

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

Année 1988

No 35

**TITRE : Contribution à la Définition d'une
Politique de Medicaments Essentiels au Mali**

THESE

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

Par Mamadou SANOGO

Four obtenir le grade de Docteur en Pharmacie
(Diplôme d'Etat)

EXAMINATEURS

Président : Professeur Boubacar Sidiki CISSE

Membres : Docteur Boukassoum HAIDARA
Docteur Arouna KEITA
Docteur Hama CISSE (Directeur)

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

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

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

1. PROFESSEURS AGREGES

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

2. ASSISTANTS, CHEFS DE CLINIQUE

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

3. ASSISTANTS et C.E.S.

Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur Lassana Koïta	Chirurgie Générale
Docteur Sekou SIDIBE	Orthopédie-traumatologie
Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Docteur Mamadou A. CISSE	Urologie
Mme KOUMARE Fanta COULIBALY	T.P. Soins Infirmiers

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

1. PROFESSEURS AGREGES

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

2. ASSISTANTS, CHEFS DE CLINIQUE

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

3. ASSISTANTS et C.E.S.

Docteur Moussa MAIGA	Gastro-Enterologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Docteur Souminta M. KEITA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Mme KONARE Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Kader TRAORE	Médecine Interne

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

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

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yeya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Zoologie-Génétique

3. DOCTEURS 3ème CYCLE

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

4. ASSISTANTS, CHEFS DE CLINIQUE

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

5. MAITRES ASSISTANTS

Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
Docteur Hama CISSE	Chimie Générale

6. ASSISTANTS

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

7. CHARGES 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	Matières Médicales, Pharmacologie

2. DOCTEUR 3ème CYCLE

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

Je tiens à remercier tous ceux qui d'une façon ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de ce travail que je dédie:

A tous ceux qui se battent pour la justice sociale
et pour la paix sérieusement compromises à travers
le monde par le manque de Médicaments Essentiels

Qu'ils trouvent ici toute la preuve de notre
profonde estime

A la solidarité légendaire de mes parents:

Mon oncle Feu El Hadj Moctar	SANOGO
Mon oncle Feu El Hadj Noumoudjon	SANOGO
Mon père Feu El Hadj Ismaïla	SANOGO
Mon oncle N'Guaramouko	SANOGO
Mon oncle Lassana	SANOGO
Mes tantes: Dadia	SANOGO
Man	SANOGO
Kadia	SANOGO

Dans un monde de plus en plus marqué par
l'individualisme, le gain personnel, vous
n'avez vécu que pour l'amour réciproque, la
fraternité, la communauté de vos biens. Tout
simplement vous avez été un symbole de
l'unité, une des plus grandes vertus
sociales que vous avez placée et retrouvée à
un sommet de l'idéal. Elle vous a valu votre
force admirable et fierté légitime que vous
avez léguées en héritage. Ce travail ne peut
être un prix de tout ce que vous nous avez
fait, il n'en est qu'une prime. Trouvez ici
tout le témoignage de mon affection et de ma
profonde gratitude.

A ma mère Feue Sitan KONE

Source de ma vie, je regrette de ne t'avoir
pas connue. Restons unis par le sang et
trouve ici toute mon affection particulière.

A ma mère adoptive Assitan CISSE

Tu as été une digne cousine de ma mère. Tu
m'auras donné tout ce que j'aurais manqué à
son absence. Trouve aussi le témoignage de
ma profonde gratitude.

A tous mes frères
A toutes mes soeurs

Votre attachement aux idéaux sociaux de nos
parents est ce qui est de plus précieux.
Trouvez en ce travail le témoignage de mon
affection envers vous.

La famille KANADJIGUI

La débonnairété d'un père et des mamans, l'altruisme des jeunes, font de votre famille un des rares types. Vous qui m'avez hébergé durant la période décisive de ma scolarité, ce travail est le fruit de votre soutien moral et matériel. Vous devez en être reconnus.

A mon cousin Bamara KONE

Ton courage, ta foi en la réussite sont exemplaires. Ton soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut. Puisse trouver quelque satisfaction en ce travail.

A mes frères Hamed SANOGO et GARBA

Compagnons dans toutes les situations dures, ce travail est le fruit de vos conseils.

A mes amis de classe Fatoumata B. TOURE,
Mamoutou TRAORE et à tous mes camarades
d'école

Ce travail est le fruit de votre sympathie

A tous mes cadets de l'ENMP

Seul le travail bien fait et la discipline peuvent permettre de franchir aisément les difficiles étapes du long cycle de cette école. Que ce travail soit pour vous une source d'inspiration scientifique.

Je remercie tout particulièrement:

Docteur Minkaila MAIGA, Pharmacien chef de Tombouctou
Docteur KONATE, Médecin-chef de Kita

Qui m'ont hébergé lors de mon stage.

Docteur Mahatouma SANOGO
Docteur TIMBELY

Pour leur franche collaboration

A tous les chefs de poste médical du PDS

Qui m'ont rendu le séjour agréable lors de
mon stage.

A toute l'Assistance Technique
Médecins Sans Frontières

Qui aura fait de ce travail le sien. Leur
collaboration et leur spontanéité se doivent
d'être reconnues.

A Brunet JAILLY

La lecture de ses travaux de recherche a été
pour nous d'une aide précieuse. Ses
connaissances excellentes, ses critiques,
nous ont guidés dans ce travail. Qu'il
trouve ici l'expression de nos sincères
remerciements.

A Boubacar BA
Haoua TOURE

Pour leur collaboration tant appréciée, pour
l'environnement joyeux qu'ils ont su
m'offrir, je leur dois beaucoup notamment la
présentation finale de ce document. Qu'ils
soient remerciés de tout ce qu'ils ont fait
pour moi.

A DIALLO à la DNPFS

Les documents de recherche et d'information
auxquels il m'a toujours permis d'accéder,
ont été sans doute décisifs dans ce travail.
Qu'il trouve ici mes remerciements sincères.

Thèse de Monsieur Mamadou SANOGO

Composition du jury:

Monsieur Boubacar Sidiki CISSE
Monsieur Boulkassoum HAIDARA
Monsieur Harouna KEITA
Monsieur Hama CISSE

A notre président du jury

Monsieur Boubacar Sidiki CISSE
Professeur agrégé de Toxicologie,
chef de D.E.R. des Sciences
Pharmaceutiques à l'ENMP

Ses engagements et ses dévouements pour la défense des causes nobles au sein de cette école et pour la révalorisation de la profession pharmaceutique, ne sont ignorés de personne. Ses conseils m'ont apporté de grands biens. Nous le remercions pour sa disponibilité et pour avoir accepté la présidence de notre thèse. Elle est pour nous l'occasion de lui adresser nos sentiments les plus respectueux.

Au Docteur Boukassoum HAIDARA
Conseiller Technique au MSP-AS
Chargé des Affaires Pharmaceutiques

Ses nombreux travaux de recherche, ses nombreuses thèses dirigées sur la politique pharmaceutique nationale, sont des témoignages concrets de sa compréhension du secteur comme facteur important du développement économique et social. Il est un érudit de notre politique pharmaceutique. La lecture de ses travaux, les entretiens que nous avons eus avec lui, ont été de grands intérêts.

Nous sommes très sensibles au grand honneur qu'il nous a fait en acceptant d'être membre de notre jury de thèse. Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance sincère

Au Docteur Harouna KEITA,
Chef de la Division
Médecine Traditionnelle

Ce travail est aussi le fruit de sa collaboration franche.
Il nous a fait honneur de siéger dans le jury de notre thèse. Nous lui adressons nos sincères remerciements.

A mon Directeur de Thèse
le Docteur Hama CISSE,
Chef de la Division
Laboratoires et Pharmacie

Nous lui devons la première sensation de la pharmacie, son goût, la nécessité de défendre la profession que lui-même a eu à mettre au sein de ses nobles causes. Nous n'ignorons pas ses tentatives nombreuses pour parfaire notre formation par l'organisation des travaux pratiques qui s'étaient opposées à la modestie des moyens disponibles. Ses prises de position franches se mesurent à ses convictions des idées du progrès social. Son attachement à la politique pharmaceutique nationale, la proposition d'un tel sujet pour étude, sont des témoignages de ce qu'il ressent durement avec nos populations pauvres désabusées à cause du manque de médicaments. Ce sujet m'a fait une passion extrême, je dois le lui reconnaître et souhaite que ses connaissances excellentes du domaine soient désormais une source d'inspiration à mes cadets. Qu'il trouve ici le sentiment de ma profonde gratitude

SOMMAIRE

Page

I. Introduction

A. Aperçu sur le Mali	1
1. Géographie physique	1
2. Historique	2
3. Structures économiques	2
4. Données humaines	3
B. Position du problème	5

Méthodologie

1. Stage dans le Projet de Développement Sanitaire (PDS)	6
2. Stage dans le Projet Magasins-Santé des VI° et VII° Régions	7
3. Objectif du stage	8

II. Situation Sanitaire

A. Pathologie	10
B. Système de santé au Mali	19
1. Organigramme du MSP-AS	19
2. Distribution des services de santé	20
3. Personnel de Santé	22
C. Dépenses de santé au Mali	31
1. Financement public: Budget-Etat de la Santé	33
2. Le poids des médicaments au Mali et les charges relatives à l'importation	35

III. Concept de Médicament Essentiel

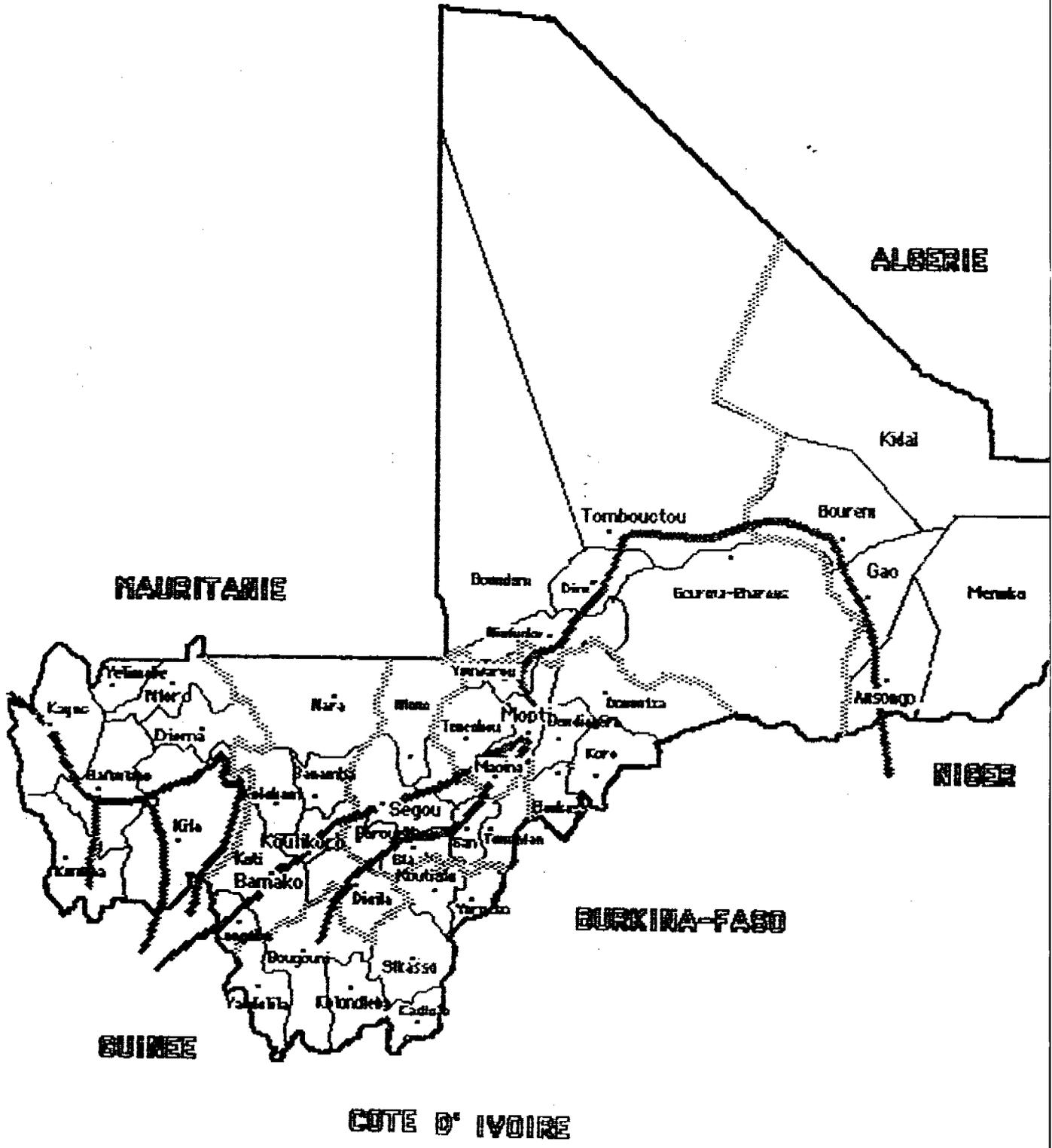
A. Commerce International du médicament	37
B. Concept de médicament essentiel	39
1. Historique	39
2. Contenu du concept	39

IV. Axes fondamentaux d'une politique de médicament essentiel

A. Sélection	41
B. Approvisionnement	44
C. Production locale	47
D. Médecine Traditionnelle	50
E. Distribution	52
F. Garantie de la qualité et nécessité d'un laboratoire de contrôle	54
G. Bon usage des médicaments essentiels	56
H. Financement de l'approvisionnement en médicaments essentiels	58

V. Politique de médicaments essentiels: Expérience du Mali	
A. Contexte de la réforme pharmaceutique	60
B. Contribution à la critique de la réforme pharmaceutique	63
1. Sélection et nomenclature des médicaments essentiels	65
2. Approvisionnement	69
3. Production locale	77
4. Distribution	81
5. Bon usage	86
6. Législation	88
7. Le recouvrement des coûts	89
7.1. Magasins-Santé	91
a. Objectif et fonctionnement du système de recouvrement des coûts	91
b. Observations et conclusions	93
7.2. KBK - Projet de Développement Sanitaire	101
a. Objectif et fonctionnement	101
b. Observations et conclusions	102
VI. Perspectives et conclusions	
1. Propositions pour une véritable politique de médicaments essentiels au Mali	107
2. Propositions pour l'Initiative de Bamako	108
Conclusions	111
Annexes	
Bibliographie	

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100



A. APERCU SUR LE MALI

Aborder les aspects généraux d'un pays comme ses caractéristiques géographiques, historiques, administratives et politiques, socio-démographiques et socio-culturelles, peut paraître superflu lorsqu'il s'agit d'étudier un sujet qui se propose de "contribuer à la définition d'une politique des Médicaments Essentiels d'un pays". Mais une telle politique est directement ou indirectement influencée par chacun de ces aspects, du moment où elle entend définir les conditions d'accès aux médicaments indispensables aux besoins prioritaires de santé des populations.

La consommation pharmaceutique peut dépendre de plusieurs facteurs, entre autres, la prévalence des pathologies, le pouvoir économique du pays et des individus, les habitudes culturelles, etc...

Malgré tout, il n'est pas inutile de rappeler qu'une politique pharmaceutique nationale reflète la politique générale du pays très souvent fonction de son développement socio-culturel.

Pays de l'Ouest Africain, le Mali s'étend sur 1.240.000 km². Il est situé entre le 10° et 25° de latitude nord et le 4° et 12° de longitude ouest. C'est un pays enclavé, les frontières maliennes étant très éloignées de la mer. Les pays limitrophes sont :

- la Mauritanie et le Sénégal à l'Ouest
- l'Algérie au Nord
- la Côte et la Guinée au Sud
- le Burkina Faso et le Niger à l'Est

1°. Géographie physique

Le Mali présente principalement 3 types de climat:

- le climat soudanien au sud de la ligne Kayes - Mopti est caractérisé par une saison sèche et une saison humide de 5 à 6 mois avec des pluviométries atteignant 500 à 1500 mm et une température de 24° à 35°C. La végétation assez abondante se dégrade vers le Nord.
- le climat sahélien présent au nord de la ligne Kayes - Mopti jusqu'au Sahara est caractérisé par une saison sèche de 8 à 9 mois et une saison humide où les pluies ne dépassent pas 500 mm. La température moyenne varie de 30 à 40°C avec une végétation très discontinue.
- le climat saharien au nord du Sahel est caractérisé par une sécheresse presque constante. La température atteint souvent en saison chaude 50° à 60°C, la végétation est presque absente.

Deux principaux fleuves arrosent le pays:

- le fleuve Sénégal, long de 1700 km dont la moitié au Mali
- le fleuve Niger, long de 4200 km dont 1700 km au Mali

2° Historique

Depuis 1857, le Mali fut occupé progressivement par la France. De 1920 à 1958, il était connu sous le nom de Soudan Français. En 1958, fut proclamée la République soudanaise et en 1959, le Soudan formait avec le Sénégal la Fédération du Mali. Cette fédération éclata en 1960, le Mali accéda alors à son indépendance et opta pour un régime à vocation socialiste.

Ce régime a été renversé par un coup d'Etat militaire en novembre 1968, alors il fut instauré un régime militaire sous lequel le Mali a connu un vide politique jusqu'en 1978. Longtemps, les compagnies et la plupart des structures économiques existant sous l'ancien régime n'avaient pas été démantelées.

Cependant plusieurs sociétés et entreprises d'Etat sont dissoutes aujourd'hui au Mali sous la pression du FMI. Le pays vit alors les premières années d'une véritable libéralisation en poussée de son secteur économique.

Administrativement le Mali se divise en 7 régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Segou, Mopti, Tombouctou, Gao) plus le district de Bamako. Bamako. Chaque région est divisée en cercles, le cercle en arrondissements, et l'arrondissement en villages ou fractions. Le district de Bamako est divisé en 6 communes.

3°. Les structures économiques

L'enclavement du territoire, les ressources naturelles négligeables font du Mali en grande partie désertique, l'un des pays les plus défavorisés du globe. Selon la Banque Mondiale (1) le PNB par habitant était de 180 \$ US en 1988 soit le 10^e de celui du Mexique la même année.

- Les principales ressources sont agricoles et pastorales. Ces activités rurales occupent 80% de la population.

- Les ressources minières sont peu importantes, de plus l'enclavement les rend parfois inexploitable.

- Les ressources énergétiques sont dominées par l'énergie hydro-électrique en plein développement.

- Le secteur industriel ne se développe qu'avec lenteur et emploie moins de 5% de la population.

- Le transport occupe une place importante dans le développement des activités économiques et surtout dans le cas d'un pays continental comme le Mali. Le réseau ferroviaire a 645 km et le réseau fluvial environ 1300 km navigable. Le Mali n'a plus de compagnie aérienne.

- Le commerce avec les autres pays est très développé mais le Mali reste déficitaire. Les importations étaient estimées selon les Comptes Nationaux en 1986 à 159,6 milliards de Fcfa en valeur CAF au compte des importations contre 68,6 milliards de Fcfa en valeur FOB au compte des exportations soit un rapport valeur FOB/valeur CAF de 43% (2).

4° Données humaines

Le dernier recensement de la population date d'avril 1987. Selon les résultats provisoires de ce recensement, le Mali compte 7.600.000 habitants avec un taux de croissance de 1,7% par an.

La densité serait ainsi de 6 habitants/km².

Cependant, selon l'étude faite par la Banque Mondiale (memorandum sur le secteur de la population) en février 1988 le taux de 1,7% est une sous-estimation.

De cette étude:

- le taux de natalité est de 47,6 pour 1000
- le taux brut de mortalité est de 18,1 pour 1000
- le taux d'émigration est de 0,4%
- le taux d'accroissement est de 25 pour 1000

80% de la population malienne vivent en zone rurale. Les indicateurs de santé de deux catégories de pays comparés à ceux du Mali donnent les résultats suivants (3) :

Indicateurs (date ou période d'information) talité	Valeur du Mali	Valeurs moyennes des 33 pays où le taux de mortalité des moins de 5 ans est le plus haut (> 170 pour 1000)	Valeurs moyen. des 35 pays où le taux de mortalité des moins de 5 ans est le plus bas (< 25 pour 1000)
Mortalité générale (86)	25	19	10
Espérance de vie à la nais- sance (86)	44	47	74
Taux de morta- lité avant un an (infantile)	171	130	10
Taux de morta- lité avant 5 ans	297	211	13
Poucentage de poids in- suffisant à la naissance (82-85)	17	15	6

En 1986, 15% seulement de la population avaient accès à des services de santé au Mali (3).

B. POSITION DU PROBLEME

En septembre 1978, à Alma-Ata (URSS) la communauté internationale fait le triste constat que les "4/5 de la population mondiale n'ont accès à aucune forme permanente de service de santé (4).

La santé pour tous d'ici l'an 2000, devient l'objectif ambitieux que tous les Etats présents à la conférence internationale sur les Soins de Santé Primaires (SSP) se sont engagés à atteindre.

Et il est devenu commun de parler des 8 composantes des soins de santé primaires que nous rappelons:

1. Education pour la Santé
2. Ravitaillement alimentaire et nutrition
3. Approvisionnement en eau potable et mesures d'assainissement de base.
4. Protection maternelle et infantile, y compris planification familiale
5. Vaccination
6. Lutte contre les maladies transmissibles et prévention de ces maladies
7. Soins curatifs de base
8. Médicaments Essentiels

Parmi les services de santé que les populations sont en droit d'attendre de leur gouvernement, il faut citer la fourniture de médicaments essentiels.

Les médicaments dans les systèmes de santé (moderne comme traditionnel) est un élément de critère de la qualité des soins. Leur présence, partout où l'on en a besoin à un prix abordable, est un indicateur important de l'organisation et de l'efficacité des services de santé.

"Le malade perçoit le médicament comme un signe de prise en charge. Il est la manifestation concrète que le médecin porte à son cas et il revêt aussi un caractère mystérieux qui s'apparente à la potion semi-magique du sorcier primitif" (5).

Fournir le bon médicament partout où l'on en a besoin relève d'une véritable politique pharmaceutique qui est l'objet de ce travail.

Dans un premier temps, nous tenterons de donner un profil de la situation sanitaire au Mali. Ensuite nous tenterons une approche du concept de médicaments essentiels et les conséquences qu'implique cette notion, puis nous aborderons les axes fondamentaux d'une politique de médicaments essentiels. Enfin à la lumière de ces principes généraux universellement admis nous:

- dégagerons les points importants de la réforme pharmaceutique malienne
- critiquerons sa mise en oeuvre
- tenterons un essai modeste sur l'Initiative de Bamako.

METHODOLOGIE

Lors de ce travail, nous avons effectué un stage de 4 mois qui nous a permis de travailler au niveau de 2 projets pilote: les Magasins-Santé des régions de Tombouctou et Gao et le Projet de Développement Sanitaire (PDS) couvrant les 3 cercles Kita-Bafoulabé-Keniéba (KBK).

Ces deux expériences fondamentalement différentes, du point de recouvrement des coûts que de l'approvisionnement en médicaments constituent sans nul doute des éléments importants dans l'approche de la résolution des problèmes de médicaments que connaissent les populations rurales.

Les résultats de ces expériences seront abordés lors de l'approche de recouvrement des coûts (page 89).

1°. Stage au Projet de Développement Sanitaire

a) Présentation sommaire du PDS

Le PDS a démarré en 1984 sur un financement de la Banque Mondiale. Son démarrage qui a coïncidé avec la mise en oeuvre de la politique pharmaceutique au Mali, a été saisi comme l'occasion d'expérimenter les propositions de cette réforme en matière de distribution locale de médicaments.

En réalité le PDS comprend:

- une composante nationale chargée de l'administration, la programmation et de la coordination du projet.

- une composante locale d'exécution de nombreux programmes sanitaires proprement dits et d'un programme d'approvisionnement en eau potable dans les trois localités citées.

L'approvisionnement en médicaments essentiels et leur distribution à la charge des populations est l'un de ces programmes sanitaires.

L'expérience constitue à cet effet un des domaines privilégiés de l'évaluation à la fois de la critique de la mise en oeuvre de la réforme.

b) Lieux visités

Le stage s'est déroulé du 20/05/1988 au 5/07/1988 uniquement dans le cercle de Kita:

- au centre de santé de Kita où est adopté le système de recouvrement des coûts

- dans 5 centres de santé d'arrondissement et 5 dépôts qui les suppléent:

- Kokofata
- Sirakoro
- Toukoto
- Sébékoro
- Djidian

Les visites prévues pour deux autres arrondissements du cercle n'ont pas pu être effectuées: à Sagabary, le chef de poste était en déplacement et le dépositaire décédé; à Séféto, à cause de l'état des routes en saison pluvieuse.

2°. Stage dans les Magasins-Santé

a) Présentation sommaire du projet

Contrairement au PDS, c'est un projet ponctuel intervenu dans une situation d'urgence. Son objectif était de secourir au plus pressé, les populations du nord sinistrées par les nombreuses années de sécheresse et la crise alimentaire de 1984.

Le projet a été financé par l'action conjuguée de nombreux bailleurs dont le FED et les Médecins Sans Frontières "MSF". Son démarrage s'est accompagné par l'envoi sur terrain de l'Organisation Non Gouvernementale MSF en tant qu'assistance technique (attributaire du projet) dans le cercle de Douentza et dans toute la région de Tombouctou en 1984. Le cercle de Douentza a été exclu plus tard et le projet a été étendu à toute la région de Gao en 1985.

Installé dans les conditions si sociales, le projet distribuait gratuitement les vivres et les médicaments à travers les "Magasins Santé Sécheresse" contre bons émis et tickets-ordonnances des agents de santé.

En 1986, le projet est passé de la phase d'urgence à une phase de réhabilitation médico-nutritionnelle, suite à l'amélioration de la pluviométrie et des conditions alimentaires. Alors l'approvisionnement et la distribution des médicaments ont été organisés. Les Magasins Santé Sécheresse ont été appelés "Magasins-Santé" installés désormais au niveau des formations sanitaires où les médicaments étaient disponibles contre paiement d'un tarif forfaitaire. Le vaste réseau de Magasin-Santé a été ainsi établi du niveau régional jusqu'au niveau périphérique.

Les modalités de gestion des magasins-santé sont celles qui ont été définies pour les MSS par la note n° 1270/DNSP/MSP-AS du 22/08/1984 qui confiait la responsabilité du projet à un conseil de gestion qui a la composition suivante:

- un représentant de l'Administration Générale
- un représentant du Parti
- un représentant du projet

Au niveau régional, le pharmacien chef organise l'approvisionnement et la distribution des médicaments. Au niveau local, le Conseil de Gestion du centre de santé de cercle nomme le responsable de la gestion des stocks et de la recolle des recettes provenant de la cession des médicaments.

Depuis janvier 1988, le projet est intégré dans les structures du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, mais reste à présent une source d'inspiration en matière d'approvisionnement et de distribution des médicaments.

b) Lieux visités

Le stage s'est déroulé du 10/11/1987 au 25/02/1988.

- dans la région de Tombouctou du 13/11/1987 au 25/12/1987:

• aux centres de santé:

- * de cercle de Tombouctou
- * d'arrondissement de Kabara (cercle de Tombouctou)
- * d'arrondissement de Ber (cercle de Tombouctou)
- * de cercle de Diré
- * de cerle de Goundam

• au Magasin Régional de Tombouctou:

- dans la région de Gao du 31/12/1987 au 01/02/1988:

• aux centres de santé :

- * de cercle de Gao
- * cercle de Kidal (lors du séminaire de Kidal)
- * cercle de Bourem

• à l'hôpital de Gao

• au Magasin Régional de Gao

3°. Objectifs

A partir de ces 2 stages, nous avons voulu tenter une approche des principes essentiels ou incontournables d'une politique de médicaments essentiels. Il ne s'agissait pas à proprement parler d'une enquête sur terrain, alors les chiffres utilisés lors de l'approche du recouvrement des coûts proviennent des documents relatifs sur les deux projets. Les données fournies par ces documents complètent nos constatations, les informations recueillies auprès des responsables des deux projets et quelques rares données que nous avons eues.

II. SITUATION SANITAIRE DU MALI

Les problèmes de santé justifient toutes les entreprises humaines dans ce domaine en matière de dépenses en ressources humaines et matérielles. On peut donc tenter d'apercevoir un profil de la situation sanitaire au Mali à travers la pathologie, le système sanitaire malien, les dépenses de santé.

La situation sanitaire du Mali est le reflet de ses conditions économiques, des contraintes imposées par l'environnement et ensuite des rapports étroits que l'homme entretient avec son milieu.

La mortalité et la morbidité jusque là élevées sont tributaires:

- d'un environnement naturel favorable à la transmission d'un grand nombre de maladies infectieuses, parasitaires.
- d'hygiène défectueuse en rapport avec des comportements souvent inadéquats.
- des rapports nutritionnels déficients qualitativement et quantitativement.
- des insuffisances d'une infrastructure en place.

A. LA PATHOLOGIE

L'élaboration d'une statistique fiable dans le domaine de l'épidémiologie rencontre certaines insuffisances du système d'informations sanitaires au Mali:

- difficultés de mettre au point un support de recueil de données dont les termes devraient être compris sous un langage commun à tous et utilisés ainsi par les agents de santé.
- les erreurs de diagnostic courantes.
- les incorrections d'enregistrement par les agents de santé soit à cause d'erreurs d'interprétations des termes utilisés dans les registres, soit tout simplement du peu de sérieux accordé à cet enregistrement.
- les récoltes ou les transmissions irrégulières des supports de données.
- etc...

Si l'on sait qu'au moins la détermination des principaux problèmes de santé est un préalable à toute politique pharmaceutique nationale alors on comprend aisément tout l'intérêt des supports qui fournissent les données sur l'épidémiologie du pays.

Le taux de transmission des rapports mensuels des services de santé est passé de 15% en 1985 à 5% en 1986 et s'élève en 1987 à 79% (3).

Ce dernier chiffre indique au moins une amélioration dans la transmission des rapports.

La DNPFS a réalisé une synthèse nationale à partir des situations suivantes: (3)

- 25 premiers motifs de consultation de chacune des régions,
- 10 premiers motifs d'évacuation au niveau de chacune des régions,
- 25 premiers motifs d'hospitalisation au niveau de chacune des régions,
- 25 premiers motifs de décès au niveau de chacune des régions.

Les tableaux suivants donnent les résultats de la synthèse, la fiabilité des résultats dépendrait de la qualité des informations transmises.

Tableau n° 1 : 25 premiers motifs de consultation au Mali en 1987

Nombre des affections repertoriées	1.248.486 (1)		
Motifs de consultation	Nombre	% de (1)	% de (1)
1. Fièvres asymptomatiques*	192.477	15	
2. Plaies	66.943	5	
3. Affections cutanées	63.433	5	
4. Toux (<15 jours)*	62.742	5	
5. Conjonctivites	51.481	4	
6. Diarrhées sans déshydratation	41.831	3	
7. Affections bouche, dents	36.431	3	
8. Otites mastoïdites	35.879	3	
9. Affections non infect. ou mal définies	34.791	3	
10. Toux (>15 jours)	34.043	3	10ers 50%
11. Os, articulations, tissus conjonctifs	30.112	2	
12. Amibiase	27.640	2	
13. Autres douleurs abdominales	27.582	2	
14. Diarrhées avec déshydratation	24.584	2	
15. Autres maladies infect.et parasitaires	16.926	1	15ers 60%
16. Gonococcies	15.091	1	
17. Autres affections O.R.L.	13.681	1	
18. Hématuries	11.939	1	
19. Autres affections de l'oeil	11.705	1	
20. Autres pathologies gynécologiques	10.915	1	
21. Autres traumatismes	9.404	1	
22. Fièvres avec convulsions*	8.113	1	
23. Angines	7.817	1	
24. Avitaminoses	7.664	1	
25. Rhinites	7.227	1	
Total	850.656	68	25ers 68%

Source : annuaire statistique MSP-AS/DNPFSS (1988)

Fièvres asymptomatiques* : paludisme présumé
 Fièvres avec convulsions* : accès pernicleux présumé
 Toux (<15 jours)* : affections respiratoires aiguës

Commentaires:

En tenant compte du faible taux (15%) de couverture de la population par les services de santé, du taux de fourniture des rapports, les nombres de cas fournis pour les motifs de consultation peuvent être considérés comme une sous-estimation du nombre de cas qu'on pouvait trouver dans la réalité. Cependant on peut admettre comme un échantillon tout à fait représentatif statistiquement, les 1.248.486 affections repertoriées par les services, pour une approche sérieuse des motifs les plus fréquents qu'auraient rencontrés les services même si leur accessibilité géographique était beaucoup plus élevée. Sauf cas de diagnostic incorrect ou d'autres formes d'erreurs, les résultats de ce tableau devrait se situer dans les fourchettes de la réalité lorsqu'il s'agit de repertorier des motifs par priorité.

Les 25ers motifs de consultation comme l'indique le tableau font à eux seuls 68% des cas. Partant, on peut admettre une proportion moyenne probable de 0,5% pour chacun des 20 autres motifs de consultation qui suivent. L'on obtient alors un pourcentage total de 10% des cas pour ces 20 motifs. Il ressort enfin d'un calcul simple que les 45ers motifs de consultation font 78% soit environ 80% des cas rencontrés au Mali.

Si ce taux de 80% est particulièrement important lors de la détermination future des besoins en médicaments, d'autres constatations non moins importantes méritent d'être soulignées:

- la majorité des pathologies ici présentes, sont d'ordre infectieuses ou parasitaires ou d'origine infectieuses ou parasitaires.

- la majorité de ces affections peut être évitée par des mesures prophylactiques très souvent simples (amibiase, diarrhée) mais quelque fois onéreuses (lutte vectorielle du paludisme). Toutefois l'aggravation de ces affections peut être évitée à l'aide de traitement simple moins coûteux.

Tableau n°2 : 10 premiers motifs d'évacuations au Mali en 1987

Nombre d'évacuations repertoriées	2.924(1)		
Motifs d'évacuation	Nombre	% de (1)	% de (1)
1. Autres pathologies de la grossesse	525	18	
2. Hernies	431	15	
3. Affections bouche, dents	374	13	
4. Toux (> 15 jours)	174	6	
5. Diarrhées avec déshydratation	157	5	
6. Traumatismes, fractures	122	4	
7. Douleurs abdom. présumées chirurgicales	111	4	
8. Toux (<15 jours)	57	2	
9. Méningite	24	1	
10. Kwashiorkor	23	1	
Total	1.661	57	57%

Source : annuaire statistique : MSP-AS/DNPFSS (1988)

Commentaires:

Le nombre d'évacuations peut augmenter avec l'accroissement du nombre de cas présentés au service de consultation. La raison qui sous-estime le nombre des cas du tableau n° 1, peut être retenue pour affirmer que les chiffres de ce tableau sont aussi une sous-estimation des cas d'évacuation qui auraient lieu si tous les cas nécessitant une consultation avaient été vus par les services.

Une autre considération qui n'apparaît pas ici mais qui confirme la première est le mauvais fonctionnement du système de référence au Mali. La plupart des malades passent à l'échelon de recours sans avoir consulté au préalable à l'échelon inférieur. Ces cas d'évacuation ne sont donc pas enregistrés au niveau des services de consultation.

A présent la proportion élevée de certains motifs d'évacuation apparaissant au premier plan témoigne des grandes insuffisances des services périphériques ou le malade consulte le premier. Il s'agit par exemple des pathologies liées à la grossesse qui permettent de douter du sérieux ou d'efficacité du suivi des femmes enceintes. Des maladies diarrhéiques avec déshydratation pourraient faire moins d'évacuation avec l'usage des SRO.

Tableau n° 3 : 25 premiers motifs d'hospitalisation au Mali en 1987

Nombre d'hospitalisations repertoriées	21.732 (1)		
	Motifs d'hospitalisation	Nombre	% de (1)
1. Diarrhées avec déshydratation	4.070	19	
2. Hernies	2.490	11	
3. Traumatismes, fractures	1.572	7	
4. Fièvres asymptomatiques	1.259	6	
5. Autres pathologies de la grossesse	920	4	
6. Toux (< 15 jours)	793	4	
7. Affections non infect. ou mal définies	741	3	
8. Fièvres avec convulsions	615	3	
9. Rougeole	565	3	
10. Douleurs abdom. présumées chirurgicales	539	2	10ers 62%
11. Tumeurs	462	2	
12. Autres maladies infect.et parasitaires	453	2	
13. Hypertension artérielle	450	2	
14. Diarrhées sans déshydratation	383	2	
15. Autres affections cardio-vasculaires	380	2	15ers 72%
16. Toux (> 15 jours)	355	2	
17. Déchirures, plaies	306	1	
18. Tétanos	295	1	
19. Avortements	241	1	
20. Anémies	222	1	
21. Méningite	220	1	
22. Choléra	209	1	
23. Autres douleurs abdominales	191	1	
24. Os, articulations, conjonctifs	173	1	
25. Autres pathologies gynécologiques	160	1	
Total	18.072	83	25ers 83%

Source : annuaire statistique MSP-AS/DNPFSS (1988)

Commentaires:

C'est au niveau de l'hospitalisation que les coûts de la santé sont particulièrement élevés tant pour les services à cause des moyens et techniques qu'ils déploient que pour le malade à cause des frais multiples (séjour, médicaments, etc). La rationalisation des hospitalisations, la réduction de leur nombre si l'on peut, serait d'un avantage considérable.

Des maladies cardio-vasculaires, des tumeurs..., sont des affections difficiles à éviter. Elles sont le plus souvent liées à l'âge et les tentatives de les éviter nécessitent un changement spécial dans les comportements. Leur traitement bien que très souvent onéreux, n'est pas toujours aisé en l'absence de chirurgie. Leur nombre absolument élevé révèle certes un danger mais sur le total des hospitalisations une forte proportion au compte de ces maladies rares peut être un témoignage d'efficacité du système de santé (mesures d'hygiène, services de soins) qui aura permis de réduire la majorité des cas ou d'éliminer la plupart des motifs courants. Si l'on estime qu'à l'avenir plus de la moitié de l'humanité (6) devra mourir de maladies cardio-vasculaires, l'on pense au fait que cette catégorie de maladies liées à l'âge au mode de vie industriel serait les problèmes de priorité à l'absence d'autres courants qui écourtent sérieusement la vie des populations dans la plupart des pays en développement.

Du tableau cependant, il ressort que ces maladies courantes constituent les principaux motifs d'hospitalisation. Comme c'est le cas des diarrhées avec déshydratation, des fièvres asymptomatiques, autres maladies de la grossesse... que l'on ignore ou que l'on connaît peu dans certaines parties du monde.

Tableau n° 4: 25 premières catégories de causes de décès au Mali en 1987

Nombre de décès repertoriés	3331 (1)		
Catégories de causes de décès	Nombre	% de (1)	% de (1)
1. Fièvres avec convulsions	322	9	
2. Toux (< 15 jours)	308	9	
3. Fièvres asymptomatiques	239	7	
4. Diarrhées avec déshydratation	212	6	
5. Tétanos	201	6	
6. Affections non infect. ou mal définies	191	6	
7. Rougeole	186	5	
8. Brûlures	140	4	
9. Hernies	129	4	
10. Traumatismes, fractures	98	3	10ers 59%
11. Hypertension artérielle	86	3	
12. Autres affections cardio-vasculaires	81	2	
13. Toux (> 15 jours)	78	2	
14. Douleurs abdom.présumées chirurgicales	70	2	
15. Diarrhées sans déshydratation	61	2	15ers 70%
16. Jaunisse	56	2	
17. Tumeurs	55	2	
18. Méningite	39	1	
19. Choléra	32	1	
20. Anémies	32	1	
21. Kwashiorkor	28	1	
22. Lèpre	26	1	
23. Autres pathologies de la grossesse	25	1	
24. Infections intestinales sans déshydrat	19	1	
25. Autres maladies infect.et parasitaires	19	1	
Total	2.733	80	25ers 80%

Source : annuaire statistique MSP-AS/DNPFSS (1988)

Commentaires:

Il ressort ici que les principales causes de décès sont de façon générale celles qui sont à l'origine de la plupart des consultations, des évacuations, des hospitalisations. Les motifs et les pourcentages de décès dans les services peuvent permettre de faire une évaluation de la qualité des soins. Modestement, l'on peut rétenir que ce tableau confirme les trois précédents dans la recherche de nos problèmes prioritaires.

Conclusions:

Si l'on ne peut pas à présent par des mesures prophylactiques (toutefois importantes) éviter les nombreuses causes de maladies au moins la connaissance du nombre de celles qui principalement mettent en danger la santé et la vie des populations constitué la base de la politique pharmaceutique du pays.

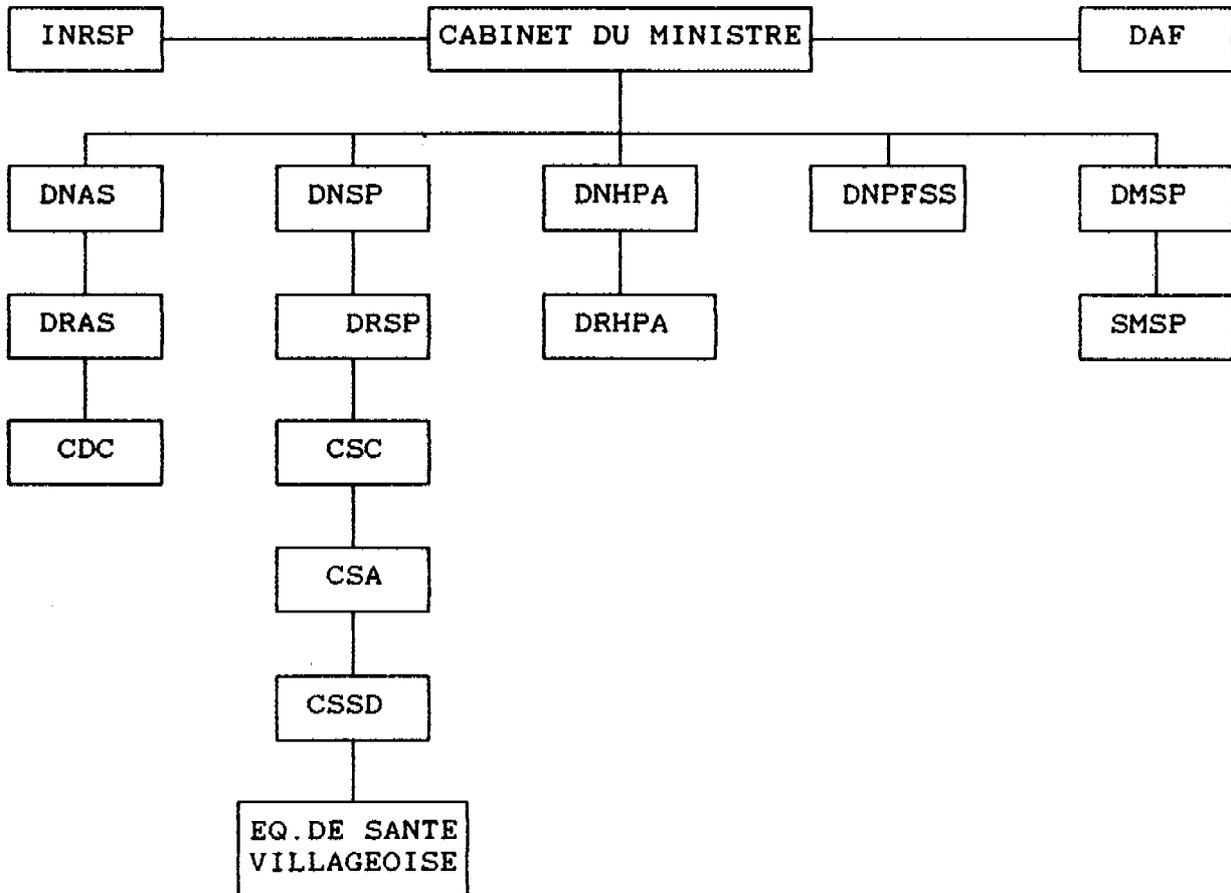
Comme motifs différents de consultations, d'évacuations, d'hospitalisations ou de décès retenus dans ces tableaux, l'on peut dénombrer 42 environ. Nous verrons plus tard que ceci est particulièrement important pour l'élaboration d'une liste de médicaments essentiels, base de cette politique.

B. LE SYSTEME DE SANTE AU MALI

La création d'un département ministériel au Mali traduit au moins la volonté de l'Etat de faire face aux problèmes de santé de la population. Ce département comprend des services d'administration et de gestion de problème de santé, des services de fournitures des soins, des services de soutien.

Cette volonté de l'Etat ne peut être concrète que si le fonctionnement du système permet à tous d'accéder aux soins de leur besoin. L'on admet au Mali que la répartition des services de soins dans le pays est tout à fait rationnelle mais que leur fonctionnement connaît de sérieux problèmes liés au manque de ressources humaines et financières. Les dépenses de santé au Mali seront vues dans les paragraphes suivants. Ici on peut tenter de donner l'idée de: l'organigramme du MSP-AS, la répartition des différentes catégories des services de santé, le personnel de santé.

1°. Organigramme



2°. La distribution des services de santé

La structure de ces services varie par niveau:

- au national

- 3 hôpitaux nationaux dont 2 à Bamako et 1 à Kati (Région de Koulikoro)
- les services spécialisés (centre national de transfusion sanguine, centre d'odontostomatologie, etc)
- laboratoires nationaux (INRSP)

A ceux-ci, il faut ajouter les services spécialisés suivants: Institut Marchoux (dermatologie) et l'IOTA (ophtamologie). Ensuite la PPM, l'INPS, l'UMPP, l'infrastructure sanitaire des forces armées, des dispensaires et cliniques privés.

- au régional

- hôpitaux régionaux
- hôpitaux secondaires dans certains cercles

Ce sont des échelons de recours pour répondre aux besoins non satisfaits au niveau local.

- au local (chefs-lieux de cercle) ou au niveau des communes de Bamako.

Il existe un centre de santé. Il est appelé de 1er degré s'il existe auprès d'un hôpital en l'absence de celui-ci on l'appelle centre de santé de 2è degré ayant son propre bloc opératoire. Le centre de santé est dirigé par un médecin-chef assisté d'un ou de deux autres médecins. Il comprend:

- * Les services de consultation externes, d'hospitalisation (csc2°)
- * La maternité animée en général par une sage-femme diplômée d'Etat
- * Le centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) qui assure la protection des mères avant et après accouchement et surveille les enfants à bas âges
- * Les services de lutte contre les grandes endémies : ce sont des équipes mobiles basées dans certains chefs-lieux de cercle, chargées de la surveillance et de la prévention des grandes endémies telles que le Tripanosomiase, la Lèpre, la Tuberculose, l'Onchocercose, etc)
- * Les services d'hygiène et d'assainissement animés par des techniciens

* Les Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN)
A la suite des années de sécheresse ces centres ont été mis en place dans les cercles concernés. Les enfants en carence nutritionnelle y sont hospitalisés. Il existe un service de consultation externe surveillant les enfants mal nourris et éduquant les mères en matière d'alimentation

- au chef-lieu d'arrondissement

Il existe un centre de santé d'arrondissement (CSA) dirigé par un infirmier d'Etat ou un infirmier de 1er cycle appelé chef de poste médical

- le dispensaire tenu par l'infirmier
- la maternité animée par une ou plusieurs matrones

- au gros village ou secteur de développement il existe CSSD dirigé par un aide-soignant.

• Le dispensaire n'est pas présent dans tous les secteurs de développement. De plus, ils sont plus ou moins fonctionnels suivant le soutien des collectivités rurales et la motivation de l'aide-soignant.

• la maternité animée par une matrone est présente dans certains secteurs et sont aussi plus ou moins fonctionnelles pour les mêmes raisons évoquées pour les dispensaires.

- au village

Il existe une case de soins et une pharmacie villageoise tenues par un hygiéniste-secouriste et une accoucheuse traditionnelle.

3°. Le personnel de santé

Les principales écoles de formation professionnelles socio-sanitaires au Mali sont : ENMP, ESS, EIPC, CNDC, Ecole de Formation de Kinésimasso-thérapie et Garderie, etc.

Et l'on peut distinguer 4 catégories importantes de personnel de santé (3):

- cadres supérieurs de la santé (spécialistes, médecins généralistes et pharmaciens, ingénieurs de la santé)

- cadres intermédiaires de la santé sortis de l'ESS ou du CNDC (IDE, sages-femmes, techniciens sanitaires, techniciens de laboratoire et pharmacie, technicien de développement communautaire et assistants sociaux).

- agents de santé de base : tout agent en dehors des cadres supérieurs, cadres intermédiaires et agents de santé villageois (IPC, AS, matrones). L'aide-soignant a reçu une formation d'un an dans un CSC et la matrone 6 mois dans une maternité centrale.

- agents de santé villageois : hygiénistes-secouristes, accoucheuses traditionnelles recyclées et animatrices du village.

Ces dernières années le nombre de professionnels de la santé formés a sérieusement augmenté au Mali. L'ENMP a fourni à elle seule plus de 80 (médecins généralistes et pharmaciens) pour la seule année 1988.

Le manque de personnel dans les formations sanitaires notamment en zone rurale reste à présent un problème crucial. Les jeunes sortants sont soumis aux concours d'entrée à la fonction publique, qui ne sont pastoujours organisés faute de "besoins".

Les agents réussissant à ces concours sont utilisés dans les services publics (centre de santé, DRSP...). Les autres sont réduits au chômage ou peuvent s'installer dans un privé aux conditions pour le moment défavorables. Ce qui fait que la plupart des jeunes sortants ne peuvent pas s'installer, et que leur nombre sans emploi est élevé.

L'utilisation des professionnels de la santé est donc loin d'être optimale.

Quant aux agents de santé de base et agents de village, ils sont à la charge des communautés, ils doivent jouer un rôle important dans les soins de santé primaires. Le soutien des communautés n'étant pas toujours efficace, les abandons de postes sont fréquents.

En rapportant le nombre d'habitants au nombre d'agents formés existant dans le pays on obtiendra sans doute un ratio plus intéressant que si l'on utilisait pour ce calcul le nombre d'agents en fonction plus particulièrement de ceux des services de santé.

Ce dernier ratio correspond en réalité à la couverture sanitaire du pays en personnel.

L'OMS recommande pour une bonne couverture sanitaire, les normes suivantes: (7)

- Un medecin pour 5 à 10.000 habitants soit environ 50 à 100 medecins pour 1 million d'habitants.

_ Une sage-femme pour 300 habitants soit environ 3330 sages-femmes pour 1 million d'habitants.

_ Un IDE pour 300 habitants soit aussi 3330 IDE pour 1 million d'habitants.

Les tableaux et les graphiques qui suivent montrent que de tels objectifs sont loin de se concrétiser au Mali, donnent en plus l'idée sur les autres catégories de personnel.

Tableau n° 5 : Les grandes catégories de personnel de santé par habitant, par région du Mali en 1987

REGIONS	POPULATIONS	Nbre d'agents pour 1000000 hbts			
		Cadres supér.	Cadres interm.	Agents de base	Agents village
Kayes	1.058.575	26	90	231	580
Koulikoro	1.180.260	13	68	367	1.102
Sikasso	1.308.828	15	89	404	1.137
Ségou	1.328.250	25	97	194	667
Mopti	1.261.383	18	88	278	566
Tombouctou	453.032	29	68	205	110
Gao	384.734	24	122	315	565
Bamako	646.163	31	371	568	-
MALI	7.620.225	22	110	317	756

Source: annuaire statistique MSP-AS/DNPFSS (1988)

Les ratios indiqués, sont calculés uniquement avec le personnel directement au contact de la population, en tenant compte du personnel au niveau des hôpitaux secondaires et régionaux et les sages-femmes des structures de référence de Bamako. Le calcul exclu par contre le personnel des administrations centrales et les autres personnels des structures de référence de Bamako

Tableau n° 6 : Les catégories de cadres intermédiaires de la Santé/
habitant et par région du Mali en 1987

REGIONS	POPULATIONS	Nombre d'agents pour 1.000.000 hbts				
		IDE	SF	TS	TLP	TDC
Kayes	1.058.575	51	15	8	7	8
Koulikoro	1.180.260	30	19	9	2	8
Sikasso	1.308.828	47	15	8	5	14
Ségou	1.328.250	59	16	8	4	10
Mopti	1.261.383	49	17	7	5	10
Tombouctou	453.032	40	15	9	4	0
Gao	384.734	81	21	10	3	8
Bamako	646.163	77	250	15	5	12
MALI	7.620.225	51	37	9	4	10

Source: annuaire statistique MSP-AS/DNPFSS (1988)

Tableau n° 7 : % du personnel au niveau de l'administration centrale
et des structures hospitalières par région en 1987.

REGIONS	POPULATIONS	% Administr. Centrale			% Struct. Hospitalières		
		MED	IDE	SF	MED	IDE	SF
Kayes	1.058.575	13	5		43	20	13
Koulikoro	1.180.260	6	-	4	-	-	-
Sikasso	1.308.828	15	5	-	18	25	20
Ségou	1.328.250	11	1	-	36	28	38
Mopti	1.261.383	9	7	-	24	23	*
Tombouctou	453.032	8	5	-	18	-	-
Gao	384.734	7	6	11	38	48	**
Bamako	646.163	10	11	1			
MALI	7.620.225	10	5	1	31	27	16

Source: annuaire statistique MSP-AS/DNPFSS (1988)

* :67% (14 sur 21) de SF à Mopti-ville, Youwarou sans SF

** : 5 sur 9 sages-femmes (56%) de la région de Gao travaillent à Gao

FIGURE N°1

Nombre de cadres supérieurs de la santé
pour 100 000 habitants par Région du Mali

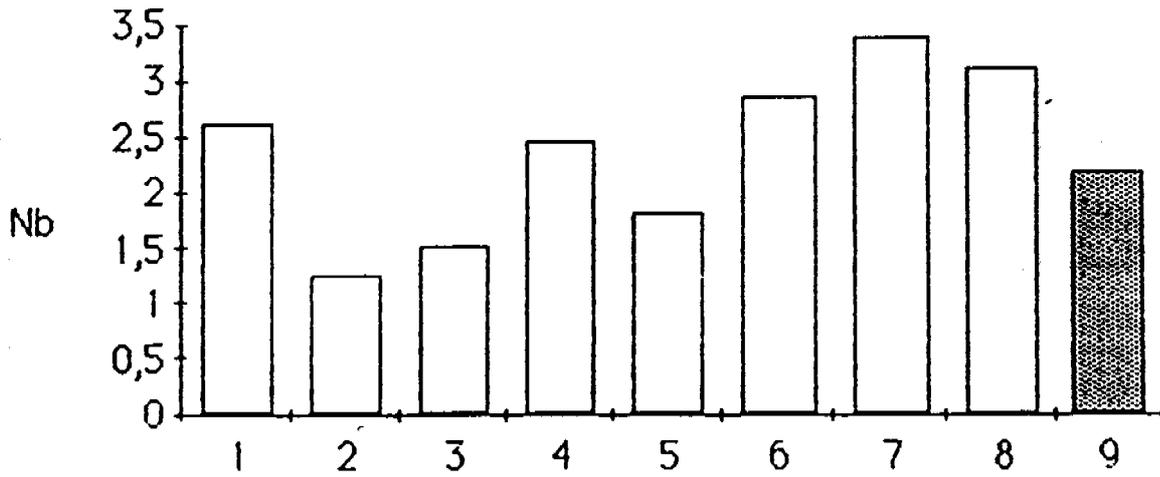


FIGURE N°2

Nombre de cadres intermédiaires de la santé
pour 100 000 habitants par Région du Mali

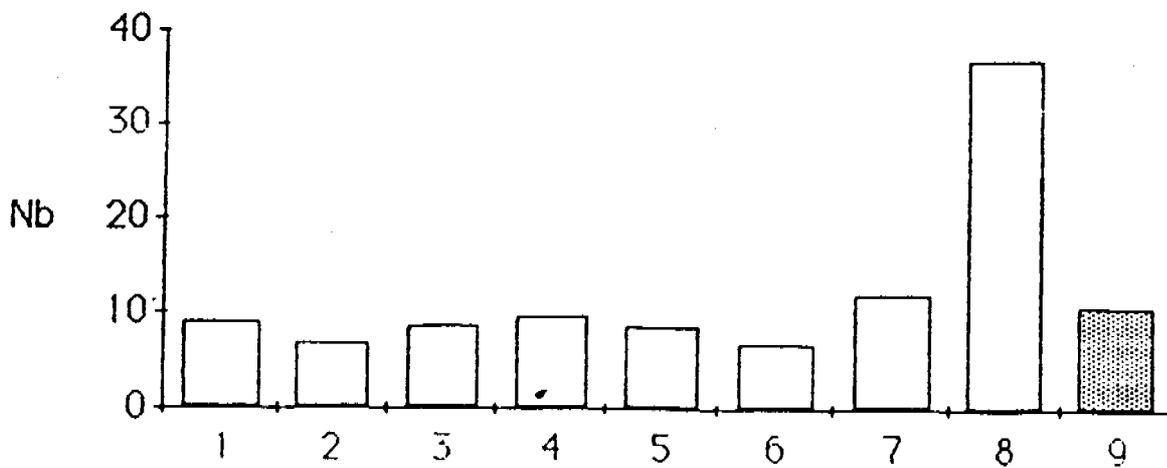


FIGURE N°3

Nombre d'agents sanitaires de base
pour 100 000 habitants par Région du Mali

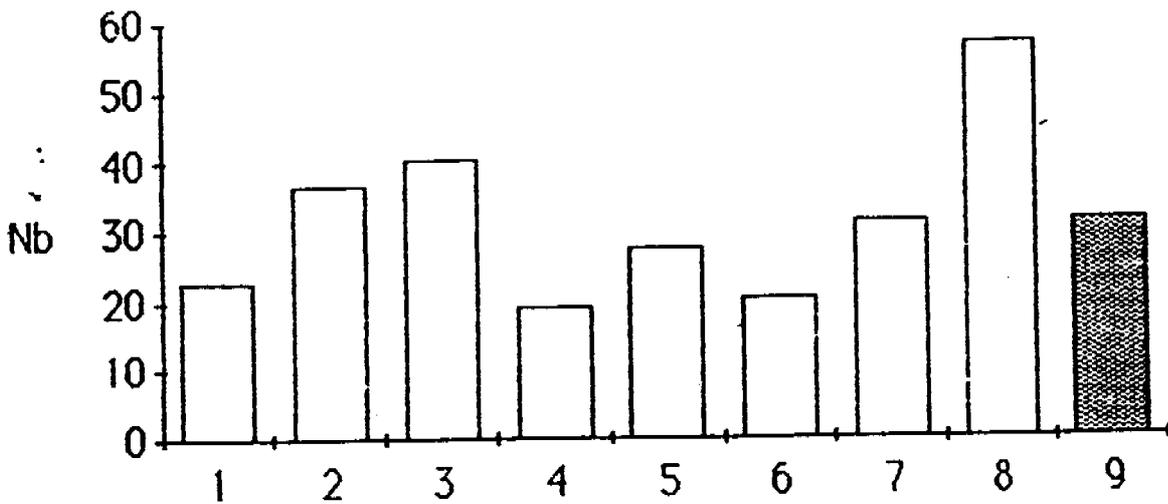


FIGURE N°4

Nombre d'agents de santé villageois
pour 100 000 habitants par Région du Mali

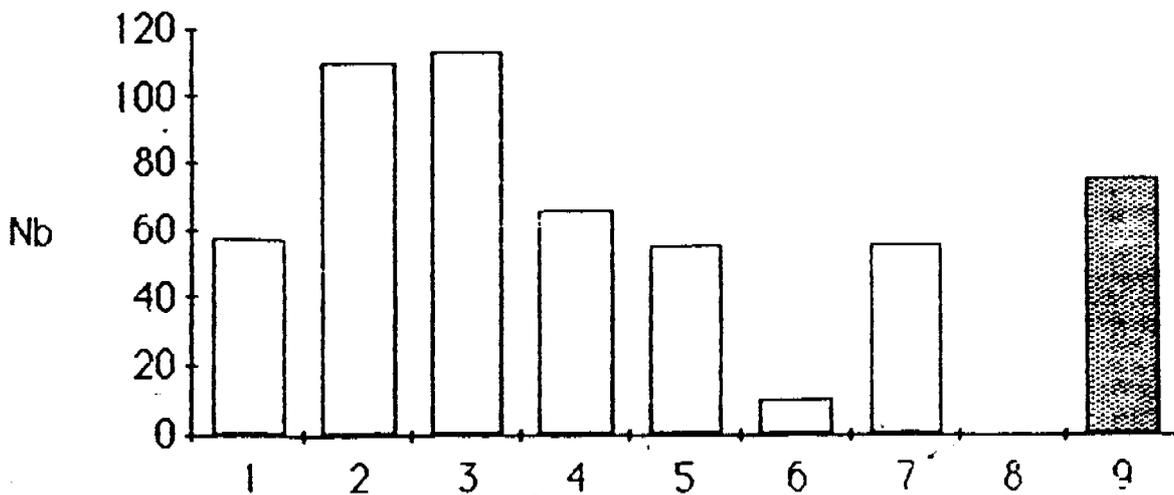


FIGURE N°5

Nombre de médecins généralistes
pour 100 000 habitants par Région du Mali

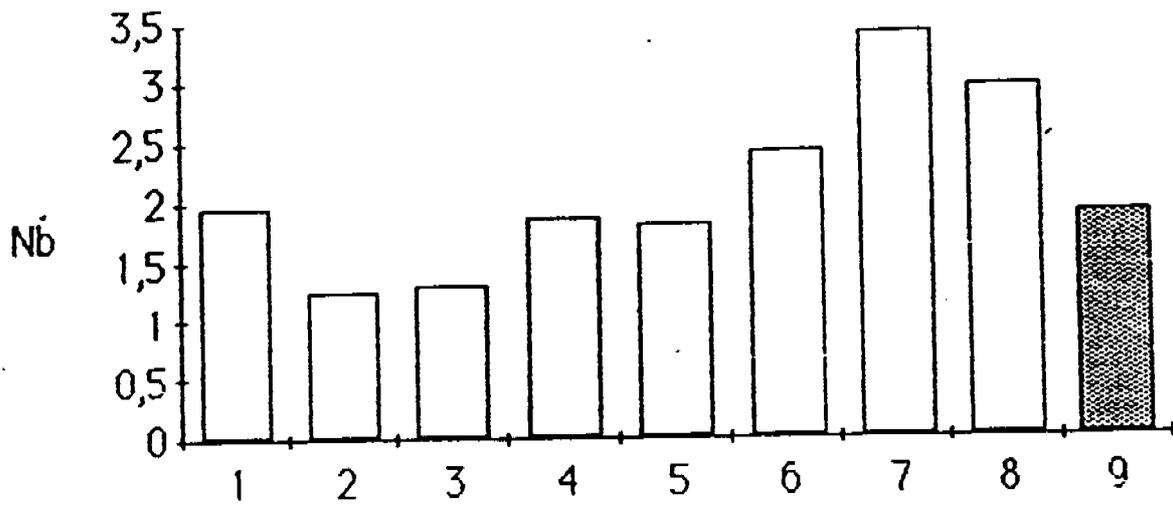


FIGURE N°6

Nombre de pharmaciens
pour 100 000 habitants par Région du Mali

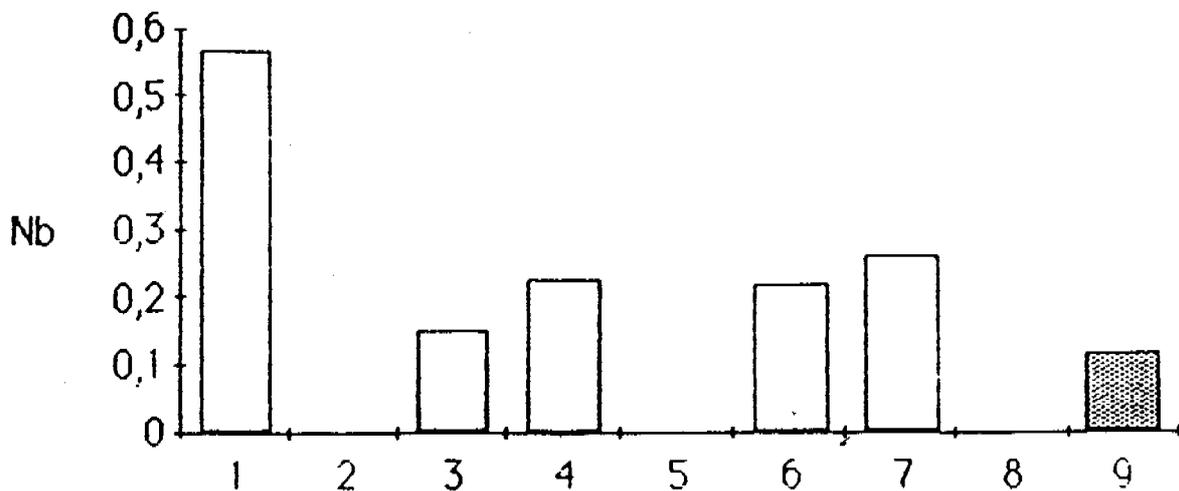


FIGURE N°7
Nombre d'infirmiers d'Etat
pour 100 000 habitants par Région du Mali

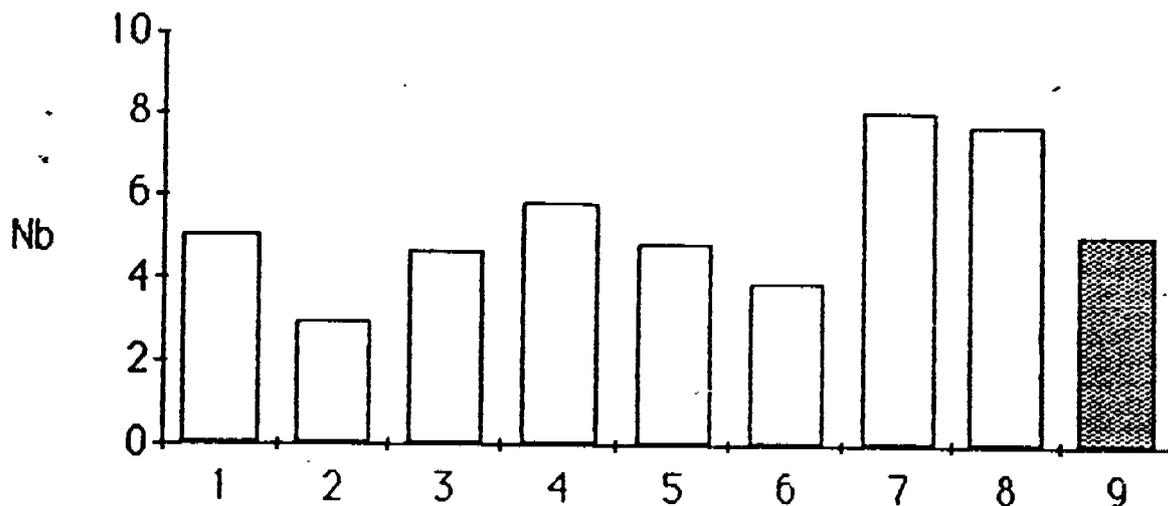


FIGURE N°8
Nombre de sage-femmes
pour 100 000 habitants par Région du Mali

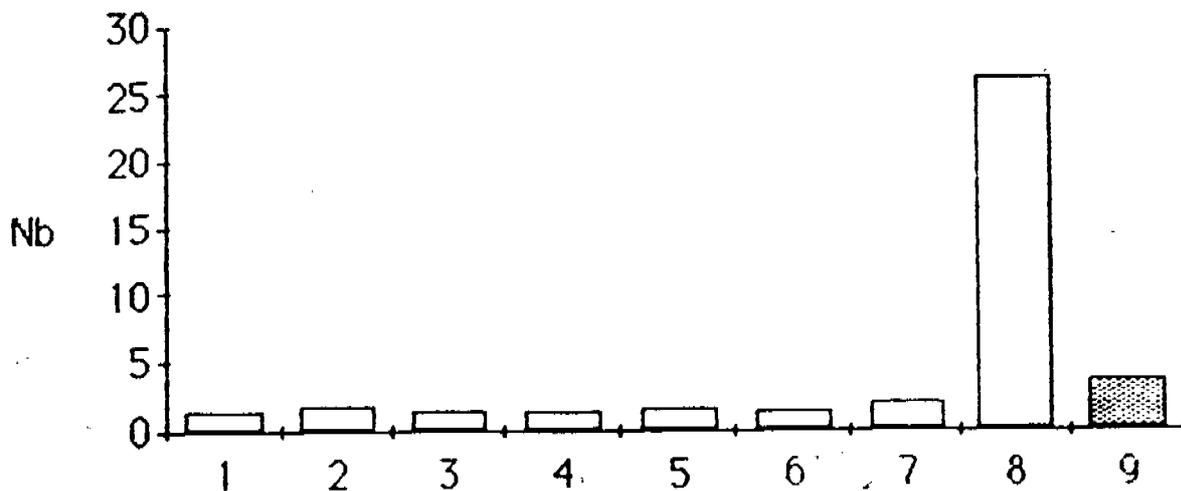


FIGURE N°9
Nombre de techniciens sanitaires
pour 100 000 habitants par Région du Mali

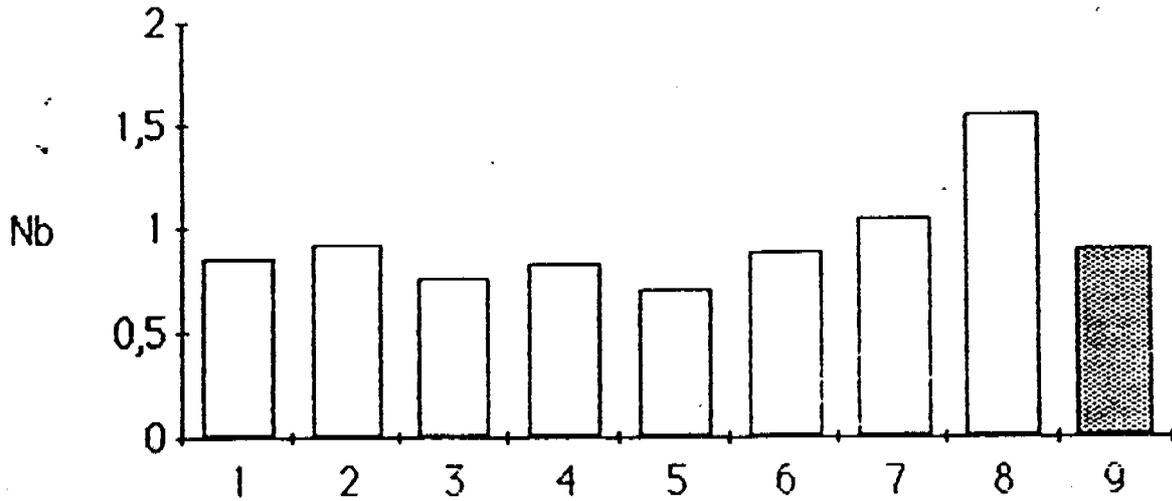


FIGURE N°10
Nombre de techniciens labo-pharmacie
pour 100 000 habitants par Région du Mali

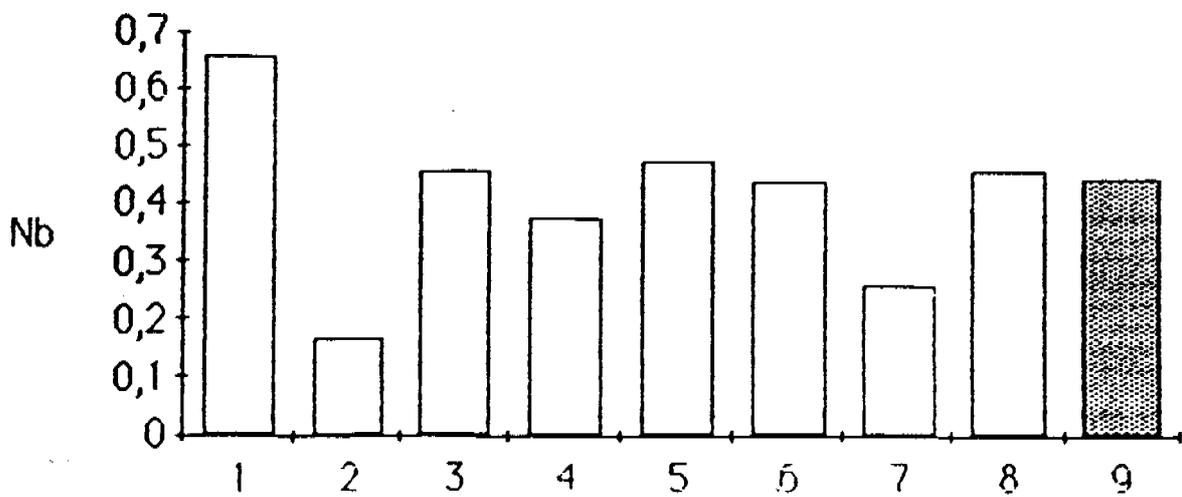
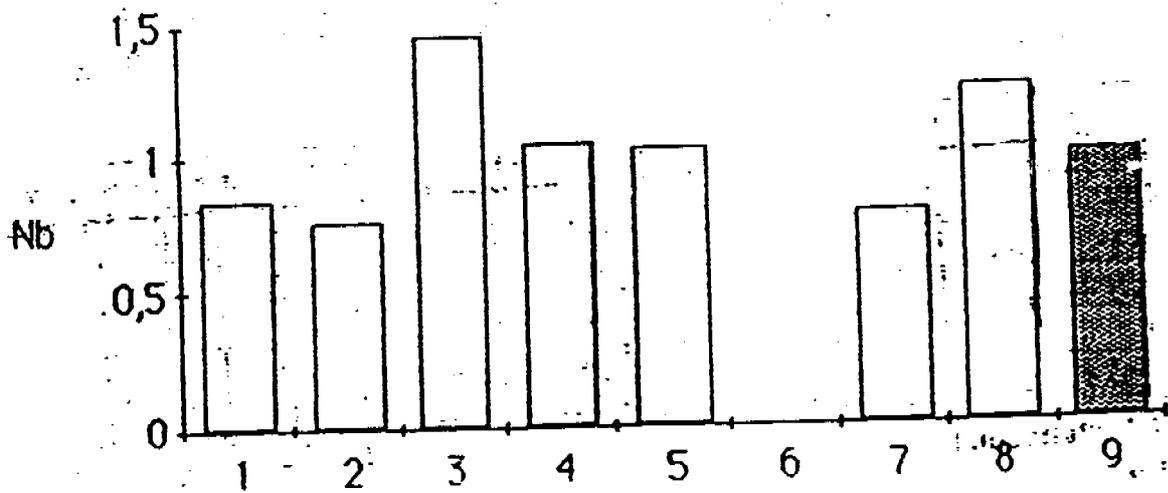


FIGURE N°11
Nombre de TDC ou assistants sociaux
pour 100 000 habitants par Région du Mali



C. LES DEPENSES DE SANTE AU MALI

La comparaison entre les indicateurs de santé de deux catégories de pays (page 3) révélait de grandes disparités attribuables en général à la différence au niveau de leur développement socio-économique. Mais l'on ne peut nier le fait que dans les pays où les indicateurs sont bons, il y a une amélioration considérable dans la consommation de ressources sanitaires soit par les moyens d'un budget-Etat, privé ou autres. Il est clair que la plupart des PED éprouvent de sérieuses difficultés de la santé à cause d'un budget insuffisant.

Le problème de financement de la santé notamment dans les secteurs publics n'est pas seulement celui de l'insuffisance des budgets leur répartition en constitue d'autres.

Partout dans les pays, les tentatives d'apporter une solution réaliste aux problèmes de financement de la santé dans le but d'une plus grande accessibilité des soins, consistent essentiellement à :

- trouver des sources à la fois sûres et stables
- rationaliser ou réduire certaines dépenses injustifiables ou difficilement acceptables quand elles permettent à une minorité de la population d'accéder aux services de soins alors que la grande majorité qui a pourtant contribué aux financements de ces mêmes services, ne peuvent s'offrir les moyens de leur accès, même quand il s'agit des soins les plus essentiels.

Ces considérations font qu'il est important de fixer les idées sur trois aspects importants des dépenses de santé au Mali à la lumière des données actuelles :

- le budget-Etat, longtemps considéré comme la principale source de financement
- Les budgets familiaux consacrés à la santé, ignorés ou négligés plutôt qui se révèlent réels et importants
- les budgets en médicaments estimés importants dans les dépenses de santé dans la plupart des PED

Une étude menée en 1987 par l'INRSP (8) sur les coûts récurrents de la santé de 1986 au Mali a estimé les dépenses de fonctionnement du même secteur à environ 20,250 milliards de francs cfa. Les familles supportant 15 milliards (74%) contre 4,2 milliards au compte de l'Etat et 542 millions au compte de l'aide extérieure.

La répartition des coûts récurrents de la santé au Mali est donnée par le tableau ci-dessous:

	En millions de Fcfa
<hr/>	
- Financement public	
. Etat (Budget national+Budgets régionaux)	4.200
. Autres sources publiques	90
. Opérations de développement	8
. INPS	380
	<u>Sous-total:</u> 4.678
<hr/>	
- Budgets Familiaux	
. Tarification	236
. Médicaments modernes	12.000
. Médecine traditionnelle	2.000
. Honoraires privés clandestins	500
. Transports pour raisons de santé	300
	<u>Sous-total</u> 15.036
<hr/>	
- Aide Extérieure	542
	<u>Total général</u> 20.256
<hr/>	

"La gratuité des soins au Mali comme le pensent certains, est une fiction". On a longtemps cru au rôle prépondérant de l'Etat dans le financement de la santé, cependant, il ressort ici que ce sont les familles qui supportent d'ores et déjà les 3/4 des dépenses de santé. Et ces dépenses atteignent probablement 2.700 Fcfa/tête en moyenne annuelle selon la même étude citée ci-haut.

L'on remarque par ailleurs que les dépenses en médicaments (et médecine traditionnelle) pèsent le plus sur les budgets privés: 12 milliards en médicaments modernes soit deux fois le chiffre d'affaires déclaré de la PPM et 2 milliards pour la médecine traditionnelle

1 Financement public : Budget-Etat de la santé

Si l'on peut concevoir que des données existent depuis longtemps sur le financement de la santé au Mali, il faut admettre par ailleurs qu'elles portaient principalement sur les dépenses effectuées au compte des services publics en particulier ceux du MSP-AS. C'est au sein de ce ministère que le problème de financement se pose de façon aigue pour les administrateurs de la santé. Ce fait n'est pas infondé quand on sait que les services de ce ministère fournissent l'essentiel des soins en l'absence d'autres secteurs jouant un rôle important dans ce domaine.

Pourtant des nouvelles stratégies sont envisagées à l'heure actuelle à cause des difficultés de l'Etat (faiblesse du budget, besoins croissants) à supporter les dépenses de santé pour couvrir les besoins actuels de la population malienne.

De nombreuses sources au Mali font état d'une nette décroissance du Budget-santé dans le Budget global de l'Etat. Selon (Diani 1985) (9) de 1968 à 1984, le Budget-Etat de la santé par habitant a diminué de 10% et la part de ce budget par rapport au Budget National est passé de 8,5% à 6,1%. La part du budget médicaments allant de 32,3% à 21,1% du Budget-santé. Ce dernier taux est d'environ 6%.

La regression du Budget-Etat de la santé est schématisé par la figure suivante:

Figure n° 12

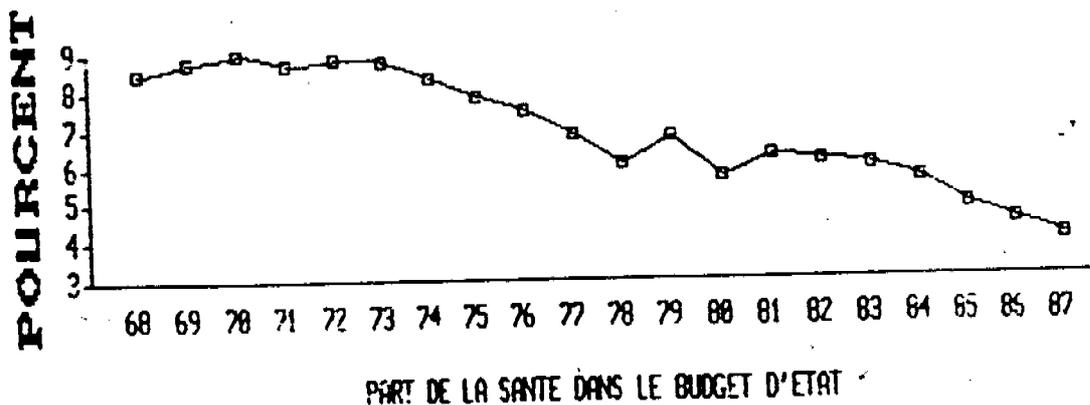


Tableau n°8 : Structure des dépenses de santé du MSP-AS de 1981 à 1987 (en milliers de Fcfa)

Années	Dotation au MSP-AS (a)	Dépenses de Fonctionnement			Equip.- investis.	
		Charg.comm.	Personnel	Matériel	Montant	% (a)
1981	3.477.994	66.111	2.302.760	1.052.874	56.260	1,61
1982	3.792.031	57.361	2.503.958	1.058.124	172.589	4,55
1983	4.109.482	49.361	2.796.308	1.083.813	180.000	4,38
1984	4.099.952	49.862	2.742.788	1.104.400	203.000	4,95
1985	6.730.258	1.951.306*	3.166.526	1.116.124	496.302	7,37
1986	5.135.511	462.503*	3.098.123	1.240.928	333.957	6,50
1987	5.551.127	464.663*	3.383.683	1.242.212	460.569	8,30

Source: Budget-Etat récapitulation générale (1981 à 1989)
MSP-AS/DNPFSS (1987)

* : charges communes + fonds spéciaux INRSP et OMP en 1985

Le Budget-Santé est essentiellement utilisé pour le salaire des fonctionnaires du MSP-AS.

Au Mali la répartition du Budget-Etat respecte la répartition des services sanitaires. Il s'ensuit une pénalisation des structures périphériques.

Ci-dessous est donnée la répartition du Budget-Etat entre les différents niveaux d'utilisation

Niveaux	% moyenne de de 1983 - 1987
Cercle	22
Direction Régionale	2
Hôpitaux nationaux	23
Hôpitaux régionaux et secondaires	9
Infrastructures militaires	7
Instituts	5
Services rattachés	1
Direction Nationale	29

Les pourcentages sont calculés sur la base des données de l'étude de l'INRSP.

Les hôpitaux (nationaux, régionaux) plus les dispensaires militaires font au total 48% des dépenses totales alors que ces structures n'assurent qu'une couverture faible (en général les localités où elles sont implantées).

Les 22% au compte des cercles est une représentation artificieuse car elle ne permet pas de saisir des proportions effectives au compte des arrondissements qui seraient sans doute très faibles. Les soins de santé primaires visent cependant à renforcer les structures à ces niveaux.

2 Le poids des médicaments au Mali et les charges relatives à l'importation

Toute entreprise de financement dans le cadre de la santé publique au Mali doit veiller à chercher les possibilités de réduire au préalable les dépenses en médicaments: 12 milliards au compte des familles, 300 millions au compte du MSP-AS.

L'augmentation des besoins de consommation suit une évolution croissante certes, cependant le fait que le Mali réalise une partie essentielle de ses achats à des conditions pas très souvent bonnes à l'extérieur, il en découle des surcoûts et d'autres frais, frais de transport et de douanes.

La PPM qui est considérée comme l'importateur unique au Mali a effectué des achats de 2,775 milliards de Fcfa en 1986 pendant que ses achats au total s'élèvent à un peu plus de 3 milliards Fcfa. Ce qui donne 92% exclusivement en médicaments (10). En 1987, ses dépenses en médicaments ont atteint 3 milliards Fcfa (bilan comptable de la PPM 1987).

Les frais de transport et de douanes qui expliquent en partie l'augmentation des dépenses au Mali sont illustrés à travers les deux tableaux suivants :

Exemples de la Nivaquine*

Tableau n°9 : Valeur en douanes de la Nivaquine* (en Fcfa)

N° Facture	Qté (en million)	Prix unit.	Valeur Fact. (en million)	Frêt matériel (million)	Assurance	Transp. terrest	Valeur Doua. (en million)
Labo. SPECIA E/2722	8	3,6	28,8	1,09	394.560	73.500	30,4

Source: (10). 1987

Tableau n°10 : Droits de douanes de la Nivaquine* (en Fcfa)

N° Facture	Valeur Douanes (en mil- lion)	Taxes import. TI5%VD(million)	IAS 11% de VD (million)	CPS 5% de VD (million)	OSP	Droit de Douane TI+IAS+CPS+OPS (en million)
Labo. SPECIA E/2722	30,4	1,5	3,5	1,5	19.030	6,5

Source: (10). 1987

Commentaires:

Ces deux tableaux illustrent les charges relatives à l'importation des médicaments non essentiels car les médicaments essentiels sont exonérés de taxes et d'impôts (Décret N° 85 PG-RM du 2/05/1984). Les frais de transport, les assurances, les droits de douanes rendent l'importation des substances pharmaceutiques onéreuses. Ainsi selon A.A. MAIGA, 8 millions de comprimés de Nivaquine exigent 1,558 millions des droits de douanes pour parvenir jusqu'au magasin de stockage de la PPM soit 28% du prix d'achat de la Nivaquine (28 millions Fcfa).

En 1986, la PPM aurait assuré selon la même source de frais de transport de 209 millions de Fcfa et des droits de douanes de 276 millions de Fcfa pour l'importation des produits pharmaceutiques.

Une industrie contribuerait sans aucun doute à réduire les dépenses en médicaments. Cependant "... l'analyse des expériences maliennes montrent que l'approvisionnement pharmaceutique aux conditions de la PPM (préférence pour les spécialités, préférence pour les achats de gré à gré) coûte au Mali en ordre de grandeur quatre fois ce que ce pays y consacrerait s'il appliquait effectivement sa stratégie de médicaments essentiels et utilisait la procédure bien connue des Appels d'Offres sur le marché international. Le choix des produits y intervient pour environ la moitié de la différence, et les écarts de prix pour l'autre moitié (8).

III. CONCEPT DE MEDICAMENT ESSENTIEL

A. LE COMMERCE INTERNATIONAL DU MEDICAMENT

Des informations les plus récentes disponibles (11), la situation de l'industrie pharmaceutique se résume comme suit:

La production mondiale de produits pharmaceutiques estimée aux prix départ usine est passée de 29,6 billions \$ US en 1973 à 83,5 billions \$ US en 1980 et à 95,6 billions \$ US en 1985.

La consommation mondiale de médicaments se répartit de la façon suivante entre pays développés et pays en développement.

Année	Consommation en %	
	Pays développés	Pays en développement
1976	76	24
1985	79	21

Comparativement, 27% seulement de la population mondiale vivaient dans les pays développés en 1976 et 25% en 1985 contre 73% dans les pays en voie de développement en 1976 et 75% en 1985.

Plus précisément, de 1976 à 1985 la consommation de médicaments dans les pays développés se dessine comme suit:

	1976	1985
Europe de l'Ouest	41%	30%
Japon	13%	19%
Europe de l'Est	19%	13%
Amérique du Nord	27%	38%

Pour les pays en développement:

	1976	1985
Asie	53%	58%
Amérique Latine	35%	28%
Afrique	12%	14%

Ainsi, l'Afrique à l'image des PED d'Asie et d'Amérique, où se trouve concentré l'essentiel des affections et maladies constituant des préoccupations de santé publique, ne consommait en 1985 que 14% des médicaments vendus dans le cadre du commerce international dans les pays en voie de développement.

Concernant le Mali, la production nationale assurée par l'UMPP est d'environ 2,3 milliards de Fcfa (12). Cette production ne couvre pour l'essentiel que (30%) de médicaments. Pour ce qui est de la consommation, ses dépenses en produits pharmaceutiques modernes ont été estimées plutôt à 12 milliards (8). Alors que le chiffre d'affaires de la seule société assurant le monopole de l'importation est d'environ 6 milliards de Fcfa. En retenant le premier chiffre de 12 milliards, la consommation moyenne par habitant est de 1.500 Fcfa.

Le Mali, donc en réalité est un marché extrêmement faible à l'image de l'Afrique dans le commerce international de médicaments. Ceci constitue un fait essentiel dont il faut tenir compte pour l'élaboration d'une politique pharmaceutique en matière de médicaments. En effet, l'on admet que la faiblesse du marché d'un pays diminue son pouvoir de négociation, un fait que l'on peut contourner quand différents pays s'associent.

Pour ce qui est de la consommation, il convient de noter que l'on admet aujourd'hui que 70% au moins des médicaments sur le marché international sont "des produits superflus et/ou indésirables"(13). Plus particulièrement, selon les études menées par ASI (Action Santé Internationale), l'inadéquation entre les médicaments existant sur le marché et les besoins réels des médicaments dans le cadre de la santé publique est frappante:

- "- 80% des antidiarrhéiques sont inefficaces dans le traitement des diarrhées aiguës.
- sur 546 produits contre la toux et les refroidissements, disponibles sur les cinq continents, 456 (83%) sont des associations irrationnelles.
- plus de 3/4 des 888 préparations de vitamines existant sur le marché dans les mêmes zones sont irrationnelles, inefficaces ou mal dosées et leur utilisation déconseillée.
- 3/4 des 356 analgésiques, actuellement sur le marché devraient être déconseillés du fait qu'ils sont dangereux, inefficaces, irrationnels ou d'un coût élevé injustifié.
- 73% des AINS (Anti-inflammatoires non stéroïdiens) existant sur le marché pourraient en être retirés du fait qu'ils sont peu sûrs, qu'ils ne possèdent pas d'avantages thérapeutiques importants et qu'ils sont bien plus onéreux que d'autres produits plus sûrs" (13).

Ce redoutable constat amène au concept de médicament indispensable, ayant peu d'effets secondaires, abordable économiquement et partout sous la forme la plus adaptée à son utilisation.

L'on admet que dans les pays pauvres plus de 25% (14) des dépenses de santé sont consacrés à l'achat des produits pharmaceutiques sans que 80% de la population aient accès aux soins les plus essentiels. Les mêmes problèmes existeraient très certainement dans les pays développés mais atténués par un système pharmaceutique fortement réglementé tant au niveau de la production, de la commercialisation et surtout de l'utilisation par les agents de santé bien qualifiés.

B. LE CONCEPT DE MEDICAMENT ESSENTIEL

1°. Historique

C'est en 1975, lors de la 28^e Assemblée Mondiale de la Santé, que le Directeur Général de l'OMS évoquant les problèmes pharmaceutiques des pays en voie de développement, a parlé de nouvelles politiques dont la finalité devrait être de rendre accessibles des médicaments indispensables dans le cadre de politique pharmaceutique nationale. La consécration de cette volonté sera la réunion du comité des experts chargés de répondre aux questions en apparence complexes:

- tous les médicaments présents sur le marché sont-ils indispensables à la santé de l'immense majorité des populations ?
- de combien de médicaments un pays donné doit-il raisonnablement disposer pour résoudre l'essentiel de ses problèmes de santé publique dans le souci d'une économie et d'une médecine de qualité ?
- enfin quels sont les critères de choix de ces médicaments et les modalités de la sélection et de révision en fonction des progrès techniques indéniables de la recherche de l'industrie pharmaceutique ?

2°. Le contenu du concept

"Le médicament essentiel est avant tout un médicament indispensable de qualité, d'une efficacité prouvée ayant peu d'effets secondaires et de prix abordables" (15).

Cette définition est une approche sérieuse du concept de médicament essentiel. Certes le concept est un progrès dans la connaissance du médicament, mais pose aussitôt le problème du choix des médicaments pour constituer une liste restreinte étant donné la multitude de produits variés sur le marché.

En 1977, le comité des experts réuni sous l'égide de l'OMS, pour déterminer les médicaments vraiment nécessaires pour traiter la majorité des pathologies connues, a présenté une liste de 250 médicaments qui a fait l'objet du célèbre rapport technique WHO 615 intitulé: **sélection des médicaments essentiels**.

En son temps, ce rapport et la liste ont soulevé beaucoup de controverses à travers le monde:

"Pour les uns, une liste de ce genre étouffait les efforts de recherche de l'industrie pharmaceutique, banalisait le médicament et de toute évidence ne pouvait pas couvrir toutes les pathologies qu'un praticien rencontrait. Pour d'autres, elle heurtait la sacro-sainte liberté de prescription et de conscience que la tradition de formation a inculquée au même praticien". (16)

Pourtant "cette liste a eu le grand mérite" de reposer sur des bases scientifiques claires et de dégager les principes généraux qui sont les suivants:

* bien que le médicament ne soit pas l'élément unique de critères de valeur des soins, sa disponibilité et son accessibilité financières pour les malades et les pays, jouent un rôle important si l'on veut assurer un minimum de soins de santé.

* en raison des différences de pathologies dans les pays Membres de l'OMS, il revient à chaque pays d'ajuster et de l'adapter à ses pathologies, ses priorités sanitaires.

* enfin, un de ses grands mérites est l'objectivité car ce rapport a su dégager des directives générales pour l'établissement d'une liste nationale.

**IV. AXES FONDAMENTAUX D'UNE POLITIQUE
DE MEDICAMENTS ESSENTIELS**

A. LA SÉLECTION

Cette étape est la première de la mise en oeuvre du concept. Son processus est complexe mais doit être orienté par deux principes majeurs:

- la détermination préalable des maladies qui causent les problèmes de priorité
- le rassemblement de tous les médicaments par problème prioritaire pour lesquels des données scientifiques suffisantes existent.

Le processus de la sélection sera le suivant:

- le choix d'un comité de sélection qui comprendrait toutes les personnes compétentes, pharmacologues, cliniciens, pharmaciens, économistes, médecins notamment ceux opérant en périphérie. La sélection doit se faire au niveau national dans l'objectif de pouvoir dresser une liste réduite mais qui représente les besoins prioritaires du pays.
- ce comité déterminera les critères qui doivent l'orienter pour la sélection des médicaments à retenir sur la liste. Ces critères sont nombreux (17), mais on peut citer:
 - l'efficacité d'un produit
 - sa garantie de qualité
 - son avantage économique et qualitatif sur le risque

Le comité devra veiller à ne retenir les produits brevetés que lorsqu'il est nécessaire. La proportion des produits brevetés dans la liste modèle de l'OMS (1977) ne dépasse pas 5%. (18)

- au terme de la sélection, le comité doit arrêter:
 - un formulaire qui comprendrait tous les médicaments en DCI ou en générique, leur indication, leur niveau d'utilisation, autant d'informations nécessaires.
 - un manuel qui comprendrait les principales maladies et leur traitement standard.
- Ce manuel et ce formulaire doivent être désormais les guides pratiques des agents de santé, remplaceront ainsi les informations délivrées des visiteurs médicaux.

La liste des médicaments essentiels a cependant des limites.

La liste que le comité de sélection aura adopté, est celle qui correspondrait aux besoins de traitement de la grande majorité des pathologies (80 à 85%). C'est dire que la politique pharmaceutique doit veiller à fournir les autres médicaments qui sont nécessaires dans d'autres situations mais qui ne figurent pas sur la liste nationale.

L'adoption d'une liste de médicaments essentiels tient beaucoup pour un pays à sa grande justification sociale. Ainsi, l'ex-président tanzanien Julius Nyerere s'exprimait en ces termes: "Nous ne pouvons pas nous permettre de donner à quelques-uns les moyens de recevoir un traitement perfectionné pour des maladies particulières du coeur alors que la masse de notre population ne peut même pas se soigner pour les maladies courantes qui font de sa vie un enfer. Cette politique est dure certes, mais c'est une question de priorité. Planifier c'est choisir" (19).

Les avantages de la liste de médicaments essentiels sont nombreux.

Ils sont principalement de deux ordres: qualitatif et économique.

- qualitativement:

L'agent de santé a une meilleure connaissance du médicament partant d'une liste réduite mais complète du médicament en DCI ou en générique.

En effet, au niveau de l'OMS, plus de 5.500 DCI sont répertoriées et approuvées (16). Chaque DCI a plusieurs représentations ou spécialités à travers le monde. Le Pharmaceutical Trade Mark Directory inventorie plus de 60.000 noms de marque uniquement dans 36 pays. Au Mali on en dénombre environ 2.000 spécialités.

Les besoins de prescription d'un praticien ne se compte pas cependant par millier pour une prescription régulière. On les estime ainsi de 30 à 50 médicaments pour un médecin moyen (18).

Mieux, pour celui-ci, il est difficile de retenir 5 à 20 noms pour chacun des médicaments qu'il prescrit régulièrement ou non. Si l'on sait que l'ampicilline à lui seul a plus de 150 noms de spécialité (20) que l'amoxicilline en a plus, les représentations multiples d'un même médicament sur le même marché conduit à la surcharge de la tête du praticien aux erreurs multiples de prescription.

Avec les noms de spécialité, un médecin peut passer d'une spécialité à l'autre sans savoir qu'il s'agit du même médicament. Par contre la DCI est très évocateur du nom de médicament prescrit. C'est ainsi que les termes génériques "Hydrochlorothiazide", "Polythiazide" et "Cyclopentathiazide", montrent qu'il s'agit de Thiazide, ce qui ne ressort pas des noms de marque respectifs ESIDREX*, RENESE*, NAVIDEX*. De même, les termes génériques "Ampicilline", "Cloxacilline" et "Carbenecilline", montrent qu'il s'agit de Pénicilline, ce que n'indiquent pas non plus les noms de marque correspondants PENBRETINE*, ORBENINE* et PYOPENE* (18)

- Economiquement:

La liste limitative entraîne une réduction du nombre de produits à acheter, à stocker et à distribuer. Les coûts d'approvisionnement et de gestion s'en trouvent minimisés, la gestion étant elle-même simplifiée.

L'expérience aura montré par ailleurs que les médicaments en DCI sont acquis généralement à des meilleurs prix que les spécialités correspondantes. Les coûts des spécialités sont grossis par:

- l'emballage de luxe qui représente environ 15 à 20% de leur coût total (20)

- la publicité (échantillon, gadget publicitaire) qui représente au moins 20% du coût total (20)

L'ampicilline, pour un même dosage par exemple coûte 5 à 10 fois moins cher que les spécialités correspondantes: TOTAPEN*, UKAPEN*, PENICLINE*, PENBRETINE*, etc.

B. APPROVISIONNEMENT

Tout le processus qui, comprendrait les activités de sélection des médicaments, leur acquisition, leur distribution jusqu'à leur utilisation par le malade correspond en réalité au processus d'approvisionnement. Plus communément le vocable Approvisionnement s'utilise pour désigner l'acquisition des médicaments dès que l'on aura établi leur liste à fournir. L'acquisition comprend deux étapes décisives: la quantification des besoins et leur achat

- quantification:

Malgré l'identification des besoins en médicament partant d'une liste de médicaments essentiels, des ruptures de stock ou des surstocks pour certains produits, peuvent intervenir à cause d'une estimation fautive de quantités à fournir. L'idéal serait que pour chaque médicament retenu, l'on détermine la quantité exactement nécessaire dans le but d'une plus grande rationalité. Cette entreprise n'est pas aisée même s'il existe de nombreuses méthodes de quantification, nous citerons les 3 principales couramment utilisées:

- méthode basée sur la population est la méthode idéale qui permet d'établir aussi objectivement que possible les besoins de santé réels d'une population cible. Les critiques résident dans les difficultés de sa réalisation. Se faisant sur la base de l'analyse des données épidémiologiques et de schéma de traitement standard, elle ne peut être retenue dans les programmes où les données sur la situation sanitaire sont inexactes ou insuffisantes.

- méthode basée sur les services est une variante de la précédente. Cette méthode ne retient que les problèmes recensés dans les services de santé, les quantités obtenues sont donc sous-estimées. Toutefois la méthode reste plus réaliste ne retenant que ce que l'on peut faire.

- méthode basée sur la consommation médicamenteuse dans le système d'approvisionnement. La méthode a une moins bonne approche des quantités que les précédentes, mais reste la plus facile. Tout comme les autres méthodes, il existe une gestion saine, un enregistrement correct des informations nécessaires.

- l'achat:

Dans un programme d'approvisionnement l'identification ou la quantification des besoins ne suffit pas pour acquérir les quantités suffisantes. Les médicaments doivent être achetés. Dans tous les pays où les devises sont rares, le meilleur souhait serait de disposer de techniques, de méthodes plus astucieuses et économiques permettant d'acquérir de quantités suffisantes de médicaments avec des ressources relativement faibles. Quatre méthodes largement décrites (21), sans qu'aucune ne soit applicable partout où l'on veut, sont d'usage courant pour l'achat des médicaments. Ces méthodes sont:

- l'achat par Appel d'Offres International
- l'achat par Appel d'Offres restreint
- l'achat par marché gré à gré
- l'achat direct

FIGURE N°13

Comparaison des Méthodes d'Achat

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

Dans la perspective d'une véritable politique de médicaments essentiels, l'OMS recommande essentiellement en matière d'achat:

- de favoriser l'achat des produits non brevetés (générique).
- d'utiliser des moyens de transport moins onéreux (bateau plutôt qu'avion).
- de constituer un central unique d'achat
- d'acheter les médicaments essentiels en vrac par Appel d'Offres International ou restreint.

L'expérience a montré que les médicaments achetés sous leur nom générique permet de réaliser des économies considérables. Le fait de regrouper les achats permet de plus les économies d'échelle car en fait le pouvoir de négociation même des acheteurs se trouverait augmenté.

Dans le cadre d'une coopération internationale, l'OMS recommande à ses Etats Membres d'une même région de regrouper leur achat. L'UNIPAC fournit de meilleures conditions.

C. LA PRODUCTION LOCALE

L'une des plus grandes lacunes du système pharmaceutique dans la plupart des PED, reste l'absence d'une puissante industrie locale de production de médicaments de base. Même dans les pays où cette production est avancée, dans la plupart des cas, elle est sous la dépendance des firmes étrangères aux caractéristiques hautement commerciales. La dépendance pour la production ou pour l'approvisionnement d'une façon générale, est un handicap pour l'organisation du système car elle crée les problèmes de choix de fournisseurs sérieux au prix économique, de nombreuses dépenses supplémentaires relatives à l'importation des médicaments. Les pays auront de nombreux avantages à produire localement les produits pharmaceutiques qu'au lieu de les importer. Ces avantages sont à la fois économiques, politiques et surtout sanitaires. Ce sont essentiellement:

- la diminution des médicaments achetés à l'extérieur qui permet d'économiser sur les dépenses dues au transport, aux nombreuses fluctuations des prix sur le marché mondial. Une industrie locale est en même temps une source d'économie, de devise, d'épargne qu'une source de fiscalité.
- une meilleure adaptation de la production aux besoins de santé de la population qui est difficilement réalisable à partir des industries étrangères. Une industrie de production locale peut permettre la fabrication de médicaments à la fois indispensables et moins chers.
- une amorce de la création des conditions d'indépendance vis-à-vis de l'extérieur, une stimulation de la recherche biomédicale, clinique, industrielle, etc.
- à un moindre degré la création d'industrie locale est une création d'emploi.

Autant les avantages d'une industrie de production locale sont multiples, autant sont nombreux des problèmes et des contraintes à la création et à la protection des jeunes industries.

L'industrie pharmaceutique est un secteur hautement commerciale à travers le monde. Une minorité de fabricants assure l'essentiel de la production, de la commercialisation et de la recherche - développement. Installées principalement en Europe Occidentale, en Amérique du Nord, au Japon, ces industries contrôlent la grande majorité du marché mondial et optent plus particulièrement pour la production des médicaments et/ou des formes pour elles rentables. Il s'agit en général des conditionnements luxueux, des goûts agréables, ... mais chers. Leur technologie bénéficie le plus souvent d'une protection par le régime de propriété, de brevet ou de marque de fabrique qui permettent de maintenir leur influence même dans les pays avancés dans la voie de la production locale. Et malgré leur chéreté, ces produits s'écoulent plus aisément sur le marché grâce à la fidélité qu'ils ont acquise auprès des agents de santé et des consommateurs.

Les produits des jeunes industries ne profitent pas des mêmes facilité d'écoulement et même quand ils sont tout aussi efficaces et moins chers. Une jeune industrie qui naît dans cette situation devrait s'attendre à la concurrence infernale des grandes industries.

Or les jeunes industries en général, ont l'inconvénient de présenter des produits peu esthétiques, des goûts pas toujours agréables, quelquefois la non maîtrise des techniques entraîne une augmentation du coût de production, donc du coût de cession des produits locaux.

En dépit de cette situation, la production locale des médicaments essentiels, est retenue par l'OMS comme un axe fondamental de cette politique et, encourage par ailleurs les recherches des conditions de sa création et de sa protection:

- création:

Les conditions de création d'une industrie locale peut varier d'un pays à l'autre, en fonction de l'expérience du pays en matière de recherche, de production, de la qualification du personnel existant etc. Les préalables à cette production sont:

- l'existence d'un marché réel et suffisant pour rentabiliser économiquement cette fabrication locale.
- l'existence de ressources humaines et financières.

Le transfert de technologie est un élément indispensable pour la réalisation d'une production nationale dans les pays en voie de développement. La protection des techniques par des brevets de procédés ou de produits, par des marques de fabrique, constitue un handicap pour la promotion de la production locale. Ces propriétés industrielles même si elles sont souvent cédées par les grandes industries, cette cession s'effectue dans des conditions de marché qui tendent à maintenir leur influence. De nombreuses recommandations ont été faites suite aux études de la CNUCED sur les transferts de la technologie. Il en découle notamment: l'abandon du régime de propriété plus particulièrement les brevets, la signature des "brevets de procédés" et non des "brevets de produits".

- protection

Les performances et la survie d'une industrie locale ne sont pas toujours d'ordre technique. Des facteurs politico-juridiques, socio-culturels, économiques, peuvent constituer des blocages à sa promotion. La protection de l'industrie consisterait à suivre son évolution sous l'influence de ces facteurs, d'en déterminer les handicaps et les moyens de les juguler. Le suivi, l'évaluation et la protection relève des spécificités de chaque pays, on peut d'ores et déjà admettre quelques mesures de protection générales:

- la mise de l'industrie locale dans un contexte de production favorable par les moyens d'un statut juridique propre d'allègement fiscal.

• l'intégration de l'industrie à l'environnement local par l'utilisation des matières locales.

• l'option pour la priorité aux produits locaux qui peut s'agir de les intégrer sur les marchés national et international; par la réglementation des campagnes de publicité des firmes étrangères dans le pays; des campagnes de dénigrement des médicaments locaux.

• l'information des prescripteurs et des consommateurs sur l'existence et l'efficacité de ces produits.

• l'adoption d'un système de gestion efficace au niveau de l'industrie comme mesures internes. Il s'agira d'améliorer le système d'approvisionnement de l'industrie en vue de maîtriser les coûts de production, d'améliorer la qualité, de conditionnement et l'étiquetage des médicaments produits localement.

D. MEDECINE TRADITIONNELLE

Les tentatives actuelles de promouvoir une médecine traditionnelle dans le cadre des soins de santé primaires ou dans le cadre d'une production locale, paraissent se fonder pour deux raisons:

- cette médecine repose sur les notions empiriques de nos ancêtres qui ont de tout temps utilisé les plantes médicinales et dont le bien-fondé pourrait être corroboré par une analyse scientifique. Il importe aussi de souligner que l'utilisation pour des faits thérapeutiques des innombrables remèdes potentiels que recèle le règne végétal est un chapitre passionnant de l'histoire de la médecine. En effet, "la Quinine qui naguère encore était le seul remède efficace contre le paludisme, la Morphine qui calme la douleur, la Digitaline qui compense l'insuffisance cardiaque, l'Emetine qui combat la dysenterie amibienne, l'Ergot de seigle utilisé en obstétrique, la Réserpine (Rowolfia) agent tranquilisant, hypotenseur et antidote de l'aliénation mentale, étaient tous des médicaments connus des guérisseurs et des "sorciers" bien des siècles avant leur adoption par la médecine moderne ..." (22). Il ne s'agit là que quelques-uns des produits naturels à l'instar des curares et de la pénicilline à une époque récente, ont beaucoup soulagé l'humanité souffrante.

- la médecine traditionnelle qui s'appuie en grande partie sur la phytothérapie est la seule source de soins pour la majorité des populations du tiers-monde.

Il n'est pas évident que la médecine traditionnelle puisse servir efficacement et à court terme une production industrielle locale, mais la démarche de sa promotion peut reposer sur un réalisme mesuré qui consisterait à ne pas extraire les principes actifs car il s'agira d'une marche arrière par rapport au progrès réalisé dans ce domaine. Il peut s'agir d'adapter cette médecine à nos moyens techniques et financiers en vue de permettre de donner aux populations pauvres des médicaments efficaces et bon marché à base de matières premières locales.

Au Pérou, les résultats d'une démarche scientifique et thérapeutique conduite dans des communautés de l'Amazonie péruvienne dans le cas du traitement de l'helmentiose intestinale par le latex de "OJE" (*Fucus Glabrata*) (22) sont d'une pertinence saisissante.

L'étude aurait été réalisée par des chercheurs du "centre amazonique d'anthropologie et d'application pratique dans une communauté où ils auraient estimé les parasitoses à 80% des habitants qui ne pouvaient ni utiliser les médicaments classiques (mebendazole) ni pratiquer efficacement les mesures d'assainissement à cause de leur coût.

Les chercheurs auraient tenu compte du fait que par tradition, ces populations utilisaient des traitements à base de végétaux contre les parasitoses intestinales: le latex "OJE", (*Fucus Glabrata*), le suc de païco (*Chenopodium ambrosoïde*) et le latex de papaye verte (*Carica papaya*).

L'objectif de l'étude visait à déterminer les meilleures conditions d'utilisation de ces ressources déjà accessibles à toutes les communautés de cette localité.

Elle aurait procédé à priori à une compilation des données relatives à l'usage de "OJE" par la population et établi une méthodologie de travail en phytothérapie. Et enfin, elle aura défini les groupes de population sur lesquels cette étude devra être effectuée, les conditions cliniques pour entamer l'expérience thérapeutique. Le lait de "OJE" a été retenu comme la forme d'administration du médicament.

C'est sur trois communautés (deux indigènes et une métisse) que l'étude a été réalisée. L'importance de la parasitose était estimée à 92% pour les deux communautés indigènes isolées et 74% pour la communauté métisse. La parasitose la plus fréquente étant l'ascaris (74% des malades).

Les doses testées ont été de 0,25 ml/kg à 1 ml/kg et les résultats retenus selon l'étude ont été les suivants:

- 0,25 ml/kg diminution de 50% des Ascaris
- 0,50 ml/kg diminution de 65% des Ascaris
- 1 ml/kg diminution de 90% des Ascaris

Le traitement de trois jours selon l'étude, a eu l'effet maximum sur l'ascaris, les effets secondaires ayant été inexistantes ou négligeables à ces doses.

A la suite de cette étude, l'utilisation du latex "OJE" aura été introduit dans les communautés avec une présentation et une posologie codifiées, et les populations ont été conseillées à suivre un traitement tous les 3 mois avec la résine de "OJE". Les recommandations de l'OMS portent plutôt sur des démarches semblables à celles qui viennent d'être décrites en matière de la révalorisation de médecine traditionnelle.

E. LA DISTRIBUTION

De nombreuses ruptures de stock des médicaments interviennent dans le système d'approvisionnement notamment dans les zones périphériques, s'expliquant en partie par:

- l'insuffisance de réseaux de distribution qui ne peut assurer la couverture géographique maximale.
- l'insuffisance du système d'information entre les différents niveaux de distribution. Le manque d'informations fiables par exemple sur la consommation des médicaments au niveau des points d'utilisation rend difficile pour un central de faire de dotations judicieuses.
- les mauvaises conditions de stockage qui peuvent détériorer la qualité des médicaments.
- le manque de moyens logistiques, le manque d'organisation des livraisons, pouvant entraîner des retards de ravitaillement

Ces insuffisances interviennent fréquemment dans les systèmes de distribution. Un système de distribution comprend de nombreuses activités dont les principales sont les suivantes:

- dédouanement pour les produits importés
- réception et inspection des produits
- contrôle des stocks
- stockage des produits
- commande des produits
- livraison
- dispensation des médicaments aux malades
- recueil et transmission d'informations

Un modèle universel de système de distribution des médicaments paraît irréaliste en raison des grandes différences d'un pays à l'autre. "Cependant dans un programme de santé publique, la conception d'un nouveau système ou la transformation d'un autre, devra s'attacher à quatre caractéristiques principales" (21):

- la conception d'un réseau de distribution assurant la couverture maximale de la population
- la conception de bonnes conditions de stockage et de gestion de stock

- la conception d'un système d'information qui permettra la bonne gestion et la bonne coordination des activités.

- l'organisation des livraisons, le renforcement des moyens logistiques.

Un système bien conçu et bien géré a l'avantage d'être économique, de conserver la disponibilité des médicaments et de leur qualité. Le choix d'un système de distribution est une décision politique. L'existence de différents secteurs de distribution (publics, parapublics ou privés) rend difficile la distribution des tâches et la gestion du système.

La distribution des médicaments est un des principaux axes fondamentaux de la politique de médicaments essentiels. L'option pour cette politique doit conduire à dégager la meilleure formule qui s'accommodera à la politique sanitaire du pays.

F. La GARANTIE DE LA QUALITE ET LA NECESSITE D'UN LABORATOIRE DE CONTROLE.

La garantie de la qualité dans un système d'approvisionnement vise à assurer la sûreté et l'efficacité des médicaments qui seront consommés par la malade. Une stratégie de garantie de qualité comporte à la fois des activités techniques et des activités de gestion qui couvrent tout le processus d'approvisionnement de la sélection des médicaments jusqu'à leur utilisation.

Des normes de qualité reconnues sont publiées régulièrement dans les pharmacopées. Ces normes définissent la qualité des médicaments.

La qualité d'un médicament est influencée par le processus de fabrication, de conditionnement, les conditions de transport et de stockage, etc.

Pour diverses raisons (non respect des normes de qualité, dépassement de la date de péremption, effets néfastes de l'environnement,...), la défaillance dans la qualité d'un médicament peut avoir de nombreux inconvénients: perte d'activités, erreurs de médication, augmentation de la toxicité, contamination, etc.

La garantie de la qualité est une responsabilité de tous les agents, mais le système qu'on en aura établi doit veiller à ce qu'il n'y ait aucune défaillance dans la qualité d'un médicament. Ce système doit inclure le choix des fournisseurs sérieux, le contrôle des propriétés essentielles du médicament à tous les niveaux du système d'approvisionnement.

Le laboratoire de contrôle se révèle particulièrement important dans ce processus, permettant de faire la transparence sur la qualité réelle du médicament, une évaluation donc objective.

La création d'un laboratoire national de contrôle de qualité est vivement recommandée et encouragée par l'OMS aux PED en vue de pouvoir détecter les sous-dosages, les malfaçons, d'évaluer la biodisponibilité des médicaments.

La délicatesse de ce processus et les contraintes techniques et financières font que la majorité des PED n'ont pas de laboratoire ou ne peuvent réaliser que des opérations relativement faciles. L'OMS oriente ces pays vers la création d'un laboratoire régional ou sous-régional dans le cadre d'une coopération internationale entre PED.

Il convient toutefois d'apercevoir les alternatives dans le choix du contrôleur; un pays qui n'a pas de laboratoire de contrôle passera par une tierce où se contente souvent du certificat de son fournisseur:

- le laboratoire national a l'avantage de permettre aux pays d'effectuer à tout moment un contrôle de qualité dans toutes les situations de doute. Mais son installation exige des moyens techniques et financiers. Sa factibilité doit être menée à la lumière d'une série de considérations objectives.

- le contrôle par tierce est la seule voie de recours pour les pays qui ne disposent pas d'un laboratoire national de contrôle. Pour d'autres, c'est une voie secondaire. Il peut avoir l'inconvénient d'être coûteux et doit être utilisé si l'on ne peut autrement pour tester les fournisseurs peu connus ou peu sérieux.

- dans le cas où un fournisseur reconnu par son sérieux, pour des raisons économiques et pour les médicaments qui n'en demandent pas trop, le contrôle par tierce peut être abandonné au profit des certificats fournis par le fabricant.

L'OMS préconise d'ailleurs son système de certification de qualité des produits pharmaceutiques et invite ses Etats Membres à y adhérer. Ce système repose(23):

- sur les règles de bonnes pratiques applicables à la fabrication des médicaments et au contrôle de leur qualité.

- sur un système de certification de qualité de produits pharmaceutiques entrant dans le commerce international

G. BON USAGE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS

L'objectif d'un système d'approvisionnement de rendre les médicaments essentiels disponibles et accessibles partout où l'on en a besoin, n'aura d'intérêt que si le malade peut bénéficier d'une bonne prescription auprès du praticien que si en plus, il peut disposer des médicaments et les utiliser sous des formes et des conditionnements appropriés.

Pour prescrire rationnellement, le praticien doit faire un diagnostic exact, choisir le meilleur médicament disponible et le prescrire en quantité suffisante et selon un schéma convenable. Pour chaque prescription, il convient de prendre en compte à la fois l'efficacité, la sécurité, les coût des médicaments.

Le choix d'une thérapie n'est pas cependant toujours aisé. Plusieurs médicaments sont disponibles pour un même traitement, c'est le cas par exemple des antibiothérapies, des médications avec les anti-inflammatoires...; Des traitements sont possibles sans médicament ou sans véritable chimiothérapie.

D'une façon idéale, le praticien ne se soucierait que l'efficacité et de la sécurité, donnant peu ou pas d'importance au coût. Le coût des ordonnances empêchent le plus souvent beaucoup de malades d'acheter des médicaments mêmes les plus indispensables pour leur soin. Le coût du traitement est fonction de plusieurs facteurs, entre autres, le nombre de médicaments prescrits, les médicaments chers, les formes chères comme les injectables et les sirops. On estime qu'un traitement d'une semaine d'antibiothérapie par voie intramusculaire peut consommer le budget annuel de médicament de 50 personnes et des gouttes multivitaminées pour un enfant pendant un an peuvent utiliser sept fois la portion du budget "médicament" de cet enfant (21).

Dans tous les cas où les prescriptions pour des raisons d'économie ou de qualité, ne s'accommodent pas avec le traitement, on peut parler de prescription irrationnelle.

Les prescriptions irrationnelles sont un phénomène fréquent. Quelques exemples suivent ci-dessous:

"- La prescription insensée: il s'agit de l'utilisation d'un médicament cher en général récent, alors qu'un médicament plus ancien, moins coûteux aurait été aussi efficace et sûr.

- La prescription excessive: l'utilisation de médicaments là où ils ne sont pas nécessaires ou l'utilisation de médicaments à un dosage trop fort ou en quantité trop grande.

- La prescription multiple: l'utilisation de plusieurs médicaments alors qu'un seul aurait suffi.

- La prescription insuffisante: l'utilisation de médicaments de dose trop faible." (21)

De nombreuses raisons sont à l'origine de prescription irrationnelle. Ce sont le plus souvent:

- l'insuffisance de formation de base ou d'expérience du praticien.
- le besoin de prestige du praticien qui peut le conduire à prescrire plusieurs médicaments dans la même ordonnance. Dans certains endroits, un "bon docteur, est un docteur qui prescrit beaucoup de médicaments différents".
- les activités promotionnelles des firmes pharmaceutiques, la pression des malades eux-mêmes, peuvent conditionner la prescription du docteur.
- l'insuffisance de sensibilisation, d'information et d'éducation sur le coût des médicaments.

Les tentatives d'amélioration des prescriptions dans un programme de santé publique doivent inclure une formation de base dans les écoles de médecine, une supervision des agents de santé, une information continue des agents sur les nouvelles données scientifiques, leur sensibilisation, etc.

La liste restrictive de médicaments essentiels est une démarche importante vers le bon usage des médicaments. Le problème réside cependant de la faire accepter ou de l'imposer. La présence de médicament essentiel en DCI est une condition incontournable, mais il faut veiller à mettre en pratique le formulaire et le manuel.

H. LE FINANCEMENT DE L'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENT ESSENTIEL

Parmi les nombreux problèmes de l'approvisionnement en médicaments abordés dans ce travail, le financement est souvent le problème le plus frustrant pour le personnel de la santé publique. La demande présente ou prévue pour la population est presque toujours supérieure aux ressources conduisant à d'énormes difficultés de répartition entre les différents niveaux et rendant impérative une utilisation rationnelle des fonds modestes, voire modiques.

Une sélection soigneuse des médicaments, les pratiques d'acquisition raisonnables, économiques, une réduction systématique des pertes et d'autres mesures de gestion déjà décrites, sont nécessaires pour mieux utiliser les ressources, mais ne feront jamais oublier le rôle d'un financeur. Quelle que soit la réduction des coûts des médicaments, ils seront à la charge de quelqu'un qui peut être l'Etat, les individus ou autres.

Malgré la multiplicité des sources de financement (financement externe, ONG, Budget National, contribution communautaire, dépenses du consommateur), des programmes d'approvisionnement des pays, la pénurie de médicaments essentiels reste à présent une réalité à cause du manque de ressources mobilisées.

Les dépenses à titre privé en médicaments, même si elles sont mal estimées, mal coordonnées, sont désormais une réalité et se caractérisent même par leur stabilité et leur importance très souvent surprenante.

Une stratégie plus réaliste, comme le recommande l'OMS, serait de faire participer les individus ou les communautés, par un système de recouvrement des coûts pour financer l'approvisionnement en médicaments essentiels. La participation financière des communautés est un des fondements de santé primaire. Elle est aussi retenue comme un axe fondamental de la politique des médicaments essentiels.

L'organisation et le fonctionnement d'un système de recouvrement imposent de chercher la bonne formule. La mise à disposition aux formations sanitaires est décrite (21) comme un des mécanismes les mieux adaptés pour les raisons suivantes:

- le public a déjà l'habitude de payer des médicaments dans un secteur privé ou autre, pas de raison qu'il refuse de les payer dans les formations sanitaires.
- il est relativement plus facile de calculer les coûts qu'implique la fourniture des médicaments dans le système des soins de santé.
- par des achats gros de médicaments sous nom générique, le système peut souvent couvrir ces frais et offrir des prix plus bas que ceux du secteur privé ou commercial.

- la souplesse du système permet de subventionner certains médicaments de toute priorité (vaccins...) et de taxer la consommation de médicaments non essentiels.

Deux contraintes se posent à un tel mécanisme:

- la réduction au maximum du coût d'approvisionnement.
- la rationalisation de la gestion et de la prescription.

V. POLITIQUE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS : EXPERIENCE DU MALI

A. LE CONTEXTE DE LA REFORME PHARMACEUTIQUE

Le Mali a hérité de la colonisation un secteur pharmaceutique qui pouvait se résumer à un réseau de distribution privé et un réseau public de distribution ravitaillant les formations sanitaires.

- Le réseau privé était composé (24) par un grossiste LABOREX, 9 officines privées dont 5 à Bamako et 4 dans les régions (Sikasso, Kayes, Segou et Mopti).

- le réseau public était représenté par la Pharmacie d'Approvisionnement des troupes de Bamako. Elle a été créée par l'Arrêté n° 4575/CM du 29.12.1941, mais supprimée par l'Arrêté CM du 22.01.1945 pour être remplacée dans le même décret par une annexe de la pharmacie des troupes de Dakar à Kati qui, à son tour fut supprimée par l'Arrêté 2858/CM du 24/07/1947 (24).

En 1960 à l'indépendance du Mali:

- du réseau privé, seule la pharmacie Soudanaise va subsister jusqu'à ce jour. Cette officine va continuer ses activités d'importation et de distribution des médicaments.

- la Pharmacie d'Approvisionnement devenue une Division de la DNS, était chargée de l'approvisionnement des formations sanitaires.

- le 5 octobre 1960, par Ordonnance 1018/PG-RM, fut créée une Société d'Etat dénommée la PPM avec pour mission l'importation, la cession aux particuliers, aux collectivités publiques ou privées à des prix modérés compatibles avec sa rentabilité, les produits pharmaceutiques:

- médicaments
- produits chimiques et de droguerie
- produits de parfumerie d'hygiène
- matériel médico-chirurgical, de radiologie et de laboratoire

En 1981:

- la pharmacie d'approvisionnement qui bénéficiait d'une allocation budgétaire de l'Etat s'est vue confrontée à de graves crises financières et qui ont conduit pratiquement à l'arrêt du système de la gratuité des médicaments au Mali. Les causes principales de ces problèmes sont:

- la faiblesse du Budget Médicaments de l'Etat
- la non disponibilité des inscriptions budgétaires entraînant des dettes croissantes non réglées, évaluées à environ 1,250 milliards de Fcfa (25), ce qui a conduit à la cessation des approvisionnement par la majorité des fournisseurs.

- la PPM, contrairement à la pharmacie d'approvisionnement, a connu un développement continu à travers un réseau dense de distribution dans le pays

- l'Office Malien de Pharmacie (OMP) a été créé par la Loi n°81-18/AN-RM du 16/02/1981. L'OMP est un organisme public dépendant du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, doté lui aussi d'une personnalité morale et d'une autonomie financière. Alors chargé de reprendre l'activité de la pharmacie d'approvisionnement, il regroupait également:

- le laboratoire de soluté massif
- l'Institut National de Recherche en Médecine et Pharmacopée Traditionnelle.

La commission chargée d'étudier sa consolidation en arrive à des propositions qui sont aujourd'hui connues sous le vocable de Réforme pharmaceutique au Mali.

Le rapport de cette commission intitulé "Etude pour la consolidation de l'OMP dans le cadre du système pharmaceutique national" a eu pour mérite de présenter:

- un diagnostic de la situation pharmaceutique du Mali
- un inventaire des réformes proposées
- trois solutions alternatives d'organisation en fonction des missions
- une évaluation des bénéfices attendus de la mise ne oeuvre des solutions retenues

La solution n°1 de ce rapport qui a été retenue a conduit à la répartition suivante des missions:

- la PPM a eu pour mission, l'acquisition et la distribution de tous les médicaments essentiels et non essentiels. Elle remplace à cet effet l'OMP pour la fourniture de médicaments aux formations sanitaires.

- l'OMP qui inclura l'Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques naissante (1982), a été chargé de la production et de la recherche en pharmacopée et médecine traditionnelle.

- de nombreuses missions devant nécessiter la création d'une direction nationale de la pharmacie, ont été réparties entre les services techniques du Ministère de la Santé. Ces missions en grande ligne sont:

- * la formation du personnel sanitaire
- * la planification des programmes pharmaceutiques
- * l'information du personnel et du public
- * contrôle des activités d'importation et de distribution

Ces missions ont été réparties entre la DPNFSS et la DNSP. Ce qu'il convient de noter ici, est que la réforme a été l'occasion pour le Mali d'élaborer sa politique de médicaments essentiels. L'on s'attendait donc à une baisse considérable du coût des médicaments essentiels à un approvisionnement de quantité suffisante dans le but de les rendre accessibles au double plan financier et géographique. Cet objectif est loin d'être atteint. C'est l'occasion donc de savoir:

- quelles ont été les réalisations de la réforme en fonction de ses propositions ?

- quelles furent les raisons d'échec ?

- quelles sont les possibilités partant des situations vécues et/ou actuelles?

Notre contribution à la critique se fonde sur autant de questions.

B. CONTRIBUTION A LA CRITIQUE DE LA REFORME

Il ne souffre d'aucun doute qu'une politique pharmaceutique nationale conséquente soit d'un intérêt et d'une pertinence réelle s'il s'agit de rendre les médicaments de base disponibles. Plusieurs pays se sont inspirés des recommandations de l'OMS, de sa liste de médicaments essentiels et ont pu observer des effets à la fois économiques et qualitatifs. Le Bangladesh par exemple au plan purement économique, a pu réaliser une réduction de ses dépenses en médicaments de 30% à 50% (26) avec l'achat des médicaments essentiels.

Le but de la réforme pharmaceutique visait autant d'objectifs de qualité que d'économie. Un constat cependant de la situation pharmaceutique du pays, révèle à présent des problèmes tel que l'on se demande si véritablement la réforme a engagé le pays dans la voie d'une politique de médicaments essentiels. En effet:

- partout au Mali, dans les officines, dans les dépôts aussi bien que dans les formations sanitaires, les "spécialités" chères sont présentes presque dans toutes les situations au lieu des génériques ou des DCI beaucoup moins coûteux. La promenade des malades d'officine en officine à la recherche d'une spécialité donnée même si son équivalent existe, prouve encore que les ruptures sont fréquentes au Mali même si elles sont souvent psychologiques. La situation est particulièrement accablante dans les formations sanitaires notamment en périphérie qui ne disposent d'aucun indice de médicament allant jusqu'au simple désinfectant de plaies.

- presque partout dans le pays, un fossé existe entre le diagnostic et le traitement à cause soit du coût des ordonnances, soit de la nature de la multitude des produits prescrits... L'attachement des médecins aux spécialités, le refus des DCI et d'autres conditionnements hospitaliers par des agents témoignent du peu de sensibilité de ceux-ci aux besoins de priorité des populations et de leur faible pouvoir d'achat. Au service de Médecine Générale du Point-G les résultats d'une enquête effectuée sur un groupe de patients hospitalisés entre octobre 1986 et mai 1987, révèle que le coût moyen de médicament par malade hospitalisé s'élevait à 16.735 Fcfa (27):

- 6.075 avant l'hospitalisation
- 8.222 pendant l'hospitalisation
- 2.438 après l'hospitalisation

La prescription n'est pas le seul facteur qui influence le coût des ordonnances à la hausse, mais il est évident que dans la majorité des cas, la rationalisation des prescriptions pourrait conduire à réduire ces dépenses pour le malade quand on sait qu'il doit payer les frais de consultation, de transport, de séjour, estimés à 50.481 Fcfa et qui font avec les médicaments au total 67.216 Fcfa.

- les officines PPM avaient été confiées à des gérants non pharmaciens à défaut de pharmaciens diplômés. La situation reste inchangée à ce jour malgré le nombre de pharmaciens sans emploi.

En l'absence de médicaments essentiels moins chers, de changement notable dans les habitudes de prescription et de commercialisation des médicaments, le constat est globalement décevant pour la mise en oeuvre de la réforme pharmaceutique. Les raisons peuvent être de plusieurs ordres entre autres conception, fonctionnement, raisons politiques inadmissibles.

Les nombreuses missions étrangères, la réunion du groupe de réflexions du MSP-AS du 15-22/03/1988 constitue le témoignage d'une certaine volonté de faire avancer la réforme. D'avis général, les raisons politiques expliquent les échecs de la réforme. Tel que l'on peut rétenir dans les rapports du groupe de réflexion du MSP-AS ou de celui de P. BRUDON (28) la réforme n'a pas atteint la plupart de ses objectifs à cause:

- du manque de coordination dans son application.
- du manque de prise de décisions au bon moment.
- de l'absence du suivi et de diffusion des principes de la réforme
- de la perte par le MSP-AS du rôle directeur dans l'élaboration de la politique pharmaceutique, les deux agences importatrice (PPM) et productrice (UMPP) dépendant jusqu'en juin 1988 du Ministère de la Tutelle des Sociétés et Entreprises d'Etat (MTSEE).

Et on peut noter qu'"en aucun moment depuis 1983, date d'adoption de la réforme, aucun texte commun aux deux principaux ministères n'est venu sanctionner les objectifs à atteindre" (29).

Il s'agit alors d'une ambiguïté politique très critiquable au regard de la portée sociale de la réforme. Son échec reste toutefois une source d'enseignements pour une perspective de médicaments essentiels au Mali, ce qui n'est pas le moins important pour l'Initiative de Bamako.

Les critiques sont fonction des principes que nous avons avancés plutôt et que nous compléterons par nos observations et compréhensions du problème.

1. Sélection et nomenclature des médicaments essentiels

La réforme avait retenu l'établissement d'une liste restreinte de médicaments essentiels.

La première liste comprenant 190 DCI et 13 médicaments traditionnels, a été adoptée par le Décret N° 85/PG-RM du 2/05/1984.

Ce décret exonère les médicaments inscrits en annexe d'impôts et de taxes douanières, fixe à deux ans la validité de la liste.

L'Arrêté d'application n° 3432/MSP-AS - MTSEE - MFC fixe la composition de la commission de nomenclature. L'article 4 de cet arrêté exige cependant que la liste des médicaments soit présentée obligatoirement en DCI et en "noms de spécialité" correspondants, ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché malien.

Le Décret n° 51 de mars 1984 adopte le formulaire national et le manuel de traitement et dans son article 2. dit qu'un arrêté du Ministre chargé de la Santé Publique fixera les modalités d'application.

Les critiques résident dans les faits suivants:

- la première liste (1984) a été mise à jour en Décembre 1986. Proposée en février 1987, la liste révisée n'était pas encore approuvée en fin 1988. Pourtant la révision a suivi de façon générale le processus recommandé par l'OMS, la critique de la première liste ayant été faite par un pharmacologue le Pr. PETERS et un comité s'étant réuni pour la révision. Cette liste ne serait pas adoptée peut être qu'elle est inadaptée, mais aucune raison ne justifierait qu'une tentative rapide ne soit pas entamée pour la faire. Etait-elle raisonnable de procéder à une nouvelle sélection sans que l'on ait su les raisons du rejet de la liste de 1986 ? Le groupe de sélection de la phase II du PDS en cours de négociation, réuni du 01-04/09/1988 a pourtant travaillé sur la liste révisée. La nouvelle liste issue donc, peut-elle être une liste de médicaments essentiels ?

- l'adoption du manuel et du formulaire a été longtemps symbolique. Hormis les prescripteurs des zones couvertes par des projets (MS/MSF, MS/MMD, les 3 cercles KBK, Koulikoro), les autres au Mali n'ont pas eu de formation de prescription en DCI. Dans ces projets comme ailleurs, le VIDAL est d'usage courant alors que ce dernier n'est pas toujours adapté à nos réalités.

- l'adoption des noms génériques en même temps que les "noms de marque" est peut être une stratégie réaliste au départ du nouveau programme si l'on sait qu'elle peut permettre aux prescripteurs de connaître les correspondants des noms de marque en générique. Les inconvénients sont cependant nombreux:

· la poursuite des campagnes de publicité des visiteurs médicaux et le maintien de la fidélité aux spécialités.

· les dénigrement des génériques, les nombreux risques de favoriser la promotion des spécialités aux génériques.

La PPM par exemple a introduit une nouvelle notion grâce à ce système de nomenclature double, qui n'a aucun fondement rationnel selon P. BRUDON, celle de "spécialité essentielle".

Ainsi on décrit au niveau de la PPM trois types de médicaments (29):

"1. - les médicaments essentiels en générique achetés par appel d'offres sur les fonds de la Banque Mondiale et ceux de l'UMPP auxquels on applique le coefficient 1,4 pour calculer leur prix de vente à partir de leur prix d'achat.

2. - les "spécialités essentielles" qui sont des noms de marque correspondants aux génériques inscrits dans la liste nationale des médicaments essentiels. Ces médicaments qui ne devraient pas être exonérés de taxes et d'impôts, le sont dans la réalité et en pratique multiplié par 2,06.

3. - les autres médicaments non inscrits sur la liste des médicaments essentiels achetés de gré à gré et affectés du coefficient 2,06"

Dans tous les cas cités ci-haut, il ressort qu'avec le système de coefficient multiplicateur, le prix de vente des médicaments par la PPM et sa marge brute, sont directement proportionnels au prix de revient qui est soit égal au prix d'achat s'il y a exonération, soit égal au prix d'achat plus frais de douanes en l'absence d'exonération.

Le second cas assez impressionnant, est celui qui est critiqué par de nombreux observateurs. P. BRUDON recommandait de lever l'exonération pour les spécialités dites essentielles et de les multiplier par le même coefficient pour les autres spécialités.

La notion de spécialité serait introduite par la PPM comme sa façon d'approcher la politique de médicaments essentiels à défaut de pouvoir fournir les DCI qui ne pourraient pas lui assurer la rentabilité. On peut tenter une approche de la rentabilité de la PPM et avec qu'elle le prix de vente au consommateur. Les médicaments essentiels seraient la situation la moins favorable pour la PPM et l'on peut essayer de calculer sa marge brute selon quatre scénarios:

- ME en DCI exonérés et multipliés par 1,4
- spécialités essentielles exonérées et multipliées par 1,4
- spécialités essentielles exonérées et multipliées par 2,06
- spécialités non essentielles non exonérées et multipliées par 2,06

On peut poser:

. M1 = marge brute de la PPM sur la vente des ME en DCI x 1,4

. P1 = prix d'achat CAF des ME en DCI

. V1 = prix de vente des ME en DCI $V1 = P1 \times 1,4$

- . M2 = marge brute sur les spécialités essentielles exonérées x 1,4
- . P2 = prix d'achat CAF des spécialités essentielles
- . V2 = prix de vente des spécialités essentielles x 1,4 $V2 = P2 \times 1,4$
- . M'2 = marge brute sur les spécialités essentielles exonérées x 2,06
- . V'2 = prix de vente des spécialités essentielles x 2,06
 $V'2 = P2 \times 2,06$
- . M3 = marge brut sur les spécialités non exonérées x 2,06
- . V3 = prix de vente des spécialités non exonérées x 2,06
- . F = frais de douanes

$$V3 = (P2+F) \times 2,06 - (P2 + F)$$

La marge brute est égale au prix de vente diminué du prix d'achat ou diminué du prix de revient

$$M = V - P \text{ ou } M = V - (P + F)$$

Alors on pose:

$$M1 = P1 \times 1,4 - P1 = 40\%P1$$

$$M2 = P2 \times 1,4 - P2 = 40\%P2$$

$$M'2 = P2 \times 2,06 - P2 = 106\%P2$$

$$M3 = (P2 + F) \times 2,06 - (P2 + F) = 106\%P2 + 106\%F$$

En admettant que les DCI peuvent entraîner une réduction de 50% (ce qui est très probable) par rapport aux spécialités, on peut poser:

. $P2 = 2P1$ et on a:

$$M1 = 40\%P1 \text{ qui ne change pas}$$

$$M2 = 80\%P1$$

$$M'2 = 212\%P1$$

$$M3 = 212\%P1 + 106\%F$$

Il ressort que si la PPM avait acheté une quantité Q de ME en DCI au prix P, elle obtiendrait une marge brute égale à 40% du prix d'achat avec le coefficient 1,4.

La même quantité en spécialités exonérées et avec le même coefficient, permet une marge double.

Si les spécialités sont exonérées et multipliées par 2,06, elles permettent une marge de plus que le quintuple.

Si les spécialités n'étaient pas exonérées, elles permettraient en plus du quintuple une marge qui intervient avec les frais engagés pour le dédouanement soit 106% de ce montant.

L'on constate une progression de la marge brute, ce qui paraît intéressant d'un point de la rentabilité pour une entreprise commerciale. Seulement l'on constate en même temps une croissance du prix de vente qui est un facteur négatif pour l'écoulement des produits.

Dans le cas où les spécialités sont exonérées et multipliées par 2,06, on note il vrai, une diminution de la marge par rapport au cas où elles ne sont pas exonérées. En réalité le cas de l'exonération a un avantage plus grand pour la PPM que le cas de non exonération car elle conserve 100% des frais de douanes dans son fonds de roulement.

Ces 100% sont comparables à la différence de 106% des frais de douanes apparus avec la non exonération. Le prix des produits par ailleurs sont minimisés pour le consommateur.

La situation où les spécialités non essentielles sont exonérées et multipliées par le même coefficient que les autres spécialités, semble la plus favorable. Elle est telle que la PPM peut même tenter une réduction significative de son prix de vente si l'on sait que la différence de prix par rapport aux ME est de plus de 565%.

En marge de ces considérations économiques, la notion de spécialité doit être éliminée pour éviter des situations confuses en matière de politique de ME. L'étude de la rentabilité de la PPM à partir des médicaments essentiels ne devrait pas être au-delà des compétences au Mali.

2. L'approvisionnement

Approvisionner des médicaments de qualité, de coût bas reste l'une des priorités de la politique pharmaceutique nationale. L'étude pour le projet de la réforme aura considéré l'influence de nombreux facteurs (brevet, conditionnement et emballage luxueux, long délai de paiement, achat de petites quantités, autres méthodes de négociation...) qui grèvent sérieusement les coûts d'approvisionnement des médicaments.

En tenant compte de ces réalités, la réforme a retenu pour l'approvisionnement des médicaments au Mali, les principes suivants:

- l'achat des médicaments essentiels par appels d'offres toutes les fois qu'il était possible en vue de créer une concurrence entre les différents fournisseurs dans le but de réduire les coûts.
- la centralisation des achats au niveau de la PPM qui, plus tard a fait l'objet d'une cogestion sino-malienne dans l'objectif de son redressement financier pour répondre aux exigences de la nouvelle politique.
- l'approvisionnement en vrac de DCI ou de générique. Le projet de création d'une unité de reconditionnement a été retenu à cet effet. Son financement estimé à 20 millions de Fcfa (30) a été obtenu auprès du FED
- à travers ces mesures, l'on s'attendait à une baisse des coûts mais sans ignorer les difficultés auxquelles il faudrait faire face notamment en matière de financement d'organisation et d'exécution des appels d'offres. Une commission nationale d'approvisionnement des médicaments a été donc créée par l'Arrêté N° 2849 MEEP-CAB du 13 juin 1984 qui fixe ses prérogatives de même que sa composition.

Elle est chargée particulièrement de l'organisation et de la supervision de tous les programmes d'approvisionnement par la PPM et de la fixation des prix des médicaments essentiels et non essentiels.

L'unité de reconditionnement n'est pas à présent réalisée, toutefois la PPM a pu exécuter trois achats par appel d'offres sur un crédit de 750 millions de la Banque Mondiale. Si ces appels d'offres fournissent des résultats encourageants, ils sont source de nombreux enseignements et de faits critiquables ou discutables.

♦ Au plan de l'organisation

Des critères ont permis de sélectionner des soumissionnaires lors de l'appel d'offres n° 1, 2 et 3. (voir annexes)

Des critères comme celui de lots ou de "l'expérience commerciale" avec le Mali qui avait été retenu lors du premier A.O. n° 1 ont été éliminés pour les deux autres qui l'ont suivi. Le critère "expérience commerciale" a été jugé trop subjectif car ne repose pas sur de valeur mesurable (7). Quant au critère de lots, il a été éliminé en raison de manque à gagner qu'il a entraîné.

♦ Au plan des résultats économiques

Une étude (7) a tenté d'estimer la diminution moyenne du prix d'achat CAF des médicaments essentiels par A.O., obtenue par rapport à leur correspondants achetés par la PPM de gré à gré.

Pour A.O. n° 1 les résultats sont donnés par lots, pour les deux autres ils sont donnés généralement, les listes des produits étant en annexes.

Appel d'Offres n° 1

Différents lots	Economie du prix d'achat des médicaments essentiels par rapport à la PPM
Lot n° 1	58,80%
Lot n° 2	8,81%
Lot n° 3	37,30%
Lot n° 4	44,41%
Lot n° 5	- 234,62%

Il ressort ici que les résultats sont:

- bons pour les lots N°1, 3 et 4
- passables pour le lot n° 2 remporté par l'UMPP
- lamentables pour le lot n° 5 car les produits sont acquis à des prix beaucoup plus supérieurs de la PPM

Selon la même étude, le critère de lot aurait été une erreur préjudiciable:

- le seul critère de lot a éliminé 87% des soumissionnaires, de plus les laboratoires sélectionnés n'étaient pas obligatoirement les moins-disants et il n'était pas évident que leurs produits aient les meilleures qualités. Le critère a donc favorisé la participation d'intermédiaires grossistes qui ont un éventail plus large de produits à proposer.

- le manque à gagner survenu à la suite de ce critère est impressionnant

1. Pour les lots 1, 3, 4 et 5, la valeur globale des offres aux moins-disants était de 68.419.500 Fcfa tandis qu'elle a été pour les mêmes offres pour ceux qui les ont remportés, de 93.669.360 Fcfa, soit 36,90% de plus par rapport aux moins-disants s'il n'y avait pas eu de lot.

2. Pour le lot n° 2 remporté par l'UMPP le prix total aux moins-disants a été de 51.057.200 Fcfa tandis qu'il a été pour l'UMPP de 119.970.000 Fcfa; soit 134,97% de plus par rapport aux moins-disants

- les appels d'offres ont des pièges comme le révèle le critère de lots. Ce critère n'est pas adapté à une procédure d'appel d'offres régulière. Il en existe d'autres que l'expérience permettrait de détecter.

Toute observation en vue d'amélioration des achats par appels d'offres semblerait vaine si le principe en soi n'est pas acquis. En matière d'approvisionnement au Mali, les critiques résident plutôt dans le faible engagement vers le système d'A.O. que dans les techniques de procédure. Au démarrage de la réforme à ce jour, le pays n'a réalisé que trois A.O. dont le dernier date de 1987. La Commission Nationale d'Approvisionnement n'a fonctionné uniquement que pour l'organisation de ces trois A.O. et la fixation des coefficients multiplicateurs pour le prix de vente des médicaments qui a été 1,4 pour les médicaments essentiels et 2,06 pour les médicaments non essentiels. L'approvisionnement des médicaments non essentiels n'a pas impliqué la Commission Nationale d'Approvisionnement alors que son organisation et sa supervision lui avait été confiées au même titre que les médicaments essentiels.

Son fonctionnement pour ce qui concerne les trois Appels d'Offres s'est caractérisé par des lourdeurs administratives. Les inconvénients ont été nombreux: non respect des calendriers d'approvisionnement, retards préjudiciables dans la réception des produits, etc.

Le premier appel d'offres a été réalisé en Avril 1985, les produits ont été reçus en Décembre 1985, soit neuf mois de délai d'approvisionnement qui est très acceptable en matière d'appel d'offres. Le deuxième a eu lieu quatorze mois après le premier (juillet 1986).

Quant au troisième prévu pour le 15 Novembre 1986 (30) n'a eu lieu qu'en 1987, le dépouillement ayant été réalisé en septembre 1987. La situation de cet A.O. est la suivante:

- sur 14 fournisseurs retenus par ce contrat d'A.O. 3 seulement s'étaient exécutés avant Décembre 1987. En Décembre 1988, 8 fournisseurs n'avaient pas encore livré leurs produits

- en Septembre 1988, 21 produits n'étaient pas reçus au niveau de la PPM sur 33 produits (sans compter les produits fournis entièrement par l'UNIPAC). Et l'on s'attendait qu'au moins 14 ne seraient pas reçus avant Mars 1989 au niveau de la PPM. Les lourdeurs administratives qui expliquent cette situation ont fait que:

• certains fournisseurs n'ont pas reçu la demande d'exécution du contrat

• la lettre de marché est parvenue trop tard à d'autres qui n'acceptaient plus de fournir les produits au même prix d'il ya un an. Depuis donc le troisième appel d'offres, la PPM ne procède plus aux achats par cette méthode, un manque de fonds financiers justifiant ce fait. S'agit-il de l'abandon de la politique de médicaments essentiels au Mali? Car il n'y a véritablement pas cette politique pour un pays principalement importateur si leurs achats ne se faisaient pas par des appels d'offres.

On admet aujourd'hui que du point de vue strictement économique, que la situation est considérablement améliorée, "... la confiance des fournisseurs étrangers est revenue, les dettes arriérées ont été pratiquement épongées...". En 1988, la PPM a réalisé un bénéfice d'exploitation de 372 millions de Fcfa (bilan PPM), ce qui n'a rien de comparable aux chiffres précédents souvent négatifs.

2. les difficultés financières constatées jadis au niveau de la PPM, n'est pas le fait d'une politique de médicaments essentiels, son redressement non plus. Ce dernier est consécutif aux mesures de gestion adoptées. La crainte donc de voir la PPM déficitaire à cause d'une politique de médicaments essentiels n'est pas justifiée si elle ne repose pas sur de faits objectifs. L'on sait qu'actuellement le bénéfice de la PPM croît de façon proportionnelle au coût d'achat des médicaments à l'extérieur.

Des études doivent donc être menées dans le but de prouver que les médicaments essentiels en DCI ou en générique peuvent au même titre sinon plus que les spécialités, assurer la rentabilité de la PPM. Celle (7) citée plus haut a eu à aborder le problème. Il paraît utile de révéler ses résultats.

Elle a retenu le fait que des produits de marges bénéficiaires brutes faibles peuvent être autant rentables que d'autres de marges bénéficiaires brutes grandes s'ils obtiennent une rotation suffisamment grande par rapport à ces derniers. Elle définit la vitesse de rotation du stock d'un médicament comme étant la fréquence de transformation de ce stock en chiffre d'affaires et avance comme facteur important de la vitesse de rotation l'accessibilité financière, géographique auxquelles on peut ajouter la connaissance d'un médicament, les informations fournies à son sujet.

$$\text{Elle a par ailleurs posé : } R = \frac{Ps}{Pe}$$

Ps : prix CAF d'une spécialité

Pe : prix CAF du médicament essentiel en DCI correspondant

R étant le nombre de fois que le médicament essentiel doit être vendu par rapport à son correspondant en spécialité pendant le même temps pour réaliser le même bénéfice.

L'étude a retenu le même coefficient 1,4 pour les spécialités que pour les DCI pour déterminer les prix de vente des ME et des spécialités, ce qui lui a permis de retrouver le rapport ci-dessus en simplifiant par 1,4. Or le coefficient des spécialités au niveau de la PPM est 2,06, si ce dernier était retenu, on aurait plutôt:

$$R = \frac{Ps \times 2,06}{Pe \times 1,4} \text{ au lieu de } R = \frac{Ps}{Pe}$$

R serait dans ce cas sans doute grande.

Le tableau suivant donne la rotation R qu'il faut pour les médicaments essentiels par rapport aux spécialités correspondantes pour réaliser le même bénéfice global, selon le pourcentage de baisse, de Pe par rapport à Ps:

$$Ps = 100 \text{ alors } R = \frac{100}{Pe}$$

Tableau n° 11 : Valeur de R

Pe	% de baisse de Pe/Ps	Valeurs de r
100	0	1,00
95	5	1,05
90	10	1,11
85	15	1,17
80	20	1,25
75	25	1,33
70	30	1,42
65	35	1,53
60	40	1,66
55	45	1,81
50	50	2,00
45	55	2,22
40	60	2,50
35	65	2,85
30	70	3,33
25	75	4,00
20	80	5,00
15	85	6,66
10	90	10,00

Source: (7)

Si cette politique de "spécialités essentielles" ne compromet pas la rentabilité de la PPM, selon les conclusions de l'étude, les rotations ci-dessus exigées pour les médicaments essentiels ne doivent pas faire l'objet d'inquiétude quand on sait que la moyenne globale de baisse de prix d'achat obtenu par rapport à la PPM lors des appels d'offres se situe aux environs de 35% (R = 1,53).

La même étude a eu par ailleurs le mérite:

- d'estimer la quantité de médicaments essentiels qu'il faut écouler en moyenne par mois si l'on veut les substituer aux spécialités correspondantes et conserver la même marge de profit pour la PPM.

- et de conclure qu'avec la même somme, la PPM pouvait acheter et vendre par exemple 69.925 flacons d'Ampicilline 1 gr au lieu de 27.103 flacons de Totapen 1 gr en moyenne par mois en 1988. La PPM non seulement aurait réalisé le même intérêt que l'investissement en Totapen mieux elle pouvait servir 3 fois plus de malades en Ampicilline 1 gr qu'en Totapen* 1 gr ou en Péniciline 1000*.

3. Juridiquement, la PPM fait l'objet d'une cogestion dont une des conditions essentielles est son monopole d'importation

4. Il n'y a pas de structure au sein du MSP-AS qui soit techniquement et/ou économiquement prête pour jouer la mission confiée à la PPM. La DLP au sein de ce Ministère, ne joue encore qu'un rôle de suivi, de crédit médicament de l'Etat

5. La PPM avant rattachée au MTSEE, est depuis la promulgation du Décret n°..... juin 1988 est rattachée au MSP-AS.

L'application d'une politique de médicaments essentiels est à la fois impérieuse et urgente dans le contexte malien. Il ne s'agit plus d'un programme en phase d'étude celle-là est réservée à l'Initiative de Bamako. L'urgence donc de la situation, les réalités actuelles indiquent la PPM à présent de jouer le rôle d'approvisionneur unique de médicaments essentiels et de médicaments non essentiels. Un choix qui ne sera cependant concret que si des textes législatifs définissent clairement les tâches qui sont celles de la PPM et desquelles elle ne peut se soustraire.

3. La production locale

Le Mali n'a pas une expérience assez riche en matière de production locale des médicaments. Elle se résume essentiellement au laboratoire de soluté massif. L'INRMPT remplacé aujourd'hui par la Division Médecine Traditionnelle (DMT au sein de l'INRSP) ne présentait pas une technologie moderne. La première véritable expérience du Mali, à savoir le laboratoire de soluté massif conçu en 1974 sur financement FED, a dû cesser ses activités suite à la conjugaison des difficultés internes et externes. Il réalisait environ 2.000 flacons de sérum par jour.

En avril 1984, ses équipements ont été transférés dans les locaux de l'Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques créée en 1982 et qui a pratiquement démarré en 1983. La création de cette usine se situe à une triple intersection de ses avantages économique, politique et sanitaire.

Plus concrètement, ce que l'on était en droit d'attendre immédiatement de cette usine, c'était d'appuyer et de contribuer à la réalisation d'une véritable politique de médicaments essentiels initiée à travers la réforme. Il s'agissait à cet effet d'arriver:

- à adopter au maximum la production qualitative des médicaments de l'usine aux besoins sanitaires du pays, plus singulièrement à sa liste de médicaments essentiels.
- à assurer une auto-suffisance quantitative en production de l'usine.
- à fournir des médicaments des coûts compatibles au pouvoir économique de la population, rentables pour l'usine.
- à la garantie de qualité des médicaments de l'usine en vue de les faire accepter par les prescripteurs
- à assurer à un moindre degré, un départ progressif vers l'indépendance du pays vis-à-vis de l'extérieur.

La réforme aurait été bénéfique pour l'usine, si elle aura contribué à la création d'un environnement pharmaceutique, social, ... favorable à la réalisation des objectifs de l'usine.

Il nous paraît donc juste d'apercevoir la situation des principaux objectifs de l'usine en vue d'en dégager les handicaps réels, des mesures prises ou à prendre.

- la liste révisée de médicaments essentiels du Mali en 1986 comporte 189 DCI soit 303 formes et produits confondus. L'UMPP ne produit à présent qu'une trentaine de DCI qui ne font pas tous partie de la liste nationale. La conformité est donc partielle, même si on admet aujourd'hui que l'usine doit étendre sa gamme à 33 grâce à un transfert de technologie de la Chine. La liste doit-elle s'adapter à la production ou la production à la liste ? De toute évidence, la production doit s'adapter à la liste nationale.

Une situation à la fois désagréable pour l'usine et pour la population serait de voir une différence entre la production de l'UMPP et la liste des médicaments essentiels. Cette différence constituerait un facteur négatif à l'écoulement même des produits locaux et à la rentabilité de l'usine.

- la production quantitativement peut être jugée satisfaisante pour les produits locaux.

La capacité de production de l'usine était estimée à:

200.000.000 comprimés/an
8.000.000 ampoules/an
500.000 flacons de serum/an
7.000.000 flacons d'antibiotiques/an
1.000.000 flacons sirops/an
1.500.000 tubes de pommade/an

Ces quantités sont loin d'être produites actuellement, l'usine fonctionnerait à 54% (12) de ses capacités. On peut donc admettre que l'usine assure la satisfaction quantitative ou que des possibilités existent:

• en 1986 par exemple, la valeur de l'offre était de 1,02 milliard de Cfa et la demande 962 millions de Cfa (valeur production et vente produits UMPP, service comptable) (10).

• la PPM distributeur principal des produits UMPP (85 à 90% de la production) qui à la fin de 1987, devrait enlever des médicaments d'une valeur de 1,532 milliard de Cfa, n'aurait enlevé qu'un tiers pour toute l'année de ses propres besoins (10). La PPM qui n'enlève pas correctement ses besoins de produits UMPP, bénéficie cependant d'un délai de règlement qui est passé de 90 jours à 180 jours. La situation est d'autant critiquable quand on sait que des produits équivalents de produits locaux inondent le marché malien.

La situation de surproduction qui en découle paraît justifier l'arrêt de certaines sections de production, la recherche de débouchés à l'intérieur qu'à l'extérieur (Burkina-Faso, Guinée) par l'usine qui cède finalement au premier venu notamment les marchés clandestins.

- la garantie de la qualité des médicaments ne suffit pas pour leur consommation, si les prescripteurs et les consommateurs ne les connaissent ou ne les acceptent pas. Une mission de visite de l'OMS en 1987 en Afrique, gratifiait les usines de production locales du Kenya, du Mali et du Mozambique d'un bon fonctionnement relatif. D'une enquête (32) menée au niveau de la capitale sur l'appréciation des produits UMPP par la population et les prescripteurs, il ressort que:

• 4% des prescripteurs jugent les produits nationaux meilleurs aux produits étrangers car ils sont mieux adaptés à notre milieu.

• pour 90% d'entre eux, médicaments locaux et médicaments étrangers ont la même composition, les mêmes procédés de fabrication, donc équivalents.

• 6% en revanche, estiment que les produits de l'usine sont de qualité inférieure parce que l'usine est à son début d'expérience et que l'absorption de ses médicaments provoque d'autres maladies plutôt que de favoriser leur guérison.

L'impression générale contrairement à ce que l'on admet sur la qualité des produits du tiers-monde, se dégage comme bonne. Cependant la réalité et la pratique prouvent que des médicaments de l'UMPP sont ignorés, boudés ou pas prescrits. C'est presque un sacrilège que de vouloir tenter de remplacer le Totapen par l'Ampicilline UMPP.

- L'application d'un coût adapté au pouvoir d'achat de la population, dépend à la fois de la politique commerciale de l'UMPP mais aussi à celle de la PPM qui applique un coefficient multiplicateur qui était de 1,4 avant. Uniquement pour l'UMPP, son coût de cession comprend:

• son coût de production sujet à de nombreuses fluctuations des coûts des matières premières sur le marché international. Par exemple la chloroquine est passée de 11.788,92 Cfa en 1985 à 13585 Cfa en 1986 le kg sur le marché. De 1981 à 1987, les matières premières auront subi une augmentation de 30 %(10).

• Son bénéfice qu'est la différence des coûts de production et des prix de vente.

La réduction des prix de médicaments sur le marché malien grâce à l'usine est réelle, mais ne porte pas sur tous les médicaments:

• le tube de pommade Auréomycine 1% coûte 92 Cfa à l'UMPP et 106 à l'extérieur (10). La PPM le vend à 150 Cfa.

D'autres produits coûtent plus chers à l'UMPP qu'à l'extérieur, même grevés des frais de transport et de douanes (10):

Sulfaguanédine	:	5,5 Cfa prix CAF et 6 Cfa UMPP
Vitamine B12	:	22 Cfa prix CAF et 27 Cfa UMPP
Vitamine C	:	17,58 Cfa prix CAF et 27 Cfa UMPP

La réduction des coûts des produits UMPP pour le consommateur dépend des coûts de production de l'usine mais aussi de la politique commerciale de l'intermédiaire PPM.

- L'UMPP a réduit la dépendance du pays vis-à-vis de l'extérieur, qui passe désormais d'importateur exclusif au producteur au moins de certains médicaments finis. 50% des commandes du deuxième appel d'offres ont pu être fournis par l'UMPP. Mais à présent l'usine dépend beaucoup de l'extérieur. De la Chine, elle a importé des pièces de rechange, de matières premières et de réactifs pour un peu plus de 15 millions de Cfa et des emballages pour 65 millions de Cfa. Au total, 238 millions sont versés annuellement par l'UMPP au profit des laboratoires pharmaceutiques étrangers pour ses approvisionnements en provenance de l'extérieur (10).

L'indépendance du pays suppose des capacités techniques de l'industrie à effectuer la production de matières premières à partir des ressources locales jusqu'à la production finie. Elle suppose au préalable un répertoire de ressources locales utilisables pour la production. L'UMPP a utilisé en 1986, 6 millions pour l'achat du sucre de Dougabougou et de matériaux de conditionnement à la SOMAPEC (10), mais ignore totalement les résultats de la médecine traditionnelle au Mali.

Cependant, le Mali estime qu'il est le premier pays africain à avoir légalisé l'exercice de la médecine traditionnelle et à créer une institution pour s'en occuper et à ordonner la commercialisation des produits. Pour qu'il ne soit pas un simple souhait politique, cet engagement doit être concrétisé.

Au Mali, la pharmacopée répertorie des plantes comme le *Combretum micranthum* que l'on commercialise en France sous le nom de ROMABYL*. Le PURSENIDE* se commercialise ici, or ses principes actifs sont des Anthrasenosides A et B tirés du *Cassia italica* ou *obovata* quantitativement retrouvés au Mali.

Des mesures prises ou à prendre sont nombreuses pour la promotion de la production par l'UMPP.

Très tôt, les autorités administratives ont trouvé pour la rentabilité et la viabilité de l'usine, la nécessité d'un statut juridique qui lui a permis de bénéficier le statut d'EPIC, celle des mesures d'exonération et de bonne gestion. L'UMPP bénéficie d'une cogestion sino-malienne et de nombreuses mesures d'allègement fiscal notamment l'exonération par le régime "B" du code des investissements à partir du 2/07/1981/OMP. Une situation certes favorable, mais qui ne cache pas les priorités actuelles:

- l'adaptation au maximum de la production de l'usine à la liste nationale des médicaments essentiels notamment aux besoins des formations sanitaires.
- l'option pour une plus grande priorité aux produits locaux.
- la tenue de la PPM au respect des principes et règlements arrêtés vis-à-vis de l'usine.
- le refus de visa à tout produit étranger dont l'équivalent est produit ou peut être produit localement.
- le renforcement de l'information sur les produits locaux au même titre que sur la politique de médicaments essentiels en général.
- l'extension des marchés à l'intérieur par une amélioration de la couverture pharmaceutique et à l'extérieur.
- des possibilités de collaboration avec la DMT. Celle-ci est rendue facile depuis que l'UMPP est mise au compte du MSP-AS.

4. La distribution

L'objectif de rendre les médicaments essentiels disponibles géographiquement, dans un système pharmaceutique de distribution, s'oppose aux difficultés liées à l'enclavement et à l'éloignement de certaines zones, aux insuffisances logistiques et techniques de central d'approvisionnement et même aux conditions économiques et socio-culturelles des zones qui ne permettent pas d'assurer la viabilité financière des pharmacies ou des dépôts qui y seront installés.

La réforme s'était proposée cependant de mettre en place un réseau qui devra étendre la couverture pharmaceutique jusqu'au niveau du village.

Dans sa mise en oeuvre, il n'y a pas eu de programme global pour tout le pays. Seules, trois officines pilote ont été retenues à Bamako en plus de la zone KBK du PDS pour distribuer les médicaments issus des trois appels d'offres. A travers le PDS, il s'agissait d'une expérimentation du système de recouvrement des coûts au niveau des CSC, de système de dépôts périphériques dans les arrondissements et de pharmacies villageoises.

Ces dépôts et pharmacies villageoises ne font pas oublier, à l'instar d'autres, les insuffisances de réseaux périphériques de distribution des médicaments au Mali.

Une étude (33) indique que sur 18 dépôts périphériques installés dans le cadre du vaste projet du Bélédougou (Kolokani), seize fonctionnaient de façon très insuffisante contre deux dépôts agréés qui fonctionnaient normalement. De la même étude, il ressort que cinq dépôts COOP-PG créés dans un projet des soins de santé primaires du cercle de Nara, seuls deux fonctionnaient temporairement.

Le stage que nous avons effectué dans la zone de PDS à Kita, nous a permis de faire des constatations semblables. Sur sept dépôts installés:

- Quatre étaient fortement déficitaires, le plus déficitaire étant même agréé par la PPM.
- Trois seulement fonctionnaient normalement

La situation de ces dépôts au 31/03/1988 et au 19/06/1988 dates de la supervision des dépôts est donnée par les tableaux suivants:

Tableau n° 12 : Situation des dépôts au 31/03/1988

	SEBEKORO	DJIDIAN	SAGABARY	KOKOFATA	SEFETO	TOUKOTO	SIRAKORO
Stock inventaire	79.625	112.560	147.210	91.600	258.710	437.370	247.095
Valeur caisse invent.	100.000	71.010	14.825	48.500	140.000	20.000	281.410
Versement au PDS	64.000	130.000	161.000	240.000	219.000	167.800	215.800
Situation/stock init.	-156.430	-121.430	-76.965	-19.900	+217.710	+225.170	+344.305

Source: Fiches d'inventaire du pharmacien (31/03/1988)

Les quatre dépôts qui ne sont pas fonctionnels contrairement aux trois autres, présentent une situation négative par rapport à la situation initiale.

Tableau n° 13 : Situation des dépôts au 19/06/1988

	SEBEKORO	DJIDIAN	SAGABARY	KOKOFATA	SEFETO	TOUKOTO	SIRAKORO
Stock inventaire	77.110	65.880	124.290	31.890	-	316.310	366.280
Valeur caisse invent.	80.000	13.060	11.520	32.520	-	5.120	26.260
Versement au PDS	64.000	130.000	161.000	240.000	-	167.800	215.800
Situation/stock init.	-238.890	-179.060	-103.190	-95.590	-	+89.2300	+208.340

Source: Fiche d'inventaire du pharmacien (19/06/1988)

Une comparaison de la situation des dépôts à cette date à la précédente, révèle une certaine dégringolade pour tous les dépôts.

Notre étude nous a permis de constater pour le dépôt de Toukoto pour lequel elle a pu être faite, que:

- le bénéfice moyen sans frais de gestion (sur 6 mois) a été de 12.000 Cfa/mois avec un maximum de 20.000 Cfa pour le mois de Janvier 1987.
- le bénéfice moyen avec frais d'approche a été de 8.000 Cfa par mois avec un maximum de 19.000 Cfa pour le mois de janvier.

Ces résultats nous paraissent fiables car une étude du PDS avait retrouvé en 1986, le chiffre de 16.000 Cfa comme bénéfice moyen pour le même dépôt.

Certains dépositaires expliquent le disfonctionnement par:

- le manque de collaboration du chef de poste médical qui ne prescrirait pas leurs médicaments
- l'existence de marchés clandestins
- le non agrément par la PPM

Nous avons pu cependant constater que la plupart de ces dépôts étaient mal gérés en l'absence de fiches de stock, avec achats fréquents de petites quantités de médicaments auprès de la succursale PPM à Kita, nécessitant des frais de transport élevés. Il n'y avait pas non plus une liste définie de médicaments, seules étaient présentes de multiples spécialités non conformes au besoin de santé de ces zones périphériques.

De nombreux projets tentent des systèmes de distribution périphériques autres que les dépôts qui suppléent les centres de santé d'arrondissement. Ces projets mettent à la disposition du CSA une liste de médicaments essentiels. C'est le cas par exemple des Magasins-Santé en VI° et VII° régions et des Magasins-Santé en V° région.

Dans les magasins-santé des VI° et VII° régions, le réseau se limite au niveau de l'arrondissement. Cette couverture ne s'étend pas au village même si elle est envisagée. Le réseau magasin-santé peut être indiqué cependant comme un système de distribution dans un programme de santé publique au Mali.

De tout ce qui précède, il ressort que la réforme pharmaceutique n'a pas encore dégagé un système de distribution uniforme ou pas qui assure la couverture efficace du pays en médicaments, et cela malgré l'avènement d'un secteur privé. Ce secteur devrait décharger la PPM de la distribution dans les zones urbaines et la permettre d'étendre la couverture en périphérie. Il s'en est suivi malheureusement une terrible concurrence entre les privés et la PPM dans les grandes villes plus particulièrement à Bamako. Cette situation est d'autant critiquable si l'on sait que la libéralisation du secteur pharmaceutique ne se pose plus en terme de faisabilité le choix de l'Etat ayant tranché en faveur de l'exercice privé de la profession. La seule préoccupation devrait consister à savoir comment les officines privées peuvent être rentables et contribuer à l'amélioration de la distribution. Une solution objective sans alternative intéressante consiste à désengager la PPM de toutes les localités où les privés désireront s'installer.

Il y a là une justification sociale compte tenu de la création d'emplois qui s'ensuit pour les jeunes pharmaciens qui chôment ou qui s'expatrient. Mais il y a aussi d'autres faits objectifs:

- même si on admet qu'au Mali, les pharmaciens font du lucratif autant que d'autres gérants, de toute évidence les erreurs dans l'information sur les médicaments au niveau des points de vente se trouveraient nettement diminuées. Cet aspect, qualitatif est sans doute le plus important du point de vue de la santé publique.

- du point de vue économique, les officines privées seraient plus rentables pour l'Etat que les officines de la PPM si l'on conçoit qu'au Mali "tout ce qui est privé est mieux géré que tout ce qui est public". Une étude (24) effectuée en 1983 a eu à comparer la part revenant à l'Etat à partir de la PPM et celle lui revenant à partir de l'officine privée la Soudanaise. On peut lire dans les lignes de cette étude que les "93 points de vente de la PPM rapportent en moyenne à l'Etat autant que 47 officines privées comme la Soudanaise".

La même étude concluait par ailleurs que si les 93 points de vente étaient des privés comme la Soudanaise, l'Etat gagnerait chaque année 420,1 millions de Cfa soit environ du double de ce que l'Etat gagnait dans la même période.

Jusqu'ici l'élaboration d'un système de distribution au Mali est un sujet de réflexion. Il s'agit de clarifier le rôle des trois secteurs de son système pharmaceutique (privé, para-public PPM, public MSP-AS).

- La PPM: elle dispose de:

- 27 officines à Bamako dont 4 pilote
- 2 officines au moins par région
- 1 succursale au moins par cercle
- 400 dépôts ou coopératives agréés par la Loi du 26/07/1976

La PPM est présente il est vrai dans toutes les localités mais sa politique de rentabilité fait distinguer trois zones en matière d'approvisionnement de ses officines: zone privilégiée réalisant 85% du chiffre d'affaires de la PPM, zone intermédiaire qui fait avec la première une minorité de la population, zone défavorisée incluant les zones du nord qui sont de véritables déserts pharmaceutiques.

Les prix PPM ne sont pas uniformes d'une localité à l'autre malgré l'existence d'un barème de prix qu'elle fixe. Ces prix sont élevés précisément là où le pouvoir d'achat des populations est le plus bas à cause de pratiques illicites de prix. Ce phénomène est presque fréquent dans tous les points de vente, les différences de prix atteignant souvent 150 à 200 % des prix officiels. Par exemple, la LINCOCINE* (LINCOMYCINE) injectable se vendait à 915 Cfa alors que son prix officiel avait été de 515 Cfa par ampoule (barème 1987)

- Le réseau du MSP-AS ne joue pas encore un rôle important dans la distribution des médicaments même si son rôle se dessine grandement dans la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako.

- Les officines privées n'ont pas un réseau étendu à présent car elles sont principalement installées dans la capitale.

En conclusion, il faut admettre que la politique de rentabilité de la PPM, les pratiques fréquentes de prix illicite à travers ses officines constituent un blocage à toute politique pharmaceutique nationale en matière de distribution. Le maintien de ce réseau ne peut se justifier que si certaines de ces officines ne sont pas sollicitées par les privés. Elle devrait même tenter d'accorder un avantage particulier pour des officines qui ne seraient pas assez rentables en vue de favoriser leur prise par les privés. Elle devra alors se tourner vers les zones périphériques. Quant au circuit public, il paraît raisonnable d'envisager un système de distribution de type Magasin-Santé

5. Le bon usage des médicaments

Autant une politique de médicaments essentiels ne veut pas dire seulement la sélection d'un nombre limité, ni de discours politique ou d'information à leur sujet si l'on ne veut pas les acheter aux meilleures conditions et les distribuer efficacement, autant il ne s'agit pas non plus d'achat même en quantité suffisante des médicaments essentiels qu'en leur utilisation ne sera pas rationnelle.

L'utilisation judicieuse des médicaments essentiels est un élément fondamental de cette politique. La réforme a retenu des mesures suivantes pour le bon usage des médicaments:

- le projet d'aménagement et d'équipement des laboratoires de certaines régions (Mopti, Segou et Sikasso) dans le but de renforcer la capacité de diagnostic des formations sanitaires.
- l'utilisation des pharmaciens diplômés dans les officines PPM
- l'introduction systématique du formulaire et du manuel auprès des prescripteurs
- l'information et la sensibilisation des agents de santé et de la population sur les intérêts des médicaments essentiels et la nécessité de leur participation à la réussite de la politique.

Le projet de l'aménagement et de l'équipement des laboratoires estimé à 122 millions (30) a eu son financement auprès du FED. Il a été plutôt dit que les pharmaciens n'étaient ni dans les officines comme prévu et que le manuel n'était pas d'usage courant. Les programmes prévus pour l'information n'ont pas été tôt entamés. Ce qui serait peut être de l'argent gaspillé du moment où les médicaments essentiels sont absents.

C'est dans un environnement aussi mal en point que les médicaments des trois appels d'offres exécutés par la PPM sont reçus au Mali. La stratégie de les distribuer d'abord dans le projet PDS qui démarrait et uniquement dans quatre officines dites pilote découle très certainement d'une prudence ou d'un réalisme. Il en a découlé dans tous les cas, un mauvais usage et une mauvaise distribution des stocks issus de ces A.O. La situation a été autant critique dans la zone PDS où des stocks ont été périmés que dans les officines où ils ont été distribués anarchiquement. Des situations suivantes ont existé dans les officines:

- Les stocks de médicaments essentiels mis au prix coûtant dans les officines comme tous les autres ont été vendus sous le nom de produit de la Banque Mondiale, ce qui n'avait rien d'évocateur, sinon le nom d'un financeur. L'inconvénient a été que tous les produits appréciés par les gérants ou par les vendeurs étaient fortement proposés aux clients parents et connaissances surtout. Ce qui a conduit à une consommation abusive par l'achat de quantités importantes à partir du moment où les médicaments essentiels revenaient beaucoup moins chers. Le BACTRIM* (COTRIMOZAXOLE) se vendait à 880 Cfa pour la boîte de 20 comprimés alors que en DCI cette même quantité se vendait à 300 Cfa.

Lorsque ce médicament se vendait par flacon de 100 comprimés, on peut supposer qu'il y avait lieu de faire une conservation dans une boîte en pharmacie familiale. Cette consommation abusive pourrait peut être expliquer certaines ruptures précocément (3 mois environ) intervenues au niveau de la PPM après la mise des premiers stocks dans les officines.

- Par contre la réaction vive de certains clients, quand on leur proposait des DCI était un témoignage simple du fait qu'ils n'étaient pas informés sur la présence des médicaments essentiels qui sont aussi efficaces pour remplacer les spécialités qu'ils connaissent habituellement.

- Les médicaments essentiels ont été vendus aux prix des spécialités correspondantes souvent dans certaines officines. Cette pratique illicite a porté par exemple sur des médicaments comme l'Ampicilline comprimé dont la plaquette de 10 se vendait à 600 Cfa alors que son prix officiel était de 240 Cfa.

- Dans certaines situations, la préférence a été toujours accordée aux spécialités qu'aux médicaments essentiels.

Par ailleurs, la PPM admet que la Gentamycine injectable a eu le problème d'écoulement à cause de son prix trop bas 210 Cfa alors que la spécialité correspondante GENTALLYNE se vendait à 1270 Cfa, ceci ayant entraîné le doute des prescripteurs sur son efficacité. Faut-il donc incriminer le médicament essentiel et même la politique à cause de la réduction de prix qu'elle entraîne ? C'est un des objectifs indiscutablement prioritaires.

6. La législation

Si un élément du secteur pharmaceutique malien devra être le seul à critiquer, ce serait sans doute son aspect législatif. Si la délicatesse des textes législatifs nous contraint à plus de sagesse et de réserve, les faits courants en matière d'importation, de distribution et d'utilisation des produits pharmaceutiques témoignent cependant du faible sérieux accordé à l'application des mesures réglementaires ou tout simplement de l'absence de texte.

Le consultant de l'OMS (P. FALLET) disait que "les textes maliens sont nombreux, complexes et ne nécessitant pas de réformes importantes. L'une des particularités du système malien est d'avoir mis en place ces trois dernières années de nombreux textes législatifs et réglementaires parfois divergents, couvrant un grand nombre de points particuliers" (34).

Le rapport de P. FALLET fait une série d'observations et de propositions de modification sur les points fondamentaux de la législation pharmaceutique. Un texte, le décret 73 instituant un visa de produits pharmaceutiques présente des problèmes graves et doit être en conséquence selon FALLET "profondément remaniés". Une proposition de modifications est présentée dans son rapport(35).

Ce que l'on ne peut qu'admettre difficilement, c'est le fait que jusqu'en fin 1988 aucun acte significatif ne soit pris suite aux travaux de cet expert.

Nos critiques portent modestement sur le désordre actuel dans la commercialisation des produits pharmaceutiques qui n'avantage ni la PPM, ni les privés, pire qui nuit à la santé des populations.

Les marchés clandestins sont si importants que l'on peut presque admettre qu'ils sont légalisés. Les produits vendus dans les officines sont visiblement rencontrés sur les marchés publics. Une priorité serait d'atténuer cette situation dans le cadre d'une véritable politique pharmaceutique nationale.

7. Le recouvrement des coûts

Les pénuries des médicaments dans les formations sanitaires suite aux défaillances de gratuité de la pharmapro fut préjudiciable au fonctionnement de ces formations au point qu'il a engendré leur abandon progressif par les malades qui ne pouvait plus accéder aux médicaments comme ils pouvaient le faire avant, la démotivation des agents.

En faisant le constat que l'Etat n'a plus les moyens efficaces de supporter les charges en médicaments délivrés gratuitement dans les services, et que la gratuité en elle-même a engendré de nombreuses pratiques de malversation et de gabegie, la réforme a tiré la conclusion qu'il faudrait désormais adopter un principe de médicaments payants pour tous les bénéficiaires des soins. Le système de tarification pouvant varier mais devra tenir compte de ceux qui n'ont pas les moyens ou d'autres auxquels il pourra être accordé des gratuités

Ce principe de prise en charge des coûts de médicament et d'autres frais de gestion par les malades est appelé système de recouvrement de leur coût au niveau des formations sanitaires. Il a pour but de produire deux effets essentiels:

- la révélation ou la démonstration au personnel que les médicaments qu'il dispense aux malades, et à ces derniers, que les médicaments ont un coût, donc constituent une charge à supporter. Et qu'à cet effet leur financement et leur gestion saine s'avèrent indispensables.

- La réhabilitation des services et la motivation du personnel qui seront consécutives à la disponibilité des médicaments et au retour des malades.

Les deux systèmes dont il sera question ci-dessous, constitue une démarche dans une approche du recouvrement des coûts. Ces deux systèmes présentent une différence au niveau de leur système d'approvisionnement qui est sans doute décisive au plan de comparaison et d'évaluation:

- la PPM qui a le monopole d'importation a été chargée de privilégier la zone KBK pour l'approvisionnement en médicaments essentiels. Du moment où les médicaments essentiels en DCI sont absents au niveau de la PPM, ils le sont en conséquence au niveau de la zone KBK. Les spécialités alors qui sont retrouvées dans ce système de recouvrement des coûts sont chères.

- la PPM ne ravitaille pas la zone du projet Magasin-Santé. Les Magasins-Santé bénéficient d'une dérogation d'importation des médicaments dont le monopole est accordé à la PPM. Ils disposent à cet effet de leur système d'achat propre et procèdent alors par des appels d'offres ou des consultations restreintes pour l'acquisition des médicaments essentiels en DCI. Il en résulte une baisse considérable du coût des médicaments introduits dans le système de recouvrement des coûts.

Les succès d'un système de recouvrement à l'instar d'une entreprise commerciale, dépendent de plusieurs facteurs et pas seulement des conditions d'approvisionnement. Aucune des expériences sus-mentionnées ne donnent à l'heure actuelle la preuve concrète de faire fonctionner à merveille un système de recouvrement total des coûts des médicaments. Toutefois chacune d'elles reste soit à cause des difficultés qu'elle éprouve, soit qu'elle ignore, un témoignage en faveur de la nécessité du respect des principes suivants en matière de recouvrement des coûts. Ce sont:

- la réduction du nombre de médicaments à distribuer
- la réduction des coûts d'approvisionnement
- la rationalisation de la prescription
- la rationalisation de la gestion des stocks et des finances

7.1. Magasins-Santé

a. Objectif et fonctionnement du système de recouvrement

L'objectif des Magasins-Santé tel que l'on peut le retenir dans les différents rapports d'activités "MSF", est "d'assurer l'accessibilité géographique et financière des médicaments essentiels aux populations des VI^e et VII^e régions tout en garantissant une qualité optimale des soins". La démarche vers cet objectif s'est traduite par l'arrêt des mesures suivantes:

- une liste de médicaments essentiels en DCI et de matériel médical (100 à 120) est retenue sur la liste nationale (décret n° 85/1984). Les médicaments sont fournis aux formations en fonction de la qualification du personnel, de son expérience et de son éloignement par rapport à un personnel soignant plus compétent.

- la quantification des médicaments reposant sur la méthode de la consommation. Les quantités estimées au niveau de chaque région sont regroupées pour les deux régions et font l'objet d'achats en gros.

- l'achat se fait principalement par:

- appel d'offres deux fois par an ou par consultations restreintes
- système d'achat direct qui est occasionnel

IL s'en suit une sérieuse réduction de coût de plus de 50% comparativement aux prix PPM (27).

- le schéma de distribution adopté, se superpose à celui de la répartition pyramidale de l'organisation sanitaire des deux régions. Un magasin grossiste régional sous la responsabilité du pharmacien chef de la région, ravitaille les magasins grossistes de cercle sous la responsabilité du médecin-chef qui ravitaille les magasins de distribution installés dans les formations sanitaires (CSC, CSA, CSSD).

- ◆ A Tombouctou: le réseau a trois niveaux:

- Magasin Grossiste Régional
- Magasins Grossistes de Cercle
- Magasins de Distribution des formations sanitaires

La fiche de transfert constitue le support d'informations permettant de faire des ravitaillements judicieux entre ces différents niveaux.

- ◆ A Gao: le réseau a deux niveaux:

- Magasin Grossiste Régional
- Magasins de Distribution

Il n'y a pas de magasins grossistes de cercle. La fiche de commande remplace la fiche de transfert. Le médecin-chef se contente de superviser la fiche des différents magasins de distribution et les fait parvenir au pharmacien au niveau régional.

- la participation de la population. Elle repose sur un système de tarification différencié par acte médical comme condition d'accès aux soins au niveau des formations sanitaires en vue de recouvrer les coûts des médicaments, certains frais de gestion et de fonctionnement des services de santé.

Les actes pour lesquels les tarifs sont fixés, sont:

- les consultations externes: les tarifs sont uniformes par région et fixés lors de séminaire régional pour un épisode-maladie qui correspond à 7 jours de traitement.

A Tombouctou, une consultation externe par un infirmier coûtait 150 Cfa et 200 Cfa par un médecin. Les tarifs sont depuis le séminaire de 1988 au niveau de 200 Cfa pour un infirmier et 300 Cfa pour un médecin.

A Gao, la consultation coûte plutôt 200 Cfa dans les CSA et 300 cfa dans les CSC.

A Tombouctou, la tarification a tenu compte de valoriser la consultation du médecin tandis qu'à Gao, il a tenu compte de la différence du pouvoir économique qui existe entre l'arrondissement et le cercle.

- les autres actes (hospitalisation, chirurgie, pansements, accouchement, laboratoire,...). Les tarifs variant d'un cercle à l'autre sont fixés par des séminaires locaux.

Dans ce système, des taux de gratuité et de dépenses de fonctionnement sont fixés:

- les gratuités sont accordées à de groupes de malades et de malades sociaux (indigents, tuberculeux, lèpreux, personnel parents, détenus, aveugles). Leur taux ne doit pas cependant dépasser 10% du total des consultations.

- les dépenses ne doivent pas dépassées 10% des recettes dans les CSA et 30% des recettes dans les CSC. Pourtant toute dépense doit être justifiée.

La récolte des recettes. Elle est réalisée soit par les prescripteurs (CSA) soit par le magasinier (CSC). Le principe est qu'un malade qui passe en consultation reçoit en cas de traitement un ticket-ordonnance blanc selon qu'il soit payant et bleu selon qu'il soit non-payant. Ce ticket est échangé contre le médicament au magasin de distribution. Il est à deux parties dont la fiche de traitement pour le malade, et la souche qui reste au niveau du magasin pour justifier la sortie de stock.

Au niveau du prescripteur, un registre médical est établi de façon à porter le nom du malade, le diagnostic, le traitement reçu, la mention payant ou non-payant et d'autres informations. Les recettes qu'elles soient récoltées par un magasinier, ou par des prescripteurs, doivent parvenir au médecin-chef qui les versera à la banque sous double signature.

Des séminaires régionaux (2 fois par an et par région), fixent les décisions et les objectifs spécifiques du projet.

Des séminaires de cercle donnent le compte-rendu des séminaires régionaux aux agents en périphérie, les sensibilisent, les informent sur les intérêts de la rationalisation de la prescription et de la gestion pour le système de recouvrement.

La supervision est assurée par le pharmacien chef et par les médecins-chefs.

Une évaluation permanente est menée au niveau national.

b. Observations et conclusions

La seule disponibilité des médicaments a sans doute contribué tant à la motivation du personnel de santé de ces deux régions qui pouvait désormais prévoir et attendre les résultats des services rendus, qu'à la qualité même de la prescription. Il est vrai que des plaintes existent de la part de certains agents qui n'ont pas encore oublié les spécialités ou pour d'autres mesures de gestion, mais le constat général laisse décrire une certaine satisfaction. Ce qui ressortait de nombreux entretiens que nous avons eus avec certains agents et responsables. En marge de cette satisfaction générale, les magasins-santé connaissent de nombreux problèmes:

- quelques rares cas où des médicaments achetés sont reçus non conformes aux commandes.
- fuite de stocks et d'argent sans enregistrement.
- dépassements des taux fixes pour les dépenses et les gratuités, versements partiels des recettes par certains agents de santé.
- prescriptions pas toujours rationnelles malgré les améliorations dues à la liste des médicaments essentiels en DCI.

Les effets de ces lacunes de gestion ou de prescriptions apparaissent dans les tableaux qui suivent:

Tableau n°14: comparant les sorties réelles des médicaments dans les magasins aux sorties selon registre

	Sorties réelles des Magasins	Sorties selon registres
TOMBOUCTOU		
Tombouctou	10.535.756	2.524.488
Goundam	5.738.174	2.200.182
Diré	9.970.158	2.520.537
Niafunké	5.557.828	1.857.534
Rharous	5.270.003	2.744.505
TOTAL	37.071.919	11.847.246
GAO		
Gao	9.011.333	3.925.765
Bourem	3.675.471	3.146.016
Ansongo	4.883.773	3.391.770
Menaka	5.176.170	2.622.441
Kidal	5.242.159	2.267.511
Hôpital/Gao	7.384.865	5.619.981
TOTAL	35.373.771	20.973.484

Source: Rapport d'activités MSF (1987) (36)

Le taux d'enregistrement moyen est de 42% à Tombouctou et de 64% à Gao en 1987. Ce taux est passé à 35% Tombouctou et à 67% à Gao en 1988 (37). Le taux d'enregistrement de 35% à Tombouctou indique qu'un tiers seulement des médicaments réellement consommés se trouve dans les registres. Le taux de 67% à Gao indique qu'environ 2/3 seulement sont dans les registres. Le non enregistrement des produits s'explique en partie par les difficultés pour certains (usages externes, matériel renouvelable, etc) mais par des sorties non enregistrées.

Tableau n° 15: comparant les recettes réellement versées en banque
aux recettes déclarées (- 10%)

	Recettes réelles	Recettes selon registres
TOMBOUCTOU		
Tombouctou	1.746.170	1.101.938
Goundam	1.189.907	1.561.545
Diré	1.069.900	1.826.010
Niafunké	1.731.715	1.522.260
Rharous	965.695	883.035
TOTAL	6.703.387	6.894.788
GAO		
Gao	1.108.380	3.054.645
Bourem	1.583.700	2.352.510
Ansongo	1.747.890	2.346.638
Menaka	1.516.825	1.957.635
Kidal	827.225	1.217.182
Hôpital/Gao	988.500	2.362.770
TOTAL	7.772.520	13.291.379

Source: Rapport d'activités MSF (1987)

On constate ici que le versement des recettes est partiel. Le taux de versement des recettes déduit du tableau, donne 97% pour Tombouctou et 58% pour Gao. Compte tenu des sorties de stocks sans enregistrement (tableau précédant), les responsables du projet arrivent à un taux estimé qui serait probablement plus proche de la réalité. Ce taux estimé est de 41% à Tombouctou et de 37% à Gao. En 1988, le taux estimé est de 46% à Tombouctou et 60% à Gao (37).

La qualité de la prescription a à présent une influence négative sur le recouvrement des coûts dans les magasins-santé.

Dans un système de recouvrement comme celui-ci où les tarifs sont forfaitaires, donc fixes, la rationalisation de la prescription importe beaucoup pour son bon fonctionnement. Deux situations qu'on doit tenter d'éviter au maximum se présentent le plus souvent:

- si le coût élevé de la prescription n'est pas justifié par le traitement, alors le système perd inutilement.
- si le coût de la prescription est réduit au détriment de la qualité, le malade en perd.

La rationalisation de la prescription s'impose comme le compromis nécessaire. A présent, il convient d'apercevoir comment peut varier le coût de la prescription en fonction de:

- la prescription d'injectables (médicaments chers par leur forme)
- nombre de médicaments prescrits par ordonnance.
- prescription d'antibiotiques (médicaments chers par leur nature)

Exemples:

Figure n° 14: Variation du coût moyen de la prescription en fonction du pourcentage d'injectables

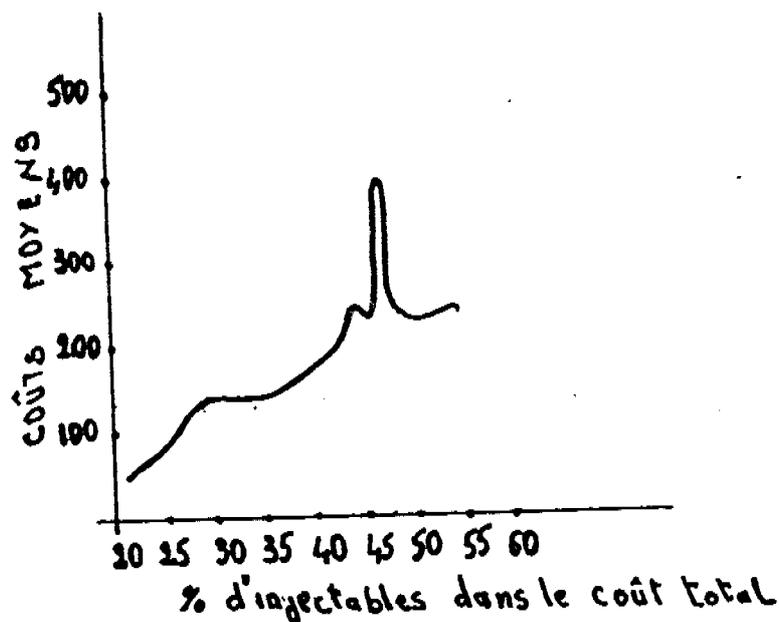


Figure n° 15: Variation du coût moyen de la prescription en fonction du nombre moyen de médicaments par ordonnance

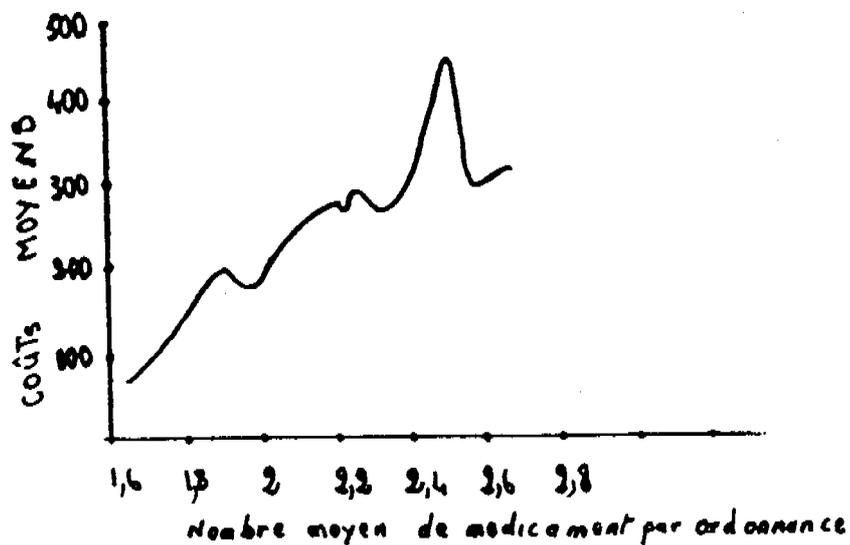
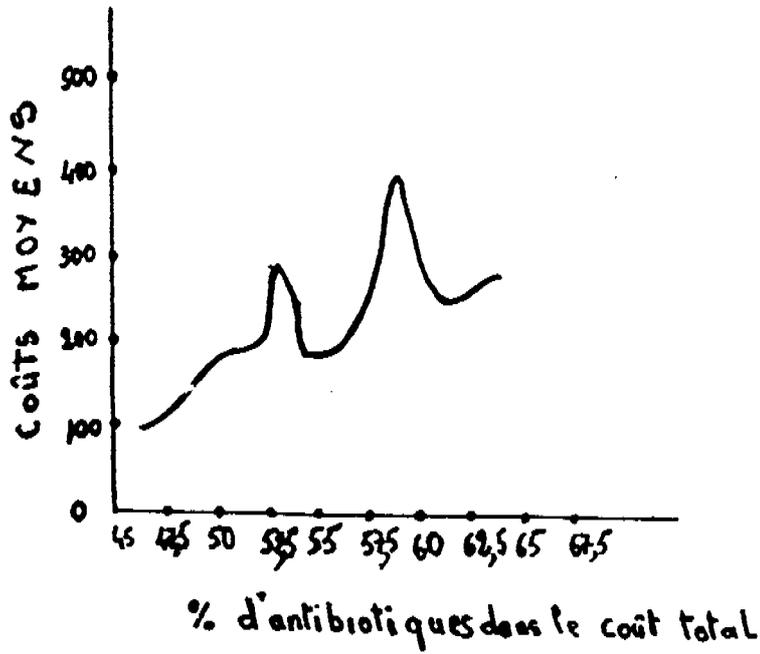


Figure n° 16: Variation du coût moyen de la prescription en fonction du pourcentage d'antibiotiques



Les figures 14, 15 et 16, montrent que d'une façon générale, le coût moyen de la prescription varie en fonction du pourcentage des injectables, du pourcentage des antibiotiques, du nombre de médicaments.

Les agents dont l'habitude est de prescrire les formes où les médicaments chers, de multiples médicaments sans que cela se justifie, sont ceux qui pénalisent le système de recouvrement.

Dans le projet Magasin-Santé, il est au moins encourageant de constater que la moyenne de médicaments différents par ordonnance soit de l'ordre de deux:

Nombre de médicaments différents par ordonnance:

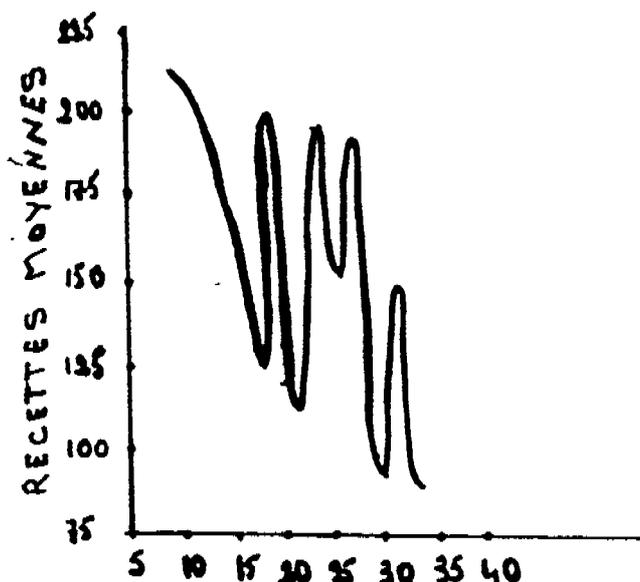
Région	Médecins	Infirmiers
Tombouctou	2,01	2,11
Gao	2,12	2,28
Hôpital de Gao	2,52	1,95

La gratuité si elle n'est pas bien gérée, porte préjudice au système de recouvrement car affectant négativement les recettes.

Le non respect des taux de gratuité constitue un manque à gagner s'il s'agit des dépassements. Cependant, dans l'optique de permettre à tous d'accéder aux soins, ces taux doivent être fixés à un niveau conséquent en vue de couvrir et autres malades n'ayant pas les moyens.

La figure suivante donne la variation des recettes en fonction du pourcentage des non-payants.

Figure n° 17: Variation des recettes moyennes en fonction du % des non-payants dans le total des consultations



Le taux officiel de gratuité (15%) est dépassé dans la plupart des centres de santé. A Kidal, en 1987, ce taux s'élevait jusqu'à 40%.

Le taux de recouvrement est considéré comme le rapport des recettes totales aux coûts des médicaments consommés. Ce taux est sous l'influence des recettes et du coût des médicaments. Il croît avec les recettes et diminue avec l'augmentation des coûts.

Tableau n° 16: comparatif du niveau du taux de recouvrement

	Tx de recouvrement théorique	Tx de recouvrement réel
TOMBOUCTOU		
Tombouctou	44%	17%
Goundam	71%	21%
Diré	72%	27%
Niafunké	82%	31%
Rharous	32%	18%
Moyenne	58%	22%
GAO		
Gao	78%	12%
Bourem	75%	43%
Ansongo	69%	36%
Menaka	75%	29%
Kidal	54%	16%
Hôpital/Gao	42%	13%
Moyenne	63%	22%

La différence entre les deux taux prouvent seulement un grand problème de gestion. En réalité, le taux de recouvrement réel devra avoir le même niveau que le taux théorique qui ne devrait pas exister si les versements étaient corrects, s'il n'y avait pas de sorties de stock injustifiées.

En dépit de la rationalisation de la prescription, de la gestion des gratuités, la gestion des finances et des médicaments peut toujours compromettre le système de recouvrement des coûts si une mesure de rigueur n'en est pas adoptée. Le principe devra être de restituer au système toute fuite injustifiée et d'adopter des gratuités justifiables.

Une évaluation approfondie devra permettre de comparer les coûts de gestion du système aux recettes en vue de conclure des possibilités d'auto-financement du projet attendu à l'avenir.

7.2. KBK (PDS)

La supervision du système de recouvrement dans ces trois cercles est assurée par un conseil de gestion qui inclut les responsables administratifs et politiques. A Kita où notre stage a été effectué, les responsables chargés directement de la gestion sont :

- le médecin-chef du centre de santé
- le pharmacien
- l'économiste

a. Objectif et fonctionnement

L'objectif du projet PDS en matière de recouvrement ne se différencie pas assez de celui des magasins-santé. La seule différence est que ce projet tente spécialement de démontrer un système de recouvrement des coûts de médicaments et de certains frais par les malades. L'expérience apparaît à cet effet aux yeux des responsables de la santé comme un domaine privilégié d'évaluation des propositions de la réforme. Les traits principaux de ce système de recouvrement sont:

- les tarifs:

Ils sont forfaitaires et différenciés selon les actes comme dans les magasins-santé, mais ils sont beaucoup plus élevés:

	Kita (Cfa)	Bafoulabé (Cfa)	Kéniéba (Cfa)
. Hospitalisation médecine	5.000	2.500	5.000
. Hospitalisation en chirurgie	10.000	10.000	
* Grande chirurgie			10.000
* Petite chirurgie		5.000	5.000
* Césarienne			3.500
. Hospitalisation/ maternité	1.000/1.250	3.500	1.750
. Examens de labo- ratoire	300	500	500
. Injection, pansements		50	50
. Consultations externes	100	100	100

Source: Etude des cas sur le fonctionnement du système de santé au Mali (27)

Dans le centre de santé de Kita comme dans les deux autres centres, seuls les malades internes bénéficient des médicaments, tandis que les consultations externes achètent leurs ordonnances dans les succursales PPM.

Les gratuités sont accordées aussi dans ce système aux indigents, aux malades sociaux, au personnel avec demi-tarif.

En plus du coût des médicaments, d'autres frais de gestion rentrent dans le système de recouvrement.

Les recettes sont récoltées lors de chaque service payant utilisées pour l'achat des médicaments. Le surplus est déposé en compte bancaire.

b. Observations et conclusions

A part les premiers mois du démarrage de ce système de recouvrement, les médicaments essentiels en DCI n'existaient que très rarement dans les CSC, pour la seule raison qu'ils étaient en rupture au niveau de la PPM. Au même titre que les dons en spécialité, triés et révalorisés aux prix PPM, l'absence des médicaments essentiels s'est traduite dans la zone KBK par l'introduction de nombreuses spécialités dans le système de recouvrement. Les problèmes dus à cette situation ont été nombreux:

- difficultés de gestion des produits par le pharmacien qui ne pouvait plus tenir une fiche de stock par produit et qui se voyait plutôt obligé de la faire par groupe thérapeutique.

- dépenses élevées à cause de l'achat des spécialités chères.

Une comparaison de la consommation pharmaceutique par service du centre de santé de cercle de Kita aux prix PPM, aux prix MS a révélé que le centre de santé de Kita a dépensé plus de deux fois en médicaments que s'ils étaient obtenus aux prix MS (27).

◆ La Prescription:

De toute évidence, on peut s'attendre à ce que la distribution des spécialités ait affecté la qualité de la prescription. Des prescripteurs d'ailleurs déplorent l'absence de certaines spécialités dans ce système.

Des études récentes témoignent aujourd'hui que les coûts des ordonnances ont augmenté dans la zone KBK, sans que cette augmentation soit toujours justifiée par les coûts d'approvisionnement aux conditions de la PPM. Selon deux études réalisées à Kita par K. CORNELIS en 1985 et en 1987 (27), l'augmentation du coût de la prescription au centre santé de cercle est attribuée plutôt au nombre de produits par prescription qu'à l'accroissement des coûts d'approvisionnement:

- En 1985:

- le coût moyen de la prescription d'un médecin était de 1.466 cfa avec un nombre moyen de produits de 1,84.
- le coût moyen de la prescription d'un infirmier est de 2.279 cfa avec un nombre moyen de 2,4.
- le coût moyen au centre de santé en général, est de 1.888 cfa et la moyenne est de 2,13 produits par ordonnance.

- En 1987:

Le coût moyen de la prescription s'établit à 2.607 Cfa au centre de santé avec une moyenne de 2,31 produits par ordonnance

Les prix des médicaments PPM auront certes évolué, mais sur 335 produits, l'augmentation moyenne a été de 10,6 % de 1985 à 1987.

Si le nombre moyen par ordonnance ne permet pas de conclure sur la rationalité de la prescription entre les deux projets, on peut au moins s'attendre à ce que la qualité des prescriptions soit beaucoup plus améliorée dans les magasins-santé que dans le PDS. Ce serait un mérite d'une liste de médicaments essentiels en DCI.

♦ Le taux de recouvrement

Nous avons retenu la définition dans les magasins-santé pour calculer les taux fournis ci-dessous dans le tableau:

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai
Recettes (R)	517.950	512.800	604.700	541.650	542.350
Dépenses totales	382.813	510.573	744.717	656.711	526.100
Dépenses en médicaments	260.930	357.723	560.582	533.052	418.484
Recettes/ dépens.tot.	135%	100%	81%	82%	103%
Recettes/ dép. médic.	198%	143%	108%	101%	129%

Le montant des recettes et des dépenses sont en Fcfa. Ils proviennent des rapports de gestion des différents mois pour lesquels le calcul a pu être effectué.

Le tableau permet de donner une idée du taux de recouvrement dans la période considérée. Il apparaît que:

- pour deux mois (Janvier et Mai), les recettes couvrent intégralement les dépenses et sont même supérieures

- pour deux autres mois, elles sont plutôt inférieures (Mars et Avril)

- pour un mois, elles sont égales aux dépenses (Février)

Le taux moyen de recouvrement est d'environ 100% sur les cinq mois. On remarque par ailleurs que les dépenses en médicaments sont couvertes pour tous les mois. Elles constituent en moyenne 75% des dépenses totales et pour tous les mois où elles sont beaucoup plus élevées, on constate les plus faibles taux de recouvrement. Une réduction des coûts lors de la prescription et des coûts d'approvisionnement, permettrait de meilleurs taux de recouvrement avec les tarifs actuels et même si ces derniers étaient diminués pour augmenter l'accessibilité des soins.

La constatation est d'autant plus importante si l'on sait que les services qui sont de grands consommateurs de médicaments, n'assurent pas à eux réunis, la couverture des frais qu'ils engendrent. Nous n'avons pas pu apprécier l'influence des gratuités et des fuites au compte desquelles le pharmacien avait évalué un manque à gagner qui s'élevait à plus de 180.000 Cfa en 1987.

La prise en charge des trois grands services du centre de santé de Kita (Chirurgie, Médecine, Maternité) uniquement par eux réunis, est donnée par les taux suivants:

Mois	Taux en 1988
Janvier	146%
Février	95%
Mars	92%
Avril	86%
Mai	104%

Pour que le système de recouvrement fonctionne, il importe donc d'encourager la fréquentation d'autres services qui ne consomment pas ou qui consomment peu de médicaments, mais qui contribuent aux recettes. C'est le cas par exemple des consultations externes qui font environ 9% des recettes et 0% des dépenses en médicaments. Leur fréquentation peut être encouragée par une bien meilleure qualité des soins.

VI. PERSPECTIVES ET CONCLUSIONS

La distribution du médicament en milieu rural, par l'intermédiaire d'un circuit public, para-public ou privé, est un problème qui n'a jamais été résolu dans sa globalité. En effet, il n'existe aucun manuel préconisant une méthode rationnelle afin d'amener le médicament, disponible à tout moment, le plus près des populations. Seules des solutions ponctuelles et projets pilote ont été proposés. Les diversités géographiques, économiques et socio-culturelles du Mali, rendent difficiles l'élaboration d'une politique nationale de distribution des médicaments. Cependant, un programme national de développement des soins de santé primaires doit comporter une stratégie d'actions en faveur de l'approvisionnement en médicaments essentiels des milieux ruraux. La santé de ces populations est peu prise en charge par l'Etat, il appartient à ces mêmes populations de réunir leurs efforts afin d'accéder à des soins de meilleure qualité. La tâche de l'Etat serait de les guider dans ce sens, en leur favorisant, en particulier l'accès aux médicaments moins chers d'une part et l'implantation d'un système de leur financement par les populations d'autre part.

Le concept de prise en charge des coûts des soins, et plus particulièrement des médicaments par une mobilisation de ressources humaines et matérielles des communautés n'est ni nouveau, ni ignoré dans la politique sanitaire actuelle des pays.

Depuis la célèbre conférence d'Alma-ata (1978), des pays ou des collectivités ont tenté de mettre en oeuvre ce concept pour plus d'amélioration de leur condition de santé.

A l'heure actuelle, son bien-fondé tient au fait que des populations, même pauvres, payent à des prix exorbitants des médicaments très chers, inappropriés pour leur besoin, ou même quelque fois dangereux, ou n'ont pas tout simplement accès aux médicaments.

Un système organisé de distribution de médicaments moins chers à la charge des individus ou des collectivités, paraît devenir le meilleur moyen d'éviter le gaspillage de ressources, d'amélioration de l'accès aux soins.

L'Initiative de Bamako qui a vu le jour à la suite de la résolution AFR/RC37/R6 à Bamako en septembre 1987, est une action conjointe de l'OMS/FISE proposée aux Ministres de Santé d'Afrique destinée à créer des projets autonomes de vente de médicaments aux détails dont les bénéficiaires contribueront à financer d'autres composantes de santé.

L'on pense que la pénurie chronique des médicaments essentiels dans les milieux ruraux a conduit à l'abandon des formations sanitaires de ces localités par les malades, préférant rejoindre les formations urbaines situées à plusieurs kilomètres. Ces formations sanitaires sont débordées, le personnel sanitaire en périphérie est frustré et découragé, se sentant abandonné et oublié par le système national de santé. La disponibilité de médicaments essentiels auprès ou dans les formations rurales, constituerait un sérieux attrait de la population vers les soins et une source de motivation d'un personnel gagné par le découragement.

C'est fort donc de ces idées et du fait que l'achat des médicaments chers souvent inutiles à titre privé est une réalité, que l'on envisage à travers l'Initiative de Bamako, une véritable politique de médicaments essentiels au niveau national, un système de recouvrement de leur coût avec des bénéfices pour permettre en plus du renouvellement des stocks, le financement d'autres aspects des soins de santé primaires, notamment la Santé Maternelle et Infantile.

Ainsi "l'Initiative de Bamako se situe à une triple intersection comprenant les SSP, les systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments et des processus de gestion où les collectivités participent pleinement".()

Elle n'est pas une "réplique de la politique de ME", mais serait plutôt une action complémentaire de cette politique dans sa composante financement. Le médicament essentiel est alors retenu à la fois comme un principe fondamental des SSP et un élément à partir duquel on pourra résoudre leurs problèmes financiers.

Il ne s'agit ni d'un arrêt des apports financiers de l'Etat ou d'autres sources aux zones rurales, au contraire les actions doivent se conjuguer.

Les propositions qu'il conviendrait de faire pour l'Initiative de Bamako, à priori sont celles nécessaires pour une véritable politique de médicaments essentiels au niveau national; Ensuite plus spécialement celles qui conviennent dans le contexte malien à l'exécution locale de cette Initiative.

1. Les propositions pour une véritable politique de ME au Mali

Les publications sont nombreuses à décrire des conditions d'accès financiers aux médicaments. Il s'agit d'une politique d'achat, de distribution des médicaments essentiels. C'est un acte hautement politique que d'opter pour l'adoption et le respect de ces conditions. Il ne s'agit plus donc pour nous de faire des propositions pour l'accessibilité financière des médicaments, celles-ci étant retenues par la réforme de la politique pharmaceutique nationale. Du moment où cette réforme n'a pas été dans la réalité et en pratique une politique de ME, les propositions d'ordre technique à présent paraissent superflues. Une des raisons principales de l'échec de la réforme a été décrite comme politique. A cet effet, il n'y a pas de solutions prioritaires que l'engagement de l'Etat dans la voie de la politique définie.

Toutefois en dépit de cet engagement, des pratiques d'utilisation des médicaments comme l'imposition des DCI peut se révéler très tôt comme un problème. Les expériences anciennes apprennent à obéir à certaines exigences dont les suivantes:

- une vaste campagne d'informations des agents et de la population sur les avantages des médicaments essentiels
- l'association des agents de santé opérant en périphérie au processus de la sélection. Ce serait une façon de les responsabiliser et d'approcher les problèmes sanitaires qu'ils identifient couramment.
- le refus de visa à tous les médicaments "spécialité" dont les équivalents sont retenus sur la liste de ME ou qui font l'objet de production nationale.
- La réglementation du secteur pharmaceutique qui clarifie le rôle de médecin, d'infirmier et de pharmacien. Il s'agit principalement d'une réglementation de la prescription
- le choix des pharmaciens pour les principaux postes d'approvisionnement et de distribution est d'autant plus judicieux quand on saisit sa sensibilité au problème de médicaments (effets secondaires néfastes, péremption) ce qui n'est pas toujours le cas avec les infirmiers et les médecins. La majorité des cas, ces derniers ont confiance à leurs expériences qu'à un conseil de pharmaciens.

L'utilisation judicieuse des pharmaciens requiert une condition essentielle. Il s'agit de leur formation en santé publique. Un pharmacien sans formation dans ce domaine ne se différencie que de peu d'un gérant simple dans de tel programme. Les cours de santé publique au même titre qu'il est donné aux médecins doivent l'être pour les pharmaciens. D'une façon générale, ces cours sont négligés dans la section de "Pharmacie". Donnés seulement en 5^e année Pharmacie à l'ENMP, ces cours ne sont que de type télégraphique ou ne sont pas tout simplement enseignés. Les cours doivent donc être approfondis et les stages doivent être organisés régulièrement pour les pharmaciens.

2. Les propositions pour l'Initiative de Bamako

En clair, l'Initiative de Bamako a pour but d'assurer une présence effective des médicaments à tout moment auprès des populations rurales partout où elles se trouvent. Les tarifs qui seront fixés doivent cependant couvrir non seulement le coût des médicaments et d'autres frais de gestion, mais en plus permettre une marge bénéficiaire utilisable pour la promotion d'autres activités de SSP.

Les problèmes résident dans le fait de savoir comment peut-on mettre en place un système qui doit permettre de réaliser un tel objectif. Le fonds de démarrage étant proposé par le FISE, toutes les difficultés résident dans l'élaboration d'un plan conséquent et durable. Il n'y a pas de solution miracle, il n'y a pas non plus un modèle universel adaptable partout dans les pays.

L'OMS propose un modèle d'organisation et de planification des activités pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako. De ces propositions, on peut retenir deux niveaux d'activités:

- l'exécution de l'Initiative de Bamako est une opération principalement communautaire, mais au niveau national, la liste de médicaments essentiels doit représenter les besoins qualitatifs de toutes les localités. Il s'agira d'une vigilance lors de l'élaboration de cette liste. Les quantités de médicaments de différentes localités du pays, doivent faire l'objet d'achats groupés. Le niveau national doit par ailleurs, apporter son appui technique, administratif et même financier au niveau local.

- la gestion des activités des différentes communautés sera confiée au district (local). Le niveau local doit permettre de regrouper les besoins en médicaments de toutes les communautés et partant en conséquence leur servir de central d'achats. De façon générale, les activités au niveau local et des communautés se résument comme suit:

- l'identification de tous les besoins locaux
- la quantification des besoins locaux
- achat auprès du central national pour toute la localité
- achat pour les communautés auprès du central de la localité
- la formation du personnel pour la gestion du dépôt de communauté
- information des agents et des populations.
- information, collection et diffusion des données dans le système de distribution
- gestion des stocks et des finances au niveau des communautés
- évaluation

Ces directives doivent permettre à chaque pays de dégager la bonne formule qui convient à ses réalités.

Au Mali, dans l'objectif d'une plus grande efficacité, une démarche réaliste devra consister à tirer le maximum d'enseignement possible des insuffisances et des forces des multiples expériences du pays en matière de distribution périphérique, même si l'expérience d'autres pays constituerait de source d'inspiration non négligeable.

Les expériences vécues ou actuelles sont nombreuses au Mali et sont de deux types principaux. Il s'agit, soit de dépôts ou coopératifs isolés des formations sanitaires, soit de magasins installés dans ces formations à la charge des malades.

Le PDS démontre qu'il est possible de recouvrer les coûts des médicaments au niveau des formations sanitaires des cercles malgré les coûts très élevés des spécialités qui y sont distribuées. Le taux de recouvrement pour les médicaments excluant autres frais, s'estime à plus de 130% en moyenne. Donc avec une réduction de moitié des coûts grâce aux ME, on peut probablement avoir un taux de 260%. Une telle entreprise n'est pas encore entamée au niveau des formations sanitaires d'arrondissement du PDS, mais tout laisse croire qu'elle soit possible. La seule difficulté majeure pourrait intervenir à partir des tarifs fixés qui ont une influence souvent négative sur la fréquentation des services. Mais, il convient de noter que le centre de santé d'arrondissement d'Almoustarat, situé à 150 km environ de Gao, est arrivé dans le système Magasin-Santé à un taux de recouvrement de 130% en 1987. La population dans cette localité comme dans presque toutes les régions du Nord est non seulement peu nombreuse, mais dispose en général d'un pouvoir économique plus bas quand on la compare à celles des autres régions du pays. Avec donc un tarif même plus élevé que ceux appliqués dans les MS, l'on doit pouvoir instaurer un système de recouvrement bien fonctionnel dans les CSA du PDS à partir des médicaments essentiels, en moins que n'interviennent d'autres problèmes de gestion.

Dans les MS, bien que l'on ait beaucoup réduit les coûts d'approvisionnement des médicaments, le taux de recouvrement d'une façon générale par les formations sanitaires de cercle ou des arrondissements, est encore très faible dans la réalité. De nombreux problèmes de gestion ou de prescription sont décrites à l'origine de cette situation.

Dans les MS en V° région, le taux de recouvrement des coûts au prix coûtant est certes élevé (100% environ) (27), mais le système ne peut supporter à présent tous les frais liés à l'approvisionnement et à la gestion.

Par ailleurs un constat sur les dépôts et coopératives révèle que ceux-ci dans la majorité des cas ne sont pas fonctionnels pour de nombreuses raisons déjà évoquées. S'ils fonctionnent normalement, généralement les prix sont élevés pour la population.

Aucune des expériences sus-aperçues ne donne la preuve irréfutable de correspondre au système pour atteindre l'objectif visé par l'Initiative de Bamako. Malgré tout, l'idée de médicaments payants dans les formations ou celles dans les dépôts isolés constitue les deux alternatives principales pour cette initiative.

L'alternative des formations sanitaires semble cependant la meilleure solution car elle doit permettre un attrait vers les formations sanitaires, un problème qui n'est pas résolu par le Budget-Etat. Mais il pose le problème d'accès aux ME en dehors des services. Cette dernière considération doit être retenue dans les démarches que l'alternative nécessitera, à savoir:

- la réduction de la variété des produits à mettre à la disposition des structures périphériques en vue de simplifier la gestion.

- l'indispensable mise en place d'un système rigoureux du médicament afin que les structures ne soient pas déficitaires. Comme dit VANDER GEEST "Le fait que les médicaments n'appartiennent à personne entraîne l'absence d'un contrôle automatique ou naturel de gestion"(38)

- la rationalisation de la prescription afin que les structures ne soient pas déficitaires ou que les malades n'en perdent pas trop.

- la mise des médicaments dans les magasins des structures sanitaires pour achat libre sans ordonnance.

- l'ouverture des magasins des formations sanitaires au delà des heures normales de service. Il faut à cet effet, une prime pour le gérant qui peut être un agent de santé.

Dans la seconde alternative du système de dépôt qui ne serait réalisé qu'à défaut du premier système, il faut veiller à maîtriser:

- les pratiques de prix illicites qui sont presque intervenues dans tous les systèmes de dépôts ou coopératifs agréés et qui seraient sans doute un blocage à l'objectif de l'Initiative de Bamako.

- les marchés clandestins. Ceci permettra d'éviter l'auto-consommation abusive des médicaments, mieux, favorisera la rentabilité du dépôt communautaire.

CONCLUSIONS

Si une amélioration de la santé des populations exige d'entreprendre des actions sur l'environnement et l'alimentation, il est aussi important de renforcer les systèmes de santé. Les efforts multiples en faveur des structures et du personnel sanitaires n'apportent pas d'effets concrets, si pour une raison ou pour une autre le malade ne peut accéder aux médicaments de ses besoins aux entrées ou aux sorties des services de santé. Presque présent dans toutes les situations de prévention, de diagnostic et de traitement, le médicament est un élément d'organisation incontournable des systèmes de santé modernes et une base de la thérapeutique rationnelle.

Retrouver à ce jour le médicament parmi les préoccupations majeures de santé publique des pays, paraît le plus difficile à comprendre ou à accepter socialement en raison des progrès indéniables de l'industrie dans le domaine de la recherche et de la production pharmaceutique. Malheureusement l'élaboration d'une politique pharmaceutique nationale se heurte aux insuffisances d'effort des pays dans le choix de leurs besoins prioritaires parmi la multitude de produits présents sur le marché.

Une entreprise qui est cependant sans doute importante si l'on ne peut nier la coexistence des médicaments réellement efficaces et nécessaires pour un pays, avec d'autres souvent inefficaces ou inutiles, dangereux ou très coûteux par rapport à leurs similaires beaucoup moins chers mais tout aussi valables.

Les raisons qui poussent les individus à consommer les médicaments sont évidemment variées et peuvent être très profondes. La satisfaction des besoins de consommation de chaque individu reste donc un idéal.

Dans un pays où dans une population donnée, il est toutefois possible de déterminer et d'énumérer les problèmes prioritaires de santé auxquels on pourrait raisonnablement apporter des solutions en matière de médicaments choisis dans cette optique.

Les disparités épidémiologiques entre pays développés et pays en voie de développement, devraient se traduire au niveau des médicaments distribués et consommés dans les deux catégories de pays. D'un constat général, il ressort que les mêmes médicaments présents dans le système de santé des pays industrialisés le sont de la même façon dans les PED alors que ces derniers ont des problèmes de tout autre genre. Dans la plupart des PED, malgré l'investissement de l'essentiel des budgets de santé pour l'achat des médicaments, les besoins de consommation de la majorité des populations restent très insatisfaits.

Dans tous les pays où le système pharmaceutique n'est pas organisé et ne repose pas sur la détermination effective des besoins en médicaments, les pertes sont grandes et sont à la fois d'ordre économique et qualitative.

Dans l'objectif de pouvoir donner un niveau de santé satisfaisant à l'ensemble de la population, l'OMS préconise une politique cohérente de santé dont l'un des volets concerne les ME.

Le concept de ME se fondant sur des notions d'indispensabilité, de qualité, de coût, doit guider tous les pays dans le choix des médicaments qu'ils doivent apporter à leur population.

Les médicaments essentiels doivent être l'objet d'une priorité absolue dans l'approvisionnement d'un pays, surtout lorsque ses ressources économiques sont très limitées.

L'OMS a proposé sa liste modèle de médicaments essentiels dans laquelle elle conseille aux pays de choisir les médicaments les mieux adaptés à la pathologie locale.

Les médicaments de cette liste doivent être en DCI ou en générique et non sous les noms commerciaux des marques (noms de spécialité). Cette DCI est valable pour tous les pays du monde et évite les confusions et les difficultés d'identification lorsque les médicaments proviennent de pays différents.

La sélection des médicaments essentiels est le premier maillon d'une série d'activités que l'on a regroupées en huit "axes fondamentaux" qui doivent être menées de façon cohérente dans le cadre de cette politique.

La liste de médicaments essentiels est la différence majeure entre cette politique avec d'autres politiques pharmaceutiques nationales même si ces dernières reposent sur autant de mesures rationnelles.

Parmi les éléments de la politique de médicaments essentiels, la sélection et l'option pour leur approvisionnement sont particulièrement importants. Il en existe d'autres comme par exemple le bon usage et la bonne gestion des médicaments à tous les niveaux qui anéantissent tous les autres efforts, s'ils ne sont pas pris au sérieux.

Pour tous les pays où l'engagement politique de l'Etat est orienté vers une politique de médicaments essentiels, il s'agira dès lors de veiller au respect des éléments cités comme axes fondamentaux de cette politique.

Le Mali aura au moins reconnu la nécessité de réduire le nombre et la variété des produits pharmaceutiques distribués dans le pays et de façon générale le bien-fondé de la politique ainsi recommandée par l'OMS.

La configuration pharmaceutique dégagée à partir de la réforme devrait permettre de mettre en application la politique de médicaments essentiels du pays dont les points importants ont été définis dans le même projet de réforme.

Au terme d'une période de mise en oeuvre, les analyses des responsables de santé et des missions étrangères, en arrivent au constat d'un certain nombre de difficultés. Les unes sont attribuées aux erreurs de conception comme le fait de mettre les agences principales (PPM et UMPP) de la politique pharmaceutique au compte d'un autre ministère (MTSEE) que celui de la Santé chargé cependant de mener à bon port la politique initiée. D'autres ont été attribuées au faible engagement de certains partenaires impliqués dans le processus d'application de la nouvelle politique pharmaceutique du pays.

La plupart des objectifs de la réforme n'ont donc pas été atteints à cause de ces difficultés. Il en est particulièrement le cas pour l'accessibilité géographique et financière des médicaments qui reste à présent un problème crucial dans les zones rurales.

Une politique pharmaceutique principalement basée sur les médicaments essentiels, est à ce jour une nécessité impérieuse pour le Mali en raison de multiples considérations.

Un aperçu de la situation sanitaire révèle que la plupart des maladies courantes du pays, peuvent être évitées facilement ou traitées simplement par des médicaments efficaces et moins chers. Pourtant ces maladies s'aggravent et constituent les principaux motifs d'hospitalisation et de décès.

L'essentiel du Budget-Etat de la Santé du Mali est utilisé pour le fonctionnement du système de santé sans pour autant apporter le minimum de soins efficaces à plus de 15% de la population. L'essentiel des dépenses de santé au Mali au compte des budgets familiaux donne la preuve que les familles restent à leurs propres charges.

Par ailleurs, le Mali est l'un des pays engagés politiquement sur la voie de l'Initiative de Bamako et ne saurait donc traîner le pas sur les autres dans le grand mouvement du progrès social.

Dans presque tous ses compartiments, le secteur pharmaceutique du Mali apparaît comme favorable à une politique de médicaments essentiels qui est de grande portée sociale. Seul un manque d'engagement de l'Etat pourrait en constituer un obstacle majeur au préjudice de la population et de l'économie malienne.

La PPM et l'UMPP sont désormais rattachées au Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, chacune d'elles ayant une situation financière pour répondre aux exigences d'une véritable politique de médicaments essentiels.

Le Mali peut se glorifier d'être l'un des pays pauvres à avoir formé un personnel potentiel de santé. Plus particulièrement, le nombre élevé de pharmaciens est un atout considérable pour l'élaboration et l'application de toute politique pharmaceutique nationale, à condition cependant qu'on en fasse bon usage.

A N N E X E 1 : Critères de sélection des trois Appels d'Offres de la PPM

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

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

(1) Toute offre qui ne porte pas sur l'ensemble d'un lot, obtient la note zéro (0) pour ce lot.

(2) La note au prix est octroyée par lot, toute note zéro obtenue au lot entraîne évidemment zéro pour le prix.

.../...

Tableau N° 11 Coefficient de depouillement n° 1

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

Tableau N°12 Coefficient de depouillement n° 2

DESIGNATIONS	NOTE	OBSERVATIONS
1. Prix	50	mois disant = $V_p = 50$ 0,50 point en moins par 1% en plus (voir grille ci-dessous). V_x = Valeur autres soumissionnaire total du tableau de 1° sélection
2. Résultat 1° Sélection	50	
TOTAL	100	

V_p / V_p	1,00	1,10	1,20	1,30	1,40	1,50
NOTE	50	45	40	35	30	25

V_p / V_p	1,60	1,70	1,80	1,90	2,00	2,10
NOTE	20	15	10	5	0	0

III.2.2 APPEL D'OFFRES N°3/1987/PPM.

III.2.2.1 Critères de selection :

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

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

A N N E X E 2 : Liste des produits des Appels d'Offres n° 1 et 2

A.O. 1 Lot 1 : Auxiliaire Pharmaceutique

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

Moyenne d'économie 56,80%

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

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

Moyenne d'économie : 8,81%

.../...

A.O. 1 Lot 3 : Auxiliaire Pharmaceutique.

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

Moyenne d'économie : 37,30%

.../...

A.O. 1 Lot 4 : Auxiliaire Pharmaceutique.

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

Moyenne d'économie: 44,41%

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

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

Moyenne d'économie : -234,62%

.../...

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

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

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

Tableau n°13 (suite)

Chlortétracycline	3%	pde 15g	133,00	
Aureomycine*	3%	pde 15g	157,85	20,76%
Chlorpromazine	25mg	comp	6,40	
Largactil*	25mg	comp	6,60	3,03%
Clonidine	0,150mg	1ml inj	99,00	
Catapressan*	0,150mg	1ml inj	118,93	16,75%
Clonidine	0,150mg	comp	30,40	
Catapressan*	0,150mg	comp	39,199	22,44%
Diazepam	5mg	comp	3,62	
Valium*	5mg	comp	10,67	66,07%
Dexamethasone	4mg	1ml inj	212,00	
Soludécadron*	4mg	1ml inj	266,16	20,34%
Dextran	10%	500ml inj	1259,00	
Rheomacrodex*	10%	500ml	2432,03	48,23%
Furosemide	20mg	2ml inj	117,14	
Lasilix*	20mg	2ml inj	145,63	19,56%
Furosemide	40mg	comp	2,85	
Lasilix*	40mg	comp	30,21	90,56%
Gentamycine	40mg	inj	120,00	
Gentalline*	40mg	inj	427,18	71,90%
Hydroxyde d'Al		comp	7,33	
Maalox*		comp	7,96	7,91%

.../...

Tableau n°13 (suite)

Indomethacine	25mg	comp	23,35	
Indocide*	25mg	comp	23,35	0 %
Insuline retard	40UI/ml 5ml		329,50	
Insuline PZ*	40UI/ml 5ml		216,01	-52,53%
Ketamine	10mg/ml 5ml inj		229,00	
Ketalar*	10mg/ml 5ml inj		213,59	-7,21%
Ketamine	50mg/ml 5ml inj		775,00	
Ketalar*	50mg/ml 5ml inj		640,77	-20,94%
Lidocaïne	2% 20ml	inj	136,00	
Xylocaïne*	2% 20ml	inj	266,99	48,31%
Mebendazole	100mg	comp	58,27	
Vermox*	100mg	comp	72,33	19,44%
Metopimazine	2,50mg	comp	12,95	
Vogalène*	2,50mg	comp	16,80	22,88%
Metronidazole	250mg	comp	3,97	
Flagyl*	250mg	comp	42,08	90,57%
Miconazole	100mg	ov	106,40	
Gyno-Daktarin*	100mg	ov	97,08	-9,59%
Niclosamide	500mg	comp	51,00	
Tredemine*	500mg	comp	95,87	46,80%
Yomesan*	500mg	comp	166,26	69,32%
Phenobarbital	50mg	comp	3,64	
Gardenal*	50mg	comp	5,74	36,61%
Phenobarbital	50mg	comp	5,35	31,19%

.../...

Tableau n°13 (suite)

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

Moyenne d'économie : 30,40 %

Références : 1 - (20).

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

.../...

A N N E X E 3 : Quelques résultats d'analyses informatiques de registres de consultations dans le Projet Magasins-Santé

I. CONSULTATIONS.

NOMBRE DE CONSULTATIONS	: 27	NOMBRE JOURS AVEC CONSULTATION	: 8
CONS. SANS ORDONNANCE	: 0	MOYENNE CONSULTATIONS PAR JOUR	: 3.37
REFERENCES SANS ORDONNANCE	: 0		
CONS. ORDONNANCE NON MS	: 7	SOIT CONS. AVEC ORDONNANCE MS	: 20

II. PATIENTS.

III. PAYANTS / NON PAYANTS.

Nouveaux	: 100.00%
Anciens	: 0.00%
Masculins	: 70.37%
Femins	: 29.63%
Residents	: 92.59%
N-resident	: 7.41%
0 - 11 mois	: 0.00%
1 - 4 ans	: 0.00%
5 - 14 ans	: 11.11%
15 - 44 ans	: 74.07%
+ de 45 ans	: 14.81%

Payants	: 80.00%	tq :	consultations	: 80.00%
			accouchement	: 0.00%
			petite chirurgie	: 0.00%
			chirurgie	: 0.00%
			hospitalisation	: 0.00%
			autre	: 0.00%
N-payants	: 20.00%	tq :	indigents	: 10.00%
			personnel	: 0.00%
			detenus	: 0.00%
			tuberculeux	: 5.00%
			lepreux	: 0.00%
			aveugle	: 5.00%
			eleve	: 0.00%
			pre-natal	: 0.00%
			anciens	: 0.00%
			autre	: 0.00%
			sans justification	: 0.00%
(NB: anciens payants =		0.00 % des anciens)		

Km moyen : 78

IV. RECOUVREMENT.

RECETTES : Totales	: 4800	CFA	COUTS : Totaux	: 9599	CFA
Moyennes	: 240	CFA	Moyens	: 480	CFA

RECOUVREMENT DES MEDICAMENTS : 50.00%

RMQ : RT - frais fonctionnement = 4320 CFA, (alors, Tx Rct = 45.00%)

V. STRUCTURE DES MEDICAMENTS PRESCRITS (MAGASIN SANTE) :

FORME	% du NTM	% du CT
Comprimés	: 65.38%	22.06%
Injectables	: 11.54%	22.49%
Usage Externe	: 5.77%	3.38%
Solutes	: 5.77%	10.37%
Pansements	: 7.69%	8.33%
Sirops	: 3.85%	33.37%
Analyses, ...	: 0.00%	0.00%

	% du NTM	% du CT
Antibiotiques	: 13.46%	17.36%
Autres	: 86.54%	82.64%

Nombre moyen de médicaments par ordonnance = 2.60
 Nombre moyen de diagnostics par patient = 1.22

VI. DESTINATION DES ORDONNANCES :

Magasins Sante	: 74.07 %
PPM	: 25.93 %
FGR	: 0.00 %
Dotation exterieure	: 0.00 %
Autre	: 0.00 %
MS + PPM/FGR/DE/AU	: 0.00 %

REMARQUES :

A. 28 IERS MEDICAMENTS (NOMBRE TOTAL DE MEDICAMENTS DIFFERENTS = 23)

NOM	FORME	FREQ.	PCTGE	QTE MOY	CM	%CT
MEDICAMENT PPM	NC	13	20.00	1.00	0.00	0.00
CHLOROQUINE CP	VO	9	13.05	16.00	36.32	3.41
AAS CP 500	VO	8	12.31	19.00	95.00	7.92
PANSEMENT	PT	4	6.15	1.00	200.00	0.33
PARACETANOL	VO	4	6.15	20.00	33.60	1.40
VIT MULTI CP	VO	4	6.15	30.00	25.50	1.06
PONADE DERNIQUE	UE	2	3.08	1.00	119.08	2.48
HYOSCINE BUT. SC. IN	IN	2	3.08	4.50	312.62	6.51
DIAZEPAM IN	IN	2	3.08	4.00	175.24	3.65
GLUCOSE	SO	2	3.08	2.50	353.00	7.35
HYOSCINE BUT. SC. CP	VO	2	3.08	4.00	9.68	0.20
PENI PHENOXYMETHYL	VO	2	3.08	30.00	128.10	2.67
METHYLERGOOMETRINE CP	VO	1	1.54	20.00	19.40	0.20
METHYL DOPA	VO	1	1.54	20.00	275.60	2.87
AMPICILLINE CP	VO	1	1.54	20.00	176.80	1.84
MYSTATINE	UE	1	1.54	12.00	86.84	0.90
QUININE IN	IN	1	1.54	5.00	453.60	4.73
DIAZEPAM CP	VO	1	1.54	6.00	5.70	0.06
NACL	SO	1	1.54	2.00	289.40	3.01
AMPICILLINE SP	SP	1	1.54	1.00	265.85	2.77
TOTAL :			95.41			61.36

COMMENTAIRES :

B. 20 IERS DIAGNOSTICS (NOMBRE TOTAL DE DIAGNOSTICS DIFFERENTS = 17)

NOM	MORBIDITE		ENS. DES DIAGNOSTICS		DIAGNOSTICS ISOLES			%CT
	FREQ	%PCTGE	FREQ	FREQ	MOY MED	CM		
palu accbs simple, palu probable	10	30.30	10	6	2.50	126.35	18.4	
DIVERS	3	9.09	3	3	1.33	213.48	8.0	
coliques abdominales, ballonnements	2	6.06	2	0	0.00	0.00	0.0	
furoncle, phlegmon, abcbs de la peau, ..	2	6.06	2	2	3.00	433.13	11.9	
fatigue, asthenie (sans fièvre !)	2	6.06	2	0	0.00	0.00	0.0	
dermatoses non spécifiques, dermates	2	6.06	2	2	2.50	262.92	7.2	
eczéma	2	6.06	2	2	2.00	1568.48	43.3	
inf° urinaire, urétrites, dysurie	1	3.03	1	0	0.00	0.00	0.0	
rhume+toux+état fébrile (état grippal)	1	3.03	1	0	0.00	0.00	0.0	
troubles menstruels (sauf fé. enceinte)	1	3.03	1	1	2.00	366.75	5.0	
hypert° artérielle, HTA	1	3.03	1	0	0.00	0.00	0.0	
excitation simple, agitation, anxiété, ..	1	3.03	1	1	1.00	175.24	2.4	
inf° gynécologique, uro-génitale	1	3.03	1	1	3.00	272.52	3.7	
palu accbs pernicleux	1	3.03	1	1	3.00	492.90	6.0	
bronchite aiguë, pneumonie	1	3.03	1	0	0.00	0.00	0.0	
entorse	1	3.03	1	1	1.00	0.00	0.0	
dysenterie, selles glaireuses, sanglantes	1	3.03	1	1	1.00	0.00	0.0	
TOTAL :		100.00					100.0	

COMMENTAIRES :

LISTE DES 7 IERS MEDICAMENTS POUR LES 5 IERS DIAGNOSTICS ISOLEES

DIAGNOSTIC : palu acchs simple,		NB DE CAS : 6 (MORB=10)		CAS NN : 0		CAS ENF : 0		CAS AD : 6	
		CH : 126		CH NN : 0		CH ENF : 0		CH AD : 126	
MEDICAMENTS (4)	FORME	FREQ	% PRESCR	QTE MOY	COUT MOY	FREQ NN	FREQ ENF	FREQ AD	
CHLOROQUINE CP	VO	5	83.33	16.00	36.32	0	0	5	
AAS CP 500	VO	5	83.33	20.00	100.00	0	0	5	
VIT MULTI CP	VO	3	50.00	30.00	25.50	0	0	3	
MEDICAMENT PPM	NC	2	33.33	1.00	0.00	0	0	2	

DIAGNOSTIC : DIVERS		NB DE CAS : 3 (MORB=3)		CAS NN : 0		CAS ENF : 0		CAS AD : 3	
		CH : 213		CH NN : 0		CH ENF : 0		CH AD : 213	
MEDICAMENTS (4)	FORME	FREQ	% PRESCR	QTE MOY	COUT MOY	FREQ NN	FREQ ENF	FREQ AD	
MEDICAMENT PPM	NC	1	33.33	1.00	0.00	0	0	1	
INDOMETHACINE	VO	1	33.33	20.00	41.60	0	0	1	
BLUCOSE	SO	1	33.33	3.00	423.60	0	0	1	
DIAZEPAM IN	IN	1	33.33	4.00	175.24	0	0	1	

DIAGNOSTIC : furoncle, phlegmon,		NB DE CAS : 2 (MORB=2)		CAS NN : 0		CAS ENF : 0		CAS AD : 2	
		CH : 433		CH NN : 0		CH ENF : 0		CH AD : 433	
MEDICAMENTS (4)	FORME	FREQ	% PRESCR	QTE MOY	COUT MOY	FREQ NN	FREQ ENF	FREQ AD	
PANSEMENT	PT	2	100.00	1.00	200.00	0	0	2	
POMADE DERMIQUE	UE	2	100.00	1.00	119.08	0	0	2	
PENI PHENOKYMETHYL	VO	1	50.00	30.00	128.10	0	0	1	
AAS CP 500	VO	1	50.00	20.00	100.00	0	0	1	

DIAGNOSTIC : dermatoses non speci		NB DE CAS : 2 (MORB=2)		CAS NN : 0		CAS ENF : 2		CAS AD : 0	
		CH : 263		CH NN : 0		CH ENF : 263		CH AD : 0	
MEDICAMENTS (4)	FORME	FREQ	% PRESCR	QTE MOY	COUT MOY	FREQ NN	FREQ ENF	FREQ AD	
MEDICAMENT PPM	NC	2	100.00	1.00	0.00	0	2	0	
PANSEMENT	PT	1	50.00	1.00	200.00	0	1	0	
AMPICILLINE SP	SP	1	50.00	1.00	265.85	0	1	0	
AAS CP 500	VO	1	50.00	12.00	60.00	0	1	0	

DIAGNOSTIC : eczema		NB DE CAS : 2 (MORB=2)		CAS NN : 0		CAS ENF : 1		CAS AD : 1	
		CH : 1548		CH NN : 0		CH ENF : 0		CH AD : 3137	
MEDICAMENTS (3)	FORME	FREQ	% PRESCR	QTE MOY	COUT MOY	FREQ NN	FREQ ENF	FREQ AD	
MEDICAMENT PPM	NC	2	100.00	1.00	0.00	0	2	0	
PANSEMENT	PT	1	50.00	1.00	200.00	0	0	1	
PROMETHAZINE SP	SP	1	50.00	16.00	2936.96	0	0	1	

ANALYSE DES DIAGNOSTICS ASSOCIES

DIAGNOSTIC : fatigue, asthénie

DIAGNOSTIC ASSOCIE	FREQ
rhume+toux+état fébr	1
coliques abdominales	1

DIAGNOSTIC : coliques abdominales

DIAGNOSTIC ASSOCIE	FREQ
palu accés simple,	1

DIAGNOSTIC : hypert° artérielle

DIAGNOSTIC ASSOCIE	FREQ
palu accés simple,	1

DIAGNOSTIC : bronchite aiguë,pneu

DIAGNOSTIC ASSOCIE	FREQ
palu accés simple,	1

DIAGNOSTIC : palu accés simple,

DIAGNOSTIC ASSOCIE	FREQ
inf° urinaire	1

COMMENTAIRES :

I. CONSULTATIONS.

NOMBRE DE CONSULTATIONS	: 550	NOMBRE JOURS AVEC CONSULTATION	: 25
CONS. SANS ORDONNANCE	: 50	MOYENNE CONSULTATIONS PAR JOUR	: 22.00
REFERENCES SANS ORDONNANCE	: 2		
CONS. ORDONNANCE NON MS	: 177	SOIT CONS. AVEC ORDONNANCE MS	: 321

II. PATIENTS.

Nouveaux	: 100.00%
Anciens	: 0.00%
Masculins	: 64.00%
Feminins	: 36.00%
Residents	: 95.45%
N-resident	: 4.55%
0 - 11 mois	: 0.18%
1 - 4 ans	: 0.73%
5 - 14 ans	: 7.45%
15 - 44 ans	: 90.55%
+ de 45 ans	: 1.09%
Km moyen	: 12

III. PAYANTS / NON PAYANTS.

Payants	: 86.92%	tq :	consultations	: 86.60%
			accouchement	: 0.00%
			petite chirurgie	: 0.00%
			chirurgie	: 0.31%
			hospitalisation	: 0.00%
			autre	: 0.00%
N-payants	: 13.08%	tq :	indigents	: 9.97%
			personnel	: 0.00%
			detenus	: 0.00%
			tuberculeux	: 0.00%
			lepreux	: 0.31%
			aveugle	: 0.00%
			eleve	: 0.00%
			pre-natal	: 0.00%
			anciens	: 0.00%
			autre	: 0.31%
			sans justification	: 2.49%
(NB: anciens payants =		0.00 % des anciens)		

IV. RECOUVREMENT.

RECETTES : Totales	: 83700	CFA	COUTS : Totaux	: 116245	CFA
Moyennes	: 261	CFA	Moyens	: 362	CFA
RECOUVREMENT DES MEDICAMENTS :		72.00%			
RMQ : RT - frais fonctionnement =		75330 CFA, (alors, Tx Rct = 64.80%)			

V. STRUCTURE DES MEDICAMENTS PRESCRITS (MAGASIN SANTE) :

FORME	% du NTM	% du CT
Comprimés	: 71.16%	31.07%
Injectables	: 9.33%	49.95%
Usage Externe	: 8.03%	3.54%
Solutes	: 3.01%	3.89%
Pansements	: 2.44%	2.92%
Sirops	: 6.03%	8.63%
Analyses, ...	: 0.00%	0.00%

	% du NTM	% du CT
Antibiotiques	: 26.11%	61.84%
Autres	: 73.89%	38.16%

Nombre moyen de médicaments par ordonnance = 2.17
 Nombre moyen de diagnostics par patient = 1.53

VI. DESTINATION DES ORDONNANCES :

Magasins Sante	: 57.82 %
PPM	: 32.18 %
FGR	: 0.00 %
Dotation exterieure	: 0.00 %
Autre	: 0.00 %
MS + PPM/FGR/DE/AU	: 10.00 %

REMARQUES :

A. 20 1ers MEDICAMENTS (NOMBRE TOTAL DE MEDICAMENTS DIFFERENTS = 48)

NOM	FORME	FREQ.	PCTGE	QTE MOY	CM	%CT
MEDICAMENT PPM	NC	233	23.68	1.00	0.00	0.00
CHLOROQUINE CP	VO	155	15.75	20.65	46.88	6.25
AAS CP 500	VO	132	13.41	19.94	99.70	11.32
VIT MULTI CP	VO	39	3.96	28.46	24.19	0.81
REFERENCE	XX	34	3.46	1.00	0.00	0.00
CHLOROQUINE SP	SP	30	3.05	1.00	228.15	5.89
PONADE DERMIQUE	UE	28	2.85	1.00	119.08	2.87
PENI PHENOXYMETHYL	VO	28	2.85	33.21	141.81	3.42
PENI BENZATINE	IN	21	2.13	2.19	240.29	4.34
TETRACYCLINE CP	VO	19	1.93	26.84	106.29	1.74
PENI PROC + PENI G	IN	19	1.93	10.00	1793.30	29.31
PARACETAMOL	VO	17	1.73	18.59	31.23	0.46
PANSEMENT	PT	17	1.73	1.00	200.00	2.92
REFERENCE BLOC CHIR.	XX	16	1.63	1.00	0.00	0.00
TETRACYCLINE OPHT.	UE	14	1.42	1.00	31.77	0.38
ALUMINIUM HYDROXYDE	VO	14	1.42	35.00	75.60	0.91
COTRIMOXAZOLE CP	VO	13	1.32	21.54	146.47	1.64
ATTOUCHEMENT/DESINF.	UE	13	1.32	1.00	20.00	0.22
INDOMETHACINE	VO	12	1.22	22.67	47.15	0.49
AMPICILLINE SP	SP	12	1.22	1.00	265.85	2.74
TOTAL :			88.01			75.71

COMMENTAIRES :

B. 20 1ers DIAGNOSTICS (NOMBRE TOTAL DE DIAGNOSTICS DIFFERENTS = 64)

NOM	MORBIDITE		ENS. DES DIAGNOSTICS		DIAGNOSTICS ISOLEES			%CT
	FREQ	%PCTGE	FREQ	FREQ	FREQ	MOY MED	CM	
palu accès simple, palu probable	190	22.67	190	68	1.63	111.52	32.6	
céphalée, migraine, maux de tête	64	7.64	64	16	1.00	10.45	0.7	
anorexie	45	5.37	45	3	1.00	25.50	0.3	
fièvre, hyperthermie	32	3.82	32	6	1.33	209.67	5.4	
plaies et blessures	29	3.46	29	17	1.53	78.28	5.7	
bronchite aiguë, pneumonie	27	3.22	27	5	1.00	133.54	2.8	
conjonctivite	24	2.86	24	10	1.10	0.00	0.0	
tréponématose, bégel, syphilis, w, chancre	24	2.86	24	6	1.00	73.15	1.0	
eczéma	23	2.74	23	2	1.00	59.54	0.9	
angine	22	2.63	22	9	1.22	129.72	5.0	
gastr.ent., diarrhée simple	21	2.51	21	8	1.00	17.29	0.9	
troubles menstruels (sauf fé. enceinte)	21	2.51	21	18	1.06	0.48	0.0	
fatigue, asthénie (sans fièvre !)	20	2.39	20	6	1.17	47.07	1.0	
gonococcie, gonorrhée	18	2.15	18	14	1.00	5.63	0.0	
gastrite, épigastralgies, syndr. ulcéreux	16	1.91	16	7	1.00	58.63	1.0	
inf° urinaire, urétrites, dysurie	14	1.67	14	5	1.20	387.96	8.0	
carie dentaire	14	1.67	14	14	1.00	0.00	0.0	
mastite	12	1.43	12	9	1.22	119.18	4.0	
gastr.ent. désh° mod	11	1.31	11	4	1.00	167.75	2.0	
prurit	11	1.31	11	5	1.00	8.88	0.0	
TOTAL :		76.13					75.0	

LISTE DES 7 IERS MEDICAMENTS POUR LES 5 IERS DIAGNOSTICS ISOLEES

DIAGNOSTIC : palu accbs simple,		NB DE CAS : 68 (MORB=190)		CAS NN : 0		CAS ENF : 5		CAS AD : 63	
-----		CH : 112		CH NN : 0		CH ENF : 268		CH AD : 99	
MEDICAMENTS (4)	FORME	FREQ	% PRESCR	QTE MOY	COUT MOY	FREQ NN	FREQ ENF	FREQ AD	
CHLOROQUINE CP	VO	55	80.88	20.36	46.23	0	0	55	
AAS CP 500	VO	39	57.35	20.00	100.00	0	2	37	
MEDICAMENT PPM	NC	12	17.65	1.00	0.00	0	0	12	
CHLOROQUINE SP	SP	5	7.35	1.00	228.15	0	5	0	

DIAGNOSTIC : troubles menstruels		NB DE CAS : 18 (MORB=21)		CAS NN : 0		CAS ENF : 0		CAS AD : 18	
-----		CH : 0		CH NN : 0		CH ENF : 0		CH AD : 0	
MEDICAMENTS (3)	FORME	FREQ	% PRESCR	QTE MOY	COUT MOY	FREQ NN	FREQ ENF	FREQ AD	
MEDICAMENT PPM	NC	12	66.67	1.00	0.00	0	0	12	
REFERENCE	XX	6	33.33	1.00	0.00	0	0	6	
METHYLERGOMETRINE CP	VO	1	5.56	9.00	8.73	0	0	1	

DIAGNOSTIC : plaies et blessures		NB DE CAS : 17 (MORB=29)		CAS NN : 0		CAS ENF : 1		CAS AD : 16	
-----		CH : 78		CH NN : 0		CH ENF : 200		CH AD : 71	
MEDICAMENTS (4)	FORME	FREQ	% PRESCR	QTE MOY	COUT MOY	FREQ NN	FREQ ENF	FREQ AD	
MEDICAMENT PPM	NC	12	70.59	1.00	0.00	0	0	12	
ATTOUCHEMENT/DESINF.	UE	8	47.06	1.00	20.00	0	0	8	
PANSEMENT	PT	5	29.41	1.00	200.00	0	1	4	
PENI PHENOXYMETHYL	VO	1	5.88	40.00	170.80	0	0	1	

DIAGNOSTIC : céphalée, migraine, na		NB DE CAS : 16 (MORB=64)		CAS NN : 0		CAS ENF : 1		CAS AD : 15	
-----		CH : 10		CH NN : 0		CH ENF : 0		CH AD : 11	
MEDICAMENTS (3)	FORME	FREQ	% PRESCR	QTE MOY	COUT MOY	FREQ NN	FREQ ENF	FREQ AD	
MEDICAMENT PPM	NC	13	81.25	1.00	0.00	0	1	12	
PARACETAMOL	VO	2	12.50	20.00	33.60	0	0	2	
AAS CP 500	VO	1	6.25	20.00	180.00	0	0	1	

DIAGNOSTIC : carie dentaire		NB DE CAS : 14 (MORB=14)		CAS NN : 0		CAS ENF : 0		CAS AD : 14	
-----		CH : 0		CH NN : 0		CH ENF : 0		CH AD : 0	
MEDICAMENTS (1)	FORME	FREQ	% PRESCR	QTE MOY	COUT MOY	FREQ NN	FREQ ENF	FREQ AD	
REFERENCE	XX	14	100.00	1.00	0.00	0	0	14	

ANALYSE DES DIAGNOSTICS ASSOCIES

DIAGNOSTIC : palu accès simple,

DIAGNOSTIC ASSOCIE	FREQ
céphalée, migraine, ma	24
anorexie	22
eczéma	5
conjonctivite	5
dermatoses non spéci	4

DIAGNOSTIC : bronchite aiguë, pnu

DIAGNOSTIC ASSOCIE	FREQ
palu accès simple,	6
fièvre, hyperthermie	6
eczéma	5
angine	2
plaies et blessures	1

DIAGNOSTIC : tréponématose, bétel

DIAGNOSTIC ASSOCIE	FREQ
eczéma	6
céphalée, migraine, ma	4
palu accès simple,	3
prurit	1
gastr.ent., diarrhée	1

DIAGNOSTIC : fatigue, asthénie

DIAGNOSTIC ASSOCIE	FREQ
palu accès simple,	6
état infectieux, fièvr	1
tréponématose, bétel	1
inf° urinaire	1
gastr.ent. désh° mod	1

DIAGNOSTIC : fièvre, hyperthermie

DIAGNOSTIC ASSOCIE	FREQ
plaies et blessures	3
gastr.ent. désh° mod	2
DIVERS	1
taeniose, taenia	1
palu accès simple,	1

Bibliographie

1. Rapport sur le développement dans le monde
Banque Mondiale W.D.C. 1988 (Page 256-257)
2. MSP-AS/DNPFSS
Rapport National sur la surveillance continue des progrès
réalisés dans le cadre de la stratégie de la santé pour tous en
l'an 2000. 1987
3. MSP-AS/DNPFSS
Annuaire statistique des services socio-sanitaires
année 1987. Koulouba novembre 1988
4. Déclaration d'Alma-Ata
Les Soins de Santé Primaires sont la clé de la Santé pour Tous
OMS - FISE (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
5. Médicaments pour Tous en l'an 2000 ?
Les multinationales pharmaceutiques suisses face au tiers-monde
L'exemple du Mexique. Pascal BRUDON
Collection Nord-Sud Editions d'en bas 1983
6. OMS
Sixième rapport sur la situation sanitaire dans le monde
(1973-1977). Partie I: Analyse globale
OMS - Genève 1980
7. TRAORE M.S.
Contribution à l'Etude des Médicaments Essentiels comme Facteur
de Développement Economique et Sociale
Thèse, Pharm, ENMP - Bamako/Mali. 1988 79 p
8. Rapport du contrat OMS (Genève) pour l'Etude comparative
internationale des coûts récurrents de la Santé.
INRSP Avril 1989
9. DIANI F.
Evaluation de la Situation Sanitaire au Mali
Thèse, Pharm. ENMP - Bamako/Mali. 1985 220 p
10. MAIGA A.M.
Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques
Mémoire, ENA - A.P. Bamako/Mali 135 p
11. The World Drug Situation
World Health Organization Geneva 1988
12. Aide-Mémoire pour la mission de pré-évaluation du Projet du
Développement Sanitaire n° 2 au Mali
Dr Jean Daniel PAINHORN
CREDES 10. 1988
13. ASI (Action Santé Internationale) sur les médicaments à problème