

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple Un But Une Foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNÉE 1988

N° 20

IMPORTANCE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS
DANS LE SYSTEME DE RECOUVREMENT
DES COUTS DES SOINS DANS LA ZONE KBK DU PDS

THESE

Présentée et soutenue publiquement le _____ devant

l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Par

Nouhoum COULIBALY

Pour obtenir le Grade de Docteur En Pharmacie

(Diplôme d'Etat)

Examineurs

Président : Pr S. Y. SIMAGA

Membres : {
Dr B. HAIDARA
Dr M. SIMAGA
Dr S. KONATE [Membre et Directeur]

JE TIENS D'ABORD A EXPRIMER MA PROFONDE
GRATITUDE A TOUS CEUX QUI DE PRES OU DE
LOIN ONT CONTRIBUE A L'ELABORATION DE

CE TRAVAIL QUE JE DEDIE :

AU CORPS ENSEIGNANT ET A TOUT LE RESTE DU
PERSONNEL DE

L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE DU MALI
(ANNEE ACADEMIQUE 1987-1988)

Directeur Général Professeur Aliou BA
Directeur Général Adjoint Professeur Bocar SALL
Conseiller Technique Docteur Hubert BALIQUE
Secrétaire Général Mr. Demba DOUCOURE
Econome Mr. Philippe SAYE

D.E.R DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Mamadou Lamine TRAORE..... Chef de DER chirurgie
Générale-Médecine Légale
Professeur Aliou BA Ophtalmologie
Professeur Mamadou DEMBELE Chirurgie Générale
Professeur Abdel K. KOUMARE Chirurgie Générale
Professeur Bocar SALL Orthopédie-Traumatologie
Professeur Sambou SOUMARE Chirurgie Générale

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Alhousséini AG MOHAMED O.R.L
Docteur Nouhoum BA Chirurgie Générale
Docteur Tahirou BA Chirurgie Générale
Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE Urologie
Docteur Salif DIAKITE Gynécologie-Obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO..... Ophtalmologie
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA Odonto Stomatologie
Docteur Amadou Ingré DOLO Gynécologie Obstétrique
Docteur Mamadou DOLO Chirurgie Générale
Docteur Bénitiéni FOFANA Gynécologie Obstétrique
Docteur Mme Fatoumata KONIPO O.R.L
Docteur Mady MACALOU Orthopédie- Traumatologie
Docteur Kalilou OUATTARA Urologie
Docteur Mme SY Aida SOW Gynécologie-Obstétrique
Docteur Etienne STEINER Gynécologie-Obstétrique
Docteur Massaoulé SAMAKE Gynécologie-Obstétrique
Docteur Djibril SANGARE Chirurgie Générale
Soins Infirmiers

3. ASSISTANTS ET CES

Docteur Mme KOUMARE Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Bah KEITA	Pneumologie-Phitisiologie
Docteur Sominta M. KEITA	Drematologie-Léprologie
Docteur Moussa MAIGA	Gastro-Entérologie
Docteur Hamar Alassane TRAORE	Medecine Interne
Docteur Kader TRAORE	Medecine Interne

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEUR AGREGES

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

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Amadou DIALLO	Zoologie-Génétique
Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie

3. DOCTEURS 3^e CYCLE

Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Jacqueline CISSE	Biologie Animale
Professeur Godefroy COULIBALY	T.P Parasitologie
Professeur Yenimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Minérale
Professeur Bouba DIARRA	Microbiologie
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Professeur Niamanto DIARRA	Mathématiques
Professeur Moussa HARAMA	Chimie Organique Minérale
Professeur Mamadou KONE	Anatomie Physiologie Humaine
Professeur Bakary SACKO	Biochimie
Professeur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Salilou SANAGO	Physique
Professeur Mme THIAM Aissata SOW	Biophysique
Professeur Souleymane TRAORE	Physiologie Générale

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur Abderhamaine Sidéye MAIGA	Parasitologie
Docteur Yéya MAIGA	Immunologie

5. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Hama CISSE Chimie Générale
Docteur Gaoussou KANOUTE Chimie Analytique

6. ASSISTANTS

Docteur Flabou BOUGOUDOGO T.P. Microbiologie
Docteur Amadou TOURE Histologie-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. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Souleymane DIA Pharmacie Chimique
Docteur Boukassoum HAIDARA Législation et Gestion
Pharmaceutiques
Docteur Boubacar KANTE Pharmacie Galénique
Docteur Elimane MARIKO Pharmacodynamie

3. DOCTEUR 3^e CYCLE

Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU Pharmacie Galénique

4. ASSISTANT

Docteur Drissa DIALLO Matière Médicale

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR AGREGE

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

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINQUES

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

3. CHARGES DE COURS

Monsieur Ibrahim CAMARA Hygiène du Milieu
(Ingenieur Sanitaire)
Monsieur Cheick Tidiani TANDIA Hygiène du Milieu
(Ingenieur Sanitaire)
Madame MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
(Ingenieur Sanitaire)

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Docteur Guy BECHIS Biochimie
Professeur Jean Pierre BISSET Biophysique
Professeur GENIAUX C.E.S Dermatologie
Professeur Alain GERAULT Biochimie
Professeur Humbert GIONO-BARBER Pharmacodynamie
Professeur Mme Paulette GIONO-BARBER Anatomie-Physiologie
Humaines
Professeur LAGOUTTE C.E.S Ophtalmologie
Docteur Alain LAURENS Pharmacie Chimique
Professeur Francis MIRANDA Biochimie
Professeur Jean Pierre REYNIER Pharmacie Galénique
Professeur Michel QUILLICI Immunologie
Docteur Marie Helène ROCHAT Pharmacie Galénique
Docteur François ROUX Biophysique
Professeur Oumar SYLLA Pharmacie Chimique
Professeur Philippe VERIN C.E.S Ophtalmologie
Monsieur El Hadj Mokhtar WADE Bibliographie

3. CHARGES DE COURS

Monsieur Ibrahim CAMARA Hygiène du Milieu
(Ingenieur Sanitaire)
Monsieur Cheick Tidiani TANDIA Hygiène du Milieu
(Ingenieur Sanitaire)
Madame MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
(Ingenieur Sanitaire)

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Docteur Guy BECHIS Biochimie
Professeur Jean Pierre BISSET Biophysique
Professeur GENIAUX C.E.S Dermatologie
Professeur Alain GERAULT Biochimie
Professeur Humbert GIONO-BARBER Pharmacodynamie
Professeur Mme Paulette GIONO-BARBER..... Anatomie-Physiologie
Humaines
Professeur LAGOUTTE C.E.S Ophtalmologie
Docteur Alain LAURENS Pharmacie Chimique
Professeur Francis MIRANDA Biochimie
Professeur Jean Pierre REYNIER Pharmacie Galénique
Professeur Michel QUILLICI Immunologie
Docteur Marie Helène ROCHAT Pharmacie Galénique
Docteur François ROUX Biophysique
Professeur Oumar SYLLA Pharmacie Chimique
Professeur Philippe VERIN C.E.S Ophtalmologie
Monsieur El Hadj Mokhtar WADE Bibliographie

L'HONNEUR DE CE TRAVAIL REVIENT A VOUS TOUS.

A TOUS CEUX QUI SOUFFRENT
ET QUI N'ONT PAS ENCORE
ACCES AUX SOINS MEDICAUX :

Votre droit à la santé donne
à ce travail tout son sens.

A MON PERE ,
A MA MERE ,
A MES ONCLES ET TANTES ,
A TOUS MES PARENTS ,

Vous avez bien compris qu'éduquer
un enfant, c'est aussi lui apprendre
à être utile à son peuple .

A TOUT LE PERSONNEL DE LA CELLULE
DE COORDINATION DU P.D.S. (BAMAKO)
A TOUT LE PERSONNEL MEDICAL ET
PARA-MEDICAL DE LA ZONE K.B.K.
DU P.D.S.

Vous m'avez fourni des idées
et prodigué des encouragements.
Que vous en soyez tous
remerciés.

A MES AMIS

DOCTEUR HOUE Chomperé
DOCTEUR COULIBALY Tinzana
DOCTEUR COULIBALY Seydou
DOCTEUR GOINA Adama

Vous avez su nous donner le
meilleur exemple à suivre.

A mes amis

Moustapha DIALLE, Mamadou S. TRAORE,
Doubou COULIBALI, Rémi Efé ARAMA,
Docteur Koumouzan DELBELE, Mohamed COULIBALI,
Hassim COULIBALI

A tous mes collègues de l'E.N.M.P.

Vous avez toujours su créer un
environnement stimulant et
propice au travail.

A TOUS LES MEMBRES DU JURY :

Le Professeur SIMAGA (Sidi Yaya)
Chef de D.E.R. de Santé publique
à l'E.N.M.P.

Votre souci du travail accompli
La qualité de votre enseignement
font de vous un grand maître
incontestable.

Le Docteur SIMAGA (Mamadou)
Inspecteur chargé de la pharmacie

Dès la première rencontre, nous
avons été marqués par votre carac-
tère rationnel et votre très
grande disponibilité.

Trouvez ici l'expression de notre
sincère reconnaissance.

Le Docteur HAIDARA (B.)
Conseiller au Ministère de la
Santé Publique et des Affaires Sociales

Toutes nos rencontres avec
vous ont été enrichissantes
et nous ne pouvons nous
empêcher d'admirer votre
grand enthousiasme et le sens
que vous avez des rapports
sociaux.

MON DIRECTEUR DE THESE

Le Docteur KONATE (Sanoussi)
Directeur du P.D.S.

En nous proposant ce sujet, nous avons compris par là
votre très grande détermination à améliorer l'état de
santé de nos populations.

Au cours des travaux, vous avez été pour nous non seu-
lement un guide mais aussi un soutien moral et financier.
En plus ce travail a été pour nous l'occasion de décou-
vrir vos multiples qualités, tant sur le plan intellec-
tuel que sur le plan social.

Je vous prie de croire à mon profond respect.

TABLE DES MATIERES

	Pages
<u>Introduction</u>	1
<u>Première Partie :</u>	
Présentation de la zone K.B.K. du P.D.S.	3
<u>Deuxième Partie :</u>	
Contexte lié à la mise en expérimentation d'un système de recouvrement des coûts des soins dans la zone K.B.K. du P.D.S.	9
<u>Troisième Partie :</u>	
Processus du choix du type de recouvrement en expérimentation dans la zone K.B.K. du P.D.S.	17
<u>Quatrième Partie :</u>	
Expérience de recouvrement des coûts des soins dans les C.S.C. de Kita, Bafoulabé et Kéniéba	24
<u>Cinquième Partie :</u>	
Les médicaments utilisés dans les C.S.C. de la zone K.B.K. du P.D.S.	35
<u>Sixième Partie :</u>	
Variation du Taux de recouvrement en rapport avec l'uti- lisation des produits obtenus par appel d'offres	41
<u>Conclusion</u>	49
<u>Annexes</u>	51
<u>Bibliographie</u>	61

TABLE DES TABLEAUX

	Page
Tableau Io : Population de la Zone K.B.K.	5
Tableau I1 : Tarifs pratiqués avant le S.R.C. actuel	20
Tableau I2 : Tarifs fixés dans les C.S.C.	26
Tableau II : Equilibre Recettes/Dépenses dans les C.S.C.	32
Tableau III : Valeurs de C1, C2, C3 dans le C.S.C. de Kita (dépenses en produits d'appels d'offres)	43
Tableau IV : Dépenses en produits des appels d'offres (C.S.C. de Bafoulabé et Kéniéba)	45
Tableau V : Amélioration apportée au taux de recouvrement par les produits des appels d'offres	46
Tableau VI :: Taux de recouvrement possible si les produits des appels d'offres avaient été régulièrement disponibles	47
Tableau VII : Médicaments utilisés dans les trois C.S.C. de la zone K.B.K.	52
Tableau VIII: Dépenses en médicaments des C.S.C. de la zone K.B.K. pendant la période de Juin 87 à Mai 88	56
Tableau IX : Recettes réalisées par les C.S.C. de la zone K.B.K. pendant la période de Juin 87 à Mai 88	57
Liste produits d'appels d'offres n°1	59
Liste produits d'appels d'offres n°2	60

QUELQUES ABBREVIATIONS UTILISEES

M.E.	: Médicaments Essentiels
M.N.E.	: Médicaments non Essentiels
K.B.K.	: Cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba
P.D.S.	: Projet de Développement Sanitaire
PHARMAPRO	: Pharmacie d'Approvisionnement
P.P.M.	: Pharmacie Populaire du Mali
O.M.P.	: Office Malien de Pharmacie
U.M.P.P.	: Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques
D.C.I.	: Dénomination Commune Internationale
S.S.P.	: Soins de Santé Primaires
C.S.C.	: Centre de Santé de Cerele
O.C.A.	: O. Centrale d'Achat
U.D.P.M.	: Union Démocratique du Peuple Malien
M.S.P./AS	: Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales
F.E.D.	: Fonds Européen de Développement
U.S.A.I.D.	: Agence Américaine pour le Développement International
F.A.C.	: Fonds d'Aide de Coopération Française
O.M.S.	: Organisation Mondiale de la Santé

Les numéros entre parenthèses se réfèrent à la partie bibliographique

I N T R O D U C T I O N

... avec de bien petits moyens on peut, lorsqu'on le
désire ardemment, à la fois -agir et servir-.

Docteur R. TRIEU
(Rédacteur en chef du "Pharmacien rural")

Au moment de son accession à la souveraineté nationale, notre pays (le Mali) disposait d'un établissement pharmaceutique chargé du ravitaillement des formations sanitaires en médicaments, produits chimiques, réactifs de laboratoire, matériel médico-chirurgical et objets de pansements. Il s'agissait de la PHARMAPRO (Pharmacie d'Approvisionnement). Ce ravitaillement se faisait sur crédit médicament, alloué annuellement au titre du budget national. Les produits étaient distribués gratuitement aux malades.

En 1983, est intervenue une réforme pharmaceutique dont l'objectif essentiel est de rendre le médicament disponible aux populations sur le double plan financier et géographique; l'Etat ne pouvant pas continuer à fournir les soins gratuitement à l'ensemble de la population, la politique de participation des populations à leur propre santé a été adoptée et dans ce cadre, des expériences de recouvrement des coûts des soins sont actuellement en cours à travers le pays (région de Gao, Mopti, Kayes).

La présente étude est consacrée à l'expérience appelée Système de recouvrement des coûts des soins dans la zone K.B.K. (cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba) dans le cadre des activités du P.D.S. (Projet de Développement Sanitaire).

Elle a pour objectif de déterminer en quoi une promotion des Médicaments Essentiels peut servir de soutien favorable au recouvrement des coûts des soins.

Elle comportera six parties :

- La première partie sera une présentation de la zone K.B.K. du P.D.S.
- La deuxième partie présentera le contexte général lié à la mise en expérimentation d'un système de recouvrement des coûts des soins dans la zone K.B.K. du P.D.S.

.../...

- Dans la troisième partie, nous passerons en revue le fonctionnement des C.S.C. de Kita, Bafoulabé et Kéniéba avant les activités du P.D.S. et les solutions alternatives qui ont été proposées pour le recouvrement des coûts des soins dans la zone.
- La quatrième partie présentera l'expérience de recouvrement des coûts des soins dans les C.S.C. de Kita, Bafoulabé et Kéniéba dans le cadre des activités du P.D.S.
- La cinquième partie sera consacrée aux types de médicaments utilisés dans les trois C.S.C. de la zone K.B.K. du P.D.S.
- Dans la dernière partie, seront analysées les variations du taux de recouvrement liées à la disponibilité des produits des appels d'offres.

.../...

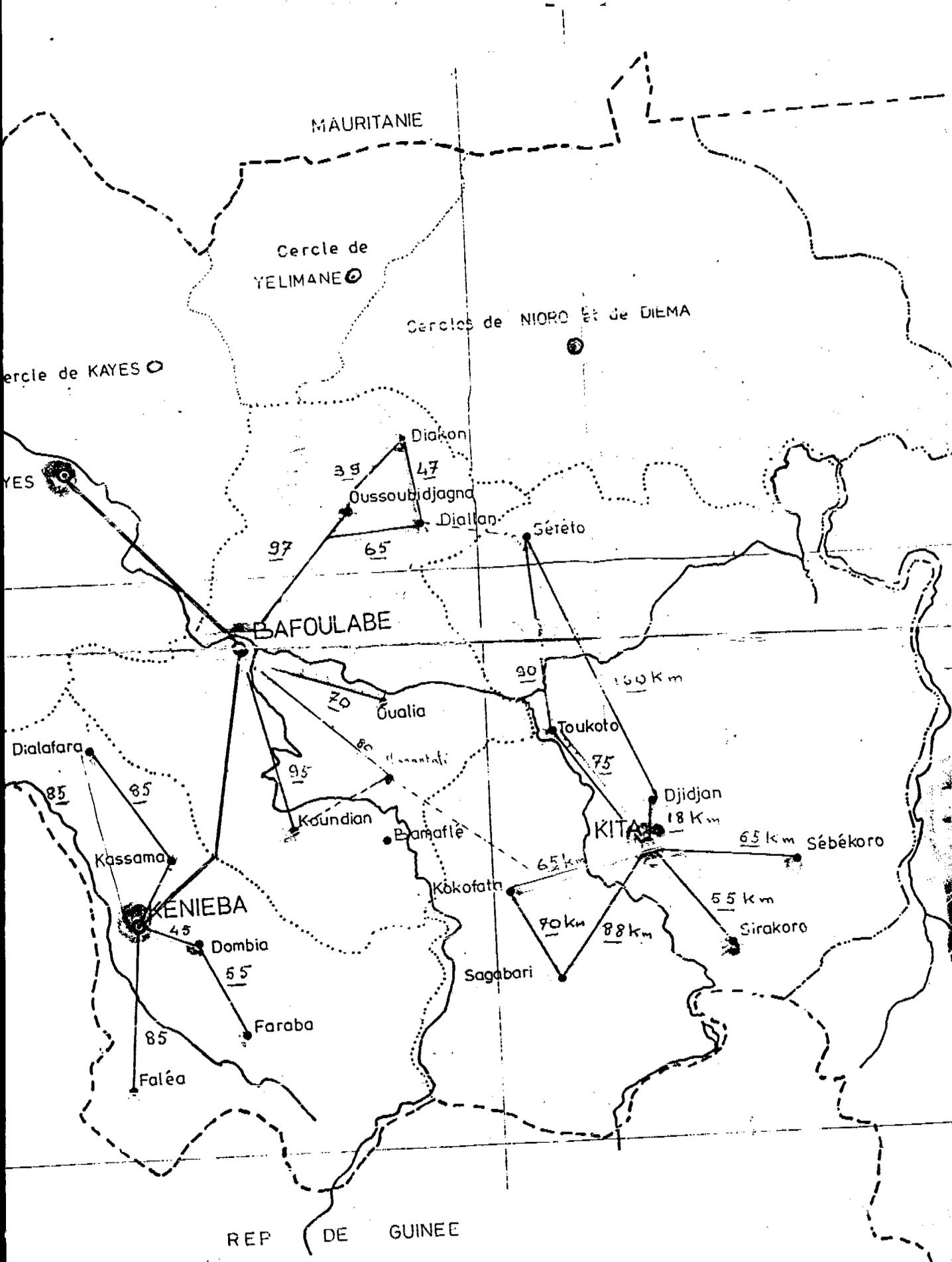
PREMIERE PARTIE



Présentation de la zone K.B.K. du P.D.S.

CERCLES DE KITA, BAFOULABE et KENIEBA

3 (015)



Legende

- Chefs lieux de cercle
- Chefs lieux d'arrondissement

La zone du Projet P.D.S. (Projet de Développement Sanitaire) occupe la partie Sud de la région de Kayes et s'étend sur trois cercles qui sont les cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba d'où la dénomination zone K.B.K. du P.D.S.

Le cercle de Kita est limité au Sud par la Guinée Conakry, au Nord par le cercle de Diéma, à l'Est par la région de Koulikoro, à l'Ouest par les cercles de Kéniéba et Bafoulabé.

Les limites géographiques du cercle de Bafoulabé sont : au Sud le cercle de Kéniéba, au Nord les cercles de Yélimané, de Nioko et de Diéma, à l'Est le cercle de Kita, à l'Ouest le cercle de Kayes.

Le cercle de Kéniéba fait frontière avec la Guinée au Sud et le Sénégal à l'Ouest. Il est limité au Nord, Nord-Est et Est respectivement par les cercles de Kayes, Bafoulabé et Kita.

Le relief très morcelé, est formé d'une succession de plateaux séparés par des bassins et des plaines. Le mont manding culmine au Sud (frontière guinéenne) sur 800 mètres et se termine par la falaise du Tabouara qui domine la plaine de la Falémé. Au Nord, le mont manding se prolonge par le massif du Kaarta.

En ce qui concerne le réseau hydrographique, le fleuve Sénégal traverse la zone. Il prend sa source dans le massif du Fouta Djallon en Guinée vers 900 mètres d'altitude. Il est appelé Bafing (le fleuve noir) dans son cours supérieur jusqu'à Bafoulabé où il reçoit le Bakoye (fleuve blanc) lui-même grossi par le Baoulé (fleuve rouge). La Falémé limite la zone à l'Ouest.

Quant au climat, il est marqué par deux saisons : une saison sèche et une saison des pluies. Au sud de la zone, les pluies s'étalent sur six mois (de Mai à Octobre); au Nord elles s'étalent seulement sur trois mois (de Juillet à Septembre).

Dans le domaine de la végétation, on peut distinguer du Sud au Nord trois zones :

- la zone soudano-guinéenne (au Sud) correspond à une mosaïque de forêts clairsemées et de savanes.

- la zone soudanienne est caractérisée par une forêt claire qui se dégrade progressivement en une savane plus ou moins riche en ligneux lorsque la pluviométrie diminue.
- la zone sahélo-soudanienne est rencontrée à l'extrême nord de la zone où la strate arborée disparaît au profit de la strate arbustive.

Plusieurs ethnies cohabitent dans la zone K.B.K. du P.D.S. parmi lesquelles des Malinkés, des Soninkés, des Khassonkés, des Dialonkés et des Bambaras.

Les résultats du dernier recensement de la population des trois cercles sont portés au tableau Io.

Tableau Io : Population de la zone K.B.K. du P.D.S.

Cercles	nombre arrêts	nombre villages	superficie (km ²)	Population (1987) *	densité hts/km ²
Kita	8	305	35.300	233.906	6,6
Bafoulabé	8	256	20.120	143.939	7,5
Kéniéba	6	195	14.810	101.788	6,6
TOTAL	22	756	72.230	479.633	6,6

* source : Résultats provisoires du recensement général de la population (1987).

Le plus grand cercle est le cercle de Kita (35.300 km², deux fois plus vaste que Kéniéba) mais les densités sont presque uniformes dans la zone.

Les activités économiques de cette population sont : l'agriculture, l'élevage, la pêche, la chasse et la cueillette. L'or de Kéniéba est exploité par des orpailleurs selon les méthodes traditionnelles.

La S.E.P.A.M.A. (Société d'Exploitation des Produits Arachidiens du Mali) a installé une huilerie à Kita. Elle produit également de la pâte d'arachide.

Le barrage de Manantali en construction sur le Bafing, représente un grand potentiel économique dans la zone.

Il existe dans la zone d'autres projets parmi lesquels nous pouvons citer :

- O.D.I.P.A.C. : Opération de Développement Intégré pour l'Arachide et les Cultures.
- O.D.I.K. : Opération de Développement Intégré du Kaarta.
- O.C.P. : Programme conjoint de lutte contre l'onchocercose.

Dans le cadre des voies de communication nous notons une très grande insuffisance. Les routes déjà difficiles en saison sèche, deviennent impraticables pendant la saison des pluies. Le chemin de fer qui traverse la région en passant par Kita et Bafoulabé (Mahina) est vétuste et saturé. Les transports aériens et fluviaux sont inexistants. Les télécommunications sont déplorables, seul le réseau administratif (R.A.C.) est en état de bon fonctionnement.

En plus de l'enclavement, les résultats de l'enquête épidémiologique effectuée par l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie (E.N.M.P.) semblent justifier le choix de cette zone dans le cadre des activités du projet P.D.S.

Cette enquête épidémiologique effectuée par l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie dans les cercles Kita - Bafoulabé - Kéniéba (10) à la demande du P.D.S. et de la Banque Mondiale, avait deux objectifs :

- analyser rigoureusement les différents problèmes sanitaires de la région pour dégager les actions prioritaires à entreprendre ;
- mesurer précisément le niveau de santé des populations.

Elle a mobilisé plus de 60 personnes (enseignants de l'E.N.M.P. médecins et spécialistes, étudiants en fin de cycle, infirmiers techniciens) et s'est déroulée du 30 Avril au 3 Juin 1981 portant sur un échantillon aléatoire de 3.300 personnes réparties sur 15 villages. La zone avait été découpée en 15 zones homogènes de même population.

Le tirage au sort d'un village a été fait dans chaque zone. Et dans chaque village, un tirage au sort des familles à examiner a été fait jusqu'à concurrence de 200 personnes (minimum).

Une enquête complémentaire a eu lieu en Décembre 1981 dans les mêmes villages et chez les mêmes sujets que la grande enquête de Mai 1981. Elle devrait permettre de compléter l'enquête paludométrique, de fournir des renseignements démographiques importants (décès, naissance, migration entre les deux enquêtes), de donner une idée de l'incidence réelle de certaines affections aiguës.

D'après les résultats qui ont été publiés nous pouvons noter que :

- concernant la répartition socio-professionnelle, toutes les femmes se sont déclarées ménagères et 97 % des hommes adultes cultivateurs.
- au sujet de la mortalité intra-utérine, 1,2 % des grossesses se terminent par un avortement et 3 % par l'accouchement d'un enfant mort-né.
- quant à la mortalité dans l'enfance des enfants nés entre 1970 et 1978, sur 1000 enfants nés vivants, 255 meurent avant un an
367 meurent avant 5 ans.
386 meurent avant 10 ans
et que six étiologies expliqueraient près de 65 % des décès avant 10 ans :
 - . paludisme pernicieux (27,0 %)
 - . troubles digestifs, diarrhées notamment (14,1 %)
 - . rougeole (9,7 %)
 - . affections broncho-pulmonaires (8,7 %)
 - . tétanos ombilical et méningites néonatales (3,6 %)
 - . méningites (1,5 %)

En plus de cette grande mortalité infantile, il faut noter :

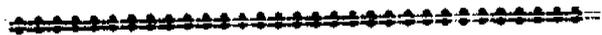
- l'importance de la mortalité obstétricale (28,7 % des décès féminins) ;
- une courte espérance de vie à la naissance. Elle a été estimée à 33 ans contre 48 ans au niveau national ;
- l'inaccessibilité aux soins : de 1980 à 1981, 75 % de ces populations n'ont bénéficié d'aucun soin médical.

.../...

Tous ces résultats semblent justifier la nécessité d'un système de prestation de soins adéquats pour ces localités.

.../...

DEUXIEME PARTIE



Contexte lié à la mise en expérimentation du

Système de recouvrement des coûts

dans la zone K.B.K. du P.D.S.

La politique sanitaire actuelle du Mali, dont la stratégie repose sur les soins de santé primaires ayant comme objectif social "La santé pour tous en l'an 2000", reste conforme à l'option prise en la matière depuis l'accession du pays à l'indépendance.

Déjà en 1964, le premier Séminaire de la Santé Publique et des Affaires Sociales définissait les grandes orientations de l'action sanitaire à entreprendre comme suit (30) :

- atteindre un plus grand nombre de malades à guérir ou d'hommes valides à protéger ;
- protéger la mère et l'enfant ;
- porter l'action curative, préventive et éducative au coeur des masses rurales ;
- former un personnel adapté aux réalités locales ;
- renforcer la capacité de planification.

Le deuxième Séminaire National des Travailleurs de la Santé Publique et des Affaires Sociales (en 1978), au regard de la situation sanitaire toujours préoccupante et suite aux recommandations de la conférence d'Alma Alta (septembre 1978) sur les soins de santé primaires, adopta la politique de l'objectif social de "La santé pour tous en l'an 2000" basée sur la stratégie des soins de santé primaires.

En 1979, le Congrès constitutif de l'Union Démocratique du Peuple Malien (U.D.P.M.) apporta sa caution officielle à la nouvelle politique qui, en d'autres termes, signifie que chaque citoyen, quelque soit le lieu où il se trouve, pourra mener une vie socialement et économiquement productive, c'est à dire :

- avoir une alimentation équilibrée ;
- avoir accès aux soins les plus adaptés à ses besoins ;

.../...

- vivre dans un milieu sain ;
- se prémunir contre les affections redoutables ;
- accéder à des conditions d'existence acceptables du point de vue de l'hygiène alimentaire, corporelle et de l'habitat.

A l'échéance 1990, certains objectifs spécifiques devront être atteints (Plan décennal de Développement socio-sanitaire du Mali 1981-1990) parmi lesquels :

- l'immunisation de tous les enfants de zéro à six ans contre la rougeole, la poliomyélite, la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche ;
- l'approvisionnement en eau saine et en quantité suffisante pour l'ensemble de la population ;
- l'élimination de toutes les formes de malnutrition ;
- le contrôle de toutes les endémies majeures ;
- l'extension de la couverture sanitaire à la majeure partie de la population en portant l'effort en direction des plus démunis.

Quant au mode de financement du système sanitaire, la répartition des charges de santé telle qu'elle a été préconisée par le Séminaire de 1978 est la suivante (15) :

- l'autofinancement pour les actions purement villageoises ;
- les collectivités locales pour la prise en charge des rémunérations des agents du niveau périphérique (matrones, aides soignants) ;
- l'Etat pour les autres dépenses, notamment les frais de supervision, la construction, l'entretien et l'équipement des locaux de santé, les frais de traitement pour les urgences, le traitement des malades hospitalisés auxquels les médicaments devraient être distribués gratuitement grâce à un réseau public du médicament qui était animé par la PHARMAPRO.

Cette pharmacie d'approvisionnement (PHARMAPRO) avait été créée depuis 1945 pour les besoins des troupes coloniales (36). Après l'indépendance elle fut chargée de l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments, produits chimiques, réactifs de laboratoire, matériel médico-chirurgical et objets de pansement. Elle était dirigée par un pharmacien-chef. Avec le bouleversement de l'ordre économique mondial, et plus particulièrement avec les difficultés financières du pays, cette pharmacie qui ravitaillait les formations sanitaires sur crédit médicament alloué annuellement au titre du budget national, ne parvenait plus à honorer ses engagements vis-à-vis des fournisseurs étrangers. La politique de distribution gratuite du médicament au niveau des formations sanitaires n'était plus compatible avec une politique de redressement économique du pays (la PHARMAPRO a cessé d'exister en 1981 et l'Office Malien de Pharmacie -l'O.M.P.- fut créé).

Ainsi, après une étude approfondie de ces différents points, le Gouvernement, lors d'une réunion de Conseil des Ministres tenue le 23 Mars 1983, approuva le dossier d'une réforme pharmaceutique nationale (36) dont l'objectif essentiel est de rendre le médicament accessible aux populations sur le double plan financier et géographique.

En effet, le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (M.S.P./AS) en vue de déterminer les conditions dans lesquelles le médicament pourrait être disponible sur tout le territoire du Mali à un prix abordable pour les populations, avait entrepris une large étude du secteur pharmaceutique de Décembre 1981 à Avril 1982 avec le concours financier du Fonds Européen de Développement (F.E.D.), de l'Agence Américaine pour le Développement International (U.S.A.I.D.), de la Banque Mondiale et du Fonds d'Aide de Coopération Française (F.A.C.) (13).

L'étude a porté essentiellement sur le diagnostic du secteur pharmaceutique et la proposition d'une série de solutions alternatives.

.../...

Selon les résultats de cette étude, plus de 60 % des médicaments en circulation sur le marché malien en 1981 étaient constitués par des médicaments non essentiels et il y avait une tendance très prononcée à la sur-prescription, en raison de la faiblesse des moyens de diagnostic conduisant les agents de santé au traitement symptomatique par "tâtonnement", d'une anarchie dans la prescription et de la mauvaise information des prescripteurs.

Dans le cadre de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments, l'étude a noté :

- l'impossibilité à brève échéance pour l'Etat d'être en mesure de couvrir l'essentiel de la consommation de médicaments ;
- la forte concentration des points de vente dans le district de BAMAKO :
59 % de la population (Bamako, Ségou, Sikasso et Mopti) aurait réalisé 93 % du chiffre d'affaires de la P.P.M. en 1980.

Quant au prix des médicaments, l'étude a rapporté que les médicaments au Mali coûtaient plus cher que dans d'autres pays voisins. Ce qui serait imputable à :

- un système d'importation qui ne fait pas suffisamment appel à la concurrence, et ne permet pas l'obtention des prix d'achat les plus favorables ;
- l'importation d'une gamme trop étendue de produits non essentiels, qui ne permet pas de gérer un système d'achat avantageux (plus de 2000 spécialités sur le marché) ;
- le paiement de taxes élevées d'importation.

La même étude rapporte que 80 % des Maliens n'ont accès qu'à la médecine traditionnelle.

C'est suite à ces différents résultats et après un examen des trois propositions alternatives présentées par l'étude que le Gouvernement s'était prononcé (page 11) en faveur de la proposition qui consistait à la réorganisation (appelée réforme pharmaceutique) du système

pharmaceutique de la manière suivante :

- la pharmacie populaire du Mali (P.P.M.) sera chargée de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments sur tout le territoire national ;
- l'Office Malien de Pharmacie (O.M.P. : il a cessé d'exister depuis 1997), s'occupera de la production locale. A cet organisme l'étude proposait de rattacher l'Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques (U.M.P.P.), le laboratoire des solutés massifs et le Centre de médecine traditionnelle ;
- l'inspection des pharmacies (au sein de l'inspection de la Santé Publique et des Affaires Sociales) prendra à son compte la planification, l'information et le contrôle du secteur pharmaceutique.

En plus de la réorganisation, des mesures d'accompagnement ont été proposées. Les plus importantes sont :

- l'adoption d'une liste restrictive de Médicaments Essentiels qui peut être révisée tous les deux ans ;
- la diffusion auprès des prescripteurs d'un manuel de traitement et d'un formulaire thérapeutique, et la prescription en D.C.I. ;
- l'amélioration de la capacité de diagnostic des formations sanitaires pour la rénovation 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 ;
- le développement d'un réseau de distribution, principalement au niveau périphérique par la mise en place de dépôts d'arrondissement et de pharmacies villageoises ;
- l'étude et la mise en place de mécanismes d'acquisition et de distribution des médicaments au niveau des formations sanitaires qui garantissent leur renouvellement.

Selon le rapport écrit de l'étude pour la réforme pharmaceutique, les résultats escomptés par la mise en oeuvre sont :

.../...

- l'amélioration et la rationalisation économique de la prescription ;
- une meilleure disponibilité des Médicaments Essentiels grâce à l'adoption de la liste des Médicaments Essentiels en D.C.I. ,
- une meilleure coordination du développement sanitaire grâce au développement concerté du réseau de distribution des médicaments avec le Département de la Santé (nous signalons que la P.P.M. est rattachée au M.S.P./AS depuis Juin 1988 ;
- assurer le budget pour le renouvellement de l'approvisionnement en médicaments par l'adoption du principe du médicament payant dans le secteur public, où la distribution se faisait auparavant gratuitement.

Pour atteindre ces résultats, certaines dispositions ont été prises parmi lesquelles :

- 1°) Le décret N°51/P.G.-RM du 17 Mars 1984 portant sur l'adoption d'un formulaire thérapeutique et d'un manuel de traitement. (cet ouvrage a été élaboré par le M.S.P./AS mais sa diffusion ne semble pas avoir été suffisante).
- 2°) Le décret N°85/P.G.-RM du 2 Mai 1984 établissant la liste des Médicaments Essentiels, et en accorde le monopole de l'importation à la P.P.M., monopole que le protocole d'accord de cogestion sino-malienne de la P.P.M. a étendu à tous les produits pharmaceutiques sauf vétérinaires. Ce décret exonère d'impôts et de taxe douanière les Médicaments Essentiels.
- 3°) L'arrêté N°2849/M.E.E.P./CAB portant sur la création d'une Commission Nationale d'Approvisionnement en produits et matériel médico-pharmaceutique (13 Juin 1984). Cette Commission doit s'occuper essentiellement de :
 - l'élaboration d'un programme annuel d'approvisionnement de la P.P.M. en produits pharmaceutiques ;
 - la détermination de la procédure d'acquisition de ces produits ;
 - la fixation du prix de vente des médicaments.

4°) L'ordonnance N°84-17/P.G.-RM du 15 Juin 1984 portant sur la création de l'inspection de la Santé Publique et des Affaires sociales.

Elle est chargée de contrôler et d'inspecter les activités des organismes opérant dans le domaine pharmaceutique sur l'ensemble du territoire national.

5°) L'arrêté N°1639/MSP/AS / METSEE / MF.C du 19 Mars 1986 portant homologation du prix de vente des "Médicaments Essentiels".

6°) L'organisation des appels d'offres :

Le Gouvernement, dans le cadre de la coordination financière de la réforme pharmaceutique, a sollicité l'intervention de plusieurs sources de financement (U.S.A.I.D., F.E.D., Banque Mondiale, I.D.A.). Seul un accord de crédit a pu être conclu avec I.D.A. pour un montant de deux millions de dollars US (soit 750 millions de Francs CFA) devant être mobilisé pour l'achat des Médicaments Essentiels au profit de la P.P.M. Les fruits des ventes devraient être reversés dans un compte spécial de la Banque de Développement du Mali (B.D.M.). L'objectif de cette opération est de permettre à la pharmacie populaire de maîtriser les appels d'offres pour mettre en concurrence les différents fournisseurs, dans la perspective de baisser les prix des "Médicaments Essentiels" en vue de les rendre accessibles financièrement (16).

A ce jour, trois appels d'offres ont été organisés dans le cadre des activités du P.D.S. :

- le premier appel d'offres a été organisé en 1985.

Il concernait 39 "Médicaments Essentiels" d'une valeur globale de 238.630.960 F CFA.

- le deuxième appel d'offres a été organisé en 1986.

Il concernait 48 médicaments et objets de pansement pour une valeur globale de 340 millions de Francs CFA.

- le reliquat du crédit I.D.A. a servi pour organiser le troisième appel d'offres en 1987 pour un montant de : 511.651.925 F CFA et qui devrait comprendre : (16)

.../...

- * participation Banque Mondiale : 413.691.925 F CFA
- * participation fonds propre P.P.M. : 97.960.000 F CFA

Parmi les difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre de la politique des Médicaments Essentiels, certaines sont imputables à l'insuffisance du crédit destiné à l'achat de ces produits. Ce crédit avait une valeur totale de deux millions de dollars US, soit 750 millions ~~lions~~ de Francs CFA (le chiffre d'affaires de la P.P.M. dépasse 6 millions de Francs CFA).

Ainsi les produits acquis n'ont pu atteindre toute la population de notre pays. Ils ne devraient être distribués pour un départ que dans le district de Bamako et les cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba (zone K.B.K. du P.D.S.).

Comme autres dispositions dans la mise en oeuvre de la réforme pharmaceutique dont le dossier a été approuvé par le Gouvernement le 23 Mars 1983, nous pouvons citer les expériences pilotes de systèmes de distribution des médicaments qui sont actuellement en cours dans différentes régions. Il s'agit des systèmes "Magasins-Santé" à Gao (recevant l'appui des "Médecins sans frontière") et Mopti (recevant l'appui des "Médecins du monde") et du système de recouvrement des coûts des soins dans la région de Kayes et dans le cadre des activités du P.D.S. (Projet de Développement Sanitaire).

La présente étude est consacrée à ce dernier système appelé plus précisément "Système de Recouvrement des Coûts des Soins dans la zone K.B.K. du P.D.S."

Ce système a été choisi par les conseils de gestion parmi trois solutions alternatives proposées par une mission technique du M.S.P./AS.

.../...

TROISIEME PARTIE



Processus du choix du type de recouvrement

en expérimentation

dans la zone K.B.K.

En 1981, des dispositions réglementaires ont été prises pour l'organisation et le fonctionnement des Conseils de Gestion et des Comités techniques des C.S.C. (Arrêté N° 1380/M.S.P./AS - CAF du 23 Avril 1981).

En effet, les Conseils de Gestion sont chargés de donner leur avis sur les programmes d'actions sanitaires; de faire des propositions et des suggestions; de contrôler l'exécution des programmes en rapport avec les ressources mises à la disposition des Centres de Santé et de promouvoir toute action tendant à améliorer leur fonctionnement.

Les Conseils de Gestion des C.S.C. ont la composition suivante :

Président : le Commandant de Cercle

Membres :

- un représentant de la section de l'U.D.P.M.
- un Député à l'Assemblée Nationale
- une représentante de l'union locale des femmes
- un représentant de l'Union Nationale des Jeunes du Mali (U.N.J.M.)
- un représentant de l'Union locale des Syndicats
- le Médecin-chef du C.S.C.
- le Chef de service de l'Hygiène Publique et de l'Assainissement
- le Chef du Service Social
- le Chef du Secteur de l'Elevage
- le Secrétaire comptable du C.S.C.
- le représentant de la Coopération
- le représentant de l'Association des Parents d'Elèves
- le représentant des Associations Nationales de Bienfaisance

Sont membres de droit :

- le Directeur Régional de la Santé Publique
- le Pharmacien Régional

Quant aux Comités techniques, ce sont des organes internes aux formations sanitaires. Ils sont chargés d'assister le médecin-chef dans l'application des programmes sanitaires et se composent comme suit :

Président : le médecin-chef du Centre

Membres :

- le Chef du secteur des grandes endémies
- le responsable de la statistique
- le responsable de la pharmacie
- les responsables de la P.M.I. et de la maternité
- le secrétaire comptable
- le représentant des travailleurs

Après ces dispositions réglementaires, en Octobre 1984, une mission technique du M.S.P./AS a effectué, dans le cadre des activités du P.D.S., une étude sur le recouvrement des coûts des soins au niveau des centres de santé des cercles de Kita - Bafoulabé - Kéniéba.

Cette étude visait à déterminer les mécanismes permettant le recouvrement de certains coûts des soins des C.S.C. de la zone K.B.K. (19)

Il s'agissait précisément pour cette équipe :

- d'identifier les coûts à recouvrer ,
- de recenser les diverses modalités de recouvrement des coûts ,
- de faire adopter une solution ,
- et de tenter l'acceptabilité du système mis en place.

Pour ce faire, l'équipe a séjourné dans chacun des trois cercles pour collecter les données sur les activités, les ressources et les dépenses des C.S.C. et s'entretenir avec le Conseil de Gestion de chacune des localités sur les propositions de solution.

.../...

Les résultats de l'enquête menée comportent d'une part l'analyse du mode de fonctionnement des C.S.C. avant la mise en oeuvre du système actuel et d'autre part la proposition de trois solutions alternatives de recouvrement des coûts.

En effet (selon le rapport écrit de la mission) les trois C.S.C. bénéficiaient (comme toujours), pour leur fonctionnement, d'un financement public et d'une contribution financière des patients.

- Concernant le financement public, il y avait entre autres les crédits médicaments dont les montants affectés aux C.S.C. sur une enveloppe globale de 300 millions de Francs CFA, étaient respectivement pour Kita, Bafoulabé et Kéniéba 4.496.160 F CFA, 2.633.300 F CFA et 2.697.240 F CFA (l'équipe technique estime que ces crédits étaient insuffisants). Jusqu'à fin Octobre, seul Kita avait retiré auprès de la P.P.M. la totalité de son crédit. Bafoulabé et Kéniéba n'avaient pas enlevé les leurs (en totalité) parce que leurs besoins ne seraient pas disponibles au niveau des succursales locales de la P.P.M.

A Kita, les produits ainsi acquis par le C.S.C. étaient distribués sur la base de bons et d'ordonnances des prescripteurs. En fonction de la disponibilité des médicaments, les malades hospitalisés, les indigents, le personnel, parents et alliés étaient prioritairement servis et pour toute la totalité du traitement.

A Bafoulabé, le principe des "premiers soins gratuits" semblait être observé pour tous ceux qui se présentaient avec une ordonnance (le rapport précise que ce sont là les dires du pharmacien et de l'adjoint au médecin-chef) et les indigents recevaient la totalité du traitement.

A Kéniéba où le système se rapprocherait de celui de Bafoulabé, le pharmacien délivrait parfois des bons aux patients afin qu'ils puissent se faire servir à la succursale de la P.P.M. "aux frais" du Centre de santé.

En général, face à la pression de la demande (personnel, indigents), aucune règle précise n'était observée (indique le rapport). Ainsi à Kita, sur trois mois de consommation médicamenteuse comptabilisée, le pharmacien aurait estimé à 70 % la part revenant au personnel, parents et alliés (ce qui serait alors fait au détriment du grand public).

- Quant à la contribution financière des bénéficiaires (malades), le rapport de la mission indique les tarifs suivants appliqués dans la zone selon le tableau ci-dessous :

lieu	Kita	Bafoulabé	Kéniéba
types d'activités	(tarifs en F CFA)	(tarifs en F CFA)	(tarifs en F CFA)
Hospitalisations en médecine	500	1.000	-
Intervention chirurgicale	3.750	7.500	15.000
Accouchements	250	1.000	-

Tableau I1 : Tarifs pratiqués dans les trois C.S.C. avant le système de recouvrement actuel.

En effet, bien avant le système actuel de recouvrement des coûts des soins en expérimentation dans la zone K.B.K. du P.D.S., le personnel de santé et les autorités (réunies actuellement au sein des conseils de gestion) avaient déjà institué des mécanismes de paiement permettant de faire face aux besoins créés par les actes chirurgicaux, l'hospitalisation et les accouchements en maternité.

Le rapport signale que le paiement de ces forfaits ne dispensaient pas en principe des achats de médicaments à la P.P.M. et qu'il n'a pas été possible pour l'équipe technique de savoir si les sommes perçues permettaient de couvrir les besoins.

Après cette enquête sur le fonctionnement des C.S.C., l'équipe technique a proposé trois solutions alternatives (avec leurs avantages et leurs inconvénients) pour le recouvrement des coûts. Selon le rapport, ces solutions s'inscrivaient dans la perspective de tout ce qui a été entrepris (réforme pharmaceutique) en vue de rationaliser la consommation médicale à savoir :

- . l'amélioration des prestations
- . l'utilisation des "Médicaments Essentiels"

Elles devraient contribuer à alléger le coût de la santé pour les individus, les familles et la collectivité toute entière, et devraient donner au M.S.P./AS les moyens techniques matériels et humains, à travers son réseau d'institution de prestations sanitaires, afin de diffuser une meilleure santé à moindre coût.

Parmi les solutions proposées pour atteindre ce but, une, la solution N°2, consistait à reconduire la situation présente au moment du passage de l'équipe dans la zone (Octobre 1984) tout en l'améliorant. Ce système a été jugé simple, ne demandant aucun effort supplémentaire car l'habitude était déjà acquise par les usagers de la P.P.M. Par contre, elle oblige les prescripteurs à s'adapter au rythme et à la qualité de l'approvisionnement des succursales de la P.P.M. (le rapport signale que le stock de la succursale de Kéniéba contenait des produits comme l'extrait de foie lyophilisé); le malade hospitalisé est obligé d'envoyer chercher ses médicaments à l'officine et le principe de "premiers soins" est difficile à appliquer dans un tel système. Cette solution a été rejetée.

Une autre, la solution N°3, consistait à installer la succursale de la P.P.M. au sein du Centre de santé pour répondre à tous les besoins en médicaments (externes, hospitalisés et urgences). La solution prévoyait que cette succursale soit bien sûr gérée par la P.P.M. et que la vente des produits se fasse suivant les ordonnances délivrées par le médecin.

.../...

En effet, par ce système, les médicaments sont disponibles sur place, le système de gestion à mettre en place est simple, une certaine collaboration directe est possible entre le gérant de la succursale et le médecin-chef du Centre de santé. Mais, à l'époque, la P.P.M. et les C.S.C. ne relevaient pas de la même structure administrative (la P.P.M. relevait du M.E.T.S.E.E.). Ce qui pouvait gêner une bonne collaboration. En plus, ce système ne permet pas aux C.S.C. de couvrir d'autres besoins qui pourraient être couverts dans le cas de la solution N° 1.

Solution N° 1

Elle consistait à établir un forfait d'hospitalisation par discipline permettant de couvrir toutes les charges occasionnées par celle-ci. Parmi les activités qui ont été spécifiées dans le rapport, il y avait :

- . l'hospitalisation en médecine ,
- . l'accouchement en maternité ,
- . les interventions chirurgicales.

Les dépenses pouvant être prises en charge sont :

- . médicaments
- . produits et matériel de chirurgie
- . matériels et réactifs de laboratoire
- . fonctionnement courant.

Les difficultés inhérentes à ce système (solution N° 1) se résument aux seules exigences de sa mise en oeuvre notamment une certaine rigueur dans la gestion. Mais il comporte comme avantages :

- . le malade hospitalisé paie une seule fois ,
- . le principe de délivrance des médicaments de la pharmacie du C.S.C. est clairement établi ,
- . la pharmacie du C.S.C. peut détenir des médicaments en conditionnement hôpital beaucoup plus facilement qu'une succursale de la P.P.M. ,
- . le prescripteur détermine à l'avance la composition de son stock de médicaments ,

.../...

- le système permet la prise en charge immédiate des malades indigents en attendant que les tiers payants en soient saisis ,
- aussi, le système oblige le prescripteur à rechercher les solutions "optimales".

Des trois solutions proposées, la solution N°1 a été adoptée par les Conseils de gestion des différents C.S.C.

.../...

QUATRIEME PARTIE



Expérience de recouvrement des coûts des soins
dans les C.S.C. de Kita, Bafoulabé et Kéniéba

Le système de recouvrement des coûts, tel qu'il a été annoncé par le chapitre précédent (solution N°1, page 22), a commencé à fonctionner dans la zone K.B.K. depuis Juin 1985.

Sa mise en place est partie de la volonté du gouvernement de fournir des soins de santé de qualité au plus grand nombre possible de la population, à un prix aussi bas que possible (plan décennal de développement socio-sanitaire du Mali : 1981-1990, révision en 1983).

Le gouvernement étant dans l'impossibilité à cause de difficultés financières, de fournir ces soins gratuitement à l'ensemble de la population, la nécessité d'une participation financière de la population a été reconnue comme indispensable selon l'étude pour la réforme pharmaceutique en 1982.

Ainsi, l'expérience de recouvrement des coûts des soins dans la zone K.B.K. s'inscrit dans le cadre global de recherches de modalités de financement des dépenses de soins de santé.

Le système consiste actuellement au paiement des tarifs forfaitaires (fixés par les Conseils de gestion) d'actes médicaux, d'hébergement et de soins dans les Centres de santé.

Les recettes réalisées permettent aux différents Centres de santé d'assurer d'une façon autonome leur approvisionnement en médicaments et de faire face à certaines dépenses de fonctionnement.

Des préalables ont été nécessaires à la mise en oeuvre de ce système. Dans le cadre de la formation, deux types de séminaires ateliers ont été organisés.

Le premier type de séminaire a porté sur la rationalisation de la prescription qui a intéressé les prescripteurs à tous les niveaux (médecins, infirmiers, sages-femmes); les pharmaciens y ont été associés. L'encadrement technique a été assuré par l'inspection de la Santé Publique et des Affaires Sociales et le personnel du P.D.S. Le manuel de diagnostic et de traitement élaboré par le Département chargé de la Santé Publique a servi de document de travail.

Le deuxième type de séminaire se rapporte à la gestion des dépôts pharmaceutiques. Il s'est adressé aux dépositaires privés d'arrondissement qui ont été recrutés dans le cadre du projet.

Concernant l'organisation des Centres de santé, un appui technique du P.D.S. a aidé les comités techniques à répartir rationnellement les tâches entre les différents agents. Secondairement les C.S.C. ont reçu de nouvelles compétences, notamment un pharmacien diplômé de l'ENMP et un gestionnaire comptable. Avec le médecin-chef, ces deux personnes constituent les piliers du système de recouvrement des coûts des soins. Toujours se rapportant à l'organisation des C.S.C., une procédure comptable et administrative a été installée. Chaque intervenant (médecin-chef, pharmacien, gestionnaire, sages-femmes, infirmiers majors responsables des pavillons) a été formé à la technique de procédure à suivre pour toutes les activités dont il a la charge.

Pour faire démarrer le système, un stock initial composé de médicaments, supports de gestion, fournitures de bureau non renouvelable d'un montant total de trois millions de Francs CFA (3.000.000 F CFA) par C.S.C., a été apporté par le P.D.S.

Par ailleurs, les populations locales ont aussi participé activement à la mise en oeuvre du nouveau système. En effet les Conseils de gestion des Centres de santé, créés pour gérer les programmes de santé au niveau des cercles et des arrondissements, ont été associés à chaque étape de la mise en place du système de recouvrement des coûts des soins. Après le choix du type de recouvrement des coûts parmi les solutions alternatives élaborées et proposées par la mission technique du M.S.P./AS les Conseils de gestion ont fixé les montants à payer par les malades (conformément au Tableau I2, page 26).

Les Conseils de gestion sont appuyés à leur tour par d'autres organismes d'audience plus large, qui approuvent leurs programmes et mobilisent les ressources financières nécessaires à leur réalisation : il s'agit des Comités de Développement. Dans la zone K.B.K., de nombreuses activités sont financées par ces Comités : salaires des matrones, équipement léger des Centres de santé, souvent même, prise en charge d'une partie des coûts de fonctionnement (à Bafoulabé une réduction de moitié des tarifs des soins a été décidée et le Comité de Développement s'est engagé à payer le déficit que pourrait entraîner une telle décision (se rapporter au Tableau II, page 32).

Quant au fonctionnement du système, les malades doivent payer les tarifs fixés sur la base de taux forfaitaires pour bénéficier des soins (Tableau I2 ci-dessous).

lieu	types d'activités	Consult. externe (F CFA)	Hospit. en médecine (F CFA)	Intervention chirurgicale (F CFA)		Accouchement en maternité (F CFA)
				grande chirurgie	petite chirurgie	
Kita		100	5.000	10.000	-	1.000
Bafoulabé		100	2.500	10.000	5.000	1.750
Kéniéba		100	5.000	10.000	-	1.000

Tableau I2 : Tarifs fixés par les conseils de gestion dans les différents C.S.C. (en F CFA)

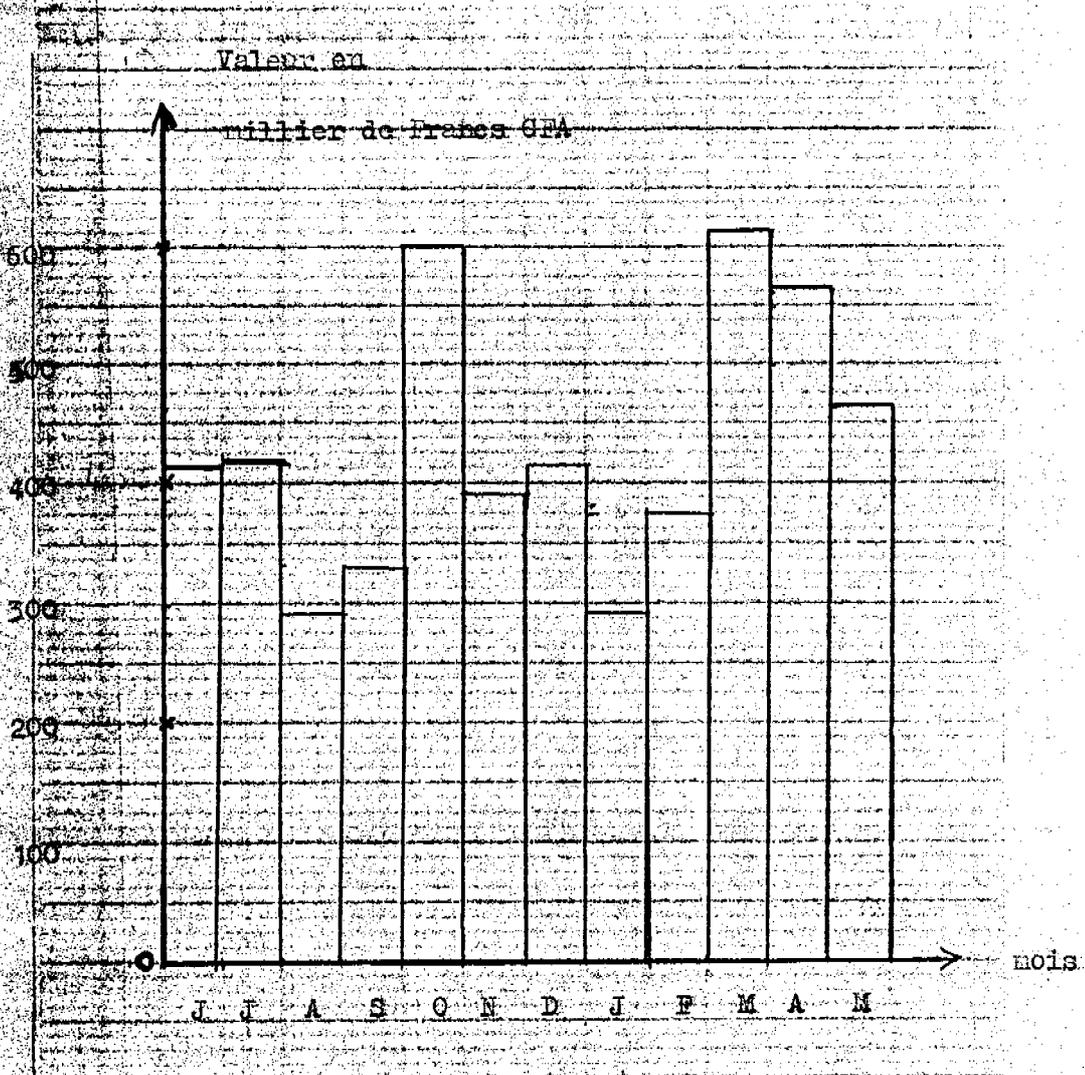
Les tarifs sont presque uniformes pour l'ensemble des trois C.S.C., sauf dans le service de médecine de Bafoulabé où il y a une réduction de moitié; aussi à Kita, quelques modifications ont été introduites depuis Avril 1987. Actuellement dans ce centre, en plus de la prise en charge, y compris le traitement ambulatoire, des enfants d'âge pré-scolaire pour une somme forfaitaire de 400 F CFA par épisode de maladie, l'offre d'un ensemble de soins essentiellement préventifs aux femmes enceintes se fait à un taux forfaitaire de 500 F CFA par grossesse. Ces soins comprennent : le suivi pré-natal, la chloroquine à titre prophylactique jusqu'à la fin de la grossesse, l'examen du taux d'hémoglobine, le traitement au fer en cas d'anémie, la vaccination antitétanique complète. A l'exception de ces modifications apportées au niveau du C.S.C. de Kita, les médicaments ne devraient être distribués qu'aux malades hospitalisés (les ordonnances délivrées à la consultation externe sont exécutées à la succursale de la P.P.M.).

Pour ce faire, au niveau de chaque service est ouvert un cahier de commande à partir duquel le pharmacien délivre les produits et tient régulièrement des documents comptables pour le suivi du stock parmi lesquels le cahier de bons de sortie d'inventaire permanent et des fiches d'inventaire permanent. A la fin de chaque mois est élaboré un rapport de gestion donnant le bilan des activités de tout le centre.

Ainsi pour la période correspondant à notre étude (Juin 1987 à Mai 1988) les résultats financiers sont indiqués sur les graphiques I, II et III (voir pages suivantes) et sur le Tableau II (page 32).

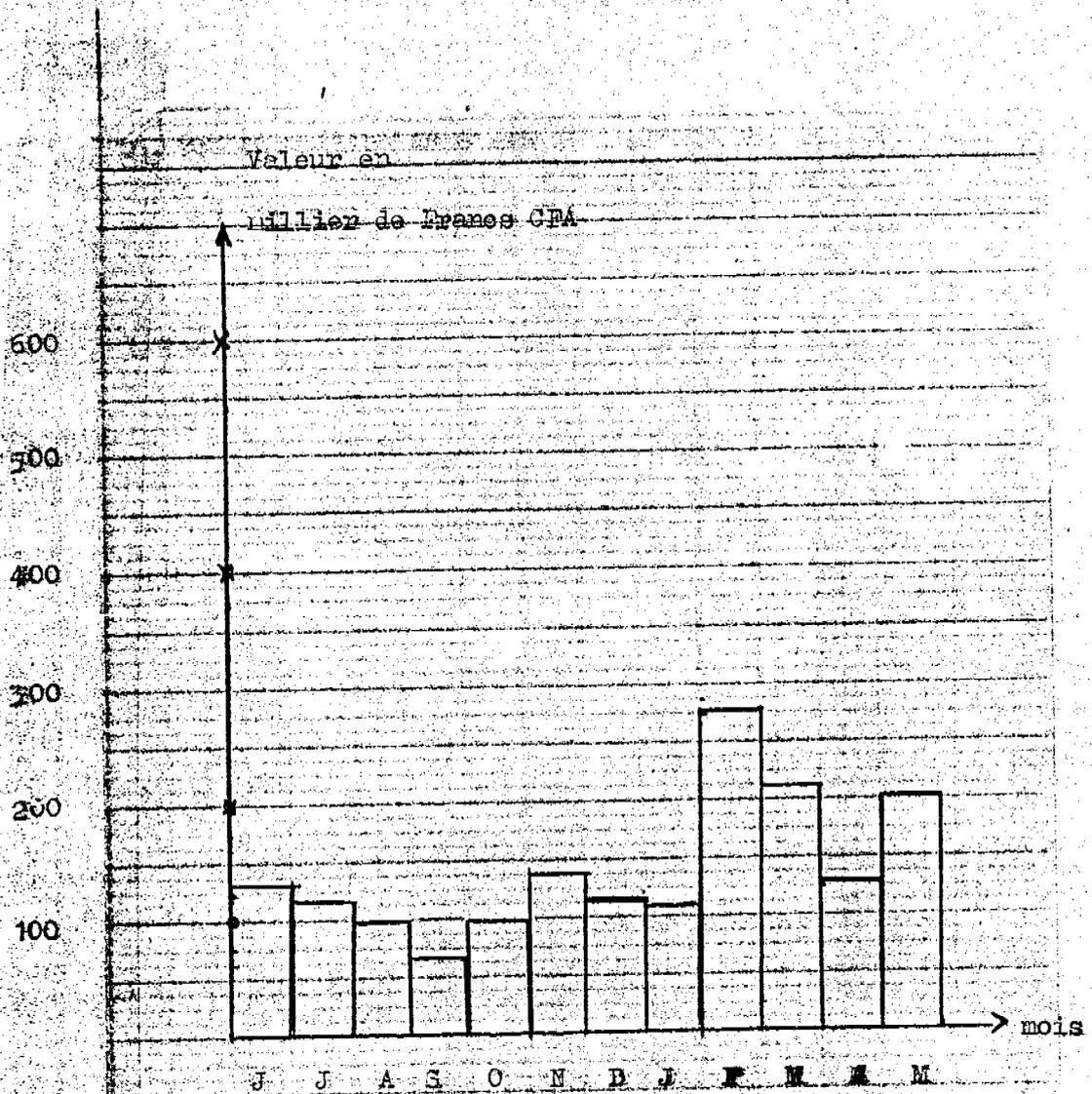
.../...

Graphique I : Evolution des dépenses en médicaments du C.S.C. de Kita pendant la période de Juin 1987 à Mai 1988.



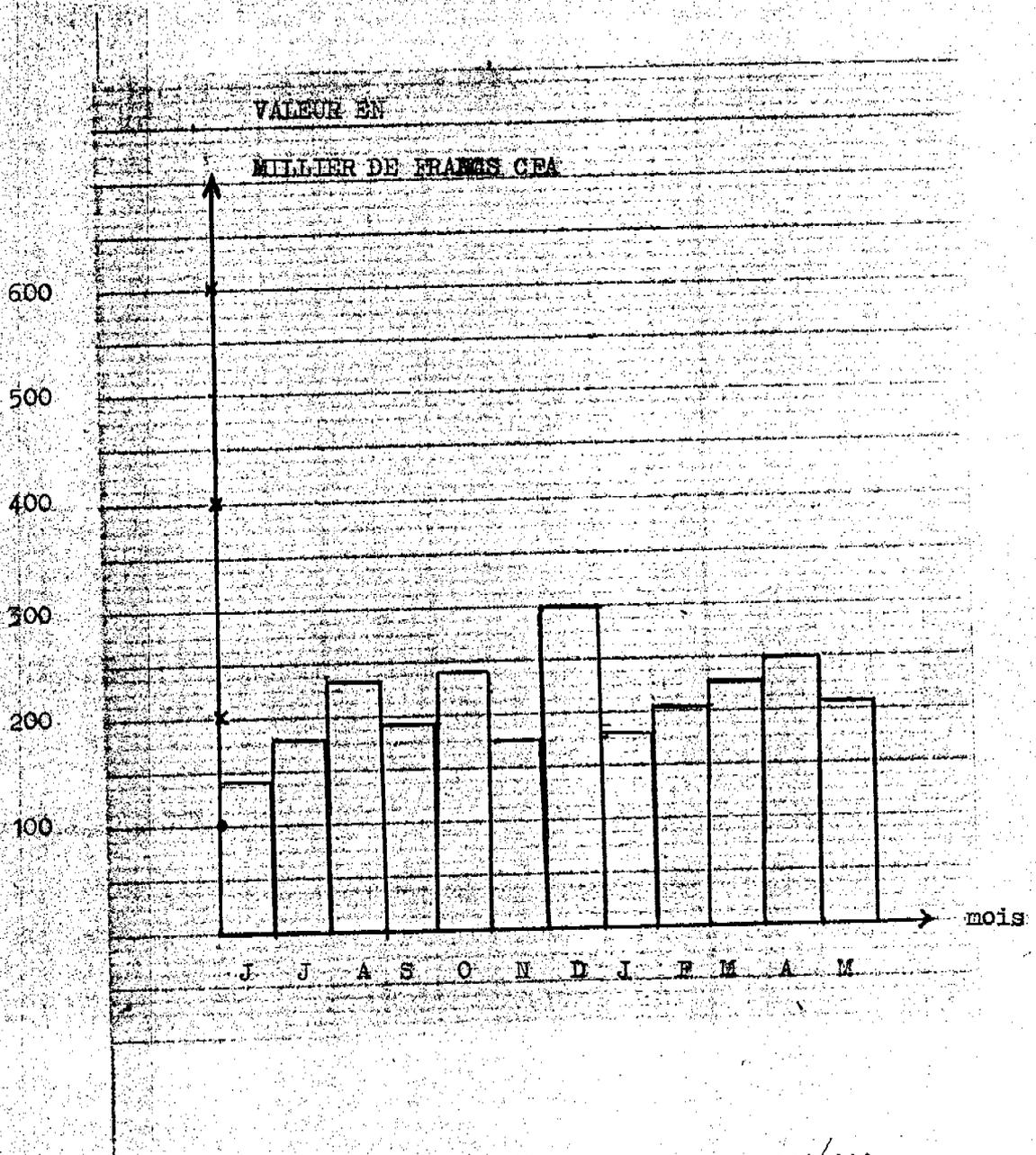
.../...

Graphique II : Evolution des dépenses en médicaments dans le C.S.C. de Baroulabé de Juin 1987 à Mai 1988.



.../...

Graphique III : Evolution des dépenses en médicaments dans le C.S.C. de Kénédja de Juin 1987 à Mai 1988.



A partir des graphiques I, II et III, nous constatons que les dépenses en médicaments ont subi des fluctuations au cours de notre période d'étude.

En effet, à Kita et à Bafoulabé, elles ont été beaucoup plus faibles pendant les mois d'Août et Septembre, où non seulement les paysans sont occupés par les travaux champêtres, mais aussi du fait que les voies d'accès aux Centres de santé deviennent impraticables.

Quant au C.S.C. de Kéniéba, les activités d'orpillage semble maintenir le flux (rythme de fréquentation du Centre).

.../...

Tableau II : Equilibre Recettes/Dépenses dans les C.S.C. de la zone K.B.K.

(Période de Juin 1987 à Mai 1988).

lieu	Résultats	Charges * totales (F CFA)	Dépenses totales en médicaments (F CFA)		Recettes totales (F CFA)	Taux de recouvrement (To) *
Kita		6.504.043	5.194.700	79 %	5.713.350	86,77 %
Bafoulabé		2.584.420	1.176.770	69,92 %	2.249.600	91,62 %
Kéniéba		3.517.599	2.556.477	72,68 %	4.101.400	116,60 %

* Charges totales :

en médicaments et frais

Elles sont obtenues en faisant la somme des dépenses de fonctionnement courant (achats de support de gestion, achats de fournitures de bureau).

* To : Nous avons appelé Taux de recouvrement (To) le rapport :

$$\frac{\text{Recettes totales}}{\text{Charges totales}}$$

.../...

Il apparaît sur le Tableau n°II que les recettes n'ont pas couvert les charges (dépenses) à Kita (taux de recouvrement : 86,76 %) et à Bafoulabé (taux de recouvrement : 91,62 %). Ce qui pourrait s'expliquer par certains tarifs qui sont relativement bas dans ces C.S.C. (2.500 F CFA pour l'hospitalisation en médecine à Bafoulabé et 400 F CFA pour la prise en charge des enfants d'âge pré-scolaire à Kita). Le Tableau montre également de façon presque uniforme, que les dépenses en médicaments occupent une grande partie des charges à recouvrer. Ces résultats déterminent ainsi l'importance de la place de la consommation médicamenteuse dans le système de recouvrement des coûts des soins dans les C.S.C. de la zone K.B.K. du P.D.S.

Par ailleurs, une enquête d'évaluation économique du système (6) s'est déroulée en deux phases, du 2 au 12 Mars 1987 et du 1er Avril au 6 Mai 1987.

L'enquête avait pour but de connaître les ressources économiques des familles, d'obtenir des informations à propos des dépenses de santé des familles ainsi que de l'attitude des membres de la famille vis-à-vis des frais médicaux, afin de pouvoir conclure, en combinant, concernant la capacité économique des familles à se procurer les soins de santé.

L'enquête a porté sur 126 familles, dont 100 dans la commune de Kita et 26 dans 5 villages autour de Kita. Parmi les résultats qui ont été publiés, nous pouvons retenir :

- 1°) qu'à la question : "Les coûts médicaux vous empêchent-ils de demander des soins de santé ?"
 - 39 chefs de familles (31,2 %) ont répondu que non ,
 - 65 chefs de familles (52 %) ont répondu parfois ,
 - 21 chefs de familles (16,8 %) ont répondu toujours.

- 2°) que 21,6 % des familles déclarent ne pas avoir de ressources.
(Or les familles réellement dépourvues de ressources économiques ne peuvent utiliser les services de santé).

3°) qu'indépendamment de ces sondages, l'enquête a prouvé qu'effectivement 12,8 % des familles éprouvent des difficultés à payer les tarifs donnant droit aux soins (résultat obtenu sur la base d'évaluations faites à partir des revenus des familles).

Ces résultats et le bilan financier des activités de Juin 1987 à Mai 1988 (~~vous~~ Tableau II, page 32) nous permettent de constater d'une part que le taux de recouvrement reste à être amélioré à Kita et à Bafoulabé, et d'autre part qu'une grande partie des populations éprouvent des difficultés à financer les soins et qu'une éventuelle majoration des tarifs risque de compromettre davantage l'accessibilité financière des soins.

Il devient alors impératif, pour atteindre un meilleur taux de recouvrement sans compromettre l'accessibilité financière, d'analyser les charges (dépenses).

Ainsi, dans les chapitres qui suivent, seront étudiés certains facteurs déterminant le coût de la consommation médicamenteuse qui constitue au moins 69 % des charges à recouvrer (Tableau II, page 32). Il s'agit du choix des produits utilisés, leur prix d'achat et la régularité de l'approvisionnement.

.../...

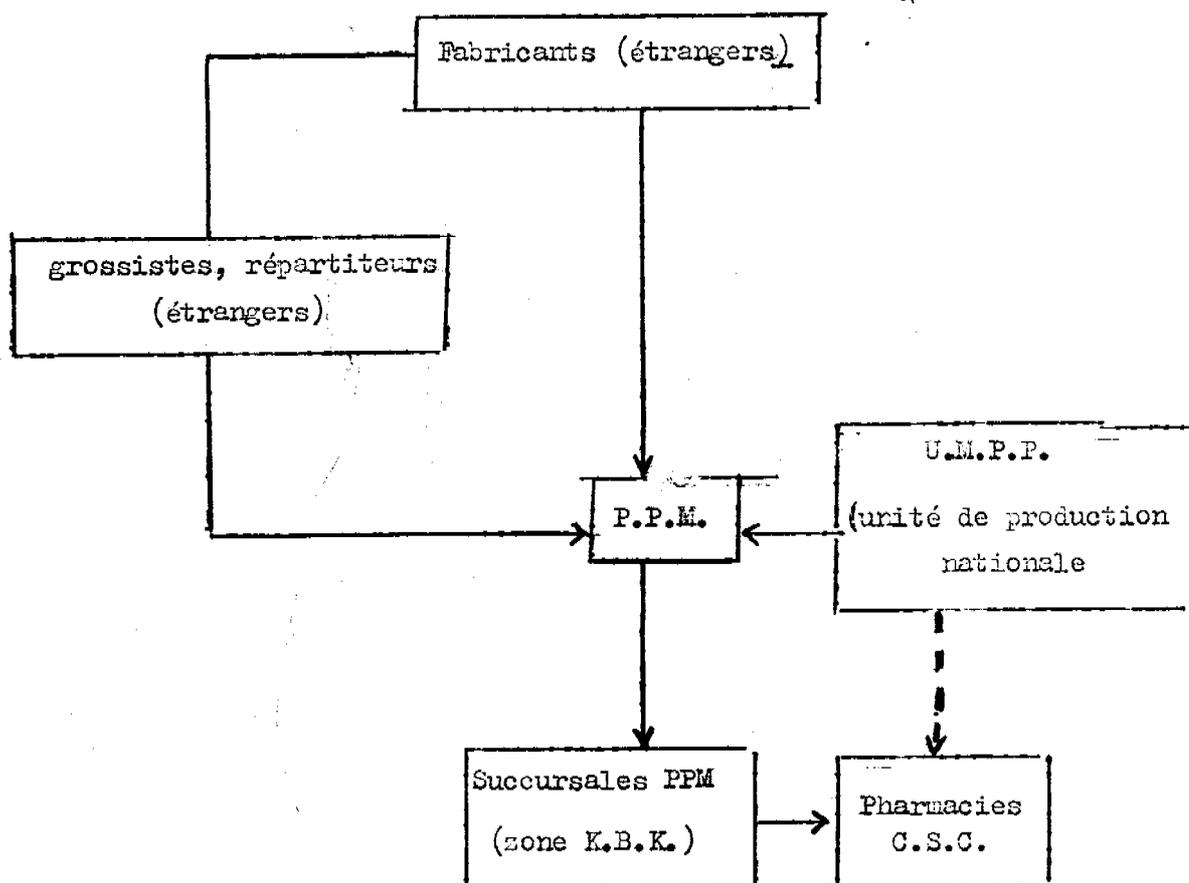
C I N Q U I E M E P A R T I E

.....

Les médicaments utilisés dans les C.S.C.

dans la zone K.B.K. du P.D.S.

Le principal fournisseur en médicaments des C.S.C. est la PPM à travers son réseau de distribution représenté par la figure ci-dessous :



En cas de rupture au niveau de la succursale locale, les pharmaciens viennent s'approvisionner jusqu'à Bamako et les achats directs à l'U.M.P.P. leur permettraient d'ailleurs de faire des économies. Les C.S.C. bénéficient aussi du crédit médicament et d'autres produits provenant des dons (villes jumelées).

Dans ce chapitre, nous avons déterminé la nature de ces médicaments (types de produits) et leurs proportions en "Médicaments Essentiels". La liste nationale des M.E. de Janvier 1987 a servi de document de travail et pour la récolte des informations, nous avons exploité les données existant sur les activités des Centres pendant la période de Juin 1987 à Mai 1988.

Au total ont été exploités :

- 36 rapports mensuels de gestion (12 rapports par C.S.C.)
- 571 dossiers intéressant 587 malades à Kita
- 156 dossiers intéressant 224 malades à Bafoulabé
- 454 dossiers intéressant 478 malades à Kéniéba.

Ces dossiers représentent respectivement :

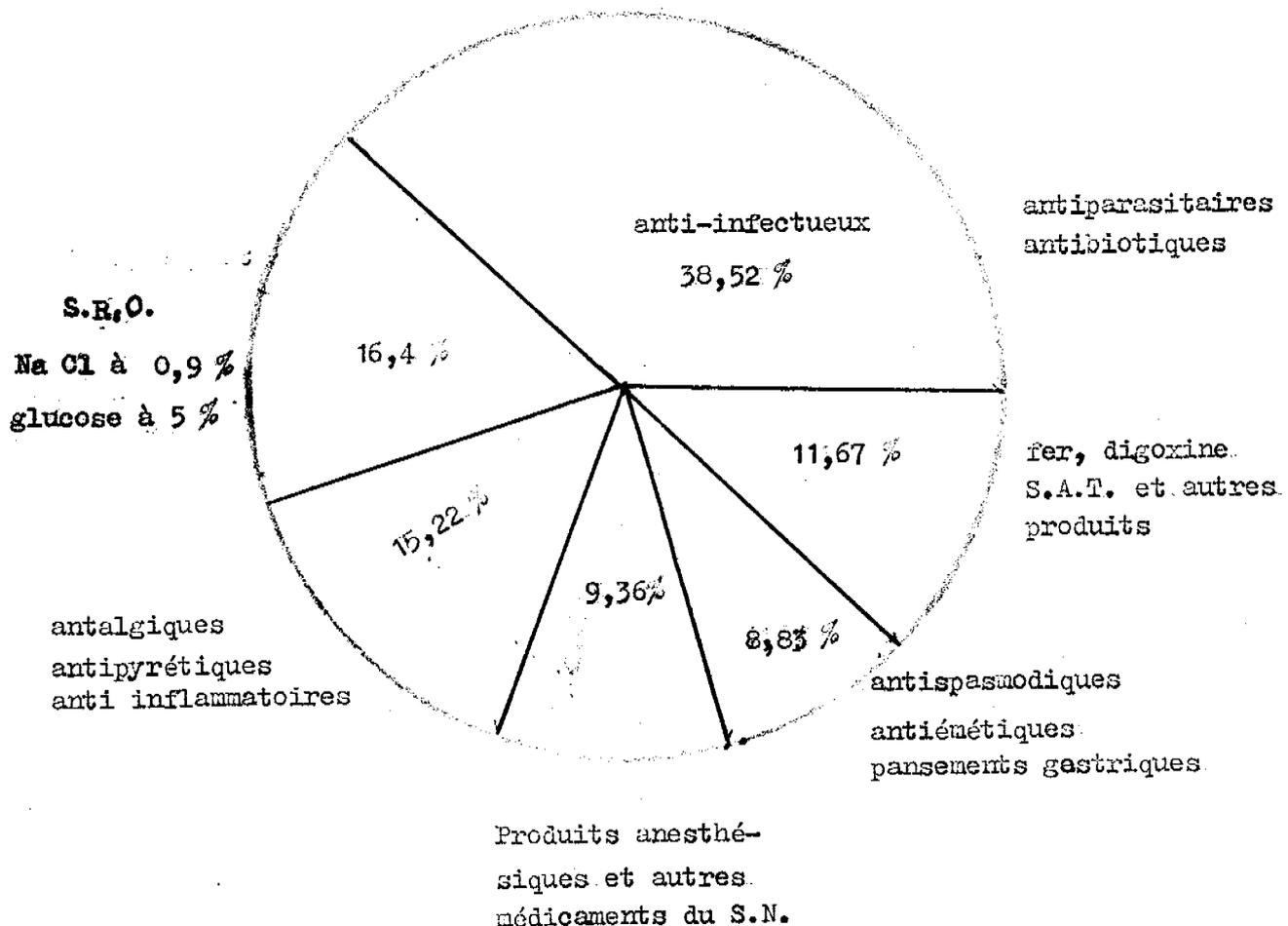
- 97,27 % des malades hospitalisés à Kita
- 69,64 % des malades hospitalisés à Bafoulabé
- 94,98 % des malades hospitalisés à Kéniéba

Le tableau VII. (Annexes) a servi de base pour calculer les pourcentages indiqués sur les différents graphiques. Le nombre de dossiers (156 dossiers) qui ont été disponibles à Bafoulabé ne nous a pas paru suffisant pour conclure à la fréquence des produits prescrits dans ce centre et d'en dresser un graphique.

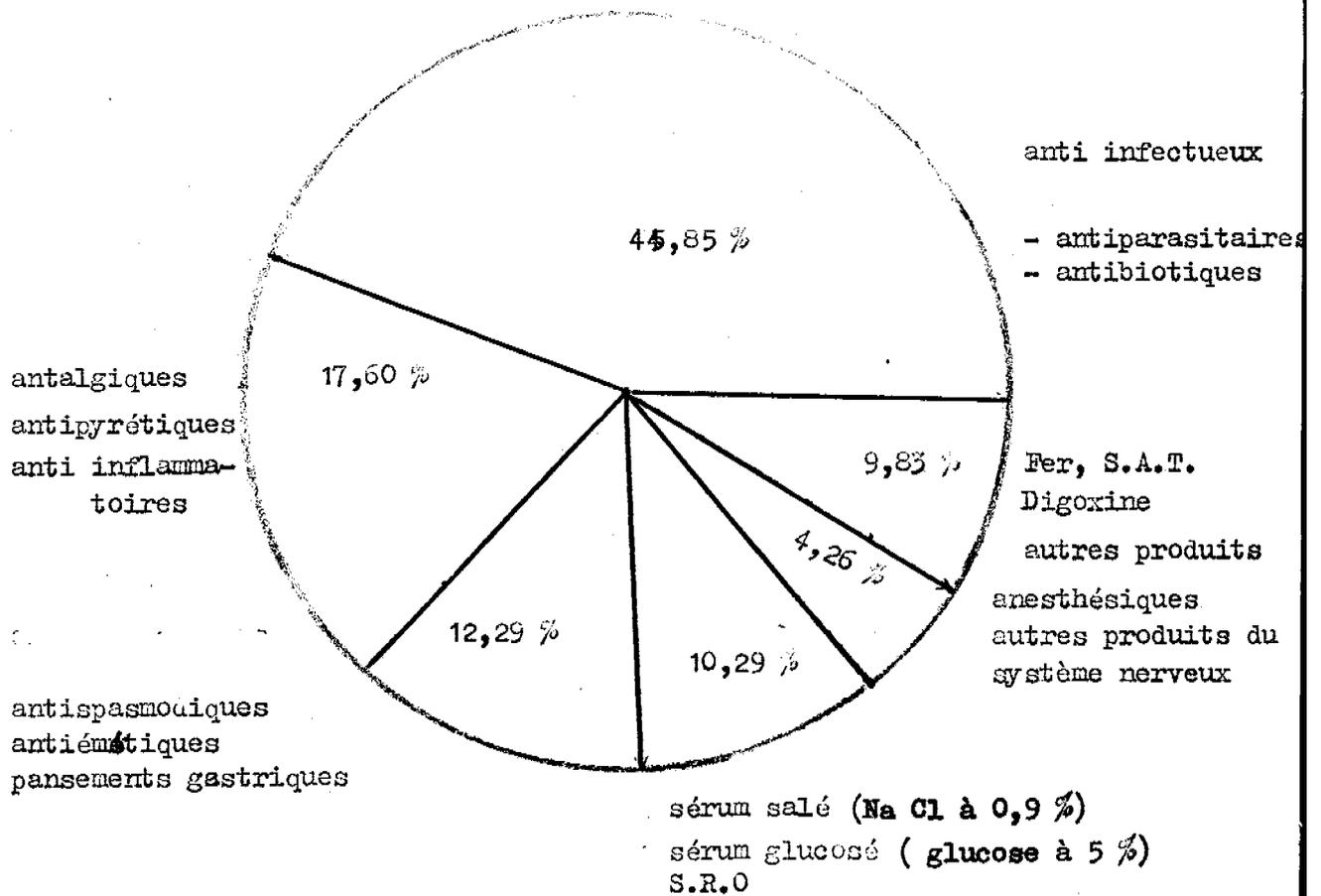
Les résultats sont résumés par les graphiques IV, V, VI et VII.

.../...

Graphique IV : groupes de médicaments utilisés dans les C.S.C. de Kita.

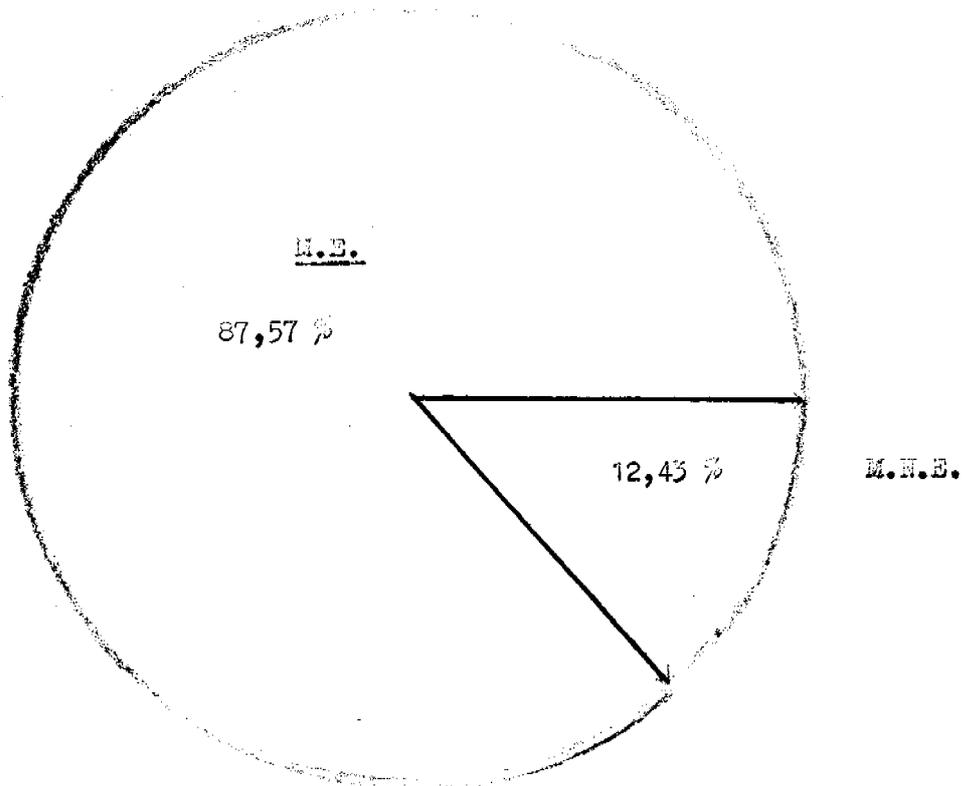


Graphique V : groupes de médicaments utilisés dans les C.S.E. de Kéniéba.



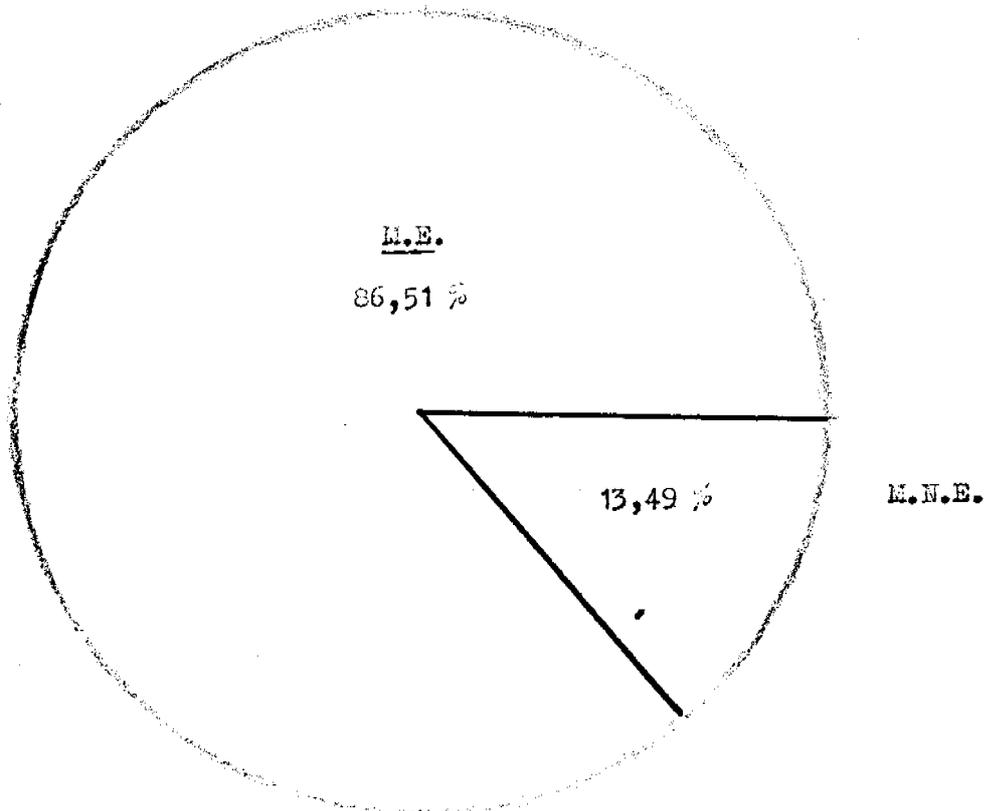
Les anti infectueux représentent le groupe des médicaments les plus demandés dans les C.S.C. de Kita et de Kéniéba. En effet, ces produits sont d'usage très courant dans ces centres au niveau des services de médecine et de chirurgie.

Graphique VI : Proportion des M.E. (et équivalents sous nom de marque)
dans les médicaments utilisés (C.S.C. de Kita).



Nous avons adopté la désignation M.E. (et équivalents) car les produits sont presque tous désignés sous D.C.I. dans les rapports mensuels de gestion (la partie se rapportant aux médicaments étant tenue par un pharmacien diplômé) alors que dans les dossiers médicaux (tenus par un infirmier major de pavillon) ils sont tantôt sous D.C.I., tantôt sous nom de marque.

Graphique VII : Proportion des M.E. (et équivalents sous nom de marque)
dans les médicaments utilisés (C.S.C. de Kéniéba).



Les graphiques VI et VII montrent que les médicaments utilisés dans les S.C.S. sont pour la plupart soit des M.E. (sous D.C.I.) soit leurs équivalents sous nom de marque. Les médicaments utilisés sous D.C.I. sont les produits des appels d'offres. Dans le chapitre suivant, nous avons déterminé la répercussion de leur consommation sur le taux de recouvrement des coûts.

.../...

S I X I E M E P A R T I E



Variation du ^Taux de recouvrement en rapport
avec l'utilisation des produits obtenus par
appel d'offres.

Parmi les manières d'acheter les produits pharmaceutiques, une consiste à la négociation directe avec les fournisseurs. Cette procédure peut concerner les produits encore protégés par un brevet et les besoins d'urgence, mais les médicaments reviennent le plus souvent trop chers (méthode de gré à gré pratiquée par la P.P.M.).

Une autre manière d'acheter consiste à mettre en concurrence plusieurs fournisseurs potentiels d'un même produit. Elle permet dans la majorité des cas d'obtenir des prix relativement bas. C'est ainsi que trois appels d'offres ont déjà été organisés au Mali au profit de la P.P.M. en vue d'un approvisionnement de nos populations en Médicaments Essentiels dans le cadre des activités du P.D.S.

Ce chapitre concerne les deux premiers appels d'offres car les produits du troisième n'étaient pas encore disponibles pendant la période de notre étude (Juin 1987 à Mai 1988).

En effet, l'appel d'offres international n°1/1985/P.P.M. a été organisé au cours de l'année 1985.

Il fut le premier essai de notre pays dans le domaine pharmaceutique et certains critères comme la soumission par lot furent critiqués. En effet, le seul critère de soumission par lot a fait éliminer 29 soumissionnaires sur 33; or son intérêt en santé publique ne semble pas être évident. Malgré tout, la procédure devrait permettre de réduire d'environ 35 % le prix de 29 produits concernés par rapport au prix par la méthode classique de la P.P.M. (17) d'achat de gré à gré.

En ce qui concerne l'appel d'offres n°2, il a été organisé au cours de l'année 1986.

Il a concerné 48 produits et devrait permettre d'obtenir une baisse du prix de 50 % en comparaison avec le prix obtenu par l'achat de gré à gré (18), méthode classique d'achat de la P.P.M.

A partir d'une analyse de la consommation des produits de ces deux appels d'offres internationaux, nous avons déterminé l'amélioration qu'elle a apportée au taux de recouvrement des coûts des soins obtenu pendant la période de Juin 1987 à Mai 1988 dans les C.S.C. de la zone K.B.K.

L'étude a porté sur un échantillon de 26 produits. Comme critères de sélection, ont été retenus les médicaments retrouvés dans les rapports mensuels de gestion et appartenant à la gamme de produits des appels d'offres.

Les dépenses qui ont résulté de la consommation de ces médicaments tantôt sous D.C.I., tantôt sous nom de marque sont désignés par C1.

Le barème des prix (Janvier 1987) de la P.P.M. a été utilisé pour l'évaluation des dépenses équivalentes si les produits avaient été exclusivement sous nom de marque (C2) ou exclusivement sous D.C.I. (C3). Les valeurs de C1, C2, C3 (pour le C.S.C. de Kita) sont indiqués sur le Tableau III (~~vous~~ pages suivantes).

.../...

Tableau III : Valeurs de C1, C2, C3 pour le G.S.G. de Kita. (en F.C.F.A)
(dépenses en produits des appels d'offres)

Désignation	Quantité	C1	C2 (non marque)	C3 (D.C.I.)
1 Gentamycine 80 inj.	202	49.480	168.570	30.300
2 Métroimidazole cp	1044	31.240	52.200	10.440
3 Sel féreux cp	3417	28.249,2	282.492	18.585
4 Antitoxine tétanique	31	18.135	17.980	7440
5 Oxytocine	111	26.398	21.460	26.085
6 Butylhyoscine cp	919	49.338,14	11.372,62	13.485
7 Butylhyoscine inj.	288	43.050	13.840	17.280
8 Furosémide inj.	20	5100	3500	3.300
9 Cotrimoxazole (400/80) cp	1445	23.100	628.575	21.675
10 Ampicilline 1g inj.	857	331.800	372.795	128.550
11 Ampicilline 500 inj.	45	5.850	12.150	3.825
12 Ampicilline 500 cp	351	29.925	36.708,75	12.285
13 Diazépan 10 Mg inj.	52	7110	5460	1560
14 Chloramphénicol 250 inj	150	44.420	43.500	22.500
15 Benzatine péni. 2,4M inj.	4	1100	1740	640

.../...

Tableau III : Valeurs de C1, C2, C3 pour le C.S.C. de Kita (suite)

Désignation	Quantité	C1	C2 (non marque)	C3 (D.C.I.)
16 A.A. salicyllique cp	6552	40.372,5	48.915	32.610
17 Chloroquine 100	6513	51.141,25	56.988,75	48.847,5
18 Benzyl pénide Na 500	112	10.360	8400	8400
19 " " " inj.	2397	277.640	215.730	215.730
20 A.A.S. de Lysine inj.	57	19.025	18.525	12.825
21 Chlortetracycline 1% pde	9	1350	1170	1350
22 " 3% pde	789	197.250	185.415	149.910
23 Indométacine cp	-	-	-	-
24 Niclosamide cp	20	4550	2275	1425
25 Quinine 0,40 inj.	396	39.410	37.620	33.660
26 Quinine 0,20 inj.	304	28.615	21.280	16.720
<u>TOTAL</u>		<u>1.363.964</u> = C1	<u>2.270.762 = C2</u>	<u>1.839.727</u> = C3

La valeur de la consommation des 26 produits représentent 20,72 % des charges totales à recouvrer dans le C.S.C. de Kita. Leur consommation exclusive sous nom de marque aurait occasionné des charges supplémentaires d'une valeur de 906.790 F CFA, soit une augmentation des charges de 13,77 %.

Par contre une disponibilité régulière des produits des appels d'offres aurait pu faire économiser 524.237 F CFA, soit une économie de 7,96 % de la valeur des charges totales à recouvrir.

Le Tableau IV donne les résultats obtenus pour les C.S.C. de Bafoulabé et Kéniéba.

Tableau IV : Dépenses en produits des appels d'offres dans les C.S.C. de Bafoulabé et de Kéniéba. (en F.CFA)

C.S.C.	C1	C2 (spécialités)	C3 (D.C.I.)	C1 - C3
Bafoulabé	419.252,36	506.005,7	231.755	187.527
Kéniéba	557.391,52	500.137,56	489.249	178.142

Ainsi, l'acquisition des 26 produits pharmaceutiques exclusivement sous D.C.I. aurait permis de réduire les charges de 187.527 F CFA à Bafoulabé (soit une réduction de 7,63 %) et de 178.142 F CFA à Kéniéba (soit une réduction de 5,06 %).

Nous signalons par contre que les produits exclusivement sous nom de marque aurait pu faire majorer les charges de 86.743 F CFA à Bafoulabé (soit une majoration de 3,55 %) et de 212.745 F CFA à Kéniéba (soit une majoration de 6,05 %).

Les Tableaux V et VI déterminent la répercussion de ces résultats sur le taux de recouvrement.

Tableau V : Amélioration apportée au taux de recouvrement par les produits des appels d'offres.

! Lieu !	! Charges * ! totales (F CFA) !	! Recettes ! totales (F CFA) !	! Taux de recouvrement		! Amélioration
			! T	! To	
! Kita !	! 7.490.853 !	! 5.713.350 !	! 76,27% !	! 86,77% !	! + 10,5% !
! Bafoulabé !	! 2.542.163 !	! 2.249.600 !	! 88,49% !	! 91,62% !	! + 3,13% !
! Kéniéba !	! 3.730.344 !	! 4.101.400 !	! 109,95% !	! 116,60% !	! + 6,65% !

To : taux de recouvrement obtenus dans les C.S.C. de la zone (Tableau II, page 32).

* Charges : charges si les 26 produits n'avaient été disponibles que sous nom de marque.

A partir du tableau ci-dessus, nous constatons que les produits des appels d'offres ont fait améliorer le taux de recouvrement de :

- (+) 10,5 % à Kita
- (+) 3,13% à Bafoulabé
- (+) 6,65% à Kéniéba

.../...

Tableau VI : Taux de recouvrement possible si les produits des deux appels d'offres avaient été régulièrement disponibles.

! C.S.C. ! (lieu)	! Charges * ! totales (F CEA)	! Recettes ! totales (F CEA)	! Taux de		! Amélio- ! ration ! possible
			To	T	
! Kita	! 6.059.806	! 5.713.350	! 86,77%	! 94,28 %	! + 7,51 %
! Bafoulabé	! 2.267.893	! 2.249.600	! 91,62%	! 99,19 %	! + 7,57 %
! Kéniéba	! 3.339.457	! 4.101.400	! 116,60%	! 122,82 %	! + 6,22 %

To : taux de recouvrement obtenus dans la zone (Tableau II, page 32).

* charges : charges (théoriques) si les produits de l'échantillon choisi avaient été acquis exclusivement sous D.C.I.

Les résultats du tableau ci-dessus démontrent qu'une disponibilité régulière des produits des appels d'offres aurait permis d'obtenir un meilleur taux de recouvrement estimable à :

- 94,28 % pour le C.S.C. de Kita ,
- 99,19 % pour le C.S.C. de Bafoulabé ,
- 122,82 % pour le C.S.C. de Kéniéba.

.../...

En récapitulant les résultats des Tableaux V et VI, il apparaît qu'une rupture totale des 26 produits sous D.C.I. aurait pu faire baisser les taux de recouvrement de :

- . 86,77 % à 76,27 % à Kita
- . 91,49 % à 88,49 % à Bafoulabé
- . 116,60 % à 109,95 % à Kéniéba

Par contre, leur disponibilité régulière aurait pu améliorer ces taux jusqu'à 94,28 %, 99,19 % et 122,82 % respectivement pour les C.S.C. de Kita, Bafoulabé et de Kéniéba.

Nous signalons que les valeurs intermédiaires (86,77 %; 91,49 % et 116,60 %) sont dûes au fait que les produits des appels d'offres n'ont pas été toujours disponibles (ruptures) pendant la période de notre étude et entre-temps, les C.S.C. ont utilisé leurs équivalents sous nom de marque qui sont plus chers.

.../...

C O N C L U S I O N

=====

La zone K.B.K. du P.D.S. occupe l'extrême Sud de la région de Kayes au Mali. C'est une zone enclavée où la majorité des populations n'ont accès qu'à la médecine traditionnelle. Il s'agit des cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba. La mise en expérimentation dans ces localités d'un système appelé système de recouvrement des coûts des soins dans la zone K.B.K. est partie de la volonté du gouvernement de fournir des soins de qualité à la plus grande majorité de nos populations et à un prix le plus bas possible.

Pour atteindre ce but, et après l'approbation du dossier de la réforme pharmaceutique en Mars 1983, une liste de Médicaments Essentiels a été fixée par Décret N° 85/P.G.-RM du 2 Mai 1984. Cette liste est révisable tous les deux ans. Les produits répertoriés sur celle de Janvier 1987 peuvent couvrir la majorité des besoins en médicaments des C.S.C. de la zone K.B.K. Les estimations faites pour Kita et Kéniéba donnent respectivement des taux de couverture de 87 % et 86 %.

(graphiques VI et VII, pages 39,40).

De plus, l'usage régulier de ces produits (sous D.C.I.) offre la possibilité d'obtenir un meilleur taux de recouvrement des coûts sans affecter la qualité des soins ni diminuer leur accessibilité financière aux populations. Les résultats de la partie de notre étude consacrée aux produits des appels d'offres montrent que la consommation de ces produits de Juin 1987 à Mai 1988 a amélioré les taux de recouvrement de :

- (+) 10,5 % à Kita (de 76,27 % à 86,77 %)
- (+) 3,13 % à Bafoulabé (de 88,49 % à 91,62 %)
- (+) 6,65 % à Kéniéba (de 109,95 % à 116 %)

(Tableau V, page 46)

.../...

La même étude démontre que ces taux auraient pu être meilleurs, c'est à dire qu'ils auraient pu être ramenés de :

- . 86,77 % à 94,28% à Kita
- . 91,62 % à 99,19% à Bafoulabé
- . 116,00 % à 122,82% à Kéniéba (Tableau V, page 46)

si seulement les produits des deux appels d'offres avaient été disponibles de façon régulière pendant la période de Juin 1987 à Mai 1988.

Il faut aussi remarquer que tous ces résultats que nous venons d'obtenir, sont corroborés par la déclaration de Monsieur James GRANT, Directeur ^{ex}écutif de l'U.N.I.C.E.F., Comité Régional de l'Afrique, lors de la 37ème session du Comité Régional de l'O.M.S. pour l'Afrique tenu à BAMAKO en 1987 :

"... il existe un élément qui, lorsqu'il est disponible sur une base sûre et à la portée de tous, attire les familles vers les Centres et pour lequel la plupart des familles sont en fait disposées à payer et en mesure de le faire.

La composante des S.S.P. qui peut se révéler la mieux à même de jouer ce rôle de catalyseur, c'est la fourniture de Médicaments Essentiels pour tous".

Nous pensons donc, dans un pays comme le nôtre où les prix des médicaments sont trop élevés pour le budget de l'Etat et où les populations ont une capacité de contribution financière très limitée, qu'il est raisonnable de soigner les populations avec des produits ayant un rapport coût/efficacité optimisé notamment avec les "Médicaments Essentiels" acquis dans les conditions les plus avantageuses (prix, qualité des produits, désignation sous D.C.I.).

A N N E X E S



Annexe 1 : Médicaments utilisés dans les C.S.C de la zone K.B.K.

Les médicaments prescrits dans les dossiers médicaux exploités (1181 dossiers) sont inventoriés dans le Tableau suivant N° VII en fonction de leur nature, leur fréquence de prescription et le lieu de prescription. Les pourcentages ont été calculés à partir du nombre total des prescriptions (cf. dans la dernière ligne du même tableau VII).

Nous précisons aussi que la première colonne indique la fréquence de prescription du produit (valeur nominale).

.../...

Tableau VII : Médicaments utilisés dans les trois C.S.C. de la zone K.D.K.

Nature des produits	Fréquence des trois C.S.C.					
	Kita		Baoulabé		Kéniéba	
	Nombre de prescr.	%	Nombre de prescr.	%	Nombre de prescr.	%
! Sérum (salé ou glucosé)	! 294	! 11,11	! 35	!	! 152	! 9,25
! Chloroquine	! 255	! 9,53	! 43	!	! 59	! 3,60
! Acide acétyl salicyclique	! 219	! 8,27	! 114	!	! 58	! 4,14
! Benzyl ^{le} pénicillinate de Na	200	! 7,56	! 52	!	! 255	! 15,51
! Sels de quinine	! 169	! 6,38	! 22	!	! 139	! 8,46
! S.R.O.	! 140	! 5,29	! 18	!	! 17	! 1,04
! Ampicilline	! 114	! 4,31	! 21	!	! 70	! 4,26
! Benzyl péni.procaïne	! 99	! 3,74	! 23	!	! 53	! 3,23
! Sels ferreux	! 87	! 3,29	! 6	!	! 14	! 0,85
! Kétamine	! 81	! 3,06	! 5	!	! 5	! 0,31
! Chlorpromazine	! 72	! 2,72	! 3	!	! -	! -
! Butyl Hyoscine bromure	! 54	! 2,04	! 12	!	! 82	! 4,99
! Tiémomium *	! 53	! 2,00	! -	!	! -	! -
! Paracétamol	! 50	! 1,89	! 24	!	! 3	! 0,18
! Diazépam	! 42	! 1,59	! 27	!	! 65	! 3,95
! Méthyl prednisolone	! 39	! 1,47	! 12	!	! 53	! 3,22
! Furosémide	! 38	! 1,47	! 6	!	! 22	! 1,34
! Métroimidazole	! 37	! 1,40	! 3	!	! 42	! 2,55
! Pansements gastriques	! 35	! 1,32	! -	!	! 32	! 1,95
! (citanest) *	! 34	! 1,28	! 4	!	! 38	! 2,31
! Digoxine	! 34	! 1,28	! -	!	! 1	! 0,06

Tableau VII : Médicaments utilisés dans les trois C.S.C. de la zone K.B.K. (suite)

Nature des produits	Fréquence des trois C.S.C.					
	Kita		Bafoulabé		Kéniéoa	
	Nombre de prescr.!	%	Nombre de prescr.!	%	Nombre de prescr.!	%
! Cotrimoxazole	32	1,21	-	-	-	-
! S.A.T.	32	1,21	1	-	-	-
! Métopimazine *	30	1,13	6	-	22	1,34
! (algésidal) *	30	1,13	-	-	15	0,91
! A.A.S. de Lysine (aspégic)!	29	1,10	7	-	60	3,65
! Chloramphénicol	29	1,10	22	-	54	3,28
! (baralgin)	29	1,10	1	-	6	0,36
! Gentamycine	22	0,83	10	-	28	1,70
! Carbétapentane *	22	0,83	-	-	-	-
! Heptaminol *	19	0,72	1	-	12	0,73
! Cyclines	17	0,64	11	-	23	1,40
! (Alphacyclotricaine) *	15	0,57	1	-	36	2,19
! Camphosulfonate de Na *	12	0,45	9	-	1	0,06
! Méthylengométrine	12	0,45	7	-	20	1,22
! (Complexe B)*	11	0,41	-	-	15	0,91
! Lidocaïne	11	0,41	2	-	-	-
! Glafénine *	11	0,41	-	-	-	-
! (Avafortan) *	9	0,34	-	-	-	-
! Néostigmine	7	0,26	-	-	3	0,18
! Métoclopramide	7	0,26	-	-	2	0,12
! (Vit B12) *	6	0,23	9	-	4	0,24
! Clonidine	6	0,23	2	-	-	-

.../...

Tableau VII : Médicaments utilisés dans les trois C.S.C. de la zone K.B.K.
(suite)

Nature des produits	Fréquence des trois C.S.C.					
	Kita		Dafoulabé		Kéniéba	
	Nombre de prescr.	%	Nombre de prescr.	%	Nombre de prescr.	%
Sulfadoxine pyriméthamine *	6	0,25	-	-	-	-
Streptomycine	6	0,25	-	-	-	-
Erythromycine	6	0,25	-	-	-	-
Atropine	5	0,19	2	-	17	1,04
Acide ascorbique	5	0,19	3	-	3	0,18
Prednisone *	5	0,19	1	-	1	0,06
Phénoxyéthyl pénicilline	5	0,19	-	-	-	-
Dexaméthasone *	5	0,19	-	-	-	-
(Boldolazine)	5	0,19	-	-	-	-
Diltiazem	5	0,19	-	-	-	-
Rhimactacide *	5	0,19	-	-	-	-
(Apacerf) *	5	0,19	-	-	-	-
Terpine *	4	0,15	6	-	55	2,13
Phénobarbital	4	0,15	7	-	7	0,42
Mébéndazole	4	0,15	-	-	-	-
Praziquantel	4	0,15	1	-	-	-

.../...

Tableau VII : Médicaments utilisés dans les trois C.S.C. de la zone U.D.F. (suite)

Nature des produits	Fréquence des trois C.S.C.					
	Nita		Bafoulabé		Kéniéba	
	Nombre de prescr.	%	Nombre de prescr.	%	Nombre de prescr.	%
Pyrazinamide *	4	0,15	-	-	-	-
Procaïne *	4	0,15	-	-	-	-
Nifédipine	4	0,15	-	-	-	-
Niclosamide	5	0,12	-	-	2	0,12
Anonicilline	3	0,12	-	-	1	0,06
Spirocholadone	3	0,12	-	-	1	0,06
Oxytocine	2	0,07	-	-	2	0,12
Indométacine	-	-	-	-	54	3,28
Sulfaguanidine *	-	-	-	-	17	1,04
(Aloïne Houdé) *	-	-	-	-	11	0,67
Dexchlorphéniramine	-	-	-	-	7	0,42
Thiamphénicol *	-	-	-	-	5	0,31
Hépagrume *	1	0,03	-	-	4	0,24
<u>TOTAL</u> :	2647	100 %	-	-	1644	100 %

* : médicaments non répertoriés par la liste nationale des M.E.
(Janvier 1987)

.../...

Tableau VIII : Dépenses en médicaments (en F CFA) au cours de la période de Juin 1987 à Mai 1988 dans les C.S.C. de la zone K.B.K. du P.D.S.

Lieu / période	C.S.C. DE Kita	C.S.C. de Baoulabé	C.S.C. de Kéniéba
Juin	415.900	130.436	146.611
Juillet	420.530	121.487	178.574
Août	291.455	99.740	236.102
Septembre	330.618	66.527	195.764
Octobre	601.365	99.853	243.886
Novembre	396.413	135.132	176.117
Décembre	413.840	122.696	298.562
Janvier	295.738	111.934	182.769
Février	386.682	279.280	207.071
Mars	611.082	212.685	230.471
Avril	569.675	133.504	250.767
Mai	461.409	203.511	209.780
TOTAL :	5.194.700	1.716.770	2.556.477

.../...

Annexe 2 : ANNEXE 2 :

Tableau III : Recettes (en F CFA) réalisées par les différents J.S.C.
au cours de la période de notre étude de Juin 1957 à Mai 60.

J.S.C.	Lita	Dafoulabé	Mindouba
Mois			
Juin	444.800	252.100	237.000
Juillet	311.100	170.750	334.300
Août	318.100	157.650	331.000
Septembre	555.750	131.100	371.300
Octobre	530.350	192.500	315.310
Novembre	437.100	99.050	243.800
Décembre	333.000	251.350	433.100
Janvier	317.150	132.600	232.300
Février	312.800	191.550	342.000
Mars	304.700	181.900	388.500
Avril	341.550	215.050	314.300
Mai	342.350	233.700	330.400
TOTAL :	3.715.350	2.249.500	4.101.400

.../...

ANNEXE 3 :

Commission Nationale d'approvisionnement

MINISTRE D'ETAT CHARGE
DE L'ECONOMIE ET DU PLAN

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

CABINET

ARRÊTE INTERMINISTRIEL N° 2849/MEEP

CAB.

Portant création d'une Commission Nationale d'Approuvonnement en Produits et Matériels Médico-Pharmaceutiques

LE MINISTRE D'ETAT CHARGE DE L'ECONOMIE ET DU PLAN
LE MINISTRE DES FINANCES
LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES
LE MINISTRE DE TUTELLE DES SOCIÉTÉS ET ENTREPRISES

- VU la Constitution ;
- VU le décret n° 12/FG-RM du 22 février 1971 portant approbation des statuts particuliers de la Pharmacie Populaire ;
- VU la loi n° 81-18 du 27 mars 1981 portant création de l'Office Malien de Pharmacie ;
- VU le décret n° 84/FG-RM du 9 avril 1981 portant modalités d'organisation et de fonctionnement de l'Office Malien de Pharmacie ;
- VU le décret n° 238 du 2 novembre 1982 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'Inspection de la Santé Publique et des Affaires Sociales ;
- VU la décision du Conseil des Ministres en sa séance du 23 mars 1983 relative à l'étude pharmaceutique ;
- VU l'ordonnance n° 84-17/PRM rapportant et remplaçant l'ordonnance n° 82-37/PRM du 2 novembre 1982 portant création d'une Inspection de la Santé Publique et des Affaires Sociales ;
- VU le décret n° 217/FG-RM du 1er septembre 1983 portant règlementation des marchés administratifs ;
- VU le décret n° 92/PRM du 19 avril 1983 portant nomination des membres du Gouvernement.

ARRÊTÉ

ARTICLE 1 : Il est créé en République du Mali une Commission Nationale d'Approuvonnement en Produits et Matériels Médico-Pharmaceutiques.

- ARTICLE 2 :** La Commission Nationale a pour mission de :
- collecter, centraliser, diffuser et surveiller toutes les informations concernant les produits et matériels Médico-Pharmaceutiques en vue de rechercher les meilleures conditions d'approuvonnement et de distribution sur le marché national ;
 - approuver et contrôler l'exécution des programmes annuels d'approuvonnement en médicaments essentiels et non essentiels, en produits chimiques et réactifs de laboratoire, d'analyses médicales, de matériels médico-chirurgical et de matériels techniques ;
 - décider des fournisseurs à consulter, des clauses de contrôle de qualité à prévoir et des adjudications ;
 - fixer les prix de vente des médicaments en relation avec les organismes concernés.

ARTICLE 3 : La Commission Nationale d'Approvisionnement en Produits et Matériels Médico-Pharmaceutiques est composée comme suit :

- Le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales ou son représentant **Président**
- Le Directeur National des Affaires Economiques **Membre**
- Le Directeur National du Budget **Membre**
- Le Chef de la C.A.F du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales **Membre**
- Le Directeur National de la Santé Publique **Membre**
- Le Directeur Général de la Pharmacie Populaire du Mali **Membre**
- Le Directeur National de la Formation et de la Formation Continue et Sociale **Membre**
- Le Directeur Général de l'Office Malien de Pharmacie **Membre**
- Le Directeur Général de l'Institut National de Recherche en Santé Publique **Membre**
- Le Directeur du Service Central de Santé des Armées **Membre**
- Le Directeur Général de l'I. N. P. S **Membre**
- Le Secrétaire Général de la Chambre de Commerce et d'Industrie du Mali **Membre**
- Le Secrétaire Général du Syndicat National de la Santé Publique et des Affaires Sociales **Membre**
- L'Inspecteur de la Santé Publique et des Affaires Sociales chargé de la Pharmacie **Rapporteur**

ARTICLE 4 : La Commission peut faire appel aux techniciens et organes nationaux en raison de leur compétence.

ARTICLE 5 : La Commission Nationale d'Approvisionnement en Produits et Matériel Médico-Pharmaceutiques se réunit sur convocation de son Président.

ARTICLE 6 : L'Inspecteur de la Santé Publique et des Affaires Sociales assure le Secrétariat de la Commission.

ARTICLE 7 : Le présent Arrêté sera enregistré, publié et communiqué partout où besoin sera.

- == AFFILIATIONS ==**
- Original 1
 - Secrétariat Général de la Présidence 1
 - Secrétariat Général du Gouvernement 2
 - Tous Départements 17
 - Cour Suprême 2
 - C G E 2
 - J.O.R.M 2

KOULOUBA LE 13 JUIN 1984
LE MINISTRE D'ETAT CHARGE DE
L'ECONOMIE ET DU PLAN

Oumar COULIBALY.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET
DES AFFAIRES SOCIALES

Dr. NICOLA TRAORE

LE MINISTRE DES FINANCES

M. DRISSA KEITA.

LE MINISTRE DE TUTELLE DES SOCIETES
ET ENTREPRISES D'ETAT

Bandiougou B. DOUCOURE

BAMAKO, le 12 Juillet 1984
LE DIRECTEUR GENERAL

PHARMACIE POPULAIRE DU MALI

Four copie certifiée conforme.

N° /PPM-NS

Dr. Abdoulaye DIALLO

ANNEXE 4

PREMIER APPEL D'OFFRES EN MATIERE DE MEDICAMENTS - TRANSPARENT No

MEDICAMENTS ACHETES	PRIX M. D.	PRIX ADJU.	PRIX PPM
GENTAMYCINE 80MG INJ	62.5	77.55	540.68
ERYTHROMYCINE 500MG CP	36.95	101.58	107.8
LINCOMYCINE INJ 600MG	440	474	325.8
METOPIMAZINE 10MG CP.	4.22	80.96	66.44
METRONIDAZOLE 250MG CP.	2.94	3.94	42.1
SELS FERREUX CP.	1.05	1.05	4.84
METHYLDOPA 250MG CP.	15.5	15.5	25.16
TRIAMCINOLONE 4MG CP.	6.22	43.73	21
N. E. OESTRADIOL	9.64	13.45	8.1
ANATOXINE TETANIQUE	147.87	147.87	275
TETRACOQ	856.75	856.75	665
ERGOTAMINE INJ	18.88	172.95	128.66
OXYTOCINE INJ	17.35	168.25	125.16
GRISEOFULVINE 500MG CP.	25.43	58.5	45.73
NYSTATINE 0.5M CP.	24.62	33.12	24.63
NYSTATINE 1M OVULE	12.29	16.58	16
PRAZIQUENTEL 600MG	507.7	507.7	507.7
H. BUTYL BROMIDE INJ	22.6	37.4	49
H. BUTYL BROMIDE CP.	3.8	10.2	10.85
DIAZEPAM 10MG INJ	17.25	17.5	67.45
FUROSEMIDE 20MG INJ	21.5	21.5	106.75
TIABENDAZOLE 500MG	15.5	15.5	62.08
PHENOBARBITAL 50MG CP.	1.22	1.22	4.43
COTRIMOXAZOLE 400/80	4.69	9.55	28.25
SELS DE R. O	34.5	36	36
AC. ACETYLSALICYLIQUE IN	122.5	148.35	155
AMPICILLINE 500MG CP.	20.8	21.65	67.7
AMPICILLINE 500MG INJ	43.2	55.57	175
AMPICILLINE 1G INJ	60.1	98.42	280
CHLORAMPHENICOL 250MG C	3.37	6.76	6.76
CHLORAMPHENICOL 250 IN	42.85	97.98	97.98
BENZ. PENICILLINE 2.4M	58.3	108.11	364
ASPIRINE 500MG CP	0.888	3	5
CHLOROQUINE 100MG CP	1.49	4.87	6
CAMPHOSULF. 5% 5ML	20	20	23.5
CAMPHOSULF. 5% 2ML	11	11	11
EAU DISTILLEE 5ML	7	12	15
PENICILLINE 0.5M	35.95	53	52.5
PENICILLINE 1M	39.83	63	62.5
VALEUR TOTALE MOINS DIS	119476700		
VALEUR TOTALE ADJUDICAT	213639660		
RAPPORT A/B	0.56		
VALEUR TOTALE AU PRIX P	296658860		

ANNEXE 5

DEUXIEME APPEL D'OFFRES EN MATIERE DE MEDICQMENTS - TRANSPARENT No....

MEDICAMENTS	RIX A02=P1	RIX PPM=P2	P1x1.4 =P3	RAPPORT P2/P3	ONPPC P4	RAPPORT P4/P2
ACIDE ASCORBIQUE	18.00	40.00	25.20	1.59	39.10	0.98
AMINOPHYLLINE	50.10	70.14	70.14	1.00	24.00	0.34
ASPIRINE	2.55	7.50	3.57	2.10	2.08	0.28
BANDE DE GAZE 4X10	74.00	115.00	103.60	1.11	103.50	0.90
BANDE DE GAZE 4X10	75.93	115.00	106.30	1.08	103.50	0.90
BANDE DE GAZE 4X7	55.47	100.00	77.66	1.29	175.00	1.75
BANDE PLATREE 2X20	263.50	500.00	368.90	1.36	235.00	0.47
BANDE PLATREE 2X15	198.00	380.00	277.20	1.37	415.00	1.09
CHLORAMPHENICOL COM	3.00	23.75	4.20	5.65	43.33	1.82
CHLORAMPHENICOL INJ	197.00	500.00	275.80	1.81	282.60	0.57
CHLOROQUINE	3.74	8.75	5.24	1.67	4.10	0.47
CHLORPROMAZINE COMP	6.45	13.60	9.03	1.51	5.10	0.38
CHLORTETRACY 1%	106.00	130.00	148.40	0.88	180.00	1.38
CHLORTETRACY 3%	160.00	235.00	224.00	1.05	915.00	3.89
CLONIDINE COMP	30.48	80.75	42.67	1.89	48.00	0.59
CLONIDINE INJ	106.48	245.00	149.07	1.64	122.67	0.50
COMPRESSE ST. 30X30	29.86	39.00	41.80	0.93	31.40	0.81
COMPRESSE ST. 30X30	27.14	39.00	38.00	1.03	31.40	0.81
COMPRESSE ST. 40X40	20.48	59.00	28.67	2.06	99.50	1.69
COMPRESSE ST. 40X40	39.50	59.00	55.30	1.07	99.50	1.69
COTON 100G	189.00	290.00	264.60	1.10	250.00	0.86
COTON 200G	472.50	585.00	661.50	0.88	460.00	0.79
DEXAMETHASONE	212.55	548.33	297.57	1.84	333.33	0.61
DEXTRAN	1249.00	5010.00	1748.60	2.87	3140.00	0.63
DIAZEPAM COMP	3.62	22.00	5.07	4.34	29.33	1.33
FUROSEMIDE 20MG	117.20	300.00	164.08	1.83	167.00	0.56
FUROSEMIDE 40MG	2.85	62.25	3.99	15.60	38.50	0.62
GENTAMYCINE 40MG	120.00	880.00	168.00	5.24	530.20	0.60
HYDROXIDE AL ET MG	7.32	16.63	10.25	1.62	13.13	0.79
INDOMETHACINE	22.23	47.17	31.12	1.52	34.00	0.72
INSULINE RETARD	329.50	445.00	461.30	0.96	560.00	1.26
KETAMINE 10MG	228.96	440.00	320.54	1.37	498.00	1.13
KETAMINE 50MG	771.48	1320.00	1080.07	1.22	1514.40	1.15
LIDOCAINE	138.00	550.00	193.20	2.85	48.00	0.09
MEBENDAZOLE	58.28	149.17	81.59	1.83	85.83	0.58
METOPIMAZINE	12.87	125.00	18.02	6.94	14.70	0.12
METRONIDAZOLE	3.97	86.75	5.56	15.61	52.50	0.61
MICONAZOLE OVULE	106.31	200.00	148.83	1.34	213.57	1.07
NICLOSAMIDE	51.00	197.50	71.40	2.77	125.00	0.63
PENICILLINE 0.5M	68.00	95.00	95.20	1.00	70.00	0.74
PENICILLINE 1M	78.00	110.00	109.20	1.01	95.00	0.86
PHENOKYMETHYLPENI	56.79	235.42	79.51	2.96	127.92	0.54
QUININE 0.2	38.50	120.00	53.90	2.23	70.10	0.58
QUININE 0.4	61.00	175.00	85.40	2.05	103.30	0.59
SALBUTAMOL	19.75	27.65	27.65	1.00	24.00	0.87
SPIRONOLACTONE	22.32	254.00	31.25	8.13	164.00	0.65
THIAMINE	9.72	18.75	13.61	1.38		
VITAMINE K1	61.93	165.00	86.70	1.90	130.50	0.79

B / A =

1.60

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

1. ANNYS S.
Recouvrement des coûts dans les cercles de Kita, de Bafoulabé et Kéniéba (Avril 1985).
2. BARRAS Dominique.
La distribution locale de médicaments en zone rurale au Mali : résultats d'une enquête portant sur les cercles de Kolokani et Nara. (Thèse Pharmacie, Lyon I, 1986, 149 pages, n°183).
3. BERRY T., SOUCARET J.R.
Economie du médicament (Edition Masson, Paris 1985).
4. BOSSARD Consultants
Diagnostic et plan d'action pour la mise en oeuvre de la réforme pharmaceutique et la réorganisation de la P.P.M. (Août-Septembre 1985).
5. Banque Mondiale (Equipe de préparation)
Rapport final sur le Projet de Développement sanitaire. (Juillet 1982)
6. CARRIN G. and al
Evaluation économique du système de recouvrement des soins de santé dans le cercle de Kita; (Juillet 1987).
7. Dr. CISSE Hama
Quelle politique de médicaments au Mali ? (rapport écrit de "Causeries-débats", Centre Djoliba, Bamako, 1988).

8. DIARRA Moussa-Issa

Nécessité d'une politique de distribution des médicaments en zone rurale. (Mémoire Pharmacie, Bamako, 1978, 100 pages)

9. DIALLO A.

Place et importance des substances pharmaceutiques dans le cadre du système de prestations sanitaires du Mali.
(Thèse Médecine, Bamako, 1977, 93 pages n°8).

10. Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Evaluation sanitaire des cercles de Kita, Bafoulabé, Kéniéba
(Mai 1981).

11. KEGELS - CORNELIS G. - CARRLIN G.

Etude de la prescription médicale dans les deux principales formations sanitaires de Kita ville (Février 1988).

12. M.M.B. (Medicus mundi belgium)

Recouvrement des coûts dans les cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba (Avril 1987).

13. M.S.P./AS

D N P F S S

Etude pour la réorganisation du système pharmaceutique.
Août 1982 (rapport de synthèse)

14. M.S.P./AS

Point sur la politique des Médicaments Essentiels
(élément de réponse à la lettre n°851/PG-RM-C du 13/10/1987).

15. M.S.P./AS

D N P F S S

Plan décennal de Développement socio-sanitaire du Mali (1981-1990)
révision en Novembre 1983.

16. M.S.P./AS /CAB

Note sur l'approvisionnement du pays en médicaments.
(Koulouba, le 8 Décembre 1986).

17. M.S.P./AS

Appel d'offres n°1/1985 P.P.M.

Procès verbal de la Commission Nationale d'Approvisionnement en produits et matériels médico-pharmaceutiques (Juillet 1985).

18. M.S.P./AS

Appel d'offres n°2-1. 1986

Procès verbal (Juillet 1986).

19. M.S.P./AS (mission technique)

Etude sur le recouvrement des coûts des centres de santé des cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba (Octobre 1984).

20. NOVEMBER A.

Les médicaments et le Tiers-Monde (Edition Favre, Paris, 1981).

21. O.M.S.

Médicaments Essentiels : le point n°1 (Genève 1987)

22. O.M.S.

Médicaments Essentiels : le point n°2 (Genève 1987)

23. O.M.S.

Médicaments Essentiels : le point n°3 (Genève 1987)

24. O.M.S.

Médicaments Essentiels : le point n°4 (Genève 1987)

25. O.M.S.

Médicaments Essentiels : le point n°5 (Genève 1987)

26. O.M.S.

Médicaments Essentiels : le point n°6 (Genève 1987)

27. O.M.S.

Rapport de la Conférence Internationale sur les soins de santé primaires à Alma-Ata (U.R.S.S.) du 6 au 12 Septembre 1978.
Genève 1978.

28. O.M.S.

Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès (volume 1, Genève 1977).

29. O.M.S.

Formulation de stratégie en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'An 2000 (Genève 1979).

30. P.D.S. (Projet de Développement Sanitaire)

Rapport final de l'équipe de préparation (juillet 1982).

31. P.D.S.

Point sur le système de recouvrement des coûts dans la zone du Projet de Développement Sanitaire (Novembre 1987).

32. P.P.M.

Barème des prix de vente des médicaments et accessoires pharmaceutiques de la P.P.M. (Janvier 1987).

33. QUICK J.D.

Bien gérer les médicaments

adapté et traduit par I.U.E.D. Genève Boston, MASS. Management science for Health 1984, 617 pages.

34. TRACRE Félix Théodore

Les médicaments en milieu hospitalo-universitaire à Bamako, place des Médicaments Essentiels
Thèse Médecine, Bamako, 1987, 65 pages, n°5

35. VELASQUEZ G.

L'industrie du médicament et le Tiers-Monde.
(Edition L'Harmattan, Paris, 1983).

36. Dr. HAIDARA

Cours de législation et de déontologie pharmaceutiques
(année scolaire 1986-1987).

NOM : COULIBALY PRENOM : Nouhoum

TITRE DE LA THESE : Importance des Médicaments Essentiels dans le système de recouvrement des coûts des soins

ANNEE : 1988

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

SECTEUR D'INTERET : Approvisionnement des populations en médicaments

RESUME :

Ce travail a été réalisé au Sud de la Région de Kayes (Mali) dans les cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba appelés Zone K.B.K. du P.D.S.

Depuis Juin 1985, une modalité de financement des soins est mise en expérimentation dans ces localités. Elle est appelée Système de Recouvrement des Coûts des Soins. Ce système a pour objectif d'améliorer la qualité des soins et de les rendre accessibles financièrement aux populations.

Il consiste au paiement de tarifs fixés sur la base de taux forfaitaires et le fonds de roulement constitué à partir des recettes devrait permettre aux C.S.C. de renouveler régulièrement leur stock de médicaments et de faire face à certaines dépenses courantes de fonctionnement. Les médicaments utilisés dans ces C.S.C. sont essentiellement des Médicaments Essentiels.

Quant aux résultats financiers, les taux de recouvrement obtenus pendant la période de Juin 1987 à Mai 1988 ont été les suivants :

- 86 % pour le C.S.C. de Kita
- 91 % pour le C.S.C. de Bafoulabé
- 116 % pour le C.S.C. de Kéniéba

Avec un usage régulier des produits obtenus par les deux premiers appels d'offres organisés dans le cadre des activités du P.D.S. en 1985 et 1986, ces taux pourraient atteindre respectivement à Kita, Bafoulabé et Kéniéba :

- 94 %
- 99 %
- 122 %

MOTS CLES :

Médicaments Essentiels

Appels d'offres

Accessibilité financière aux soins

Recouvrement des coûts des soins

Zone K.B.K. du P.D.S.

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des Maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement;

D'exercer, dans l'intérêt de la Santé Publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
