Personnel de santé	30
Financement de la santé	31
III- Situation Pharmaceutique	33
Contexte et évolution	33
Le marché pharmaceutique	34
Contexte législatif, réglementaire et administratif	35
Politique Pharmaceutique Nationale (PPN)	36

Structure d'importation et de distribution	38
- <i>Secteur privé</i>	38
- <i>Secteur public</i>	40
- <i>Secteur informel</i>	42

DEUXIEME PARTIE :

L'usage rationnel des médicaments ; situation et importance du problème	43
--	-----------

I- Définition	44
----------------------	-----------

II- Problème et conséquences de l'usage irrationnel des médicaments	45
--	-----------

L'usage irrationnel	45
---------------------	----

Les conséquences	46
------------------	----

III- Les obstacles à l'usage rationnel des médicaments	49
---	-----------

Le patient/consommateur	49
-------------------------	----

Le prescripteur	50
-----------------	----

Le dispensateur	52
-----------------	----

Les autorités chargées de la réglementation	53
---	----

Industrie et laboratoires pharmaceutiques	53
---	----

Les programmes d'enseignement	54
-------------------------------	----

La situation économique locale	54
--------------------------------	----

IV- Politique de développement	55
---------------------------------------	-----------

TROISIEME PARTIE :

Enquête sur l'usage rationnel du médicament au CHU Donka, Guinée	58
---	-----------

I- Contexte et justification de l'étude	59
--	-----------

L'hôpital National Donka	59
--------------------------	----

- <i>Historique</i>	59
---------------------	----

- <i>Statut juridique</i>	59
---------------------------	----

- <i>Organisation</i>	60
- <i>La Pharmacie Hospitalière</i>	63
Contexte et Objectifs de l'enquête	64
II- Méthodologie	66
Population d'étude	67
Collecte des données	69
Analyse statistique	73
III- Résultats	76
Indicateurs de prescription	76
Indicateurs de service de santé	80
Indicateurs de soins aux malades	82
IV- Discussion	88
Validité et limites de l'enquête	88
Mise en perspective des résultats	92
Bilan des résultats	100
- <i>Application des textes législatifs et réglementaires</i>	100
- <i>Accessibilité aux soins pour le malade</i>	102
- <i>Ressources humaines et qualification du personnel</i>	103
V- Conclusion	104
 QUATRIEME PARTIE :	
Perspectives et coopération bilatérale CHU de Nantes et CHU guinéen	107
<hr/>	
I- Mesures à prendre	108
II- Perspectives de promotion de l'usage rationnel des médicaments	109
La création d'un Comité pharmaceutique et thérapeutique au sein de l'hôpital	110
L'élaboration d'une liste de médicaments essentiels basée sur des référentiels choisis	111
La mise en place de directives thérapeutiques	111

La formation du personnel hospitalier	113
Programmes universitaires	115
Informations indépendantes sur le médicament et promotion des médicaments	119
Education du public	121
III- Mesures complémentaires	123
Assurer les pratiques dans le CHU	123
Stratégie de diffusion	123
Encadrement et rétroinformation	124
IV- Pérennisation de l'usage rationnel des médicaments en Guinée	125
Contexte politique et mesures réglementaires en soutien à l'usage rationnel	125
Coopération entre le CHU de Nantes et les CHU guinéen	127
CONCLUSION	128
<hr/>	
BIBLIOGRAPHIE	131
<hr/>	
ANNEXES	142
<hr/>	
Annexe 1	Extrait de Loi N° L094/012/CTRN portant législation pharmaceutique 143
Annexe 2	Extrait du Décret N° D094/043/PRG/SGG portant dispositions réglementaires des activités pharmaceutiques 146
Annexe 3	Enquête sur l'usage rationnel des médicaments à l'Hôpital National Donka, Conakry, Guinée : Fiche de recueil de données des consultations externes par l'enquêteur 149
Annexe 4	Enquête sur l'usage rationnel des médicaments à l'Hôpital National Donka, Conakry Guinée : Fiche de recueil de données au guichet de la pharmacie 150
Annexe 5	Enquête sur l'usage rationnel des médicaments à l'Hôpital National Donka, Conakry, Guinée : Fiche de recueil de données sur le temps de délivrance d'une ordonnance 151

Annexe 6	Enquête sur l'usage rationnel des médicaments à l'Hôpital National Donka, Conakry, Guinée : Recueil de données à partir des ordonnances délivrées à la pharmacie	152
Annexe 7	Liste des produits pharmaceutiques et prix disponibles à la pharmacie de l'hôpital	154
Annexe 8	Classification des antimicrobiens pour l'établissement d'indicateurs de prescription (issue du DAP)	158
Annexe 9	Liste des antibiotiques disponibles à la pharmacie de l'hôpital Donka	159
Annexe 10	Liste des médicaments génériques vendus à la pharamcie de l'hôpital Donka	161
Annexe 11	Tableaux récapitulatifs des indicateurs utilisés et méthodes de calcul	164
Annexe 12	Tableaux récapitulatifs des résultats obtenus pour les indicateurs utilisés	166
Annexe 13	Outil pédagogique pour l'éducation du public à l'usage des médicaments : La chanson des Médicaments Essentiels (Nicaragua)	168

ABBREVIATIONS

AOF	Afrique Occidentale Française
ATB	Antibiotiques
BAD	Banque Africaine au Développement
CME	Cellule Médicament Essentiel
CIM	Centre d'Information sur le Médicament
CNM	Commission Nationale du Médicament
DAP	Drug Action Program
DCI	Dénomination Commune Internationale
DNEHS	Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins
DNPL	Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
EPIC	Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial
FMI	Fond Monétaire International
IGS	Inspection Générale de la Santé
INJ	Injectables
INRUD	International Network of Rational Use of Drug
IRS	Inspection Régionale de la Santé
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ME	Médicaments Essentiels
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
NFG	Nouveau(x) Franc(s) Guinéen(s)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAS	Plan d'Ajustement Structurel
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PDG	Parti Démocrate Guinéen
PDPN	Plan Directeur Pharmaceutique National
PEV	Plan Elargi de Vaccination
PGHT	Prix Grossiste Hors Taxe
PIB	Produit Intérieur Brut
PIRN	Programme Intermédiaire de Redressement National
PMA	Paquet Minimum d'Activités

PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PREF	Programme de Réforme Economique et Financière
PVD	Pays en Voie de Développement
SNIP	Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique
SOGIP	Société Guinéenne d'Industrie Pharmaceutique
SSEI	Service Statistique Etudes et Informatique
SSP	Soins de Santé Primaires

LISTE DES TABLEAUX

		page
Tableau I	Données générales sur la Guinée : principaux indicateurs	19
Tableau II	Principaux indicateurs de santé en Guinée	25
Tableau III	Répartition des agents du secteur de la santé par catégorie socioprofessionnelle, Guinée 1995	30
Tableau IV	Répartition par région naturelle de la population et des principales catégories socioprofessionnelles, Guinée 1995	31
Tableau V	Budget de la santé, Guinée 1998	32
Tableau VI	Répartition du budget santé entre les différents sous-secteurs de la Santé	32
Tableau VII	Exportations pharmaceutiques françaises en Guinée	34
Tableau VIII	Marges applicables pour la fixation des prix des médicaments	37
Tableau IX	Mortalité chez les enfants de moins de 5 ans dans les Pays en voie de développement en 1993	46
Tableau X	Douze interventions principales pour la promotion d'un usage plus rationnel des médicaments	56
Tableau XI	Indices d'utilisation des lits et de productivité médicale dans les deux hôpitaux nationaux : Donka et Ignace Deen	61
Tableau XII	Résultats des principaux indicateurs	88
Tableau XIII	Consultations externes, mise en perspective des résultats avec une étude réalisée au Tchad en milieu hospitalier et une enquête de soins de santé primaire dans 6 pays d'Afrique	97
Tableau XIV	Malades hospitalisés, mise en perspective des résultats avec une étude réalisée au Tchad en milieu hospitalier.	100

LISTE DES GRAPHIQUES

	page
Encadré I Médecins autorisés à délivrer des médicaments : usage des médicaments et économie de la santé	51
Encadré II Revue de 30 études dans les pays en développement : Ampleur de l'amélioration de l'usage des médicaments par types d'intervention	56
Encadré III Evolution des taux d'hospitalisation à l'Hôpital National Donka	62
Encadré IV Evolution des taux d'occupation des lits à l'Hôpital National Donka	62
Encadré V Répartition des supports de prescription	78
Encadré VI Indicateurs de la qualité de rédaction de l'ordonnance	78
Encadré VII Indicateurs de la qualité du contenu de l'ordonnance	81
Encadré VIII Indicateurs de service de santé	82
Encadré IX Indicateurs de soins aux malades : Répartition des causes de délivrances partielles des ordonnances	85
Encadré X Indicateurs de soins aux malades : Antibiothérapie et médicaments Injectables	85
Encadré XI Indicateurs de soins aux malades : Les chiffres de la substitution	87

INTRODUCTION

Depuis l'adoption par l'OMS, il y a 25 ans des concepts de « médicaments essentiels » et de « politique pharmaceutique nationale », près de 160 pays ont adopté une liste nationale des médicaments essentiels et plus de 100 pays ont une politique pharmaceutique nationale en place ou en cours de développement.

Le nombre de personnes ayant accès aux médicaments essentiels a doublé en seulement 20 ans, mais cet accès est toujours interdit à un tiers de la population mondiale et ce chiffre dépasse 50% dans les régions les plus pauvres de l'Afrique et de l'Asie (1).

Pour protéger la santé publique, toute la chaîne du médicament est encadrée par des mesures législatives et réglementaires dans tous les états du monde (2).

Les médicaments essentiels sauvent des vies et améliorent la santé, mais seulement dans la mesure où ils sont disponibles, abordables, sûrs et correctement utilisés.

Aujourd'hui l'usage rationnel des produits pharmaceutiques reste au centre de multiples préoccupations et dans tous les pays, sous un angle à la fois sanitaire et économique. Selon l'OMS, à l'échelle mondiale, cinquante pour cent de tous les médicaments sont prescrits, distribués ou vendus de manière inappropriée (3).

En effet, l'usage rationnel des médicaments suppose que les patients reçoivent des produits adaptés à leur état clinique, à des doses répondant à leurs besoins individuels, pendant une période de temps suffisante et au coût le plus faible pour eux-mêmes et pour la collectivité. Cela signifie qu'il faut évaluer la situation, bien gérer l'approvisionnement en médicaments en tenant compte des besoins des patients et peser les avantages de chaque traitement en regard des risques et du coût. Ces questions sont d'autant plus difficiles à résoudre que les responsabilités sont partagées entre les décideurs, les professionnels de la santé et les patients.

Depuis 1984, en Guinée, de nombreuses mesures de développement du secteur pharmaceutique ont été recommandées au cours de conférences nationales, séminaires et autres réunions techniques. Sont de celles-ci, l'adoption en 1994 d'une Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) axée sur la disponibilité des médicaments essentiels, l'accessibilité, la garantie de la qualité et l'usage rationnel des médicaments. Bien que de nombreux médicaments efficaces soient disponibles sur le marché pharmaceutique guinéen, la mauvaise qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments en Guinée est

souvent mis en exergue pour justifier le recours de la population au marché illicite (4). L'absence de rigueur dans l'application des textes réglementaires favorise une gestion anarchique du médicament à tous les niveaux, notamment dans les pratiques de dispensation. Dans ces conditions, la sécurité, l'efficacité, la qualité et l'utilisation appropriée des médicaments ne peuvent être garantie, et cette situation compromet manifestement les efforts déployés pour réduire la morbidité et la mortalité au niveau national.

Face à cette situation, des études ont été menées en Guinée afin d'évaluer l'usage du médicament dans les centres de santé du pays ainsi que dans les officines privées, mais qu'en est-il du secteur hospitalier ? L'hôpital représente le dernier recours possible pour les populations et l'accès aux produits pharmaceutiques est un enjeu majeur du fonctionnement de l'hôpital et de la qualité des soins qui y sont pratiqués (5).

En partenariat avec la Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires de Guinée ainsi que la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins, notre intérêt s'est porté vers le domaine hospitalier public en Guinée dans lequel l'accès au médicament est grandement favorisé par la présence des médicaments essentiels génériques.

Il nous a semblé opportun d'évaluer la rationalité des attitudes des prescripteurs et des dispensateurs au sein du Centre Hospitalier Universitaire Donka qui représente le dernier échelon de la pyramide sanitaire en Guinée.

Notre étude, basée sur une analyse et une enquête de terrain respecte les préconisations du Guide OMS « Comment étudier l'usage des médicaments dans les services de santé » WHO/DAP/93.1. Cette méthodologie a donc permis d'évaluer la prescription et la dispensation (c'est-à-dire la délivrance au malade) des médicaments, puis de proposer des mesures de réajustement afin d'améliorer les prestations de l'Hôpital National Donka.

Dans un premier temps, nous présenterons la Guinée et sa politique sanitaire actuelle. La situation sanitaire et le système pharmaceutique guinéen y seront respectivement décrits dans leur politique et organisation.

La deuxième partie mettra l'accent sur l'usage rationnel des médicaments afin d'en comprendre les enjeux et l'importance qu'il représente dans un système de soins de qualité.

Nous présenterons ensuite notre étude réalisée par le biais d'une enquête au sein de l'hôpital Donka, puis au vu, de l'analyse des résultats obtenus, nous proposerons différents axes d'interventions indispensables à l'amélioration de l'usage rationnel des médicaments par les personnels hospitaliers ainsi que les professionnels de santé guinéens.

PREMIERE PARTIE :

Politique nationale de santé en Guinée

I – DONNEES GENERALES SUR LA GUINEE

Principaux indicateurs

Tableau I : Données générales sur la Guinée : principaux indicateurs

Données géographiques (6)	
- superficie	246 000 km ²
- capitale	Conakry
- régions administratives	Boké, Kindia, Mamou, Labé, Faranah, Kankan, N'Zérékoré
Données démographiques (7)	
- population	7 165 000 (recensement 1996) 51,2% de femmes 48,8% d'hommes
- densité	28,2 hab/km ² (atlaséco 1999)
- taux brut de mortalité	19 ‰
- taux brut de natalité	44 ‰
- indice synthétique de fécondité	5,5 (1999)
- croissance annuelle	2,8%
- espérance de vie	47 ans (8)
- indice de développement humain	0,237
Données économiques	
- PNB global (milliards dollars)	3,5 (1995) 3,22 (1998) (atlaséco 99)
- PNB par habitant (US dollar/hab)	550 (1995) 460 (1998) (atlaséco 99)
- dette extérieure brute (milliards dollars)	318 (1995) 2,7 (1998)
- taux d'inflation	5,6% (1995) 4% (1998)
- aide publique au développement nette (1)	237.6 millions US dollar en 1999 32.8 US dollar par habitant
- aide officielle au développement, nette de tous les bailleurs de fonds (9)	295 millions US dollar en 1996 44 US dollar par habitant
Données sociales et environnementales (10)	
- taux d'analphabétisation	77,5% 62,1% des hommes 90,1% des femmes
- taux de scolarisation	47,5%
- taux d'urbanisation	32 % (6)
- accès à l'eau courante	18,7%
- accès à l'eau potable	49,3% milieu urbain intérieur 79,5% Conakry 44,7% milieu rural
- revenu mensuel moyen par ménage	159 000 NFG (96 euros) pour 6 personnes
- revenu annuel par habitant	318 000 FG (194 euros)

Cadre géographique et démographique

La Guinée est située à 10° au Nord de l'équateur, elle est bordée par la Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal au Nord, le Mali au Nord Est, la Côte d'Ivoire à l'Est, le Libéria et la Sierra Léone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest.

Le pays est composé de quatre régions naturelles aux caractéristiques géographiques et socioculturelles propres:

la Basse Guinée occupant 18% du territoire, se caractérise par l'existence d'étroites plaines côtières bordées par la mangrove. La population est en majorité soussou.

la Moyenne Guinée occupe 20% du territoire et présente le relief accidenté des massifs montagneux du Fouta Djallon peuplé par les peuhls.

la Haute Guinée, 40% de la superficie du pays, est essentiellement une région de savane habitée en majorité par les malinkés.

la Guinée Forestière occupe 22% du territoire. C'est une région de forêt tropicale en voie de dégradation. Les ethnies, moins homogènes, sont regroupées sous le vocable générique « forestier » (kissi, toma, guerzé).

La Guinée est subdivisée en 7 régions administratives: Boké, Kindia, Mamou, Labé, Faranah, Kankan et N'Zérékoré. La ville de Conakry dispose d'un statut spécial car elle est érigée en régions dirigées par un gouverneur.

Le recensement de 1996 indique une population de 7 165 000 habitants, dont le taux d'accroissement annuel est estimé à 2,8%. En y ajoutant les effets de mouvements migratoires, le taux annuel d'accroissement est de 3.1%. Ainsi au début de l'an 2000 la population est estimée à presque 8 millions d'habitants (11).

Quarante cinq pour cent de la population a moins de 15 ans alors que cinq pour cent a plus de 65ans (2). L'indice synthétique de fécondité est estimé à 5,5 enfants par femme.

Le système éducatif est très majoritairement public. Le taux de scolarisation dans le primaire reste très bas (47,5%), mais présente une nette amélioration par rapport au début de la décennie où il était de 21%. Ces chiffres cachent d'importantes disparités tant dans la répartition entre zones rurales (27,3%) et zones urbaines (Conakry et villes intérieures) que dans la répartition entre les sexes puisque 57,1% des garçons sont scolarisés contre 36,7% des filles (12).

Le taux d'analphabétisation est particulièrement élevé puisqu'il est estimé à 77,5% pour l'ensemble de la population.

Les deux tiers de la population vivent en milieu rural. Dans les régions défavorisées par l'enclavement géographique ou le manque d'infrastructure, l'activité des populations est tournée vers l'agriculture d'autosuffisance. L'indice de développement humain était en 1996 dans la tranche la plus faible de la classification.

Chronologie historique et politique

- 1838** La colonisation française débute en 1838 avec la constitution en 1850 d'un protectorat des « Rivières du Sud » rattaché au Sénégal.
- 1891** Les Rivières du Sud deviennent une colonie autonome, la « Guinée française et dépendances ».
- 1893** Grand Bassam et Porto Novo seront détachés de la Guinée française et dépendances pour donner naissance à la Guinée Française.
- 1895** La Guinée est intégrée dans le gouvernement général de l'Afrique Occidentale Française (AOF).
- 1875-98** Empire de Samory Touré en Haute Guinée.
- 1958** Sékou Touré devient le premier président de la première république.
La Guinée vote « Non » au projet d'intégration de la communauté française.
Le nouvel état est proclamé « République Démocratique Laïque et Sociale de Guinée » avec mise en place d'un régime dictatorial à parti unique, le PDG (parti démocrate guinéen).
- 1960** Sortie de la Guinée de la zone franc.
- 1984** Mort de Sékou Touré, ce qui permet à l'armée de porter au pouvoir le Général Lansana Conté. Naissance de la Deuxième République, le franc guinéen remplace le syli.
- 1984-1994** Instauration d'un régime démocratique et d'un Etat de droit en République de Guinée.
- 1994** Lansana Conté président de la IIIème République.

Données socio-économiques

A la fin de la première République, suite aux vingt-six années de repli sur elle-même, la Guinée est en situation de faillite économique; le revenu annuel par habitant est inférieur à 250 US \$.

La signature d'accords avec le FMI s'enchaîne en 1986 sur le lancement d'un Plan d'Ajustement Structurel (PAS).

Le gouvernement de la IIème République amorce un programme de réforme basé sur le Programme Intermédiaire de Redressement National (PIRN) et le Programme de Réforme Economique et Financière (PREF). La priorité au développement rural, la gestion libérale, la promotion de l'initiative privée et le désengagement de l'Etat des secteurs de production composaient les axes principaux du PIRN. Le PREF s'engage dans une reformulation complète de la politique monétaire et bancaire avec suppression du contrôle des prix, libéralisation des activités économiques avec privatisation du secteur industriel et commercial et amélioration de la gestion du secteur public.

A partir de 1988, l'accent est porté sur les projets sectoriels avec le programme d'ajustement du secteur de l'éducation et l'amélioration dans le domaine de la santé publique (lancement des Soins de Santé Primaires SSP, et la Réforme Hospitalière).

Les différentes réformes ont permis une amélioration de la situation avec la stabilisation du taux d'inflation qui passent de 72% en 1987 à 5,6% en 1995 pour se stabiliser de nos jours autour de 4% (13).

Le Plan d'Ajustement Structurel renforcé, débuté en 1994 avec les institutions de Bretton Woods s'enchaînera en 1997, sur un concours triennal du FMI, la réduction de 50% de la dette au club de Paris et de nombreux concours financiers par les principaux bailleurs de fonds.

Ces nombreux programmes de redressement et d'ajustement entraînent des résultats économiques mitigés car ils se traduisent d'une part, par une croissance économique, marquée par l'augmentation du PIB de 4% par an en moyenne depuis 1994 (source: Direction Nationale du Plan), et d'autre part, par une fluctuation du franc guinéen, ayant pour corollaire un renchérissement des devises et des produits importés, les médicaments en particulier.

L'important soutien financier est destiné à de nombreux programmes macro-économiques (augmentation du taux de croissance, réduction de l'inflation...) et d'une manière générale à la réduction de la pauvreté; 40,5% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté fixé à 296\$ par an (source Ministère du Plan et de la Coopération 1994).

L'afflux de réfugiés des pays voisins, lié à l'environnement régional instable, pèse lourd sur le budget de l'Etat. Le développement de la Guinée reste encore handicapé par un manque d'infrastructure (assainissement, production hydroélectrique et thermique) et surtout par la faiblesse des investissements, notamment étrangers.

II- LA SITUATION SANITAIRE EN GUINEE

Politique sanitaire

La Guinée a souscrit à la déclaration d'Alma-Ata et est signataire, depuis 1981, de la Charte de Développement sanitaire régional.

Jusqu'en 1984, la politique de santé était basée essentiellement sur l'existence d'un système de soins publics avec l'offre gratuite des prestations de services.

A partir de 1984, suite à la première conférence nationale, le système a été libéralisé et la stratégie de Soins de Santé Primaires (SSP) affirmée comme l'épine dorsale de la politique nationale de santé.

Le programme de Soins de Santé Primaires, Programme Elargi de Vaccination (PEV) et Médicaments Essentiels (ME) a réellement été lancé en 1988, avec l'appui de l'UNICEF, de l'OMS, d'agences de coopération et d'ONGs.

En 1990, dans la logique de l'opérationnalisation du district sanitaire et de l'articulation entre les centres de santé et les hôpitaux, le processus de la Réforme Hospitalière est enclenché.

La politique sanitaire vise trois objectifs généraux :

- assurer un accès équitable aux soins pour chaque guinéen où qu'il se trouve.

- assurer une prestation de qualité aux mères et aux enfants d'une part, et à la population générale d'autre part.
- assurer la continuité des prestations et la viabilité des structures de soins.

La révision de cette politique au cours du Forum National de la Santé en mai 1997 (14) a permis à la Guinée de réaffirmer son attachement aux principes de:

- la charte des Soins de Santé Primaires telle que définie à Alma Ata en 1978.
- le scénario en trois phases de l'OMS concernant la mise en place des districts sanitaires pour la Région Afrique.
- l'initiative de Bamako (plan de relance des SSP - médicaments génériques).
- l'équité dans l'accès et l'utilisation des services de santé.
- l'efficacité et l'efficience dans la gestion des services de santé.

Pour atteindre ces objectifs, cinq stratégies majeures ont été retenues :

- la décentralisation du système sanitaire et le renforcement de la couverture sanitaire
- le renforcement de la capacité de gestion
- l'amélioration de la capacité de financement du secteur de la santé
- le renforcement de la lutte intégrée contre la maladie
- l'amélioration de la santé de la reproduction

En février 2000, tenant compte de l'évolution de la situation sur le terrain, la revue du système de santé a été organisée dans le but de relever quatre défis majeurs (11) :

- L'accès universel aux soins en vue de réduire les exclusions sociales
- L'amélioration de la qualité des soins et des services avec l'observance de standards internationalement reconnus et socialement acceptés.
- La consolidation et la pérennisation des acquis organisationnels et structurels
- Le contrôle du paludisme et des maladies émergentes et réémergentes, notamment les IST-SIDA et la tuberculose

L'objectif général est de contribuer au développement socio-économique global du pays par l'amélioration de l'état de santé de la population.

Profil épidémiologique

Les principaux problèmes de santé auxquels la Guinée doit faire face restent caractéristiques des pays en voie de développement en zone tropicale.

Le profil épidémiologique du pays reste dominé par les pathologies infectieuses, les six principales causes de morbidité sont le paludisme, les maladies respiratoires, les helminthiases, les diarrhées, les maladies de peau, les affections gynécologiques (8).

L'environnement socio-économique lié au PAS a entraîné des effets négatifs certains. Du fait de l'inflation, née de l'évasion monétaire constante entre 1986 et 1992, les populations n'avaient plus les moyens de se soigner convenablement et l'on a assisté au cours de ces années à une augmentation sensible de la malnutrition des enfants qui atteignait, en 1993, 30% des enfants de moins de 5 ans.

L'insuffisance en eau potable, l'importance du péril fécal (seuls 24% de la population urbaine et 10% de la population rurale ont accès à des installations pour l'évacuation adéquate des excréta) ou encore l'attitude sociale vis à vis de la contraception, accusent des taux de mortalité alarmants tels qu'une mortalité infantile de 115 pour 1000 (6).

La Guinée est également reconnue comme zone endémo-épidémique de méningite, choléra, onchocercose, schistosomiase, tuberculose, sans échapper non plus à l'émergence des pathologies dites de transition : affections cardiovasculaires, cancers, ou dites de société : pollution, alcool, toxicomanie et maladies sexuellement transmissibles.

Les données sur la mortalité maternelle sont peu précises et, selon les sources, on parle de 500 à plus de 1000 décès pour cent mille naissances dont une part non négligeable est imputable aux avortements pratiqués à Conakry (20% des décès maternels de la capitale)(15).

Tableau II : Principaux indicateurs de santé en Guinée

Indicateurs	1993 (16)	1999 (6)
Espérance de vie (en années)	47	47
Taux de mortalité des moins de 5 ans ‰	226	181
Taux de mortalité infantile ‰	133	115
Taux de mortalité maternelle (pour 1000 NN)	6,5	6.7
Poids de naissance \leq 2500g à la naissance ‰	25	
Malnutrition modérée sévère (\leq 5 ans) ‰	31	

Organisation du système de soins

? Administration sanitaire

Sur le plan administratif le système de santé suit le découpage central, régional et préfectoral. Le niveau central est composé du cabinet, des directions nationales et des services d'appui, notamment :

- Le secrétariat général
- La Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins (DNEHS)
- La Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires (DNPL)
- Le Service de Statistiques, Etudes et Informations (SSEI)
- L'Inspection Générale de la Santé (IGS)
- La Division des Affaires Administratives et Financières (DAAF)
- Les programmes nationaux (PEV/SSP/ME)

Le niveau régional est calqué sur l'organisation administrative et comporte de ce fait sept Inspections Régionales de la Santé (IRG), composées chacune de quatre sections : la section planification formation et recherche, la section pharmacie et laboratoire, la section lutte contre la maladie et la section chargée des affaires administratives et financières.

Les inspections régionales de la santé ont pour attributions principales la supervision et la coordination des activités de la Direction Préfectorale de la Santé (DPS).

Le niveau préfectoral suit aussi l'organisation administrative et correspond aux Directions Préfectorales de la Santé qui sont au nombre de 33.

Chaque DPS est composée de trois sections : pharmacie et laboratoire, soins de santé primaires et la section planification recherche et formation. Les attributions de la DPS consistent en la mise en œuvre de la politique nationale par la coordination, la supervision des activités des différents programmes dans le district sanitaire.

? Organisation des structures de soins

Les structures de soins présentes en Guinée s'articulent autour d'un secteur public et d'un secteur privé.

⇒ Secteur public (13)

La grande majorité des structures officielles de soins appartient au secteur public.

L'élément de base de l'organisation est le district sanitaire qui comprend :

- une population bien définie
- un réseau de structures de soins de niveau primaire
- un niveau de référence

L'option retenue en Guinée pour le découpage sanitaire est le respect du découpage administratif. Le district sanitaire correspond donc à la Préfecture Administrative.

Depuis 1996, de gros efforts ont été fournis par le gouvernement pour normaliser les établissements de soins publics sur toute l'étendue du territoire national.

La pyramide sanitaire se compose donc comme suit (17) :

HN	2
HR	4
HP	29
CMC	5
CS	361
PS	252

L'ensemble de ces établissements de soins se divise en trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire.

6 Le niveau primaire

Le niveau primaire est constitué des Etablissement de soins de base qui se divise en centres de santé (CS) et postes de santé (PS).

Le niveau d'équipement des centres de santé est homogène alors que, dans les postes de santé, la situation est bien différente. Ceux-ci sont en majorité l'œuvre d'initiatives communautaires, et lorsque certains disposent de l'équipement de base, la grande partie en est dépourvue, ce qui explique la non fonctionnalité d'un grand nombre de ces structures.

Les activités menées y sont à peu près identiques et correspondent au Paquet Minimum d'Activités (PMA) :

- Les consultations primaires curatives prenant en charge les principaux problèmes de santé et consignées par des ordinogrammes (paludisme, maladie diarrhéique, MST, les états de malnutrition et traumatismes divers)
- Les consultations prénatales
- Le suivi des accouchements
- Le Programme Elargi de Vaccination
- Les activités de programme spécifiques qui sont en voie d'intégration progressive.

Certains programmes sont d'ores et déjà complètement intégrés, comme la lutte contre le paludisme ou la lutte contre les maladies diarrhéiques.

L'analyse de la situation de l'ensemble des formations sanitaires de base fait apparaître un taux de couverture géographique, dans un rayon de 5 km, de 56% dans les quatre régions naturelles (18).

6 Le niveau secondaire

Le niveau secondaire est représenté par les centres médicaux de commune (CMC), les hôpitaux préfectoraux (HP) et régionaux (HR).

Les activités menées par les hôpitaux sont, dans l'ensemble, homogènes. Elles sont réalisées dans le domaine de la médecine générale, de la pédiatrie, de la chirurgie, de la maternité, du laboratoire clinique et de la pharmacie. En l'état il n'y a pas de différence significative entre les activités dans les hôpitaux préfectoraux et régionaux.

6 Le niveau tertiaire

Le niveau tertiaire est constitué par les hôpitaux nationaux (HN) Ignace Deen et Donka, installés à Conakry. Il n'existe aucune structure tertiaire publique à l'intérieur du pays.

Le niveau d'équipement des hôpitaux est bas par rapport à leur vocation de structures de référence. Les moyens diagnostiques essentiels tels que l'automate de biologie, le scanner, l'échographie de précision sont réduits. Les moyens thérapeutiques nécessaires au fonctionnement des spécialités lourdes telles que la réanimation et l'hémodialyse sont insuffisants.

Les activités menées par les hôpitaux nationaux sont à la fois primaires, secondaires et tertiaires, ce qui les détourne de leur vocation principale de centre de référence.

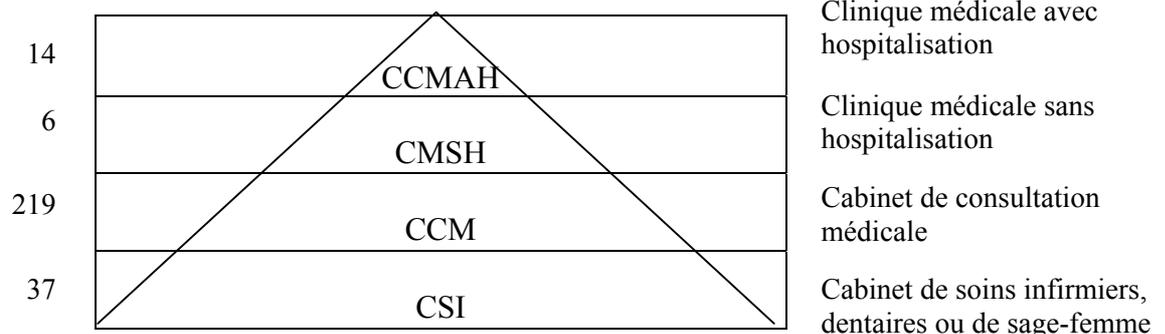
La carte hospitalière actuelle comprend des services médicaux généraux (médecine, pédiatrie, chirurgien gynéco-obstétrique, imagerie radiologie, laboratoire clinique) et des services spécialisés. Le profil général des pathologies prises en charge par les hôpitaux nationaux est superposable à celui des hôpitaux régionaux, la différence se situant au niveau de quelques spécialités, notamment : l'ophtalmologie, la réanimation, la traumatologie, la chirurgie pédiatrique et l'ORL.

En comptant les deux CHU, les 4 hôpitaux régionaux et les hôpitaux préfectoraux, le nombre total de lits n'est encore que de 2846, soit un lit pour 2000 personnes avec de grandes disparités régionales (19).

⇒ Secteur privé

L'offre de soins privée, d'apparition récente, comprend les structures formelles qui font l'objet d'une accréditation par le Ministère de la Santé, les structures informelles qui ne sont pas agréées et la médecine traditionnelle.

Selon la classification actuellement en vigueur, la typologie du secteur privé est la suivante(17) :



La clinique médicale avec hospitalisation est l'équivalent de l'hôpital préfectoral (du point de vue de la gamme de prestations).

La clinique sans hospitalisation (souvent appelée polyclinique) regroupe un ensemble de spécialités différentes et dans laquelle les explorations complémentaires (laboratoire, radiologie...) sont réalisées.

Le cabinet de consultation médicale est tenu par un médecin qui n'y réalise que des activités de consultations.

Les autres structures sont tenues par du personnel paramédical et ne réalisent que des activités de soins.

L'offre de soins privée se développe en suivant la demande solvable, ce qui explique en grande partie sa concentration dans la capitale puisqu'on y trouve plus de 55% des structures privées formelles.

Le secteur privé informel est en pleine expansion et dépasse actuellement nombre des structures agréées, ce qui crée une concurrence déloyale et une déréglementation de l'activité médicale. Par définition, ce secteur est très peu structuré et très hétérogène ; on y retrouve des structures de soins à temps plein et des consultations clandestines occasionnelles réalisées après la journée par des agents du secteurs public ou encore des agents non agréées.

Personnel de santé

D'un point de vue quantitatif, la situation en Guinée est plus favorable que dans les pays voisins, même en ne considérant que le secteur public. En effet on compte en Guinée environ 6500 agents de santé (tableau III) dans la fonction publique.

Tableau III : Répartition des agents du secteur de la santé par catégorie Socioprofessionnelle, Guinée, 1995 (16)

Catégorie socioprofessionnelle	Nombre
Médecins	915
Sage-femmes	362
Aides de santé	1269
Agents techniques de santé(ATS)	2463
Total	5009

Les autres agents sont répartis entre les laborantins, les pharmaciens, préparateurs...

Malgré les efforts de rationalisation, la répartition des effectifs médicaux reste encore très inégale suivant les régions, et fortement concentrée sur la capitale, Conakry.

Le recrutement de près de 700 agents en 1998 n'a pas comblé le déficit en personnel de santé au niveau des centres de santé ruraux et postes de santé.

En 1994, près de 36% du personnel de santé du Ministère de la Santé était groupé à Conakry et 14 % seulement en Moyenne Guinée (tableau 2). Le ratio personnel/nombre d'habitants était, en 1994, de 1 médecin pour 6500 habitants et 1 infirmier pour 1750 habitants.

Tableau IV : Répartition par région naturelle de la population et des principales catégories socioprofessionnelles, Guinée 1995 (16)

Effectif % par catégorie	Conakry	Basse Guinée	Moyenne Guinée	Haute Guinée	Guinée Forestière
Médecins	49	17	13	10	11
Sage-femmes	62	13	7	7	12
Aides de santé	44	14	12	10	21
ATS	16	16	21	25	22
Population	20%	18%	22%	21%	19%

Financement de la santé

Le financement du secteur de la santé provient de quatre sources, notamment : l'Etat, les collectivités locales, la population et les bailleurs de fonds.

L'Etat finance essentiellement dans le domaine du fonctionnement, le salaire du personnel, l'achat d'une partie des vaccins.

Les collectivités locales (commune, préfecture, régions) interviennent peu et ce, dans la prise en charge des salaires d'une partie des contractuels.

Les populations financent une partie des coûts de fonctionnement des établissements de soins à travers le système de recouvrement des coûts.

Les bailleurs de fonds extérieurs financent essentiellement les travaux d'infrastructure et d'équipement, la formation initiale et continue, les moyens logistiques et une partie des vaccins (PEV).

Tableau V : Budget de santé, Guinée 1998 (20)

	<i>Francs Guinéens (milliards)</i>	<i>% du budget total de santé</i>
Salaires	12,3	26,7%
Fonctionnement	3	6,5%
Interventions	2	4,4%
Investissement sur budget national	3,7	8%
Investissements bailleurs de fonds	25	54%
Total	46	

Le gouvernement de la République de Guinée dépense environ 2,75 US\$ par habitant et par an pour la santé, ce qui représente un niveau de dépense relativement bas par rapport aux dépenses des pays voisins. Les bailleurs de fonds financent environ le même montant en budget d'investissement, ce qui porte l'ensemble des dépenses de santé à environ 5 US\$ par habitant.

Le budget alloué à la santé ne représentait que 4,5% du budget total de l'état en 1997 (ministère de l'économie et des finances/FMI).

Tableau VI : La répartition du budget santé entre les différents sous-secteurs de la santé est la suivante (17) :

Niveaux de soins	Francs guinéens(milliard)	Pourcentage
Administration	6.3	37%
Niveau primaire	4.1	23%
Niveau secondaire	4.5	26%
Niveau tertiaire	2.2	14%
Total	17.1	100%

Il est à noter que l'administration centrale absorbe une part importante du budget de fonctionnement du secteur, au détriment des structures de production.

Les dépenses de l'Etat en matière de médicaments ne représentait, en 1993, que 5,34% du budget total de la santé (19).

Les ménages dépensent également des montants significatifs de leurs revenus pour la santé, à la fois dans le cofinancement des soins du service public et le paiement des soins dans le secteur privé et informel, ce qui représente, pour l'ensemble, 7% de leurs revenus, avec de faibles différences entre les groupes socio-économiques (15).

III– SITUATION PHARMACEUTIQUE

Contexte et évolution

Depuis l'accession de la Guinée à l'indépendance jusqu'en 1984, l'exercice de la pharmacie est resté le monopole absolu de l'Etat, à travers l'entreprise Eniphargui et la Pharmaguinée, respectivement pour la production et la commercialisation des médicaments.

Le changement de régime politique survenu en 1984 a occasionné une vague de restructurations touchant tous les domaines de l'activité économique et tous les aspects de la vie institutionnelle du pays. Bénéficiant de ces changements, le domaine pharmaceutique entre dans un programme de restructuration selon trois axes:

- La naissance d'un secteur pharmaceutique privé qui coexiste avec un secteur public dont le but est d'assurer la couverture du marché en médicaments.
- La promulgation d'une législation pharmaceutique destinée à réglementer les conditions d'exercice de l'activité pharmaceutique.
- L'adoption d'une politique pharmaceutique nationale (PPN) définissant les choix fondamentaux du gouvernement en matière pharmaceutique.

Il est indéniable que la mise oeuvre de la politique de libéralisation du secteur médical et pharmaceutique a permis d'améliorer la disponibilité des médicaments en Guinée, aussi bien à Conakry qu'à l'intérieur du pays.

Cependant, l'émergence de cette politique d'ouverture et de libéralisation a engendré un épineux problème qui est celui de la qualité et de la sécurité thérapeutique.

En effet, la multiplication des sources d'approvisionnement, la précarité des conditions socio-économiques, les prix élevés des médicaments, la faiblesse du cordon douanier aux frontières terrestres, maritimes ou aériennes ont fait surgir un marché illicite grandissant, répondant à la loi de l'offre et de la demande.

Le marché pharmaceutique

La Conférence Nationale de la Santé tenue en 1984, donne naissance à plusieurs dispositions réglementaires qui ont permis l'installation des sociétés grossistes-répartiteurs, pharmacies et points de vente (21) :

- ordonnance N°193/194/195/196/PRG/84

- décret N° 163/PRG/87

Depuis, le marché pharmaceutique, estimé à 44 milliards de francs guinéens (soit 33 millions 600 milles euros), se compose de trois sous-secteurs (22) :

- le secteur public qui représente 12-16% du marché

- le secteur privé soit 40-45% du marché

- le secteur informel, soit 30 à 40% du marché

En 1994, le marché pharmaceutique a été globalement estimé à l'importation à 13,4 milliards de francs guinéens, dont un marché public de 3,5 milliards de francs guinéens (21).

Les produits pharmaceutiques destinés aux formations sanitaires publiques représentent 7,3% du budget de la santé et proviennent majoritairement de la France.

90 % des médicaments importés par ce secteur sont des médicaments dits génériques.

En 1993, les exportations françaises représentaient 76% des exportations européennes vers l'Afrique (23).

En 1997 elles ne représentent plus que 50% des exportations européennes vers l'Afrique de la zone CFA (24).

Tableau VII : Exportations pharmaceutiques françaises en Guinée*(en milliers de francs)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Guinée	58033	60264	54067	59474	57580	68687	156574	138125	69420

*Source SNIP

Le volume annuel des importations réalisées par les grossistes du secteur privé est estimé à 14 milliards de FG, soit environ 2 US \$ par habitant (contre 8,5 US\$ en Côte d'Ivoire et 6,6US\$ au Sénégal par exemple) (13).

Le marché du médicament essentiel générique est essentiellement public, le secteur privé (5 grossistes-répartiteurs et 200 officines), avec probablement guère plus de 5% (en valeur) de ce marché, n'est pas à ce jour un acteur déterminant du marché (25).

Contexte législatif, réglementaire et institutionnel

Les rapports de l'OMS de 1989 à 1991 faisaient état de lacunes réglementaires dans le domaine pharmaceutique, encadré à l'époque par un Journal Officiel (19).

En 1992, sur financement de la Banque Africaine au Développement (BAD), la réglementation pharmaceutique guinéenne est réactualisée dans le cadre du « Projet de Réhabilitation de Secteur Pharmaceutique Public », donnant naissance à un cadre défini par la Loi N°94/012/CTRN portant législation pharmaceutique et le Décret N° D94/0431/PRG/SCC portant dispositions réglementaires des activités pharmaceutiques. La législation et les dispositions concernant les activités pharmaceutiques sont détaillées respectivement en annexe 1 et annexe 2.

Sur le plan organisationnel et institutionnel, l'administration pharmaceutique est assurée au niveau central par la DNPL; Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires (Décret N° 92/1221/PRG du 26 mai 1992) et au niveau intermédiaire et périphérique par l'Inspection Régionale de la Santé (IRS) et la section pharmaceutique créée au sein de la Direction Préfectorale de la Santé (DPS).

Malgré un cadre juridique bien défini et l'existence d'un encadrement du secteur, le niveau d'application des textes et le fonctionnement des structures restent cependant très faibles. En effet, on remarque sur le terrain des manquements flagrants aux conditions d'exercice de la pharmacie, la quasi-absence de contrôle de la promotion médicale au regard des critères éthiques de l'OMS (26), et l'utilisation à tort des droits d'enregistrement (9).

Politique Pharmaceutique Nationale (PPN)

Au cours des dernières années, le Ministère de la Santé Publique a pris des initiatives, avec le soutien des partenaires traditionnels, et des interventions en vue d'améliorer la couverture pharmaceutique dans le pays.

La Politique Pharmaceutique Nationale a été adoptée en 1994.

Le secteur ayant évolué de manière importante, une nouvelle version de ce document a été rédigée de manière à définir un cadre unique, actuel, précisant les orientations du pays dans le domaine du médicament.

Cette dernière date de 1998 et a pour objectifs prioritaires :

- d'assurer la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires publiques
- de renforcer le cadre législatif et réglementaire et les moyens de l'appliquer
- de garantir la qualité et l'accessibilité des médicaments à l'ensemble de la population
- d'améliorer la prescription, la dispensation et le bon usage du médicament.

Cette politique sera périodiquement traduite en termes opérationnels suivant les priorités d'un Plan Directeur Pharmaceutique National (PDPN) (27).

Il a été créé une Commission Nationale du Médicament. C'est un organe consultatif en matière d'élaboration et de mise en œuvre de la PPN (Décret N° D94/043/PRG/SGG, annexe 2).

Organisée en sous commission spécialisées, elle couvre entre autre les domaines de :

- ***La sélection et la révision de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels, du Formulaire et Guide thérapeutique.***

La liste des médicaments essentiels, dans sa dernière version 2001, référence 181 molécules désignées par leur Dénomination Commune Internationale (DCI) et classées selon les trois niveaux d'utilisation correspondant à la pyramide sanitaire.

Pour appuyer un usage rationnel des médicaments essentiels et la prescription des produits génériques, le ministère a publié en 1992 un Formulaire National du Médicament. Un Guide Thérapeutique National a été harmonisé pour les centres de santé.

• **L'enregistrement des médicaments :**

Il existe une procédure formelle pour l'homologation des médicaments entrant dans le commerce sur le territoire guinéen (article 14 Loi L 94/012/CTRN).

La Nomenclature de 2001 compte 1893 références de spécialités et de génériques provenant de 155 laboratoires pharmaceutiques enregistrés en Guinée.

L'importation de médicaments et autres produits pharmaceutiques par les sociétés grossistes et divers intervenants du secteur public (art.54 Loi L 94/012/CTRN) est soumise à une déclaration préalable visée par la DNPL. Celle-ci délivre en retour une autorisation appelée « visa » et qui vaut autorisation d'enlèvement des marchandises auprès des services de douanes. La délivrance de ce visa permet de vérifier la conformité des agréments des sociétés importatrices, et l'effectif enregistrement des produits concernés à la Nomenclature Nationale.

• **La fixation des prix des médicaments**

Les prix sont fixés à partir d'une politique de marges applicables sur la base des prix d'acquisition des médicaments *ad valorem*.

Les marges des distributeurs sont toujours fixées par l'arrêté du 9 septembre 1985 (Arrêté 8483/MC/CAB/85) qui autorise le secteur privé à les appliquer de la manière suivante sur le prix du médicament(28) :

Tableau VIII : Marges applicables pour la fixation des prix des médicaments

Prix départ d'usine	P	=	P1
Frais d'approche transit	P1 * 1.15	=	P2
Prix en francs guinéens		=	P3
Marge grossiste	P3 * 1.24	=	P4
Marge pharmacie	P4 * 1.48		
Prix pharmacien	PGHT * 1.498		
Prix public	PGHT * 2.2		

Ces marges sont très élevées et leur fixation *ad valorem* encourage les distributeurs à commercialiser les produits chers. La fixation des prix publics à partir du prix grossiste hors taxe (PGHT) autorise en outre la révision des tarifs à chaque livraison en fonction de la fluctuation du franc guinéen. Cela crée une confusion dans la distribution : les mêmes produits peuvent être commercialisés à des prix très différents suivant les officines.

• ***La Pharmacovigilance et Pharmacopée traditionnelle***

Cette sous-commission est chargée de l'étude des problèmes liés à la prescription et l'utilisation des médicaments ainsi que de formuler des recommandations relatives à la promotion du médicament.

• ***L'Agrément des entreprises et officines pharmaceutiques***

L'exercice de la pharmacie privée est soumis à l'obtention de l'agrément du Ministère de la Santé Publique ainsi que de l'Ordre des Pharmaciens (créé en 1990). Les critères d'implantation retenus prévoient une officine par tranche de 10 000 habitants dans les communes de la ville de Conakry et par tranche de 15 000 habitants dans les préfectures ainsi que des distances à respecter entre deux officines.

Malheureusement, les modalités et fréquences de regroupement des membres de la commission ne sont pas respectées et en pratique la Direction de la Pharmacie (DNPL), en sa qualité de secrétaire de la Commission, assume seule la responsabilité de la Politique Pharmaceutique Nationale.

Structures d'importation et de distribution

?Le secteur privé

- La production locale

La Société Guinéenne d'Industrie Pharmaceutique (SOGIP), née en 1988 de la privatisation de l'ancienne entreprise nationale d'industrie pharmaceutique (Eniphargui), a fonctionné quelques temps à ses débuts mais n'a jamais atteint les 20% de productivité (29). La société est toujours fermée, laissant l'outil de production inemployé.

La situation de dépendance du pays par rapport aux importations pharmaceutiques justifie la volonté politique de réactiver ce site. Un partenariat avec les laboratoires indiens Lyka Labs semblait amorcé ces dernières années, donnant naissance à un marché de sous-traitance du

conditionnement par la SOGIP. Les versions diffèrent selon les personnes rencontrées quant à la fonctionnalité effective de la société.

- Les grossistes-importateurs-répartiteurs

Depuis la libéralisation du secteur, la distribution de gros exerce un attrait sur les opérateurs privés.

De 1988 à 1994, le nombre de grossistes répartiteurs est passé de 6 à 14 (19).

La fragilité financière d'un grand nombre d'entre eux a entraîné la fermeture des établissements, et laisse place aujourd'hui, à 5 structures se partageant le marché pharmaceutique de gros (Laborex, Sodipharm, Sanophar, Simprophar et Pharmagui-Orient ouvert en 2001 et important des médicaments génériques chinois) ainsi que 2 sociétés spécialisées dans le matériel et consommables médicaux.

Les grossistes répartiteurs sont tous installés à Conakry sans aucune délocalisation du stock, ni circuit de distribution vers l'intérieur du pays.

Leur clientèle est principalement constituée des officines de pharmacie (Laborex : l'officine représente 95% du chiffre d'affaires) (25), mais également des hôpitaux publics qui ne sont censés avoir recours aux services des grossistes privés qu'avec une autorisation préalable et ponctuelle de la DNPL, lorsque leurs besoins en médicaments ne sont pas couverts par les circuits publics de distribution.

- Les officines

La majorité des pharmaciens exerçant actuellement à titre privé dépendait, avant la fermeture des pharmacies publiques, de Pharmaguinée.

Le nombre des officines privées est ainsi passé de 4 en 1985 à 68 en 1986, et à 179 en 1992 (19), et compte aujourd'hui 251 établissements.

Au démarrage de l'initiative privée, les officines privées de pharmacie ont été implantées dans toutes les Préfectures. Mais à ce jour onze Préfectures et une Commune Urbaine ne disposent plus d'officine fonctionnelle. Parmi les 251 officines privées, 191 sont agréées pour la seule ville de Conakry, dont 153 fonctionnelles.

Ce réseau de distribution de médicaments est loin d'assurer une couverture pharmaceutique suffisante (une officine pour 80 000 habitants en Moyenne-Guinée en 1992).

- Les points de vente

Tous situés en zone rurale, ils sont prévus pour élargir le rayon de distribution couvert par les pharmacies.

Ils sont en principe rattachés à une pharmacie désignée, sont gérés par des préparateurs en pharmacie, et ne devraient disposer que d'une gamme limitée de produits. La réalité est différente et parmi les 38 agréments de points de vente pharmaceutique délivrés, seuls 4 restent fonctionnels (30).

?Le secteur public

Les structures publiques d'approvisionnement de médicaments essentiels sont au nombre de deux : la Pharmacie Centrale de Guinée et la Cellule Médicaments Essentiels. Celles-ci assurent l'importation des médicaments essentiels génériques en Guinée, car une sorte de monopole du générique pour le secteur public a été posé depuis 1984, ce qui rend désormais difficile l'implantation de ces derniers au sein des officines (31).

- La Pharmacie Centrale de Guinée (PCG)

Fonctionnelle depuis 1994, cette centrale d'achat, située à Conakry, a pour mission d'approvisionner en médicaments et matériel médico-chirurgical, les formations sanitaires publiques, laboratoires, universités, et ONG participant au service public (32).

La PCG a le statut d'Etablissement Public à caractères Industriel et Commercial (EPIC), doté de l'autonomie de gestion (Arrêté N°A/93/3082).

Elle s'approvisionne en médicaments DCI par appel d'offre restreint après pré-sélection des fournisseurs et la nomenclature des médicaments respecte la Liste Nationale des Médicaments Essentiels.

Elle procède à une distribution décentralisée par l'intermédiaire de cinq dépôts régionaux, améliorant ainsi l'accessibilité aux médicaments pour les populations de l'intérieur du pays. La disponibilité, en revanche, traduit certaines difficultés relevant d'une estimation inadéquate des besoins et de l'absence de système de planification des achats.

Le Comité Consultatif créé en 1993 par ce même Arrêté prévoyait une marge bénéficiaire de 30% pour les produits spécifiquement vendus aux hôpitaux et de 15% pour les produits

vendus à l'ensemble des autres structures de santé. Dans la réalité, il apparaît que c'est une marge unique de 30% qui a été appliquée depuis 1994 (25).

- La Cellule Médicaments Essentiels (CME)

Elaborée en 1988 dans le cadre du programme PEV/SSP/ME, la CME a hautement contribué à l'amélioration de la couverture sanitaire.

Chargée de l'approvisionnement en médicaments essentiels des postes et centres de santé du pays, elle y accède par l'intermédiaire de dépôts régionaux. Elle ne travaille que pour un certain nombre de centres de santé (environ 200)(33) et avec une liste limitée de médicaments qui sont financés par le système de recouvrement des coûts (Initiative de Bamako).

A l'origine temporaire, la structure devait accompagner la mise en place des centres de santé et intégrer ensuite la PCG, formant ainsi un seul système d'approvisionnement dans le secteur public (34).

La PCG étant dans l'impossibilité de prendre le relais, la CME continue son activité malgré de grandes difficultés organisationnelles.

- Les structures privées à but non lucratif

De nombreux projets provenant pour la plupart de structures à but non lucratif du système de santé privé (ONG, confréries religieuses, assistances médicales) complètent les besoins d'autres centres de santé (en général non couverts par le PEV), d'hôpitaux préfectoraux ou régionaux.

Certaines structures privées procèdent à un approvisionnement auprès des grossistes privés et publics de la place, alors que d'autres s'occupent directement de l'importation des marchandises. C'est ainsi que quelques hôpitaux préfectoraux ainsi que l'hôpital national d'Ignace Deen soutenus par une mission chinoise, procède à la délivrance aux patients de médicaments chinois appelés « chinoiseries », pour lesquels aucune mention portée sur le conditionnement ou l'étiquette ne peut être déchiffrée, de la DCI à la date de péremption, tout est inscrit en chinois.

?Le secteur informel

L'augmentation rapide des prix des médicaments dans le secteur privé, causée en partie par la dépréciation régulière du franc guinéen, et les pénuries fréquentes de médicaments dans les formations sanitaires publiques, ont élargi la place du marché parallèle dans la consommation de la population (**à peu près 40% du marché**).

Les sources d'approvisionnement de ce secteur illicite sont nombreuses et impliquent aussi bien le domaine sanitaire formel que des activités commerciales, n'ayant aucun lien avec le système santé.

Les facteurs favorisant le développement de ce marché parallèle sont liés aux multiples structures (ONG, établissements médicaux) autorisées à importer les produits dont elles ont besoin, à la violation des procédures légales d'importation (médicaments non enregistrés), ainsi qu'au détournement de stocks de médicaments tels que les dons ou les échantillons.

On assiste également dans le secteur privé à des distributions en dehors des circuits autorisés par le biais d'importateurs et de sociétés non agréés par le Ministère de la Santé.

La distribution de ces produits s'organise suivant une chaîne allant des magasins de stockage, boutiques spécialisées assurant la vente en gros, des boutiques de vente en détail, aux étalagistes sur les abords des rues et marchands ambulants parcourant les quartiers.

DEUXIEME PARTIE

Usage rationnel du médicament

Situation et importance du problème

I- DEFINITION

Un grand pas vers un usage rationnel des médicaments a été fait en 1977 avec la création par l'OMS de la 1^{ère} liste modèle de médicaments essentiels pour aider les pays à formuler leurs propres listes nationales. En 1985, la définition actuelle de l'usage rationnel a été convenue lors d'une conférence internationale à Nairobi.

L'usage rationnel des médicaments correspond donc à :

« Prescrire le produit approprié, obtenu à temps et moyennant un prix abordable pour tous, délivré correctement et administré selon la posologie appropriée et pendant un laps de temps approprié. » (35)

La conférence de Nairobi a mis au premier plan la question de l'usage des médicaments. Depuis lors, bien des efforts ont été entrepris pour faire en sorte que les médicaments soient utilisés à meilleur escient (36).

Par conséquent, l'usage irrationnel ou non rationnel est l'usage des médicaments de manière non conforme à la définition donnée ci-dessus.

Usage « irrationnel » suppose qu'il y a une référence à la rationalité. Celle-ci revêt deux aspects (37):

1- La rationalité **scientifique** qui vise un bénéfice clinique pour le patient.

Le médicament a une efficacité biologique démontrée, pour certaines indications, avec une posologie, une durée de traitement, des interactions, etc... Chaque médicament doit donc être utilisé dans ses indications et conformément à des normes de traitement définies par des études cliniques spécifiques.

2- La rationalité **économique** qui concerne l'usage approprié des ressources, surtout celle de la communauté et qui entraîne le recherche d'une action coût/efficacité, c'est-à-dire le médicament le moins cher pour la même efficacité ou le médicament le plus efficace pour le même coût.

II- PROBLEME ET CONSEQUENCES DE L'USAGE IRRATIONNEL DES MEDICAMENTS

L'usage irrationnel

De nombreuses études, menées dans les pays en développement aussi bien que dans les pays industrialisés, ont montré quelle était l'ampleur de l'usage irrationnel des médicaments. Les anomalies rapportées concernent aussi bien la prescription à l'hôpital que dans les soins ambulatoires, le conseil à l'officine et l'automédication.

A l'échelle mondiale, plus de 50% de tous les médicaments sont prescrits, distribués ou vendus de manière inappropriée. En même temps un tiers de la population n'a pas accès aux médicaments essentiels et 50% des patients ne les prennent pas correctement (3).

On parlera donc d'usage irrationnel du médicament lorsque la prescription est :

- excessive en nombre : polyprescription de médicaments, surutilisation des antibiotiques, des produits injectables et multivitaminés.

Alors que le nombre de médicaments par ordonnances se situe aux alentours de 2 en Suisse, il est de 8.6 dans les hôpitaux du sud du Brésil et de 5 dans la plupart des centres de santé au Cameroun (38).

- inadaptée par le choix du médicament ou de la posologie qui ne correspond pas au diagnostic, à l'âge, à la situation du patient, ou à ses antécédents.

En France, en 1983, une ordonnance sur quatre comportait des antibiotiques, dans 57% des cas contre des infections respiratoires d'origine virale ne répondant pas aux antibiotiques.

- incomplète, incohérente ou dangereuse : par une durée de traitement non précisée, par des associations médicamenteuses dangereuses ou injustifiées, ou encore par l'usage abusif de produits injectables alors que le médicament peut être administré par voie orale avec plus de sécurité et d'efficacité, à un moindre coût.

Sont encore qualifiés d'irrationnels les traitements comprenant des médicaments :

- trop chers, c'est-à-dire souvent prescrits en nom de spécialités et non en Dénomination Commune Internationale (DCI) qui facilite ainsi l'accès aux médicaments essentiels génériques moins coûteux.
- inutiles ou superflus, sans véritable efficacité. Ils peuvent être prescrits en dehors de la liste nationale des médicaments essentiels.
- non disponibles dans la pharmacie la plus proche.
- non dispensés en DCI.
- délivrés en quantité supérieure ou inférieure au traitement prescrit. Dans les pharmacies des pays en développement, 90% des clients achètent des antibiotiques pour 3 jours ou moins (39).

Les conséquences

Ces différents types d'usage irrationnel des médicaments compromettent manifestement les efforts déployés pour améliorer la morbidité et la mortalité. En effet la mortalité dans les pays en voie de développement est essentiellement due aux maladies infectieuses.

Tableau IX : Mortalité chez les enfants de moins de 5 ans dans les pays en voie de développement en 1993. (Source : rapport sur la santé dans le monde)

Infections	Pourcentages de la mortalité totale
Infections respiratoires aiguës	33.70 %
Diarrhée	24.70 %
Maladies évitables par la vaccination	19.30 %
Rougeole	9.50 %
Paludisme	7.70 %
Tétanos néonatal	4.60 %
Coqueluche	3 %
Tuberculose	2 %
Méningite	0.80 %
Cause liée au VIH	0.60 %
Syphilis congénital	1.60 %

Ces pathologies sont :

- fréquentes : 50 à 60% des motifs de consultations pour les enfants de 0 à 15 ans dans les PVD (40).
- susceptibles d'être diagnostiquées par des examens biologiques simples et standardisés
- graves, mortelles ou invalidantes.
- curables par la plupart des antiinfectieux (ex : pneumonies, tuberculose, méningites et diarrhée bactérienne) ou peuvent être prévenue par la vaccination.
- coûteuses.

Les conséquences de l'usage irrationnel des médicaments se mesurent donc en termes **de qualité des soins :**

- *Inefficacité des traitements prescrits* : les échecs thérapeutiques allongent considérablement la période de contagiosité du malade, ce qui augmente le nombre de personnes infectées en circulation dans les collectivités.

- *Toxicité* : le recours excessif aux injections va augmenter inutilement les risques de transmissions de certaines pathologies (hépatites, VIH)(3).

- *Dépendance et accoutumance* : dans les pays développés, l'usage irrationnel des médicaments comprend la consommation excessive de médicaments psychotropes (41).

- *Résistance aux antibiotiques* : l'émergence et le renforcement rapide des résistances aux antimicrobiens va augmenter l'incidence des réactions négatives aux médicaments, une prolongation de l'état pathologique, un accroissement du risque de décès et un risque de propagation des germes résistants à l'ensemble de la population.

Le mauvais usage, en terme de posologie, de la chloroquine intraveineuse au Ghana, a favorisé l'apparition d'un paludisme lent (41).

Parmi les exemples les plus importants, on retrouve les bacilles Gram-négatifs hautement résistants à l'ampicilline(42), le *Streptococcus pneumoniae* résistant à la pénicilline, les entérocoques résistants à la vancomycine, les salmonelles polypharmacorésistantes et la tuberculose à bacilles multi résistants (43).

- *Retard de recours à des soins efficaces.* En effet, ce panel de conséquences de l'usage irrationnel va entacher la crédibilité du système de soins proposé aux malades. En alternative, celui-ci se tournera vers l'automédication et le marché illicite de médicaments. Une enquête menée à Bamako, en 1989 a montré que dans le quartier le plus peuplé de Bamako sur les 1014 malades interrogés, 50% d'entre eux diagnostiquaient et traitaient eux-mêmes leur maladie (les anti-infectieux représentant 61% des médicaments achetés en automédication)(44).

L'utilisation irrationnelle des médicaments engendre également un **impact économique néfaste.**

L'usage abusif des médicaments peut stimuler une demande inappropriée de la part des patients.

La prescription non justifiée et récurrente d'antibiotiques à large spectre entraîne un surcoût inutile des traitements. Une étude pionnière au Ghana a montré que si les prescriptions faites dans les centres de santé avaient suivi les recommandations des autorités nationales, le coût des médicaments prescrits aurait été réduit de 70% (45).

La pharmaco-résistance grève les ressources de la santé publique par la prolongation de la maladie ainsi que le besoin d'antimicrobiens plus onéreux. Par exemple, les médicaments nécessaires au traitement de la tuberculose à bacilles multi résistants sont presque 100 fois plus chers que les médicaments de première intention pour les souches sensibles (43).

Selon le cas, c'est soit le système de santé, soit le patient lui-même qui pâtit de ce surcoût.

Alors que, dans la plupart des pays développés, la dépense pharmaceutique constitue moins de 20% de toutes les dépenses publiques et privées, elle compte pour 25 à 66% dans les pays en développement (39).

Le médicament constitue la part la plus importante du budget de santé des individus et des ménages. Une étude réalisée au Mali a révélé que les ménages consacraient 80% de leur budget de santé aux médicaments modernes, contre 13% à la médecine traditionnelle (46).

Les obstacles à l'usage rationnel des médicaments

Qu'il s'agisse des acteurs directs c'est à dire le consommateur, le prescripteur et le dispensateur, ou des acteurs indirects que sont les autorités nationales chargées de la réglementation, les enseignants des sciences de la santé et les laboratoires pharmaceutiques, chacun a sa propre logique, ses contraintes et des intérêts parfois divergents.

Le patient/consommateur

Il est l'acteur principal, car c'est lui qui décide en fin de compte de prendre ou non le médicament prescrit par un médecin ou choisi par lui-même.

Ses connaissances sur les médicaments et son mécanisme d'action étant limitées, ses décisions peuvent être fortement marquées par ses références culturelles (37).

La consommation médicamenteuse doit être envisagée dans le contexte de la société, de la communauté, de la famille et de l'individu.

Très tôt, l'enfant sait que le médicament a le pouvoir « magique » de guérir, et c'est pourquoi il y a une forte demande. Ainsi le médicament est l'objet principal de transaction entre le soigné et le soignant et il y a rarement de consultation sans prescription finale. La prescription a un effet symbolique qui légitimise le rôle du médecin et du malade. Pour le malade, la prescription est le symbole de l'intérêt que lui porte le médecin et lui confirme son rôle de malade.

La polypharmacie est, pour la famille du malade, un moyen d'assurer qu'elle a fait tout ce qui était possible pour guérir leur proche (38).

Il peut arriver que des patients réclament certains médicaments à mauvais escient, simplement parce qu'ils leur ont été conseillés par des membres de la famille ou des voisins.(47).

En contre partie, le médicament est aussi considéré comme « poison », ce qui génère des arrêts inappropriés de traitement dès qu'une amélioration apparaît, les doses ou la durée de traitement sont diminuées.

Le respect des prescriptions se situe au mieux autour de 50% et n'est, dans bien des cas, pas supérieur à 20% (38).

Le prescripteur

Il décide du traitement en fonction de sa formation, de son expérience et de l'image qu'il a du médicament, face à un patient qui envisage difficilement une consultation sans prescription.

Celui-ci est soumis à différentes pressions.

Le médecin, en prescrivant des médicaments, se donne l'assurance qu'il traite le malade et qu'il assure le maintien de leur relation.

Il peut donc avoir besoin de se sécuriser par de larges prescriptions, notamment quand le diagnostic est incertain, qu'il n'a recours qu'à l'examen clinique et que sa formation est précaire (ex : un infirmier isolé en Afrique). Il préfère en faire trop que pas assez, et jouer de l'effet de prestige que peut représenter la prescription multiple. Une étude, réalisée en Inde en 1988, a montré que 16 % des médecins prescrivaient en même temps plusieurs préparations vitaminées contenant les mêmes ingrédients (38).

L'insuffisance de formation initiale et continue a été constatée dans plusieurs études de prescription (48)(44). L'étude réalisée au Mali dans un centre de santé relève que 10% des produits prescrits par les infirmiers étaient inefficaces et que 2.7% étaient d'indication douteuse. Une autre étude, sur la prescription des aides-soignantes et des matrones, a montré qu'au moins 60% des prescriptions des quatre produits les plus fréquemment utilisés (comprimés de sel de quinine, d'acide acétylsalicylique, de chloroquine et de benzylpenicillinate de sodium) ne comportaient aucune indication.

On pensait autrefois que seule la formation permettrait de résoudre le problème de l'usage rationnel des médicaments. Il est cependant apparu, dans de nombreux cas (49), que les connaissances étaient satisfaisantes alors que les pratiques et comportement laissaient à désirer, souvent pour bien d'autres causes que le manque d'information.

Le prescripteur a également des contraintes économiques, il peut rechercher plus de ressources en temps ou en argent :

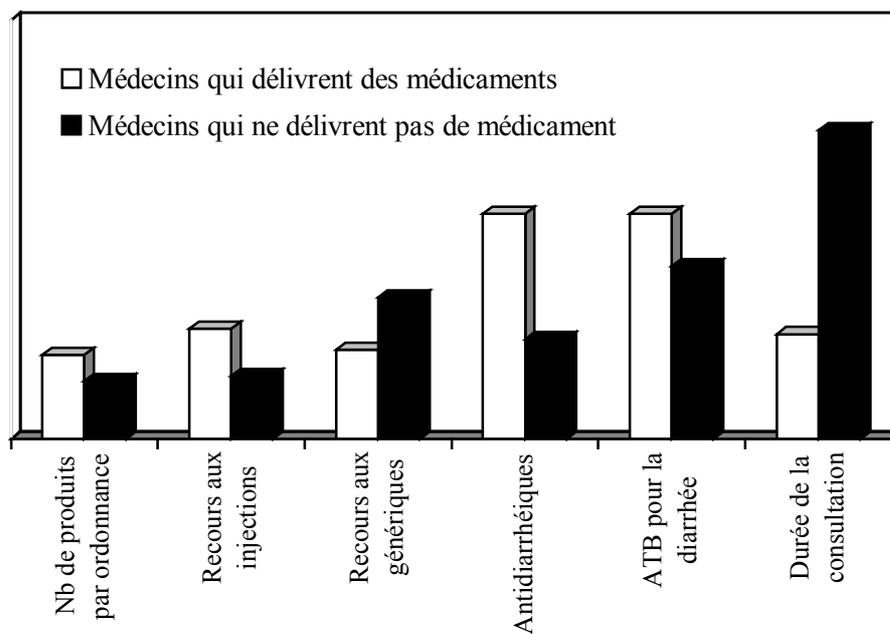
- Des consultations rapides pour absorber le nombre important de malades consultants, d'où un manque flagrant de communication entre le malade et le personnel médical et l'absence de recommandations relatives au traitement prescrit.
- Sous-traitance de ses tâches à du personnel moins compétent.
- Entente avec un laboratoire contre des avantages.

- Pratiques parallèles, telle que supplément de prix pour des conditions particulières ; demande d'injection, de perfusion, prise en charge hors horaires normaux.
- Vente de médicaments.

Les processus de prescription et de délivrance des médicaments sont souvent régis par des impératifs de profits. Dans bien des cas, le clinicien devient le vendeur ; en Inde, au Japon et au Pakistan, jusqu'à 80% des médecins vendent des remèdes à leurs patients (50).

Dans certains pays, les médecins généralistes tirent 60% de leur revenu de la vente de médicaments. Le graphique ci-dessous illustre les différences de pratiques de prescription entre les médecins qui délivrent des médicaments et les autres en Afrique du Sud

Encadré I : Médecins autorisés à délivrer des médicaments : usage des médicaments et économie de la santé (51)



Autoriser un clinicien à délivrer des médicaments est cependant une telle incitation à la prescription abusive que cette solution n'est envisageable que dans les zones rurales et autres zones mal desservies où il n'y a pas de fournisseur fiable de médicaments.

L'avantage économique peut ne pas être personnel : une des limites de l'Initiative de Bamako est de favoriser la surprescription car le chiffre des ventes de médicaments conditionne le financement de la structure de soins (37).

Le dispensateur

Le pharmacien est appelé à dispenser les médicaments ce qui le différencie d'un quelconque marchand.

Que signifie « dispenser un médicament » ?

C'est un acte pharmaceutique qui associe la délivrance des médicaments à (52) :

- l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance ;
- la préparation éventuelle des doses à administrer ;
- la mise à disposition d'informations nécessaires au bon usage du médicament.

Le pharmacien comme le prescripteur est pris entre plusieurs rationalités qui peuvent être en conflit :

Une rationalité de santé qui requiert toutes les compétences acquises du pharmacien responsable : distribuer, conseiller les médicaments prescrit et hors prescription, prendre l'ensemble des dispositions visant à soutenir le malade dans sa thérapie. On remarque cependant que les taux de substitution, permettant l'accès aux traitements les moins coûteux, restent dérisoires dans le secteur public (15% au Mali, 1% au Gabon) et inexistant dans le secteur privé (3% en Guinée, 1% au Cameroun) (4).

Le pharmacien doit également répondre à la demande car il est dans un environnement concurrentiel. C'est ainsi que celui-ci cautionne la délivrance de substances nécessitant une ordonnance. Dans une enquête sur l'automédication réalisée en Côte d'Ivoire (2), sur 246 médicaments demandés par les acheteurs, 191 figuraient sur les listes I ou II des substances vénéneuses : 166 des 191 demandes (soit 87%) ont été satisfaites sans ordonnance médicale, à l'encontre de la législation.

Il a également les impératifs commerciaux de son établissement car il vit de la vente des médicaments ce qui peut l'amener :

- à employer du personnel non qualifié ;
- à conseiller les produits disponibles même s'ils ne sont pas essentiels ;
- à vendre des produits inutilement coûteux au client d'apparence prospère ;
- à délivrer au client peu fortuné quelques jours de traitement incomplet correspondant au contenu de sa bourse (38).

Selon les enquêtes réalisées dans plusieurs pays d'Afrique (2), le patient ne perçoit pas de différence entre le service rendu à l'officine et celui qu'il trouve sur les marchés illicites où les prix sont moins élevés et l'accueil plus convivial.

Les autorités chargées de la réglementation

Une politique pharmaceutique nationale (PPN) est une composante essentielle de la politique de santé : elle définit les buts et les objectifs nationaux pour le secteur pharmaceutique et fixe les priorités et stratégies nécessaires (53). De nombreux pays en voie de développement ont travaillé ces dernières années au développement des PPN (39), mais le problème ce n'est pas tant l'absence de politiques pharmaceutiques dans les pays que le non respect de ces politiques (54) et l'absence de contrôle.

Dans certains pays, les réglementations visant à limiter l'accès à certaines substances sont insuffisantes, il arrive que les antibiotiques puissent être légalement délivrés sans ordonnance(47). Même le diazepam est parfois en vente libre, ce qui constitue une violation des conventions internationales sur les substances psychotropes et stupéfiants.

L'anarchie des politiques de prix et les systèmes de marges inflationnistes favorisent la dérive commerciale des professions pharmaceutiques et incite à une consommation coûteuse.

L'accès limité des populations aux marchés pharmaceutiques officiels soutient l'explosion du marché parallèle, comme c'est le cas en Guinée (30 à 40% du marché pharmaceutique)(21).

Industries et laboratoires pharmaceutiques

Les intérêts commerciaux ne correspondent pas toujours à l'intérêt public. Le marketing industriel a un but commercial, à savoir augmenter les ventes et les profits liés à un produit donné, il peut, de ce fait, influencer l'achat de produits inutilement coûteux (55).

Les firmes pharmaceutiques font des études de marché afin de savoir quels sont les séries de symptômes et les problèmes de santé que les gens associent (56). En encourageant les médecins à répondre à ces besoins et attentes subjectives, les firmes cautionnent des modes de consommation souvent contestables.

De plus, lorsque l'information pharmaceutique est insuffisamment réglementée par les pouvoirs publics, les critères éthiques applicables à la promotion des médicaments risquent de ne pas être respectés et de contrecarrer l'usage rationnel des médicaments (57).

On entend par promotion : « toute activité d'information et d'incitation menée par les fabricants et les distributeurs pour faire prescrire, acheter et/ou utiliser des médicaments »(58).

Des exemples de publicité trompeuse sont cités (41) : la couverture illustrée d'un bloc-notes distribué par Upjohn et sur laquelle on vante le Xanax® pour lutter contre les tensions de la vie quotidienne.

Programmes d'enseignement

L'enseignement dispensé aux professionnels de santé, même conforme aux données scientifiques, n'est pas toujours coordonné aux objectifs de la politique pharmaceutique nationale. Ainsi, les concepts sur le médicament essentiel et sur la rationalité économique n'apparaissent guère dans les programmes d'enseignement des pays francophones d'Afrique (37).

Situation économique locale

La dévaluation monétaire de 1994 a lourdement accélérée la multiplication des trafics dans les pays de la zone CFA.

Le marché illicite de produits pharmaceutiques s'étale au grand jour, dans les villes comme dans les zones rurales des pays africains, étals sur les marchés, boutiques ou commerces ambulants. En 1986, on avait compté 106 étalages de médicaments sur le marché international Dantokpa à Cotonou, en 1996 leur nombre était passé à 256 pour atteindre 686 en 1999.

L'insuffisance, la faiblesse ou l'inefficacité des contrôles réglementaires stimulent l'apparition de ce marché illicite.

Pour les populations, les médicaments et particulièrement les spécialités sont chers par rapport au niveau de vie. Certaines spécialités sont même plus chères que dans les pays industrialisés (59).

Ce marché parallèle, répondant à la loi de l'offre et de la demande, propose des médicaments à bien meilleur marché, issus de la contrebande ou de détournements des secteurs publics et privés (60).

Les conséquences sanitaires sont multiples : intoxications médicamenteuses, effets indésirables, retard de diagnostic, développement de maladies émergentes, toxicomanie, destruction du système sanitaire.

Politique de développement

Depuis la conférence de Nairobi en 1985, l'usage rationnel des médicaments figure dans toutes les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et des instances gouvernementales chargées de la santé. Malheureusement, très peu de résultats ont été obtenus dans la pratique médicale et pharmaceutique par la définition des listes de médicaments essentiels (61).

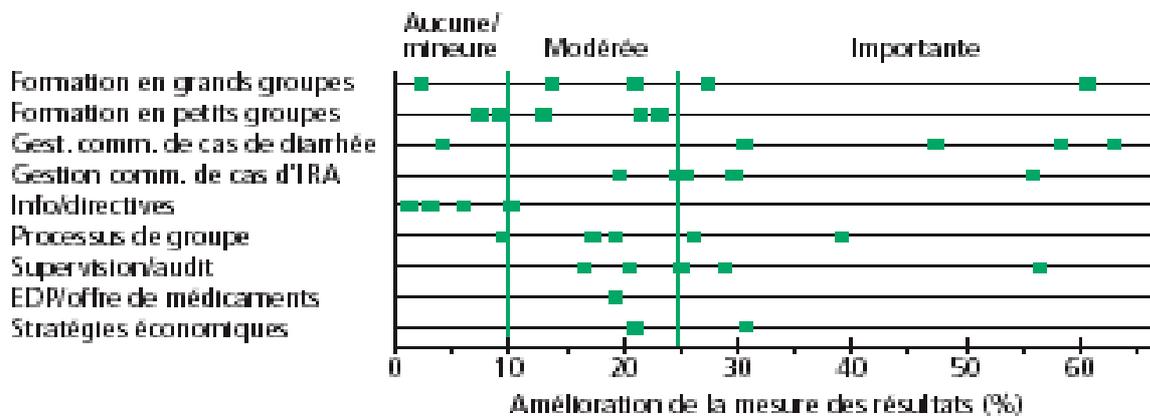
En 1989, lors de la création de l'INRUD (International Network for the Rational Use of Drugs)(41), il est apparu rapidement qu'il n'existait pas de normes permettant de mesurer ou d'estimer l'utilisation des médicaments dans les pays en voie de développement. La collaboration de plusieurs groupes a permis de mettre au point des indicateurs et des méthodes simples permettant de mesurer l'utilisation des médicaments dans les services de soins et d'en comprendre les motifs. L'utilisation de ces indicateurs OMS/INRUD (dont nous nous servirons pour notre étude) a permis de nombreuses études d'intervention.

Une conférence internationale sur « l'Amélioration de l'Utilisation des Médicaments » s'est tenu en 1997 à Chiang Mai (Thaïlande) et a permis d'identifier parmi les travaux réalisés, les stratégies et les interventions les plus efficaces.

Le graphique n°2 (62) donne un résumé de l'ampleur de l'amélioration de la prescription par types d'intervention illustre l'amélioration des résultats

Encadré 2 Revue de 30 études dans des pays en développement

Ampleur des améliorations de l'usage des médicaments par types d'intervention



Adapté de : *Médicaments essentiels : le Point*, 1997

IRA=Infection Respiratoire Aiguë

La stratégie pharmaceutique de l'OMS pour 2000-2003 couvre quatre objectifs dans le domaine du médicament : Politique /Accès/ Qualité et Innocuité/ Usage rationnel(1).

Dans le domaine de l'usage rationnel des médicaments, le défi consiste à définir comment assurer l'usage thérapeutiquement sûr et économiquement efficace des médicaments par les professionnels de santé et par les consommateurs.

En 2001, afin d'aider les pays à appliquer et suivre une stratégie nationale visant à promouvoir l'usage rationnel des médicaments, l'OMS propose douze interventions présentées dans le tableau X.

Tableau X: Douze interventions principales pour la promotion d'un usage plus rationnel des médicaments (3)

1. Un organisme national multidisciplinaire mandaté pour coordonner les politiques en matière d'usage de médicaments
2. Des directives thérapeutiques
3. Des listes de médicaments essentiels basées sur des traitements choisis
4. Des comités pharmaceutiques et thérapeutiques dans les districts et les hôpitaux
5. Une formation à la pharmacothérapie par problèmes dans les programmes de cycle universitaire
6. Un enseignement médical continu, obligatoire pour le permis d'exercer
7. Encadrement, audit et rétroaction
8. Une information indépendante sur les médicaments
9. L'éducation du public au sujet des médicaments
10. Le refus d'incitations financières perverses
11. Une réglementation appropriée et mise en vigueur
12. Un niveau de dépenses gouvernementales suffisant pour assurer la disponibilité des médicaments et du personnel

Dans le cadre de ses efforts pour promouvoir une utilisation sûre, rationnelle et efficace des médicaments, l'OMS publie fin 2002 la première édition du WHO Model Formulary. Il s'agit de la première publication donnant des informations complètes sur les 325 médicaments figurant sur la liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels : indications, posologies, effets indésirables, contre-indications et avertissements. L'utilisation correcte de cet ouvrage permettra d'améliorer la sécurité pour les patients et d'éviter les dépenses superflues.

TROISIEME PARTIE

Enquête sur l'usage rationnel des médicaments

à l'Hôpital National Donka : Guinée

I -CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

L'Hôpital National Donka

Le centre hospitalo-universitaire de Donka est situé dans la ville de Conakry et couvre une superficie de 18 hectares.

?Historique

De sa construction en 1958 à l'année 1994, début des travaux de sa rénovation, cet hôpital n'avait bénéficié d'aucune action de maintenance ou d'amélioration de ses infrastructures immobilières et de ses équipements.

Ces 36 ans avaient suffi pour faire de l'hôpital Donka un centre vétuste, sous-équipé et sans médicaments, employant un personnel démotivé avec lequel le patient avait rompu le sacrosaint contrat de confiance malade-soignant (63).

A la faveur du changement politique intervenu en Guinée en 1984 et le lancement d'un vaste programme de réhabilitation des infrastructures sanitaires, le gouvernement guinéen a obtenu des fonds pour la réhabilitation, l'extension et l'équipement du CHU de Donka.

Après la création de l'Université guinéenne avec, en son sein, la Faculté de Médecine et de Pharmacie, l'hôpital Donka a été érigé en Centre hospitalo-universitaire.

?Statut juridique (64)

L'hôpital Donka est un Etablissement Public Administratif à caractère scientifique et social placé sous la tutelle du Ministère chargé de la Santé. Il jouit de la personnalité morale, de l'autonomie financière et de gestion, conformément à la législation et à la réglementation régissant les Etablissement Publics et Administratifs.

Sur le plan organisationnel, l'hôpital national comprend des organes de décisions, des structures techniques et d'appui et des organes consultatifs.

Sous la tutelle du Ministre chargé de la Santé Publique, l'hôpital Donka a pour mission :

- * la prise en charge des cas référés par les hôpitaux régionaux et préfectoraux et par les formations sanitaires de la ville de Conakry ainsi que la prise en charge des urgences et des consultations externes et leur éventuel hébergement.
- * de soutenir les activités de soins de santé primaires et secondaires.
- * d'assurer la formation initiale et continue des personnels médicaux et para-médicaux.
- * de promouvoir la recherche en santé en vue de réduire la morbidité et la mortalité.

?Organisation

L'hôpital a une capacité de 425 lits.

Les principales causes d'hospitalisation au niveau des hôpitaux sont : le paludisme, les infections respiratoires, les anémies non drépanocytaires, les maladies diarrhéiques, les maladies chirurgicales, les affections gynécologiques, les maladies cardio-vasculaires et les maladies psychiatriques.

Les services de base sont :

- La médecine interne
- La pédiatrie générale
- La chirurgie viscérale
- La chirurgie traumatologique-orthopédique
- La gynéco-obstétrique
- L'anesthésie-réanimation
- Les urgences médico-chirurgicales
- L'endoscopie
- L'imagerie médicale
- Les laboratoires d'analyses biomédicales
- La pharmacie
- L'odontostomatologie

Les services spécialisés de l'hôpital Donka comprennent :

- La psychiatrie
- La neuro-chirurgie
- La néphrologie
- L'endocrinologie
- La dermatologie
- La chirurgie pédiatrique

Le personnel travaillant à Donka (toutes catégories confondues) est de 422 personnes, parmi elles on trouve (17) :

Médecins	151
Pharmaciens+biologistes	5
Sages-femmes	22
Infirmiers	195
Techniciens de laboratoire	35
Préparateurs en pharmacie	8
Techniciens radio	3
Agents de maintenance	3

Le nombre de médecins est pratiquement égal à celui du personnel infirmier. Cette situation n'est pas sans influence négative sur la qualité des soins infirmiers.

Les indices d'utilisation des lits et de productivité médicale à Donka sont comparés à l'autre hôpital national Ignace Deen et se présentent comme suit :

Tableau 11 : Indices d'utilisation des lits et de productivité médicale dans les deux hôpitaux nationaux : Donka et Ignace Deen

Indice	Donka	Ignace Deen
Indice lit par médecin	3.41	4.8
Indice lit par infirmier	2	3.24
Ratio hospitalisation par médecin par jour	0.21	0.23
Ratio Accouchement par sage femme par jour	0.16	0.19

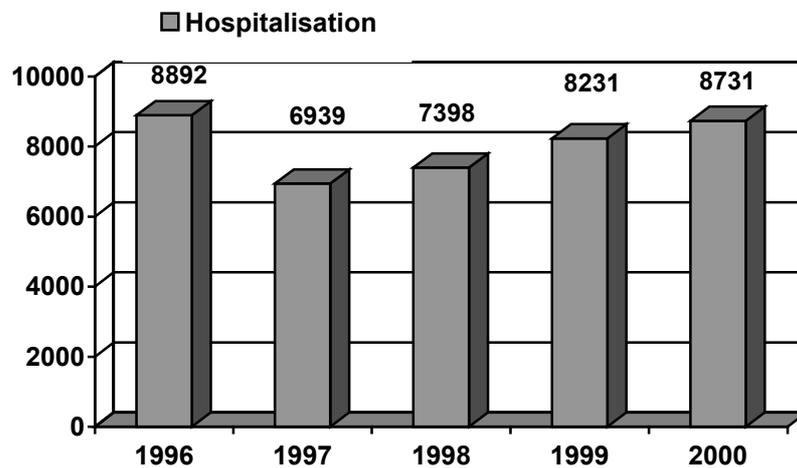
Par rapport à la population de la ville de Conakry, le nombre moyen de contact, par habitant et par an avec l'hôpital, est de 0.01. Il en ressort que les hôpitaux nationaux n'occupent

qu'une place marginale dans la demande générale de consultations à l'exception des cas de spécialité.

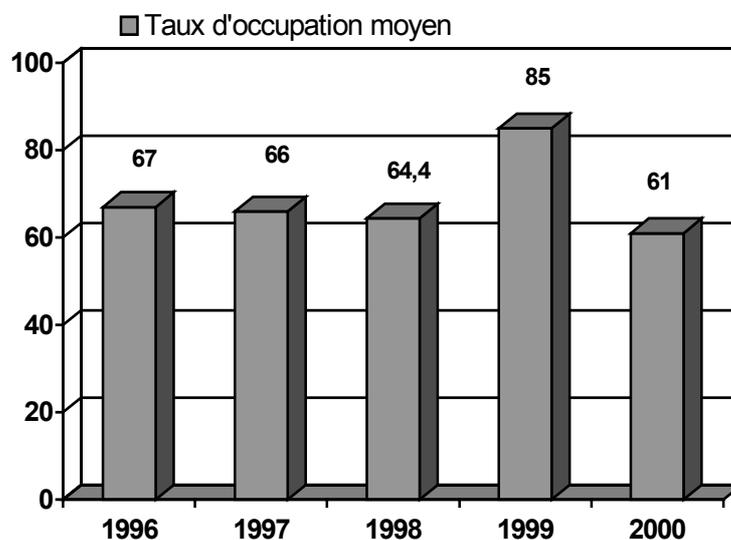
Le taux moyen d'hospitalisation dans la ville de Conakry, calculé sur la base de l'origine géographique des malades, est de 16 pour 1000 habitants (63).

L'évolution des taux d'hospitalisation et d'occupation des lits, ces dernières années, est schématisée sur les graphiques suivants (65) :

Encadré III : Evolution des taux d'hospitalisation à l'Hôpital National Donka



Encadré IV : Evolution du taux d'occupation des lits à l'hôpital National Donka



L'hôpital dispose d'un service « porte » permettant d'orienter les malades qui se présentent (vers les urgences, vers une hospitalisation, vers une consultation externe). Les consultations externes de médecine à l'hôpital Donka sont pratiquées dans une aile du pavillon des urgences, exclusivement par des médecins ; mais d'autres consultations sont effectuées directement dans les services.

Usuellement, les ordonnances sont prescrites par des médecins et des infirmiers qui sont autorisés à prescrire.

La pharmacie hospitalière ainsi que le service des urgences occupent l'autre aile de ce pavillon.

?La pharmacie hospitalière

La pharmacie fonctionne en continu à l'aide d'un service de garde nocturne.

L'approvisionnement est assuré par la Pharmacie Centrale de Guinée et les stocks de médicaments sont situés dans des locaux, à proximité du point de vente. Il n'y a pas, à proprement parlé, de circuit de distribution à l'intérieur de l'hôpital. Le système du forfait hospitalier n'est pas respecté et les médicaments sont vendus aux patients hospitalisés.

La vente s'effectue donc aux ambulatoires et les médicaments disponibles sont sélectionnés parmi la liste nationale des médicaments essentiels. Il y a donc une liste de médicaments essentiels interne à l'hôpital Donka.

Les actes pharmaceutiques, réalisés par le pharmacien ou sous sa responsabilité au sein des pharmacies hospitalières, sont définis par décret N°94/043/PRG/SGG (annexe 2) et concernent :

- les actes de gestion qui conduisent au choix thérapeutique, incluant l'achat, l'approvisionnement et la détention des médicaments et autres produits pharmaceutiques autorisés.
- la préparation, le contrôle et la dispensation aux malades de ces mêmes médicaments.
- le contrôle du bon usage des médicaments, la participation à la pharmacovigilance, ainsi que tout acte d'aide et de suivi thérapeutique.

L'organisation de la gestion pharmaceutique interne à l'hôpital Donka est définie par la circulaire N°0533/MS/CAB du 16 avril 1996, que nous n'avons pas pu nous procurer. Elle met l'accent sur les attributions du pharmacien, les procédures d'achat, de stockage, de dispensation et de suivi des produits pharmaceutiques et les outils réglementaires facilitant l'approvisionnement en produits médicaux et la gestion des stocks.

Contexte et objectifs de l'enquête

Dans les pays en développement, il y a relativement peu de travaux sur les moyens de rationaliser l'usage des médicaments dans les hôpitaux.

Pourtant, il y a tout lieu de s'intéresser de près à l'utilisation des médicaments en milieu hospitalier car la consommation de médicaments dans ces établissements absorbe souvent 60 à 80% des dépenses publiques de médicaments (62).

Le processus de la réforme hospitalière, instituée en Guinée à partir de 1990, a permis de mener d'importantes actions telles que l'amélioration du cadre juridique et institutionnel, l'octroi de l'autonomie de gestion aux établissements hospitaliers, la mise en place d'un système d'information hospitalier et la définition de la carte sanitaire.

Malgré ces réformes, le secteur public hospitalier est encore peu satisfaisant. En effet le niveau d'utilisation des services est faible, la qualité technique des prestations est médiocre, l'accueil des patients et des familles est défaillant, les professionnels de santé sont peu motivés (17).

Cette situation s'explique par l'absence d'une politique hospitalière qui implique une absence de cadre et de règles précises de fonctionnement et de maîtrise de la gestion.

C'est donc dans le cadre d'un Plan National de Développement Sanitaire que s'insère le « Plan stratégique de développement des hôpitaux pour la période 2001-2010 ».

Celui-ci reprend les objectifs spécifiques de la politique nationale de santé et vise à mettre en place d'ici 2010, au sein des structures hospitalières du pays, un système de santé accessible et répondant aux besoins de la population.

Cinq axes stratégiques sont retenus pour atteindre les objectifs ci-dessus :

- La lutte intégrée contre la maladie et la mortalité
- Le renforcement des capacités institutionnelles et de gestion
- L'amélioration de l'offre et de l'utilisation des services
- Le développement des ressources humaines
- La promotion de la santé afin de développer l'unicité du secteur santé, la participation communautaire et des comportements favorables à la santé.

L'amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de santé suppose donc que les patients reçoivent des produits adaptés à leur état clinique, à des doses correspondant à leur besoins individuels, pendant une période de temps suffisante et au coût le plus faible pour eux-mêmes et pour la collectivité (66).

Comme nous l'avons vu, les médicaments sont souvent utilisés de manière irrationnelle pour des raisons très rationnelles.

Pour répondre au problème de l'usage irrationnel des médicaments, la prescription, la dispensation, la distribution et l'usage par les patients devraient être régulièrement surveillés au niveau suivant (3):

- les types d'usage irrationnel, pour que les stratégies puissent être orientées vers les causes de non rationalité.
- le volume d'usage rationnel, pour que l'envergure en soit connue et que l'impact des stratégies puisse être suivi.
- les raisons de l'usage irrationnel des médicaments, pour que les stratégies efficaces et réalisables puissent être choisies.

Notre étude a été réalisée dans le cadre d'une coopération entre le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes et le service de la Coopération et d'Action Culturelle de Conakry. Le projet « Renforcement du dispositif sanitaire en Guinée » qui les unit, axé essentiellement sur la formation, a permis la réalisation de ce travail autorisé également par la Direction Nationale des Pharmacies et des Laboratoires et la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins.

L'enquête menée au sein de l'hôpital national Donka a donc contribué à l'étude de l'usage rationnel des médicaments en milieu hospitalier et pour se réaliser, les objectifs ont été les suivants :

- dans un premier temps : évaluation de la prescription et de la dispensation des médicaments à l'hôpital Donka.
- dans un deuxième temps : mise en perspective des résultats obtenus avec d'autres études afin de relever les points forts et les points faibles des pratiques étudiées.
- dans un troisième temps : contribution à l'amélioration des prestations en proposant des mesures visant à optimiser les ressources tout en assurant des soins de qualité.

II- METHODOLOGIE

Cette évaluation a été réalisée grâce à une méthodologie adaptée du guide du Programme d'Action pour les Médicaments Essentiels de l'OMS (Drug Action Program : DAP) : « Comment étudier l'usage des médicaments dans les services de santé » édité en 1993 (67).

La méthodologie, basée sur la collecte d'informations, permet le calcul d'indicateurs (appelés indicateurs OMS/INRUD plus haut) qui ont été mis au point pour mesurer le travail exécuté dans trois grands domaines, liés à l'usage rationnel des médicaments :

- les habitudes des médecins et agents de santé en matière de prescription.
- les éléments clés des soins aux malades concernant à la fois les consultations cliniques et la distribution des produits pharmaceutiques.
- la présence d'éléments, dans ces services, qui favorisent l'usage rationnel des médicaments.

Le guide utilisé concerne uniquement des consultations externes de médecine générale. Le propos de notre étude étant l'usage des médicaments à l'hôpital, la population a été élargie à certains malades hospitalisés.

Notre objectif étant de décrire les pratiques thérapeutiques en vigueur à l'hôpital, nous procéderons donc à une étude de type transversal, à l'aide d'un recueil prospectif de données.

L'étude de la prescription et de la dispensation des médicaments consiste en une observation des consultations et une analyse de l'ordonnance de sa phase de rédaction par le médecin à sa dispensation par le pharmacien. Un tel procédé nécessite alors un suivi nominatif du malade et de sa prescription, de la salle de consultations jusqu'à la pharmacie.

Cependant, pour des raisons éthiques et culturelles, il n'était pas envisageable d'assister aux consultations, afin de ne pas gêner les prescripteurs. Il n'était pas possible, non plus, d'orienter les malades porteurs de prescriptions, de la sortie des consultations vers la pharmacie, afin de ne pas influencer leur comportement.

La méthodologie de l'OMS employée mentionne qu'il n'est pas nécessaire de recueillir les données propres à la consultation et les données concernant la dispensation des médicaments, pour les mêmes malades.

Nous avons donc enquêté, d'une part, à la sortie des consultations en questionnant les patients, et d'autre part, à la pharmacie de l'hôpital Donka grâce à un recueil de prescriptions, ne provenant pas nécessairement des mêmes malades interrogés.

Ceci nous a permis, en revanche, de recueillir des ordonnances qui n'ont pas été prescrites de façon officielle et qui sont le fruit de consultations « sauvages » réalisées par du personnel non qualifié, dans les couloirs de l'hôpital.

Population étudiée

Types de consultation :

Nous étudierons les pratiques de prescription de médicaments et de dispensation auprès de deux types de consultations : **les consultations externes** et **les consultations réalisées auprès des malades hospitalisés**.

Type de service :

Afin d'obtenir des indicateurs interprétables, la collecte des données, pour les deux types de consultations étudiées, a porté sur un échantillon de médecine générale, représentant, à la fois, un éventail de problèmes de santé et d'âges. Les indicateurs de la prescription des médicaments ne sont pas applicables aux consultations de services spécialisés, en milieu hospitalier, car les traitements médicamenteux sont plus complexes.

Afin d'englober l'ensemble de la médecine générale, nous avons travaillé auprès des services de **médecine** et de **pédiatrie** qui sont géographiquement distincts. L'objectif, selon la méthodologie préconisée par l'OMS, était de recueillir, sur la période choisie, un échantillonnage identique et uniformément répartie pour chaque population, adulte et pédiatrique et ce pour les deux types de consultations (consultations externes et consultations aux malades hospitalisés).

Critères d'inclusion :

- Afin d'étudier les habitudes des prescripteurs, nous questionnerons directement les consultants à la sortie des consultations externes de médecine et de pédiatrie.

Cette étape de l'enquête ne sera pas reproduite dans les services d'hospitalisation de médecine et de pédiatrie car les visites des médecins aux malades hospitalisés ne sont pas organisées en consultations et ne sont donc pas adaptées à la méthodologie employée.

- Afin d'étudier la prescription et la dispensation, seront retenues dans l'enquête les ordonnances présentées à la pharmacie de cession de l'hôpital Donka et émanant de ces services (médecine et pédiatrie), lors de ces deux types de consultations (externes et hospitalisations).

Taille de l'échantillon :

Le plan d'échantillonnage issu du guide OMS et adapté à une étude transversale prévoit d'étudier un minimum de 600 consultations pour chaque type de consultations. Le nombre de sujets nécessaires est ainsi fixé avec un intervalle de confiance à 95% et avec une précision de 7,5%.

Critères d'exclusion :

Les ordonnances prescrites par le service des urgences seront exclues de l'enquête, même s'il peut s'agir de problèmes généraux. En effet, la notion d'urgence n'engage pas la même prise en charge du malade et les prescriptions risqueraient de biaiser notre évaluation, particulièrement dans le domaine des injectables.

Bilan :

Pour les consultations externes nous étudierons les habitudes des professionnels de santé grâce à un recueil de données effectué à la sortie de **600 consultations** (300 de médecine et 300 de pédiatrie) et grâce à la collecte, au sein de la pharmacie, d'**au moins 600 ordonnances** correspondant à des consultations externes de médecine et de pédiatrie.

Pour les malades hospitalisés, les pratiques des acteurs de la santé seront évaluées uniquement par le recueil, à la pharmacie de l'hôpital, de **600 ordonnances** correspondant aux traitements reçus par les malades hospitalisés (médecine et pédiatrie).

Collecte des données

En pratique, la collecte des données a été conduite sur une période de deux mois ; de mars à mai 2002. Certaines données ont été recueillies à la sortie des consultations externes de médecine et de pédiatrie et d'autres sont issues de l'étude des ordonnances provenant, d'une part, des services d'hospitalisation et d'autre part, des patients ayant fréquentés les consultations externes.

Le recueil prospectif de données a été réalisé à trois niveaux :

⇒ Au niveau des salles de consultations externes

Deux enquêteurs extérieurs aux services hospitaliers ont été formés pour le recueil des données auprès des consultations externes.

Les consultations externes de médecine et de pédiatrie sont pratiquées dans deux ailes différentes au sein du pavillon des urgences. Il y a une salle de consultation et une salle d'attente pour chaque service, médecine et pédiatrie. Les consultations se déroulent du lundi au vendredi de huit heures à treize heures en présence d'un médecin et souvent d'un étudiant.

Afin de ne pas influencer les prescripteurs, les enquêteurs étaient postés devant les salles de consultation de médecine et de pédiatrie (un enquêteur pour chaque salle) et relevaient sur une fiche de recueil (annexe 3) les informations suivantes :

- la présence avec le médecin consultant, de la liste des médicaments disponibles à l'hôpital Donka.
- les heures d'entrée et de sortie des patients dans la salle de consultation.

Et après interrogatoire du patient à la fin de la consultation :

- le nombre de personnes ayant consulté (lorsque plusieurs personnes pénétraient dans la salle).
- le nombre d'ordonnances de médicaments prescrites par le médecin consultant.

Le recueil de données sur ces consultations externes a nécessité 3 semaines d'enquête afin d'obtenir les 600 questionnaires requis par le protocole.

⇒ Au niveau du guichet de la pharmacie

Comme nous l'avons vu, la pharmacie fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Une personne assure la dispensation des médicaments aux patients ambulatoires le jour et la nuit le service de garde est assuré par un autre membre du personnel.

Le troisième enquêteur a donc évolué au guichet même de la pharmacie hospitalière et aux horaires correspondant aux consultations étudiées afin d'en recevoir les prescriptions, soit de huit heures à quatorze heures. Par ailleurs, les visites des médecins ayant lieu le matin dans les services d'hospitalisation, la majeure partie des prescriptions était adressée à la pharmacie pendant cette même période.

Au niveau du guichet de la pharmacie, le recueil complet des données a nécessité trois types d'action menées par le même enquêteur :

1. Conserver les ordonnances prescrites exclusivement en médecine et en pédiatrie

Devant l'inexistence du duplicata d'ordonnance et l'impossibilité de conserver les ordonnances originales (refus du patient ou renouvellement), chaque ordonnance présentée au guichet de la pharmacie et provenant des deux services cités a été photographiée à l'aide d'un appareil numérique afin de pouvoir étudier rétrospectivement chacune d'elle.

2. Recueillir des informations auprès du patient (ou acheteur) à l'aide d'un questionnaire.

Le peu d'informations généralement consignées sur les ordonnances et le fait que certaines consultations externes aient lieu dans les services d'hospitalisation risque de compromettre l'établissement des indicateurs. C'est pourquoi l'enquêteur a procédé, pour chaque ordonnance retenue, à un interrogatoire de l'acheteur afin d'obtenir les renseignements suivants (annexe 4):

- à quel endroit de l'hôpital a été rédigée l'ordonnance
- la date de consultation
- si le malade est hospitalisé
- la qualité du prescripteur
- les raisons pour lesquelles l'ordonnance est (éventuellement) partiellement délivrée

- le temps de délivrance des médicaments entre l'arrivée et le départ du patient du guichet délivrance de médicaments (annexe 5). Le temps d'attente avant d'être servi n'est pas pris en compte.

3. Relever (toujours dans l'annexe 4) pour chaque ordonnance concernée :

- les médicaments achetés
- le prix des médicaments achetés

Deux mois ont donc été nécessaires au recueil des six cents ordonnances de consultations externes et six cents ordonnances prescrites pour des malades hospitalisés.

⇒ Au niveau des ordonnances elles-mêmes

Chacune des ordonnances photographiées a été étudiée et a permis le relevé de données qui ont été consignées sur un masque de saisie présenté en annexe 6.

Les informations consignées sont relatives :

- à la qualité de la rédaction de l'ordonnance : lisibilité, date, identification du malade, du prescripteur
- à la nature des médicaments prescrits : médicaments prescrits sous nom générique, appartenant à la liste des médicaments de l'hôpital Donka.
- à la quantité de médicaments prescrits : nombre de lignes de prescription, quantité d'antibiotiques, d'injectables.
- aux coûts : ils sont au nombre de quatre :

- Coûts des traitements prescrits :

On entend par coût prescrit le coût de l'ordonnance hypothétiquement achetée, pour les produits prescrits en DCI, à l'unité, à la pharmacie de l'hôpital et pour les produits prescrits en spécialités (appartenant à la liste des médicaments de l'hôpital ou pas), par boîte préconditionnée dans une officine de ville.

Il peut donc s'agir du coût de l'ordonnance prescrite, coût des antibiotiques prescrits, des injectables prescrits. Il est à noter que lorsque l'on parle du coût (quel qu'il soit) d'un

médicament injectable, celui-ci comprend le coût de la seringue et de l'eau distillée pour préparations injectables

- Coûts des traitements délivrables :

On entend par coût de l'ordonnance délivrable, le coût de l'ordonnance telle que la pharmacie de l'hôpital peut la délivrer pour les médicaments appartenant à la liste des produits vendus à l'hôpital, s'il n'y a pas de rupture de stock et si le patient a suffisamment d'argent pour l'acheter. Il y a aura le coût de l'ordonnance délivrable, le coût de l'antibiothérapie ou des injectables délivrables.

- Coûts des traitements délivrés :

On entend par coût de l'ordonnance délivrée, le coût de l'ordonnance telle qu'elle est réellement délivrée par la pharmacie et achetée par le patient. Nous retrouvons donc le coût de l'ordonnance délivrée, le coût des antibiotiques et injectables délivrés.

- Coût de l'ordonnance substituée :

Coût de l'ordonnance telle que la pharmacie aurait pu la délivrer en procédant à l'ensemble des substitutions possibles en médicaments génériques.

Afin d'obtenir l'ensemble des données reportées sur le masque de saisie, nous nous sommes appuyés sur certaines références :

- La liste des produits vendus à la pharmacie de l'hôpital (prix à l'unité), présentée en annexe 7.
- La classification des antimicrobiens pour l'établissement d'indicateurs de prescription (issue du guide) (annexe 8) et qui a permis de répertorier les molécules à classer comme antibiotiques (annexe 9) .
- Nous avons également classé les molécules pouvant être définies comme médicaments génériques (annexe 10).
- La liste des prix 2002 des produits vendus chez un grossiste pharmaceutique privé, afin d'obtenir (par application des marges bénéficiaires) le prix public des médicaments dans les officines.

Analyse statistique

Une fois les ordonnances codées sous forme de masque de saisie (annexe 6) celles-ci ont été enregistrées et exploitées à partir d'un programme d'analyse sur le logiciel Epi Info 6.04fr.

L'analyse repose essentiellement sur le calcul d'indicateurs standardisés qui se subdivisent en trois groupes :

- indicateurs de prescription
- indicateurs de soins aux malades
- indicateurs de service de santé

Dans chacun de ces trois groupes d'indicateurs, nous allons trouver des indicateurs fondamentaux (issu du guide) qui sont fortement standardisés et des indicateurs complémentaires qui ne sont pas moins importants mais beaucoup plus dépendants des variables locales.

Les indicateurs fondamentaux sont annotés (&)

Les indicateurs complémentaires (#)

Les méthodes de calculs pour chaque indicateur utilisé sont reprises en annexe 11.

⇒ Les indicateurs de prescription

Ces indicateurs servent à mesurer les habitudes des agents de santé en matière de prescription des produits pharmaceutiques. Ils reposent sur les pratiques observées pour un échantillon de consultations externes et un échantillon d'hospitalisations de médecine et de pédiatrie (67).

Comme les échantillons de consultations couvrent un large éventail de problèmes de santé, ces indicateurs mesurent les tendances générales de la prescription de médicaments dans un contexte donné, indépendamment des diagnostics posés.

On sait que beaucoup de problèmes observés en matière d'utilisation des médicaments sont fonction de l'aptitude du personnel de santé à poser le bon diagnostic et à sélectionner les produits et posologies correspondantes, mais déterminer la qualité d'un diagnostic et du traitement médicamenteux prescrit est une entreprise complexe qui échappe aux possibilités des indicateurs fondamentaux et complémentaires.

! Nous avons donc évalué **la qualité de rédaction des ordonnances à l'aide des indicateurs suivants** (cf annexe 12):

- Pourcentage d'ordonnances rédigées sur le support standard de Donka (#)
- Pourcentage d'ordonnances rédigées sur un carnet (#)
- Pourcentage d'ordonnances rédigées sur une feuille simple (#)
- Pourcentage d'ordonnances complètement lisibles et sans rature (#)
- Pourcentage d'ordonnances où le prescripteur est correctement* identifié (#)
- Pourcentage d'ordonnances où le service est identifié (#)
- Pourcentage d'ordonnances où le patient est correctement* identifié (#)
- Pourcentage d'ordonnances où le traitement est correctement* identifié(#)
- Pourcentage d'ordonnances où la qualité du prescripteur est identifiée (#)
- Pourcentage d'ordonnances où la date de consultation est mentionnée(#)

*Correctement signifie :

Pour le prescripteur : nom du prescripteur en entier, sa signature

Pour le malade : nom du patient, son âge ou poids.

Pour le traitement : pour chaque médicament : voie d'administration ou forme galénique, posologie et durée du traitement (en temps ou en quantité)

! **La qualité du contenu des prescriptions** a été mesurée en termes de polyprescription, de coût de prescription, de niveau global d'utilisation des antibiotiques, des injectables et des génériques à l'aide des **indicateurs ci-dessous** (cf annexe 12):

- Pourcentage de consultations n'ayant pas donné lieu à une prescription de médicaments (&)
- Nombre moyen de médicaments par ordonnance (&)
- Pourcentage de médicaments prescrits sous nom générique (&)
- Pourcentage de médicaments prescrits figurant sur la liste de l'hôpital (&)
- Nombre moyen d'antibiotiques par ordonnance (#)
- Pourcentage d'ordonnances avec au moins un antibiotique (&)
- Nombre moyen d'injectables prescrits par ordonnance (#)
- Pourcentage d'ordonnances avec au moins un injectable prescrit (&)
- Coût moyen d'une ordonnance prescrite (distribution par quartile, prix médian) (&)

⇒ Les indicateurs de service de santé

La prescription rationnelle est influencée par de nombreuses caractéristiques de l'environnement professionnel. Les indicateurs de services de santé permettent de mesurer la présence dans les services d'éléments favorisant l'application de la politique pharmaceutique, en termes de disponibilité des médicaments, de qualification du personnel et d'accès à des informations sur ces médicaments (liste, guide).

La disponibilité des médicaments, des sources d'informations et du personnel qualifié se traduit grâce aux indicateurs suivants (cf annexe 12):

- Pourcentage d'ordonnances prescrites par un médecin (#)
- Pourcentage d'ordonnances prescrites par un infirmier (#)
- Pourcentage d'ordonnances délivrées par un personnel qualifié (#)
- Pourcentage d'ordonnances délivrées partiellement pour cause de rupture de stock (#)
- Pourcentage de disponibilité des médicaments prescrits (&)
- Pourcentage de disponibilité des antibiotiques prescrits (#)
- Pourcentage de disponibilité des injectables prescrits (#)
- Pourcentage de jours où au moins un médecin possède la liste des médicaments en consultation (&)

⇒ Les indicateurs de soins aux malades

Ces indicateurs de soins aux malades déterminent les éléments clés de l'expérience vécue par le patient dans la structure de santé.

Le temps que consacrent, à chaque patient, les agents chargés de prescrire et de délivrer les médicaments, fixe des limites importantes à la qualité potentielle du diagnostic et du traitement.

Les causes de délivrances partielles d'ordonnances, l'impact financier des antibiotiques et des injectables, les différents coûts des traitements délivrés et délivrables, le comportement des

pharmaciens vis-à-vis de la substitution seront donc estimés à l'aide de **ces indicateurs** (cf annexe 12) :

- Durée moyenne d'une consultation (&)
- Durée moyenne de délivrance des médicaments (&)
- Délai moyen d'achat des ordonnances (&)
- Pourcentage de substitutions par le dispensateur (#)
- Part des dépenses pharmaceutiques consacrées aux antibiotiques (&)
- Part des dépenses pharmaceutiques pour les injectables (&)
- Coût moyen d'une ordonnance délivrable (#)
- Coût moyen d'une ordonnance délivrée (#)
- Pourcentage de la baisse du coût délivrable par rapport au coût prescrit (#)
- Pourcentage de la baisse du coût délivré par rapport au coût délivrable (#)
- Pourcentage de médicaments effectivement délivrés (&)
- Pourcentage d'ordonnances délivrées partiellement pour raisons financières (#)
- Pourcentage d'ordonnances délivrées partiellement pour prescription hors liste (#)
- Pourcentage d'ordonnances délivrées entièrement (#)
- Pourcentage d'ordonnances substituables (#)
- Pourcentage d'ordonnances substituées (#)
- Pourcentage de délivrances des antibiotiques prescrits (#)
- Pourcentage de délivrances des injectables prescrits (#)
- Pourcentage de la réduction du coût de l'ordonnance par la substitution (#)

III- RESULTATS

Au cours de ces semaines d'enquête au sein de l'hôpital Donka nous avons recueilli, au guichet de la pharmacie, 1350 ordonnances accompagnées du questionnaire complémentaire (annexe 4). Toutes les ordonnances ont pu être interprétées sur informatique.

Parmi ces ordonnances, un peu plus de la moitié (737) correspond aux ordonnances de consultations externes et le reste (613 ordonnances) correspond aux ordonnances de malades hospitalisés.

Sur l'ensemble des ordonnances, 77% proviennent de services de médecine et 23% de pédiatrie.

- Consultations externes : 737 ordonnances dont : 574 médecine
163 pédiatrie
- Malades hospitalisés : 613 ordonnances dont : 470 médecine
143 pédiatrie

Les résultats sont présentés en fonction du type de consultations enquêtées, à l'exception de la qualité de rédaction des ordonnances qui requiert les mêmes règles de bonne prescription quelque soit le service concerné.

Les résultats obtenus sont repris, en détail, sous forme de tableaux en annexe 12.

Indicateurs de prescription

A/ Indicateurs de la qualité de rédaction des ordonnances

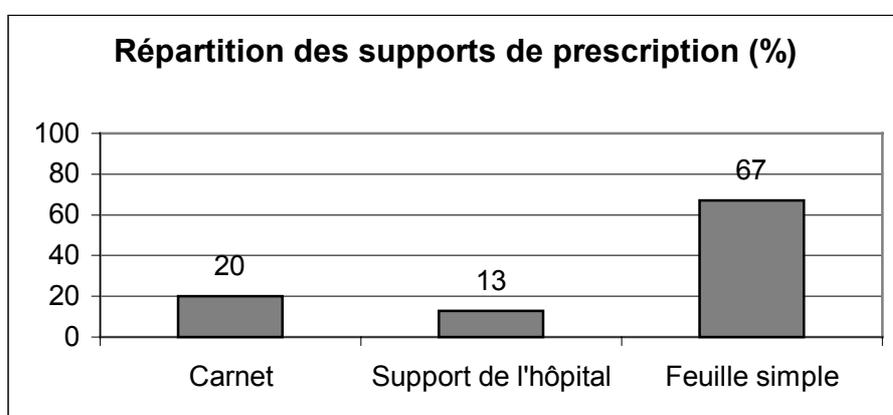
Les ordonnances ont été rédigées, dans 13 % des cas, sur un support standardisé identifiant l'hôpital national Donka. 20% sont présentées sur un carnet semblable à celui délivré dans les centres de santé primaire et une grande majorité des ordonnances, 67%, sont présentées sur une feuille simple.

Les prescriptions étaient lisibles, sans rature, et portaient la date de la consultation pour 89% des ordonnances.

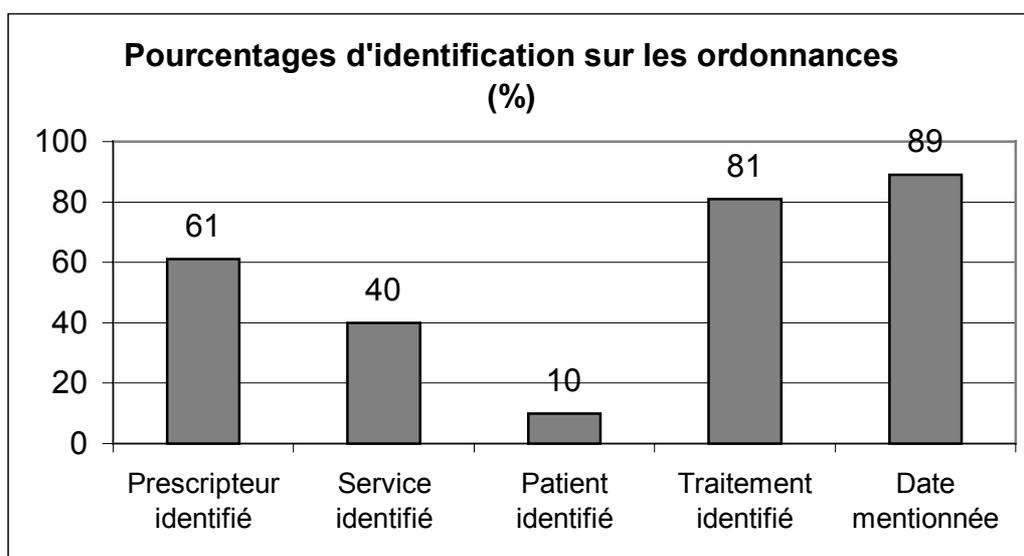
Concernant l'origine de la prescription, le service était identifié dans 40% des cas, le prescripteur correctement identifié sur 61% des ordonnances et sa qualité mentionnée dans 62% des cas. Pour presque 40% des ordonnances, aucune identification du prescripteur n'est envisageable.

Les renseignements concernant le patient n'ont été consignés que pour 10% des prescriptions alors que le traitement est correctement identifié dans 81% des cas. 19% des ordonnances sont donc dépourvues de posologie et seule une quantité d'unités à acheter a été précisée.

Encadré V: Répartition des supports de prescription



Encadré VI : Indicateurs de la qualité de rédaction de l'ordonnance



B/ Indicateurs de la qualité du contenu de la prescription

⇒ Consultations externes :

Nous avons travaillé sur les 737 ordonnances de consultations externes qui correspondent à 1872 lignes de prescriptions identifiées.

Une ligne de prescription signifie un médicament prescrit, une association étant considérée comme un médicament unique.

Les consultations externes n'ont pas donné lieu à la prescription de médicaments dans 19% des cas pour la pédiatrie et 12% pour la médecine.

◆ Médicaments :

Les prescriptions contenaient de 1 à 7 médicaments par ordonnance, soit une moyenne de 2,5 médicaments par ordonnance avec 17% de polyprescription. On entend par polyprescription des ordonnances comprenant 4 médicaments et plus.

69% des médicaments prescrits appartiennent à la liste des médicaments vendus à l'hôpital Donka.

La prescription sous forme générique concerne 25% des médicaments.

44% des médicaments prescrits appartenait à la liste des médicaments vendus à l'hôpital et étaient prescrits en spécialités.

◆ Part de l'antibiothérapie : 39% des ordonnances contenaient au moins un antibiotique et, en moyenne, parmi ces ordonnances, 1,1 antibiotiques étaient prescrits.

◆ Part des injectables : 22% des ordonnances présentaient au moins un injectable prescrit, soit, en moyenne sur ces prescriptions, 1,4 médicaments injectables par ordonnance.

◆ Coût de l'ordonnance prescrite :

Le coût moyen d'une ordonnance prescrite est de 20000 francs guinéens (soit environ 12 euros), le coût médian est de 15400 francs guinéens (environ 9,5 euros).

L'analyse a porté sur le prix médian plutôt que sur les prix moyens, car la moyenne est tirée vers le haut par l'influence d'un petit nombre d'ordonnances très chères.

La médiane est la valeur qui sépare les 50% d'ordonnances de prix inférieur des 50% d'ordonnances de prix supérieur. Les interquartiles donnent une idée de la dispersion des prix. Le premier interquartile (ou 25^{ème} percentile) sépare les 25% d'ordonnances de prix inférieur des 75% d'ordonnances de prix supérieurs et le troisième interquartile (ou 75^{ème} percentile) sépare les 75% d'ordonnances de prix inférieur des 25% d'ordonnances de prix supérieur.

Ainsi pour les consultations externes, le coût de 25% des ordonnances se situait entre 500 et 7300 francs guinéens (soit 0,30 euro et 4,5 euros), celui de 50% se situait entre 7300 et 26500 nfg (soit 4,5 euros et 16 euros), et celui des 25% restants entre 26500 et 630030 nfg (soit 16 euros et 384 euros).

⇒ *Malades hospitalisés :*

Les prescriptions aux malades hospitalisés représentent 613 ordonnances, soit 1500 lignes de prescriptions.

◆ Médicaments :

Les prescriptions contenaient de 1 à 7 médicaments par ordonnance, soit une moyenne de 2,5 médicaments par ordonnance avec 20% de polyprescription.

82 % des médicaments prescrits appartiennent à la liste des médicaments vendus à l'hôpital national.

36% des médicaments sont prescrits en génériques et 46% appartiennent à la liste mais sont prescrits en spécialités.

◆ Part de l'antibiothérapie : 37% des ordonnances contenaient au moins un antibiotique, ce qui représente pour ces prescriptions, une moyenne de 1.2 antibiotiques par ordonnance.

◆ Part des injectables : 62% des ordonnances présentaient au moins un injectable, soit en moyenne sur ces prescriptions 1.8 médicaments injectables par ordonnance.

◆ Coût de l'ordonnance prescrite :

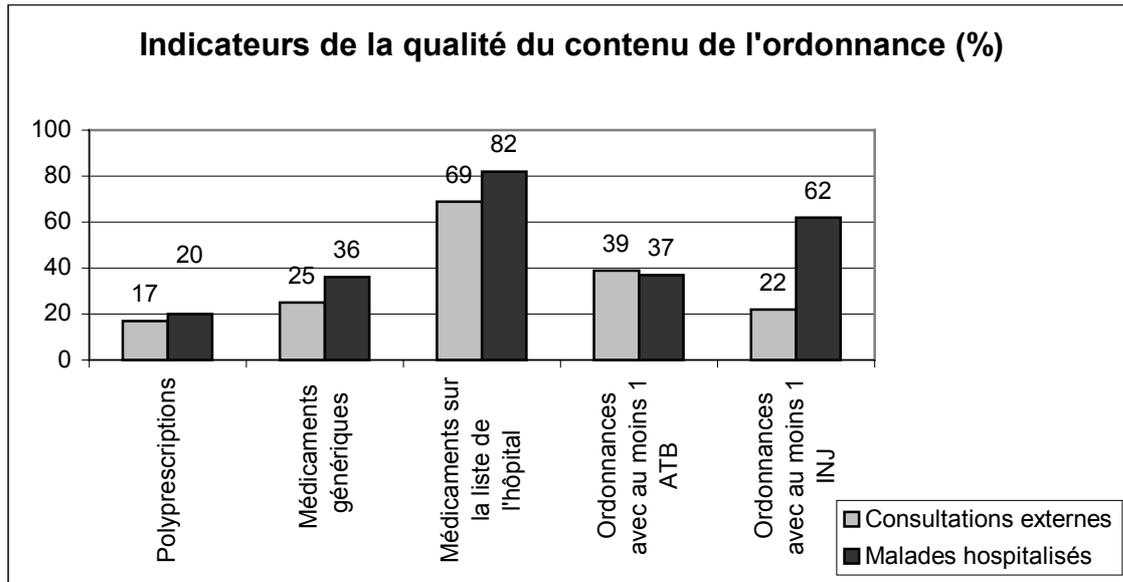
Le coût moyen de l'ordonnance prescrite est de 22000 nfg (13 euros).

Le coût médian est de 14400 nfg (8,5 euros).

La dispersion des coûts de prescriptions nous montre que :

- 25% des ordonnances se situent entre 400 et 6000 nfg (20 cents à 3,6 euros),
- 50% entre 6000 et 27600 nfg (3,6 et 17 euros),
- les 25% d'ordonnances restant ont des coûts qui varient entre 27600 et 341000 (17 à 208 euros).

Encadré VII : Indicateurs de la qualité du contenu de l'ordonnance



Indicateurs de service de santé

Aucun médecin consultant dans les salles observées n'avait avec lui la liste des médicaments disponibles sur l'hôpital.

Sur l'ensemble des ordonnances où le prescripteur était identifié, 99% d'entre elles ont été rédigées par un médecin et le reste par des infirmiers, sans différence entre les consultations et les hospitalisations. Reporté sur la totalité des prescriptions, nous avons donc :

- 60% d'ordonnances prescrites par un médecin
- 1% par un infirmier
- 40% par du personnel non identifié

L'ensemble des ordonnances présentées au guichet de la pharmacie a été dispensés par un personnel qualifié : 72% par un préparateur en pharmacie et 28% par un pharmacien.

⇒ *Consultations externes*

Les résultats nous montrent que 69% des médicaments prescrits par ce service étaient disponibles (ou délivrables) à la pharmacie.

Si l'on ne considère que les antibiotiques prescrits, 86% d'entre eux étaient disponibles et 90% des substances injectables prescrites étaient disponibles.

Certaines ordonnances, 72%, n'ont pas été délivrées entièrement.

Aucune dispensation n'a été effectuée sur 33% des ordonnances et 39% ont été délivrées de façon partielle.

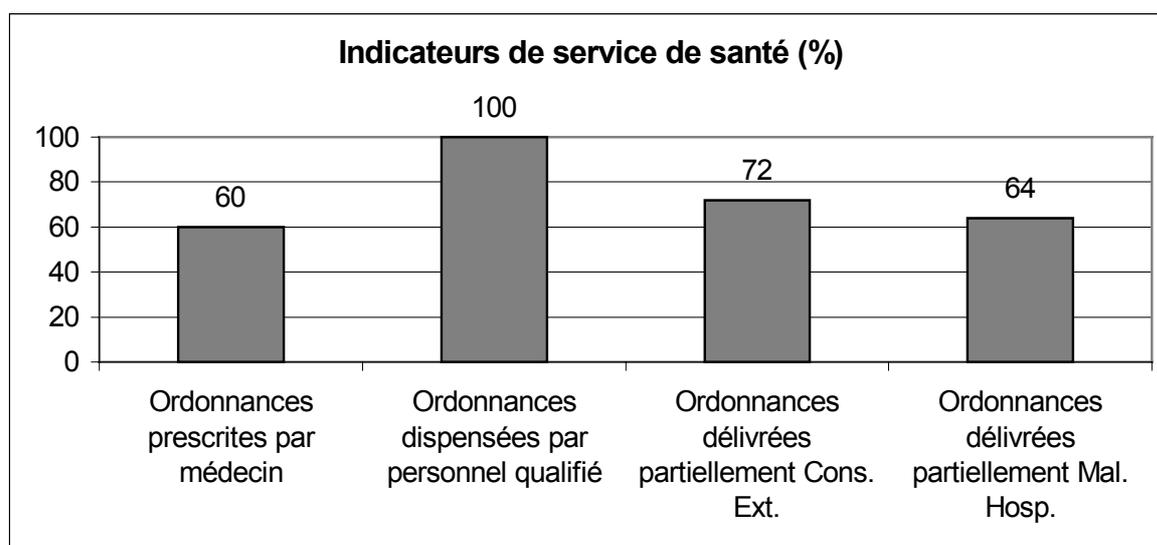
Les ruptures de stock de médicaments au sein de la pharmacie sont responsables de la délivrance partielle de 5% des prescriptions.

⇒ *Malades hospitalisés*

Pour les prescriptions faites aux malades hospitalisés : 82% des médicaments prescrits étaient disponibles à la pharmacie. Pour les antibiotiques prescrits, 91% étaient disponibles et presque 95% des injectables prescrits.

64% des ordonnances n'ont pas été totalement dispensées. Aucune délivrance n'a été effectuée pour 25% d'entre elles et 39% des ordonnances ont été délivrées, mais de façon incomplète. Les ruptures de stocks ont également entraîné 5% d'ordonnances non délivrées entièrement.

Encadré VIII : Indicateurs de service de santé



Indicateurs de soins aux malades (indicateurs de dispensation)

Les indicateurs de soins peuvent être caractérisés dans notre étude comme des indicateurs de dispensation, puisqu'ils décrivent, pour la plupart d'entre eux, les pratiques quotidiennes du personnel pharmaceutique en matière de délivrance des médicaments aux malades.

⇒ Consultations externes

En médecine, la consultation a duré en moyenne 10 minutes, et 16 minutes en pédiatrie.

Dans 86% des cas, les malades ont acheté les médicaments qui figurent sur leur ordonnance le jour même de la prescription et 10% dans les 3 jours qui ont suivi la consultation.

◆ Médicaments

Sur le nombre de médicaments prescrits, 56% n'ont pas été délivrés, ce qui représente 72% d'ordonnances non délivrées entièrement.

Nous l'avons vu, les achats incomplets peuvent être du fait du pharmacien avec 5% de rupture de stocks, mais ils peuvent également être liés aux clients et aux prescripteurs.

Les achats incomplets pour difficultés financières de la part de l'acheteur concernent 32% des ordonnances. La prescription de médicaments n'appartenant pas à la liste des produits disponibles à l'hôpital a engendré 29% d'ordonnances dont les médicaments ont été partiellement ou non achetés. Les autres causes (comme le recours à la pharmacie privée ou le refus d'une délivrance partielle) représentent 6% des ordonnances.

◆ Part de l'antibiothérapie :

Presque un quart des dépenses pharmaceutiques (24%) est consacré à l'achat des antibiotiques.

La moitié des antibiotiques (50%) prescrits a été délivrés.

◆ Part des injectables :

Les mêmes dépenses sont consacrées aux substances injectables, à savoir 24% des dépenses de l'ensemble des médicaments et, parmi les injectables prescrits, 66% ont été dispensés.

◆ Coût :

Le coût moyen de l'ordonnance prescrite passe de 20000 nfg (12 euros) à 9000 nfg (5,5 euros) pour le coût moyen de l'ordonnance délivrable (soit 56% de baisse) puis il passe à 4000 nfg (2,5 euros) pour le coût moyen de l'ordonnance délivrée (53% de baisse du coût).

⇒ *Malades hospitalisés*

Dans 84% des cas, les ordonnances ont été présentées à la pharmacie le jour même de la prescription, et 13% dans les 3 jours qui suivaient la prescription.

◆ Médicaments

Sur le nombre de médicaments prescrits, 46% n'ont pas été dispensés aux malades, ce qui correspond à 64% d'ordonnances incomplètement délivrées.

Les raisons de non délivrance des médicaments prescrits se répartissent comme suit

- raisons financières : 35% des ordonnances
- médicaments hors liste : 18%
- autres (achats effectués ailleurs) : 6%
- rupture de stock : 5%

◆ Part de l'antibiothérapie :

La part des dépenses pour l'antibiothérapie représente 25% des dépenses pharmaceutiques totales.

52% des antibiotiques prescrits ont été dispensés aux malades.

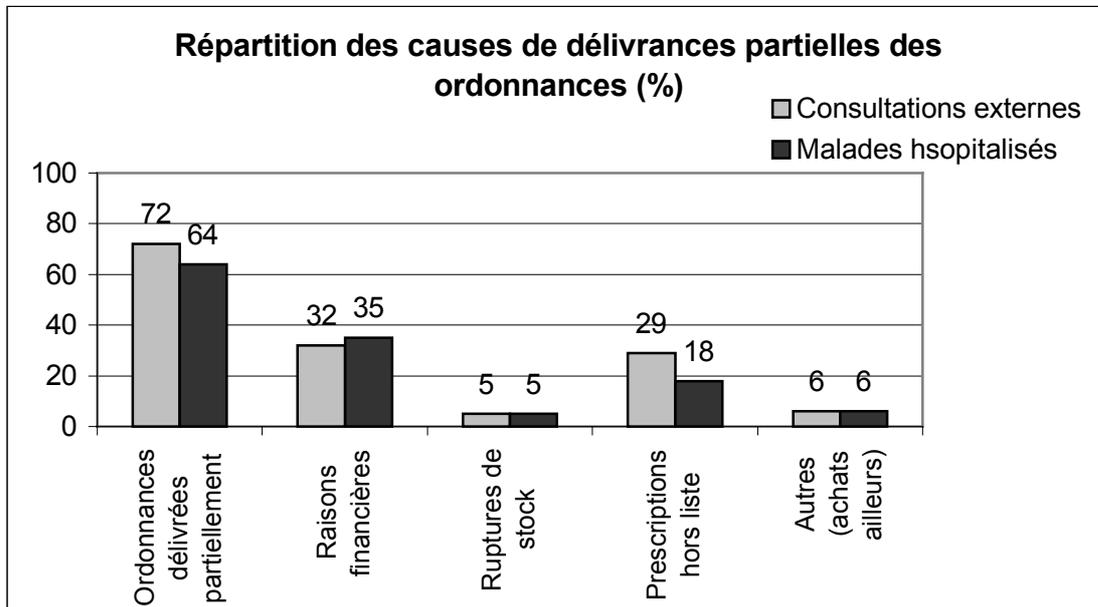
◆ Part des injectables :

Les dépenses consacrées aux substances injectables représentent 71% des dépenses totales sur l'ensemble des médicaments et 69% des injectables prescrits ont été délivrés aux patients.

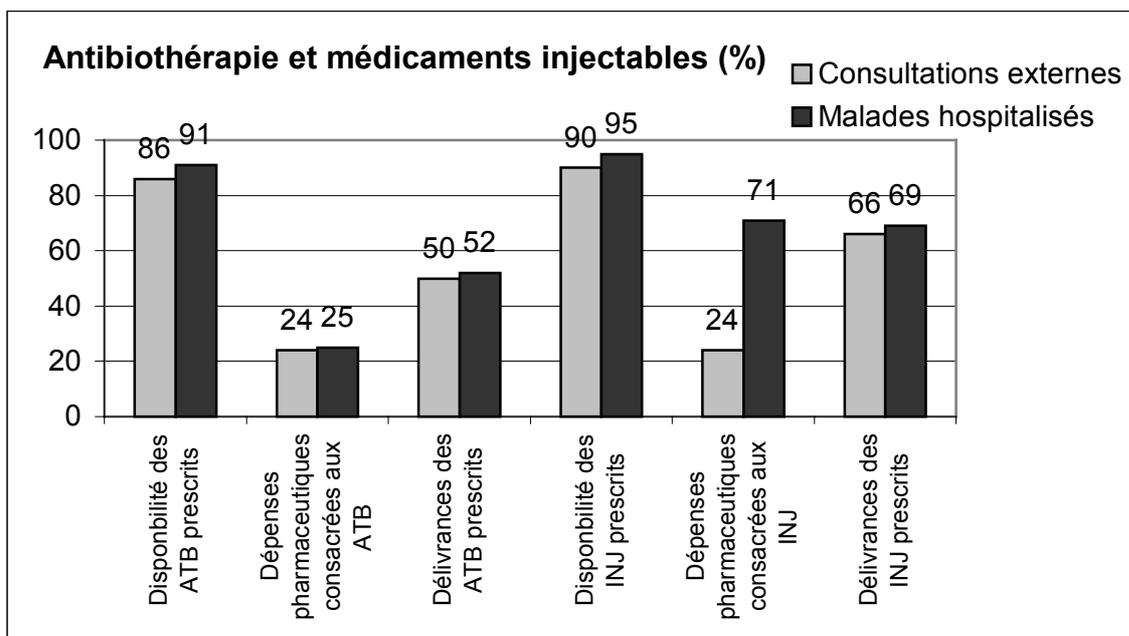
◆ Coûts :

Nous l'avons vu, le coût moyen d'une ordonnance rédigée pour un malade hospitalisé est de 22000 nfg (13 euros). Ce coût chute de 32% pour le coût moyen de l'ordonnance délivrable (soit 15000 nfg) qui passe à 6600 nfg (4 euros) pour le coût moyen de l'ordonnance délivrée (56% de baisse).

Encadré IX : Répartition des causes de délivrances partielles des ordonnances



Encadré X : Indicateurs de soins aux malades : Antibiothérapie et médicaments injectables



⇒ *Sur l'ensemble de l'échantillon*

La délivrance des médicaments aux malades a pris en moyenne 3.5 minutes.

La substitution des médicaments, sa pratique et l'avantage financier qu'elle engendre ont été étudiés sur l'ensemble de l'échantillon.

Nous définissons ainsi qu'une ordonnance substituable représente une ordonnance contenant au moins une ligne de prescription pouvant être substituée par un médicament générique.

L'ordonnance substituée possède, quant à elle, au moins une ligne de prescription qui a effectivement été substituée à l'aide d'un générique par le pharmacien.

Sur les 1350 ordonnances recueillies, 34% étaient substituables, ce qui représente 41% des lignes de prescription pouvant être substituées à l'aide d'un médicament générique moins onéreux.

Toujours sur l'ensemble de l'échantillon, 18% des ordonnances ont été substituées par le pharmacien sur un ou plusieurs médicaments, ce qui correspond à 8% des lignes de prescriptions.

Pratiquement, dans un cas sur deux, le pharmacien n'a pas substitué la spécialité prescrite par un générique alors que c'était possible puisque sur le nombre de médicaments substituables, 47% ont été effectivement substitués avec un générique, au guichet de la pharmacie.

Comme nous l'avons vu plus haut, la baisse du coût entre l'ordonnance prescrite par le médecin et l'ordonnance délivrable à la pharmacie est relativement importante pour les deux types de consultations et tient au fait que :

- le pharmacien pratique la substitution des spécialités par des génériques moins chers
- tous les médicaments prescrits ne sont pas disponibles à la pharmacie et ne sont pas obligatoirement substituables, donc ces médicaments absents de la pharmacie n'apparaissent pas dans le coût de l'ordonnance délivrable.

Afin d'étudier l'intérêt financier de la substitution, nous avons travaillé sur la population d'ordonnances dont toutes les lignes de prescription étaient délivrables à la pharmacie et qui contenaient un ou plusieurs médicaments susceptibles d'être remplacés par un générique. On observe alors 45% de diminution du coût de l'ordonnance prescrite lorsque le pharmacien pratique la substitution (entière ou partielle) à l'aide de génériques.

Si l'on se restreint davantage en ne considérant que les ordonnances dont toutes les substitutions envisageables ont été pratiquées par le pharmacien, l'économie générée par la substitution atteint 54% du coût prescrit.

Encadré XI : Indicateurs de soins aux malades : Les chiffres de la substitution

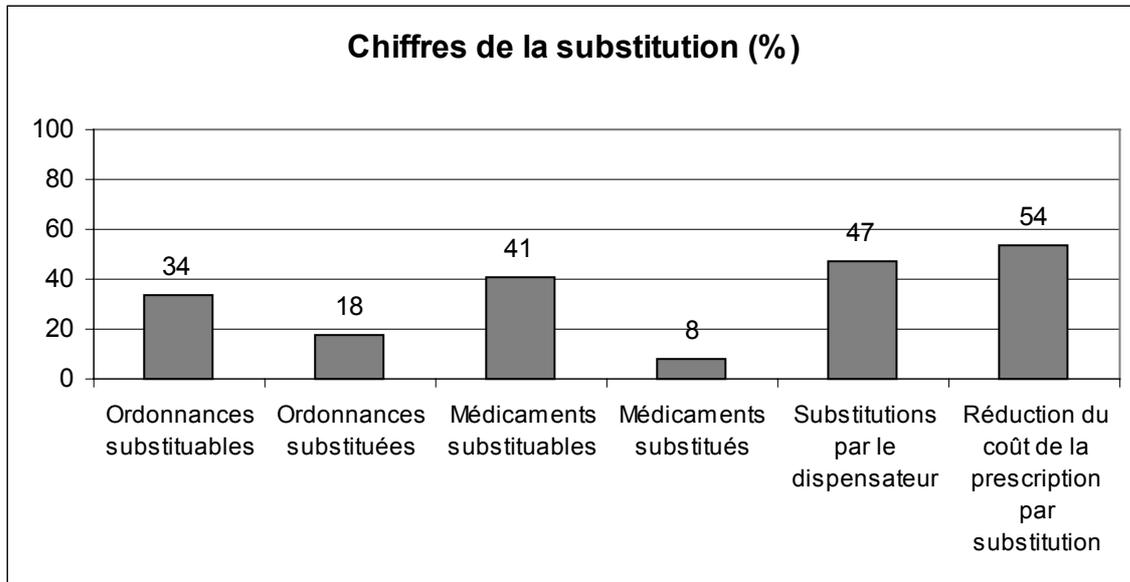


Tableau XII : Résultats des principaux indicateurs

INDICATEURS	ensemble échantillon	consultations externes	malades hospitalisés
Indicateurs de la qualité de rédaction des ordonnances			
Pourcentage d'ordonnances rédigées sur le support standard de l'Hôpital DONKA	13		
Pourcentage d'ordonnances complètement lisibles et sans ratures	89		
Pourcentage d'ordonnances où le prescripteur est identifié	61		
Pourcentage d'ordonnances où le patient est identifié	10		
Pourcentage d'ordonnances où le traitement est identifié	41		
Indicateurs de la qualité du contenu de la prescription			
Nombre moyen de médicaments par ordonnance		2,5	2,5
Pourcentage de polyprescriptions		17	20
Pourcentage de médicaments prescrits sous nom générique		25	36
Pourcentage de médicaments prescrits figurant sur la liste des médicaments essentiels de l'hôpital		69	82
Pourcentage d'ordonnances avec au moins 1 antibiotique prescrit		39	37
Pourcentage d'ordonnances avec au moins 1 injectable prescrit		22	62
Coût médian de l'ordonnance prescrite		15 400NFG (9,5 euros)	14 400NFG (8,5 euros)
Indicateurs de service de santé			
Pourcentage d'ordonnances prescrites par un médecin	60		
Pourcentage d'ordonnances délivrées partiellement		72	64
Indicateurs de soins aux malades			
Durée moyenne de consultation	Pédiatrie Médecine	16min 10min	
Pourcentage de substitution par le dispensateur	47		
Pourcentage des médicaments effectivement délivrés		44	54
Pourcentage des ordonnances délivrées partiellement pour raisons financières		32	35
Pourcentage des ordonnances délivrées partiellement pour prescription hors liste		29	18
Durée moyenne de délivrance des médicaments	3,5min		
Pourcentage de réduction du coût de l'ordonnance généré par la substitution	54		

IV- DISCUSSION

Validité et limites de l'enquête

Le nombre minimal de 600 sujets nécessaires a été dépassé pour nos deux types d'échantillons. Les résultats ainsi validés sont donnés avec une précision de 7,5%. La méthodologie de l'étude comporte cependant plusieurs limites, essentiellement liées aux contraintes de terrain.

⇒ Biais de sélection

La méthodologie employée (guide OMS) ne permet pas de suivre le malade, sortant de consultation avec sa prescription, jusqu'à la pharmacie pour y recueillir l'ordonnance et les renseignements de délivrance. Il n'est pas indispensable dans ce genre d'étude de mesurer le temps consacré aux consultations et à la délivrance des médicaments et de faire des interviews et recueil d'ordonnances pour les mêmes malades (67).

- En effet, pour des raisons pratiques, l'étude n'a pas été suivie au moment de la conception de l'ordonnance mais au moment de sa dispensation. Ainsi le recueil d'ordonnances identifiée (par le tampon ou le malade) comme provenant des consultations externes ou de malades hospitalisés en médecine et en pédiatrie permet de collecter des prescriptions effectuées par du personnel non qualifié lors de consultations sauvages autour de ces services.

Au sein de l'hôpital, le mauvais circuit du malade, l'absence de tarification claire et la confusion des rôles du personnel soignant rendent difficiles la localisation des lieux de prescriptions.

Pour les malades hospitalisés, l'absence de dossiers patients archivés par service n'a pas permis le recueil rétrospectif de données.

Pour les consultations externes, la réticence de certains prescripteurs n'a pas permis aux enquêteurs d'assister à toutes les consultations.

De ce fait, le procédé utilisé ne garantit pas que toutes les prescriptions rédigées dans les services concernés arrivent à la pharmacie de l'hôpital.

Un certain nombre d'ordonnances échappe donc à l'analyse : il peut arriver que le prescripteur envoie directement son patient dans une officine privée, le malade lui-même peut être sceptique vis à vis du médicament générique et se rendre directement vers les points de ventes de spécialités, ou le manque de ressources financière lui fera d'emblée quitter les lieux sans passer par la pharmacie.

Ce biais peut entraîner une sous-estimation des prescriptions de médicaments hors liste.

⇒ **Biais d'échantillonnage**

- L'établissement des indicateurs de prescription à partir de données prospectives permet d'obtenir des informations généralement complètes, mais le recueil limité dans le temps diminue l'aspect aléatoire de l'échantillonnage.

Les variations saisonnières éventuelles n'influent pas sur les indicateurs étudiés ici.

Comme nous l'avons vu, 40% des ordonnances sont dépourvues d'auteur identifié et le fait que « derrière chaque agent de l'hôpital se cache un prescripteur » fournit un large éventail de prescripteurs et permet aux résultats de ne pas être trop dépendants des caractéristiques de chacun. Ce biais est donc minime.

- L'utilisation du mode prospectif peut également biaiser les indicateurs dans un sens « socialement souhaitable ». L'observation du personnel hospitalier peut modifier les comportements de prescription, spécialement sur les consultations externes où le prescripteur avait connaissance de la présence d'un enquêteur dans son service. Il se peut que l'on ait alors une sous-estimation du recours aux injectables par exemple.

- Le déséquilibre entre le nombre de cas de médecine (3/4) et de pédiatrie (1/4) peut provoquer une surestimation de l'utilisation des produits injectables chez les consultants externes.

Cependant les ordonnances de pédiatrie peuvent ne pas être systématiquement détectées. Nous avons vu, en effet, que le service prescripteur n'est pas toujours identifié et les renseignements concernant le patient sont rares.

- La proximité des salles de consultations externes et du service des urgences (situés dans le même pavillon) peut entraîner une confusion et induire un biais dans le calcul du nombre des injectables et du coût des prescriptions.

- La prise en compte dans l'enquête des ordonnances non dispensées influe sur des indicateurs tels que le pourcentage des ordonnances délivrées et leur coût moyen, mais il permet en parallèle de mettre en valeur les prescriptions inabordables pour le patient du fait :

- de traitements totalement hors liste qui n'ont pu être délivrés
- de traitements hors prix qui n'ont pu être achetés.

- L'hôpital est utilisé parfois comme une structure de soins primaires et entraîne une incidence sur les types et fréquences des médicaments prescrits ainsi que sur leurs coûts calculés.

⇒ Biais d'analyse

- L'absence d'informations complètes consignées sur les ordonnances a amené les enquêteurs à questionner le patient (suite aux consultations externes et à la vente de médicaments au guichet). L'interrogatoire présenté au patient peut induire un biais lié à la façon de poser les questions et la compréhension qu'en a le malade en fonction de sa langue vernaculaire.

La fiabilité des réponses concernant la qualité du prescripteur, l'identification du malade et son lieu de consultation n'est donc pas garantie et peut expliquer par exemple la faible part d'ordonnances pédiatriques qui ont pu être sous estimées.

- L'existence au sein de la pharmacie de l'hôpital Donka d'un circuit d'approvisionnement parallèle en médicaments sous formes de spécialités pharmaceutiques engendre un énorme biais sur tous les indicateurs de la substitution et sur les coûts des ordonnances cédées aux patients.

Théoriquement, la pharmacie, approvisionnée par la Pharmacie Centrale de Guinée, devrait fonctionner exclusivement sur les médicaments génériques qu'elle lui fournit. Du point de vue de la réglementation, la Directive Ministérielle n°523 d'avril 1996 oblige tous les hôpitaux à l'achat préférentiel de leurs médicaments et consommables médicaux à la PCG. Ils ne sont censés avoir recours aux services des grossistes privés qu'avec une autorisation

préalable et ponctuelle de la DNPL et de la PCG, lorsque leurs besoins en médicaments ne sont pas couverts par la centrale d'achat (25).

Cette directive est donc inégalement suivie et les molécules achetées en spécialités, chez un grossiste privé de la place, concerne des molécules inscrites sur la liste nationale des médicaments essentiels pour 45% d'entre elles alors que le reste correspond à des molécules qui ne sont pas recommandées dans le cadre de la politique d'accès aux médicaments essentiels.

Si l'on tient compte de la forme galénique et du dosage des molécules, seulement 30% d'entre elles appartiennent à la liste des médicaments essentiels.

L'existence de ce stock de spécialités a également biaisé les chiffres concernant l'appartenance des médicaments prescrits à la liste des médicaments essentiels.

- De la même manière, il existe probablement un circuit parallèle de distribution des médicaments dans les services : de ce fait les ordonnances délivrées dans les services n'arrivent pas à la pharmacie et ne peuvent rendre compte des habitudes de prescription de ce personnel soignant qui s'autorise à délivrer lui-même le médicament.

- Le protocole utilisé préconisait, parmi les indicateurs de soins aux malades, l'évaluation de la compréhension, par le malade, du traitement prescrit.

Le pourcentage de malades connaissant la posologie des médicaments reçus permet de mesurer l'efficacité des renseignements donnés par le personnel de la pharmacie aux malades lors de la dispensation du traitement.

Pour diverses raisons, cet indicateur n'a pas pu être calculé :

- nécessité d'un enquêteur supplémentaire et défaut financier.
- difficulté de traduction des langues vernaculaires.
- réticence du personnel hospitalier consulté sur la question.

- Le calcul des coûts de l'ordonnance (prescrite, délivrable...) a été fait à l'aide de documents tels que :

- La liste officielle des médicaments vendus à la pharmacie de l'hôpital. Celle-ci a été fournie par le pharmacien chef et contient quelques spécialités qui sont obtenues à la centrale d'achat du fait des appels d'offre sur ces produits (annexe 7).

- Une liste non officielle des spécialités détenues et vendues à la pharmacie de l'hôpital Donka. Cette liste est non exhaustive car elle a été élaborée tout au long de l'enquête et reprend les spécialités que l'enquêteur a pu voir défiler sur le comptoir. La tarification appliquée à ces produits pharmaceutiques n'a pas été expliquée.

- Le listing des médicaments vendus à cette période par un grossiste privé ainsi que les prix publics conseillés pour la vente en officine.

- La Nomenclature Nationale des spécialités pharmaceutiques et médicaments génériques enregistrés au Ministère de la Santé Publique en 2001. Celle ci précise les Prix Grossiste Hors Taxe, auxquels nous avons ajouté 48% de marge afin de connaître le prix public en officine (68).

La tarification des produits pharmaceutiques est un sujet délicat. Nous avons vu auparavant les différentes causes de variation des prix du médicament d'une officine à l'autre (marge, fluctuation quotidienne du franc guinéen). Pour notre étude nous n'avons pas pris en compte la fluctuation monétaire, nous avons appliqué des marges fixes et utilisé le listing grossiste d'une seule structure d'approvisionnement privée.

Les tarifs obtenus pour les médicaments le sont à titre indicatif, permettant ainsi de donner un ordre de grandeur pour le montant des ordonnances.

Mise en perspective des résultats

Les indicateurs utilisés ne font référence pour l'instant à aucune norme (4) mais leur comparaison avec les résultats d'autres études similaires permettra de les consolider et, ultérieurement, de suivre leur évolution dans le temps.

Dans les pays en voie de développement les travaux réalisés en matière d'usage rationnel des médicaments concernent essentiellement les soins de santé primaire (SSP). C'est le cas d'une étude menée sur 6 pays d'Afrique en 1998 et qui concerne, pour les mêmes indicateurs, une population d'ordonnances de consultations externes du secteur public et privé (4).

Peu d'études ont été faites à l'hôpital pour l'instant, à l'exception d'une enquête réalisée au Tchad en 2000, et qui étudie (avec la même méthodologie) les conséquences de l'usage

irrationnel des médicaments au sein de l'Hôpital Général de Référence National de N'Djaména (69). Nous allons nous appuyer sur ces deux types d'études afin de comparer et interpréter nos résultats.

L'hôpital Donka ne jouant pas vraiment son rôle de référence, il y a beaucoup de consultations de premier échelon qui ont lieu à l'hôpital. C'est pourquoi, les indicateurs liés aux consultations externes seront comparés, d'une part, à ceux obtenus à l'hôpital N'Djaména (au Tchad) en 2000, et d'autre part, aux indicateurs obtenus en soins de santé primaires pour le secteur public des 6 pays d'Afrique étudiés en 1998. Il s'agit du Togo, du Cameroun, de la Guinée, de la Côte d'Ivoire, du Gabon, du Mali.

Le volet consacré aux malades hospitalisés sera comparé uniquement avec l'étude hospitalière de N'Djaména.

?Résultats généraux

Chez les malades externes, on peut considérer que, dans 3 cas sur 5, le malade a eu affaire à un médecin.

Dans les autres cas, le malade a eu affaire à un autre soignant (infirmier, garçon de salle...), qui l'a vu en consultation et posé un diagnostic en dehors des salles prévues à cet effet et dans lesquelles ne consultent que des médecins.

La consultation a duré 16 minutes en pédiatrie et 10 minutes en médecine. Ce temps semble correct mais il indique uniquement le temps passé dans la salle de consultation et non le temps de prise en charge du malade.

Le médecin consultant n'a jamais disposé de la liste des médicaments disponibles dans l'établissement hospitalier.

La plupart du temps, à la suite de la consultation externe (9 fois sur 10 en médecine et 8 fois sur 10 en pédiatrie), ou pendant la visite pour les hospitalisés, une ordonnance a été remise au patient.

La qualité de la rédaction de l'ordonnance reste médiocre, notamment sur l'identification du prescripteur, du service et du patient. Beaucoup de ces ordonnances sont rédigées comme une liste de course (67% sur feuille simple), ce qui n'est pas propice à une bonne dispensation et observance du traitement.

?Chez les malades externes

La Prescription

◆ Il n'existe pas de norme généralement admise pour le nombre moyen de médicaments par ordonnance, mais 2.5 médicaments en moyenne paraît un maximum plausible.

Le pourcentage de polyprescriptions paraît légèrement trop important puisque 17% des ordonnances comportaient 4 médicaments ou plus. Dans les études citées, il est compris entre 10 et 15%. Cet indicateur est à manipuler avec précautions, compte tenu de la proximité des urgences et de la vente aux patients des solutés de perfusion (considérés comme des médicaments) qui, associés aux molécules perfusables, ont pu avoir une incidence sur le nombre de lignes de prescription.

◆ Les 2/3 des médicaments prescrits (69%) appartenaient à la liste des médicaments disponibles à Donka. Les autres études nous montrent une proportion relativement faible de médicaments sur liste malgré le biais créé par la présence du stock de spécialités. Ce chiffre est donc surestimé et traduit une faible utilisation des médicaments essentiels.

◆ La prescription des médicaments sous forme générique ou DCI reste confidentielle au sein de ce service puisqu'elle concerne seulement 25% des lignes de prescriptions, le reste (44% liste, 31% hors liste) étant prescrit en spécialités. Les produits concernés par cette prescription en DCI concernent principalement les molécules pour lesquelles le terme générique est entré dans les habitudes du public (paracétamol, chloroquine, quinine, amoxicilline et ampicilline). Le bon score affiché en Guinée (94%) en 1998 dans les centres de santé est certainement lié à l'impact des algorithmes utilisés lors des soins de santé primaires et à l'absence de spécialités dans ces structures.

◆ La fréquence normale des traitements ambulatoires nécessitant un ou plusieurs médicaments injectables ou antibiotiques n'est pas connue avec précision, mais ces deux types de traitements sont réputés pour leur usage facilement abusif.

Si l'on fait l'hypothèse que les taux les plus bas observés dans les autres études sont les valeurs souhaitables (12-15% d'ordonnances avec injectable(s), 30-35% d'ordonnances avec antibiotique(s)), on voit que l'usage des antibiotiques (39%) et des injectables (22%) à l'hôpital Donka est loin d'être abusif, en consultations externes.

◆ La comparaison des coûts prescrits dans les différentes études montre le poids financier du médicament dans le budget des ménages guinéens. Au Tchad, le coût médian (converti en francs guinéens) de l'ordonnance prescrite est de 9500 nfg (5.8 euros) alors que pour les 6 pays étudiés, il tourne autour de 7500 nfg (4,6 euros).

Le coût médian des prescriptions ambulatoires guinéens (15400 nfg soit 9,4 euros), s'explique bien sûr par l'abondante prescription de spécialités.

La dispensation

◆ L'accessibilité des médicaments est bonne puisque, suite à la prescription, 9 malades sur 10 (86%) ont présenté leur ordonnance le jour même à la pharmacie. Ceci peut s'expliquer aussi par la proximité des salles de consultations et de la pharmacie, situés dans le même pavillon.

La disponibilité des molécules est également appréciable puisque, globalement, pour les antibiotiques et les injectables, 9 molécules prescrites sur 10 étaient présentes à la pharmacie Donka et les ruptures de stocks n'ont entraîné que 5% d'achats partiels des ordonnances.

◆ L'achat incomplet des ordonnances peut être mesuré par la proportion de médicaments non délivrés (56%) qui est presque 4 fois plus importante que dans les autres études (15%).

Ce pourcentage d'achat en nombre de lignes de prescription est facile à mesurer mais il ne tient pas compte des médicaments achetés en quantités partielles. C'est pourquoi on utilise un indicateur plus précis : le pourcentage d'ordonnances dont la totalité des médicaments a été achetée. On s'aperçoit alors qu'à peine une ordonnance sur trois (28%) a été entièrement dispensée et ce pour deux causes principales :

-le manque d'argent est le premier motif avancé par le malade (32%). Cette proportion est beaucoup trop importante (elle n'est que de 4% à l'hôpital N'Djaména) mais au vu des coûts annoncés pour les traitements délivrables (9000nfg en moyenne), on comprend l'embarras du malade face à une telle somme.

- la prescription hors liste est la seconde cause d'achats partiels (29%).

L'implication pour le malade est négative car, soit il s'adresse à une deuxième pharmacie, soit il renonce au produit, ce qui remet en question l'unité de lieu de prescription et de dispensation.

◆ La substitution des spécialités en médicaments génériques reste dérisoire. Parmi les médicaments substituables de consultations externes seulement un sur deux (50%) a bénéficié d'une substitution par le dispensateur. On explique très bien ceci par l'existence de spécialités au sein de la pharmacie, évitant ainsi au pharmacien le devoir de substitution qui lui incombe lorsque la spécialité n'est pas dans son stock.

Il empêche ainsi une économie de la moitié du prix prescrit pour les malades concernés.

◆ Le coût moyen de l'ordonnance effectivement achetée pour les malades ambulatoires est de 4000nfg (2.5 euros) dont un quart (24%) est consacré aux antibiotiques et un autre quart aux injectables. Le prix des ordonnances délivrées reste élevé sachant que plus de deux malades sur trois (72%) quittent la pharmacie avec un traitement incomplet. A l'hôpital N'Djaména, le prix moyen d'achat des ordonnances est le même, mais 30% seulement de traitements sont incomplets.

Tableau XIII : Consultations externes, mise en perspective des résultats avec une étude réalisée au Tchad en milieu hospitalier et une enquête de soins de santé primaires dans 6 pays d'Afrique.

	Consultations Externes		Consultations SSP
	Hôpital Donka Guinée	Hôpital N'Djaména Tchad	6 pays d'Afrique Résultats (deux extrêmes)
PRESCRIPTION			
Nombre moyen de médicaments par ordonnance	2,5	2,5	2,3 – 2,8
Pourcentage de polyprescriptions	17%	15%	10 – 15%
Pourcentage de médicaments appartenant à la liste médicaments de l'établissement	69%	91%	27 – 62%
Pourcentage de médicaments prescrits en génériques	25%	54%	66 – 94%
Pourcentage d'ordonnances avec au moins un antibiotique	39%	47%	31,4 – 45%
Pourcentage d'ordonnances avec au moins un injectable	22%	29%	12,2 – 30,6%
Coût médian de l'ordonnance prescrite (NFG)	15 400	9 500	3 250 – 13 582
DISPENSATION			
Pourcentage d'ordonnances délivrées entièrement	28%	68%	57,7 – 94,1%
Pourcentage de médicaments non délivrés	56%	15%	2,2 – 30%
Pourcentage de délivrance partielle pour :			
- Raisons financières	32%	4%	0,4 – 12,2%
- Prescriptions hors liste	29%	21%	3,1 – 40,7%
Pourcentage de substitutions par le dispensateur	50%	94%	
Coût moyen de l'ordonnance achetée (NFG)	4000	4000	
Part des dépenses antibiotiques	24%	43%	
Part des dépenses injectables	24%	37%	

?Chez les malades hospitalisés

Le processus d'hospitalisation entraîne un système de soins différent des consultations externes et soins de santé primaires et nous comparons donc les indicateurs hospitaliers entre eux.

La prescription

◆ L'ordonnance comprenait en moyenne 2.5 médicaments mais le taux de polyprescription atteint 20% des prescriptions. Il serait intéressant, pour ces ordonnances, de disposer des éléments diagnostiques pouvant justifier ces prescriptions de plus de 3 médicaments.

◆ Un peu plus de 8 médicaments sur 10 (82%) étaient prescrits dans la liste des médicaments disponibles à Donka, sachant que pour les malades hospitalisés, 36% des lignes de prescriptions l'étaient en génériques. Le reste (46% liste, 18% hors liste) était prescrit en spécialités.

L'augmentation de la prescription en génériques se corrèle avec l'appartenance à la liste des médicaments de Donka. Cette amélioration traduit peut-être l'effort fourni par les médecins pour maintenir la notion d'unité de soin au sein de l'hôpital sachant qu'il est difficile pour le malade de sortir acheter son traitement. Peut-être que cette augmentation de prescriptions en génériques est liée aux produits injectables qui atteignent 62% des ordonnances.

Cependant, ce tiers de prescription en génériques est loin d'être satisfaisant, il est le double (64%) au Tchad.

◆ Les proportions d'ordonnances contenant : antibiotiques (37%) et injectables (62%) sont similaires à celles observées pour l'hôpital de N'Djaména qui, comme à Donka, délivre à la pharmacie les solutés perfusables. Cette fois-ci l'usage important des injectables peut être justifié par le statut du malade.

◆ En moyenne ces ordonnances telles que prescrites, auraient coûtées en médian (14400nfg, 8,8 euros). Ce coût est proche de celui des consultations externes mais il reste supérieur au coût obtenu dans l'autre étude (10000 nfg, 6,1 euros).

La dispensation

◆ La disponibilité des médicaments se situe dans les mêmes mesures que pour les malades ambulatoires en ce qui concerne les antibiotiques et les injectables (9 molécules sur 10 étaient présentes à la pharmacie), mais sur l'ensemble des médicaments prescrits, la disponibilité est meilleure en hospitalisation (82%, contre 69% en externe). Les traitements prescrits en consultations externes contenaient fréquemment des médicaments appelés chez nous « de confort », qui ne se retrouvaient pas chez le malade hospitalisé.

◆ 36% des ordonnances sont délivrées entièrement, ce qui semble un très mauvais résultat par rapport au Tchad (66%). Comme pour les consultations externes, l'explication des achats incomplets tient d'une part à la pharmacie, avec 5% d'achats partiels pour rupture de stock de médicaments, et d'autre part au patient avec les deux mêmes causes :

- problème financier pour 35% des patients. Le coût moyen de l'ordonnance délivrable proposée au guichet de la pharmacie tourne en moyenne autour de 15 000 nfg.

- prescription hors liste (qui est moindre) : 18% des ordonnances.

◆ Il semble que, pour un coût moyen prescrit équivalent à celui des consultations externes, la baisse vers le coût délivrable est moins importante pour les hospitalisés que pour les externes : ceci ne peut pas être la conséquence d'une meilleure substitution puisqu'elle est inférieure (43% des médicaments substituables l'ont été). L'explication semble liée au fait que la prescription hors liste est moins importante, et que le malade hospitalisé reçoit davantage de produits prescrits en génériques (type solutés, quinine, ampicilline..) : la disponibilité des produits prescrits est donc meilleure.

◆ En revanche, le malade hospitalisé ne semble pas pouvoir dépenser plus d'argent puisque la baisse du coût délivré est de 56% du coût délivrable. L'ordonnance achetée coûte en moyenne 6600nfg dont 25% sont consacrés aux antibiotiques et 70% aux injectables (qui peuvent être des antibiotiques). L'impact financier des injectables est considérable mais il atteint 82% des dépenses au Tchad.

Les taux de substitution ne sont pas plus encourageants que pour les traitements ambulatoires puisque pour 100 médicaments substituables presque 60 ne l'ont pas été, alors qu'à la pharmacie de N'Djaména, seulement 6 médicaments sur 100 ont échappé à la substitution

◆ Pour les deux types de malades (hospitalisés/externes), le temps nécessaire à la délivrance des médicaments est très court, il tourne autour de quelques minutes (3,5 minutes). Les médicaments génériques vendus au guichet de la pharmacie sont conditionnés à l'avance en petits sachets prêts à la vente. Ce court laps de temps consacré par le pharmacien au patient semble inadapté pour prodiguer des conseils sur le traitement délivré ou pour la recherche par l'agent pharmaceutique de la molécule la moins onéreuse pour le malade.

Tableau XIV : Malades hospitalisés, mise en perspective des résultats avec une étude réalisée au Tchad en milieu hospitalier.

	Malades hospitalisés	
	Hôpital Donka Guinée	Hôpital N'Djaména Tchad
PRESCRIPTION		
Nombre moyen de médicaments par ordonnance	2,5	2,5
Pourcentage de polyprescriptions	17%	15%
Pourcentage de médicaments appartenant à la liste médicaments de l'établissement	69%	91%
Pourcentage de médicaments prescrits en génériques	25%	54%
Pourcentage d'ordonnances avec au moins un antibiotique	39%	47%
Pourcentage d'ordonnances avec au moins un injectable	22%	29%
Coût médian de l'ordonnance prescrite NFG	15 400	9 500
DISPENSATION		
Pourcentage d'ordonnances délivrées entièrement	28%	68%
Pourcentage de médicaments non délivrés	56%	15%
Pourcentage de délivrance partielle pour :		
- Raisons financières	32%	4%
- Prescriptions hors liste	29%	21%
Pourcentage de substitutions par le dispensateur	50%	94%
Coût moyen de l'ordonnance achetée NFG	4000	4000
Part des dépenses antibiotiques	24%	43%
Part des dépenses injectables	24%	37%

Bilan des résultats

Afin de faire le point sur l'usage rationnel des médicaments au sein de l'hôpital national Donka, nous nous appuyons, bien sûr, sur les résultats de l'enquête et sur l'expérience vécue durant les quelques mois de terrain.

?Application des textes législatifs et réglementaires

La prescription et la dispensation des médicaments sont régies par les textes législatifs et réglementaires en vigueur depuis 1994 en Guinée et sont appuyées par la politique pharmaceutique guinéenne.

L'extrait du Décret N° 94/043/PRG/SGG portant disposition réglementaire de la prescription et de la dispensation des médicaments est porté en annexe 2.

La politique pharmaceutique guinéenne nous rappelle qu'un usage rationnel des médicaments consiste en :

- une prescription adéquate
- une dispensation correcte
- une bonne utilisation par le consommateur

Prescription

Nous pouvons ainsi constater qu'en matière de qualité de prescription, les médecins ou autres personnels autorisés à prescrire ne respectent pas les Bonnes Pratiques de Prescription connues de tous les médecins et qui suggèrent dans un premier temps une identification correcte des différentes parties concernées (service /prescripteur /malade).

La prescription des médicaments en DCI est rare, alors qu'elle devrait avoisiner les 100% dans le secteur public.

Tout se passe comme si les prescripteurs du secteur public orientaient directement une partie de leur clientèle vers les pharmacies privées en prescrivant des spécialités qu'ils savent ne pas être disponibles dans le secteur public de la santé.

Le respect de la liste nationale des médicaments essentiels est également bafoué et encouragé par le système pharmaceutique de l'hôpital qui met à disposition des prescripteurs et des malades un grand nombre de spécialités n'appartenant pas à cette liste.

Dispensation

Il est dit dans la littérature que dans le secteur public de la santé, la part des génériques est le reflet de la politique publique en la matière. En effet, le pharmacien du secteur public n'est pas censé gagner son salaire sur la marge des médicaments qu'il vend, contrairement aux pharmaciens privés.

Le personnel pharmaceutique autorisé à substituer les médicaments ne s'y est employé qu'une fois sur deux.

Il y a toutefois lieu de s'interroger sur la logique de substitution au sein de la pharmacie de l'hôpital. En effet, deux questions se posent : les prescriptions ne contenant à peu près que 30% de génériques, la pharmacie ne s'est-elle pas achalandée en spécialités afin de répondre à la forte demande des prescripteurs ? Ou bien, les prescripteurs connaissant la disponibilité des spécialités à la pharmacie de Donka, ne sont-ils pas encouragés à les prescrire ?

C'est l'occasion de regretter l'inexistence à l'échelle nationale d'une table d'équivalence qui aurait été un outil précieux d'aide à la décision dans la substitution rationnelle.

Le Bon usage par le patient

Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, la compréhension de l'ordonnance par le patient n'a pu être évaluée comme indiqué dans le protocole.

Cependant, les chiffres obtenus en matière de délivrance des traitements nous montrent que deux patients sur trois repartent avec des traitements incomplets.

Dans l'hypothèse d'un bon diagnostic posé et d'un traitement adéquate et pertinent prescrit, l'achat partiel d'un traitement (en qualité de médicaments ou en quantité) obère la bonne observance de son traitement le patient.

Il est arrivé souvent que le patient (ignorant en matière médicale) quitte le comptoir de la pharmacie, avec dans la main, le sachet de multivitamines prescrit en complément d'une antibiothérapie qui n'aura pas été délivrée, par manque d'argent et absence de substitution par le pharmacien.

Le dispensateur a le devoir d'inciter le patient à acheter les médicaments essentiels plutôt que les princeps, si son budget ne lui permet pas de prendre tous les médicaments de l'ordonnance.

?Accessibilité aux soins pour le malade

La fréquentation de l'hôpital national est en progression par rapport aux dernières années (17).

L'accessibilité financière aux consultations et à l'hospitalisation fonctionne sur un forfait de base peu onéreux mais auxquelles peuvent s'ajouter d'autres prestations (examens, analyses, médicaments...) qui sont à chaque fois taxées sans aucune organisation ni contrôle.

Le lieu de prescription, notamment pour les consultants externes n'est pas encore bien respecté (consultations externes au pavillon des urgences, dans les services...).

La quantité de médicaments prescrits reste honnête et la polyprescription n'est pas alarmante.

L'usage abusif des injectables est de moindre importance et nécessiterait une évaluation de la pertinence des diagnostics pour les malades hospitalisés dont la part des injectables est importante mais raisonnable par rapport à notre étude de comparaison.

L'antibiothérapie est utilisée de manière modérée et la vulgarisation des prescriptions d'antibiotiques en génériques est encourageante. Elle s'explique, entre autres, par l'existence d'un marché du médicament générique chinois (via un nouveau grossiste) qui envahit les structures sanitaires grâce à de nombreux visiteurs médicaux démarchant à la fois auprès des prescripteurs et auprès des pharmaciens. La vulgarisation de ces médicaments entraîne une prescription de médicaments génériques en dénomination de fantaisie mais non en DCI.

La disponibilité des produits pharmaceutiques est également bonne puisque les ruptures de stock semblent exceptionnelles. Un énorme progrès semble avoir été fait de ce côté puisque une étude de 1999 (25) rapporte la faiblesse des stocks de médicaments au sein de l'hôpital Donka.

L'accessibilité aux médicaments à proprement parlé, pour le malade, est un autre problème.

Le non respect de la politique nationale par les acteurs de la santé place le malade dans une impasse essentiellement financière.

La prescription et la dispensation abusive de médicaments non essentiels (exemple du Terpone® : association de terpènes et d'huiles essentielles dont l'efficacité comme sédatif de la toux n'est pas démontrée) rendent les ordonnances inutilement coûteuses (70).

L'enregistrement des médicaments au niveau central devrait être en adéquation avec la politique pharmaceutique nationale en limitant l'importation de médicaments non essentiels.

L'absence de substitution par le pharmacien ne donne aux malades aucune alternative et les conseils donnés par le pharmacien lors de la dispensation des médicaments se limitent en général à la posologie.

Cela ne fait que ternir l'image de l'hôpital public aux yeux d'une population, fortement attachée, à la médecine traditionnelle qui a recours à des soins non hospitaliers.

?Ressources humaines et qualification du personnel

Le personnel médical occupant les lieux formels de consultations possède la qualification nécessaire à la prescription puisque 99% des prescripteurs identifiés étaient médecins.

Cependant le phénomène des prescripteurs « informels » n'est pas inconnu et même assez répandu au sein des deux hôpitaux nationaux guinéens. Ce sont des étudiants, stagiaires, encore appelés « bénévoles » qui se font directement payer par le malade auprès duquel ils interviennent. Ils n'ont pas les compétences requises et aucune responsabilité juridique (17).

Le personnel pharmaceutique répond aux exigences de la législation et s'avère relativement nombreux puisqu'il est constitué de 8 préparateurs et 5 pharmaciens.

Mais qu'en est-il de l'exercice de la profession pour ce personnel hospitalier ?

Chaque acteur médical a un rôle à jouer afin d'assurer la cohérence et l'efficacité du système de soins dans lequel il se trouve.

L'absence de prescriptions conformes aux recommandations de la Politique Sanitaire, la négligence des pharmaciens face à l'acte de substitution sont-elles le fruit d'un manque de connaissances thérapeutiques et pharmacologiques ou celui de l'intérêt financier qui entoure le médicament ?

Le prescripteur et le dispensateur travaillant dans la même structure de soins, la logique voudrait que le prescripteur rédige son ordonnance directement sous DCI, qu'il sait disponible à la pharmacie, plutôt qu'une spécialité que le dispensateur devra remplacer.

Il est vrai que l'absence de documents standardisés, d'informations et de concertation au sein de l'hôpital favorise un comportement individualiste du personnel de soins.

L'étude du secteur hospitalier, réalisée par le Ministère de la Santé, met en exergue une perte du sens de l'éthique et de la déontologie médicale, accentuée par la faible moralisation de la vie publique dans tous les secteurs.

Dans un contexte général de pauvreté, l'attachement à l'argent et la nécessité de satisfaire un certain nombre de besoins conduisent à pratiquer l'activité libérale à l'hôpital, contrairement à la réglementation en vigueur.

V- CONCLUSION

Dans une analyse des ordonnances, délimitée aux prescriptions de pédiatrie (pour un quart) et de médecine (pour trois-quart) et sachant que toutes les ordonnances prescrites n'ont pu être étudiées du fait du libre choix de la pharmacie à l'issue de la consultation, cette étude, qui a porté sur des indicateurs primaires, nous révèle quelques points forts. On note une faible polyprescription, et peu d'abus sont constatés dans l'usage des formes injectables et des antibiotiques. On déplore peu de rupture de stocks, la prescription et la dispensation s'effectuent dans une unité de lieu qui permet aux malades d'obtenir leur traitement le jour même avec une bonne disponibilité des médicaments.

En revanche, nous avons mis en exergue une chaîne de dysfonctionnements qui nous éloigne de nos définitions de l'usage rationnel des médicaments au sein de l'hôpital. La prescription des médicaments essentiels est loin d'être conforme à la Politique Nationale, la prescription hors liste n'est pas négligeable et sous-estimée par l'existence d'un stock de médicaments non essentiels à la pharmacie.

Trop peu de médicaments sont prescrits en DCI ou génériques et les erreurs de substitution sont très fréquentes. De ce fait, le coût excessif des ordonnances rend les traitements inaccessibles pour le patient, et l'efficacité des médicaments est rendue aléatoire pour deux ordonnances sur trois par suite d'achats incomplets.

Les points faibles révélés au cours de l'étude nuisent à la qualité des soins et à l'utilisation optimale des ressources. Le système hospitalier souffre de l'inadéquation du comportement du personnel par rapport aux attentes des populations.

Une meilleure implication des acteurs du médicament est nécessaire à l'amélioration des soins. Des mesures incitant l'utilisation des médicaments essentiels génériques et leur usage rationnel doivent être proposées afin d'aider et soutenir la politique nationale. La nécessité de formation continue, de diffusion de l'information, de mise à jour des connaissances pharmacologiques, d'élaboration d'outils d'aide à la prescription et la sensibilisation des acteurs de la santé sont autant de possibilités que nous aborderons dans la prochaine partie de l'ouvrage.

QUATRIEME PARTIE

PERSPECTIVES ET COOPERATION BILATERALE

CHU DE NANTES ET CHU GUINEEN

I- MESURES A PRENDRE

Au vu des résultats obtenus dans cette enquête, un certain nombre de recommandations peuvent être formulées d'emblée auprès des acteurs médicaux afin d'améliorer l'utilisation des médicaments au sein du CHU Donka.

Ces recommandations s'adressent d'une part :

◆ Au prescripteur qui doit:

Consulter dans les lieux réservés à cet usage.

Prescrire en Dénomination Commune Internationale.

Eviter la polyprescription.

Prescrire parmi la liste de médicaments retenus à l'hôpital Donka.

Posséder cette liste près de lui lors des prescriptions.

Rédiger des ordonnances plus précises (prescripteur, service, malade).

Prendre davantage de temps pour expliquer son traitement au malade.

◆ Au dispensateur qui doit :

Prendre le temps d'analyser l'ordonnance.

Mieux expliquer le traitement au malade.

Travailler sur la base de la liste nationale des médicaments essentiels.

Proscrire le stock des spécialités.

Proposer et pratiquer à bon escient une substitution systématique en accord avec le patient et ses moyens financiers.

Dans une moindre mesure, éviter les ruptures de stocks.

Ces recommandations semblent simplistes et l'implication des acteurs de la santé vers une meilleure utilisation des médicaments au profit du malade va nécessiter une démarche plus complexe.

Au niveau national, le problème de l'usage irrationnel des médicaments n'est pas inconnu et a été étudié, toujours sous l'angle pharmaceutique au sein des officines privées, par quelques pharmaciens qui déplorent les attitudes irrationnelles de leurs collègues, davantage motivés par les retombées commerciales que par la nécessité thérapeutique (71). Des mesures de

redressement avaient été prônées ; celles-ci demeurent encore au stade de textes bien élaborés, mais difficiles à appliquer dans un contexte économique défavorable (72).

C'est pourquoi nous nous sommes penchés sur le problème dans son ensemble et avons préconisé une promotion de l'usage rationnel auprès des différents acteurs du système sanitaire guinéen afin d'envisager la naissance d'une entité médicale cohérente et crédible, au moins au sein de l'hôpital national.

II- PERSPECTIVES DE PROMOTION DE L'USAGE RATIONNEL DES MEDICAMENTS

Depuis 1999, une coopération existe entre le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes et le service de Coopération et d'Action Culturelle à Conakry. Cette convention s'intègre dans le cadre du projet « Renforcement du dispositif sanitaire en Guinée » (FAC N°32/CD/97) et a permis de mener à bien différentes missions universitaires basées sur la formation de formateurs au sein de la faculté de médecine. Les missions paramédicales ont porté sur la formation initiale et continue d'infirmières et sages-femmes. Les missions d'expertise, l'envoi de matériel et l'accueil de stagiaires guinéens au sein des hôpitaux nantais contribuent aux différents objectifs du partenariat.

La volonté d'étendre le champ d'actions de la coopération au domaine pharmaceutique a permis la réalisation de cette étude.

Un premier état des lieux étant désormais réalisé sur l'usage du médicament en milieu hospitalier, le CHU nantais pourra envisager son soutien dans les différentes actions possibles en vue d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins à l'hôpital.

Les problèmes sous-jacents révélés par cette étude sont l'absence d'une politique pharmaceutique des médicaments génériques à l'hôpital, l'absence de protocoles standardisés, l'absence de liste restrictive de médicaments, l'absence de communication et de concertation entre les médecins et les pharmaciens.

La principale action à mener doit s'employer à changer les attitudes et comportements vis-à-vis du médicament, qu'il s'agisse des professionnels médicaux ou des consommateurs.

Comme nous l'avons vu, les obstacles à l'usage rationnel sont nombreux au sein du CHU Donka. L'aboutissement des recommandations mentionnées précédemment, permettant d'assurer ainsi un usage rationnel des médicaments, exigera de nombreuses activités nécessitant un travail de coordination avec un grand nombre de dépositaires d'enjeux.

On distingue plusieurs modes d'interventions: l'éducation, la gestion et la restriction. La combinaison des approches est indispensable à l'obtention de résultats (41). Sur la base des expériences vécues par différents pays ainsi que des recommandations formulées par l'OMS (33), nous allons proposer une démarche pluridisciplinaire pour développer l'usage rationnel des médicaments en Guinée, et plus spécifiquement au sein du CHU.

Un travail doit être effectué directement au sein de l'Hôpital Donka : les principaux acteurs concernés par les mesures à prendre sont les prescripteurs et les dispensateurs de l'hôpital, mais ceux-ci doivent obligatoirement être soutenus dans leur démarche par une organisation cohérente et encourageante qui va nécessiter :

La création d'un Comité pharmaceutique et thérapeutique au sein de l'hôpital

Un Comité thérapeutique est un comité désigné pour assurer l'usage sûr et efficace des médicaments. Celui-ci prend en charge différentes tâches à l'aide d'un personnel représentatif de son établissement. La composition de ce comité doit présenter une large gamme de compétences et de champs d'intérêt, et représenter les différents niveaux du personnel hospitalier (73).

Il va permettre de mettre en concertation prescripteurs et dispensateurs du même établissement pour :

- développer, adapter des directives thérapeutiques (traitement standard, politique de prescription).
- sélectionner des médicaments sûrs et d'un bon rapport/qualité prix en tenant compte des volontés et contraintes des différents acteurs et services.

Une politique commune et validée permettrait aux professionnels de la santé de débattre et de trouver un accord sur les pratiques thérapeutiques de l'hôpital.

L'élaboration d'une liste de médicaments essentiels basée sur des référentiels internes.

« Les médicaments essentiels sont ceux qui satisfont aux besoins sanitaires prioritaires de la majorité de la population » (74). Une liste de médicaments essentiels facilite la gestion des médicaments sur tous les plans : l'achat, le stockage et la distribution sont facilités par la réduction du nombre d'articles tandis que la prescription et la dispensation sont normalement facilitées par le fait que les professionnels ont besoin d'être renseignés sur un petit nombre de produits.

Il semble que la liste de médicaments existant officiellement au sein du CHU soit méconnue des prescripteurs qui ne la possèdent pas et prescrivent en majorité les médicaments sous leur nom de spécialité, souvent hors liste. Cette liste correspond-elle aux besoins des usagers ? Il serait bon de compléter ce travail par une étude plus qualitative des objectifs thérapeutiques des praticiens et de leurs critères de choix de prescription.

La liste de médicaments essentiels devrait être basée sur des traitements choisis et validée par l'ensemble des acteurs du médicament de l'hôpital. Cette sélection de médicaments devrait être faite par le Comité Pharmaceutique et Thérapeutique, constitué de membres concernés utilisant des critères explicites, basés sur l'efficacité, la qualité et le rapport coût/efficacité des médicaments choisis. L'adhésion de l'ensemble des professionnels de santé à cette liste de médicaments essentiels détenus à la pharmacie conduirait les prescripteurs vers leur usage systématique.

La mise en place de directives thérapeutiques

Une politique de prescription et des directives thérapeutiques semblent inexistantes au sein de l'hôpital. Le Formulaire National existe pourtant depuis 1992, celui-ci donne les indications sur les médicaments correspondant à la liste nationale des médicaments et prône les recommandations de bonnes pratiques de prescription et de dispensation. Pourtant conçu à l'usage des prescripteurs et des dispensateurs, cet ouvrage, recommandé à l'heure actuelle

dans tous les pays en développement travaillant sur leur politique pharmaceutique, n'est pas mis à profit auprès des professionnels de santé : en 1996, 67% des prescripteurs et 88% des dispensateurs ne disposaient pas de cet outil (25).

Comme pour la liste des médicaments, les directives thérapeutiques consignées doivent être adaptées à l'épidémiologie, à la liste des médicaments essentiels et aux moyens financiers de la population. Si le Formulaire National ne fait pas l'unanimité auprès des prescripteurs de Donka, il serait bon de mettre en place un nouvel outil d'aide à la prescription plus adapté aux besoins internes des utilisateurs de médicaments. Ce guide pourra cibler les différents prescripteurs concernés en fonction de leur qualité professionnelle, limitant ainsi l'usage des médicaments en fonction des compétences (75), utiliser des arbres décisionnels en fonction des symptômes, limiter les traitements symptomatiques associés et informer sur les médicaments choisis.

L'intérêt de tels protocoles thérapeutiques est lié au fait qu'ils reposent sur l'expérience, la pratique et les besoins locaux (76). Ils devront être élaborés et validés par les intéressés au sein du Comité Thérapeutique.

Parmi les outils permettant d'améliorer les pratiques de prescription et de dispensation à l'hôpital, il faudrait envisager la réalisation et la diffusion d'une table d'équivalence thérapeutique afin de faciliter les substitutions entre spécialités et génériques, que ce soit auprès des prescripteurs ou des dispensateurs. Celle-ci pourrait être intégrée au formulaire ou présentée sur des supports plus usuels tel que sous-main, poster.

Ces deux outils d'aide à la prescription et à la substitution devraient favoriser la maîtrise des dépenses de santé.

Ce projet est délicat et nécessite les faveurs et la participation des professionnels de l'hôpital car l'intégration de stratégies thérapeutiques standardisées peut être perçue comme une atteinte à la liberté des prescripteurs et se traduire par une faible adhésion des principaux acteurs (77).

Le comité thérapeutique en charge d'élaborer ces différents outils devra réfléchir à la meilleure stratégie de diffusion des ouvrages réalisés sur des supports pratiques et utilisables au quotidien.

L'implication du CHU dans la réalisation de ces trois objectifs doit être envisagée en lien avec les actions de formation, indispensables à l'amélioration de l'usage rationnel du médicament.

La formation devra être envisagée sous différents aspects afin de cibler le personnel hospitalier dans un premier temps, et la future génération des professionnels de santé : les étudiants en médecine et en pharmacie.

La formation du personnel hospitalier

La diffusion de directives cliniques et d'informations sur le médicament ne suffit pas à modifier les comportements de façon sensible, sauf si elle est couplée à la formation du personnel, à d'autres directives sur la participation des utilisateurs, à des audits et à la rétroinformation (62).

Afin de sensibiliser le personnel hospitalier à l'usage rationnel des médicaments, nous proposons donc la mise en place de sessions de formation courtes qui devront concerner les différents acteurs de la prescription et de la dispensation.

L'expérience montre que la formation en petits groupes avec face à face et contact direct avec un expert neutre (médecin ou pharmacien) est une stratégie efficace (78)(79). Les discussions directes avec les prescripteurs permettent de connaître les raisons de leur comportement et de prendre en considération les contextes locaux, les motivations et les contraintes.

Une autre méthode plus objective peut être mise en place afin de révéler les obstacles internes à l'usage des génériques et les comportements des prescripteurs : c'est ce qui a été réalisé au Burkina Faso sous forme d'une enquête « Connaissances, Attitudes et Pratiques » auprès des prescripteurs d'un hôpital. Cette enquête a permis de mettre en évidence le préjugé de la qualité douteuse des génériques, ancré dans les esprits de toutes les catégories de prescripteurs (80). Les pratiques d'assurance qualité sont également de recommandation récente dans les pays en voie de développement. Enfin, en raison de la faible efficacité thérapeutique attribuée aux génériques, les prescripteurs sont partagés sur l'importance de la place à leur accorder dans un hôpital de dernier recours, c'est à dire l'hôpital national.

Les formations devront conduire les participants:

- à identifier les problèmes liés à l'usage inapproprié des médicaments sous toutes ses formes ainsi que les facteurs qui influencent les comportements.

- identifier les facteurs influençant les décisions des prescripteurs et des dispensateurs et leur rapport à la Politique Pharmaceutique Nationale.
- à critiquer et adopter la liste des médicaments retenus au sein du CHU.
- à participer à l'élaboration et au développement des protocoles et directives thérapeutiques et autres outils d'aide à la prescription afin d'en comprendre l'intérêt et les avantages.
- de comprendre le rôle des connaissances et des pratiques du public sur l'usage du médicament et identifier les axes de communication persuasifs avec le patient afin d'améliorer l'observance et la compréhension du traitement par le malade.
- à être aptes à enrichir la stratégie d'amélioration de l'usage des médicaments par :
 - les notions primaires de déontologie,
 - les connaissances de bases sur le rapport coût/efficacité des médicaments essentiels,
 - l'analyse de l'information médicale reçue.

Bien conçue, la formation en groupe permet d'améliorer de 15% ou plus en moyenne les pratiques des prescripteurs. Les interventions qui semblent avoir le plus d'impact sont celles qui mélangent plusieurs méthodes de formation (conférences, jeux de rôles, études de cas, résolution de problèmes), s'imposant selon une approche participative (et non « doctorale »), qui abordent un thème à la fois, qui se déroulent sur le lieux de travail et qui font appel à des personnes influentes (62).

Ces formations devront, bien sûr, cibler tous les niveaux de qualification des personnels de santé et assurer, dans un premier temps, la formation des chefs de services et des membres constituant le Comité Thérapeutique. La validation de cette formation par les personnalités dont l'impact de crédibilité est fort, va permettre une meilleure adhésion du reste du personnel au programme de formation organisé.

Au terme de ces sessions de formation, les différentes catégories de personnels concernés devront reconnaître les avantages et bénéfices potentiels du guide thérapeutique, être aptes à persuader d'autres personnes de l'intérêt du médicament essentiel et de relativiser les informations qui leur sont données par les délégués médicaux.

L'encadrement est essentiel pour assurer une bonne qualité des soins, et la question de l'efficacité et de la durabilité d'une action de formation isolée se pose. A ce propos, des études ont montré qu'un meilleur impact sur les habitudes de prescription était obtenu par un

programme de formation continue systématique et que le coût des formations répétées pouvait être inférieur au gain obtenu par la rationalisation des prescriptions (81).

L'enseignement médical continu est recommandé par l'OMS (3), mais dans les pays en développement, les possibilités d'enseignement continu sont limitées et l'absence de motivation est due au fait qu'il n'est pas exigé des professionnels de santé pour leur autorisation d'exercer. Les fonds publics sont insuffisants à soutenir cette activité : c'est pourquoi il serait nécessaire d'encourager les départements universitaires et les professionnels hospitaliers à travailler en collaboration sur la mise en place d'un enseignement continu en partenariat avec le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes.

Ces premières démarches au sein du CHU ne peuvent avoir de retombées efficaces que si l'action se complète auprès des autres acteurs de l'usage des médicaments.

La promotion de l'usage rationnel des médicaments doit être diffusée au-delà du personnel de l'hôpital afin de mener à bien une action complète sans laquelle l'impact des mesures individuelles n'a pas de poids.

Programmes universitaires

Les étudiants en général, et les étudiants en médecine et pharmacie en particulier, ont souvent tendance à rester plongés dans leurs livres : ils sont beaucoup plus préoccupés de réussir des examens difficiles que de remettre en question le statu quo posé sur leur enseignement. Les études de médecine ne peuvent plus aujourd'hui se dérouler dans une tour d'ivoire scientifique et doivent être abordées dans la perspective plus large de santé publique (82). Les priorités pour l'attribution des ressources, l'accessibilité aux services et aux médicaments, l'engagement communautaire, l'accès à une information objective et un contrôle de la qualité des médicaments, de leur utilisation et de leur commercialisation, sont des questions inextricablement liées à la prévention, au traitement et à la guérison de la maladie.

Il semble que les programmes universitaires ne soient pas adaptés aux réalités sanitaires des pays en voie de développement, notamment en Guinée alors que la PPN recommande l'éducation à l'usage rationnel des prescripteurs et dispensateurs au cours de la formation initiale (université et école de santé) ainsi qu'une formation poursuivie durant l'exercice de la profession (27).

Bon nombre de jeunes prescripteurs acquièrent leurs habitudes en milieu hospitalier, soit sous l'influence de leurs aînés, soit sous l'influence des représentants des firmes pharmaceutiques (79). Ainsi, la coopération entre les professeurs universitaires et les praticiens hospitaliers pourrait permettre l'enrichissement des programmes universitaires par le biais d'un enseignement ciblé assurant l'introduction du médicament essentiel, et son usage rationnel dans leurs habitudes de prescription. L'intervention pluridisciplinaire permettrait de concilier l'approche théorique et pratique du bon usage du médicament.

Ce projet doit, bien sûr, être porté par les principaux concernés : les professeurs enseignants et l'ensemble du collège universitaire. Il est bien évident qu'un jeune médecin ou pharmacien est plus enclin à écouter son professeur de thérapeutique sur l'intérêt de respecter la liste nationale des médicaments essentiels génériques que tout autre personne (83).

La prise de conscience par les étudiants, du concept de soins de santé rationnels, est un enjeu incontournable dans l'amélioration de l'usage des médicaments et l'adaptation des programmes doit se faire :

⇒ *Pour les étudiants en médecine*

La qualité de base de la formation en pharmacothérapie pour les étudiants en médecine et paramédecine peut avoir une influence considérable sur la prescription future.

L'enseignement de la pharmacothérapie rationnelle, lié à des directives thérapeutiques et des listes de médicaments essentiels, peut aider à établir de bonnes habitudes de prescription et de dispensation. La formation est plus efficace si elle est basée sur la résolution de problèmes, se concentre sur les états cliniques courants, tient compte des connaissances, attitudes et compétences des étudiants, et est orientée vers les exigences de prescription future des étudiants (3).

C'est pourquoi l'une des stratégies éducatives, simple et envisageable, consiste à introduire dès les premières années universitaires un matériel d'enseignement standardisé qui suivra l'étudiant durant son cursus et s'élargira progressivement au fil des années validées (84).

Par exemple, on pourrait insister sur la stricte observation de la version locale de la liste de médicaments essentiels qui serait distribuée à tous les étudiants dès le début des études, puis introduire les outils pédagogiques reconnus (41) tel que le guide OMS « Bien prescrire les médicaments » et le Formulaire National.

L'apprentissage sur les directives thérapeutiques existantes par niveaux de soins pourra faire l'objet de travaux pratiques avec études de cas cliniques, analyses et critiques de prescriptions en fonction des schémas de rationalité recommandés. Les examens pourront également comprendre une question sur le médicament essentiel afin de stimuler cette discipline (85).

Le futur médecin apprend ainsi à utiliser instinctivement les méthodes rationnelles qui sont celles des sciences expérimentales : identifier le problème, poser une hypothèse, recueillir et traiter les données, tirer des conclusions, prendre les mesures puis évaluer les résultats (86).

A la fin de leurs études, ils utiliseront ce même matériel, qu'ils connaîtront bien et qui sera continuellement remis à jour, pour établir leurs prescriptions. Le médecin aura appris à choisir les médicaments les plus efficaces, les plus sûrs et les plus économiques, à rédiger correctement l'ordonnance et à donner au patient les informations dont il a besoin pour prendre correctement son traitement.

⇒ *Pour les étudiants en pharmacie*

La formation dispensée dans les facultés de pharmacie apparaît plus théorique que pratique. Il y manque en général des notions suffisantes sur la pharmacie clinique, l'exercice de la profession, les comités thérapeutiques, la gestion pharmaceutique et la communication (87). Les programmes de pharmacie de premier cycle peuvent être révisés en fonction des compétences reconnues indispensables pour bien dispenser (88).

Comme nous l'avons vu précédemment, le pharmacien a en charge, dans son intégralité, l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance : l'analyse de l'ordonnance, la préparation des doses et la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments.

L'étudiant doit acquérir des connaissances pharmacologiques solides en concordance avec son activité future. Ceci ne remet nullement en cause la qualité de l'enseignement dispensé à la faculté de Conakry mais l'orientation des programmes vers un module sur le médicament essentiels et son usage rationnel permettrait, à l'aide des mêmes outils pédagogiques que ceux préconisés pour les études de médecine, d'obtenir des pratiques et attitudes communes et systématiques sur le bon usage des médicaments essentiels.

Situé tôt dans le programme, ce module devrait être conçu de manière à montrer aux étudiants quelles compétences de base - c'est-à-dire quel ensemble de comportements, de connaissances théoriques et savoir faire pratique – leur seront nécessaires pour remplir les différents rôles incombant au pharmacien touchant l'usage des médicaments, notamment, le contrôle de l'ordonnance, des interactions médicamenteuses, la substitution des molécules selon les recommandations nationales et l'information du patient sur les effets indésirables (89). Ces compétences de base seront progressivement élargies et renforcées tout au long des études.

Afin d'analyser l'ordonnance, le futur pharmacien doit également connaître le patient par le biais de l'ordonnance (noms, âge ou poids). La faible proportion d'ordonnances comportant l'identification du patient (10% dans notre étude) expose le pharmacien à des risques d'erreur de dispensation (90). Les difficultés rencontrées par le pharmacien à l'analyse de l'ordonnance devraient s'estomper grâce à l'enseignement médical complémentaire prônant les bonnes pratiques de prescription du médicament essentiel en DCI, auprès des médecins.

Les futurs pharmaciens devront se familiariser avec les pratiques de substitution, dont le droit leur est accordé depuis 1994. Les premières générations de pharmaciens semblent peu favorables à la substitution et à l'époque, aucun guide d'équivalence n'a accompagné cette nouvelle attribution professionnelle (91).

On trouve désormais quelques tables de substitution sous forme pratique mais celles-ci sont offertes par les laboratoires et grossistes qui pratiquent ainsi la promotion de leurs produits.

Le rôle du pharmacien est également de former et d'informer le patient sur le médicament et le traitement délivré. Il est le plus souvent le dernier professionnel de santé que le patient rencontre avant de débiter son traitement. A cet égard, le pharmacien est garant de la qualité du médicament délivré et de son bon usage et doit donc recevoir une formation qui lui permette d'assurer son rôle social, tenant compte de l'environnement immédiat, de la situation socio-économique et culturelle dans laquelle il exerce son métier (61).

La communication d'informations simples et éventuellement schématisées sur la prise du médicament doit devenir systématique lors de la dispensation. Le pharmacien participera ainsi à l'éducation sanitaire du patient qui devrait peu à peu acquérir, des attitudes rationnelles.

Les expériences d'apprentissage doivent être en rapport avec les différents éléments de la compétence professionnelle et c'est aussi dans cette optique que les étudiants devraient être

impliqués et sollicités à participer aux travaux de recherche, de suivi et d'évaluation qui sont à mettre en œuvre dans le domaine du médicament (92). Ces travaux, tels que des enquêtes de prescription, de dispensation, d'opinion et d'usage des génériques peuvent être élaborés et réalisés par les étudiants au sein des hôpitaux ou encore auprès des officines en vue de la validation d'un module pratique, ou encore de la soutenance de thèse. Ils contribueront ainsi aux travaux de recherche tout en se sensibilisant aux pratiques rationnelles et aux techniques d'évaluation.

Beaucoup d'étudiants en pharmacie guinéens travaillent dans les officines privées pendant leurs études afin de gagner un peu d'argent. Ils se retrouvent donc très tôt dans un environnement professionnel et se rendent compte que la profession pharmaceutique guinéenne est dangereusement compromise par les attitudes irrationnelles des professionnels et l'existence d'un marché illicite en plein essor (72). L'expérience sur le terrain a montré des futurs pharmaciens très motivés à redorer le blason de la profession par leur implication dans des actions de mobilisation, d'information et de recherche visant à lutter contre ce marché illicite du médicament, à étudier le médicament générique et la qualité des médicaments. Ceux-ci sont actifs à entreprendre débats et discussions, non seulement avec leurs aînés mais aussi avec le public.

Par une telle formation, le pharmacien devient le collaborateur du médecin, dans l'objectif de limiter l'influence négative des facteurs « dérationnalisant » l'usage des produits pharmaceutiques.

Informations indépendantes sur le médicament et promotion des médicaments

« Un médicament sans information peut être dangereux » (93). Grâce aux nouvelles techniques de communication, la diffusion des informations est aujourd'hui facilitée dans le monde entier. Ce progrès devrait contribuer au développement dans l'ensemble des pays mais « pourrait tout aussi bien creuser les inégalités face au savoir, et les pays pauvres se trouveraient encore plus distancés » (94).

Dans le domaine du médicament et de la thérapeutique, l'accès à l'information reste encore souvent très aléatoire dans de nombreux pays, tant pour les professionnels de santé que pour

les autorités sanitaires et les consommateurs. L'information objective et impartiale est un luxe auquel la plupart des praticiens n'ont pas accès, en revanche, l'information de nature commerciale abonde, alors que, souvent tendancieuse, elle cherche à faire vendre certains produits de marque. La frontière entre information fiable, promotion et publicité est souvent difficile à déceler. Une étude sur les publicités pharmaceutiques en Afrique francophone a révélé, dans près de 60% des publicités recensées, des inexactitudes dans les indications, les effets indésirables ou les contre-indications (95).

Il faudrait encourager et soutenir la mise en place par les pharmaciens travaillant dans le service public national, de systèmes nationaux d'informations sur tous les aspects de la nature et de l'usage des médicaments (89).

Ces informations doivent être :

- Fiables : c'est-à-dire objectives et scientifiquement rigoureuses.
- Adaptées aux besoins : c'est-à-dire drainer les informations relatives aux nouveaux médicaments arrivant sur le marché guinéen et les preuves de leur supériorité par rapport à ceux qui sont déjà utilisés.
- Facile d'utilisation : les documents d'information sur les médicaments, destinés au professionnels de santé ne sont utiles que s'ils sont adaptés aux compétences et aux besoins de chacun.

L'information « officielle » devrait pouvoir parvenir aux acteurs de la santé par le biais du Ministère de la Santé qui, après avis de la commission du médicament et autorisation de mise sur le marché guinéen de nouvelles molécules, devrait transmettre les notifications relatives à ces médicaments grâce au support existant, à savoir le Journal Officiel.

L'existence de Forums médicaux internationaux sur le net (tel que E-med) permet un échange d'informations sur les médicaments essentiels entre professionnels de santé du monde entier. Les pharmaciens hospitaliers devraient détenir suffisamment d'informations de qualité sur l'actualité pharmaceutique afin de pouvoir conseiller les médecins et contrer la démarche volontiers agressive des visiteurs médicaux.

L'un des projets entre les hôpitaux nantais et guinéens pourrait concevoir la mise en place d'un centre d'information sur les médicaments (CIM) situé au sein de l'hôpital universitaire. Sur le modèle du centre d'informations du médicament, créé à la pharmacie de l'Hôtel-Dieu à Nantes, il centraliserait les bulletins officiels ainsi que des ouvrages de références

recommandés tels que le Guide de Référence des médicaments essentiels publiés par l’OMS en 2002, des dictionnaire de médicaments type Vidal®, les Guides Thérapeutiques existant au niveau national, des périodiques médicaux et ouvrages tels que « Médicaments à problèmes » édité par Remed ainsi qu’un ouvrage à paraître, cette année : « Optimiser les activités de la Pharmacie. Guide en organisation hospitalière dans les pays en voie de développement », Remed.

Les étudiants devront également, au cours de la formation initiale, apprendre à faire un examen critique du matériel de promotion et savoir choisir les sources scientifiques d’information. Ce type de module d’enseignement a fait ses preuves (96) et a doté les étudiants d’un regard critique et d’une démarche rationnelle de recherche d’information.

Education du public

Sans une connaissance suffisante des risques et avantages des médicaments et sans savoir quand et comment les utiliser, il est fréquent que le patient n’obtienne pas l’effet escompté et que des effets négatifs se manifestent.

Les patients doivent être des partenaires actifs dans le traitement et ne pas se contenter d’absorber passivement le médicament.

Le but général de l’éducation du public sur l’emploi des médicaments est d’informer les personnes et les communautés et de développer leurs compétences et leur confiance pour leur permettre d’utiliser les médicaments de façon appropriée, sûre et judicieuse.

Conformément à la Politique Pharmaceutique Nationale les autorités devraient encourager l’organisation de campagnes d’éducation du public sur le sujet.

Cette éducation pourra commencer, comme nous l’avons vu précédemment, par l’amélioration de la communication entre le médecin ou le pharmacien et le patient. Le personnel soignant doit établir une relation positive avec le patient et prendre le temps de (97):

- l’informer sur le médicament et ses effets secondaires,
- de l’instruire sur la façon de prendre son traitement,
- de le mettre en garde sur la durée du traitement et l’importance d’une bonne observance.

Pour cela, il pourra utiliser des fiches simples et adaptées à la compréhension de tous.

L'éducation à l'usage rationnel des médicaments doit commencer tôt, et l'école et la famille ont un rôle important à jouer à cet égard. La sensibilisation aux médicaments essentiels pourrait commencer dès l'école primaire grâce à des outils éducatifs tels que chansons et jeux diffusés par une équipe médicale. Cette expérience, développée au Nicaragua (98) s'est avérée efficace grâce entre autres à la « Chanson des médicaments essentiels » qui a connu son succès auprès des enfants (annexe 12).

Afin de faire passer un message auprès de la population adulte, il faudra privilégier la réalisation de projets portant sur un sujet précis. Une première étape du travail consistera à recenser les besoins de communication de la population cible afin d'évaluer les attitudes, les connaissances et perceptions du public et d'en dégager le meilleur moyen de les atteindre. Différentes possibilités sont exploitables dans ce domaine et doivent correspondre à la culture locale du pays. Les affiches colorées et faciles à comprendre se sont avérées être un matériel pédagogique pertinent au Kenya (99). D'autres modes de communication sont envisageables, tels que les pièces de théâtre (100), l'utilisation des médias (radio, télévision, journaux) (101) par lesquelles s'effectuent déjà des programmes scolaires.



Le professionnalisme du personnel médical associé à des actions médiatiques d'éducation devrait contribuer à l'éducation sanitaire de la population guinéenne et à une meilleure observance des traitements.

III- MESURES COMPLEMENTAIRES

L'implication de tous les acteurs de l'usage des médicaments devrait permettre d'obtenir des résultats en matière de qualité des soins. Nous allons cependant passer en revue quelques mesures supplémentaires qu'il serait bon de réaliser afin d'être sûr de la pertinence des actions menées.

Assurer les pratiques dans le CHU

En effet que faut-il faire afin d'assurer les pratiques au sein du CHU ?

A la suite des formations menées auprès du personnel, il faudra mettre en place des systèmes de suivi et d'évaluation périodique afin de mesurer l'impact des mesures prises au sein de l'hôpital. Comme mentionné précédemment, ce genre d'enquête basée sur des indicateurs fondamentaux est réalisable par les étudiants et nécessite très peu de moyens financiers.

Les résultats obtenus selon la même méthodologie que celle employée pour notre étude pourront alors être comparés à ceux obtenus aujourd'hui et mesurer ainsi les progrès réalisés en matière d'usage rationnel. L'implication des étudiants garantirait ainsi la sensibilisation des futurs praticiens aux pratiques rationnelles en milieu hospitalier.

Afin d'entretenir la dynamique des améliorations éventuellement obtenues, il faudra assurer par le Comité Thérapeutique la révision périodique des outils mis en place au CHU afin de permettre une évolution adaptée aux besoins et des praticiens et des malades.

Stratégie de diffusion

Les faits démontrent qu'il existe tout un éventail de stratégies efficaces (102) de diffusion des informations. Ainsi, les actions menées telles l'élaboration de directives thérapeutiques et d'une liste de médicaments essentiels adaptée au sein du CHU ne devront pas rester dans l'ombre.

Parmi les stratégies possibles, citons notamment :

- La préparation de résumés et communications pouvant être utilisés dans certains forums et notamment sur les sites internet.
- L'utilisation de la presse scientifique guinéenne (« Guinée Santé ») afin d'informer les professionnels de la santé de l'existence de principes directeurs thérapeutiques, de tables d'équivalence génériques, d'un centre d'information sur le médicament.
- Le recours aux médias locaux pour informer le grand public du processus d'évolution des programmes universitaires, de la disponibilité d'outils d'aide à la prescription au CHU.
- Le recours à des chefs de service, cliniciens de renom pour l'aide à la promotion de ces actions auprès des associations de professionnels, des groupes de consommateurs, des étudiants et au cours de conférences, d'ateliers et séminaires.
- L'expérimentation du matériel élaboré au sein du CHU auprès des médecins et pharmaciens exerçant en pratique libérale.

Encadrement et rétroinformation

Il ne suffira pas d'associer ponctuellement formations et outils pour inciter les praticiens à changer leurs habitudes de prescription et de dispensation. Nous l'avons évoqué, le personnel hospitalier évoluera plus volontiers s'il a participé, lui-même, au projet. Il doit donc rester concerné par le problème de l'usage rationnel des médicaments et être encadré dans le temps par le Comité Thérapeutique chargé de soutenir les acteurs et de garder un contact direct avec eux. Ce mode d'encadrement est plus efficace et mieux accepté qu'une simple inspection accompagnée de sanctions (3).

Les prescripteurs et dispensateurs seront donc en droit d'exiger un retour d'information régulier, notamment sur leurs habitudes de prescription et dispensation, résultant des enquêtes de mesure d'impact. L'évaluation périodique de la consommation des médicaments par la pharmacie de l'hôpital permettra de mesurer le niveau d'achat des génériques et donc leur prescription et substitution par le pharmacien.

Les acteurs médicaux pourront donc juger des améliorations ou régressions en matière d'usage des médicaments à l'hôpital Donka.

IV- PERENNISATION DE L'USAGE RATIONNEL DES MEDICAMENTS EN GUINEE

Contexte politique et Mesures réglementaires en soutien à un usage rationnel

Il existe une volonté politique clairement affichée par le Gouvernement qui se traduit par l'octroi de l'autonomie de gestion aux hôpitaux et des efforts d'allocation de subventions d'exploitation, malgré la conjoncture économique difficile. La Guinée est l'un des rares pays de l'Afrique Francophone qui a dérogé au principe de la comptabilité publique en matière de gestion des ressources financières.

La stratégie des soins de santé primaires, adoptée par le gouvernement, a permis d'améliorer le fonctionnement des centres de santé et de mieux positionner certains indicateurs de santé. Cette expérience constitue une source d'inspiration pour conduire la réforme hospitalière dans le cadre d'un développement intégré des systèmes de soins.

L'amélioration de la qualité des soins fait donc partie intégrante de la Politique nationale de Santé et à ce titre, le plan stratégique de développement des hôpitaux, qui s'étend jusqu'en 2010, prévoit un certain nombre de réformes au sein de l'hôpital Donka.

Cette démarche concorde parfaitement avec les besoins de rationalisation mentionnés dans notre étude et les résultats obtenus pourront appuyer les axes de développement des hôpitaux guinéens.

La DNEHS, appuyée par la coopération française, prévoit entre autres :

- ◆ De finaliser le statut du Centre Hospitalier et Universitaire en collaboration avec la faculté de médecine afin d'amener les hôpitaux nationaux à se consacrer essentiellement à leur mission de soins tertiaires, de formation et de recherche. Par cette collaboration, si elle s'avère effective, la réalisation de stages par les étudiants pourrait donner lieu aux travaux d'évaluation, indispensable au suivi des programmes.

- ◆ La pharmacie hospitalière aura un rôle orienté fondamentalement vers la satisfaction des besoins des malades hospitalisés.
- ◆ La révision de la liste de médicaments essentiels, ainsi que l'actualisation des protocoles thérapeutiques par service est également prévu et de ce fait le Comité Thérapeutique pourrait voir le jour. Un budget suffisant doit être dégagé pour prendre en charge les frais d'impression, de formation et de diffusion des informations.
- ◆ Pour assurer la disponibilité des produits pharmaceutiques, le plan de développement prévoit une subvention allouée à la pharmacie qui servira de fonds de roulement. Il serait bon, à ce titre, d'effectuer une remise à jour de la conduite à tenir par le pharmacien, face aux spécialités. Celles-ci ont-elles effectivement une raison d'être au sein de la pharmacie hospitalière et le réapprovisionnement de ces spécialités ne crée-t-il pas un déficit dans le budget pharmaceutique ? L'individualisation du montant des dépenses pharmaceutiques au sein du forfait global de prise en charge des patients hospitalisés contribuerait à l'usage systématique des médicaments génériques, moins chers.
- ◆ Un accent sera mis sur la coordination avec les autres directions techniques DNPL et DNSP pour harmoniser les interventions.

Le Ministère de la santé devrait également porter ses efforts sur la réglementation en matière de promotion des médicaments. Celle-ci est interdite envers le public. En revanche, au sein des hôpitaux la promotion des médicaments devrait être contrôlée et supervisée afin d'éviter les démarches abusives de pressions et incitations financières de la part des visiteurs médicaux.

La DNPL, chargée de l'enregistrement des médicaments sur le territoire guinéen, devrait, à ce titre, renforcer la transparence sur les médicaments qui entrent sur le marché par la transmission d'informations fiables assurant la qualité des médicaments et surtout celle des médicaments génériques afin d'en promouvoir l'usage.

La modification du comportement des professionnels de la santé à l'hôpital passe par une prise de conscience de l'intérêt de l'usage rationnel et doit être encouragée par une attitude rationnelle des décideurs et un engagement financier assurant la réalisation des actions multiples et complémentaires citées.

Coopération entre le CHU de Nantes et les CHU guinéens

La coopération entre les deux CHU pourrait contribuer à l'amélioration de l'usage du médicament au sein des hôpitaux en intervenant dans son rôle de « formation de formateurs » au niveau du personnel hospitalier et au niveau des formations universitaires.

La mise en place du Comité Thérapeutique et Pharmaceutique pourra être soutenue par les acteurs de la coopération qui devront aider à définir les facteurs de réussite qui nécessitent : des objectifs clairs, une mission ferme, le soutien de la direction supérieure des hôpitaux, la transparence, une large représentation, la compétence technique, une démarche pluridisciplinaire et la disponibilité des ressources contribuant à la mise en oeuvre des décisions prises par le Comité.

Comme pour le Formulaire Thérapeutique élaboré en 1992 (103), la mise au point des outils d'aide à la prescription pourra se faire par échange entre un groupe de travail nantais, les autorités guinéennes et le Comité Thérapeutique.

L'intervention du CHU dans la formation paramédicale du personnel soignant au sein du CHU Donka pourrait être un tremplin à la promotion de l'usage rationnel et une occasion d'apprentissage et de travaux pratiques, afin d'intégrer les outils d'aide à la prescription qui auront été adoptés par le Comité Thérapeutique.

Le CHU pourrait également intervenir dans le domaine de l'information scientifique et indépendante en soutenant la mise en place d'un Centre d'Information sur les produits de santé au sein du CHU et en s'engageant à fournir régulièrement au fil des missions, les périodiques et autres ouvrages nécessaires au maintien des connaissances du personnel.

Le soutien pédagogique apporté à la faculté de médecine de Conakry pourrait aider à la révision des programmes de cursus universitaire et assurer la formation de formateur pour l'ouverture ou l'intensification des modules d'enseignements sur le médicament essentiel et son usage rationnel. L'organisation de journées scientifiques, au sein de l'université, permettrait d'ouvrir le dialogue entre futurs médecins et futurs pharmaciens et stimuler chez ces jeunes l'idée d'un corps médical pluridisciplinaire et complémentaire.

L'ouverture de stages d'étudiants nantais en Guinée permettrait la réalisation de missions d'évaluation afin d'assurer le suivi des actions entamées et d'orienter les axes de travail en fonction des situations réelles et objectives rencontrées sur le terrain. Ainsi notre étude, réalisée sans moyen financier, pourrait être reproduite au sein du deuxième hôpital national « Ignace Deen » afin d'en évaluer les pratiques de prescription et dispensation. En fonction des résultats obtenus des mesures pourront être envisagées, identiques ou différentes de celles de Donka.

Les résultats de l'enquête ne sont en aucun cas extrapolables aux prescriptions de médecine générale d'autres établissements hospitaliers guinéens et bien entendu ils ne peuvent être extrapolés aux autres services de l'hôpital Donka. Si l'on souhaite disposer d'indicateurs plus nombreux au sein de l'hôpital national, avant l'élaboration des Directives Thérapeutiques par exemple, il conviendra de réaliser des enquêtes supplémentaires au sein des autres services et une enquête évaluant la qualité du diagnostic et la justification des choix thérapeutiques des prescripteurs.

La Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins reçoit le soutien de plusieurs coopérations et toute intervention du CHU de Nantes devra bien entendu se faire en coordination avec les autres actions menées, notamment dans le cadre de développement des hôpitaux.

La Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires n'est, en revanche, pas soutenue dans son activité et les moyens disponibles à la réalisation de projets sont quasiment nuls. Lors d'une première mission réalisée en 1999, la campagne de promotion du médicament générique était en projet, avec le soutien de l'Union Européenne, mais n'a pas complètement aboutie puisque seules quelques pharmacie pilotes vendant des médicaments génériques avaient été mises en place. A l'heure actuelle, le besoin de rationaliser l'usage des médicaments doit s'accompagner de l'éducation du public et du personnel de soins à l'usage des génériques. A la suite de cette enquête, le CHU de Nantes, dans son action de coopération, pourrait soutenir la DNPL en aidant à la formation des universitaires et hospitaliers aux nouveaux médicaments et s'étendre, par la suite, au domaine pharmaceutique privé dans lequel les évaluations de dispensation rationnelle, qui ont été réalisées, ne sont guère encourageantes (71)(72).

CONCLUSION

L'usage rationnel est en fait un reflet de l'ensemble des dispositions prises en vue d'assurer un accès équitable et sûr aux médicaments et aux soins.

Plus on accordera d'importance à la qualité des soins, plus l'utilisation rationnelle des médicaments deviendra prioritaire.

Les facteurs « dérationnalisant » l'usage des médicaments sont complexes, à la fois sociaux, économiques, politiques et culturels. Ils sont presque toujours négligés par les politiques pharmaceutiques nationales. Peu de données sont disponibles à ce sujet (61), notamment dans le domaine hospitalier.

Pour contribuer au bon usage du médicament et, en conséquence, réduire le marché illicite omniprésent en Guinée, il est nécessaire d'avoir une compréhension fine des relations entre les trois principaux acteurs de l'usage des médicaments: consommateur, prescripteur et dispensateur, afin d'éviter une approche simpliste de la situation.

Les problèmes révélés par cette étude sont le non respect d'une politique pharmaceutique des médicaments essentiels génériques à l'hôpital, l'inexistence de comité du médicament d'établissement, l'absence de protocoles thérapeutiques standardisés, et l'absence d'une liste restrictive de médicaments essentiels interne à l'hôpital Donka.

Les résultats obtenus à la suite de notre enquête nous montrent que les médecins, les pharmaciens et les infirmiers de l'hôpital peuvent limiter le mésusage des médicaments et contribuer ainsi à leur rationalisation, aidés par une formation adaptée, encadrés par une administration à la démarche transparente et soutenus par des outils d'aide à la prescription au sein de l'hôpital.

La création d'un environnement favorable à l'usage rationnel des produits pharmaceutiques est indispensable à la modification des comportements. Il y a lieu de changer les mentalités et les attitudes par l'éducation, la sensibilisation et la formation des consommateurs, d'actualiser les connaissances scientifiques des professionnels, de garantir des budgets de fonctionnement des institutions chargées de la gestion et de l'application de la PPN, d'assurer une véritable synergie entre les professionnels de la médecine et les professionnels de la pharmacie.

Le niveau de prescription et de dispensation de l'hôpital national Donka a donc été mesuré au cours de ce travail et a permis de se situer par rapport à d'autres structures similaires de pays africains, tout en contribuant à valider les indicateurs décrits par l'OMS.

Cette étude prospective pourra servir de point de départ à d'autres études ultérieures de façon à mesurer l'impact des mesures incitant à l'usage rationnel des médicaments.

La problématique de l'utilisation des médicaments essentiels génériques à l'hôpital Donka en Guinée est très certainement identique à celle des hôpitaux de dernier recours de l'Afrique francophone : il convient alors d'y mener de telles études afin de pouvoir développer des stratégies communes.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- OMS. Perspectives politique de l'OMS sur le médicament : Stratégie pharmaceutique de l'OMS : 2000-2003. Genève : Organisation mondiale de la santé 2000 ; (1) : 1-6.
- 2- Maritoux J. Marché pharmaceutique parallèle, vente illicite et santé publique. Journal Réseau Médicament et Développement 1999 ; (22) : 6-9.
- 3- OMS. Perspectives Politiques de l'OMS sur les médicaments : Promouvoir l'usage rationnel des médicaments; Septembre 2002 .
- 4- Fontaine D. Prescription, dispensation des Médicaments Essentiels Génériques dans 6 pays d'Afrique. Journal Réseau Médicament et Développement 1998 ; (20) : 1-6.
- 5- Aproscop. « L'hôpital africain, bilan et perspectives, thème 3 ». Rencontre hospitalière de Bobo-Dioulasso 1994 ; Mai : 99-137.
- 6- Rapport mondial sur le développement humain. PNUD, 2001.
- 7- Recensement général de la population et de l'habitation de 1996. Résultats provisoires. République de Guinée: Ministère du Plan et de la Coopération, Direction Nationale de la Statistique Bureau National du recensement. Arrêté N°3686/SGG/MPC/CAB/97; Juillet 1997.
- 8- Annuaire de statistiques sanitaires 1996. République de Guinée : Ministère de la Santé Publique, Service des statistiques, Etude et Information; Octobre 1997.
- 9- African development indicators (1988/1999). Washington DC: The World Bank.
- 10- Ministère du Plan et de la Coopération. EIBC. Rapport final; 1994/1995.
- 11- Politique Nationale de Santé. République de Guinée : Ministère de la Santé Publique, Secrétariat Permanent PNDS ; Août 2001.

- 12- Bulletin de statistiques sociales N°1. République de Guinée: Ministère du Plan et de la Coopération, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatisation, UNICEF; Mai 1996.
- 13- Gody M. Le système de soins de Santé en Guinée. République de Guinée: Ministère de la Santé Publique; Janvier 1998.
- 14- Forum National de la Santé. Rapport général. République de Guinée: Ministère de la Santé; Mai 1997.
- 15- Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la Santé. Banque Mondiale.
- 16- Le secteur de la santé en Guinée. Revue et analyse. République de Guinée: Intervention de la Communauté Européenne, réalisée par GSP Conseil pour la Commission Européenne (DG VII); Mai 1995.
- 17- Plan stratégique de développement des hôpitaux, Période 2001-2010. Ministère de la Santé Publique, Direction des établissements hospitaliers et de soins; Juillet 2000.
- 18- Eléments de la carte sanitaire des établissements de soins du secteur public. République de Guinée: Ministère de la Santé, Direction des établissements hospitaliers et de soins; Janvier 1999.
- 19- Le secteur pharmaceutique privé commercial en Afrique. Ministère de la Coopération-OMS: coll. Rapports d'étude 1996.
- 20- Stratégie de réduction de la pauvreté dans le secteur santé. République de Guinée : Ministère de la Santé ; Septembre 2000.
- 21- Stratégie de lutte contre le marché illicite de produits pharmaceutiques en République de Guinée. République de Guinée: Ministère de la Santé Publique, document adopté par le Conseil des Ministres; Avril 1997 .

- 22- Lutte contre le marché illicite des médicaments en Guinée. Projet de mise en oeuvre du Plan d'Action Nationale. République de Guinée: Ministère de la Santé Publique, Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires ; Novembre 1999 .
- 23- Balard M. Résultats et commentaires des exportations pharmaceutiques des principaux pays producteurs - année 1993. Circulaire n°95-0578. SNIP; 12 Septembre 1995.
- 24- Maritoux J, Bruneton C, Bouscharain P. Le secteur pharmaceutique dans les états africains francophones. La Santé en Afrique. Afrique Contemporaine 2000; (19): 210-219.
- 25- Evaluation des systèmes d'approvisionnements et de distribution des médicaments essentiels en Guinée. 2AC/AEDES. 1999 Mai.
- 26- Etude de la mise en oeuvre de la Politique Pharmaceutique Nationale, évaluation des indicateurs. Conakry: document adopté par l'OMS; Mars 1996.
- 27- Politique Pharmaceutique Nationale. Atelier de validation. Conakry: Ministère de la Santé Publique Décembre 1998. (document non adopté).
- 28- Arrêté N°8483/MC/CAB/85 fixant la structure des prix des produits et spécialités pharmaceutiques. République de Guinée : Ministère du Commerce, 1985.
- 29- Bécu P. Assurance qualité des médicaments en Guinée. Evaluation et Proposition. Rapport de mission OMS. Programme d'action pour les médicaments essentiels; 23 Juin-6 Juillet 1991.
- 30- Programme de développement du secteur biopharmaceutique (public et privé). Ministère de la Santé : PNDS, 2001(document non adopté).
- 31- Une nouvelle dynamique dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments essentiels génériques. Paris V: document Réseau Médicament et Développement/ Ministère des affaires étrangères/ OMS; 19 Octobre 1998.

- 32- Arrêté conjoint A/93/3082 du 5 Mai 1993 portant statut de la Pharmacie Centrale de Guinée. République de Guinée: Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.
- 33- Morsly R. Réhabilitation de la pharmacie nationale d'approvisionnement. Rapport final d'assistance technique. Conakry; Novembre 1994.
- 34- Fofana M. Dia T. Intégration des différents systèmes d'approvisionnement en médicaments du secteur public dans une structure unique. République de Guinée: Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales; Février 1994.
- 35- OMS. L'usage rationnel des médicaments. Rapport de la conférence d'expert. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 1985.
- 36- Poggioloni D. Conférence de Nairobi : l'emploi rationnel des médicaments. Industrie Santé 1986; (110) : 17-18.
- 37- Maritoux J. Usage rationnel des médicaments. Journal Réseau Médicament et Développement 1997 ; (17) : 7-9.
- 38- OMS. Plus de médicaments pour une meilleure santé ? La prescription remise en question. Médicaments essentiels : Le Point ; 1988 ; (7) : 15-16.
- 39- OMS. Programme d'action pour les médicaments essentiels : Rapport de l'exercice biennal 1996-97.WHO/DAP/MAC (10)/98.4 : 2-3.
- 40- Rapport sur la santé dans le monde 1995 : Réduire les écarts. Genève : Organisation mondiale de la Santé 1995.
- 41- Laing R. Encourager l'utilisation rationnelle des médicaments. Contact ; Novembre 1994 .
- 42- Matamoros A.C, Duarte J, Lee D. Modification des schémas d'utilisation des antibiotiques au Costa Rica. Médicaments essentiels : Le Point ; 1993 ; (14) : 20.

- 43- OMS. Résistance aux antimicrobiens. Aide mémoire ; 2002 ; (184).
- 44- Mariko M. Prescrire mieux et moins cher ! Forum Mondial de la Santé 1991 ; (12) : 38-42.
- 45- Dumoulin J, Kaddar M, Velasquez G. Guide d'analyse économique du circuit du médicament. WHO/DAP/95.2. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1995.
- 46- Benett S, Quick J.D, Velasquez G. Rôles des secteurs publics et privés dans le domaine pharmaceutique : Incidence sur l'équité en matière d'accès et sur l'usage rationnel des médicaments. WHO/DAP/97.12 : Série « Economie de la Santé et Médicaments » ; (5) : 34-37.
- 47- OMS. Activité OMS dans la région Pacifique Occidental, 1998-1999. Développement des services de santé. Médicaments Essentiels : 41-44.
- 48- Mallet HP, Njikam A, Scouflaire SM, Evaluation des habitudes de prescription et de l'usage rationnel des médicaments au Niger. Enquêtes successives dans 19 centres de santé intégrés de la région de Tahoua. Cahier Santé 2001 ; (11) :185-193.
- 49- Rapport du comité OMS d'experts sur les Politiques Pharmaceutiques Nationales, 19-23 juin 1995. WHO/DAP/95.9. Genève : Organisation mondiale de la santé 1995.
- 50- Morton-Jones TJ, Pringle MA. Prescribing costs in dispensing practices. BMJ 1993; (306): 1244-1246.
- 51- Trap B. Practices by dispensing doctors related to rational drug use and health economics. Presented at: International Conférence on Improving Use of Medecines: States of the Art and Future Directions, Chiang Mai: Thailand 1997.
- 52- Georget S, Labrude M, Hoffman M. Assurance de la qualité à toutes les étapes de la dispensation nominative individuelle des médicaments. J Pharm Clin 1996 ; (15) : 216-220.

- 53- OMS. Comment établir une Politique Pharmaceutique Nationale. Les nouveaux principes directeurs de l’OMS. Médicaments Essentiels : Le Point 2002; (31) : 23-27.
- 54 Hayes L. Pour un meilleur usage des médicaments en Afrique : Nouvelles initiatives ASI. Médicaments Essentiels : Le Point 1997 ; (23) :13.
- 55- Ross-Degnan D, Laing R, Quick J and al. A strategy for promoting improved pharmaceutical use: The International Network for Rational Use of Drug (INRUD). Soc. Sci. Med 1992; (35);11:1329-1341.
- 56- Kamat VR, Nichter M. Monitoring product movement: an ethnographic study of pharmaceutical sales representatives in Bombay. Private health providers in developing countries: serving the public interest. Londres: Zed Press; 1997.
- 57- L’éducation du public sur l’usage rationnel des médicaments: un besoin croissant. Médicaments Essentiels : Le Point 1994 ; (18) : 14-16.
- 58- Critères éthiques applicables à la promotion des médicaments. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1988.
- 59- Mounkassa-Salamiata W. Des circuits de distributions incontrôlés. Alternative Africaines 1997 ; (20) : 12-13.
- 60- Zinga V. La santé bradée sur les trottoirs. L’autre Afrique 1997 ; (426) : 10.
- 61- Helali A. Comment passer de la théorie à la pratique. Journal Remed 2001 ; (24) : 12-15.
- 62- OMS. Conférence internationale sur la rationalisation de l’usage des médicaments. Médicaments Essentiels : Le Point 1997; (23) : 6-12.
- 63- Projet d’appui à la gestion de l’hôpital Donka. République de Guinée : Ministère de la Santé Publique ; Décembre 1996.

- 64- Décret N°98/052/PRG/SGG. Portant statut de l'hôpital national Donka. République de Guinée : Présidence de la République ; Secrétariat Général du Gouvernement ; Mars 1998.
- 65- Evolution des principaux indicateurs hospitaliers pour la période 1996-2000. République de Guinée : Direction Nationale des Etablissement Hospitaliers et de Soins ; Juin 2001.
- 66- OMS. La recherche, clé d'un meilleur usage des médicaments. Médicaments Essentiels : Le Point 1991 ; (11) : 1.
- 67- OMS. Comment étudier l'usage des médicaments dans les services de santé : Quelques indicateurs de l'utilisation des médicaments. WHO/DAP/93.1. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1993.
- 68- Arrêté N°1284 MSP/SGG. Nomenclature Nationale des spécialités pharmaceutiques et des génériques, année 2001. République de Guinée : Ministère de la Santé : Secrétariat Général du Gouvernement, 2001.
- 69- Chastanier H, Matsika M.D. Conséquences de l'usage irrationnel des médicaments : Etude à l'hôpital de N'Djaména, 1998. Etude non publiée.
- 70- Chatley A. Médicaments à problèmes. Edition Remed/HAI, 1999.
- 71- Marega O, Sidibe AK, Diallo OB, et al. Enquête sur les pratiques de la dispensation dans les officines de pharmacie privées en Guinée. Journées Pharmaceutiques Internationales de Paris, Table Ronde Remed, 2000.
- 72- Bah AH, Diallo AI, Diakité AS, et al. Déontologie et dispensation rationnelle des médicaments en Guinée : Enquête auprès des officines de pharmacie privées de la région administrative de Labé. Journées Pharmaceutiques Internationales de Paris, Table Ronde Remed, 2000.
- 73- Soigner en connaissance de cause. Médicaments Essentiels : Le Point 1995 ; (19) : 1.

- 74- Médicaments essentiels : la 12^{ème} liste modèle OMS, avril 2002. Journal Remed 2002 ; (26) : 8-9.
- 75- Formulaire de médicaments essentiels pour les infirmières d'Afrique. Edition : Groupe d'Etudes Epidémiologiques et Prophylactiques (GEEP) 1987.
- 76- Gaaff PJ, Forshaw CJ. Formulation de Directives Thérapeutique standardisées au Malawi. Médicaments Essentiels : Le Point 1995 ; (19) : 12-14.
- 77- Bergon S, Tilleul P, Clavel S, *et al.* Evaluation d'un formulaire thérapeutique. J Pharm Clin 1995 ; (14) ; 2 : 71-81.
- 78- Grégoire JP. Revue d'utilisation de médicaments : définition et caractéristiques. Lyon ; Fondation Marcel Mérieux : Epidémiologie Clinique 1992 ; (IV) : 323-326.
- 79- Dzukou T. Cours International sur la promotion de l'usage rationnel du médicament : 14 -27 septembre 1997. Dar es Salaam 1997.
- 80- Savadogo LGB, Sondo B, Guissou IP, Kouanda S, *et al.* Utilisation des médicaments essentiels génériques par le personnel hospitalier : le cas du CHU Yalgado Ouédraogo (Burkina Faso). Cahiers Santé 2002 ; (12) : 257-262.
- 81- Bexell A, Lwando E, Hofsten B, *et al.* Improving drug use through continuing education : a randomised controlled trial in Zambia. J Clin Epidemiol 1996; (49): 355-357.
- 82- Ranwella S. Campagne des étudiants sri-lankais pour l'usage rationnel des médicaments: l'histoire du SIRHA. Médicaments Essentiels : Le Point 1993 ; (16).
- 83- Nimon IE, Nyansa B, Fargier MP. Formation de personnel sanitaire des hôpitaux à la gestion et à l'usage rationnel des médicaments. République Togolaise : Ministère de la Santé : Direction des Pharmacies et des Laboratoires et des Equipements Techniques. Communication pour les Journées Pharmaceutiques Internationales de Paris, Table Ronde Remed, 2000.

- 84- Harvey K. Directives Thérapeutiques : Perspectives d'avenir. Médicaments Essentiels : Le Point 1995 ; (19) : 10-11.
- 85- Khan I. Que faire pour favoriser un usage rationnel des médicaments ? Forum Mondial de la Santé 1997 ; (18) : 91-96.
- 86- Vries ThPGM. Apprendre à prescrire : une nouvelle approche. Médicaments Essentiels : Le Point 1988 ; (7) : 18.
- 87- Bien dispenser les médicaments : Une contribution au bon usage du médicament : Inventaire dans les pays africains. Réseau Médicaments et Développement 2000.
- 88- OMS. Mieux former les pharmaciens. Médicaments Essentiels : Le Point 1997 ; (23) : 14.
- 89- Le rôle du pharmacien dans le système de santé. Rapport d'un groupe consultatif de l'OMS. WHO/PHARM/DAP/90.1. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1993.
- 90- Lepaux DJ. Vous avez dit « Outcomes Research ». Le Pharmacien hospitalier 1995 ; (30) : 123 : 17-20.
- 91- Beleoken E. La promotion des MEG en Afrique : contraintes et mesures favorables ». Salon international du médicament essentiel générique (SIMEG), Douala Décembre 1999.
- 92- Bontemps H, Fauconnier J, Bosson JL, et al. Evaluation de la qualité de la prescription des médicaments dans un CHU. J Pharm Clin 1997 ; (16) ; 1 : 49-53.
- 93- Maritoux J, Chirac P. L'information sur le médicament et la thérapeutique. Journal Réseau Médicaments Développement 1998 ; (20) : 7-11.
- 94- Les inégalités face au savoir. Communiqué de presse n°99/1955, Banque Mondiale ; Novembre 1998 .

- 95- Missengue A. Les effets indésirables des médicaments : il faut en parler. Journal Réseau Médicaments Développement 1999 ; (22) : 14-15.
- 96- Suryawati S, Santoso B. Publicité pour les médicaments : les étudiants indonésiens retiennent la leçon. Médicaments Essentiels : Le Point 1997 ; (23) : 23.
- 97- Bien prescrire les médicaments. WHO/ DAP/94.11. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1994.
- 98- Ara A, Marchand B, Locatelli M. « Petits par leur nombre, grands par la valeur... » : Comment le Nicaragua appréhende l'usage rationnel des médicaments. Médicaments Essentiels : Le Point 1993 ; (14) : 7-9.
- 99- Mburu J, Cogswell L, Crane E, et al. Recherche qualitative au Kenya. Médicaments essentiels : Le Point 1991 ; (11) : 8-9.
- 100- Schaaber Jörg. Le théâtre dans la rue : un moyen d'éducation au bon usage des médicaments. Médicaments Essentiels : Le Point 1993 ; (13) : 5.
- 101- Long S, Gnanakan S, David D. Santé et médias: faire passer le message. Médicaments Essentiels : Le Point 1997 ; (24) : 4.
- 102- Elaboration des principes directeurs pour de bonnes pratiques cliniques ? L'Australie modernise la méthodologie. Médicaments Essentiels : Le Point 2002 ; (31) : 28-29.
- 103- Diakité AS. La collaboration : élément décisif pour l'établissement du formulaire national du médicament en Guinée. Médicaments Essentiels : Le Point 1995 ; (19) : 21-22.

ANNEXES

ANNEXE 1

REPUBLIQUE DE GUINEE CONSEIL TRANSITOIRE DE REDRESSEMENT NATIONAL

EXTRAIT DE LOI N° L094/012/CTRN PORTANT LEGISLATION PHARMACEUTIQUE

LIVRE I-DU MEDICAMENT ET DE LA PHARMACIE

TITRE I : DU MEDICAMENT A USAGE HUMAIN

CHAPITRE I : De la politique Nationale du Médicament

ARTICLE 1

La politique nationale du médicament est définie par la Gouvernement sur proposition du Ministre chargé de la Santé après avis de la commission nationale du médicament.

ARTICLE 2

La composition et le fonctionnement de cette commission sont déterminés par décret.

Les membres sont nommés par arrêté du Ministre chargé de la Santé.

CHAPITRE II : Définitions et catégories

ARTICLE 5

Le médicament générique est tout médicament préparé industriellement sous un conditionnement particulier, mis sur le marché sous une dénomination commune internationale.

ARTICLE 9

Le médicament essentiel est tout médicament d'importance primordiale et indispensable pour satisfaire aux besoins sanitaires de la majorité de la population.

ARTICLE 12

La pharmacopée est le recueil de normes pharmaceutiques destiné à assurer l'uniformité de nature, de qualité, de composition et de concentration des médicaments et autres produits pharmaceutiques

ARTICLE 13

Le Formulaire National est le recueil synthétique des informations scientifiques et techniques relatives aux spécialités pharmaceutiques et médicaments génériques figurant sur la liste de médicaments essentiels et classés par dénomination commune internationale.

CHAPITRE III : De l'enregistrement

ARTICLE 14

Aucune spécialité pharmaceutique ou médicament générique ne peut être débité à titre onéreux ou gratuit s'il n'a pas obtenu une autorisation de mise sur le marché émanant du Ministre chargé de la Santé. Cette autorisation est délivrée pour une période de cinq ans renouvelable.

ARTICLE 15

Toutefois, dans le cadre d'un appel d'offre public, le médicament générique ou la spécialité pharmaceutique retenue bénéficie, pour le seul secteur public, d'une autorisation de mise sur le marché limitée à la durée du marché prévu par l'appel d'offre.

ARTICLE 16

La demande d'obtention d'autorisation de mise sur le marché doit être adressée au Ministre chargée de la Santé, accompagnée du versement d'un droit fixe dont le montant est déterminé par arrêté conjoint du Ministre chargé de la Santé et du Ministre chargé des Finances. Un arrêté Ministre chargé de la Santé précise les éléments constitutifs de la demande.

ARTICLE 17

La décision accordant ou refusant l'autorisation de mise sur le marché est prise dans un délai de 6 mois à compter du dépôt de la demande par le Ministre chargé de la Santé après avis de la commission nationale du médicament. Ce délai est suspendu en cas de mesure d'instruction complémentaire sollicitée par la commission nationale du médicament. Le refus d'autorisation de mise sur le marché doit faire l'objet d'une décision motivée.

ARTICLE 20

Toute mesure visant à modifier, suspendre ou retirer l'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité pharmaceutique commercialisée hors de la République de Guinée doit faire l'objet d'une notification immédiate par l'importateur au Ministre chargé de la Santé.

ARTICLE 21

Lorsque l'autorisation de mise sur le marché est suspendue ou retirée, le fabricant ou l'importateur doit prendre des mesures en vue de faire cesser immédiatement la délivrance au public de la spécialité pharmaceutique ou du médicament générique.

ARTICLE 23

Les décisions d'octroi, de retrait ou de suspension de l'autorisation de mise sur le marché font l'objet d'une publication au Journal Officiel.

Par ailleurs, au 1^{er} janvier de chaque année, le Ministre chargé de la Santé publie la liste des spécialités pharmaceutiques et médicaments générique enregistrés en Guinée.

CHAPITRE VI : De la prescription, de la préparation et de la dispensation

ARTICLE 34

Sont autorisés à prescrire :

- les médecins
- les chirurgiens dentistes dans les limites de l'art dentaire
- les sages-femmes, dans les limites d'une liste déterminée par arrêté du Ministère de la santé après avis de la commission nationale du médicament.
- en l'absence de médecin, les aides de santé, les agents techniques de santé les infirmiers ordinaires, dans la limite des médicaments autorisés pour la formation sanitaire.

ARTICLE 35

Un décret détermine les conditions de validité d'une ordonnance médicale.

ARTICLE 36

Sont seuls autorisés à préparer et à dispenser les produits pharmaceutiques :

- les pharmaciens, dans les pharmacies privées, les centres hospitaliers universitaires, les centres hospitaliers régionaux, les hôpitaux préfectoraux et les établissements hospitaliers privés pourvus d'une pharmacie.
- dans les points de vente pharmaceutiques : les préparateurs ou par dérogation tout autre professionnel de santé, dans la limite de la liste de produits pharmaceutiques autorisés.
- dans les autres formations sanitaires, les agents techniques de santé, les infirmiers et aides de santé dans la limite des listes de produits pharmaceutiques autorisés.
- dans les établissements hospitaliers privés sans pharmacien, un préparateur ou le personnel soignant sous la responsabilité du médecin chef de l'établissement.

ARTICLE 37

Toute dispensation à titre onéreux ou gratuit d'un produit pharmaceutique est interdite en dehors des établissements sanitaires cités à l'article 36.

CHAPITRE VII : Des Etablissements de fabrication de produits Pharmaceutiques

ARTICLE 41

A la qualité d'établissement de fabrication tout établissement se livrant en vue de la vente, à la préparation totale ou partielle des médicaments, du matériel médico-chirurgical et objet de pansement. Sont considérés comme des préparations, avec les obligations de contrôles afférents, la division, le changement de conditionnement ou de présentation de ces médicaments, du matériel médico-chirurgical et objets de pansements.

ARTICLE 42

Toute ouverture d'un établissement de fabrication doit faire l'objet d'une autorisation accordée par le Ministre chargé de la Santé après avis de la commission nationale du médicament.

CHAPITRE VIII : Des Etablissements de distribution en gros

Section 1 : Du secteur privé

ARTICLE 47

Toute implantation en République de Guinée d'établissement de distribution en gros de médicaments, de produits chimiques à usage pharmaceutique, de réactifs, de plante médicinales, d'objet de pansements et de matériel médico-chirurgical ainsi que de leurs succursales est soumise à une autorisation du Ministre chargé de la Santé après avis de la commission nationale du médicament.

Un décret fixe les conditions d'octroi de cette autorisation.

ARTICLE 48

Tout établissement de distribution en gros doit être la propriété d'un ou plusieurs pharmaciens ou d'une société à la gestion et à la direction de laquelle participe un ou des pharmaciens de nationalité guinéenne.

ARTICLE 52

L'importation par ces établissements de médicaments et autres produits pharmaceutiques en République de Guinée est soumise à une déclaration préalable visée par les autorités de santé. Ce visa vaut autorisation d'enlever auprès du service des douanes sous réserve du paiement effectif des éventuels droits et taxes afférents.

Ce visa vaut dispense en outre du contrôle institué par la République de Guinée dans le cadre des importations.

Section 2 : Du secteur public

Article 53

Un établissement public placé sous la tutelle du Ministre chargé de la Santé a pour mission, selon les orientations de la politique pharmaceutique nationale du médicament, d'approvisionner en médicaments, et/ou tous autres produits pharmaceutiques et réactifs de laboratoires des formations sanitaires publiques et par dérogation du Ministre chargé de la Santé si la situation l'impose, tout autre établissement sanitaire. L'établissement peut en outre fournir ces mêmes produits aux organisations non gouvernementales ayant une convention avec le Ministère chargé de la Santé ainsi qu'aux projets de santé.

Un décret fixe les modalités de fonctionnement pharmaceutique de cet établissement et de ses succursales.

ARTICLE 54

L'importation de médicaments et autres produits pharmaceutiques en République de Guinée par l'établissement cité à l'article 53 ci-dessus est soumise à une déclaration préalable visée par les autorités de santé. Ce visa vaut autorisation d'enlever auprès des services de douanes, sous réserve de paiement effectif des éventuels droits et taxes afférents.

Ce visa vaut, en outre dispense du contrôle institué par la République de Guinée dans le cadre des importations.

CHAPITRE IX : De la délivrance au public

Section 1 : Du secteur privé

ARTICLE 55

Nul ne peut exercer à titre privé la profession de pharmacien titulaire s'il n'est pas agréé par l'administration de la santé. L'exercice de la pharmacie est incompatible avec tout autre profession. La demande est soumise à l'avis de la commission des agréments pour l'ouverture d'officines de pharmacie et de points de vente pharmaceutiques dont la composition et le mode de paiement sont fixés par arrêté ministériel. Le nombre d'habitant requis pour la création d'une officine de pharmacie est fixé comme suit :

- 10 000 habitants pour les communes de la ville de Conakry
- 15 000 habitants pour les préfectures

ARTICLE 56

Toute exploitation d'une pharmacie privée doit faire l'objet d'un arrêté d'exploitation accordé par le Ministre chargé de la santé après avis du pharmacien inspecteur régional. Un arrêté du Ministre chargé de la Santé précise les normes applicables aux locaux.

ARTICLE 57

Le pharmacien doit être propriétaire de l'officine dont il est titulaire. Il ne peut se faire assister que par un ou des pharmaciens assistants inscrits à l'ordre.

Les pharmaciens sont autorisés à s'associer entre eux en vue de l'exploitation d'une pharmacie.

Le Ministre de la Santé peut, après avis de l'ordre des pharmaciens, imposer la présence de plusieurs pharmaciens en fonction du chiffre d'affaires. Nul ne peut avoir son diplôme engagé dans plus d'une pharmacie. (...) Une pharmacie ne peut rester ouverte en l'absence de son titulaire que si celui-ci s'est fait régulièrement remplacer.

ARTICLE 58

Des arrêtés du Ministre chargé de la Santé déterminent :

- la liste des médicaments sociaux que les pharmaciens doivent détenir en permanence dans leur pharmacie.
- la liste des produits autorisés en pharmacie.

ARTICLE 59

L'ouverture de points de vente de médicaments est autorisée sur l'ensemble du territoire national dans la limite d'une par sous-préfecture dès lors que celle-ci ne dispose pas de pharmacie privée. (...) Nul ne peut prétendre à l'ouverture d'un point de vente de médicaments s'il n'est pas titulaire d'un diplôme d'état de préparateur en pharmacie ou d'un diplôme guinéen ou étranger reconnu comme équivalent par arrêté du Ministre chargé de la Santé. Toutefois, si les besoins de la population de la sous-préfecture ou du district le justifient, le Ministre chargé de la Santé peut autoriser un autre professionnel de santé à gérer un point de vente pharmaceutique après avis de la commission des agréments

ARTICLE 60

Un décret fixe les conditions de fonctionnement des points de vente pharmaceutiques

ARTICLE 61

Toute ouverture d'une pharmacie au sein d'un établissement hospitalier privé doit faire l'objet d'une autorisation accordée par le Ministre chargé de la Santé après avis du pharmacien inspecteur régional. (...) En l'absence de pharmacie, le médecin chef de l'établissement pour les malades hospitalisés s'approvisionne auprès d'un pharmacien d'officine privée ou, par dérogation ministérielle, d'un établissement de vente en gros. Le dépôt et la délivrance de produits pharmaceutiques sont alors placés sous la responsabilité du médecin chef.

Section 2 : Du secteur public

ARTICLE 62

Toute ouverture d'une pharmacie au sein d'un établissement hospitalier ou d'une société d'économie mixte doit faire l'objet d'une autorisation accordée par le Ministre chargé de la Santé après avis du pharmacien inspecteur régional. Un arrêté du Ministre chargé de la Santé précise les conditions d'octroi de l'autorisation. La gérance et la direction de ces pharmacies sont assurées par un ou plusieurs pharmaciens nommés par arrêté du Ministre chargé de la santé. Un décret précise les missions et conditions de fonctionnement de ces pharmacies.

ARTICLE 63

La supervision pharmaceutique des dispensaires, centres de santé et postes médicaux publics est placée sous la responsabilité du pharmacien chef de la Direction Préfectorale de la Santé.

ANNEXE 2

**REPUBLIQUE DE GUINEE
PRESIDENCE DE LE REPUBLIQUE SECRETARIAT GENERAL DU
GOUVERNEMENT**

**EXTRAIT DU DECRET N° D94/043/PRG/SGG
PORTANT DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES
DES ACTIVITES PHARMACEUTIQUES**

TITRE PREMIER : LE MEDICAMENT A USAGE HUMAIN

CHAPITRE 1 : De la Politique Nationale du Médicament :

De la Commission Nationale du Médicament :

ARTICLE R1

Il est créé une Commission Nationale du Médicament (CNM) placée sous la tutelle du Ministre chargé de la santé

ARTICLE R2

La CNM est un organe consultatif du Ministère chargé de la Santé en matière d'élaboration et de mise en oeuvre de la politique pharmaceutique nationale. Elle est chargée en particulier d'examiner et de formuler des recommandations sur les aspects socio-économique, politique et réglementaire liés au médicament.

ARTICLE R3

La CNM comprend les organes suivants :

Assemblée Générale

Secrétariat Permanent

Sous-commissions spécialisées

ARTICLE R6

Les Sous-commissions spécialisées sont chargées d'examiner et de donner des avis techniques ou scientifiques en rapport avec le médicament. Elles comprennent :

- la sous-commission de l'Enregistrement des Produits Pharmaceutiques et des Laboratoires
- la sous-commission de la sélection et de la Révision de la Liste Nationale des Médicaments et Vaccins Essentiels, du Formulaire et du Guide Thérapeutique
- la sous-commission des prix des produits pharmaceutiques
- la sous-commission d'Agrément des Entreprises et Officines Pharmaceutiques
- la sous-commission de la Pharmacovigilance et de la Pharmacopée Traditionnelle

ARTICLE R7

La sous-commission de la Sélection et de la Révision de la Liste Nationale des Médicaments et Vaccins Essentiels, du Formulaire et du Guide Thérapeutique est chargée :

- de la sélection de médicaments et vaccins essentiels
- de la révision périodique de la liste de médicaments et vaccins essentiels
- de la révision périodique des fiches techniques du Formulaire Nationale du Médicament
- de l'élaboration et de la révision du Guide Thérapeutique National

ARTICLE R8

La sous-commission de l'enregistrement des produits pharmaceutiques est chargée :

- de donner son avis sur les demandes formulées par les laboratoires pharmaceutiques pour la mise de médicaments sur le marché en Guinée
- de donner la liste des préparations pharmaceutiques autorisées à être vendues en Guinée

ARTICLE R9

La sous-commission des prix des produits pharmaceutiques a pour mission :

- d'établir la structure des prix des produits pharmaceutiques et d'en fixer périodiquement leurs prix de vente au public
- de formuler des recommandations en matière d'achat de médicaments
- de formuler des avis sur des problèmes liés à l'économie du médicament

ARTICLE R11

La sous-commission de la Pharmacovigilance et de la Pharmacopée Traditionnelle est chargée :

- de l'étude des problèmes liés à la prescription et à l'utilisation des médicaments après leur mise sur le marché ainsi que des remèdes de la médecine traditionnelle
- de formuler des recommandations relatives à la promotion des médicaments et à l'information pharmaceutique
- d'élaborer des manuels de diffusion auprès du grand public pour un bon usage du médicament

ARTICLE R12

Un arrêté du Ministre chargé de la Santé fixe le mode de fonctionnement de la CNM et des différents organes ainsi que du mode de désignation des différents membres

CHAPITRE II : De l'enregistrement

ARTICLE R13

Toute demande d'autorisation de mise sur le marché doit comporter :

- le nom et l'adresse du fabricant avec l'indication des lieux de fabrication et de conditionnement
- la dénomination commune internationale (DCI) suivie s'il y a lieu de la dénomination spéciale
- l'indication de la forme pharmaceutique
- le prix sortie usine dans le pays d'origine, le prix CAF
- la copie de l'autorisation de mise sur le marché dans le pays d'origine ou en cas d'absence, le certificat de moins de six mois signé par le Ministre chargé de la Santé du pays d'origine attestant que le médicament est fabriqué aux normes internationales de bonnes pratiques de fabrication (BPF)

ARTICLE R14

Toute demande d'obtention de mise sur le marché doit en outre être accompagnée des dossiers suivants rédigés en langue française et présentés en quatre exemplaires :

- le dossier de fabrication indiquant notamment les méthodes de préparation et de contrôle des matières premières et du produit fini ainsi que les résultats des essais de stabilité
- le résumé du dossier comportant les renseignements administratifs, le résumé des caractéristiques du produit
- les documentations toxicologique, pharmacologique et clinique

Pour les médicaments génériques, ces pièces peuvent prendre la forme de documents bibliographiques. Pour les médicaments n'ayant jusqu'alors fait l'objet d'aucune expertise à l'étranger, le fabricant doit faire réaliser des expertises pharmacologiques et toxicologiques conformes aux exigences internationales en matière de bonnes pratiques de laboratoire ainsi que des expertises cliniques conformes aux exigences éthiques internationales.

CHAPITRE IV : De la prescription et de la dispensation

ARTICLE R22

La prescription de médicament par les prescripteurs autorisés établie après un examen médical du malade, doit être réalisée dans les meilleures conditions économiques compatibles avec l'efficacité du traitement.

L'ordonnance, datée et signée par son auteur, doit être établie avec l'indication des nom, prénom, sexe, âge et poids du malade

Elle doit dans la mesure du possible être établie avec la dénomination commune internationale du médicament et favoriser l'utilisation des médicaments essentiels et sociaux.

La posologie et le mode d'emploi doivent être précisés pour chaque médicament.

Elle doit mentionner par ailleurs le nom et la qualité du prescripteur autorisé.

ARTICLE R23

Le pharmacien est autorisé à substituer toute spécialité pharmaceutique prescrite, par tout autre médicament générique ou spécialité pharmaceutique strictement équivalent si le médicament substitué représente un moindre coût de traitement pour le malade.

ANNEXE 3

Enquête sur l'usage rationnel des médicaments à l'Hôpital National DONKA, Conakry, Guinée Fiche de recueil de données des consultations externes par l'enquêteur

Nom de l'enquêteur :

Date de l'enquête : ___/___/___

Consultation externe de : Médecine (cocher la case correspondante)
Pédiatrie

Le médecin a-t-il avec lui la liste des médicaments de l'hôpital DONKA ? **oui / non**

Consultation n°	Heure d'entrée du patient dans la salle de consultation	Heure de sortie du patient de la salle de consultation	Nombre d'ordonnances de médicaments données	Nombre de personnes consultées	Durée de la consultation en minutes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Remarques ou problèmes rencontrés :

ANNEXE 4

Enquête sur l'usage rationnel des médicaments à l'Hôpital National Donka, Conakry, Guinée Fiche de recueil de données au guichet de la pharmacie

Pendant toute la durée de l'enquête, le personnel du guichet doit:

1. Demander au malade :

- à quel endroit a été écrite l'ordonnance ?

1) au service des urgences ? oui / non

2) ou dans un autre service de l'hôpital, lequel ? _____

3) ou dans une salle de consultation du pavillon des urgences,
laquelle ? _____

4) ou hors de l'hôpital, nom du centre de santé : _____

- la date où a été écrite l'ordonnance ___/___/___

- l'ordonnance est-elle pour un malade hospitalisé ? oui / non

- qui a écrit l'ordonnance ? (cocher la case correspondante)

un médecin

un infirmier

un garçon de salle

ne sait pas

- est-ce la première fois que vous présentez cette prescription à ce guichet ?
oui / non

2. Barrer les médicaments remplacés et écrire le nom du produit que vous avez vendu à la place.

3. Est-ce que l'ordonnance a été achetée en entier ? oui / non

Si non, pourquoi ? (cocher la case correspondante)

⇒ le médicament n'est pas sur la liste de la pharmacie

⇒ le malade n'a pas assez d'argent

⇒ le médicament est sur la liste mais pas en stock

⇒ l'ordonnance a déjà été achetée en partie ailleurs. si oui,

où : _____

4. Bien noter le prix des médicaments achetés et leur prix

5. Photocopier l'ordonnance

6. Numéroté cette fiche d'enquête à l'ordonnance.

ANNEXE 5

Enquête sur l'usage rationnel des médicaments à l'Hôpital National Donka, Conakry, Guinée Fiche de recueil de données sur le temps de délivrance d'une ordonnance

Nom de l'enquêteur :

Date de l'enquête : ___/___/___

Ordonnance n°	Heure de présentation du patient à la caisse	Heure de sortie du guichet de délivrance	Durée de la délivrance en minutes et secondes
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

Remarques ou problèmes rencontrés :

ANNEXE 6

Recueil de données à partir des ordonnances délivrées à la pharmacie de l'Hôpital National Donka, Conakry, Guinée

Ordonnance n° : | | | | | | | |

Prescription

Type de l'ordonnance : standard
 feuille simple
 carnet

Date de consultation sur l'ordonnance ? : **oui/ non**
L'ordonnance lisible et sans rature? **oui / non**
Service identifié ? **oui / non**
La qualité du prescripteur mentionnée ? **oui / non**
Le prescripteur identifié ? (nom entier du prescripteur et signature) **oui / non**
Le patient identifié sur l'ordonnance ? (nom entier et âge ou poids) **oui / non**
Le traitement identifié ? **oui / non**
(pour tous les médicaments : noms, voie d'administration ou forme galénique, dosage unitaire, fréquence ou horaires d'administration et durée du traitement)

Date de la consultation : _____ / _____ / _____
Nom du service : Pédiatrie _____
 Médecine

Le malade est-il hospitalisé ? : **oui / non**

Qualité du prescripteur: Médecin
 Infirmier
 inconnue

Nombre de médicaments prescrits : | | | |
Nombre de médicaments prescrits sous nom générique : | | | |
Nombre de médicaments figurant sur la liste des médicaments de Donka: | | | |
Au moins un antibiotique est-il prescrit ? **oui / non**
Au moins une injection est-elle prescrite ? **oui / non**
Nombre d'antibiotiques prescrits : | | | |
Nombre d'injectables prescrits : | | | |

Coût de l'ordonnance prescrite NFG: | | | | | | | | | |

Délivrance

Date de délivrance : _____ / _____ / _____

Qualification de la personne qui délivre les médicaments : pharmacien
 préparateur
 agent de santé

Nombre de médicaments substituables :
 Nombre de médicaments substitués :
 Nombre d'antibiotiques délivrables :
 Nombre d'antibiotiques délivrés :
 Nombre de médicaments délivrables:
 Nombre de médicaments délivrés :

Y-a-t-il des médicaments non délivrés **oui / non**
 Si oui, pourquoi: manque d'argent veut la totalité
 hors liste délivrés ailleurs rupture de stock

Coût de l'ordonnance délivrable NFG:
 Coût de l'ordonnance délivrée NFG:

Ordonnance substituable **oui/non**
 Coût de l'ordonnance substituée NFG

ANNEXE 7

MINISTERE DE LA SANTE
HOPITAL NATIONAL DONKA
PHARMACIE HOSPITALIERE

Liste des produits pharmaceutiques et prix disponibles à la pharmacie de l'Hôpital Donka.

N°	Désignation	Présentation	Prix Unitaire
1	Atropine inj	amp	500
2	Aminophylline inj	amp	800
3	Amidopyrine	amp	500
4	Ampicilline 1 g inj	amp	1.000
5	Ampicilline 500 mg	S/20	3.000
6	Aspirine 500mg	S/20	5.00
7	Asprine 300 mg	S/20	500
8	Acide folique 5 mg	S/20	500
9	Amoxilline 500mg	S/20	3.000
10	Coton stérile hydrophile	R/100g	2.000
11	Aminophylline 100 mg	S/20	1.000
12	Bactrim 480 mg (cotrimoxazole)	S/20	1.000
13	Buscopan 10 mg	S/20	1.000
14	Bande ordinaire	R	500
15	Bandes plâtrée 10 cm	R	2.000
16	Bandes plâtrée 20 cm	R	3.000
17	Cedilamide inj	amp	500
18	Chlopromazine inj 25 mg	amp	500
19	Calcium gluconate inj	amp	800
20	Cimétidine 200 mg	S/20	1.500
21	Chloramphenicol 1g inj	fl	1.000
22	Chloramphenicol 250 mg	S/20	1.000
23	Chloroquine 100 mg	S/20	600
24	Catgut	T	2.500
25	Compresse 40 x 40 n.s.	L	100
26	Bande plâtrée 15 cm	R	2.500
27	Coton hydrophile stérile 100g	P/100 G	2.000
28	Doxycycline 100 mg	S/20	1500
29	Digoxine 0,25 mg	S/20	1.000
30	Diazepan inj 10 mg	Amp	500

31	Diazepan 2.5 mg cp	S/20	1.000
32	Dexamethasone inj 4 mg	amp	500
33	Dicynone inj	amp	1.000
34	Eau distillée 5 cc	amp	100
35	Eau distillée 10 cc	amp	200
36	Erythromycine 500 mg	S/20	3.000
37	Fer acide folique	S/20	500
38	Furosemide 20 mg inj.	amp	500
39	Furosemide 40 mg	S/20	500
40	Flagyl 250 mg	S/20	1.000
41	Flagyl perfusable 500 mg	Fl/100 ml	3.000
42	Gentamycine 80 mg	amp	500
43	Griseofulvine 500 mg	B/20	3.500
44	Gants stériles 7/2 8	paire	1.000
45	Haemaccel	FL/500cc	15.000
46	Hydroxyde d'Aluminium	S/20	500
47	Hydrocortisone 100 mg inj	Fl	1.000
48	Indométhacine 2,5 ml	S/20	1.000
49	Kanamycine 1 g inj	Fl	1.500
50	leucoplast	Lame	2.000
51	Lactate de ringer	Fl/500c	2.500
52	Lidocaine 2%	Fl/500 cc	2.000
53	Lidocaine 2%	amp	1.000
54	Mannitol 10%	Fl/500	6.500
56	Multivitamine comp	S/20	1000
57	Mebendazole 100 mg	S/12	1.000
58	Methyldopa 250 mg	S/20	1.500
59	Nystatine Ovule	S/10	1.500
60	Nystatine 100.000	S/10	1.500
61	Paracetamol 500mg	S/20	500
62	Nystatine 500.000 ui	S/20	2.000
63	Metoclopramide	amp	500
64	Promethazine cp	S/20	500
65	perfuseur	unité	500
66	Penicilline 1.000.000 UI	FL	500
67	Prométhazine 500 mg	Amp/2ml	500
68	Poche à urine	unité	2.500
69	Primperan inj	amp	800
70	Quinine 600 mg	amp	500
71	Serum salé 0.9%	FL/500	2.500
72	Serum glucosé 5%	Fl/500	2.500

73	Serum glucosé 30%	Amp	1.000
74	Ringer lactate	Fl /500	2.500
76	Soie serty	unité	2.500
77	Seringue 5 cc	unité	200
78	Seringue 10 cc	unité	300
79	Tetracycline cortisonée ophtalm.	T	600
80	Acétazolamide 250 g	S/20	1.000
81	Ibuprofène 400 mg	S/20	1.000
82	Amoxicilline sp	Fl	2.500
83	Bactrim sirop	Fl	2.000
84	Glibenclamide cp	S/20	1.000
85	Efferalgan sirop	Fl	3.500
86	Ketamine 50 mg	Fl	2.500
87	Bristopen 500 gel	gel	3.500
89	Bristopen inj 1g	amp	2.500
90	Efferalgan. Codeine	S/20	5.000
91	Cimetidine 200	S/20	1.000
92	Oxytocin 10 IU	Amp	500
93	Prodafalgan 1 g	Fl	3.000
94			
95	Epicranien		500
96	catheter	P	1.200
97	Betadine solution dermique	fl	3.500
98	Lame de bistouri	U	500
99	Orasel	S	250
100	Serum glucosé 250 ml	FL	2.000
101	Sulfate de magnesie	Amp	500
102	Adrenaline	Amp	500
103	Sonde à 3 Voies	U	10.000
104	Sonde 0 2 Voies	U	8.000
105	Zolicédal im 1 g	B/1	4.000
106	Roceforan il g IV	B/1	18.000
107	Albendazol 400 mg	B/1	1.500
108	Seringue 2 ml	p	150
109	Praziquantel 600	S/4	3.000
110	Dexon N° 1/0	S	2.500
111	Dexon N° 2/0	S	2.500
112	Nylon tressé N° 3/0	S	2.500
113	Aspegic 1 g inj	Fl	2.500

114	Aspegic 250 sachets	B/20	4.000
115	Albendazol 200 mg	S/2	1.000
116	Bécozyme inj	amp	800
117	Dicynone inj	amp	1.000
118	Efferalgan 500 mg efferv.	B/16	3.500
119	Eau oxygénée 10 volumes	Fl	3.000
120	Nootropyl 3 g	amp	2.500
121	Nootropyl 1 g	B	1.500
122	Polaramide inj	amp	800
123	Primperan inj	amp	800
124	Spasfon inj	amp	1.500
124	Viscéralgine inj	amp	1.000
125	Verzol 400 mg	B/1	2.000
126	Solumedrol 20 mg	B/1	3.000
127	Solumedrol 40 mg	B/1	4.000
128	solubacter	Fl	4.000
129	Vogalenè inj	amp	800
130	Digoxine 0,25 g	S/20	1.000
131	Vicryl serti 3/0	S	4.000
132	Vicryl serti 2/0	S	4.000
133	Quinimax (médimax) 500	Amp	700
134	Ceflexine 250 cp	S/10	1.500
135	Ceflexine 500 cp	S/10	2.000
136	Diclofénac 50	S/10	600
137	Ibuprofen 400 mg	S/20	1.500
138			
139	Thiamine 500 g	S/20	500
140	Aspegic 500 mg	S/20	4.500
141	Griséofuline 500 mg	S/20	2.500
142	Quinine 300mg cp	S/20	1.500
143	Paracetamol sirop	Fl	2.500
144	Chloroquine sirop	Fl	2.500
145	Prednisolone cp	S/20	500
146	Rocéforan 1 g im	B/1	18.000

Conakry, le 10/01/02
Le Pharmacien chef
Dr .Mamadou CAMARA

ANNEXE 8

Classification des antimicrobiens pour l'établissement d'indicateurs de prescription (issue du DAP).

Compté comme antibiotique	Code dans la liste modèle de l'OMS	Classe
	6.1.3	antifilariens
	6.1.4	schistosomicides
oui	6.2.1	pénicillines
oui	6.2.2	autres antibactériens
	6.2.3	antilépreux
	6.2.4	antituberculeux
	6.3	antifongiques
	6.4.1	antiamibiens et anti-giardiens
	6.4.2	antileishmaniens
	6.4.3	antipaludiques
	6.4.4	trypanocides
oui	13.2	anti-infectieux utilisés en dermatologie
oui	21.1	anti-infectieux utilisés en ophtalmologie
oui	*	antidiarrhéiques contenant de la streptomycine, de la néomycine, du nifuroxazide ou des associations

* Ne figure pas sur liste modèle de médicaments essentiels de l'OMS.

ANNEXE 9

Liste des antibiotiques disponibles à la pharmacie de l'Hôpital Donka

N°	Désignation	Présentation	Prix unitaire NFG
1.	Amoxicilline sp	Fl	2.500
2.	Amoxilline 500mg	S/20	3.000
3	Ampicilline 1 g inj	amp	1.000
4.	Ampicilline 500 mg	S/20	3.000
5.	Bactrim 480 mg (cotrimoxazole)	S/20	1.000
6.	Bactrim sirop	Fl	2.000
7.	Betadine solution dermique	fl	3.500
8	Bristopen 500 gel	gel	9.000
9.	Bristopen 500 gel	gel	3.500
10.	Bristopen inj 1g	amp	2.500
11.	Ceflexine 250 cp	S/10	1.500
12.	Ceflexine 500 cp	S/10	2.000
13	Céforan 1gr IV (cefotaxime sodique)		13.000
14.	Chloramphenicol 1g inj	fl	1.000
15.	Chloramphenicol 250 mg	S/20	1.000
16	Clamoxyl 250mg	sirop	6.500
17	Clamoxyl 500 mg	gélule	6.500
18.	Doxycycline 100 mg	S/20	1500
19.	Eau oxygénée 10 volumes	Fl	4.000
20.	Erythromycine 500 mg	S/20	3.000
21	ERY 500	Sachet	10.500
22	ERY 500	cp/10	2.500
23	ERY 500	cp/20	5.000
24.	Gentamycine 80 mg	amp	500
25.	Gentamycine 160mg IV	amp	1.500
26	Gynopen(ampisodique)IM	amp	2 000
27	Gynopen 500mg	Gélules	4 000
28	Hiconcil 500	cp	6.000
29	Hiconcil 500		5.000
30	Intetrix	gelule	7.500
31.	Kanamycine 1 g inj	Fl	1.500
32	Lincocine	gél/10	5.000

33	Lincomycine 600mg/2ml	amp	2.500
34.	Mebendazole 100 mg	S/6	500
35	Nibiol	cp	6.500
36.	Oracéfai sp 250mg	Fl	12.000
37	Oracéfai 250 mg	sachet	12.000
38	Oracéfai 500mg	fl	19.000
39	Otipax	spray	5.000
40.	Penicilline 1.000.000 UI	FL	500
41.	Polydexa	Goutte	5.500
42	Roceforan i1 g IV	B/1	18.000
43	Solubacter	fl	4.000
44	Tergynan	ovule	8.500
45.	Totapen	IV	2.500
46	Tetracycline cortisonée ophtalm.	Tube	600
	Zolicédal im 1 g	B/1	4.000

ANNEXE 10

Liste des médicaments génériques vendus à la pharmacie de l'Hôpital Donka.

Designation	Présentation	Prix Unitaire NFG
Acétazolamide 250 g	S/20	1.000
Acide folique 5 mg	S/20	500
Adrenaline	Amp	500
Albendazol 200 mg	S/2	1.000
Albendazol 400 mg	B/1	1.500
Aminophylline inj	amp	800
Aminophylline 100 mg	S/20	1.000
Amidopyrine	amp	500
Amoxen	cp	2 500
Ampicilline 1 g inj	amp	1.000
Ampicilline 500 mg	S/20	3.000
Amoxicilline sp	Fl	2.500
Amoxilline 500mg	S/20	3.000
Aspirine 500mg	S/20	5.00
Asprine 300 mg	S/20	500
Atropine inj	amp	500
Cotrimoxazole 480	S/20	1.000
Cedilamide inj	amp	500
Chlopromazine inj 25 mg	amp	500
Calcium gluconate inj	amp	800
Calpol	cp	3.500
Cotrim	sirop	2.500
Cotrim fort	cp	1.500
Ceflexine 250 cp	S/10	1.500
Ceflexine 500 cp	S/10	2.000
Céforan 1gr	amp	13.000
Cimétidine 200 mg	S/20	1.500
Chloramphenicol 1g inj	fl	1.000
Chloramphenicol 250 mg	S/20	1.000
Chlorpromazine	S/20	1 000
Chloroquine sirop	Fl	2.500

Chloroquine 100 mg	S/20	600
Doxycycline 100 mg	S/20	1500
Digoxine 0,25 mg	S/20	1.000
Diazepan inj 10 mg	Amp	500
Diazepan 2.5 mg cp	S/20	1.000
Diclofénac 50	S/10	600
Digoxine 0,25 g	S/20	1.000
Dexamethasone inj 4 mg	amp	500
Eau distillée 5 cc	amp	100
Eau distillée 10 cc	amp	200
Eau oxygénée 10 volumes	Fl	4.000
Erythromycine 500 mg	S/20	3.000
Fer acide folique	S/20	500
Furosemide 20 mg inj.	amp	500
Furosemide 40 mg	S/20	500
Gentamycine 80 mg	amp	500
Glibenclamide	S/20	1.000
Gentamycine 160mg IV	amp	1.500
Griseofulvine 500 mg	S/20	2.500
Gynopen 1gr	amp	2.000
Gynopen 500	gelules	4.000
Hydroxyde d'Aluminium	S/20	500
Hydrocortisone 100 mg inj	Fl	1.000
Ibuprofen 400 mg	S/20	1.500
Indométhacine 2,5 ml	S/20	1.000
Kanamycine 1 g inj	Fl	1.500
Ketamine 50 mg	Fl	2.500
Lactate de ringer	Fl/500c	2.500
Lincomycine 600mg/2ml	amp	2.500
Lidocaine 2%	Fl/500 cc	2.000
Lidocaine 2%	amp	1.000
Mannitol 10%	Fl/500	6.500
Multivitamine comp	S/20	1000
Mebendazole 100 mg	S/6	500
Metoclopramide	amp	500
Methyldopa 250 mg	S/20	1.500
Métronidazole 250 mg	S/20	1.000
Métronidazole perf500 mg	Fl/100 ml	4.000
Niclosamide	S/20	1 000
Nystatine	gtte	4 000

Nystatine Ovule	S/10	1.500
Nystatine 100.000	S/10	1.500
Nystatine 500.000 ui	S/20	2.000
Orasel	S	250
Oxytocin 10 IU	Amp	500
Paracetamol sirop	Fl	2.500
Paracetamol 500mg	S/20	500
Penicilline 1.000.000 UI	FL	500
Praziquantel 600	S/4	3.000
Prednisolone cp	S/20	500
Primperan inj	amp	800
Prométhazine 500 mg	Amp/2ml	500
Promethazine cp	S/20	500
Quinimax (médimax) 500	Amp	700
Quinine 300mg cp	S/20	1.500
Quinine 600 mg	amp	500
Rancotrim	sirop	4 500
Ranferon	sirop	8 500
Ringer lactate	Fl /500	2.500
Roceforan 1 g IV	B/1	18.000
S.A.T	amp	1.800
Serum salé 0.9%	FL/500	2.500
Serum glucosé 5%	Fl/500	2.500
Serum glucosé 30%	Amp	1.000
Serum glucosé 250 ml	FL	2.000
solubacter	Fl	4.000
Sulfate de magnesie	Amp	500
Tetracycline cortisonée opthalm.	Tube	600
Trimoprim 480 mg	cp	1.000
Thiamine 500 g	S/20	500
Vitamine B1 50mg	S/20	1000
Vitamine B cplexe	S/20	500
vitamine C	Amp	500
Verzol	goutte	2.500
Verzol 400 mg	B/1	2.000
Zolicédal im 1 g	B/1	4.000

ANNEXE 11

Indicateurs : qualité de la rédaction de la prescription	Méthodes de calcul	
Pourcentage d'ordonnances rédigées sur le support standard de Donka	#	nombre (nb) d'ordonnances rédigées sur le support standard / nb total d'ordonnances
Pourcentage d'ordonnances rédigées sur un carnet	#	nb d'ordonnances rédigées sur un carnet/ nb total d'ordonnances
Pourcentage d'ordonnances rédigées sur une feuille simple	#	nb d'ordonnances rédigées sur une feuille/ nb total d'ordonnances
Pourcentage d'ordonnances complètement lisibles et sans rature	#	nb d'ordonnances lisibles/nb total d'ordonnances
Pourcentage d'ordonnances où le prescripteur est correctement* identifié	#	nb d'ordonnance où prescripteur identifié/nb total d'ordonnances
Pourcentage d'ordonnances où le service est identifié	#	nb d'ordonnance où service identifié/nb total d'ordonnances
Pourcentage d'ordonnances où le patient est correctement* identifié	#	nb d'ordonnance où patient identifié/nb total d'ordonnances
Pourcentage d'ordonnances où le traitement correctement* identifié	#	nb d'ordonnance où traitement identifié/nb total d'ordonnances
Pourcentage d'ordonnances où la qualité du prescripteur est identifiée	#	nb d'ordonnance où qualité prescripteur identifié/ nb total d'ordonnances
Pourcentage d'ordonnances où la date de consultation est mentionnée	#	nb d'ordonnances où date consultation présente/ nb total d'ordonnances

Indicateurs : qualité du contenu de la prescription	Méthodes de calcul	
Pourcentage de consultations n'ayant pas donné lieu à une prescription de médicaments	&	nb de consultations où aucune ordonnance rédigée/ nb total de consultations étudiées
Nombre moyen de médicaments par ordonnance	&	nb total de lignes de prescriptions/nb total d'ordonnance
Pourcentage de médicaments prescrits sous nom générique	&	nb de médicaments prescrits en générique/ nb total de lignes de prescriptions
Pourcentage de médicaments prescrits figurant sur la liste de l'hôpital	&	nb de médicaments prescrits appartenant à la liste Donka/ nb total de lignes de prescriptions
Nombre moyen d'antibiotiques par ordonnance	#	nb total d'antibiotiques (ATB) prescrits/ nb total d'ordonnance
Pourcentage d'ordonnances avec au moins un antibiotique	&	nb d'ordonnances avec au moins un ATB/ nb total d'ordonnances
Nombre moyen d'injectables prescrit par ordonnance	#	nb total d'injectables (INJ) prescrits/ nb total d'ordonnances
Pourcentage d'ordonnances avec au moins un injectable prescrit	&	nb d'ordonnance avec au moins un INJ/ nb total d'ordonnances
Coût moyen d'une ordonnance prescrite	&	somme des prix des ordonnances prescrites/ nb total d'ordonnances

Indicateurs de service de santé		Méthodes de calcul
Pourcentage d'ordonnances prescrites par un médecin	#	nb d'ordonnances prescrites par médecin/ nb total d'ordonnances où prescripteur identifié
Pourcentage d'ordonnances prescrites par un infirmier	#	nb d'ordonnances prescrites par infirmier/nb total d'ordonnances où prescripteur identifié
Pourcentage d'ordonnances délivrées par un personnel qualifié	#	nb d'ordonnances délivrées par un personnel qualifié/ nb total d'ordonnances
Pourcentage d'ordonnances délivrées partiellement pour cause de rupture de stock	#	nb d'ordonnances délivrées partiellement pour stock/ nb total d'ordonnances
Pourcentage de disponibilité des médicaments prescrits	#	nb de médicaments délivrables/ nb total de ligne de prescription
Pourcentage de disponibilités des antibiotiques prescrits	#	nb d'ATB délivrables/ nb total d'ATB prescrits
Pourcentage de disponibilités des injectables prescrits	#	nb d'INJ délivrables/ nb total d'INJ prescrits
Pourcentage de jours où au moins un médecin possède la liste des médicaments de l'hôpital	#	nb d'ordonnance où prescripteur identifié/ nb total d'ordonnances

Indicateurs de soins aux malades		Méthodes de calcul
Durée moyenne d'une consultation	&	durée totale des consultations/ nb de consultations
Délai moyen d'achat des ordonnances	&	somme (date d'achat – date de prescription)/ nb totale d'ordonnances
Pourcentage de substitutions par le dispensateur	#	nb de médicaments substitués par le dispensateur/ nb total de médicaments substituables
Pourcentage de dépenses pharmaceutiques consacrées aux antibiotiques	&	coût des ATB délivrés/ coût total des médicaments délivrés
Pourcentage de dépenses pharmaceutiques pour les injectables	&	coût des INJ délivrés/ coût total des médicaments délivrés
Coût moyen d'une ordonnance délivrable	#	somme des prix des ordonnances délivrables/ nb d'ordonnances délivrables
Coût moyen d'une ordonnance délivrée	#	somme des prix des ordonnances délivrées/ nb d'ordonnances délivrées
Pourcentage de la baisse du coût délivrable par rapport au coût prescrit	#	(coût prescrit – coût délivrable)/ coût prescrit
Pourcentage de la baisse du coût délivré par rapport au coût délivrable	#	(total des coûts délivrables – total des coûts délivrés)/ total coûts délivrables
Pourcentage de médicaments effectivement délivrés	#	nombre de médicaments effectivement délivrés/ nb total de lignes de prescriptions
Pourcentage d'ordonnances délivrées partiellement pour raisons financières	#	nb d'ordonnances délivrées partiellement pour raisons financières/ nb total d'ordonnances
Pourcentage d'ordonnances délivrées partiellement pour prescription hors liste	#	nb d'ordonnances délivrées partiellement pour hors liste/ nb total d'ordonnances
Pourcentage d'ordonnances délivrées entièrement	#	nb d'ordonnances délivrées entièrement/ nb total d'ordonnances
Pourcentage d'ordonnances substituables	#	nb d'ordonnance avec au moins un médicament substituable/ nb total d'ordonnances
Pourcentage d'ordonnances substituées	#	nb d'ordonnance avec au moins un médicament substitué/ nb total d'ordonnances
Pourcentage de délivrances des antibiotiques prescrits	#	nb d'ATB délivrés/ nb total d'ATB prescrits
Pourcentage de délivrances des injectables prescrits	#	nb d'INJ délivrés/ nb total d'INJ prescrits
Pourcentage de réduction du coût de l'ordonnance prescrite par la substitution	#	(total coût prescrits- total coûts substitués)/ total coûts prescrits

ANNEXE 12

Tableaux des résultats obtenus pour les indicateurs calculés

Indicateurs de prescription

Indicateurs : qualité de la rédaction de la prescription	Résultats
Pourcentage d'ordonnances rédigées sur le support standard de Donka	13%
Pourcentage d'ordonnances rédigées sur un carnet	20%
Pourcentage d'ordonnances rédigées sur une feuille simple	67%
Pourcentage d'ordonnances complètement lisibles et sans rature	89%
Pourcentage d'ordonnances où le prescripteur est correctement identifié	61%
Pourcentage d'ordonnances où le service est identifié	40%
Pourcentage d'ordonnances où le patient est correctement identifié	10%
Pourcentage d'ordonnances où le traitement correctement identifié	81%
Pourcentage d'ordonnances où la qualité du prescripteur est identifiée	62%
Pourcentage d'ordonnances où la date de consultation est mentionnée	89%

Indicateurs : qualité du contenu de la prescription	Résultats Consultations externes	Résultats Malades hospitalisés
Pourcentage de consultations n'ayant pas donné lieu à une prescription	Pédiatrie : 19% Médecine : 12%	
Nombre moyen de médicaments par ordonnance	2,5	2,5
Pourcentage de polyprescriptions	17%	20%
Pourcentage de médicaments prescrits sous nom générique	25%	36%
Pourcentage de médicaments prescrits figurant sur la liste de l'hôpital	69%	82%
Pourcentage d'ordonnances avec au moins un antibiotique	39%	37%
Nombre moyen d'antibiotiques par ordonnance	1,1	1,2
Pourcentage d'ordonnances avec au moins un injectable prescrit	22%	62%
Nombre moyen d'injectables prescrits par ordonnance	1,4	1,8
Coût moyen d'une ordonnance prescrite (distribution par quartile, prix médian)	20000nfg	22000nfg
Coût médian	15400nfg	14400nfg
1 ^{er} quartile	500-7300nfg	400-6000nfg
3 ^{ème} quartile	26500-63030nfg	27600-341000nfg

Indicateurs de service de santé

Indicateurs de service de santé	Résultats	
Pourcentage d'ordonnances prescrites par un médecin	60%	
Pourcentage d'ordonnances prescrites par un infirmier	1%	
Pourcentage de jours où au moins un médecin possède la liste des médicaments de l'hôpital	0	
Pourcentage d'ordonnances délivrées par un personnel qualifié	100%	
Pourcentage d'ordonnances délivrées partiellement	72%	
Pourcentage d'ordonnances délivrées partiellement pour cause de rupture de stock	5%	
Pourcentage de disponibilité des médicaments prescrits	Cons Ext.	Mal. Hosp.
	69%	82%
Pourcentage de disponibilités des antibiotiques prescrits	86%	91%
Pourcentage de disponibilités des injectables prescrits	90%	95%

Indicateurs de soins aux malades

Indicateurs de soins aux malades	Cons.ext	Mal.hosp
Durée moyenne d'une consultation Pédiatrie	16min	
Médecine	10min	
Durée moyenne de délivrance des médicaments	3.5min	
Délai moyen d'achat des ordonnances	1jour pour	1jour pour
	86%	84%
Pourcentage de médicaments effectivement délivrés	44%	54%
Pourcentage d'ordonnances délivrées entièrement	28%	36%
Pourcentage d'ordonnances délivrées partiellement pour raisons financières	32%	35%
Pourcentage d'ordonnances délivrées partiellement pour prescription hors liste	29%	18%
Part des dépenses pharmaceutiques consacrées aux antibiotiques	24%	25%
Part des dépenses pharmaceutiques pour les injectables	24%	71%
Pourcentage de délivrances des antibiotiques prescrits	50%	52%
Pourcentage de délivrances des injectables prescrits	66%	69%
Coût moyen d'une ordonnance délivrable	9000nfg	15000nfg
Coût moyen d'une ordonnance délivrée	4000nfg	6600nfg
Pourcentage de la baisse du coût délivrable par rapport au coût prescrit	56%	32%
Pourcentage de la baisse du coût délivré par rapport au coût délivrable	53%	56%
Pourcentage d'ordonnances substituables	34%	
Pourcentage d'ordonnances substituées	18%	
Pourcentage de médicaments substituables	41%	
Pourcentage de médicaments substitués sur l'ensemble des lignes de prescription	8%	
Pourcentage de substitutions par le dispensateur	47%	
Pourcentage de réduction du coût de l'ordonnance prescrite par la substitution	54%	

ANNEXE 13

Outil pédagogique pour l'éducation du public à l'usage des médicaments : La chanson des Médicaments Essentiels (Nicaragua)

Chanson des médicaments essentiels

(Nicaragua)



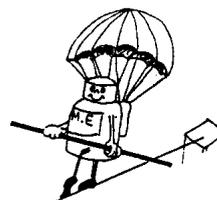
Les essentiels, les essentiels
Petits par le nombre, grands par la valeur
efficaces, sûrs et utiles



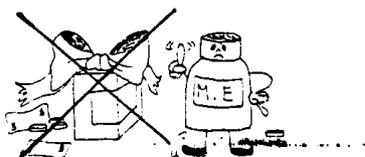
Ils travaillent à soulager,
prévenir et guérir
toutes les maladies courantes,
Les essentiels, les essentiels



Ils sont fabriqués
Parce qu'ils sont vraiment efficaces
Les essentiels, les essentiels



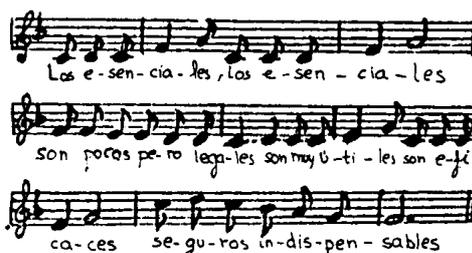
Tous les médicaments présentent des risques
Mais pour les essentiels,
on les connaît, on les comprend,
Les essentiels, les essentiels



Leurs habits ne sont pas bariolés
mais tout simples,
c'est pourquoi ils coûtent moins chers,
Les essentiels, les essentiels



Chez soi et au travail,
Exigez les essentiels,
et utilisez les toujours bien



Vu, Le Président du Jury

Vu, Le Directeur de thèse

Vu, Le Directeur de L'U.E.R

