

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE ... UN BUT ... UNE FOI

Ecole Nationale de Medecine et de Pharmacie du Mali

Année 1988

No

24

**Contribution à l'Etude des Médicaments
Essentiels comme Facteur de Developpement
Economique et Social.**

THESE

Presentée et soutenue Publiquement le _____ devant
l'Ecole Nationale de Medecine et de Pharmacie du Mali

Par **Mamadou S. TRAORE**

Pour obtenir le Grade de Docteur en Pharmacie
(Diplôme d'Etat)

Examineurs

President : *Professeur Boubacar CISSE*
 Docteur Hama CISSE
Membres *Docteur Souleymane GUINDO*
 Docteur Boukassoum HAIDARA (Directeur)

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1988-1989

Professeur Aliou BA	Directeur Général
Professeur Bocar SALL	Directeur Général Adjoint
Professeur Hubert BALIQUE	Conseiller Technique
Monsieur Demba DOUCOURE	Secrétaire Général
Monsieur Hama B. TRAORE	Econome

D.E.R. DE CHIRURGIE ET DE SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Mamadou Lamine TRAORE, Chef de D.E.R.	Chirurgie générale, Médecine légale
Professeur Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur Bocar SALL	Orthopédie-Traumatologie
Professeur Mamadou DEMBELE	Chirurgie générale
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie générale
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Professeur Abdoul Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Bénitiéni FOFANA	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme SY Aïda SOW	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Amadou Ingré DOLO	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie générale
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Massaoulé SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme TRAORE Jeannette THOMAS	Ophtalmologie
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Docteur Alhousséini AG MOHAMED	O.R.L.
Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE	Urologie
Docteur Gérard TRUSCHEL	Anatomie

.../...

3. ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie générale
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie générale
Docteur Lassana KOITA	Chirurgie générale
Docteur Sékou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Docteur Mamadou A. CISSE	Urologie
Mme COUMARE Fanta COULIBALY	T.P. soins infirmiers

D.E.R. DE MEDECINE ET DE SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Souleymane SANGARE, Chef de D.E.R.	Pneumo-Phtisiologie
Professeur Abdoulaye AG RHALY	Médecine Interne
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Kouréissi TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Aly Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Sidi Yéhia TOURE	Réanimation
Docteur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Docteur Eric PICHARD	Médecine Interne
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Aly DIALLO	Hématologie, Médecine Interne

3. ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Mouss MAIGA	Gastro-Entérologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie

.../...

Docteur Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Docteur Souminta M. KEITA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Mme KONARE Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Kader TRAORE	Médecine Interne

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima KOUMARE, Chef de D.E.R.	Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie Pathologique
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Anatomie
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Zoologie-Génétique

3. DOCTEURS 3EME CYCLE

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

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

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

5. MAITRES ASSISTANTS

Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
Docteur Hama CISSE	Chimie Générale

6. ASSISTANTS

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

7. CHARGE DE COURS

Monsieur Modibo DIARRA	Diététique-Nutrition
------------------------	----------------------

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSE, Chef de D.E.R.	Toxicologie
Professeur Mamadou KOUMARE	Matière médicale, pharmacologie

2. DOCTEURS 3EME CYCLE

Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU	Pharmacie Galénique
---------------------------------	---------------------

3. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Boulkassoum HAIDARA	Législation-Gestion Pharmaceutique
Docteur Boubacar KANTE	Pharmacie Galénique
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Alou KEITA	Pharmacie Galénique
Docteur Arouna KEITA	Matière Médicale
Docteur Souleymane GUINDO	Gestion

4. ASSISTANT

Docteur Drissa DIALLO	Matière Médicale
-----------------------	------------------

.../...

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR AGREGE

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

2. MAITRE DE CONFERENCE

Docteur Hubert BALIQUE Santé Publique

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

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

4. CHARGES DE COURS

Monsieur Cheick Tidiani TANDIA Hygiène du Milieu
Madame MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

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

JE TIENS A ADRESSER MA PROFONDE RECONNAISSANCE
A TOUS CEUX QUI, DE PRES OU DE LOIN , ONT
CONTRIBUE A LA REALISATION DE CE TRAVAIL QUE
JE DEDIE :

.../...

A tous ceux, dans le monde
qui souffrent du manque de médicaments :

Ce travail est la preuve de notre
sympathie envers vous.

A ma mère
A mon père

Vos puissantes qualités d'éducateurs
ont été pour moi la plus importante
source d'inspiration.
Trouvez ici, chers parents le témoi-
gnage de mon affection et de ma recon-
naissance envers tout ce que avez fait
pour moi.

A mes sœurs

Mariam
Aminata.

A mes frères

Issiaka
Ibrahim
Aboubacar
Alioun.

A ma tante Nassira
A toute ma grande famille SASSI
A la famille TOGOLA

Vous avez servi de soutien pour moi
au long de mes études. J'en suis fort
reconnaissant.

A tous les jeunes de Sélingué.

A la famille DANTE

.../...

A la famille DIABATE

Vos qualités humaines sont de rares types. Il se doit de vous le reconnaître.

Au personnel de la P.P.M. (Kardex)

Grâce à votre disponibilité l'important de ce travail a pu être fait au sein de votre service.

Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

Au personnel de l'Institut Marchoux

Mon stage parmi vous m'a permis d'acquérir d'énormes connaissances. Je vous rassure de ma reconnaissance profonde.

A mon frère Ténéman DOUMBIA

Vos conseils ont été pour moi une source de motivation sans égale. Votre courage est un bel exemple que je suivrai.

A tous mes amis :

Moustaphe DANTE (P.D.G.), Nouhoum COULIBALY, Rémi ARAMA, Boubou COULIBALY, Demba SIDIBE, Boua DIAKITE, tous mes camarades de classe.

Vous avez su donner à ce mot toute sa valeur et toute sa dimension. Merci pour avoir contribué de façon positive à mon propre épanouissement personnel.

A mes cousins

TRAORE Souleymane

Amadou TRAORE (Ampaté)

Votre collaboration m'a été profitable. Je vous en remercie.

.../...

A Mlle Fatoumata DIAWARA

Je te remercie infiniment pour tous
ce que tu as été pour moi.

A ma chérie Bintou TRAORE

Ce travail est aussi le tien.

.../...

Au Président du Jury : Le Professeur Boubacar CISSE :

Professeur agrégé en Toxicologie,
Chef de D.E.R. des Sciences Phar-
maceutiques à l'E.N.M.P.

Votre souci de procurer aux étudiants
un enseignement de qualité et de
promouvoir la profession de pharma-
cien font de vous un grand maître
dévoué.

Nous vous remercions pour votre dis-
ponibilité et pour l'honneur que
vous nous faites en acceptant de pré-
sider ce Jury. Cette thèse est l'oc-
casion pour nous de vous adresser nos
sentiments les plus respectueux.

Au Docteur Hama CISSE :

Chef de la Division Labo-Pharmacie
(DLP)

Le suivi de vos cours et la fréquen-
tation de votre service a été pour
nous d'une aide précieuse.

Vos excellentes approches vis à vis
des problèmes de la pharmacie au Mali
nous ont guidé dans ce travail. Nous
sommes très sensibles au grand hon-
neur que vous nous faites en accep-
tant de siéger parmi notre Jury.

Trouvez ici l'expression de nos sin-
cères remerciements.

Au Docteur Souleymane GUINDO :

Chef de la Division Exploitation de
la P.P.M.

Nous avons été marqués par votre ca-
ractère rationnel tant sur le plan

.../...

intellectuel que social. Il se doit de vous remercier très vivement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

A mon Directeur de thèse : Le Docteur Boukassoum HAIDARA :
Conseiller Technique au MSP-AS, chargé des Affaires Pharmaceutiques.

Votre expérience et vos connaissances des problèmes pharmaceutiques nous ont été d'un apport inestimable dans ce travail. Nous vous remercions vivement pour votre accueil chaleureux et pour votre entière collaboration.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

S O M M A I R E

	<u>Pages</u>
<u>PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION</u>	1
JUSTIFICATIONS ET OBJECTIF DU TRAVAIL.....	2
<u>DEUXIEME PARTIE : RAPPEL DU PROFIL SANITAIRE ET PHARMACEU- TIQUE DU PAYS</u>	4
I. PROFIL SANITAIRE ET PHARMACEUTIQUE DU PAYS.....	5
II. LA P.P.M.....	7
1. STATUTS.....	7
2. FONCTIONNEMENT.....	8
<u>TROISIEME PARTIE : MEDICAMENTS ESSENTIELS</u>	11
I. GENESE DU CONCEPT DE M.E.....	12
II. DEFINITION DES M.E.....	15
III. M.E. AU MALI.....	16
1. HISTORIQUE DE LA POLITIQUE PHARMACEUTIQUE.....	16
2. REFORME PHARMACEUTIQUE.....	18
2.1 CONTEXTE DE LA REFORME.....	18
2.2 REFORMES PROPOSEES ET MESURES D'ACCOMPAGNE- MENT.....	22
2.3 ANALYSE DU BILAN DE LA REFORME.....	25
3. AVANTAGES DE LA POLITIQUE DES M.E.....	28
4. DIFFICULTES D'APPLICATION D'UNE POLITIQUE DES M.E. AU MALI.....	31
<u>QUATRIEME PARTIE : ETUDE DES POSSIBILITES DE RENTABILISA- TION DE LA P.P.M. PAR LA PROMOTION D'UNE POLITIQUE DES M.E</u>	33
I. METHODE D'ETUDE.....	33
II. BAISSSE DU PRIX DE REVIENT.....	35
II.1 BAISSSE DU PRIX D'ACHAT.....	35
II.1.1 STRUCTURE DU PRIX DES MEDICAMENTS.....	37
II.1.2 FACTEURS SUR LESQUELS ON PEUT JOUER POUR BAISSER LE PRIX DES MEDICAMENTS.....	39
II.2 ALLEGEMENT DES FRAIS D'IMPORTATION.....	41
III. RESULTATS DES APPELS D'OFFRES.....	41
III.1 APPEL D'OFFRES N°1.....	42

	<u>Pages</u>
III.1.1 CRITERES DE SELECTION.....	42
III.1.2 CALCUL DE LA DIMINUTION MOYENNE DES PRIX DE L'A.O.1 PAR RAPPORT A LA P.F.M.....	44
III.1.3 ANALYSE CRITIQUE DE L'A.O.1.....	50
III.2 APPELS D'OFFRES N°2 ET N°3.....	51
III.2.1 A.O.2.....	51
III.2.2 A.O.3.....	58
III.3 CONCLUSION.....	65
IV. CAS OU LE PRIX DE VENTE AUGMENTE.....	65
IV.1 COEFFICIENT MULTIPLICATEUR.....	65
IV.2 VITESSE DE ROTATION.....	66
IV.3 ESTIMATION DES QUANTITES DE M.E. DEVANT SORTIR DE LA P.P.M. EN MOYENNE PAR MOIS.....	70
V. ETUDE DES FACTEURS INFLUANÇANT LA ROTATION DES M.E.....	72
V.1 LES RESPONSABLES.....	72
V.2 LES PRESCRIPTEURS.....	73
V.3 LES VENDEURS.....	73
V.4 FOUVOIR D'ACHAT DES CONSOMMATEURS.....	74
V.5 L'AUTOMEDICATION.....	74
V.6 DISTRIBUTION DES POINTS DE VENTE DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES.....	74
V.7 MEDECINE TRADITIONNELLE.....	74
<u>CONCLUSION GENERALE</u>	77
BIBLIOGRAPHIE.....	80

QUELQUES ABREVIATIONS UTILISEES

D.N.S.P.	: Direction Nationale de la Santé Publique.
M.E.	: Médicaments Essentiels.
M.N.E.	: Médicaments Non Essentiels.
s.s.p.	: Soins de Santé Primaires.
PHARMAPRO	: Pharmacie d'Approvisionnement du Mali.
P.P.M.	: Pharmacie Populaire du Mali.
O.M.P.	: Office Malien de Pharmacie.
MSP-AS	: Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.
M.T.S.E.E.	: Ministère des Tutelles des Sociétés et Entreprises d'Etat.
M.F.C.	: Ministère des Finances et du Commerce.
ISP-AS	: Inspection de la Santé Publique et des Affaires Sociales.
P.D.S.	: Projet de Développement Sanitaire.
K.B.K.	: Kita Bafoulabé Kéniéba.
I.N.R.P.M.T.	: Institut National de Recherche en Pharmacopée et Médecine Traditionnelle.
U.M.P.P.	: Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques.
I.N.P.S.	: Institut National de Prévoyance Sociale.
O.M.S.	: Organisation Mondiale de la Santé.
S.N.I.P.	: Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique.
I.N.R.S.P.	: Institut National de Recherche en Santé Publique.
C.A.F.	: Coût Achat Fret.
C.S.C.	: Centre de Santé de Cercle.
C.S.A.	: Centre de Santé d'Arrondissement.
F.G.R.	: Formation des Groupements Ruraux.

PREMIERE PARTIE :

INTRODUCTION

.../...

JUSTIFICATIONS ET OBJECTIFS DU TRAVAIL.

De nombreux pays du Tiers-Monde sont encore à la recherche d'une politique pharmaceutique adaptée. Approvisionner des populations à revenus faibles et vivant à près de 80 % dans des zones rurales ne semble pas être un objectif facile à atteindre.

La 28^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé dans sa séance plénière du 29 Mai 1975 a adopté la Résolution WHA 28-66 par laquelle elle recommandait à tous les Etats membres de définir, de développer et d'appliquer des politiques pharmaceutiques nationales pour satisfaire globalement aux problèmes de médicaments des populations. (1)

De nombreuses études menées sur ce thème ont prouvé que ces politiques pharmaceutiques ne peuvent aboutir que si l'approvisionnement est assuré à moindres coûts. (11)

C'est ainsi que l'approvisionnement des populations en Médicaments Essentiels (M.E.) a été retenu comme une des composantes des soins de santé primaires (s.s.p.) définis à Alma Ata en 1978. (25)

Au Mali la réforme pharmaceutique intervenue en 1983 est basée sur cette composante des s.s.p. Cinq ans après son adoption, elle est encore loin d'atteindre ses objectifs. Livrer les médicaments à la population au meilleur coût semble se heurter à la mission de rentabilité économique qui est assignée à la Pharmacie Populaire du Mali (P.P.M.) assurant l'essentiel de l'approvisionnement du pays en produits pharmaceutiques.

Il est évident que la vocation de tout établissement pharmaceutique consiste à être rentable ; en réalisant des bénéfices et en mettant tout en œuvre pour assurer son équilibre budgétaire.

Aussi un établissement pharmaceutique à vocation purement sociale est toujours tributaire des interventions financières

internes ou externes. Il risque en conséquence de se trouver à long terme dans une impasse. Ce fut le cas de la Pharmacie d'approvisionnement (PHARMAPRO) qui fonctionnait exclusivement sur allocation budgétaire d'un crédit médicaments de la part de l'Etat. (9). Alors "produire en perte est négatif dans n'importe quel système politique et économique". (36)

Toutefois, après une analyse de la politique d'acquisition et de distribution des médicaments au Mali, ce travail tente de prouver qu'il est possible (surtout pour la P.P.M.) de dispenser les Médicaments Essentiels à la population au meilleur coût tout en assurant un développement économique.

L'étude comportera :

- un rappel du profil sanitaire et pharmaceutique du pays ;
- un bilan de la politique des M.E. au Mali, avec ses avantages et les difficultés liées à son application ;
- nous étudierons enfin comment la P.P.M. peut-elle acquérir plus favorablement les médicaments et les céder à la population à des prix abordables sans compromettre sa rentabilité économique.

DEUXIEME PARTIE :

RAPPEL SUR LE PROFIL SANITAIRE ET PHARMACEUTIQUE DU PAYS

I. PROFIL SANITAIRE ET PHARMACEUTIQUE DU PAYS.

En 1984 le Mali se présentait dans les structures suivantes : (13)

- Superficie : 1.240.000 km².
- Population : 7.851.154 habitants.
- Taux d'accroissement annuel : 2,6 %.
- Taux d'analphabétisme : 80 % (en 1981).
- Population rurale : 83 %.
- Taux de mortalité infantile : environ 120 ‰.
- Espérance de vie : 38 ans.
- Hôpitaux nationaux : 3.
- Hôpitaux régionaux : 5.
- Hôpitaux secondaires : 4.
- Centre de santé de cercle et de commune : 52.
- Maternités : 51.

Il est à noter une très inégale répartition des infrastructures sanitaires entre la capitale et le reste du pays. Le nombre d'habitants par lit d'hôpital en 1981 était par exemple de :

- * 1 lit pour 400 habitants à Bamako,
- * 1 lit pour 3.000 habitants en moyenne nationale,
- * avec des extrêmes comme 1 lit pour 7.000 habitants dans une région comme Mopti. (13)

Cette inégalité de la répartition des infrastructures sanitaires cumulée au faible rayon d'action des services de santé (dû principalement aux difficultés de communication) font que la couverture sanitaire se situe à environ 15 % de la population, selon les estimations officielles. (29)

On peut donc malheureusement affirmer que l'immense majorité de la population ne bénéficie pas encore des soins de santé essentiels.

- Nombre de médecins : 283.
- Sages-femmes : 305.
- Infirmiers d'Etat : 672.

- Tableau n°1 : Nombre d'habitants par personnel de santé et normes de l'O.M.S. :

	NOMBRE D'HABITANTS POUR 1		
	MEDECIN	SAGE-FEMME	INFIRMIER D'ETAT
NORMES O.M.S.	5 à 10.000	300	300
SITUATION DU MALI	27.743	25.741	11.383

Source : 1 - DIAGNE Mme Sokhna : "Contribution à l'établissement d'une liste des M.E. au Sénégal".(6)

2 - VELASQUEZ German : "Projet de réforme pharmaceutique"
2è rapport trimestriel.(13)

Il existe également une inégale répartition du personnel de santé entre la capitale (Bamako) et le reste du pays.

Tableau n°2 : Répartition du personnel de santé en % entre Bamako et le reste du pays :

ZONE	POPULATION	MEDECINS	INFIRMIERS D'ETAT	SAGES-FEMMES	INF. DU 1ER CYCLE
Bamako	7	60	39	64	31
Reste du pays	93	40	61	36	69
TOTAL	100	100	100	100	100

Source : VELASQUEZ German : "Projet de réforme pharmaceutique"
2è rapport trimestriel.(13)

Par ailleurs on note les chiffres suivants :

- Pharmaciens : 58.
- Techniciens de laboratoire : 134.
- Budget de santé en pourcentage du budget de l'Etat : 6%.

Il s'en suit que la faiblesse du nombre de prescripteurs, des infrastructures sanitaires et de distribution de médicaments et des moyens financiers conditionne l'accès infiniment réduit aux médicaments de la majorité de la population.

- Dépenses en médicaments et matériels techniques : 65 % du budget de santé. (13)

- Laboratoire de contrôle de qualité des médicaments : inexistant.

- Importateurs de médicaments :

- * P.P.M. (étatique),
- * Pharmacie Soudanaise (privé),
- * Organisations internationales,
- * O.N.G.

- Nombre de spécialités pharmaceutiques en circulation : environ 2.000.

- Fabrication locale de médicaments par l'Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques (U.M.P.P.).

II. PHARMACIE POPULAIRE DU MALI (P.P.M.).

1. STATUTS.

Entreprise d'Etat à autonomie financière et à caractère social et commercial, la P.P.M. fut créée le 5 Octobre 1960.

Son capital social est de 400 millions de FCFA (31) et en 1987 son chiffre d'affaires était environ de 6 milliards de FCFA. (30)

Il faut noter que ce chiffre d'affaires est réalisé à 97 % par la vente des produits pharmaceutiques et que 44 % de ces ventes s'effectuent à Bamako. (5)

Placée sous l'autorité du Ministère des Tutelles des Sociétés et Entreprises d'Etat (M.T.S.E.E.) elle fut rattachée au Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (MSP-AS) par le Décret N°158/P-RM du 14 Juin 1988.

2. FONCTIONNEMENT.

La P.P.M. a pour vocation d'importer et de distribuer à des prix modérés, compatibles avec sa rentabilité, des produits pharmaceutiques, para-pharmaceutiques et médico-chirurgicaux.(31). Elle les vend à des prix fixés par le gouvernement sur tout le territoire national.

Elle dispose pour cela d'un réseau de distribution constitué de 94 officines et succursales et de 468 dépôts agréés.(17). On a noté un certain développement de son chiffre d'affaires passé de 3,382 milliards de FM (1,691 milliards de FCFA) en 1977 à 6,118 milliards de FM (3,059 milliards de FCFA) en 1980 et à environ 6 milliards de FCFA en 1987.(17).

Ce réseau de distribution est théoriquement structuré pour satisfaire les besoins de consommation de toute la population malienne. Toutefois, il est demeuré conforme aux préoccupations de rentabilité économique à savoir :

- concentration des points de vente dans les régions disposant des voies de communication et éloignées de Bamako ;
- forte concentration dans le District de Bamako.

L'analyse des ventes de la P.P.M. de l'année 87 montre que :

* 93 % du chiffre d'affaires est réalisé à travers les officines et succursales et 7 % à travers les dépôts et coopératives ;

* 87,29 % du chiffre d'affaires des officines est concentré dans 4 régions ;

* le maximum de dépôts sont concentrés dans 4 régions économiquement meilleurs aux autres (Koulikoro, Sikasso, Ségou, Kayes);

* 4 régions réalisent 88 % du chiffre d'affaires de la P.P.M. alors qu'elles représentent 59 % de la population malienne. (30) (17)

Il n'existe pas d'estimations chiffrées de la couverture pharmaceutique du pays. Les tableaux suivants donnent quelques idées :

Tableau n°3 : Distribution des points de vente des produits pharmaceutiques à travers le pays (Bamako exclu) en 1984 :

REGIONS	NOMBRE		DEPOTS AGREES PRIVES	DEPOTS PRIVES	DEPOTS MATERNITES RURALES	TOTAUX DEPOTS
	CERCLES	OFFICINES				
Kayes	7	9	30	37	-	67
Koulikoro	7	11	62	35	61	158
Sikasso	7	15	42	11	-	53
Ségou	7	12	30	30	-	60
Mopti	8	8	21	22	-	43
Tombouctou	5	5	18	12	-	30
Gao	5	6	25	7	-	32
TOTAUX	46	66	228	155	61	443

Source : "BOSSARD Consultants" : Diagnostic et Plan d'action pour la mise en œuvre de la réforme et la reorganisation de la P.P.M. (5)

Au regard de la population de chaque région, la vente des produits pharmaceutiques par officine se répartit comme suit :

Tableau n°4 : Vente des médicaments à travers les officines dans le pays en 1984 :

REGIONS	NOMBRE		VENTE EN M FCFA	ESTIMATION DE LA POPULA TION EN MIL- LIER	VENTE/ OFFICINE
	CERCLES	OFFICINES			
Bamako	-	29	2.125	513	73,3
Kayes	7	9	344	1.105	38,2
Koulikoro	7	11	247	1.162	28,4
Sikasso	7	15	550	1.380	36,6
Ségou	7	12	545	1.354	45,4
Mopti	8	8	275	1.400	34,4
Tombouctou	5	5	74	620	14,8
Gao	5	6	144	466	24
TOTAUX	46	95	4.304	8.000	44,4

Source : "BOSSARD Consultants".(5)

A travers ces 2 tableaux, il apparait une faible couverture pharmaceutique du pays.

Il faut souligner que la société a cumulé d'énormes insuffisances en matière de gestion. Ce qui lui valut en mi-85 une assistance technique étrangère. Cette assistance du groupe "BOSSARD Consultants", financée par la Banque Mondiale a pour but d'améliorer les méthodes de gestion et de fonctionnement de la P.P.M. ainsi que les systèmes d'achat des médicaments.

Ce souci de redressement économique et financier de la société aboutit par la suite, le 21 Mars 1987 à la signature d'un protocole d'accord de sa cogestion sino-malienne.

TROISIEME PARTIE :

MEDICAMENTS ESSENTIELS

I. GENESE DU CONCEPT DE MEDICAMENTS ESSENTIELS.

Le Décret 73 du 19 Mars 1985, instituant un visa d'entrée pour les produits pharmaceutiques au Mali, stipule dans le premier point de son article 1er :

qu' "un médicament est toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés préventives ou curatives à l'égard des maladies humaines ou animales ; ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de corriger, modifier, ou restaurer leurs fonctions organiques".

La médecine et la pharmacie se sont considérablement développées au cours de ces derniers temps. De nos jours, l'arsenal thérapeutique par sa complexité et son importance, constitue de véritables mobiles de préoccupations socio-économiques, administratives et même politiques.

L'industrie des médicaments évolue dans un contexte de plus en plus difficile marqué par des volontés souvent contradictoires des Etats : améliorer l'état de santé de la population en assurant une efficacité et une sécurité accrues des thérapeutiques, tout en maintenant la maîtrise des dépenses de santé. (34)

C'est ainsi que l'analyse d'un certain nombre de facteurs ayant un impact sur la vie du médicament ressort les orientations et les préoccupations des uns et des autres.

1. NOMBRE DE MEDICAMENTS SUR LES MARCHES.

Le nombre sans cesse croissant des produits pharmaceutiques sur nos marchés a rendu pratiquement difficile la maîtrise de leur utilisation rationnelle. Ce qui engendre en conséquence, l'augmentation des dépenses de santé et l'aggravation des risques pour les malades (qualité des produits, automédication...).

Selon Andras NOVEMBER, en 1983, en tenant compte des

différentes marques commerciales, des dosages, des formes galéniques et des grandeurs d'emballages, près de 30.000 produits étaient commercialisés en Suisse. (23)

En 1959, le marché français comportait environ 20.000 présentations. En 1987 il comptait près de 8.600 présentations pour 4.300 produits. (35)

En 1987, 11.200 présentations pour 9.000 produits étaient commercialisés en Allemagne. (35)

On pouvait dénombrer 12.000 présentations et 6.000 produits en Italie en 1987. (35)

Au Mali, plus de 2.000 spécialités sont exploitées par la P.P.M. (31)

Notons cependant que beaucoup de ces produits ne sont que des différenciations de marque

2. IMPACT DU MARCHÉ SUR LE PRIX DES MÉDICAMENTS.

Le prix du médicament est assez élevé et varie de façon notable selon le fabricant et selon l'importance du marché. Le tableau n°5 nous indique les prix de quelques médicaments courants :

Tableau n°5 : Variations des prix (en FCFA) de certains médicaments selon les pays :

PRODUITS	ITALIE	FRANCE	ALLEMAGNE	SUISSE	MALI
Aspirine 20 comp(Bayer)	74,70	70,20	187,20	243	175
Bactrim 20 comp(Roche)	334,80	766,80	1.557,90	1.728	1.515
Hydergine 15ml gouttes (Sandoz)	277,20	377,10	856,80	891	2.645
Mogadon 10 comp(Roche)	63,90	126	265,50	315	387,50
Tanderil 30comp(Ciba-Geigy)	210,60	398,70	964,80	720	-
Valium 25 comp (Roche)	175,50	234,90	567	603	1.265

Source : A.NOVEMBER: Les médicaments et le Tiers-Monde.(23)

3. PLACE DU MEDICAMENT DANS LES DEPENSES DE SANTE.

Les médicaments représentent une très grande part des dépenses de santé. Ce fait est très prononcé dans les pays en voie de développement où les dépenses en médicaments atteignent jusqu'à 65 % des dépenses de santé. (36)

Au Mali, dans la zone (K.B.K.) du Projet de Développement Sanitaire (P.D.S.) les dépenses en médicaments ont été estimées à plus de 63 % des coûts des soins. (28)

4. EFFICACITE DES MEDICAMENTS DANS LE MONDE.

L'efficacité d'un grand nombre de produits semble douteuse. Aux Etats-Unis les résultats d'une étude portant sur 4.300 médicaments sont les suivants :

Tableau n°6 : Résultats d'une étude sur l'efficacité des médicaments :

Médicaments très efficaces	15 %
Médicaments à efficacité moyenne	27 %
Médicaments à efficacité possible (mais qui n'a pas pu être prouvée scientifiquement)	47 %
Médicaments dépourvus d'efficacité	11 %

Source : A. NOVEMBER : "Les médicaments et le Tiers-Monde".
(23)

5. USAGE DU MEME MEDICAMENT A DES FINS THERAPEUTIQUES DIVERS.

Les indications thérapeutiques d'un même médicament sont

.../...

assez diverses et peuvent varier d'un pays à un autre.

6. CONSEQUENCES DE L'ABUS DES MEDICAMENTS : IATROGENESE.

L'usage irrationnel des médicaments entraîne de plus en plus d'accidents. Les statistiques indiquent qu'un malade sur dix est hospitalisé en moyenne en Europe à la suite d'un accident thérapeutique. (23)

7. INADAPTATION DES PRESCRIPTIONS.

Faute de moyens de diagnostic, d'information médicale valable et d'identification des besoins réels en médicaments, la tendance à la surprescription est de plus en plus croissante dans les pays du Tiers Monde. (36)

8. DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS NON CONFORME AUX REALITES SOCIO-SANITAIRES.

La distribution des médicaments se fait au détriment de la plus grande majorité de la population rurale. (24)

A la lumière de cette dégradation de la situation pharmaceutique, l'O.M.S. a lancé une stratégie ambitieuse destinée à rendre les dépenses et l'usage du médicament plus rationnels dans le monde entier. Les résultats de plusieurs séries d'études ont abouti au constat que "bien que chaque "médicament" soit utile pour ceux qui peuvent en avoir besoin, certains médicaments sont le plus souvent demandés et par un plus grand nombre". D'où l'idée d'une liste limitative des médicaments aboutissant ainsi au concept de "Médicaments Essentiels".

II. DEFINITION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS.

Les Médicaments Essentiels sont des médicaments sûrs et fiables et qui :

* répondent aux besoins médicaux réels et courants ;

.../...

- * ont une valeur thérapeutique significative ;
- * sont d'un niveau acceptable de sécurité ;
- * sont d'une qualité satisfaisante pour leurs prix.(26)

Le but visé par l'O.M.S. dans cette politique des M.E. est la rationalisation de l'usage et des dépenses en médicaments en élargissant à toutes les populations la distribution des médicaments de rapport coût/efficacité optimisé et répondant à leurs besoins médicaux courants.

III. MEDICAMENTS ESSENTIELS AU MALI.

1. HISTORIQUE DE LA POLITIQUE PHARMACEUTIQUE DU PAYS.

La définition de la politique pharmaceutique, conformément à la résolution WHA 26-88 de 1975 a été acceptée comme suit :

"La politique pharmaceutique est l'ensemble des mesures planifiées à court et à long terme, définissant les options fondamentales du pays en matière de médicament et visant notamment :

- * la recherche,
- * la production et l'approvisionnement,
- * l'évaluation de l'efficacité et de l'innocuité,
- * le contrôle de la qualité,
- * la prescription et la distribution,
- * la réglementation,
- * la surveillance du médicament commercialisé,
- * la formation des personnels techniques". (1)

Héritier d'une assistance médicale indigène gratuite, d'un service d'hygiène mobile et de prophylaxie gratuit, d'hôpitaux payants (sauf pour les fonctionnaires et les indigents), le Mali avec son idéologie dirigée vers les masses populaires, a tout naturellement continué dans la voie de la politique de gratuité des soins et du médicament. Pour cela, la Pharmacie d'Approvisionnement (PHARMAPRO) était chargée jusqu'en 1981 d'assurer l'approvisionnement régulier des formations sanitaires

en médicaments et matériels techniques à partir du budget du MSP-AS. Les médicaments étaient délivrés gratuitement aux malades fréquentant les formations sanitaires dans la limite des disponibilités.

La PHARMAPRO, l'I.N.P.S. et les Forces Armées constituaient le réseau du service public. L'ensemble de ce réseau a connu des difficultés de trésorerie imputable à la situation financière de l'Etat. C'est ainsi que le déficit cumulé de la PHARMAPRO s'élevait à près de 2,5 milliards de FM en 1979. (17). A partir de ce constat pénible, la PHARMAPRO a été remplacée par l'Office Malien de Pharmacie (O.M.P.). Créé par la Loi n°81-18/ANRM du 27 Mars 1981, cet organisme personnalisé fut mis en place sous tutelle du MSP-AS afin de mettre fin à la politique de soins gratuits qui ne cadrerait plus avec les possibilités économiques de l'Etat.

L'O.M.P. était un établissement public à caractère industriel et commercial, doté d'une autonomie financière. Il avait pour mission la mise en œuvre de la politique nationale en matière de pharmacie ; notamment :

- * l'importation, la fabrication et la vente aux collectivités publiques et privées, à des prix modérés, des médicaments, des produits chimiques, du matériel médico-chirurgical et de radiologie, des instruments de laboratoire;

- * l'exploitation des produits de ses recherches et de ses fabrications, notamment les drogues médicinales, végétales ou chimiques produites au Mali ;

- * la promotion et le développement de la recherche scientifique en matière de pharmacie ;

- * la coordination et le contrôle technique des services régionaux, subrégionaux et techniques relevant de son autorité ;

- * la promotion de la médecine traditionnelle et la valorisation des ressources médicinales nationales. (18)

L'O.M.P. qui regroupait l'Institut National de Recherche en Pharmacopée et Médecine Traditionnelle (I.N.R.P.M.T.), l'U.M.P.P. et l'ancienne PHARMAPRO, a petit à petit perdu ses

organismes. En effet l'U.M.P.P. a été rattachée au Ministère des Tutelles des Sociétés et Entreprises d'Etat (M.T.S.E.E.) ; une partie des fonctions de la PHARMAPRO (approvisionnement des formations sanitaires) a été transférée à la P.P.M. tandis que l'I.N.R.P.M.T. a été prise par l'Institut National de Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P.) du Ministère de la Santé, faisant ainsi quasiment disparaître l'O.M.P. (13)

2. LA REFORME PHARMACEUTIQUE.

2.1 CONTEXTE DE LA REFORME : NECESSITE D'UNE POLITIQUE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS.

L'étude de l'évolution de la pharmacie au Mali montre que ce secteur cherche encore sa voie. (33)

En effet les systèmes antérieurs et même présents ont échoué dans leurs missions fondamentales ; à savoir :

- * assurer l'approvisionnement des populations en médicaments au meilleur coût ;
- * rationaliser la consommation médicamenteuse ;
- * assurer l'équilibre budgétaire du système. (5)

En 1981 la Direction Nationale de la Planification du MSP-AS a entrepris une large étude du secteur pharmaceutique. Cette étude s'est déroulée de Décembre 1981 à Août 1982, avec le concours financier du Fonds Européen de Développement (F.E.D) et la participation de l'Agence pour le Développement International (USAID), de la Banque Mondiale et du Fonds d'Aide et de Coopération (F.A.C.) français.

Elle avait pour but de diagnostiquer les maux du secteur pharmaceutique et de proposer une série de solutions alternatives en ce qui concerne l'organisation de ce secteur. (13). C'est ainsi qu'en 1983 les résultats de cette étude ont abouti à la nécessité d'une réforme du système pharmaceutique. La politique des médicaments essentiels constitue le fondement essentiel

de cette nouvelle politique pharmaceutique dont les objectifs sont : accessibilités géographique et financière de toute la population malienne aux M.E. (15)

L'étude a prouvé que les pénuries engendrées par le secteur pharmaceutique compromettaient assez dangereusement la politique des s.s.p. En effet les nécessités d'adoption d'une politique des M.E. sont pour le Mali de plusieurs ordres :

- Nécessités socio-économiques :

* L'Etat malien ne peut pas couvrir les besoins du pays en médicaments. (16). Aucun pays ne peut d'ailleurs prétendre avoir tous les moyens adéquats et suffisants pour sa protection sanitaire. (8). Mais le crédit médicament du Mali est assez insuffisant : environ 300 millions de FCFA/an.(15). On a noté une diminution progressive des inscriptions budgétaires pour la santé de 1973 à 1983 et souvent de la valeur des paiements effectués par le trésor. Le tableau n°7 nous donne les inscriptions budgétaires pour la santé de 1974 à 1983 et la valeur de certains paiements effectués :

Tableau n°7 : Budget de santé/Budget de l'Etat.

ANNEES	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Inscriptions budget santé/ budget national	8,3%	7,9%	7,5%	6,8%	6%	6,8%	5,7%	6,3%	6,3%	5,9%
Valeur des paiements effectués	31,93%	62,63%	-*	11,21%	24,48%	24,11%	-	-	-	-

* En 1976 un Fonds spécial arabe a été donné à la santé.

Sources : 1 - German VELASQUEZ : "Projet de reforme pharmaceutique". (13)

2 - MSP-AS. (18)

* Dans le système actuel, le montant global de l'achat des médicaments est trop élevé. Le chiffre d'affaires de la P.P.M. est assez considérable pour une telle faible couverture pharmaceutique. Il s'en suit souvent un alourdissement inutile de la dette extérieure du pays. D'où une nécessité de gérer efficacement ces dépenses.

* Le prix du médicament est trop élevé pour être compatible avec les revenus en général faibles des maliens. L'étude pour la réforme a constaté que les médicaments au Mali coûtaient plus chers que dans d'autres pays voisins.

En 1986 les dépenses en médicaments/ht/an ont été estimées à seulement 150F CFA. (13)

Alors que selon une enquête effectuée en 1981 auprès de certains malades munis de leurs ordonnances, le coût moyen d'une ordonnance variait entre 5.000FM (2500FCFA) et 10.000FM (5.000FCFA). (17)

Ceci paraît cher pour le revenu moyen des malades. C'est ainsi que même si le médicament est géographiquement disponible, le prix demandé dans le système actuel le met hors de portée pour une grande partie de la population. Selon l'O.M.S., dans de nombreux pays, les coûts élevés et les ruptures de stock sont les problèmes chroniques de l'approvisionnement en médicaments. (4)

* En raison des prix excessifs, les expériences de recouvrement des coûts des soins actuellement en cours dans différentes parties du pays peuvent avoir des difficultés à se mettre en place et risquent de ne pas pouvoir se généraliser.

- Nécessités thérapeutiques :

* Le marché malien comporte un trop grand nombre de spécialités qui ne répondent toujours pas aux besoins du pays en médicaments. En 1981 plus de 60 % des médicaments en circulation au Mali étaient constitués par des médicaments non essentiels (M.N.E). (13). De ces spécialités on note des produits dangereux, des associations non justifiées et inutilement coûteux.

* Dans cette structure de consommation des médicaments, un sondage auprès des prescripteurs et des gérants et l'analyse d'un certain nombre d'ordonnances ont permis de constater par ailleurs :

. Une tendance très prononcée à la surprescription en raison de la faiblesse des moyens de diagnostic conduisant les agents de santé au traitement symptomatique "par tâtonnement" - du manque d'application de la réglementation en matière d'actes médicaux, entraînant une anarchie dans la prescription - et de la mauvaise information des prescripteurs.

. La vente dans des proportions alarmantes de médicaments sans ordonnance.

. L'absence complète de contrôle des prix des médicaments. (17)

Il n'existe donc pratiquement pas de mécanisme de régulation de la consommation médicale. (5)

- Nécessités administratives :

* La gestion du médicament au Mali comporte de grosses lacunes dues pour une part à la manipulation d'un trop grand nombre de produits entraînant un manque de sécurité. Ce qui engendre en conséquence vol, pertes, péremption et ruptures de stock... Notons à cet effet que vol, pertes, péremptions ont coûté à la P.P.M. près de 250 millions de FM en 1982 - 1983. (18)

* L'emploi des ressources dans le secteur pharmaceutique se heurte à une planification et une gestion déficientes.

- Nécessités stratégiques :

* Malgré des réseaux de distribution théoriquement très diversifiés, la grande majorité de la population rurale n'a pas encore accès aux médicaments même de base alors qu'elle représente près de 80 % de la population malienne. (24) (13)

Le système d'approvisionnement (importation et distribution) devenu trop commercial, s'est progressivement écarté des préoccupations de santé publique. (16)

2.2 REFORMES PROPOSEES ET MESURES D'ACCOMPAGNEMENT.

Pour atteindre les objectifs de la reforme (fournir à chaque malien, où qu'il soit, le médicament dont il a réellement besoin et à un prix compatible avec son revenu), une série de mesures devaient être mises en œuvre en même temps qu'une nouvelle repartition des rôles entre les différents organismes du secteur pharmaceutique. (13)

Les mesures proposées étaient essentiellement :

- L'adoption d'une liste restrictive de M.E. revisable tous les deux ans : le Décret n°85/PG-RM du 2 Mai 1984 fixe la première nomenclature des M.E., accorde le monopole de l'importation de ces médicaments et réactifs essentiels à la P.P.M. et exonère leur importation de tout impôt et taxe douanière.

- La diffusion auprès des prescripteurs d'un manuel de traitement, d'un formulaire thérapeutique et la prescription en D.C.I. : le Décret 51/PG-RM du 17 Mars 1984 porte adoption d'un formulaire thérapeutique et d'un manuel de traitement.

- L'amélioration des capacités de diagnostic des formations sanitaires par la renovation et l'équipement des laboratoires d'analyses médicales.

- L'amélioration des conditions d'importation par la mise en place d'un système d'appel à la concurrence : l'Arrêté n°2849/MEEP/CAB du 13 Juin 1984 a créé la Commission Nationale d'Approvisionnement en Produits et Matériels médico-pharmaceutiques ayant pour missions essentielles :

. l'élaboration du programme annuel d'approvisionnement de la P.P.M. en produits,

. la détermination de la procédure d'acquisition de ces produits,

. la fixation du prix de vente des médicaments en rapport avec les services compétents.

- Le développement d'un réseau de distribution prin-

cipalement au niveau de la périphérie par la mise en place de dépôts d'arrondissements, de secteurs de base et de pharmacies villageoises.

- L'étude et la mise en place de mécanismes d'acquisition et de distribution des médicaments aux niveaux des formations sanitaires qui garantissent leur renouvellement.

- L'Arrêté n°1639/MSP-AS/METSEE/MFC du 19 Mars 1986 homologait le prix de vente des M.E. et fixait un coefficient multiplicateur de 1,40 pour les M.E. et 2,06 pour les M.N.E. à partir de la valeur CAF/Bamako. (13) (15).

Tenant compte des expériences acquises par chaque organisme du secteur, les tâches ont été distribuées de la manière suivante :

. La P.P.M. sera chargée de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments sur tout le territoire national. L'approvisionnement sera fait selon un programme préalablement établi par une Commission d'Achat. La P.P.M. devra étendre son réseau à travers le pays conformément à la distribution des formations sanitaires.

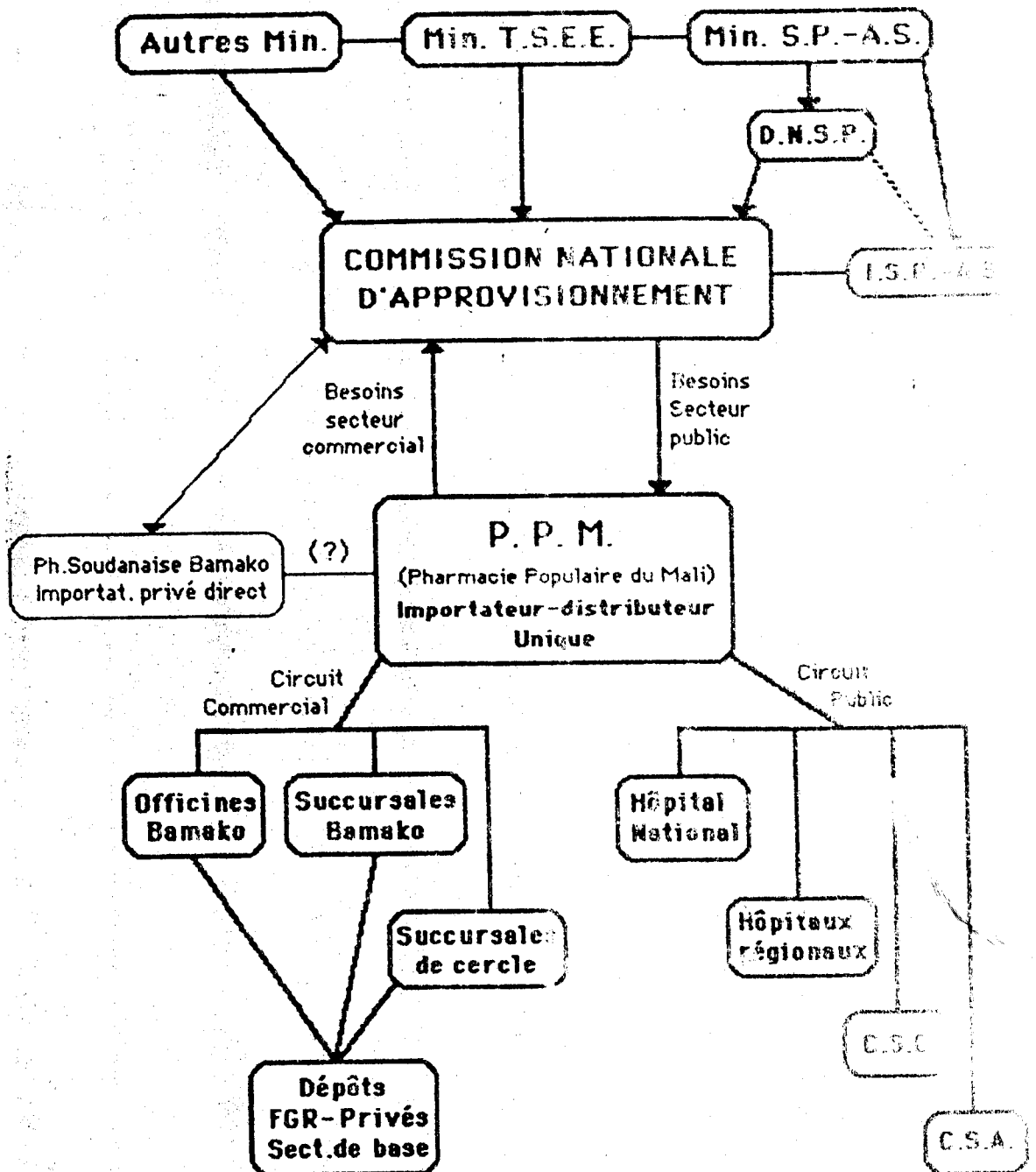
. L'O.M.P. sera l'organisme chargé de la production. Il disposera à cet effet de l'U.M.P.P., du laboratoire des solutions massifs et du centre de médecine traditionnelle (anciennement dénommé I.N.R.P.M.T.).

. Les fonctions de planification, d'information et de contrôle du secteur pharmaceutique seront confiées à l'Inspection de la Santé Publique et des Affaires Sociales (ISP-AS) et à la Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale. (13)

Ainsi le circuit d'approvisionnement en médicaments (selon les textes) pouvait être représenté comme suit : (13)

Schema N°1

CIRCUIT THEORIQUE D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS AU MALI



2.3 ANALYSE DU BILAN DE LA REFORME.

2.3.1 Progrès de la reforme :

Même s'ils peuvent être jugés d'insuffisants par rapport au temps écoulé, des progrès ont pu être réalisés :

- Le Décret n°85/PG-RM du 2 Mai 1984 a fixé une première liste de 207 M.E. en D.C.I. Après révision en Novembre et Décembre 1986 la liste a été ramenée à 189 D.C.I. soit 303 présentations (formes et dosages compris).

- Un manuel de traitement et un formulaire ont été proposés.

- Les projets d'équipement de laboratoires d'analyses des hôpitaux secondaires régionaux et des centres de santé, de l'unité de reconditionnement et de laboratoire de contrôle de qualité des médicaments ont pu obtenir leurs financements.

- La Commission Nationale d'Approvisionnement a organisé 3 appels d'offres sur crédit I.D.A. pour un montant global de 2 millions de dollars US.

- L'assistance pour la restructuration et l'organisation de la gestion de la P.P.M. a été effective pendant 2 ans.

- Un système de recouvrement des coûts des soins a pu être initié dans la région de Kayes à Kita, Bafoulabé et Kéniéba (K.B.K.). (37)

2.3.2 Critiques :

Cinq ans après l'adoption de la reforme, d'énormes insuffisances s'opposent encore à son application effective :

- Manque de diffusion auprès des prescripteurs de la liste des M.E. adoptée : ceux-ci n'ont pas été suffisamment impliqués dans son processus d'élaboration. (5)

- La liste des M.E. n'est pas utilisée par la P.P.M. pour ses achats.

- Les prix de vente au public pratiqués par la P.P.M. ne suivent pas la politique des prix tracée par le MSP-AS selon

les principes de la réforme. Ainsi les prix trop élevés de la P.P.M. peuvent davantage compromettre l'objectif premier de la réforme (l'accessibilité financière).

- Il existe des différences de point de vue entre les différents responsables impliqués dans la mise en œuvre de la réforme. (15)

- Un manque de coordination et d'échange subsiste entre les organismes promoteurs de la réforme. La P.P.M. ayant été placée seulement sous la tutelle du MSP-AS en Juin 1988, la définition des responsabilités, des pouvoirs et des mécanismes d'application de la réforme entre ses deux organismes clés n'étaient pas suffisamment clairs et opérationnels. (16)

- Il faut reconnaître que la mise en œuvre de ce processus qui engendrait une divergence des intérêts ne pouvait être opérationnelle qu'à la suite d'une volonté politique soutenue.

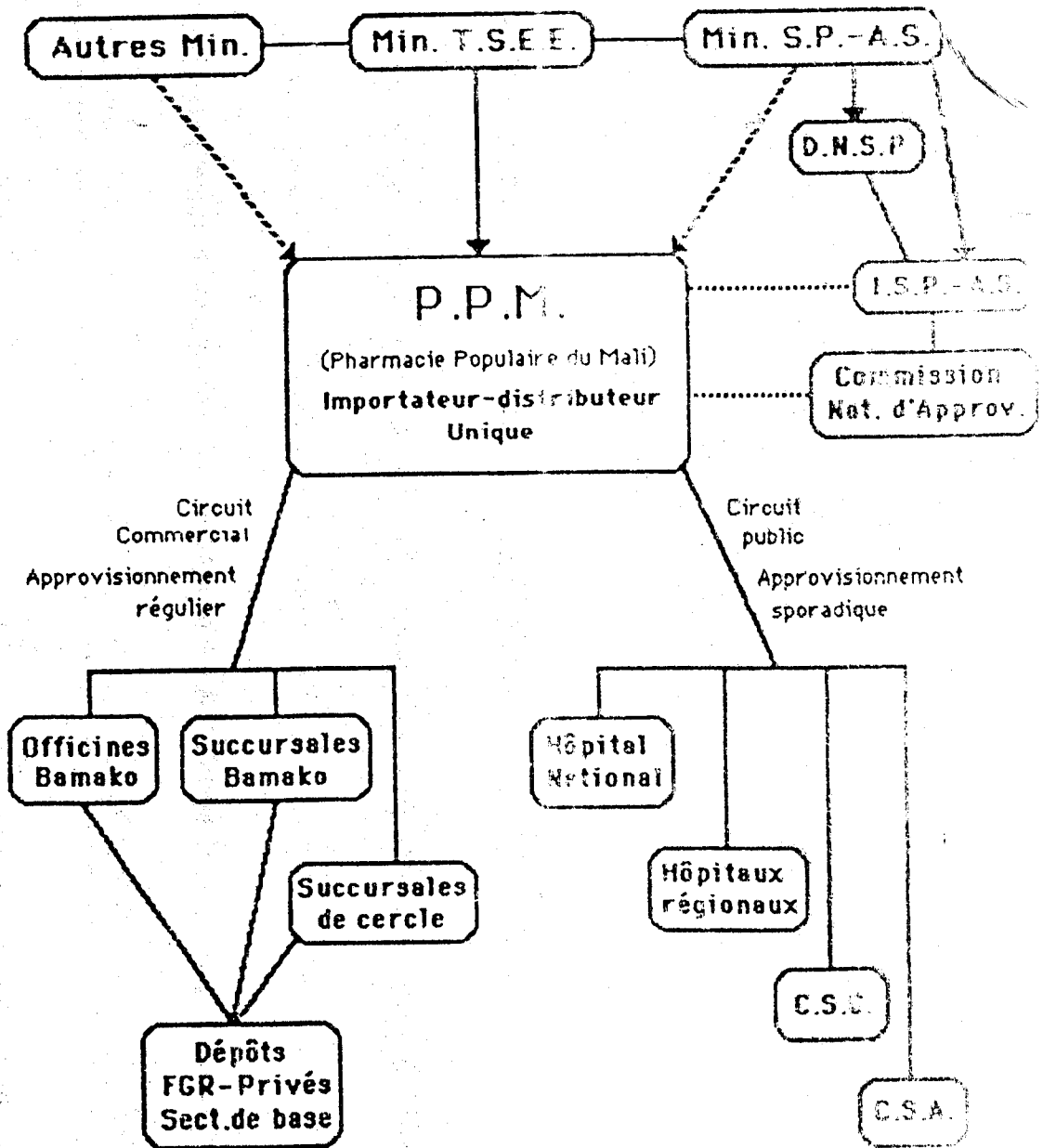
Pourtant le type d'organisation de l'approvisionnement (schema n°1) tel qu'il découle des textes et orientations en vigueur est parfaitement cohérent.

Il est cependant regrettable de constater que la Commission Nationale d'Approvisionnement n'occupe pas tout à fait la place qui lui est attribuée dans ce schema. Le circuit effectivement pratiqué aujourd'hui ressemble plutôt au schema suivant :

(13)

Schema N°2 :

**CIRCUIT REEL D'APPROVISIONNEMENT
EN MEDICAMENTS AU MALI**



————— = Relation: bien définies
 = Relation: ambiguës

3. AVANTAGES DE LA POLITIQUE DES M.E.

L'un des plus grands mérites de la politique des M.E. est d'avoir pris en compte les composantes socio-économiques et thérapeutiques liées à l'usage du médicament.

Le concept de M.E., même s'il est mal compris par les praticiens au Mali est cependant à la portée des individus, des collectivités et du pays tout entier.

Bien menée, cette politique peut être un des moyens les plus sûrs de trouver une solution à l'ensemble des problèmes posés par la recherche de la satisfaction des populations en médicaments. Mais l'orientation, la rigueur d'application et la maîtrise de ses exigences dépendent de l'option politique de chaque pays. (1)

3.1 AVANTAGES THERAPEUTIQUES.

Les caractéristiques exigées par les médicaments sélectionnés comme essentiels permettent de déjouer assez de pièges :

- Besoins courants :

Connus et bien évalués deviennent alors un moyen d'éviter :

* l'achat de produits trop nombreux. Selon l'O.M.S., on peut traiter la plupart des maladies connues avec un nombre assez réduit d'environ 200 médicaments (différentes formes comprises) ; (6)

* l'achat de produits inadéquats ;

* l'achat de quantités inadéquates.

Les médicaments commandés seront adaptés à la pathologie locale : chaque pays ou chaque zone doit sélectionner ses M.E. conformément aux types de pathologies y rencontrées ; la liste O.M.S. servant de guide.

Les quantités seront aussi adaptées à la consommation.

Voir annexes	Liste O.M.S. des M.E., Liste du Mali des M.E., Couverture des besoins qualitatifs par les médicaments de la liste dans la zone K.B.K.
--------------	---

- Valeur thérapeutique significative :

Le choix des produits de valeur thérapeutique significative évite l'achat des produits de "pacotille" et de suivre aveuglement le rythme de l'innovation. Il crée par ailleurs la nécessité de fournir une information médicale rationnelle. Le guide thérapeutique et le manuel de traitement préconisés permettront d'instaurer des prescriptions raisonnables et des fournitures de médicaments adaptés.

3.2. INTERETS ADMINISTRATIFS.

Ils découlent de la manipulation d'un nombre assez limité de médicaments.

* En effet il est plus facile de gérer 250 médicaments que des milliers de spécialités pharmaceutiques ;

* Les prévisions de consommation seront assez rigoureuses ;

* Diminution des ruptures de stock et réduction des stocks moyens des officines aboutissant à une diminution de la quantité de produits périmés ; (17)

* Rationalisation plus facile de la gestion avec des produits assez sécurisants :

- . sécurité de transport,
- . sécurité de stockage,
- . sécurité de distribution.

* Une simplification de la gestion permettra de réduire par exemple les coûts exorbitants de fonctionnement de la P.P.M. (plus de 17,6 % du chiffre d'affaires) (5) (13)

Choisir des produits d'un niveau acceptable de sécurité

oriente vers le choix des conditionnements, des formes galéniques, des quantités de produits par conditionnement et des emballages convenables.

3.3 INTERETS SOCIO-ECONOMIQUES.

La baisse du prix des produits doit être un objectif essentiel de toute politique pharmaceutique nationale. La politique des M.E. peut contribuer à l'établissement d'un système de fourniture en médicaments plus rationnel et peu coûteux. Ceci permet à l'Etat de freiner la sortie de fabuleuses devises et d'obtenir une augmentation de la quantité de médicaments importés. (36)

* Le choix des produits de qualité satisfaisante pour leur prix empêche l'achat de produits inutilement coûteux. Il amène ainsi à faire la différence entre D.C.I. et spécialités et à adopter des techniques de garantie globales plutôt que de faire confiance aux noms de marque.

* On obtiendra aussi une diminution du coût des ordonnances : grâce au manuel et au guide thérapeutique, les risques de surprescription diminueront. (5)

* La réduction du coût des médicaments (et donc des soins) aboutira à une plus grande acceptabilité des soins dans les centres de santé. Ceci est particulièrement important pour les expériences de recouvrement des coûts des soins dans le pays où un tarif forfaitaire trop élevé peut mettre en cause leur objectif.

* Une politique d'approvisionnement en M.E. diminue l'influence des multinationales pharmaceutiques sur la politique sanitaire du pays. (36)

Les résultats sans cesse appréciables de l'application effective de cette politique des M.E. ont amené plus de 80 pays à l'adopter. (26)

Au Mozambique, après l'adoption de la politique des M.E.

en 1979, on a noté :

- une réduction des coûts globaux d'importation de médicaments de près de 41 %,
- une augmentation de la quantité de médicaments importés de près de 300 % (en comp., amp., sirop),
- une simplification de la gestion. (36)

4. DIFFICULTES D'APPLICATION D'UNE POLITIQUE DES M.E. AU MALI.

En tenant compte du terrain d'application qu'est le Mali dans ses structures actuelles, la politique des M.E. suscite cependant quelques craintes :

* Absence de laboratoire de contrôle de qualité des médicaments : au Mali à défaut d'une telle structure, les autorités compétentes se contentent d'exiger un certificat de conformité des produits fourni par un laboratoire autre que le fournisseur. Il existe toutefois un risque réel de substituer un problème plus grave (médicaments de mauvaise qualité) à un autre (médicaments chers). Ceci risque de compromettre l'efficacité des traitements par les M.E. pouvant amener un rejet de ceux-ci par les agents de santé et les malades. (5)

* Psychologie : Mal informés, certains pourraient penser que s'instaure au Mali une politique de santé "au rabais" par rapport à celle des pays industrialisés. Ce fait est d'autant plus important que certains clients doutent fort des M.E. en DCI (vu leurs présentations et leurs prix). Ce fut le cas de la gentamycine 80 mg qui coûtait 1270F l'ampoule sous forme de Gentaline et 160F sous forme de gentamycine. (5)

* Le système d'appel d'offres n'inclut pas au Mali dans ses critères de sélection les propriétés pharmacodynamiques qui peuvent cependant varier d'un fournisseur à un autre. Ainsi les produits sélectionnés peuvent ne pas avoir les meilleures qualités d'absorption et de biodisponibilité.

* Certains prescripteurs pensent qu'il existe une trop grande subordination de leurs activités vis à vis du formulaire

restringnant ainsi leur liberté de prescription. Ceci explique une grande partie de leur réticence vis à vis de la politique des M.E.

* Il existe au Mali une nécessité de privatisation des professions pharmaceutiques. Dans le système actuel, les pharmaciens privés vont promouvoir de préférence les M.N.E. (marge bénéficiaire plus grande). (2) (5)

* Problème social : La P.P.M. dans ses structures actuelles préserve de l'emploi à quelques 800 travailleurs. (32). Une simplification de la gestion aboutira inévitablement à une réduction du personnel.

* Certains responsables soulignent que le système d'approvisionnement par appel d'offres risque de fausser les prévisions en raison du retard que prennent les commandes pour arriver au consommateur. Il s'en déduit que les délais de livraison des appels d'offres ne sont pas respectés.

* Il faut reconnaître que dans une politique de masse les cas les plus rares ne sont pas prévus. Ainsi la petite partie des patients assez aisés n'auront pas à leur disposition les moyens thérapeutiques modernes efficaces mais coûteux (hemodialyse, cœur artificiel...) dont ils pourraient bénéficier. De même, ceux malades de pathologies assez rares et ayant les moyens limités se veront délaissés. (5)

Cependant ces difficultés peuvent être rapidement surmontées grâce à un effort d'éducation sanitaire et une meilleure coordination entre les différents services concernés par la dite politique.

QUATRIEME PARTIE :

ETUDE DES POSSIBILITES DE RENTABILISATION DE LA PPM
PAR LA PROMOTION D'UNE POLITIQUE DES M.E.

Lors de l'adoption de la réforme pharmaceutique, la P.P.M. fut chargée de l'exclusivité de l'importation et de la distribution des M.E. sur toute l'étendue du territoire national. Toutefois elle devrait garder le même statut, à savoir : société d'Etat dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière et surtout avec une mission de rentabilité économique.

Ceci provoqua des objections de la part des responsables de la société qui formulaient qu'une politique des M.E., qui est par définition sociale, n'était pas compatible avec la mission de rentabilité économique qui leur est assignée.

Cette étude se propose de démontrer la véracité d'une telle assertion en plaçant le problème dans son contexte réel. En effet il nous semble qu'avec une meilleure politique d'acquisition et de vente des médicaments et une large éducation sanitaire, on peut à la fois accomplir un objectif social et assurer un développement économique de la P.P.M.

I. METHODE D'ETUDE.

L'étude a porté sur :

1. Une analyse des trois Appels d'Offres internationaux réalisés par le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales en matière de médicaments essentiels pour la P.P.M. :

* Etude des facteurs permettant d'obtenir une baisse du prix des médicaments;

* Etude comparée du prix d'achat des M.E. acquis par appels d'offres à celui des spécialités correspondantes dans le système d'achat de la P.P.M.

2. La détermination des quantités de M.E. qu'il faut écouler en moyenne par mois pour maintenir la P.P.M. dans sa marge actuelle de rentabilité.

3. Une analyse des facteurs pouvant influencer le marché des M.E.

Etudier la rentabilité d'un établissement pharmaceutique fait intervenir de nombreux facteurs. Il faut entre autres déterminer toutes les charges liées à son fonctionnement et les produits résultant de ses prestations. Nous prendrons la P.P.M. dans ses structures et son fonctionnement actuels en posant comme hypothèse que le bénéfice dégagé par la vente de ses produits pharmaceutiques parvient à couvrir toutes ses charges et à accomplir d'autres missions économiques qui lui sont dévolues.

Rappelons la formule classique et élémentaire du bénéfice (B) réalisé sur la vente d'un produit : $B = PV - PR$

PV = prix de vente

PR = prix de revient.

Une augmentation du bénéfice ne peut être obtenue que si PV augmente ou si PR diminue.

Le problème se ramène alors à une étude de ces facteurs qui déterminent le bénéfice (B).

II. BAISSE DU PRIX DE REVIENT (PR).

En effet $PR = PA + \text{Frais (ou charges)}$

PA = prix d'achat.

Pour obtenir une baisse du prix de revient, il faut acheter à bas prix et/ou diminuer les frais d'importation.

II.1 BAISSE DU PRIX D'ACHAT.

La diminution du prix d'achat ne peut intervenir qu'en adoptant une politique cohérente d'acquisition du médicament.

Différentes procédures d'achat sont disponibles pour les programmes publics d'approvisionnement. Chaque méthode a ses avantages et ses inconvénients mais doit viser à obtenir les médicaments demandés au moment voulu et au prix le plus favorable possible.

Le tableau n°8 donne une brève description de chaque méthode et compare leurs caractéristiques. (4)

Tableau n°8

Comparaison des Méthodes d'Achat

Méthode d'achat	Breve description	Effets sur les prix	Délais de livraison	Travail de l'unité des approv.	Nécessité d'une échelle de notation des fournisseurs	Situation favorisant son utilisation
APPEL D'OFFRES OUVERT	Les offres sont acceptées de tous les fournisseurs intéressés	Très bon	Long	Très important	Très grande	<ul style="list-style-type: none"> • Grand nombre de fournisseurs sérieux disponibles • Peut être utile au début d'un programme pour trouver des canaux d'approvisionnement
APPEL D'OFFRES RESTREINT	Seuls les fournisseurs qui sont enregistrés auprès du gouvernement ou ceux qui remplissent des conditions préliminaires peuvent soumettre des offres	Bon	Modéré	Modéré	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de fournisseurs sérieux disponibles • Médicaments où formulation précise, stérilité et bioéquivalence sont importants • Articles standard en grande quantité dont on connaît tous les fournisseurs sérieux
MARCHE DE GRE A GRE	L'acheteur s'adresse à un petit nombre de fournisseurs sélectionnés et négocie avec eux pour obtenir un prix ou des arrangements spéciaux	Moyennement bon	Court	Important au début, puis léger	Seulement au début	<ul style="list-style-type: none"> • Achats en gros de médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur • Conditions ou spécifications spéciales demandées par l'acheteur
ACHAT DIRECT	L'achat se fait directement auprès d'un seul fournisseur au prix qu'il a fixé	Mauvais	Très court	Très léger	Null	<ul style="list-style-type: none"> • Articles peu chers en petites quantités • Articles pour situation d'urgence quand la négociation n'est pas possible • Articles provenant de groupes internationaux qui ne font pas de profit (ECHO, UNICEF, IDA...)

En vu d'une baisse, la connaissance de la structure du prix des médicaments offre de meilleures possibilités d'action.

II.1.1 STRUCTURE DU PRIX DES MEDICAMENTS.

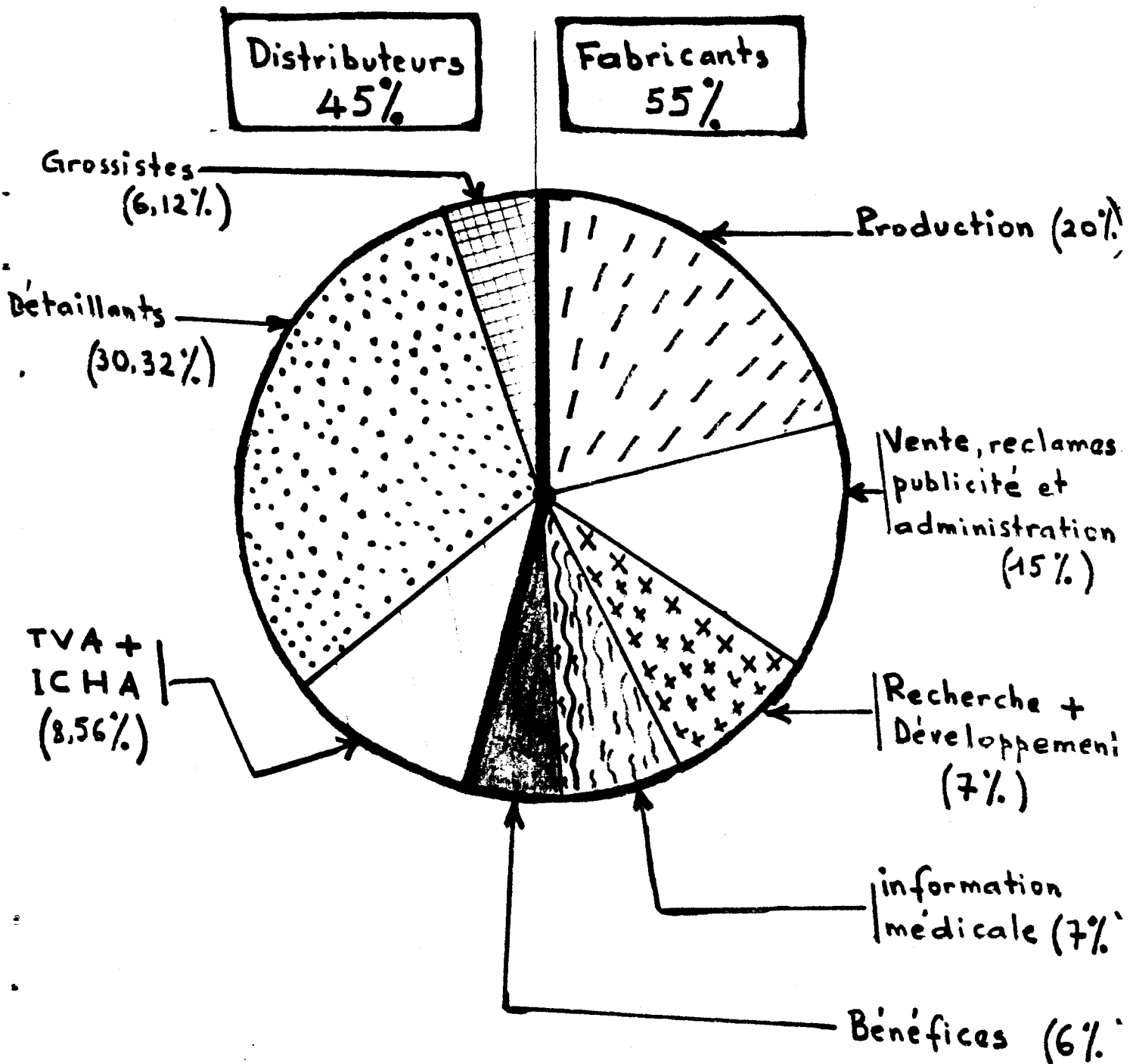
Selon Pharma Information (Bâle), le prix de vente des médicaments se décompose comme suit :

- 55 % reviennent au fabricants dont :
 - * 20 % comme coût de production,
 - * 22 % absorbés par l'information médicale, les frais de vente et reclames (publicité, promotion),
 - * 7 % dûs au volet recherche et développement,
 - * 6 % comme marges bénéficiaires.

- 45 % reviennent aux distributeurs dont :
 - * les grossistes,
 - * les détaillants,
 - * les T.V.A. et les ICHA. (23)

L'ensemble de cette structure peut ressembler au schema n°3 :

Schema n°3 : Eléments constitutifs du prix des médicaments.



- Source :
1. A. NOVEMBER
"les médicaments et le Tiers-Monde"
 2. TISSEYRE BARRY M.
J.R. SOUCARET
"Abrégé d'économie du Médicament". (34).

L'industrie pharmaceutique s'efforce de s'en justifier par l'importance des investissements qu'elle déploierait pour chacun de ces postes. Il est cependant possible d'obtenir une baisse du prix des médicaments.

II.1.2 FACTEURS SUR LESQUELS ON PEUT JOUER POUR BAISSER LE PRIX DES MEDICAMENTS.

En restant vigilant, la maîtrise d'un certain nombre de facteurs peut contribuer à baisser les prix des médicaments :

II.1.2.1 Achat en D.C.I. :

Le prix d'achat des médicaments en noms de marque inclut des charges liées à la différenciation subjective du produit:

- Le brevet : Une molécule inventée par un laboratoire et mise sous brevet subit un monopole de commercialisation par le dit laboratoire. Il en résulte un prix élevé de ce médicament.

- Le conditionnement et les emballages : Les produits coûtent en général moins chers sous conditionnement hospitalier ou en vrac que sous conditionnement unitaire. De même les emballages de plus en plus luxueux et lourds contribuent à élever le prix des médicaments.

- L'information médicale : Un bon pourcentage du prix des médicaments est occasionné par les frais liés à :

- * l'envoi des délégués médicaux,
- * la distribution des échantillons,
- * l'organisation des conférences, des séminaires et réunions sur des sujets d'actualité intéressant les médecins et le monde médical,
- * la publicité dans les revues médicales et pharmaceutiques,
- * l'envoi de dépliants, brochures et de livres consacrés aux médicaments et au traitement des affections(prospectus),

.../...

* la remise de toutes sortes d'accessoires et de cadeaux publicitaires portant le nom du médicament ou du laboratoire donateur (gadget). (23)

Tous ces facteurs font qu'en général les produits sous noms de marque coûtent plus chers que leurs correspondant en DCI.

Ainsi l'achat des médicaments en DCI et sous conditionnement hospitalier ou en vrac (même s'ils devront être reconditionnés) permet d'obtenir une baisse notable de leurs prix. (14)

II.1.2.2 Mise en concurrence :

L'achat des médicaments par appels d'offres (si leurs brevets sont expirés) contribue également à baisser leurs prix.

Toutefois il convient d'élaborer des critères de sélection fiables et des techniques de garantie sûres pour les qualités des médicaments. Il faut également éviter la présence des intermédiaires par un élargissement de la gamme de fournisseurs.

II.1.2.3 Délai de paiement des fournisseurs :

Un long délai de paiement occasionne une crainte d'immobilisation du capital du fournisseur. Il en résulte des prix élevés des médicaments.

Un court délai de paiement des fournisseurs peut permettre de réaliser une diminution assez notable du prix d'achat. C'est d'ailleurs le facteur le plus sûr car ne suscite pas d'objection de la part de l'industrie pharmaceutique.

Notons à cet effet que le Fonds d'Aide et de Coopération (F.A.C.) français obtiendrait par exemple des baisses de 20 à 30 % du prix d'achat des médicaments avec un délai de paiement n'excédant pas 45 jours. (27)

D.C.I. = Dénomination Commune Internationale = nom générique unique, utilisable et accepté dans le monde entier.

II.1.2.4 Achat en grande quantité :

L'achat de grandes quantités de produits peut permettre d'obtenir de bas prix unitaires.

Une meilleure détermination des besoins quantitatifs des différents secteurs du pays et une politique d'achat groupés par la Commission Nationale d'Approvisionnement peut permettre de réaliser une économie d'échelle assez significative.

II.2 ALLEGEMENT DES FRAIS D'IMPORTATION.

Les frais de transport et autres alourdissent de façon remarquable les frais d'importation des médicaments avec sans doute une repercussion sur leurs prix.

L'allègement des frais d'importation n'est possible qu'en diminuant les frais de transport (bateau préférable à l'avion) ou les charges dont essentiellement les frais de douane.

Exonérer les médicaments des frais de douane dépend du choix de chaque pays. Au Mali 240 M.E. ont été exonérés de tout impôt et taxe douanière conformément au Décret n°85/PG-RM du 2 Mai 1984.

C'est ainsi que certains noms de marque, appelés les "spécialités essentielles" ont vu leurs prix baisser.

Exemple :

- Le prix de vente du Totapen* (ampicilline) 1 g injectable est passé de 750F CFA le flacon à 435F CFA.
- Celui du Mintezol* (Thiabendazole) 500 mg comp.bte/6 est passé de 1210F CFA à 700F CFA.

III. RESULTATS DES APPELS D'OFFRES (A.O.).

Dans le cadre de la réforme pharmaceutique, en vue d'un approvisionnement en M.E. destinés à la P.P.M., 3 A.O.internationaux

ont été réalisés par la Commission Nationale d'Approvisionnement grâce à un financement de la Banque Mondiale (crédit IDA). (27)

En plus de la concurrence les médicaments de ces A.O. ont bénéficié d'un court délai de paiement ainsi que d'une exonération des frais de douane.

Les diminutions moyennes qu'on a pu obtenir à l'achat par rapport au système d'achat de gré à gré pratiqué par la PPM sont ci-dessous évaluées.

III.1 APPEL D'OFFRES N°1/1985/PPM.

III.1.1 CRITERES DE SELECTION DES SOUMISSIONNAIRES:

Tableau n°9 : Critères de selection pour l'Appel d'Offre n°1/1985.

C R I T E R E S		NOTE	COEFFI- CIENT	TOTAL
Soumission par lot (1)		20	0,5	10
Soumission en Dénomination Commune Interna- tionale (D.C.I.) - 0,5 point par soumission en spécialité		20	0,5	10
<u>Délai de livraison</u> (20 points pour le moins disant et 2 points en moins par semaine sup- plémentaire)		20	0,5	10
<u>Prix</u> - 0,1 point par million d'écart par rapport au moins disant qui a 20		20	2	40
- Soumission accompagnée d'échantillons (10pts) - Echantillons conformes à l'Appel d'Offres (10 points)		20	0,5	10
Service	-expérience commerciale avec le Mali (5 points) -soumission dont les produits ont obtenu une autorisation de mise sur le marché malien...(10 points) -soumissionnaire ayant consenti antérieurement des facilités de -paiement au Mali (5 points)	20	1	20
T O T A L				100

- (1) Toute offre qui ne porte pas sur l'ensemble d'un lot, obtient la note zéro (0) pour ce lot.
- (2) La note au prix est octroyée par lot, toute note zéro obtenue au lot entraîne évidemment zéro pour le prix.

III.1.2 CALCUL DE LA DIMINUTION MOYENNE DU PRIX D'ACHAT
(CAF) DES MEDICAMENTS OBTENUE PAR RAFFORT A
LEURS CORRESPONDANTS EN SPECIALITES ACHETES PAR
LA P.P.M.

* Les prix d'achat (CAF) des spécialités ont été obtenus en divisant leurs prix de vente au public par 2,06 (coefficient multiplicateur en 1985).

Tableau n°10 : Economie du prix d'achat des M.E. de
l'A.O. 1 par rapport à la P.P.M. :

A.O. 1 Lot 1 : Auxiliaire Pharmaceutique

DESIGNATIONS	DOSAGES ET FORMES		PRIX UNITAIRE CAF (EN FCFA)	ECONOMIE
Acetyl salicylate de lysine	500mg	inj	148,370	4,48%
Aspegic*	500mg	inj	155,339	
Ampicilline	1g	inj	98,420	72,96%
Totapen*	1g	inj	364,077	
Penicline*	1g	inj	376,213	
Ampicilline	0,5g	inj	55,574	75,64%
Totapen*	0,5g	inj	228,155	
Ampicilline	0,5g	comp	21,645	0 %
Ampicilline	0,5g	comp	21,645	
Chloramphenicol	250mg	inj	97,980	0 %
Chloramphenicol	250mg	inj	97,980	
Chloramphenicol	250mg	comp	6,764	41,33%
Chloramphenicol	250mg	comp	11,529	
Benzathine Penicilline	2,4 MUI	inj	108,114	70,30%
Extencilline*	2,4 MUI	inj	364,077	

Moyenne d'économie 56,80%

A.O. 1 Lot 2 : U. M. P. P.

DESIGNATIONS	DOSAGES ET FORMES		PRIX UNITAIRE CAF (EN FCFA)	ECONOMIE
Acide Acetyl salicylique	500mg	comp	3,00	
Aspirine*	500mg	comp	5,35	43,92%
Chloroquine base	100mg	comp	4,87	
Nivaquine*	100mg	comp	6,25	22,08%
Camphosulfonate de Na	5%	inj	20,00	
Camphosulfonate de Na	5%	inj	25,00	20,00%
Camphosulfonate de Na	2%	inj	11,00	
Camphosulfonate de Na	2%	inj	14,28	22,96%
Eau distillée	5ml	inj	12,00	
Eau distillée	5ml	inj	14,28	15,96%
Benzympenicillinate de Na	0,5 MUI	inj	53,00	
Peni G*	0,5 MUI	inj	53,57	1,06%
Benzympenicillinate de Na	1 MUI	inj	63,00	
Peni G*	1 MUI	inj	64,28	1,99%

Moyenne d'économie : 8,81%

A.O. 1 Lot 3 : Auxiliaire Pharmaceutique.

DESIGNATIONS	DOSAGES ET FORMES		PRIX UNITAIRE CAF (EN FCFA)	ECONOMIE
Praziquantel Biltricide*	600mg	comp	507,677	
	600mg	comp	575,000	11,70%
Butylhyoscine Buscopan*	10mg	inj	37,444	
	10mg	inj	46,116	18,80%
Butylhyoscine Buscopan*	20mg	comp	10,234	
	20mg	comp	10,376	1,36%
Cotrimoxazole Bactrim*	400/80	comp	9,546	
	400/80	comp	36,771	74,03%
Diazepam Valium*	10mg	inj	17,538	
	10mg	inj	87,378	79,92%
Furosemide Lasilix*	20mg	inj	21,460	
	20mg	inj	145,631	85,26%
Thiabendazole Mintezol*	500mg	comp	15,496	
	500mg	comp	97,896	84,17%
Phenobarbital Gardenal*	50mg	comp	1,221	
	50mg	comp	5,744	78,74%
S.R.O. S.R.O*	Sachet pour 1l		36,260	
	Sachet pour 1l		42,857	15,39%

Moyenne d'économie : 37,30%

A.O. 1 Lot 4 : Auxiliaire Pharmaceutique.

DESIGNATIONS	DOSAGES ET FORMES		PRIX UNITAIRE CAF (EN FCFA)	ECONOMIE
Gentamycine	80mg	inj	77,550	
Gentalline*	80mg	inj	703,883	88,98%
Jentaject*	80mg	inj	686,893	88,87%
Erythromycine	500mg	comp	101,565	
Propiocine*	500mg	comp	140,048	27,47%
Lincomycine	600mg	inj	473,600	
Lincocine*	600mg	inj	422,330	-12,13%
Metopimazine	10mg	inj	80,956	
Vogalène*	10mg	inj	60,679	-33,41%
Metronidazole	250mg	comp	3,937	
Flagyl*	250mg	comp	42,111	90,65%
Sels Ferreux	200mg	comp	1,0508	
Fumafer*	200mg	comp	6,3106	83,34%
Alpha-methyl Dopa	250mg	comp	15,4956	
Aldomet*	250mg	comp	32,7660	52,70%
Triamcinolone	5mg	comp	43,734	
Triamcinolone*	5mg	comp	27,305	-60,16%

Moyenne d'économie: 44,41%

A.O. 1 Lot 5 : O. C. A.

DESIGNATIONS	DOSAGES ET FORMES		PRIX UNITAIRE CAF (EN FCFA)	ECONOMIE
Norethisterone Ethinyl Oestradiol		comp	13,452	
Gynovlane*		comp	12,944	-3,91%
Anatoxine tétanique	1500UI	inj	2957,500	
S.A.T.*	1500UI	inj	414,28	-613,88%
Tetracoq		inj	856,750	
Tetracoq*		inj	546,116	-56,88%
Ergometrine	0,2mg	inj	172,950	
Methergin*	0,2mg	inj	167,475	-3,26%
Oxytocine	5UI	inj	168,250	
Synthocinon*	5UI	inj	162,621	-3,46%
Griseofulvine	500mg	comp	58,500	
Griseofulvine	500mg	comp	59,466	1,62%
Fulcine forte*	500mg	comp	56,553	-3,44%
Nystatine	0,5MUI	comp	33,125	
Nycostatine*	0,5MUI	comp	32,008	-3,48%
Nystatine	1MUI	ov	16,583	
Nycostatine*	1MUI	ov	15,978	-3,78%

Moyenne d'économie : -234,62%

III.1.3 ANALYSE CRITIQUE DE L'APPEL D'OFFRES N°1.

Cet appel d'offres constituait le premier du genre pour le Mali. Certains critères de sélection tels que la présentation d'échantillons en DCI, le prix et le délai de livraison, étaient cependant assez bien adaptés. Mais le manque d'expérience a occasionné des difficultés.

- Ainsi le seul critère de "lot" a éliminé les 87 % des soumissionnaires. Ceci a été très préjudiciable ; car les laboratoires sélectionnés n'étaient pas obligatoirement les moins disant et il n'est pas évident non plus que leurs produits aient les meilleures qualités. En fait, la soumission par lot n'est adoptée à une procédure d'appel d'offres régulière. (5). Non seulement la composition des dits "lots" était arbitraire (sauf le lot 2), mais aussi les critères de choix retenus se sont trop fixés sur cette notion de lot. Une telle pratique favorise la participation d'intermédiaires grossistes qui ont un éventail plus large de produits à proposer.

Chaque produit aurait dû faire l'objet d'un marché indépendant. Ceci permettrait à certains petits laboratoires ayant une gamme de production réduite et qui ont des difficultés à constituer un lot complet, de participer plus activement. (22).

- Il n'a pas été exigé des soumissionnaires un bulletin d'analyse et de contrôle des produits. Il est utile qu'une documentation précise soit préparée sur les médicaments concernés. (5). Cela fait ressortir la lacune constatée par l'absence dans les critères de sélection de conformités médicale et commerciale.

- Il serait aussi souhaitable d'introduire la notion de prix fermes et non révisables pour un an.

- Des critères tels que "facilités de paiement antérieures accordées au Mali" ou "expérience commerciale avec le Mali" sont assez subjectifs et ne contiennent surtout pas de valeurs mesurables.

- Le système est certes parvenu à accorder le plus important lot à l'U.M.P.P. mais le manque à gagner a été énorme. C'est ainsi que :

* Pour les lots 1, 3, 4 et 5 :

. la valeur globale des offres aux moins disants était de 68.419.500F CFA,

. la valeur globale de ces mêmes offres par ceux qui les ont remporté s'élève à 93.669.360F CFA ; soit 36,90% de plus par rapport aux moins disants (s'il n'y avait pas eu de lot).

* Pour le lot 2 remporté par l'U.M.P.P. :

. prix total aux moins disants : 51.057.200FCFA,

. prix total UMPP : 119.970.000FCFA ; soit

134,97 % de plus par rapport aux moins disants. (22)

Certains produits ont été même achetés en perte par rapport au système d'achat de la P.P.M.

Pour la participation de l'U.M.P.P. aux appels d'offres : Compte tenu du fait qu'elle est une structure étatique (donc que l'Etat réglemente son marché et ses prix) et qu'elle est jeune et qu'il faut favoriser sa production, d'autres études doivent se pencher sur la possibilité de lui accorder directement le marché des médicaments compris dans sa gamme de production lors des appels d'offres.

- Des baisses moyennes encourageantes ont été cependant obtenues par rapport au système d'achat de la P.P.M.

III.2 APPELS D'OFFRES N°2 ET N°3.

III.2.1 APPELS D'OFFRES N°2/1986/PPM.

III.2.1.1 Critères de selection des soumissionnaires: Tableau 11 et 12.

- ● -

Tableau N°11 Coefficient de depouillement n° 1

DESIGNATIONS	Note	COEFF. PONDERE	TOTAL	OBSERVATIONS
A. Soumissions accompagnées d'échantillons	20	0,25	5	0 ou 20
B. Médicaments ayant obtenu l'A.M.M. au Mali ou en DCI	20	0,25	5	0 ou 20
C. Médicaments conformes à l'appel d'offres au plan médical	10	0,5	5	0 ou 10
D. Médicaments conformes à l'appel d'offres au plan commercial	10	0,5	5	0 ou 10
E. Présentation: a) Etiquetage	20	0,25	5	
E. Présentation: b) Conditionnement	20	0,25	5	
f) Délai de péremption	20	0,5	10	20 pour celui qui a date la plus loin
g) Délai de livraison	20	0,5	10	20 pour celui qui a le délai le plus court et 2 en moins par 15 jours supplémentaires
TOTAL			50	

III.2.1.2 Calcul des diminutions moyennes des prix d'achat des médicaments obtenues par rapport à leurs correspondants en spécialités achetés par la P.P.M. :

Tableau n°13 : Economie du prix d'achat des M.E. de l'A.O.2 par rapport à la P.P.M. :

DESIGNATIONS	DOSAGES ET FORMES	PRIX UNITAIRE CAF (CFA)	ECONOMIE
Acide acetyl salicylique Aspirine*	500mg comp 500mg comp	2,55 5,35	52,33%
Acide ascorbique Vitamine C*	500mg inj 500mg inj	18,00 28,57	36,99%
Aminophylline Theophiline*	0,240g 10mlinj 0,240g 10mlinj	50,00 76,70	34,81%
Benzyl penicillinate de Na Peni G*	1MUI inj 1MUI inj	78,00 64,28	-21,34%
Benzyl penicillinate Na Peni G*	0,5MUI inj 0,5MUI inj	53,61 53,57	-0,07%
Chloramphenicol Chloramphenicol	250mg comp 250mg comp	3,00 16,96	62,31%
Chloramphenicol Tifomycine*	500mg inj 500mg inj	197,40 242,72	18,67%
Chloroquine Nivaquine*	100mg comp 100mg comp	3,74 6,25	40,16%
Chlortétracycline Auréomycine*	1% pde 5g 1% pde 5g	106,00 92,85	-14,16%

Tableau n°13 (suite)

Chlortétracycline	3%	pde 15g	133,00	
Aureomycine*	3%	pde 15g	167,85	20,76%
Chlorpromazine	25mg	comp	6,40	
Largactil*	25mg	comp	6,60	3,03%
Clonidine	0,150mg	1ml inj	99,00	
Catapressan*	0,150mg	1ml inj	118,93	16,75%
Clonidine	0,150mg	comp	30,40	
Catapressan*	0,150mg	comp	39,199	22,44%
Diazepam	5mg	comp	3,62	
Valium*	5mg	comp	10,67	66,07%
Dexamethasone	4mg	1ml inj	212,00	
Soludécadron*	4mg	1ml inj	266,16	20,34%
Dextran	10%	500ml inj	1259,00	
Rheomacrodex*	10%	500ml	2432,03	48,23%
Furosemide	20mg	2ml inj	117,14	
Lasilix*	20mg	2ml inj	145,63	19,56%
Furosemide	40mg	comp	2,85	
Lasilix*	40mg	comp	30,21	90,56%
Gentamycine	40mg	inj	120,00	
Gentalline*	40mg	inj	427,18	71,90%
Hydroxyde d'Al		comp	7,33	
Maalox*		comp	7,96	7,91%

Tableau n°13 (suite)

Indomethacine	25mg	comp	23,35	
Indocide*	25mg	comp	23,35	0 %
Insuline retard	40UI/ml 5ml		329,50	
Insuline PZ*	40UI/ml 5ml		216,01	-52,53%
Ketamine	10mg/ml 5ml inj		229,00	
Ketalar*	10mg/ml 5ml inj		215,59	-7,21%
Ketamine	50mg/ml 5ml inj		775,00	
Ketalar*	50mg/ml 5ml inj		640,77	-20,94%
Lidocaïne	2% 20ml inj		138,00	
Xylocaïne*	2% 20ml inj		266,99	48,31%
Mebendazole	100mg	comp	58,27	
Vermox*	100mg	comp	72,33	19,44%
Metopimazine	2,50mg	comp	12,95	
Vogalène*	2,50mg	comp	16,80	22,88%
Metronidazole	250mg	comp	3,97	
Flagyl*	250mg	comp	42,08	90,57%
Miconazole	100mg	ov	106,40	
Gyno-Daktarin*	100mg	ov	97,08	-9,59%
Niclosamide	500mg	comp	51,00	
Tredemine*	500mg	comp	95,87	46,80%
Yomesan*	500mg	comp	166,26	69,32%
Phenobarbital	50mg	comp	3,64	
Gardenal*	50mg	comp	5,74	36,61%
Phenobarbital	50mg	comp	5,35	31,19%

Tableau n°13 (suite)

Phenoxymethylpenicilline	1MUI	comp	57,08	
Oracilline*	1MUI	comp	92,23	38,11%
Oспен*	1MUI	comp	92,43	38,24%
Salbutamol	2mg	comp	21,35	
Ventoline*	2mg	comp	21,35	
Sels de quinine	0,2g	inj	38,50	
Paluject*	0,2g	inj	58,25	33,90%
Quinimax*	0,2g	inj	53,39	27,88%
Sels de quinine	0,4g	inj	61,00	
Paluject*	0,4g	inj	24,95	28,19%
Quinimax*	0,4g	inj	77,67	21,46%
Spiro nolactone	100mg	comp	22,50	
Aldactone*	100mg	comp	123,30	81,75%
Thiamine	250mg	comp	9,70	
Vitamine B1*	250mg	comp	13,39	27,55%
Vitamine K1	20mg 1ml	inj	62,00	
Vitamine K1*	20mg 1ml	inj	80,09	22,59%

Moyenne d'économie : 30,40 %

Références : 1 - (20).

2 - MTSEE-PPM : Prix de vente des médicaments et accessoires pharmaceutiques
1er Janvier 1987.

III.2.2 APPEL D'OFFRES N°3/1987/PPM.

III.2.2.1 Critères de selection :

Tableau n°14 : Critères de selection pour l'A.0.3 :

1. Soumission accompagnée d'échantillons	5
2. Conformité de l'étiquetage (texte en français, date de péremption en clair)	5
3. Conformité de DCI (médicaments sous DCI)	10
4. Conformité médicale (dosage demandé)	5
5. Conformité commerciale (présentation et conditionnement compatible avec une dispensation au détail dans les conditions d'hygiène)	5
6. Péremption a) 5 ans pour les formes solides (soit 2 points par année) b) 3 ans pour les injectables et pommades (soit 3 1/3 par année)	10
7. Délai de livraison a) 45 jours par Avion b) 90 jours par mer 2 points en moins pour chaque 15 jours supplémentaires	10
8. Prix. Le moins disant obtient 0,5 point en moins pour chaque tranche de 1% en plus par rapport au moins disant	50
T O T A L	100

III.2.2.2 Calcul des moyennes de diminution des prix d'achat des médicaments obtenues par rapport à leurs correspondants en spécialités achetées par la P.P.M. :

* Les prix d'achat CAF des spécialités ont été obtenus ici en divisant leurs prix de vente au public (de Janvier 1987) par 1,40.

Tableau n°15 : Economies réalisées sur prix d'achat des médicaments de l'A.O.3 par rapport à la P.P.M. :

DESIGNATIONS	DOSAGES ET FORMES	PRIX UNITAIRE CAF (EN CFA)	ECONOMIE
Acide acetyl salicylique	500mg comp	3,00	
Aspirine*	500mg comp	5,35	43,92%
Ampicilline	1g inj	160,00	
Totapen*	1g inj	310,71	48,50%
Penicilline*	1g inj	321,42	50,22%
Ampicilline	0,5g inj	125,00	
Totapen*	0,5g inj	192,85	35,18%
Benzathine penicilline	2,4MUI inj	130,00	
Extencilline*	2,4MUI inj	310,71	58,16%
Butylhyoscine	20mg inj	43,14	
Buscopan*	20mg inj	39,28	-9,80%
Chloramphenicol	250mg comp	7,96	
Chloramphenicol	250mg comp	16,96	53,09%

Tableau n°15 (suite)

Chloramphenicol	4%	collyre	96,00	
Tifomycine*	4%	collyre	464,28	79,32%
Chloroquine base	100mg	comp	4,50	
Nivaquine*	100mg	comp	6,25	28,00%
Chlortetracycline	1%	pde 5g	52,00	
Aureomycine*	1%	pde 5g	92,85	43,99%
Chlortetracycline	3%	pde 10g	133,00	
Aureomycine*	3%	pde 10g	167,85	20,76%
Cyanocobalamine	1g	inj	17,82	
Vitamine B12*	1g	inj	28,57	37,63%
Dextran	10%	500ml	518,00	
Rheomacrodex*	10%	500ml	2067,85	74,95%
Diazepam	10mg	inj	21,74	
Valium*	10mg	inj	75,00	71,01%
Furosemide	40mg	comp	5,17	
Lasilix*	40mg	comp	25,71	79,89%
Gentamycine	80mg	inj	30,70	
Gentalline*	80mg	inj	596,42	94,85%
Jentaject*	80mg	inj	585,71	94,75%
Gentamycine	40mg	inj	44,00	
Gentalline*	40mg	inj	364,28	87,92%
Jentaject*	40mg	inj	396,42	88,90%
Lidocaine	2% 20ml	inj	186,00	
Xylocaine*	2% 20ml	inj	228,57	18,62%

Tableau n°15 (suite)

Lidocaine	1% 20ml	inj	176,00	
Xylocaine*	1% 20ml	inj	210,71	16,47%
Methylprednisolone	40mg	inj	440,24	
Solumedrol*	40mg	inj	442,85	0,59%
Methylprednisolone	20mg	inj	246,42	
Solumedrol*	20mg	inj	260,71	5,48%
Metopimazine	10mg	inj	51,21	
Vogalène*	10mg	inj	50,00	-02,42%
Metronidazole	250mg	comp	3,80	
Flagyl*	250mg	comp	35,71	89,36%
Paracetamol	500mg	comp	3,80	
Doliprane*	500mg	comp	22,29	82,86%
Perfuseur	-	-	65,98	
Perfuseur	-	-	148,05	55,43%
Phénobarbital	50mg	comp	3,89	
Gardenal*	50mg	comp	4,88	20,33%
Phénobarbital*	50mg	comp	5,35	27,28%
Phytomenadione	20mg	inj	53,64	
Vit K1*	20mg	inj	78,57	31,73%
Pyridoxine	250mg	inj	27,56	
Becilan*	250mg	inj	65,35	57,83%
Vitamine B6*	250mg	inj	35,71	22,82%
Soluté glucosé	5%	500ml	390,00	
Serum glucosé*	5%	500ml	378,57	-3,01%

Tableau n°15 (suite)

Soluté salé	0,9%	500ml	390,00	
Serum salé*	0,9%	500ml	378,57	-3,01%
Sparadrap	5x10		617,00	
Sparadrap	5x10		567,96	-8,63%
Sparadrap	5x18		1019,00	
Sparadrap	5x18		927,18	-9,90%
Thiabendazole	500mg	comp	28,64	
Mintézol*	500mg	comp	83,33	65,63%
Sparadrap	5x5		286,00	
Sparadrap	5x5		308,25	7,21%

Moyenne d'économie : 44,54 %

- Sources : 1. Commission Nationale d'Approvisionnement en Produits et Matériels Médico-pharmaceutiques : Compte-rendu des travaux de dépouillement de l'appel d'offres n°3-1-87.(21)
2. MTSEE - PPM : Prix de vente des Médicaments de base et accessoires pharmaceutiques : 1er Janvier 1987.

A.O.3 : Achats remboursables UNIPAC

DESIGNATIONS	DOSAGES ET FORMES	PRIX UNITAIRE CAF (EN CFA)	ECONOMIE
Ampicilline	125mg sirop	150	
Totapen*	125mg sirop	285,71	47,49%
Ampicilline	500mg comp	17,14	
Ampicilline	500mg comp	17,14	-
Acide acetyl salicylique	100mg comp	2,14	
Aspirine*	100mg comp	2,14	-
Butylhyoscine	10mg comp	4,28	
Buscopan*	10mg comp	4,28	
Anatoxine tétanique	1500UI inj	75	
S.A.T.*	1500UI inj	414,28	81,89%
Erythromycine	500mg comp	35,71	
Propiocrine*	500mg comp	118,92	69,97%
Furosemide	inj	28,57	
Lasilix*	inj	125,00	77,14%
Ergomethrine	inj	42,85	
Methergin*	inj	142,85	70 %
Cotrimoxazole	400/80 comp	6,42	
Bactrim*	400/80 comp	31,07	79,33%
Mebendazole	100mg comp	4,28	
Vermox*	100mg comp	61,30	93,01%

A.O.3 : Achats remboursables UNIPAC (suite)

Nystatine	0,5MUI	comp	13,57	
Mycostatine*	0,5MUI	comp	27,23	50,16%
Phenoxymethyl penicilline	1MUI	comp	17,85	
Oracilline*	1MUI	comp	97,02	81,60%
Ospen*	1MUI	comp	78,57	
Prednisolone	5mg	comp	3,21	-
Solumedrol*	5mg	comp	3,21	
Oxytocine	5UI	inj	25,00	
Synthocinon*	5UI	inj	138,09	81,18%
Sels de Fer	200mg	comp	2,85	
Fumafer*	200mg	comp	5,42	47,41%
Sels de quinine	0,2g	inj	25,00	
Paluject*	0,2g	inj	50,00	50 %
Quinimax*	0,2g	inj	50,00	
Sels de quinine	0,4g	inj	32,14	
Paluject*	0,4g	inj	71,42	54,99%
Quinimax*	0,4g	inj	67,85	52,63%

Moyenne d'économie : 69,53 %

Sources : 1. (21)

2. MTSEE - PPM : Prix de vente des médicaments base et accessoires pharmaceutiques : 1er Janvier 1987.

III.2.3 ANALYSE CRITIQUE DES APPELS D'OFFRES N°2 ET N°3.

- Les critères de sélection de ces deux appels d'offres ont été plus fiables et meilleurs à ceux de l'appel d'offres n°1. Cette amélioration a permis d'obtenir des résultats plus appréciables.

- Des résultats satisfaisants ont été globalement obtenus.

III.3 CONCLUSION.

Ces résultats montrent qu'il est possible d'obtenir des baisses considérables des prix d'achat des médicaments. Les meilleurs prix ont été obtenus ici avec l'UNIPAC.

On peut donc améliorer les procédures d'achat des médicaments par rapport au système pratiqué par la P.P.M.

Ces trois appels d'offres constituent une importante expérience en matière d'achat de médicaments de laquelle le Mali peut s'inspirer pour atteindre une accessibilité financière aux médicaments de la population.

IV. CAS OU LE PRIX DE VENTE (PV) AUGMENTE.

Notons que le bénéfice est fonction du :

- coefficient de vente accordé par l'autorité compétente que l'on a appelé coefficient multiplicateur,
- rythme de vente (ou vitesse de rotation).

Il est évident que le bénéfice global réalisé augmente si la vitesse de rotation augmente ou si le coefficient multiplicateur augmente.

IV.1 COEFFICIENT MULTIPLICATEUR.

Pour une politique des M.E., il n'est pas souhaitable

que le coefficient multiplicateur pour la vente soit grand au risque de diminuer l'accessibilité financière.

Ainsi conformément aux dispositions de l'Arrêté interministériel n° 1639/MFC/MTSEE/MSP-AS du 19 Mars 1986 les coefficients multiplicateurs ont été fixés comme suit :

- * 2,06 pour les Médicaments non Essentiels (MNE),
- * 1,40 pour les M.E.

IV.2 VITESSE DE ROTATION.

Le rythme de vente semble être le seul facteur dont l'augmentation est conforme à la fois à l'objectif de l'accessibilité géographique et financière aux médicaments et à la rentabilisation d'un établissement pharmaceutique.

En effet des produits de marge bénéficiaire brute faible peuvent être autant rentables que d'autres de marge bénéficiaire brute grande s'ils obtiennent une rotation suffisamment grande par rapport à ces derniers.

La vitesse de rotation du stock d'un médicament se définit comme étant la fréquence de transformation de ce stock en chiffre d'affaires.

Une grande rotation ne peut être obtenue que si les produits sont financièrement et géographiquement accessibles pour un grand nombre de consommateurs.

Actuellement les "spécialités essentielles" bénéficient du coefficient multiplicateur de 1,40 comme les M.E. en D.C.I. Toutefois leurs prix d'achat demeurent toujours supérieurs à ceux des M.E. en D.C.I. achetés par appel d'offres.

Posons P_S = prix CAF d'une spécialité
 P_E = prix CAF du M.E. en D.C.I. correspondant.

Si nous supposons que les charges occasionnées par les

deux catégories de médicaments sont égales, leurs bénéfices ne sont plus fonction que de leurs prix d'achat.

$$B_S = P_S \times \text{Coeff} - P_S = P_S (\text{Coeff} - 1)$$

$$B_E = P_E \times \text{Coeff} - P_E = P_E (\text{Coeff} - 1)$$

B_S = bénéfice obtenu sur une spécialité

B_E = bénéfice obtenu sur un M.E.

Nous savons que les deux catégories de médicaments bénéficient du même coefficient multiplicateur et que $P_S > P_E$. Ne peut-on pas remplacer ces spécialités par leurs correspondants en D.C.I. obtenus par appels d'offres et réaliser le même bénéfice ?

Si nous posons $\frac{P_S}{P_E} = r$, r détermine le nombre de fois que le M.E. doit être vendu par rapport à son correspondant en spécialité pendant le même temps pour réaliser le même bénéfice.

Ainsi plus l'écart entre P_S et P_E est grand ($P_S > P_E$) plus la rotation doit être forte pour les M.E. Plus le pourcentage de baisse de P_E par rapport à P_S est petit, moins la rotation exigée pour les M.E. est grande pour réaliser le même bénéfice.

$$\text{Soit } P_S = 100 \text{ alors } r = \frac{100}{P_E}$$

Le tableau suivant donne la rotation (r) qu'il faut pour les M.E. par rapport aux spécialités correspondantes pour réaliser le même bénéfice global, selon le pourcentage de baisse de P_E par rapport à P_S :

Tableau n°16 : Valeur de r :

P_E	% de baisse de P_E/P_S	Valeurs de r
100	0 %	1
95	5 %	1,05
90	10 %	1,11
85	15 %	1,17
80	20 %	1,25
75	25 %	1,33
70	30 %	1,42
65	35 %	1,53
60	40 %	1,66
55	45 %	1,81
50	50 %	2
45	55 %	2,22
40	60 %	2,50
35	65 %	2,85
30	70 %	3,33
25	75 %	4
20	80 %	5
15	85 %	6,66
10	90 %	10

Tableau n°16 : Valeur de r :

P_E	% de baisse de P_E/P_S	Valeurs de r
100	0 %	1
95	5 %	1,05
90	10 %	1,11
85	15 %	1,17
80	20 %	1,25
75	25 %	1,33
70	30 %	1,42
65	35 %	1,53
60	40 %	1,66
55	45 %	1,81
50	50 %	2
45	55 %	2,22
40	60 %	2,50
35	65 %	2,85
30	70 %	3,33
25	75 %	4
20	80 %	5
15	85 %	6,66
10	90 %	10

Si cette politique de "spécialités essentielles" ne compromet pas la rentabilité de la P.P.M., les rotations ci-dessus exigées pour les M.E. ne doivent pas faire l'objet d'inquiétudes quand on sait que la moyenne globale de baisse de prix d'achat obtenue par rapport à la P.P.M. lors des appels d'offres se situe aux environs de 35 % ($r = 1,53$).

En étendant la distribution des M.E. à une plus grande couche de la population, la P.P.M. peut facilement atteindre l'objectif visé à savoir :

- * maintenir son équilibre financier,
- * et mettre le médicament essentiel à la disposition de la population au meilleur prix.

Une accélération de la rotation des M.E. est vite envisageable au regard de la faible couverture pharmaceutique du pays et surtout tenant compte du fait que de nombreux malades arriveront à assurer la totalité de leur traitement quand il s'agit de maladies chroniques ou de traitements de quelques jours.

Mais les "lois de l'offre et de la demande" sont totalement faussées pour ce qui concerne la commercialisation du médicament.

Le premier biais réside dans le fait que le consommateur ou le patient, passe le plus souvent par un intermédiaire qui est le prescripteur.

Le deuxième biais consiste en ce que la P.P.M. ne commande que les médicaments qui se vendent. Ainsi un cercle vicieux est établi : la P.P.M. ne commande pas parce que le médicament n'est pas prescrit et le prescripteur ne prescrit pas parce que le médicament n'est pas sur le marché.

Ce fait a entraîné une faible circulation des M.E. aboutissant à une augmentation de leur coefficient multiplicateur de - venu 1,95 selon les dispositions de l'Arrêté n°5024/MFC/MSP-AS du 30 Décembre 1988. On assiste ainsi à une diminution de l'accessibilité financière aux M.E. à moins de jouer encore plus efficacement sur la politique de leur acquisition.

IV.3 ESTIMATION DES QUANTITES DE M.E. DEVANT SORTIR DE LA P.P.M. EN MOYENNE PAR MOIS.

En pratique, nous avons effectué une étude sommaire à la P.P.M. au service du Kardex sur les fiches de suivi de stock en vue de nous donner une idée de ce que peuvent être les quantités effectives de certains médicaments qui sortent de la Direction.

Le travail a consisté en l'évaluation des sorties
* d'une part des M.E. en D.C.I.,
* d'autre part des "spécialités essentielles".

Le but visé est la détermination des quantités de M.E. qu'il faut écouler en moyenne par mois si l'on veut les substituer aux spécialités correspondantes et conserver la même marge de profit pour la P.P.M.

Si nous posons :

Q = sorties mensuelles moyennes en spécialités ;
le tableau suivant indique :

- * les sorties mensuelles moyennes de certains médicaments enregistrés à la P.P.M. de Janvier 1988 à Octobre 1988 ;
- * les quantités de spécialités à remplacer,
- * les quantités totales de M.E. qu'il faut obtenir en sorties moyennes pour conserver la rentabilité de la P.P.M. :

Tableau n°17 : Quantités de M.E. devant sortir de la P.P.M. en moyenne par mois :

DESIGNATIONS	SORTIES MENSUELLES MOYENNES (Q)	BAISSES MOYENNES DE P _E / P _S	SORTIES MENS. DE COMPENSA-TION EN ME (r x Q)	QUANTITES MENSUELLES TOTALES EN M.E.
Ampicilline 1g inj	8.839			
Totapen* 1g inj			2,58 x Q	
Penicline 1000* inj	27.103(Q)	61,26%	= 69.925	78.764
! bofte/1 !				
Gentamycine 80mg inj	pas de stock			
Gentalline*80mg inj			12,28 x Q	
Jentaject* 80mg inj	1.268 (Q)	91,86%	= 15.575	15.575
Cidomycine* 80mg inj				
! bofte/1 !				
Mébendazole 100mg cp	1.658		2,28 x Q	
Vermox*100mg cp	1.293 (Q)	56,22%	= 2.948	4.606
! bofte/6 !				
Métronidazole 250mg cp	pas de stock			
Flagyl*250mg cp	2.649 (Q)	90,19%	= 26.991	26.991
! bofte/20 !				
Sels de quinine 0,40g inj	20.000			
Paluject* 0,40g inj			1,64 x Q	
Quinimax* 0,40g inj	70.407(Q)	39,31%	= 115.468	135.468
! bofte/50 !				

Ainsi avec la même somme la P.P.M. pouvait acheter et vendre par exemple 69.925 flacons d'ampicilline 1 g au lieu de 27.103 flacons de Totapen* 1 g en moyenne par mois en 1988. Non seulement elle réaliserait le même intérêt que l'investissement en Totapen* mais aussi elle pouvait, selon les résultats de ce tableau, servir 3 fois plus de malades en ampicilline 1 g qu'en Totapen* 1 g ou en Peniciline 1000*. Le service serait de plus de 12 fois pour la gentamycine 80 mg. De même un traitement complet de 7 flacons de gentamycine 80 mg (7 x 160F CFA) pouvait être assuré par un malade avec le prix d'un seul flacon de Gentalline 80* coûtant 1270F CFA.

Par ce fait, la P.P.M. peut permettre l'obtention de traitements complets conditionnant leur efficacité et l'amélioration de l'accessibilité géographique et financière des populations aux médicaments sans pour autant compromettre sa rentabilité économique.

Il faut noter qu'en vendant les M.E. aux prix obtenus lors des appels d'offres, la P.P.M. peut facilement atteindre les sorties mensuelles estimées dans le tableau n°17.

On comprend alors que les M.E. peuvent constituer un important facteur de développement économique et social.

V. ETUDE DES FACTEURS INFLUENÇANT LA ROTATION DES M.E.

Le médicament n'est pas un bien de consommation banal. Le malade pour s'en acquérir doit passer par des intermédiaires qui sont les prescripteurs et les vendeurs pour en fin de compte se retrouver avec un produit dont il n'a décidé ni de la qualité, ni de la quantité, ni du coût. Tous ces intermédiaires et le consommateur lui-même constituent les différents acteurs du marché du médicament.

V.1 LES RESPONSABLES DE L'APPLICATION DE LA POLITIQUE DES M.E.

La réussite de toute politique dépend de la volonté des

responsables de son application. Il s'agit là d'un facteur très important, car lors de la définition d'une politique des M.E. les responsables doivent tenir compte si possible de toutes les implications qu'elle peut entraîner.

V.2 LES PRESCRIPTEURS.

En raison de leur rôle, les prescripteurs doivent être impliqués dans le processus d'élaboration d'une liste des M.E. L'adhésion effective des prescripteurs aura le maximum d'apport sur la rotation des M.E. Pour cela ils doivent être formés et informés grâce au formulaire thérapeutique et au manuel de traitement.

Le formulaire thérapeutique doit diffuser largement la liste des M.E. et donner des informations médicales scientifiques et rationnelles à partir des recherches menées dans le pays, des publications internationales valables ou des groupes consultatifs bien indiqués (OMS...).

Le manuel de traitement doit être conçu pour rationaliser la prescription et permettre une échelle d'économie grâce à une thérapeutique nationale homogène basée sur la liste des ME. Le manuel doit également viser une efficacité thérapeutique et pédagogique. Son élaboration doit se faire grâce au concours des cliniciens et des pharmaciens. L'application effective de toute politique des M.E. dépend de l'acceptation de celle-ci par les prescripteurs.

V.3 LES VENDEURS.

Ils sont chargés d'honorer la prescription du praticien et servir de guide et de conseil aux malades. Il est élaboré un guide thérapeutique à leur intention dans le cadre de leur information. Une diffusion rapide de ce guide pourra contribuer de façon positive à élever la rotation des M.E.

V.4 POUVOIR D'ACHAT DU CONSOMMATEUR.

Le coût élevé des médicaments peut aboutir à la non exécution des ordonnances s'il n'est pas à la portée de la bourse du consommateur. Le prix des M.E. des appels d'offres semble cependant être à la portée d'une grande partie de la population malienne. Le pouvoir d'achat des consommateurs conditionne la rotation des produits. On assistait ainsi dans les officines de Bamako à la recherche intense des "produits de la Banque Mondiale" par les clients pour désigner les M.E. moins chers.

V.5 L'AUTOMEDICATION.

On assiste actuellement à la vente dans des proportions considérables d'un grand nombre de médicaments sans ordonnances. Cette pratique diminuera avec les M.E. dont le nom n'est pas aisé à connaître pour le consommateur non initié. Ceci peut freiner quelque peu la rotation des M.E.

V.6 DISTRIBUTION DES CENTRES DE SANTE ET DES POINTS DE VENTE DES MEDICAMENTS.

Il est difficile d'admettre qu'un point de vente des médicaments soit ouvert dans une localité où il n'y a pas de centre de santé ; l'accès aux médicaments étant principalement conditionné à la présentation d'une ordonnance délivrée par un agent de santé. En effet le nombre insuffisant de centres de santé dans les zones rurales de notre pays et le faible rayon d'action de ceux déjà existant limitent l'accès aux médicaments pour une grande partie de la population. Toutefois une meilleure structuration des points de vente des M.E. conformément aux centres de santé peut permettre l'obtention d'une grande rotation.

V.7 MEDECINE TRADITIONNELLE.

Il est difficile de parler de distribution de médicaments

au Mali (surtout en zone rurale) sans laisser de place aux médicaments traditionnels. La médecine traditionnelle constitue de nos jours le seul recours à près de 80 % de la population malienne.

Ce fait peut être attribué à des causes comme :

* l'inaccessibilité des nombreuses populations aux centres de santé et aux "médicaments conventionnels" ;

* les revenus en général faibles des maliens faisant que beaucoup de patients ne sont pas en mesure d'exécuter leurs ordonnances et se replient vers la médecine traditionnelle ;

* la médecine traditionnelle fait partie intégrante de notre patrimoine culturel et est généralement bien acceptée par nos populations.

Cette grande affluence vers la médecine traditionnelle avait fait, au Mali l'objet d'études approfondies, ayant abouti à la création en 1981 de l'Institut de Médecine Traditionnelle.

Aujourd'hui la Division Médecine Traditionnelle (DMT) mène des recherches intenses pour la valorisation des ressources médicinales traditionnelles par :

- des recherches botaniques, chimiques, galéniques, pharmacodynamiques et cliniques sur les matières premières locales et pour l'amélioration des thérapeutiques traditionnelles ;

- la recherche pour la mise au point de nouvelles préparations ;

- l'élaboration d'une documentation (formulaire et guides thérapeutiques) sur les thérapeutiques traditionnelles.

Sans être encore de nos jours au Mali d'une efficacité et d'une innocuité certaines, les médicaments traditionnels demeurent cependant à la portée de la bourse du malien. Ils offrent un éventail de choix plus large en quantité et en prix aux consommateurs.

Il est possible de faire distribuer par la P.P.M. les

recettes médicinales traditionnelles légalement reconnues efficaces et valables. Si ces médicaments traditionnels offrent un meilleur rapport coût/efficacité et répondent aux besoins réels des populations, ils pourront être utilisés dans les formulaires de traitement comme M.E. Ils peuvent de ce fait contribuer à la rentabilisation de la P.P.M. et à la satisfaction des besoins de nos populations en M.E.

Il apparaît donc que l'éducation sanitaire est un facteur capital pour la réussite de toute politique pharmaceutique et en particulier celle des M.E.

Cette étude assez sommaire du problème de la promotion d'une politique des médicaments essentiels par la P.P.M., mérite d'être complétée par des analyses économiques et financières plus approfondies de cette société. Une détermination de ses charges afin d'évaluer celles effectivement nécessaires permettra de mieux appréhender le problème.

CONCLUSION GENERALE

La Reforme Pharmaceutique, à travers l'expérience qu'elle a offerte, s'avère être un système pharmaceutique assez adapté aux besoins sanitaires et aux réalités socio-économiques du Mali. Les avantages d'un approvisionnement en M.E. sont immenses pour le pays, car il est non seulement à la portée de l'Etat et des collectivités, mais aussi des individus.

L'étude des trois appels d'offres a permis de savoir que l'amélioration des procédures d'achat pratiquées par la PPM peut offrir des baisses surprenantes du prix des médicaments.

Il n'est pas évident que l'objectif de fournir aux maliens les médicaments de consommation courante à des prix compatibles avec leurs revenus soit préjudiciable à la rentabilité économique de la P.P.M.

Dans un pays où les consommateurs ont un pouvoir d'achat assez limité, pour assurer le développement économique d'un établissement pharmaceutique, il est plus souhaitable et plus sûr de compter sur une forte rotation et livrer les produits pharmaceutiques avec une marge bénéficiaire assez raisonnable.

Cette étude a permis de savoir que pour maintenir sa rentabilité économique actuelle, la P.P.M. doit atteindre les sorties mensuelles moyennes par exemple de 78.764 flacons d'ampiciline 1 g inj. ou 4.606 boîtes/6 de Mebendazole comp. (acquis et vendus à la façon des trois appels d'offres).

L'analyse de la situation socio-sanitaire et pharmaceutique du pays nous offre de bonnes raisons à dire qu'avec une meilleure politique d'acquisition et de distribution des M.E. ces résultats peuvent être atteints.

En effet une grande vitesse de rotation peut être obtenue si les médicaments sont financièrement et géographiquement accessibles pour un grand nombre de consommateurs.

L'information des prescripteurs et des vendeurs, une harmonie entre la distribution des points de vente des produits

pharmaceutiques et des centres de santé et une large éducation sanitaire des consommateurs sont des facteurs sur lesquels on peut s'appuyer pour obtenir une forte rotation des M.E. conforme à notre objectif à savoir :

* mettre les médicaments à la disposition de la population au meilleur coût ;

* assurer la rentabilité économique de la P.P.M.

Nous pensons que c'est au seul prix d'un approvisionnement correct et régulier en M.E. que le système pharmaceutique pourra être profitable à l'ensemble de nos populations qui aspirent à un meilleur état de santé, et n'hésitent plus à y participer volontairement si l'on en leur donne les moyens.

Nous espérons par ce modeste travail apporter notre contribution à l'amélioration des soins de santé primaires, dont l'une des composantes est l'approvisionnement des populations en M.E. ; en vue d'atteindre l'objectif de "la santé pour tous en l'an 2000" proposée par l'O.M.S.

"La santé constitue cet instrument précieux dont malheureusement beaucoup ne connaissent la valeur qu'après l'avoir perdu".

Et quand on perd sa santé, l'une des plus importantes armes de recours reste le médicament.

Alors "quoi de meilleur que d'avoir régulièrement à sa disposition, où que l'on soit, le médicament sûr et efficace dont on a réellement besoin, au meilleur coût".

A N N E X E 1**NOUVELLE LISTE DES
MÉDICAMENTS ESSENTIELS**

- 189 D.C.I.
- 303 MÉDICAMENTS (Dosage et formes)

LISTE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS - JANVIER 1987

DCI	FORME	DOSAGE
1. ANESTHESIQUES		
ANESTH. GENERAUX + O2		
Diazépam	inj	5 mg/ml
Enflurane	inhalation	
Ether anesthésique	inhalation	
Halothane	inhalation	
Kétamine	inj	50 mg/ml
Oxygène	inhalation	
Penthiobarbital	inj	
Protoxyde d'azote	inhalation	
ANESTH. LOCAUX		
Bupivacaine	inj	0.25 %
Lidocaine	inj	1 %
Lidocaine	inj	2 %
Lidocaine	inj	5 %
Lidocaine + Epinéphrine	inj	2 %
2. ANALGESIQUES-ANTI-PYRETIQUES-A.I.N.S.		
NON OPIOIDES		
Ac. acétylsalicylique	comprimé	100 mg
Ac. acétylsalicylique	comprimé	500 mg
Ac. acétylsalicylique	inj	500 mg
Allopurinol	comprimé	25 mg
Allopurinol	comprimé	100 mg
Diclofenac	comprimé	25 mg
Diclofénac	comprimé	50 mg
Indométacine	gelule	25 mg
Indométacine	suppo	100 mg
Paracétamol	comprimé	500 mg
Paracétamol	poudre	100 mg
Paracétamol	suppo	100 mg
OPIOIDES		
Morphine	comprimé	10 mg
Morphine	inj	10 mg
Péthidine	inj	50 mg

ANTI-BACTERIENS**Penicillines**

Amoxicilline	pdre/susp	25 mg/ml
Amoxicilline	pdre/susp	50 mg/ml
Amoxicilline	comprimé	500 mg
Amoxicilline	inj	1 g
Amoxicilline	inj	0.5 g
Ampicilline	pdre/susp	25 mg/ml
Ampicilline	pdre/susp	50 mg/ml
Ampicilline	comprimé	500 mg
Ampicilline	inj	1 g
Ampicilline	inj	0.5 g
Benzathine pénicilline	inj	0.6 UI
Benzathine pénicilline	inj	1.2 UI
Benzathine pénicilline	inj	2.4 UI
Benzylpénicilline	inj	1 M
Benzylpénicilline	inj	0.5 M
Cloxacilline	pdre/susp	25 mg/ml
Cloxacilline	comprimé	500 mg
Cloxacilline	inj	500 mg
Phénoxyéthylpénicilline	pdre/susp	0.5 UI
Phénoxyéthylpénicilline	comprimé	1 M
Procaine-benzylpénicilline	comprimé	1 M

Autres antibactériens

Chloramphénicol	comprimé	250 mg
Chloramphénicol	inj	1 g
Cotrimoxazole	comprimé	400/80 mg
Cotrimoxazole	suspension	200/40 mg
Erythromycine	comprimé	250 mg
Gentamycine	inj	10 mg/ml
Gentamycine	inj	20 mg/ml
Gentamycine	inj	40 mg/ml
Salazosulfapyridine	comprimé	500 mg
Tétracycline	comprimé	250 mg

Quinine	inj	100 mg
Quinine	inj	200 mg
Quinine	inj	400 mg

7. ANTINEOPLASIQUES IMMUNOSUPPRESSEURS

Busulfan	comprimé	2 mg
Cyclophosphamide	comprimé	25 mg
Cyclophosphamide	inj	500 mg
Fluorouracil	inj	500 mg
Méthotrexate	comprimé	2.5 mg
Méthotrexate	inj	50 mg
Prednisolone	inj	20 mg
Procarbazine	comprimé	50 mg
Vincristine	inj	2 mg
Vincristine	inj	1 mg

8. ANTIPARKINSONIENS

Levodopa	comprimé	500 mg
Trihexyphénidyle	comprimé	5 mg
Trihexyphénidyle	inj	10 mg

9. MEDICAMENTS AGISSANT SUR LE SANG

ANTIANEMIQUES

Acide folique	comprimé	1 mg
Hydroxocobalamine	inj	1 mg
Sel ferreux	poudre	60 mg
Sel ferreux	comprimé	60 mg

ANTICOAGULANTS-ANTAGONISTES

Acénocoumarol	comprimé	4 mg
Héparine calcique	inj	1 MUI/2ml
Héparine calcique	inj	1 MUI/0.3ml
Héparine calcique	inj	1 MUI/0.5ml
Héparine calcique	inj	1 MUI/0.2ml

12. MEDICAMENTS DERMATOLOGIQUES

Ac. benzoique + acide salicylique	pommade	6 % + 3 %
Acetate d'aluminium	solution	13 %
Acide salicylique	solution	5 %
Benzoate de benzyle	lotion	25 %
Bétaméthasone	pommade	0.1 %
Hydrocortisone	pommade	1 %
Lindane	lotion	1 %
Lotion à la calamine	lotion	
Miconazole	pommade	2 %
Néomycine+ bacitracine	pommade	5 mg/500 UI
Nystatine	pommade	0.1 MUI
Oxyde de zinc	pommade	
Tétracycline	pommade	3 %
Violet de gentiane	solution	1 %

**13. PRODUITS A USAGE
DIAGNOSTIQUE****OPHTALMOLOGIE**

Fluoresceine	goutte	1 %
--------------	--------	-----

CONTRASTE RADIOLOGIQUE

Amidotriazoate de méglumine	inj	
Amidotriazoate de sodium	inj	
Baryum sulfate	poudre	
Iopodate de calcium	poudre	
Ioxitalamate de méglumine	inj	
Ioxitalamate de sodium	inj	

14. DESINFECTANTS

Chlorhexidine	solution	5 %
Eosine	solution	
Iode	solution	2.5 %

15. DIURETIQUES

Aldactone	comprimé	50 mg
Amiloride + hydrochlorothiazide	comprimé	5/50 mg
Furosémide	comprimé	40 mg
Furosémide	inj	20 mg
Mannitol	inj	

Lévothyroxine	comprimé	0.1 mg
Lévothyroxine	inj	200 mg

18. PREPARATIONS IMMUNOLOGIQUES

USAGE DIAGNOSTIQUE

Tuberculine purifiée	inj	
----------------------	-----	--

SERUMS

Antitoxine diphtérique	inj	10000 UI
Antitoxine diphtérique	inj	20000 UI
Antitoxine tétanique	inj	50000 UI
Antitoxine tétanique	inj	500 UI
Immunoglobuline Anti D	inj	0.25 mg/ml
Immunoglobuline H. Norm.	inj	
Sérum antirabique hyper	inj	200 UI/ml
Sérums antiscorpions	inj	
Sérums antivenimeux	inj	

VACCINS

Anti-dipht., coquel., tétan., polio.	inj	
Antidiphtérique, antitétanique	inj	
Antipoliomyélitique (vivant atténué)	inj	
Antipoliomyélitique (inactivé)	inj	
Antitétanique	inj	
B.C.G.	inj	
Antiméningococcique	inj	
Antiamaril	inj	
Antirabique	inj	
Antityphoïdique	inj	
Antirougeoleux	inj	

19. MYORELAXANTS ET INHIBITEURS LA CHOLINESTERASE

Alcuronium	inj	5 mg/ml
Gallamine	inj	40 mg/ml
Néostigmine	inj	0.5 mg/ml
Pancuronium	inj	2 mg/ml
Suxaméthonium	inj	50 mg/ml

Chlorpromazine	inj	5 mg/ml
Clomipramine	comprimé	25 mg
Clomipramine	inj	25 mg
Droperidol	inj	0.5 %
Halopéridol	goutte	2 %
Halopéridol	inj	5 mg
Lévomépromazine	goutte	4 %
Lévomépromazine	inj	25 mg
Lévomépromazine	comprimé	100 mg
Lithium carbonate	comprimé	300 mg
Pipotiazine	inj	25 mg/ml
Trihexyphénidyle	comprimé	5 mg
Trihexyphénidyle	inj	10 mg

23. MEDICAMENTS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

ANTIASTHMATIQUES

Acide cromoglicique	comprimé	30 mg
Acide cromoglicique	inhalation	20 mg/dose
Aminophylline	comprimé	100 mg
Aminophylline	comprimé	200 mg
Aminophylline	inj	1 mg/ml
Salbutamol	inhalation	0.1 mg/dose
Salbutamol	inj	50 mg/ml
Salbutamol	sirop	2 mg/5ml

ANTITUSSIFS

Carbocysteine	sirop	
Codeine	comprimé	30 mg

24. ELECTROLYTES

Bicarbonate de sodium	inj	1.4 %
Eau pour P.I.	inj	10 ml
Eau pour P.I.	inj	2 ml
Eau pour P.I.	inj	5 ml

A N N E X E 2

Dans la zone K.B.K. du P.D.S., une étude a prouvé que la liste des M.E. de 1987 permet de couvrir 87,57 % des besoins qualitatifs en médicaments à Kita et 86,51 % à Kéniéba.

B I B L I O G R A P H I E

1. ATTISSO Michel A.
Politiques pharmaceutiques nationales et développement sanitaire dans les pays du Tiers Monde.
2. Amicale des Médecins Pharmaciens et Chirurgien-dentistes
Memorandum sur la privatisation de la profession pharmaceutique au Mali.
Rapport.
3. BARRAS Dominique :
La distribution locale du médicament en zone rurale au Mali :
Résultats d'une enquête portant sur les cercles de Kolokani et Nara.
Thèse ; Pharmacie ; Lyon I ; 1986 ; 149p ; n°183.
4. Bien gérer les médicaments :
La sélection, l'acquisition, la distribution et l'utilisation des produits pharmaceutiques dans les s.s.p.
Paris ; Maloine ; 617p ; 27,5cm ; n°3609.
5. "BOSSARD Consultants" :
Diagnostic et Plan d'action pour la mise en œuvre de la réforme pharmaceutique et la réorganisation de la P.P.M.
Rapport Août - Sept. 1985.
6. DIAGNE Mme Sokhna :
Contribution à l'établissement d'une liste de médicaments essentiels au Sénégal.
Thèse ; Pharmacie ; Dakar ; 1984 ; 129p ; n°54.
7. DIALLO A.
Place et importance des substances pharmaceutiques dans le système de prestation des soins au Mali :
Thèse ; médecine, Bko ; 1977 ; 8.
8. DIARRA Moussa Issa :
Nécessité d'une politique de distribution des médicaments

.../...

en zone rurale.

Mémoire ; Pharmacie ; Bko ; 1978.

9. HAIDARA B. :

Point sur 10 ans de politique d'approvisionnement pharmaceutique des formations sanitaires au Mali.

Bamako ; Pharmapro ; 1980 ; 73p.

10. HAIDARA J. Ababacar :

Socio-démographie, consommation et morbidité hospitalière du Pt G.

Thèse ; Pharmacie ; Bamako ; 1985 ; 94p + annexes ; n°14.

11. KEITA Arouna :

Contribution à l'élaboration d'une politique nationale de pharmacie.

Mémoire ; Pharmacie ; Bko ; 1978 ; 5.

12. MALONGA Adolphine :

Contribution à l'étude de la consommation pharmaceutique au Sénégal.

Thèse ; Médecine ; Dakar ; 1981 ; n°51.

13. MSP-AS - FED - CIDESSCO

Projet de Reforme Pharmaceutique

Projet n° 5605.60.37.043

Bamako - Mali.

2è rapport trimestriel - Janvier 1986

German VELASQUEZ.

14. MSP-AS - FED - CIDESSCO

Projet de Reforme Pharmaceutique

Projet n° 5605.60.37.043

Bamako - Mali.

3è rapport trimestriel

Avril 1986

German VELASQUEZ.

15. MSP-AS

Compte-rendu de l'évolution de la reforme du système pharmaceutique.

Bamako ; Koulouba 19 Juillet 1986.

.../...

16. MSP-AS/MTSEE
Note technique sur le bilan de la reforme pharmaceutique
Bamako - 1987.
17. MSP-AS (Cabinet).
La reforme du système pharmaceutique : orientations - Mise
en œuvre.
Bamako - 1986.
18. MSP-AS
La politique pharmaceutique du Mali et l'approvisionnement
des formations sanitaires en médicaments et matériels tech-
niques.
Bamako - 1983.
19. MSP-AS
ISP-AS : Procès-Verbal de la Commission Nationale d'Approvi-
sionnement en Produits et Matériels Médico-pharmaceutiques
3 Juillet 1985.
20. MSP-AS
Commission Nationale d'Approvisionnement
Procès-Verbal - Appel d'offres n°2-1-1986.
11 Juillet 1986.
21. MSP-AS
Commission Nationale d'Approvisionnement
Compte-rendu des travaux de dépouillement de l'Appel d'Offres
n°3-1-1987.
1er Octobre 1987.
22. MSP-AS
ISP-AS : Note technique complétant le Procès-Verbal de la
Commission Nationale d'Approvisionnement sur l'Appel d'Offres
n°1/1985/PPM.
23. NOVEMBER Andras
Les médicaments et le Tiers Monde
Collection Centre Euro-Tiers Monde (CETIM)
Ed. Pierre Marcel FAVRE.

24. O.M.S.
Soutien de l'O.M.S. à la réforme pharmaceutique du Mali
Rapport d'une mission du 12 au 17 Août 1985.
25. O.M.S. - F.I.S.E.
Rapport de la conférence internationale sur les soins de
santé primaires à Alma Ata (U.R.S.S.).
Du 6 au 12 Sept. 1978.
26. O.M.S.
Médicaments Essentiels : Le Point
n°1 ; n°2 ; n°3 ; n°4 ; n°5.
27. P.D.S. IDA P.108 MLI
Rapport final (phase d'évaluation)
Note de synthèse.
Décembre 1982.
28. P.D.S. IDA 1422 MLI
Point sur le système de recouvrement des coûts dans la zone
du P.D.S.
Novembre 1987.
29. Plan Décennal de Développement socio-sanitaire du Mali
(1981 - 1990).
30. P.P.M.
Analyse financière des bilans arrêtés au 31/12/83 - 84-85-86
et 87.
Par Karim TOURE D.G.A.
31. P.P.M.
Présentation de la P.P.M. (1987).
32. P.P.M.
Synthèse des différents rapports de réflexion sur le rôle de
la P.P.M. dans le cadre de la privatisation des professions
médicales et pharmaceutiques.

33. TRAORE Amara C.
Contribution à l'étude de l'évolution de la pharmacie au Mali.
Thèse ; Pharmacie ; Bko ; 1983 ; n°14.
34. TISSEYRE BARRY et J.R. SOUCARET
Abrégé d'économie du Médicament.
2è éd. ; Paris ; Masson ; 1985 ; 115p ; 21cm ; n°3395.
35. Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique (S.N.I.P.)
Les médicaments en France : Chiffres clés 87
Ed. 1987.
36. VELASQUEZ German
L'industrie du Médicament et le Tiers Monde.
Ed. Harmattan ; Paris ; 1983 ; 207p ; n°2944.
37. Quelle politique de médicaments pour le Mali ?
Rapport de la conférence du Dr H. CISSE (26/05/88)
Bamako ; Centre DJOLIBA.

NOM : TRAORE

PRENOMS : Mamadou S.

TITRE DE LA THESE : Contribution à l'Etude des Médicaments Essentiels
comme facteur de Développement économique et
social.

ANNEE : 1988

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Ecole Nationale de Medecine et de Pharmacie

SECTEUR D'INTERET : Approvisionnement des populations en médicaments.

RESUME :

La reforme pharmaceutique intervenue en 1983 a pour objectif de rendre les médicaments essentiels accessibles sur le double plan géographique et financier pour les populations maliennes. Cinq ans après son adoption, entre autres difficultés ce objectif social s'est heurté à la mission de rentabilité économique assignée à la P.P.M. Au vu de la situation socio-sanitaire et pharmaceutique du pays et grace à l'expérience acquise lors des trois appels d'offres, ce travail s'es efforcé de prouver qu'avec une meilleure politique d'acquisition et de distribution des médicaments essentiels et une large éducation sanitaire, il est possible de réaliser ce double objectif à savoir : livrer les médicaments essentiels à la population au meilleur coût et assurer un developpement économique pour la P.P.M.-

MOTS CLES :

Médicaments essentiels - accessibilités géographique et
financière - P.P.M - rentabilité économique. - *politique sanitaire*

*Pharmacie économique
conservation
évaluation*