

MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE

UNIVERSITE DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2006 – 2007

THESE :

**Etude de l'accessibilité financière de la
population aux médicaments dans les
Centres de Santé du District de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement le : 17 mars 2007

Par Mlle Saliatou TRAORE

Devant la FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

JURY

PRESIDENT :

Pr. Amadou DIALLO

MEMBRES :

Pr. Benoît KOUMARE

CO – DIRECTEUR :

Dr Adama DIAWARA

DIRECTEUR :

Pr. Sidi Yaya SIMAGA

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES

SÉCRÉTAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: Mme **COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTRÔLEUR
DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Siné BAYO	Anatomie Pathologie- Histo-embryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, Chef de D.E.R.
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique

Mr Alhousseni Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme Sy Assitan SOW	Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie –Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie –Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie –Réanimation
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et chirurgie Générale

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	Oto – Rhino - Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	Oto – Rhino - Laryngologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie –réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie –Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie –Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie –Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco- Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	Oto- Rhino- Laryngologie
Mr Bouraima MAIGA	Gynéco obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie –Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie, Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

M. Amadou TOURE	Histo- embryologie
M. Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	Parasitologie
M. Mahamadou CISSE	Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie Pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie, Parasitologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BAH	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie Hépatologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie

Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A CISSE	Rhumatologie / Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto Gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Soungalo DAO	Maladies Infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique, Chef de D.E.R.
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

4. ASSISTANTS

Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Moussa A. MAIGA Santé Publique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique

Mr Adama DIAWARA Santé Publique

Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique

Mr Massambou SACKO Santé Publique

Mr Alassane A. DICKO Santé Publique

Mr Mamadou Sounalo TRAORE Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale

Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie

Mr Oumar THIERO Biostatistique

Mr Seydou DIARRA Anthropologie Médicale

CHARGÉS DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA Botanique

Mr Bouba DIARRA Bactériologie

Mr Salikou SANOGO Physique

Mr Boubacar KANTE Galénique

Mr Souleymane GUINDO Gestion

Mme DEMBELE Sira DIARRA Mathématiques

Mr Modibo DIARRA Nutrition

Mme MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du milieu

Mr Mahamadou TRAORE Génétique

Mr Yaya COULIBALY Législation

Mr Lassine SIDIBE Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA Bromatologie

Pr Babacar FAYE Pharmacodynamie

Pr Mounirou CISSE Hydrologie

Pr Amadou Papa DIOP
Pr Lamine GAYE

Biochimie
Physiologie

DEDICACES

Au nom d'ALLAH, le Tout Puissant, le Clément, le Miséricordieux, louange et gloire à DIEU.

Je dédie ce travail:

A mon père **BASSIDIKI TRAORE**

L'infatigable, ton soutien sur tous les plans m'a été d'un grand secours ; grâce à toi j'ai aujourd'hui une vie harmonieuse.

Que le Tout Puissant te garde encore longtemps auprès de nous.

A ma mère **AMINATA TRAORE**

La brave, pour ta sagesse, ton amour pour tous les enfants, tes prières, tes bénédictions, tu es et restes une référence pour moi.

A mon fiancé **HAMIDOU GOITA**

Ta facilité de comprendre les gens fait de toi un homme simple et admirable. Puisse Dieu nous donner longue vie pour fonder notre foyer et élever convenablement nos enfants.

A mes frères et sœurs(**Amadou, Djelika, Kadiatou, Karamoko et Adjaratou**)

Vos aides matériel et moral m'ont été d'un grand secours. Que Dieu préserve l'esprit de cohésion et d'entraide qui nous anime.

A ma regrettée grande **sœur RABIETOU**

Puisse ALLAH le Tout Puissant t'accueillir dans son paradis.

A ma fille chérie, **ADAMA GOITA**

Ce travail est le couronnement de nombreux sacrifices que tu as eus en te séparant très souvent de ta mère. Que Dieu nous donne longue vie afin de t'élever dignement. Je t'aime mon bébé.

A mes **neveux et nièces**

Je vous aime tous.

REMERCIEMENT

A la famille **DJENEPO** dont je ne saurai passer sous silence l'amour et l'affection qu'elle ne cesse de me faire preuve. Je leur suis reconnaissant pour leur soutien.

A travers le **Dr DIADIE MAIGA**

Je présente mes vifs remerciements à tout le personnel de la Direction de la Pharmacie et des Médicaments (DPM) pour leur soutien aussi divers qu'il soit.

A tous les **médecins chefs** des CSRéf du district de Bamako et des CSCom de la commune I et V pour votre gentillesse. Merci

A mes **beaux frères et belles sœurs**

A mes **cousins et cousines**

A la famille **Goita**

A ma grand-mère **SITAN TRAORE**

Pour ton encouragement et tes bénédictions.

A tous les **professeurs** qui m'ont enseigné. Merci

A **Mme COULIBALI** major en Médecine interne au CHU Point G.

Pour ta gentillesse, ton aide, et tes conseils qui m'ont été précieux pour ma formation. Bonne carrière au Point G.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du Jury

Professeur de Amadou DIALLO

Professeur de Biologie Animale à la FMPOS

Vice recteur de l'université de Bamako

J'ai le grand honneur de vous avoir comme président de ce Jury

La spontanéité avec laquelle vous m'avez accueilli témoigne à souhait de votre disponibilité au service de la nouvelle génération

Que Dieu donne encore longue vie, Papa

A notre Maître et Juge

Professeur Benoît KOUMARE

Maître de Conférence en Chimie Analytique

Pharmacien Chef du CHU Point G

Referant des pharmacies Humanitaire Internationale au Mali

Nous sommes très honorés par votre présence dans ce jury

Vos qualités sociale, scientifique, et professionnelle font de vous un maître admiré et respectable

Nous vous remercions pour votre disponibilité

A notre Maître et Directeur

Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Chef de DER de Santé Publique

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé

Père, les mots manquent pour vous expliquer en ce moment solennel ce que nous ressentons pour vous.

Que Dieu vous donne encore longue vie pour que la nouvelle génération puisse bénéficier de votre expérience.

A notre et Co-directeur

Docteur Adama DIAWARA

Spécialiste en santé Publique

Maître assistant de santé Publique à la FMPOS

Chef de Division assurance, qualité et économique du médicament à la DPM.

Votre parcours professionnel, et universitaire constitue un modèle pour moi

Votre souci pour la formation, votre courtoisie, votre passion pour le travail bien fait de vous un modèle à suivre partout étudiant.

Puisse les générations futures s'en inspirées.

ABREVIATIONS

- CSCom** : Centre de Santé Communautaire
CSRéf : Centre de Santé de Référence
CRDI : Centre de Recherche pour le Développement International
EIQ : Ecart Inter Quartiles
DCI : Dénomination Commune Internationale
DS : Déviation Standart ou Ecart Type
FOSA : Formation Sanitaire
LNME : Liste Nationale des Médicaments Essentiels
OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SOMMAIRE

	Page
I – INTRODUCTION _____	1
II – OBJECTIFS _____	3
III – GENERALITES _____	4
IV – METHODOLOGIE _____	9
V - RESULTATS _____	13
VI – COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS _____	36
VII – CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS _____	42
VIII – REFERENCES _____	44
IX – ANNEXES _____	49

I- INTRODUCTION

Le médicament n'est pas un produit comme les autres. Il peut être défini comme toute substance ou composition présente comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales ; ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leur fonction organique.

Le médicament en raison de son action et de son intérêt, est nécessaire à la santé des personnes quand celle ci est altérée. Pour que le médicament puisse jouer pleinement son rôle, il faut qu'il parvienne à son destinataire final, le malade. Il doit donc être accessible.

Le médicament joue un rôle capital en santé. Les dépenses en médicaments représentent une part importante des dépenses nationales en santé.

Sa bonne administration établit une confiance entre le prescripteur et le malade ; facteurs qui peuvent influencer sur la fréquentation des Centres de Santé.

Les autorités politiques accordent une grande importance à l'approvisionnement en médicaments, car la demande de soins de santé est en augmentation. La progression rapide des dépenses en médicaments est particulièrement préoccupante et fait l'objet d'une grande attention des autorités politiques, parce que ce poste de dépenses est celui qui se prête le plus à des mesures d'économie (39-1).

C'est en 1983 que l'Organisation mondiale de la santé a entrepris une première étude consacrée aux coûts des médicaments (Drugs and Money) et aux mesures envisageables pour maîtriser l'augmentation des dépenses de médicaments (18-2). Cette étude a débouché sur un rapport critique, qui examinait l'efficacité des plans de maîtrise des coûts mis en œuvre et présentait certaines initiatives novatrices. Cette étude a permis aux responsables de mettre en œuvre des politiques, des réglementations, des formules adoptées pour maintenir les coûts des services pharmaceutiques et des traitements médicamenteux à un niveau abordable pour la population. Dans ce cas un bon budget doit rendre les médicaments disponibles à la société à un prix abordable (ce qui évite le gaspillage). La qualité et la dispensation des soins de santé passent par une prescription rationnelle des médicaments.

La prescription rationnelle des médicaments passe par une meilleure connaissance des médicaments et doit donc tenir compte du pouvoir d'achat de la population dont la majorité vit dans la pauvreté et les Mutuelles de santé sont inexistantes ou embryonnaires. Il faut donc allier la disponibilité et l'efficacité du médicament à un coût abordable pour le malade et pour cela la formation des prescripteurs aux médicaments génériques est indispensable. Il faut prescrire le produit le plus adapté en dehors de toute influence publicitaire. Le triste constat est que la formation médicale et la prescription médicamenteuse sont fortement influencées par les firmes pharmaceutiques. Ce qui explique la non prescription des génériques (7-5).

La présente étude permet de connaître la place relative du problème d'accessibilité financière.

II- Objectifs :

1- *Objectif Général* :

- Etudier l'accessibilité financière des populations aux médicaments prescrits.

2- *Objectifs spécifiques* :

- Décrire les caractéristiques socio-économiques des patients.
- Evaluer l'adéquation des prescriptions de médicaments pour la prise en charge des principales causes de consultations.
- Evaluer le coût moyen de traitement des principales maladies.
- Evaluer le coût moyen théorique nécessaire à la prise en charge des pathologies courantes, aux prix de vente du marché
- Estimer les pertes économiques liées aux prescriptions inadéquates de médicaments.
- Déterminer le montant théorique que les populations peuvent consacrer aux médicaments sans détérioration de leur statut économique.
- Estimer les pertes économiques liées aux prescriptions inadéquates de médicaments.
- Estimer la capacité financière des patients à acheter les médicaments prescrits pour les pathologies courantes.

III- GENERALITES

L'accessibilité aux médicaments est un élément déterminant de toute politique sanitaire qui doit garantir la disponibilité des médicaments pour tous : partout où on se trouve (accessibilité géographique), à tout moment (accessibilité physique), à un prix abordable (accessibilité financière), avec une garantie d'efficacité.

1- ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE

L'accessibilité géographique est schématisée par la distance devant être parcourue par les malades pour aller au point de dispensation des soins et médicaments : Centre de Santé le plus proche ou la pharmacie la plus proche et le temps nécessaire pour y arriver.

Au MALI, le faible niveau de disponibilité des services de soins se traduit par le fait que plus de la moitié de la population vit à plus de 10 km d'un centre de soin le plus proche.

Les deux éléments essentiels de l'accessibilité géographiques sont : la localisation des centres de soins et de distribution des médicaments et la distance à parcourir. Pour évaluer l'accessibilité géographique on prend la proportion de population située dans un rayon de 15km

Au MALI la faiblesse de l'accessibilité géographique des centres de soin s'explique par :

- Une insuffisance de la couverture sanitaire (63% de la population résident à moins de 15km d'un centre de distribution de premier contact offrant le paquet minimum d'activités)
- Un faible niveau d'alphabétisation, de scolarisation qui est source de déficit d'information de la population.
- La persistance des coutumes et tradition à visée peu thérapeutique.
- Une insuffisance en nombre et en qualité du personnel sanitaire et social.

Une répartition géographique suffisante des centres avec des professionnels qualifiés, permettrait aux malades d'accéder à un produit de qualité sans augmenter ses charges (exemple le voyage). Certaine population ne peut accéder aux médicaments qu'au prix d'un voyage et une fois le centre atteint, il faut que ce dernier puisse délivrer les médicaments nécessaires. Alors se pose le problème de l'accessibilité physique.

2- ACCESSIBILITE PHYSIQUE

L'accessibilité physique se traduit par la présence physique du médicament autorisé sans rupture de stock.

Cela signifie que les médicaments, normalement présents à la pharmacie c'est à dire qui est autorisé, sont disponibles dans les rayons. Pour évaluer l'accessibilité physique on détermine la durée de rupture des stocks. Cela se mesure en calculant le nombre de jours ou de semaines durant lesquels le produit est absent des rayons, pendant une période déterminée (une semaine, un mois, un trimestre, semestre, un an). Cette mesure nécessite de disposer de la liste de tous les médicaments disponibles. L'accessibilité physique peut être variable au sein d'un pays et suivant le secteur auquel le malade s'adresse.

Au MALI la disponibilité des médicaments est meilleure dans les centres privés que publics. Souvent on assiste à des pénuries des médicaments de première nécessité tel que les antibiotiques et les antipaludéens reflétant le niveau de gestion du centre. Dans les structures publiques l'approvisionnement semble ne pas garantir l'accessibilité physique du médicament, à la population qui se tourne vers l'état pour ses soins. Assurer l'accès aux médicaments passe aussi par garantir la présence des médicaments au moment où le malade en a besoin. Cette accessibilité est tributaire de l'efficacité du système d'approvisionnement et de distribution.

Malheureusement, la disponibilité du médicament ne signifie pas que le malade a les moyens de se le procurer. Ainsi se pose le problème de l'accessibilité financière.

3- ACCESSIBILITE FINANCIERE

L'accessibilité financière est déterminée par la capacité d'achat du médicament par le malade. Le prix du médicament sera fonction du coût d'acquisition des médicaments (importation, taxes douanière, production locale), du coût de la distribution.

Le système de paiement du médicament entre aussi en ligne de compte :

- Paiement direct par le malade
- Paiement par une mutuelle
- Paiement par une tierce personne.

Le revenu du malien est globalement bas et le secteur informel l'est plus bas. Pour comprendre ce que les prix des médicaments représentent pour

les personnes à faible revenu, il faut mesurer les coûts de certain traitement et les comparer au salaire journalier minimum d'un employé non qualifié du secteur public. Toute fois il faut noter que la majorité des personnes au MALI travaille dans le secteur informel.

Par exemple un traitement de l'insuffisance respiratoire avec médicament de marque peut correspondre à 5 fois le salaire journalier d'un salarié du secteur public et est de 0.4 en générique d'où la nécessité de prescrire les génériques.

Le mode de financement des médicaments est aussi une donnée importante de son accessibilité : communautaire, public, privé

La situation du financement de la santé s'est nettement améliorée avec l'Initiative de Bamako. La faiblesse du financement public affectée aux médicaments associée à l'absence de prise en charge par un système d'assurance accroît l'inaccessibilité économique du médicament.

Il devient donc difficile, pour un grand nombre de personnes ayant le minimum vital, de se procurer les médicaments. La conséquence de ces augmentations est que la part financière qui pèse sur le budget des ménages tend à augmenter. L'investissement de l'état est garante de l'accessibilité des médicaments qui doit être disponible dans toutes les formations sanitaires à moindre coût pour amener la population, à se soigner et ne pas se tourner vers le marché illicite des médicaments.

L'état doit mener une recherche des moyens pour améliorer l'accessibilité financière des médicaments

Au Mali, le personnel soignant ayant soumis en réunion de « concertation locale » le problème de sous fréquentation des Centres de Santé par les malades, une analyse des raisons de cet état a été conduite via une série d'animations avec les populations de l'aire de santé concernée. Ces séances ont fait ressortir différents aspects :

- Le problème de l'accessibilité financière au centre de soins du fait des faibles revenus de la population, particulièrement à certaines périodes de l'année.
- L'inexistence de la notion d'épargne de santé.
- L'absence de liquidité financière.

Le fait de ne pas donner la priorité aux dépenses de santé par rapport aux autres types de dépenses (on ne dépense pas de l'argent pour se faire soigner quand on est malade)

La plupart des malades se rendent ainsi au Centre de Santé uniquement les jours de foire, car c'est le moment propice pour se procurer de l'argent liquide en vendant quelques biens. Cela explique qu'il n'est pas rare de voir les parents des patients se présenter d'abord au centre pour faire estimer le coût des soins avant de se rendre au marché pour vendre bétail, grains, poissons et autres produits pouvant couvrir le montant de la dépense. Les personnes qui n'ont aucun moyen, ou presque, soit se retournent vers les tradithérapeutes, soit vers les vendeurs ambulants des médicaments, ou tout simplement restent à la maison. (17)

La politique pharmaceutique nationale du Mali énonce comme objectif principal : « Rendre accessible géographiquement, physiquement et **financièrement** à la population des médicaments essentiels de qualité »(23). Dans un pays fortement touché par la pauvreté, comme le notre, l'accessibilité financière est au centre des préoccupations des autorités sanitaires. En effet les médicaments représentent un budget non négligeable dans les dépenses publiques et une somme importante dans les dépenses de soins de santé des populations qui supportent directement (mis à part certaines maladies spécifiques tels le sida, la tuberculose, la lèpre, la césarienne...) la totalité du coût des soins qui leur sont prodigués. Pour ce faire et considérant la limitation des ressources pour une liste de besoins illimités, les acteurs et responsables de santé doivent avoir le souci constant de maintenir le niveau d'accès financier des patients à des traitements de qualité. Plus particulièrement, les responsables sanitaires et prestataires de soins doivent veiller à réduire au maximum les coûts directs et indirects.

Dans le contexte plus général de la politique du médicament, depuis 1998 la prescription et la dispensation des médicaments sont régulièrement suivies et évaluées au Mali (10-6). Ces études ne prenaient pas en compte les prescriptions pour lesquelles aucun achat de médicament n'est effectué, ce qui constitue une perte d'information dans le cadre d'une étude qui viserait l'accessibilité financière. Finalement les différentes études n'ont pas spécifiquement investigué les implications économiques des prescriptions

pour les patients. Il manque de données approfondies sur le problème d'accès financier pour le malade.

Ces études donnent entre autres des informations importantes sur le coût du médicament prescrit et acheté par le malade mais ne font pas la corrélation entre le pouvoir d'achat des malades et les prix des médicaments prescrits.

Deux études sur les prix des médicaments au Mali ont mis en évidence entre autres facteurs négatifs : le non-respect des prix licites du médicament et la forte diversité des prix appliqués sur le marché. Cependant les données sont liées intrinsèquement aux médicaments et la relation n'est pas faite avec le pouvoir d'achat des patients ; il s'agissait d'études dans la perspective de réduire les prix des médicaments.

La présente étude permet de connaître la place relative du problème d'accessibilité financière.

4- Définition du critère de jugement ou d'évaluation de l'accessibilité financière du malade aux prescriptions médicamenteuses:

Il a porté sur la mesure du seuil théorique d'accessibilité financière à partir de la structure nationale des dépenses, de la façon suivante : détermination des dépenses totales mensuelles par individu, soustraction des dépenses incompressibles (alimentaires et non alimentaires), la part restante constitue les dépenses compressibles considérées comme pouvant être affectées à une dépense de santé et de médicaments ; ensuite a été appliquée la part des dépenses de médicaments dans les dépenses de santé des ménages. Le seuil d'accessibilité financière correspondait aux dépenses totales mensuelles multipliées par les dépenses compressibles affectables à la santé en %, multipliées par la part relative du médicament en %.

L'indicateur d'accessibilité financière a été fourni par le ratio : coûts des traitements des pathologies de références sur seuil d'accessibilité financière.

IV- Méthodologies :

1- Cadre de l'étude :

L'étude s'est déroulée dans tous les Centres de Santé de Références du district de Bamako et les Centres de Santé Communautaire de la commune I et V, les officines de ces centres.

2-Type d'étude :

C'est une étude d'observation de type transversal.

Quatre types de questionnaires de recherche (questionnaire prescripteur, questionnaire client, questionnaire récapitulatif des prescriptions et achats, questionnaire prix des médicaments) ont été administrés :

- (i) un questionnaire a servi à collecter les données relatives aux prescriptions faites dans le cadre de la prise en charge de cinq maladies traceuses. Les cinq maladies traceuses ont été choisies sur base des statistiques du système d'information sanitaire, notamment les cinq principales causes de consultations dans le district de Bamako, les statistiques de 2004 citent pour le Mali par ordre de fréquence : paludisme, infections respiratoires aiguës basses (pneumonies), diarrhées sans déshydratation, infections respiratoires aiguës hautes, plaies/traumatismes/brûlures. La dernière catégorie de pathologie a été remplacée par une pathologie courante ayant un traitement plus standardisé selon le guide thérapeutique national, à savoir les infections sexuellement transmissibles.
- (ii) un deuxième questionnaire a servi à recueillir les prix des médicaments retenus dans le schéma de prise en charge des maladies cibles de cette étude. La liste des produits a été identifiée à priori, avant le démarrage de l'étude.
- (iii) un troisième questionnaire sera administré auprès des prescripteurs sur leur qualification, la disponibilité des guides et normes thérapeutiques nationaux ainsi que leur connaissance des schémas retenus pour la prise en charge des cinq pathologies.
- (iv) un quatrième questionnaire a été administré auprès des utilisateurs des services de santé sous forme d'interviews individualisés. Ce quatrième questionnaire visait à apporter un complément d'informations et d'analyse des attitudes des patients

ainsi que de leur statut (identification, caractéristiques du patient et du répondant, motifs de recours, itinéraire thérapeutique, prescription et achat, financement, opinions générales).

Après collecte, les données ont été organisées et analysées par type de pathologie. Le guide thérapeutique national et/ou les normes à jour au niveau des différents programmes, ont été utilisés pour évaluer l'adéquation des prescriptions. Ces prescriptions ont été considérées conformes si elles correspondaient aux schémas thérapeutiques nationaux adoptés, sur la base des hypothèses diagnostiques établies par les prescripteurs eux-mêmes. Les pertes économiques pour les patients ont été évaluées, elles correspondaient aux coûts inutiles c'est-à-dire attribuables à la prescription irrationnelle pour chaque patient.

3- Population d'étude : Il s'agit :

- Patients et/ou accompagnants qui venaient pour les consultations pour une pathologie cible de l'étude et non hospitalisé pendant la période de l'étude .
- prescripteurs des Centres de Santé de Références de Bamako, des Centres de Santé de la commune V et de celles commune I.

4- Echantillonnage :

- Pendant le passage de l'enquêteur (une semaine par établissement), tous les patients et/ou accompagnants ont été interrogés par Centre de Santé.
- Par tirage au hasard un échantillon de 30 prescriptions par pathologie sera constitué dans chaque Centre de Santé communautaire, soit 150 prescriptions par centre. Pour la diarrhée, la taille d'échantillon sera diminuée de moitié.
- Les prescriptions concernent celles effectuées au moment de notre passage.

Au total 135 patients ont été interrogés par Centre de Santé

5- Plan de collecte des données :

La collecte a été faite à partir des questionnaires portés en annexe

Les documents suivants ont été utilisées :

- (i) - les résultats de l'enquête malienne sur l'évaluation de la pauvreté qui renseigne sur les dépenses des ménages par catégorie de population,
- (ii) - les guides thérapeutiques nationaux mis à la disposition des personnels soignants qui déterminent la posologie et la durée des traitements par pathologie,
- (iii) - les résultats de l'enquête de terrain.

7- Plan d'analyse :

Le logiciel Epi-info a servi pour l'opération de saisie et d'analyse des données.

Pour les variables asymétriques les paramètres de tendance centrales comme la médiane a été utilisé. Les résultats ont été présentés sous forme de tableau et de graphiques.

Les tests statistiques utilisés sont :

- le test de Student : pour le calcul de la moyenne dans les cas des variables quantitatives à distribution normale (proportion de l'ordonnance achetée en valeur, nombre de médicaments par ordonnance, proportion d'ordonnance non achetée, perte en pourcentage du prix de référence).
- le test de Man Whitney : pour le calcul de la moyenne dans les cas des variables quantitatives à distribution asymétrique (proportion de médicaments prescrit de la LNME, proportion de médicaments prescrit en DCI, coût de l'ordonnance prescrite, cout moyen théorique nécessaire au traitement, les dépenses supplémentaires liés au prescription inadéquate de médicaments)
- le test de Chi deux de Pearson : dans le cas des calculs concernant la proportion d'ordonnance avec injectables, proportion d'ordonnance avec antibiotiques.

V- Résultats :

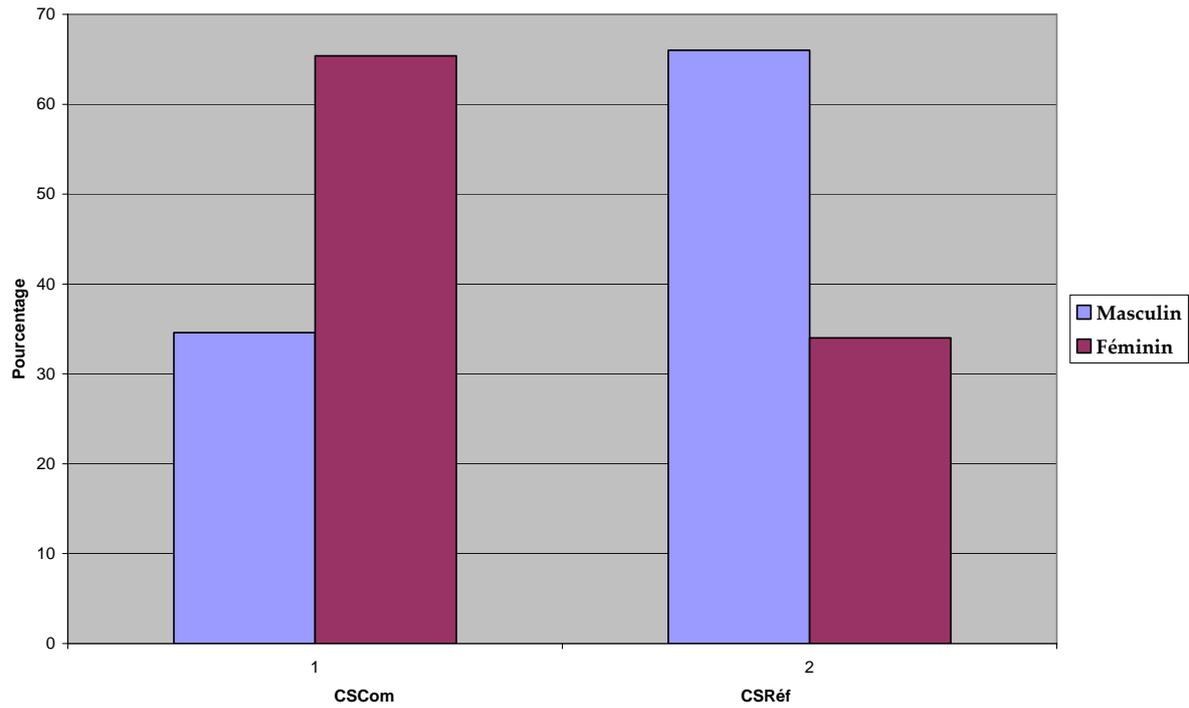
A- Description des échantillons :

a- Caractéristiques des patients dans les Centres de Santé de Bamako.

Tableau I : Répartition des patients par tranches d'âge dans les Centres de Santé de Bamako.

Tranches d'âge du patient (années)	CSCOM		CSRéf	
	n	%	n	%
	671		198	
<1	73	10,9	27	13,6
1 – 4	145	21,6	32	16,2
5 – 14	91	13,6	23	11,6
15 – 49	336	50,1	104	57,6
> 49	26	3,9	2	1,0

La tranche d'âge 15 – 49 ans représente plus de 50%



Graphique I : Répartition des patients selon le sexe dans les Centres de Santé de Bamako.

La répartition selon le sexe semble différente entre le CSCom et le CSRéf.
 Les hommes représentent 36% dans les CSCom, et 68% dans les CSRéf
 Les femmes représentent 66% dans les CSCom, et 35% dans les CSRéf.

Tableau II : Répartition des patients selon les Pathologies de Référence dans les Centres de Santé de Bamako.

PATHOLOGIES DE REFERENCES	CSCOM		CSRéf	
	n	%	n	%
	676		198	
Paludisme	271	40,1	73	36,9
Infections respiratoires aiguës hautes	49	7,2	25	12,6
Diarrhée	34	5,0	11	5,5
Infections Sexuellement transmissibles	151	22,3	45	22,7
Infections respiratoires aiguës basses	56	8,3	12	6,1
Associations(des 5 pathologies de références)	115	17,0	32	16,2

Le paludisme est le diagnostic le plus fréquent de consultation suivi des IST

B- Adéquation des traitements standardisés dans les centres de santé communautaires du district de Bamako.

Tableau III: Répartition des ordonnances selon l'adéquation des traitements aux schémas thérapeutiques nationaux

Pathologie de références	CSCOM		CSRéf	
	n	% de traitement adéquat	n	% de traitement adéquat
Paludisme	271	19,2	73	2,7
Infections respiratoires aiguës hautes	49	16,3	25	4,0
Diarrhée	34	50,0	11	9,1
Infections Sexuellement transmissibles	149	22,1	43	14,0
Infections respiratoires aiguës basses	56	41,1	12	8,3
Associations	112	13,4	32	3,1
Total	671	22,1	196	6,1

La majorité des prescriptions sont inadéquat
Seul la diarrhée est adéquat dans 50% des cas

Tableau IV : Répartition des prescriptions selon la disponibilité des guides de prescription standardisés par les prescripteurs dans les Centres de Santé de Bamako.

Disponibilité des guides de prescription standardisés	Centres de santé de Bamako	
	n	%
Disponibilité du guide thérapeutique national	87	
Sur le bureau du prescripteur		14,9
Dans la pièce		33,3
Non disponible		51,7
Disponibilité de la liste nationale des médicaments essentiels	87	
Sur le bureau		8,0
Dans la pièce		26,4
Non disponible		65,5
Disponibilité du formulaire thérapeutique national	87	
Sur le bureau		21,8
Dans la pièce		11,5
Non disponible		66,7
Affiche sur les normes nationales du protocole de traitement		
Paludisme	74	75,7
Infections respiratoires aiguës hautes	67	31,3
Diarrhée	70	38,6
Infections Sexuellement transmissibles	81	92,6
Infections respiratoires aiguës basses	67	29,9

Les guides de prescription ne sont pas disponibles dans la moitié des cas.

C- Présentation des résultats des centres de santé communautaires (CSCOM)

a- Indicateurs de qualité de la prescription dans les CSCOM :

Tableau V: Répartition des ordonnances selon la qualité de la prescription pour le PALUDISME dans les centres de santé communautaires de Bamako.

Qualité de la prescription	n	Moyenne \pm DS	%
Nombre de médicaments par ordonnance	270	4,3 \pm 1,4	
Prescription d'injectable	270		52,2
Prescription d'antibiotique	271		55,4
Prescriptions en DCI	270		60,0
Proportion de médicaments prescrits de la LNME	270		75,0

Plus de la moitié des ordonnances contiennent des antibiotiques et des injectables.

Tableau VI: Répartition des ordonnances selon la qualité de la prescription pour la IRA Haute dans les centres de santé communautaires de Bamako.

Qualité de la prescription	n	Moyenne \pm DS	%
Nombre de médicaments par ordonnance	49	3,6 \pm 1,1	
Prescription d'injectable	49		10,2
Prescriptions en DCI	49		75,0
Proportion de médicaments prescrits de la LNME	49		80,0

La majorité des médicaments prescrits sont des DCI, et figure sur la LNME

Tableau VII: Répartition des ordonnances selon la qualité de la prescription pour la DIARRHEE dans les centres de santé communautaires de Bamako.

Qualité de la prescription	n	Moyenne ± DS	%
Nombre de médicaments par ordonnance	34	3,8 ± 0,8	
Prescription d'injectable	34		20,6
Prescription d'antibiotique	34		97,1

Presque la totalité des ordonnances contient des antibiotiques.

Tableau VIII: Répartition des ordonnances selon la qualité de la prescription pour les IST dans les Centres de Santé Communautaires de Bamako.

Qualité de la prescription	n	Moyenne±DS	%
Nombre de médicaments par ordonnance	151	4,2 ± 1,2	
Prescriptions en DCI	151		75,0
Proportion de médicaments prescrits de la LNME	151		75,0

La majorité des médicaments prescrits sont des DCI, et figure sur la LNME

Tableau IX: Répartition des ordonnances selon la qualité de la prescription pour les IRA Basses dans les Centres de Santé Communautaires de Bamako.

Qualité de la prescription	n	Moyenne±DS	%
Nombre de médicaments par ordonnance	56	3,4 ± 1,1	
Prescription d'injectable	56		10,7
Prescriptions en DCI	56		75,0
Proportion de médicaments prescrits de la LNME	56		77,5

La majorité des médicaments prescrits sont des DCI, et figure sur la LNME

b- Coûts des prescriptions et pertes économiques pour les patients liées aux prescriptions inadéquates de médicaments dans les CSCOM :

Tableau X : Répartition des ordonnances du paludisme en fonction des coûts de prescription et les pertes économiques pour les patients .

Coûts des prescriptions et pertes économiques	n	Médiane (EIQ)	%
Coût moyen théorique nécessaire au traitement	271	150 (490,0)	
Coût de l'ordonnance prescrite	271	2920,0 (2835,0)	
Proportion moyenne d'ordonnances achetées en valeur	269		88,9
Dépenses supplémentaires liées aux prescriptions inadéquates de médicaments (en FCFA)	269	2450,0 (2985,0)	
Pertes en pourcentage du prix de référence	269		1373,0
Proportion d'ordonnances non achetées	269		22,3

Le coût de l'ordonnance prescrite est nettement supérieur au coût nécessaire pour le traitement.

Tableau XI: Coûts des prescriptions et pertes économiques pour les patients liées aux prescriptions inadéquates de médicaments pour le traitement de la diarrhée.

Coûts des prescriptions et pertes économiques	n	Médiane (EIQ)	%
Coût moyen théorique nécessaire au traitement	34	100,0 (0,0)	
Coût de l'ordonnance prescrite	33	2100,0 (970,0)	
Proportion moyenne d'ordonnances achetées en valeur	33		68,4
Dépenses supplémentaires liées aux prescriptions inadéquates de médicaments (en FCFA)	33	2000,0 (945,0)	
Pertes en pourcentage du prix de référence	33		1965,1
Proportion d'ordonnances non achetées	34		15,2

Le coût de l'ordonnance prescrite est nettement supérieur au coût nécessaire pour le traitement.

Tableau XII : Répartition des ordonnances des Infections Respiratoires Aigues hautes en fonction des coûts de prescription et pertes économiques pour les patients .

Coûts des prescriptions et pertes économiques	n	Médiane (EIQ)	%
Coût moyen théorique nécessaire au traitement	49	650,0 (250,0)	
Coût de l'ordonnance prescrite	49	2700,0 (1410,0)	
Proportion moyenne d'ordonnances achetées en valeur	49		55,6
Dépenses supplémentaires liées aux prescriptions inadéquates de médicaments (en FCFA)	49	2065,0 (1635,0)	
Pertes en pourcentage du prix de référence	49		383,1
Proportion d'ordonnances non achetées	49		24,5

Le coût de l'ordonnance prescrite est nettement supérieur au coût nécessaire pour le traitement.

Tableau XIII : Répartition des ordonnances des Infections Respiratoires Aigues Basses en fonction des coûts de prescription et pertes économiques pour les patients .

Coûts des prescriptions et pertes économiques	n	Médiane (EIQ)	%
Coût moyen théorique nécessaire au traitement	56	490,0 (300,0)	
Coût de l'ordonnance prescrite	56	2502,5 (2575,0)	
Proportion moyenne d'ordonnances achetées en valeur	55		63,2
Dépenses supplémentaires liées aux prescriptions inadéquates de médicaments (en FCFA)	56	1980,0 (2392,5)	
Pertes en pourcentage du prix de référence	56		441,7
Proportion d'ordonnances non achetées	55		21,8

Le coût de l'ordonnance prescrite est supérieur au coût nécessaire pour le traitement.

Tableau XIV : Répartition des ordonnances des IST en fonction des coûts de prescription et pertes économiques pour les patients.

Coûts des prescriptions et pertes économiques	n	Médiane (EIQ)	%
Coût moyen théorique nécessaire au traitement	149	3640,0 (3390,0)	
Coût de l'ordonnance prescrite	151	3440,0 (3230,0)	
Proportion moyenne d'ordonnances achetées en valeur	151		21,4
Dépenses supplémentaires liées aux prescriptions inadéquates de médicaments (en FCFA)	149	480,0 (3740,0)	
Pertes en pourcentage du prix de référence	149		16,9
Proportion d'ordonnances non achetées	151		41,1

Le coût de l'ordonnance prescrite est nettement supérieur au coût nécessaire pour le traitement.

**D- Présentation des résultats des Centres de Santé de Références
(CSRéf) :**

a- Indicateurs de qualité de la prescription dans les centres de santé de références :

Tableau XV : Répartition des ordonnances selon la qualité de la prescription pour le PALUDISME.

Qualité de la prescription	n	Moyenne ± DS	%
Nombre de médicaments par ordonnance	73	4,6 ± 1,7	
Prescription d'injectable	73		64,4
Prescription d'antibiotique	73		52,1
Prescriptions en DCI	73		25,0
Proportion de médicaments prescrits de la LNME	73		57,1

La majorité des médicaments prescrits sont des antibiotiques et des injectables, et figure sur la LNME

Tableau XIV : Répartition des ordonnances selon la qualité de la prescription pour les IRA Hautes

Qualité de la prescription	n	Moyenne ± DS	%
Nombre de médicaments par ordonnance	25	3,6 ± 1,4	
Prescription d'injectable	25		20,0
Prescriptions en DCI	25		33,3
Proportion de médicaments prescrits de la LNME	25		50,0

La moitié des médicaments prescrits figure sur la LNME

Tableau XIIV: Répartition des ordonnances selon la qualité de la prescription pour la DIARRHEE.

Qualité de la prescription	n	Moyenne ± DS	%
Nombre de médicaments par ordonnance	11	4,0 ± 1,4	
Prescription d'injectable	11		9,1
Prescription d'antibiotique	11		54,5

Plus de la moitié des ordonnances contiennent des antibiotiques.

Tableau XIIIIV : Répartition des ordonnances selon la qualité de la prescription pour les IST.

Qualité de la prescription	n	Moyenne ± DS	%
Nombre de médicaments par ordonnance	45	3,2 ± 1,2	
Prescriptions en DCI	45		25,0
Proportion de médicaments prescrits de la LNME	45		77,3

La majorité des médicaments prescrits figure sur la LNME

Tableau XIX : Répartition des ordonnances selon la qualité de la prescription pour les IRA Basses.

Qualité de la prescription	n	Moyenne ± DS	%
Nombre de médicaments par ordonnance	12	2,9 ± 1,4	
Prescription d'injectable	12		16,7
Prescriptions en DCI	12		12,5
Proportion de médicaments prescrits de la LNME	12		50,0

Seule la moitié des médicaments prescrits figure sur la LNME

b- Coûts des prescriptions et pertes économiques pour les patients liées aux prescriptions inadéquates de médicaments dans les CSRéf:

Tableau XX : Répartition des ordonnances du paludisme en fonction des coûts de prescription et les pertes économiques pour les patients .

Coûts des prescriptions et pertes économiques	n	Médiane (EIQ)	%
Coût moyen théorique nécessaire au traitement	73	60 (540,0)	
Coût de l'ordonnance prescrite	71	4890,0 (4205,0)	
Proportion moyenne d'ordonnances achetées en valeur	71		34,1
Dépenses supplémentaires liées aux prescriptions inadéquates de médicaments (en FCFA)	71	4565,0 (4275,0)	
Pertes en pourcentage du prix de référence	71		2933,3
Proportion d'ordonnances non achetées	71		18,3

Le coût de l'ordonnance prescrite est nettement supérieur au coût nécessaire pour le traitement.

Tableau XXI : Répartition des ordonnances de la diarrhée en fonction des coûts de prescription et pertes économiques pour les patients.

Coûts des prescriptions et pertes économiques	n	Médiane (EIQ)	%
Coût moyen théorique nécessaire au traitement	11	100,0 (10,0)	
Coût de l'ordonnance prescrite	11	7000,0 (5085,0)	
Proportion moyenne d'ordonnances achetées en valeur	11		5,9
Dépenses supplémentaires liées aux prescriptions inadéquates de médicaments (en FCFA)	11	6900,0 (5085,0)	
Pertes en pourcentage du prix de référence	11		6900,0
Proportion d'ordonnances non achetées	11		45,5

Le coût de l'ordonnance prescrite est nettement supérieur au coût nécessaire pour le traitement.

Tableau XXII: Répartition des ordonnances des Infections Respiratoires Aigues hautes en fonction des coûts de prescription et pertes économiques pour les patients.

Coûts des prescriptions et pertes économiques	n	Médiane (EIQ)	%
Coût moyen théorique nécessaire au traitement	24	440,0 (210,0)	
Coût de l'ordonnance prescrite	24	6702,5 (7755,0)	
Proportion moyenne d'ordonnances achetées en valeur	24		3,8
Dépenses supplémentaires liées aux prescriptions inadéquates de médicaments (en FCFA)	24	6092,5 (7882,5)	
Pertes en pourcentage du prix de référence	24		1215,6
Proportion d'ordonnances non achetées	24		50,0

Le coût de l'ordonnance prescrite est nettement supérieur au coût nécessaire pour le traitement.

Tableau XXIII: Répartition des ordonnances des Infections Respiratoires Aigues basses en fonction des coûts de prescription et pertes économiques pour les patients.

Coûts des prescriptions et pertes économiques	n	Médiane (EIQ)	%
Coût moyen théorique nécessaire au traitement	12	180,0 (215,0)	
Coût de l'ordonnance prescrite	12	3917,5 (5010,0)	
Proportion moyenne d'ordonnances achetées en valeur	12		47,8
Dépenses supplémentaires liées aux prescriptions inadéquates de médicaments (en FCFA)	12	3440,0 (4980,0)	
Pertes en pourcentage du prix de référence	12		1628,1
Proportion d'ordonnances non achetées	12		33,3

Le coût de l'ordonnance prescrite est nettement supérieur au coût nécessaire pour le traitement.

Tableau XXIV: Répartition des ordonnances des IST en fonction des coûts de prescription et pertes économiques pour les patients dans les CSRéf.

Coûts des prescriptions et pertes économiques	n	Médiane (EIQ)	%
Coût moyen théorique nécessaire au traitement	44	1275,0 (5332,5)	
Coût de l'ordonnance prescrite	45	3430,0 (1843,0)	
Proportion moyenne d'ordonnances achetées en valeur	45		39,4
Dépenses supplémentaires liées aux prescriptions inadéquates de médicaments (en FCFA)	44	1517,5 (5942,5)	
Pertes en pourcentage du prix de référence	44		136,8
Proportion d'ordonnances non achetées	45		15,6

Le coût de l'ordonnance prescrite est nettement supérieur au coût nécessaire pour le traitement.

E- Détermination des seuils d'accessibilité financière des populations du District de Bamako :

Le but visé est de faire une comparaisons entre les dépenses effectives de santé et le tableau théorique d'accessibilité, ce qui a conduit au tableau 25 et 26

Tableau XXV: Détermination des seuils d'accessibilité financière des populations du District de Bamako.

Classe de population	Dépenses totales mensuelles par individu en FCFA	Dépenses incompressibles en %		Dépenses compressibles affectables à la santé en %	Part relative du médicament en %	Seuil d'accessibilité financière aux médicaments en FCFA
		Alimentaires	Non alimentaires			
	1	2	3	4= (100%-2-3)	5	6= (1x4x5)
Très pauvres	7 468	76,9	19,2	3,9	68,0	198
Pauvres	10 758	75,1	19,6	5,3	68,0	387
Vulnérables	14 998	71,6	21,5	6,9	68,0	705
Moins pauvres	34 801	61,0	28,5	10,5	68,0	2 485

Le seuil d'accessibilité financière est inférieur aux dépenses mensuelles

F- Dépenses effectives de santé et seuils d'accessibilité financière :

Tableau XXVI : Comparaison entre les dépenses effectives de santé et les seuils d'accessibilité financière.

Classe de population	Dépenses mensuelles de santé par individu	Seuil d'accessibilité financière aux médicaments	Ratio dépenses de santé/seuil d'accessibilité	Ecart entre le seuil d'accessibilité et celui de la classe la plus aisée	Ecart entre les dépenses de santé de la classe et celles de la classe la plus aisée
	1	2	3=1/2	4=Moins pauvres/Classe	519=Moins pauvres/Classe
Très pauvres	99	198	0,5	12,5	10
Pauvres	144	387	0,4	6,4	7
Vulnérables	289	705	0,4	3,5	3
Moins pauvres	995	2485	0,4	1,0	1

Le ratio dépense de santé et seuil d'accessibilité est inférieur à 1

7- Accessibilité financière aux coûts effectifs des ordonnances :

En se référant au coût des prescriptions l'accessibilité financière de la population nous conduit au tableau 27.

Tableau XXVII: Accessibilité financière de la population selon les coûts de traitement dans les centres de santé de Bamako.

Pathologies de références	Population ayant accès au coût du traitement prescrit			
	CSRéf		CSCOM	
	n	Classe de population ayant accès	n	Classe de population ayant accès
Paludisme	73	Aucune	271	Aucune
Infections Respiratoires Aigues hautes	25	Aucune	49	Aucune
Diarrhée	11	Aucune	34	Classe la plus aisée
Infections Sexuellement transmissibles	45	Aucune	151	Aucune
Infections Respiratoires Aigues basses	12	Aucune	56	Aucune

La presque totalité des pathologies n'est accessible à l'ensemble de la population

Tableau XXVIII : Fréquence de l'accessibilité aux traitements selon les seuils d'accessibilité dans les centres de santé de Bamako.

Seuil de la classe	Nombre de traitements dont le prix est inférieur au seuil de la classe (Très pauvres Moins pauvres)			
	CSRéf		CSCOM	
	n=195	% cumulé	n=669	% cumulé
n < Très pauvres	1	0,5	2	0,3
Très pauvres <n< Pauvres	2	1,0	3	0,7
Pauvres < n < Vulnérables	5	2,6	5	1,5
Vulnérables <n< Moins pauvres	43	22,1	248	38,6

Un traitement est accessible à l'ensemble de la population

G- Coût des prescriptions et du transport dans l'ensemble des centres de santé pour les cinq pathologies de références:

Tableau XXIX : Coûts des prescriptions pour les cinq pathologies de références et coût moyen des frais de transport des patients dans les centres de santé de Bamako.

Coûts de l'ordonnance et du transport	CSRéf		CSCOM	
	n	Médiane (EIQ)	n	Médiane (EIQ)
Coût de l'ordonnance prescrite en FCFA	195	4970 (5285)	669	2900 (2750)
Coût moyen de transport en FCFA	70	300 (300)	158	300 (100)

Le coût moyen de transport payé par les patients au cours de leur itinéraire thérapeutique est de 300 F.

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Limites de l'étude :

Pour beaucoup d'indicateurs (nombre moyen de médicaments par ordonnance, proportion de médicaments prescrit de la LNME, proportion de médicaments prescrit en DCI, proportion d'ordonnance avec injectables, proportion d'ordonnance avec antibiotiques), la taille d'échantillon au niveau des Centres de Santé de Références n'est pas assez grande pour garantir une bonne précision dans les comparaisons entre ces structures et les Centres de Santé Communautaires.

2- Caractéristiques des patients dans les centres de santé de Bamako.

Il ressort que les femmes représentent 65,4% de la population étudiée et les hommes en représentent 34,6%. Cette répartition se rapproche de la moyenne nationale selon laquelle les femmes représentent la majorité de la population.

En rapport avec la répartition de la population par tranche d'âge, la tranche de 15 à 49 représente 33,7% de la population totale, ce qui se rapproche à son tour de la moyenne nationale où cette tranche représente la majorité de la population totale.

Cette étude montre que 65,4% des patients sont constitués par les femmes dans les CSCOM, et les hommes 34,6%. Cette féminité pourrait se traduire par le fait que les femmes soient relativement plus nombreuses à fréquenter les structures de soins que les hommes à cause de la proximité et le coût du traitement.

Par contre dans les CSRef les hommes constituent 66% des patients ce qui pourrait traduire le fait du pouvoir d'achat des hommes et le temps d'attente qui peut être long. Ce qui est comparable au résultat d'une étude menée au Rwanda (25)

Cette étude montre que 33,5% des diagnostics établis étaient le paludisme et les IST représentent 24,5%.

3- Adéquation du traitement

Seul le traitement de la diarrhée est adéquat dans 50% des cas au niveau des CSCOM, les IST sont les mieux adaptés dans les CSRef (14%). Malgré l'élaboration, par le Ministère de la Santé a élaboré des documents

nationaux parmi lesquels la Liste Nationale des Médicaments Essentiels, le formulaire national de médicament essentiels, le guide thérapeutique national et les normes nationales du protocole de traitement, dans le cadre de l'usage rationnel des médicaments par les corps sanitaires.

4- Comparaison entre les dépenses effectives de santé et les seuils d'accessibilité financière.

La corrélation entre dépenses de santé et seuils d'accessibilité est fortement positive, mais le **ratio** dépenses de santé sur seuils d'accessibilité selon les classes de population n'est pas linéaire: il est très favorable pour la dernière classe, dont les dépenses effectives sont deux fois inférieure à leur seuil d'accessibilité et peu favorable aux autres classes.

L'illustration de cette absence d'équité est donnée par le gradient que présente l'écart entre le seuil d'accessibilité financière de la première classe et celui de la quatrième classe, qui montre que la capacité théorique d'achat des individus les plus pauvres est près de 13 fois moins importante (1,0-12,5) que celle des individus les moins pauvres. Cet écart est moins important (1,0-10) dans le cas des dépenses effectives de médicaments, traduisant ainsi le fait que la dépense de médicament des groupes socio-économiques les plus défavorisés (pauvres et très pauvres) est nettement limitée par leur capacité financière.

Une étude menée en France par Denis RAYNAUD montre qu'au delà de l'influence de l'âge, du sexe et de l'état de santé, les caractéristiques socio-économiques et le bénéfice d'une assurance maladie complémentaire influent sur la consommation de soins.

5- Accessibilité financière aux coûts effectifs des ordonnances :

Le rapprochement des coûts d'acquisition (coûts des ordonnances prescrites), avec les seuils d'accessibilité financière théorique, donne un éclairage plus réaliste sur le montant des dépenses de médicament au regard de la capacité financière théorique des individus et permet de mettre en évidence le décalage entre la capacité théorique de payer et les dépenses réalisées pour certaines catégories socio-économiques

On observe que la valeur du ratio coûts d'ordonnances sur coûts moyens théorique nécessaire au traitement est très élevé (1,5). Cet écart montre que la valeur du coût des ordonnances prescrites dans les Centres de Santé est très supérieure à celle des coûts du traitement standardisés (compte tenu du nombre élevé de lignes par ordonnance). Ce phénomène, se traduit par :

pour l'ensemble des pathologies traceuses, les coûts médians de traitements améliorés aux prix pratiqués dans le Centres de Santé de Références sont 1,7 fois plus élevés que ceux pratiqués dans les Centres de Santé Communautaires .

Ce qui a pour conséquence :

Dans les CSCom, seul un traitement est accessible à la classe d'âge la plus aisée (les populations moins pauvres) de la population et la totalité des traitements n'est accessible à aucune classe.

Dans les CSRef, aucun traitement n'est accessible à la population

Au Burkina Faso, une étude de ZOUBGA Alain portant sur les services des soins et qualité montre que, sur le plan financier, le coût de prestation des soins et des médicaments, même génériques est généralement élevé par rapport au pouvoir d'achat de la majorité de la population surtout après la dévaluation du Franc CFA, cette situation s'explique en partie par les prescriptions irrationnelles et le non fonctionnement du système de prise en charge des indigents. Il s'y ajoute l'absence de mécanismes de prise en charge des coûts des soins. (43)

6- Fréquence de l'accessibilité aux traitements selon les seuils d'accessibilité dans les Centres de Santé de Bamako.

Aux prix des CSRef, les IST(3430FCFA) sont accessibles à la classe de population la plus aisée, les IRA hautes aux classes de population les plus aisées(6702,5FCFA), les autres pathologies sont accessibles à tous.

Aux prix des CSCom, seul deux traitements (paludisme : 2920FCFA et diarrhée : 2100 FCFA) sont accessibles à l'ensemble de la population et, les IRA (sont accessibles aux deux classes les plus aisées (2700FCFA, 2502,5 FCFA), les IST (3440 FCFA) ne sont accessibles pour aucune classe

Selon un rapport du groupe d'étude de l'OMS de 1993 sur l'évaluation des récentes réformes opérées dans le financement des services de santé, les changements opérés dans le mode de financement peuvent avoir des effets d'une portée considérable. Une restructuration du mode de financement, des soins ou de rémunérations des dispensateurs, vu qu'elle modifie le nombre des incitations, peut changer le type et la qualité des relations entre les dispensateurs, de même qu'entre les dispensateurs et les consommateurs des soins. Elle peut restreindre la possibilité sur le plan financier d'avoir accès aux soins et altérer de ce fait l'état de santé de divers groupes des populations. (32)

Au Rwanda, une étude de 2004 sur le rôle de l'assurance dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins révèle que les mutuelles de santé

ont montré un très grand potentiel à améliorer l'accessibilité financière de la population aux soins de santé. En effet, dans les zones de rayonnement des Centres de Santé où les Mutuelles de Santé sont déjà fonctionnelles, l'on a constaté une très grande augmentation de la fréquentation des population membres de la mutuelle par rapport au non - membre. Alors que la moyenne nationale du taux d'utilisation des services curatifs est tombée à 0,3 consultation par an ; les taux annualisés des consultations dans la plupart des Mutuelles de Santé atteignent 1 à 1,3 consultations par an. Ainsi donc, chaque membre mutualiste, grâce aux Mutuelles de Santé est à même de fréquenter son Centres de Santé de premier contact.

Dès lors que la barrière financière à l'accessibilité aux soins de santé est enlevée par les Mutuelles de Santé, en cas de maladie, les membres sont susceptibles d'utiliser 4 fois plus que les non membres les services de santé modernes.

Outre que les Mutuelles de Santé contribuent à l'accessibilité financière aux soins de santé, elles renforcent aussi l'amélioration de la qualité des soins dans les FOSA à travers une mobilisation des ressources financières additionnelles et la constitution d'une coalition des consommateurs des soins de santé au niveau local qui questionnent en permanence la qualité des soins de santé (24)

A partir de tous ces résultats on peut dire

Le seuil d'accessibilité financière ne constitue pas une limite inacceptable :

Il représente le montant théorique que les individus peuvent consacrer à l'acquisition d'un traitement sans détérioration de leur statut économique et non le montant qu'ils sont effectivement en mesure de mobiliser pour cette acquisition

Le coût d'un traitement peut donc être supérieur au seuil d'accessibilité d'un individu d'une classe donnée et son acquisition effective. Dans un tel cas, deux situations doivent être distinguées :

- le coût du traitement est nettement supérieur au seuil d'accessibilité.
L'individu peut adopter plusieurs attitudes : modifier ses priorités financières et renoncer à certaines dépenses compressibles (alimentaires ou non) ou alors les différer ou encore, recourir à une source externe de

financement (solidarité familiale, ou emprunt à des tiers), au prix d'un fort risque de changement économique ;

- le coût du traitement n'est que faiblement supérieur au seuil d'accessibilité (Cas des individus disposant du revenu le plus élevé d'une classe). Ce revenu est en fait quasi identique au revenu le plus bas de la classe immédiatement supérieure. Les individus placés dans cette situation ont donc probablement des comportements économiques identiques à celle de la classe supérieure au leur. L'accessibilité financière aux médicaments mesurée au plan théorique est beaucoup moins bonne dans la réalité. Les calculs ignorent en effet, les facteurs d'enchérissement des coûts de traitement :

les dépenses monétaires induites supportées par les patients (coûts de transport et de consultation)

les pratiques de prescription (non respect des ordinogrammes ou prescription des médicaments de spécialité plus coûteux) ;

- Pratiques de prescription. Dans les Centres de Santé Communautaires et selon les pathologies de 25 à 40 % des lignes prescrites correspondaient à spécialités et ces valeurs vont de 45,5 à 87,5% dans les Centres de Santé de Références.

Ce qui est semblable à l'étude menée en Guinée Konakry :

Sur un ensemble des 53 ordonnances prescrits : 95% des antibiotiques et 75% des injectables. La prescription et la dispensation des pyrazolés comme Novalgin® injectable (noramidopyrine) et Saridon® (propylphénazone) vendu comme antalgie dans le paludisme.

La prescription et la dispensation de Terpone® (association de terpènes et d'huiles essentielles sédatif de la toux), Tot'Héma® vendu comme tonique rendent les ordonnances inutilement coûteuses (19).

L'enquête de terrain a mis en évidence leur capacité d'abaissement de l'accessibilité financière.

De celui-ci, il en suit que la faible accessibilité des populations aux prescriptions, est liée fortement à la prescription irrationnelle des médicaments. Ce qui s'explique par le nombre très élevé de médicaments par ordonnance, prescription abusive d'antibiotiques, d'injectables, prescription de spécialités... entraînant des pertes économiques très importantes pour les patients et une détérioration de leur situation économique.

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- Conclusion

Cette étude met en évidence le problème de l'accessibilité financière de la population aux médicaments dans un pays fortement touché par la pauvreté.

Elle montre, d'une part, que la capacité financière théorique de la population est faible, avec de fortes disparités : les individus les plus aisés disposent d'une capacité théorique de payer une dépense de médicament 60 fois supérieure à celle des individus les plus pauvres.

Cette situation résulte de l'inadéquation entre les prescriptions des médicaments et le pouvoir d'achat des différentes catégories socio-économiques de la population.

Quatre facteurs externes :

- le manque de respect des protocoles de traitements, se traduisant par une mauvaise prescription de médicaments, se traduisant par le nombre élevé de médicaments par prescription, le recours aux injectables et aux antibiotiques,
 - la prescription des spécialités qui est une pratique courante dans les formations sanitaires du District de Bamako,
 - le faible niveau de connaissances et de la disponibilité des normes thérapeutiques nationales,
 - les dépenses monétaires induites,
- influent par ailleurs sur cette situation et contribuent à dégrader les bas niveaux d'accessibilité observés.

Après intégration des coûts générés par ces facteurs externes, l'accessibilité financière effective de la population aux coûts des traitements des pathologies traceuses n'est pas significative.

Cette situation explique en partie la persistance de maladie évitable touchant principalement les mères et les enfants de moins de 5 ans.

Des stratégies adéquates de mise en œuvre des programmes nationaux en matière de protocole de traitement et de la politique des médicaments essentiels s'imposent pour amener les prestataires à adapter leurs pratiques à une prescription plus rationnelle et de réduire ainsi la précarisation des populations causée par les dépenses excessives de santé.

2- RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes

Aux Autorités Sanitaires(Direction National de la Santé) :

- Mettre à la disposition des prescripteurs les programmes nationaux des protocoles de traitements adéquats
- Former les prescripteurs sur l'utilisation des formulaires thérapeutiques
- Faire un suivi régulier des prescripteurs
- Rendre plus disponibles les normes relatives aux protocoles de traitements

Aux Ministère du développement social

- Mettre sur place les mutuelles de santé, les épargnes de santé et les assurances maladies. La participation financière des patients devra être conçue en tenant compte de conditions socio - économiques de ménages de manière à ne pas créer une barrière à l'utilisation des services de santé.
- Porter Une attention particulière aux plus vulnérables en renforçant pour eux des mesures de solidarité et d'exonération.

VIII- REFERENCES :

- 1- Ambassade royale des pays bas (1999):l'évolution du système de santé aux Mali depuis l'initiative de bamako. Contribution des projets 1987_1999 Bamako
- 2- AUDIBERT M., MATHONNAT J. & ROODENBEKE E. : Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, Ed. Karthala, Paris, Septembre 2003
- 3- Balique (2001): le concept de communauté et ses limites à propos des centres de santé communautaires du Mali
- 4- Benoist, J. (1991).Les communautés, l'argent et la santé en Afrique Actes du séminaires internationales : argent et santé. Expérience de financement en Afrique : CIE Paris : 47-60
- 5- COMMEYRAS C. & NDO J.R. : Etude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments pour les populations du Cameroun, 2003.
- 6- CRDI: Gouvernance, équité et santé : Politiques publiques et protection contre l'exclusion, Montréal, 2003.
- 7- Déontologie et dispensation rationnelle des médicament en Guinée : WWW. Remed. Org/déontologie1.1.rtf
- 8- Direction Nationale de la Santé. Qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments au Mali. Rapport d'enquête. 1998.
- 9- Direction Nationale de la Santé. Qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments au Mali. Rapport d'enquête. 1999.
- 10- Direction de la Pharmacie et du Médicament. Qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments au Mali. Rapport d'enquête. 2000.

- 11- Direction de la Pharmacie et du Médicament. Qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments au Mali. Rapport d'enquête. 2001.
- 12- Direction de la Pharmacie et du Médicament. Qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments au Mali. Rapport d'enquête. 2005.
- 13- Direction de la pharmacie du médicament et des laboratoires : enquête sur les prix des médicaments au Tchad, Mai 2004
- 14- E. PHELPS Charles : Les fondements de l'économie de la santé, Publi-Union, France, 1995
- 15- Enquête Malienne sur l'évaluation de la pauvreté (EMEP) 2001
- 16- Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la zone de santé de Kadutu, province du Sud Kivu - RD Congo pacifique Mushagalusa Salongo
- 17- FLACHENBERG F. & TALIBO A. : santé communautaire : une expérience pilote au Mali : Handicap International, coordination technique santé, 1998
- 18- Grant, J.P. allocation dite Initiative de Bamako, 37^e session du comité régionale de l'Afrique de l'OMS.
- 19- LELO F. & TSHIMANGA C. : Pauvreté urbaine à Kinshasa, Cordaid, La Hayes, Pays Bas, juin 2004
- 20- LUTUTALA B & Coll. : Les coûts annexes des soins d'hospitalisation des malades dans le réseau BDOM Kinshasa, Kinshasa, avril 2004.
- 21- MALTESER/Bukavu : Enquête socio - économique et d'accessibilité aux soins enquête dans 7 ZS du Sud Kivu, Malteser, septembre 2004
- 22- MANZAMBI J. K. & all : Les déterminants du comportement de recours au centre de santé en milieu urbain africain: résultats d'une

enquête de ménage menée à Kinshasa Congo in Développement et Santé, n° 160, août 2002

23- Ministère de la Santé/Direction Nationale de la Santé. Politique pharmaceutique nationale du Mali. 1998.

24- MINISTERE DE LA SANTE RDC, Etude sur l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé, DEP, Kinshasa, octobre 2004.

25- MINISTERE DE LA SANTE Rwanda : Amélioration de l'accès aux services de santé au Rwanda. Le rôle de l'assurance, Kigali, 2004.

26- MSF/Belgique, Burundi : les vulnérables privés des soins de santé, Bujumbura, Avril 2004

27- Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées (1999) Revue de l'Initiative de Bamako dans la région Afrique, Expérience du Mali Bamako Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées : 10

28- Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées : Revue de l'initiative de Bamako dans la région de l'Afrique de l'ouest

29- MUGISHA F. & all: Les deux aspects du renforcement de l'utilisation des services de santé: déterminants du premier recours à un système de soins de santé et de la fidélité du patient au système choisi dans les régions rurales du Burkina Faso, OMS

30- MUSHAGALUSA C. : Les systèmes de santé, Notes de cours de première licence Santé Publique, ISTM/Bukavu, 2005

31- OMS Afrique : un aperçu de l'Initiative de Bamako et de sa mise en œuvre Harare : oms 1999 :4

32- OMS : Evaluation des récentes réformes opérées dans le financement des services de santé. Série de rapports du groupe 2-

33- OMS : Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique, Genève, Suisse, décembre 2001.

34- OMS : Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 : Pour un système de santé plus performant, Genève, suisse 2000.

35- OMS Résumé du rapport Evaluation du secteur pharmaceutique au Sénégal : MSHP/OMS, Mars Avril 2003

36- OMS Revue de l'IB 8-12 mars 1999 à Bamako (Mali). Recommandation générale et rapport des gouvernements du Mali et du Niger OMS (Afrique) 1999 :4

37- Projet sphère : Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes, Genève, 2004.

38- RAYNAUD D. : Les déterminants individuels des dépenses de santé: l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire in Etudes et résultats N ° 378 février 2005, DREES

39- Rôle des centrales d'achats des médicaments essentiel génériques dans la santé publique, cas de la centrale d'achats des médicaments essentiels du Rwanda (CAMERWA)

40- SADIO A. & DIOP F. : Utilisation et demande de services de santé au Sénégal, Bethesda, USA, août 1994

41- SHAW P. & GRIFFIN C. : Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance, BM, Washington DC, USA, 1995.

42- STEWART M. : Déterminants de l'utilisation des services de santé : perspectives des consommateurs à faible revenu, Canada, octobre 2001.

43- ZOUBGA A. D.: Services des soins et qualité au Burkina Faso : Une interprétation et une gestion de la question sanitaire particulièrement avancée, les difficultés et les carences, Ouagadougou, Burkina Faso, 2000

-IX - ANNEXES

Liste des Centres de Santé de l'étude

N°	Centre de santé
1	CSRéf commune I
2	CSRéf commune II
3	CSRéf commune III
4	CSRéf commune IV
5	CSRéf commune V
6	CSRéf commune VI
Commune I	
1	ASACODJE
2	ASACODOU
3	ASACOFADI
4	ASACOMSI
5	ASCOKOSA
6	ASACOBA
7	ASACOBOUL1
8	ASACOBOUL2
9	ASACOD
10	ASACODJAN
Commune V	
11	ASACOSAB I
12	ASACOSAB II
13	ASACOSAB III
14	BACO DJICORONI (ASCOM BACODJI)
15	ASACODA (DAOUDABOUGOU I)
16	ADASCO (DAOUDABOUGOU II)
17	ASACOGA (GARANTIBOUGOU)
19	ASACOTOQA (QUARTIER MALI TOROROKOROBOUGOU)

QUESTIONNAIRE AUX PRESCRIPTEURS

Prescripteurs (1)	Qualification (2)	Disponibilité Guide Thérapeutique* (3)	Si Guide Lesquels (4)	Disponibilité LNME ou table de correspondance* (5)	Disponibilité Formulaire Thérapeutique National* (6)
----------------------	----------------------	---	-----------------------------	--	---

Prescripteur
1

Prescripteur
2

Prescripteur
3

Prescripteur
4

Prescripteur
5

***On note :** (1) si le document se trouve sur le bureau du prescripteur,
(2) si le document se trouve dans la pièce,
(3) si le document n'est pas disponible.

Avez-vous connaissance de l'existence de normes nationales relatives au protocole de traitement des maladies suivantes ? si oui donner la référence du document

Prescripteurs (1)	Paludisme	Diarrhée	IRA hautes	IRA basses	IST
----------------------	-----------	----------	------------	------------	-----

Prescripteur 1

Prescripteur 2

Prescripteur 3

Prescripteur 4

Prescripteur 5

QUESTIONNAIRE AUX CLIENT

SECTION 1: Identification

No	Question
Q101	Heure de début de l'entrevue
Caractéristiques du patient et du répondant	
Q120	Localité /quartier de résidence du patient : 1= Aire du centre 2= Hors aire du centre
Q121	Milieu de résidence : 1= Urbain 2= Rural
Q122	Sexe du patient 1= M 2= F
Q123	Groupe d'âge du patient : 1= moins de 1 an 2=1 - 4 ans 3= 5 -14 ans 4= 15 – 49 ans 5= 50 ans et plus 9= Inconnu
Q124	Si le patient est une femme, est-elle : 1=enceinte 2=pas enceinte 3= inconnue
Q125	Est-ce qu'une personne accompagne le patient ? 0= patient venu seul 1= sa mère 2= son père 3=une personne de la famille 4= un ami ou connaissance 5= autre 6= le conjoint 9= inconnu
Q126	La personne qui répond au questionnaire est : 1= le patient 2= la personne qui l'accompagne 0= inconnu

Q127

La profession de la personne qui répond est :

- 1 = ménagère
- 2 = agriculteur/éleveur/pêcheur
- 3 = salarié (privé)
- 4 = fonctionnaire
- 5 = profession libérale
- 6 = artisan
- 7 = commerçant
- 8 = étudiant/élève
- 9 = secteur informel
- 10 = sans emploi
- 11 = chômeur
- 12 = autre (préciser)
- 99 = inconnu

Q128

Quel est le niveau d'instruction de la personne qui répond ?

- 1. jamais été à l'école
- 2. primaire incomplet
- 3. primaire complet
- 4. fondamental incomplet
- 5. fondamental complet
- 6. secondaire incomplet
- 7. secondaire complet
- 8. supérieur
- 9. autres cas
- 99. inconnu

Q129

Quel est le niveau d'instruction de la personne qui répond ?

- 1. sait lire le français
- 2. sait lire l'arabe
- 3. ne sait pas lire
- 9. inconnu

Q130

Le patient est-il adhérent à un organisme d'assurance sociale

- 1. oui
- 2. non
- 9. inconnu

SECTION 2 : Motif de consultation

Q201 Motif de la consultation (symptômes en clair, faire préciser) :

Q202 (Enquêteur) : hypothèse diagnostique posée par le prescripteur

1. paludisme
2. diarrhée
3. IRA hautes
4. IRA basses
5. IST
0. non précisé

Q203 Durée de la maladie ? (préciser l'unité : J, S, M, A)

SECTION 3 : Itinéraire thérapeutique pour ce recours aux soins

Q301 Qu'a fait le patient pour soigner cet épisode de maladie ?

1. été consulté dans ce centre
2. été consulté dans un hôpital public
3. été consulté dans un cabinet médical/clinique privé
4. été consulté dans un autre centre de santé
7. été consulté chez un médecin privé
8. été consulté chez un professionnel de santé à domicile
9. été consulté un tradipraticien
10. automédication
11. autres cas
99. inconnu

Q302 Quel mode de transport avez-vous utilisé pour arriver jusqu'ici

1. à pied
2. transport collectif
3. transport individuel
4. autres cas (à préciser)

Q303 Combien vous faut il de temps pour venir de chez vous ?
(aller seulement)

Q304 (Enquêteur : grouper)

1. 15 minutes ou moins
2. entre 15 et 30mn

3. entre 30mn et 1 heure

4. plus d'une heure

1. inconnu

2.

Q305

Combien vous coûterez au total le transport (aller/retour) en FCFA

Q306

Y a-t-il un centre de santé plus proche de votre domicile ?

1. oui

2. non

9. inconnu

SECTION 4 : Financement des médicaments

Q401

Le patient paie t il ses médicaments ?

1. oui

2. une partie, l'autre partie est payée par la mutuelle

3. non, c'est la mutuelle qui paye la totalité

4. autre assurance (préciser)

1. non (préciser pourquoi: indigent, personnel de santé etc.)

0. inconnu

Q 402

Avez-vous :

1. acheté l'ensemble du traitement ?

2. acheté tous les médicaments mais pour x jours ?

3. acheté une partie des médicaments seulement

4. complété l'achat d'une ordonnance qui n'avait pas été acheté en totalité (médicament non disponible) ?

5. complété l'achat d'une ordonnance qui n'avait pas été acheté en totalité (pour des raisons financière) ?

6. autre cas

7. n'a pas encore acheté ou rien acheté ?

9. inconnu

Q 403

Si vous n'avez pas acheté un ou des médicaments, pourquoi ?

1. parce qu'ils n'étaient pas disponibles

2. parce qu'ils étaient trop chers

3. aller chercher l'argent à la maison

4. médicament déjà disponible à la maison

5. autre raison (préciser)

9. inconnu

Q 404

Si vous n'avez pas acheté tous les médicaments, parce qu'ils étaient trop chers, sur quels critères avez-vous fait votre choix ?

1. sur les conseils du dispensateur

2. ceux qui paraissaient les plus importants

3. ceux qui étaient les moins chers
9. inconnu

Q 405

Qu'allez vous faire maintenant ?

1. aller chercher l'argent à la maison et revenir les acheter
2. emprunter de l'argent et revenir les acheter
3. aller au marché
4. ne pas les acheter
5. acheter des médicaments traditionnels
9. inconnu

Q 406

De combien d'argent disposiez vous immédiatement pour acheter les médicaments (en FCFA) :

De _____ FCFA

1. ne veut pas répondre

Q 407

Qui a donné ou qui donne l'argent pour les médicaments ?

1. moi-même
2. le conjoint
3. le père
4. la mère
5. un oncle ou une tante
6. un autre membre de la famille
7. autre cas
8. le patient
9. autre (à préciser)

Q 408

Pensez vous que le prix à payer est :

1. acceptable pour les médicaments proposés
2. trop cher compte tenu des médicaments proposés
9. inconnu

Q 409

Coût de l'ordonnance _____ FCFA

Q 410

La profession de la personne qui donne l'argent pour les médicaments

- 1 = ménagère
- 2 = agriculteur/éleveur/pêcheur
- 3 = salarié (privé)
- 4 = fonctionnaire
- 5 = profession libérale
- 6 = artisan
- 7 = commerçant
- 8 = étudiant/élève
- 9 = secteur informel
- 10 = sans emploi
- 11 = chômeur
- 12 = autre (préciser)

99 = inconnu

Q 411

Quel est le niveau d'instruction de la personne qui ?

1. jamais été à l'école
- Primaire incomplet
10. primaire complet
- fondamental incomplet
11. fondamental complet
12. secondaire incomplet
13. secondaire complet
14. supérieur
15. autres cas

99. inconnu

Q 412

Que représente pour vous le prix de l'ordonnance par rapport aux dépenses quotidiennes (DQ) dans la famille (de celui qui donne l'argent pour les médicaments)

1. moins d'un jour de DQ
2. un jour de DQ
3. 2 jours de DQ
4. 3 jours de DQ
5. 4 jours de DQ
6. 5 jours de DQ
7. plus de 5 jours de DQ
9. inconnu

Q 413

Chaque jour pour combien de personnes prépare-t-on le repas dans la famille ? _____

SECTION 5 : Opinion générale sur le personnel de santé

Q 501

Avez-vous confiance dans le personnel de santé ?

- 1= oui, toute confiance
- 2= plutôt confiance, mais avec réserve
- 3= non, pas confiance
9. inconnu

Q 502

Quelles solutions devraient être envisagées pour améliorer l'accessibilité financière des patients aux médicaments ? (en clair)

SECTION 6 : Fin de l'entrevue

Q 601

Heure de fin d'entrevue :

H :

Mn :

- Q 602 Enquêteur : calculer la durée de l'entrevue en mn
- Q 603 Langue de l'entrevue :
1. français
 2. Bambara
 3. autre langue (préciser)
- Q 604 Qualité de l'entrevue :
1. bonne, réponse précise
 2. moyenne
 3. médiocre
- Q 605 (Enquêteur)
Difficulté de la personne :
1. paraissait gênée, ne voulait pas parler
 2. paraissait pressée, pas le temps
 3. autre difficulté (préciser) :
 4. pas de difficulté particulière de la personne

N° ENQUETEUR..... DATE D'ENQUETE / / 2006 N° centre de santé

QUESTIONNAIRE AUX DISPENSATEURS

N°	Désignation	Disponible	Conditionnement	Prix public en FCFA
1	Aciclovir 400 mg comp.		15 comp	
2	Acide acétyl salicylique 500 mg comprimé		1 comp	
3	Amoxicilline 500 mg gelulle			
4	Amoxicilline 250mg/5ml, sirop			
5	Artéméther 20 mg + Luméfantrine 120 mg comprimé			
6	Artésunate 50mg + Amodiaquine 153mg comprimé			
7	Benzathine pénicilline 1,2M UI Poudre inject. + <u>solvant</u>		1 flacon	
8	Benzathine pénicilline 2,4M UI Poudre inject. + <u>solvant</u>		1 flacon	
9	Céfixime 400 mg comprimé		1 comp	
10	Ceftriaxone 250 mg inject.		1 flacon	
11	Chloroquine 100 mg comprimé		1comp	
12	Chloroquine 100 mg sirop			
13	Ciprofloxacine Comp. 500mg		1 comp	
14	Clotrimazole 2% crème		1 flacon	
15	Clotrimazole 200 mg ovule		3 ovules	
16	Clotrimazole 500 mg ovule		1 ovule	
17	Cotrimoxazole 240mg/5ml, sirop			
18	Cotrimoxazole 480 mg Comp.		28 comp.	
19	Doxycycline 100 mg Comp.		14 comp	
20	Eosine 1%		1 flacon	
21	Erythromycine 500mg Comp.		28 comp	
22	Métronidazole 500 mg ovule		10 ovules	
23	Métronidazole 250mg Comp.		1 comp	
24	Nystatine 100 000 UI ovule		14 ovules	
25	Polyvidone iodée		1 flacon	
26	Quinine 200 mg injectable		1 amp	
27	Quinine 400 mg injectable		1 amp	
28	Sel de réhydratation orale		1 sachet	
29	Seringue 10 cc		1	
30	Seringue 5 cc		1	
31	Sulfadoxine 500 mg + Pyriméthamine 25 mg comprimé		3 comp	
32	Violet de Gentiane 1%		1 flacon	
33	Lactate de sodium (Ringer)		1 flacon	
34	Sérum salé 0,9%		1 flacon	
35	Paracétamol 500 mg cp		1 comp	
36	Paracétamol sirop			

N° Ordonnance Date Ordonnance/...../2006 Origine ordonnance = Résidence : 1-aire de santé
 2-hors aire de santé
 Date d'enquête/...../ 2006 N° centre de santé N° Fiche d'enquête.....
 Sexe :1-Masculin 2-Féminin Ethnie..... Hypothèse diagnostique :

Nom médicament prescrit et posologie	Quantité	Prix unitaire	Prix total médicament	Injec table	An tibi o	DCI	Tt réf	Nom médicament acheté	Quantité	Prix unitaire	Prix total médicament	DCI acheté
Nombre lignes prescrites=			total =	oui non	=	=		Nombre médicaments achetés=			total achat =	=

Achat : total-0 partiel motif 1-argent 2-médic absent 3-autre motif 4-inconnu Aucun achat motif : 5-argent 6-médic absent 7-autre motif 9-inconnu
 1-Médecin, 2- IDE, 3-Infirmier, 4-Sage femme, 5-Matrone, 6-Interne, 7-Autre **PU tt réf** :
 Patient: age : 1 = <1 an, 2=1 – 4 ans, 3 = 5 – 14 ans 4 = 15 – 49 ans 5 = 50 ans et plus, 6= f. enceinte 9= Inconnu **Qté** : **Coût total** :

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : SALIATOU

Pays d'origine : MALI

Année Universitaire : 2006-2007

**Lieu de dépôt : BIBLIOTHEQUE DE LA FACULTE DE
MEDECINE ET DE PHARMACIE ET D'ODONTO
STOMATOLOGIE**

RESUME

Cette étude présente les résultats obtenus en utilisant un outil de mesure de l'accessibilité financière aux médicaments. La méthodologie suivie s'appuie sur l'identification de cinq pathologies traceuses et des traitements thérapeutiques correspondants et sur la détermination du montant théorique que chaque classe de population peut consacrer à l'acquisition de ces traitements, sans détérioration de son statut économique (seuil d'accessibilité financière). Les résultats obtenus avec cette méthode sont comparés à ceux obtenus dans le cadre d'une enquête de terrain, réalisée auprès des patients répondant au critère d'inclusion des centres de santé de référence et des centres de santé communautaires.

Les principaux résultats obtenus montrent que la majorité de la population n'ont pas accès aux traitements de maladies courantes.

L'enquête de terrain montre par ailleurs que ces résultats sont aggravés par quatre facteurs externes : les dépenses monétaires induites (coût du transport, consultation...), le non-respect des ordinogrammes, les pratiques de prescription et les pratiques de dispensation.

Après intégration de ces coûts, l'accessibilité effective de la population aux coûts des traitements des pathologies traceuses n'est pas significative

Mots clés : médicament, coût, accessibilité financière.

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerais mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verrons pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

Je le jure