

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But Un Foi

Ecole Nationale de Medecine et de Pharmacie du Mali

ANNEE 90

N° 2

*Les Consequences de la mise en Oeuvre de l'Initiative de
Bamako sur la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) et
sur la Population*

THESE

Présentée et Soutenue publiquement le

devant l'Ecole Nationale de Medecine et de Pharmacie

par Sekou Sadibou KANTA

pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie

(Diplôme d'Etat)

EXAMINATEURS

Président du Jury:

Membres:

Directeur de These:

Professeur Boubacar CISSE

J. Brunet JAILLY

Docteur Hama CISSE

Docteur Hubert BALIQUE

**ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1990 - 1991.**

Professeur Sambou SOUMARE
Professeur Moussa TRAORE
Docteur Hubert BALIQUE
Bakary M. CISSE
Hama B. TRAORE

Directeur Général
Directeur Général Adjoint
Conseiller Technique
Secrétaire Général
Econome

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chef de D.E.R. Chirurgie
Professeur Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur Bocar SALL	Ortho. Traumat.Sécourisme
Professeur Mamadou DEMBELE	Chirurgie générale
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie générale
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Professeur Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Professeur Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Bénitiéni FOFANA	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Madame SY Aïssata SOW	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie générale-Soins infirmiers
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Massaoulé SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Docteur Alhousseïni AG MOHAMED	O.R.L.
Docteur Mme Fanta Sambou DIABATE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Anesthésie Réanimation
Docteur Sidi Yaya TOURE	Anesthésie Réanimation

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima KOUMARE	Microbiologie (Chef de D.E.R)
Professeur Siné BAYO	Anatomie-Patologie-Histo-Embryo
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Anatomie
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Biologie-Génétique

3. DOCTEURS 3è CYCLE

Professeur Moussa HARAMA	Chimie Organique Minérale
Professeur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Mme THIAM Aïssata SOW	Biophysique
Professeur Bakary M.CISSE	Biochimie
Professeur Mamadou KONE	Anatomie-Physio-Humaines

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA	Parasitologie
Docteur Anatole TOUNKARA	Immunologie

5. MAITRES-ASSISTANTS

Docteur Hama CISSE	Chimie Générale
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie
Docteur Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITE MEDICALE

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Souleymane SANGARE	Pneumo-Phtisiol (Chef de D.E.R)
Professeur Abdoulaye AG RHALY	Médecine Interne
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Koureissi TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Professeur Eric PICHARD	Médecine Interne
Professeur Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Sornita KEITA	Dermato-Leprologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hémato-Médecine interne

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSE	Toxicologie
---------------------------	-------------

2. MAITRES-ASSISTANTS

Docteur Boukassoum HAIDARA	Législ. Gest. Pharm.
Docteur Elimane MARICO	Pharmacodynamie
Docteur Arouna KEITA	Matière médicale
Docteur Ousmane DOUMBIA	Pharmacie chimique

3. DOCTEUR 3è CYCLE

Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU	Pharmacie galénique
---------------------------------	---------------------

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique (Chef de D.E.R)
Docteur Hubert BALIQUE	Maître de conf. Santé Publique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Sory Ibrahima KABA	Epidémiologie
Docteur Sanoussi KONATE	Santé Publique
Docteur Moussa A.MAIGA	Santé Publique
Docteur Georges SOULA	Santé Publique
Docteur Bocar TOURE	Santé Publique
Docteur Pascal FABRE	Santé Publique

DOCTEURS 3è CYCLE

Professeur Bouba DIARRA	Microbiologie
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Souleymane TRAORE	Physiologie Générale
Professeur Salikou SANOGO	Physique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Minérale
Professeur Bakary SACKO	Biochimie
Professeur Messaoud LAHBIB	Biologie Végétale
Professeur Karango TRAORE	Cryptogamie

CHARGES DE COURS

Monsieur Modibo DIARRA	Diététique-Nutrition
Docteur Boubacar KANTE	Pharmacie Galénique
Docteur Alou KEITA	Pharmacie Galénique
Docteur Souleymane GUINDO	Gestion
Docteur Mme MAIGA Fatoumata SOKONA (Ingénieur Sanitaire)	Hygiène du Milieu
Mme DEMBELE Sira	Mathématiques
Professeur Yoro DIAKITE	Mathématiques
Professeur Sidiki DIABATE	Bibliographie

ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Docteur Sékou SIDIBE	Ortho-traumatologie
Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie générale
Docteur Moussa I. MAIGA	Gastro-Enterologie
Docteur Kader TRAORE	Médecine Interne
Docteur Flabou BOUGOUDOGO	Microbiologie
Docteur Mamadou A. CISSE	Urologie
Mme KOUMARE Fanta COULIBALY	T.P. Soins Infirmiers
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur KONARE Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Leprologie
Docteur Drissa DIALLO	Matière Médicale
Docteur Nouhoum ANGOIBA	Chirurgie Générale
Docteur Sahari FONGORO	Néphrologie
Docteur Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Docteur Benoit KOUMARE	Chimie Analytique
Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur GENIAUX	C.E.S. Dermatologie
Professeur LAGOUTTE	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Philippe VERIN	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur E.A. YAPO	Biochimie
Professeur Théophile SODOGANDJI	Pharmacodynamie
Professeur Léopold TCHAKPE	Pharmacie Chimique
Professeur Ababacar FAYE	Pharmacodynamie
Professeur Mamadou BADIAN	Pharmacologie
Professeur Mamadou KOUMARE	Pharmacologie

PERSONNELS RESSOURCES

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I. MAIGA	I.N.R.S. P.
Docteur Mme SANGARE	I.N.R.S.P.
Docteur Chompéré KONE	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie Paul DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur RECHIKOFF	I.O.T.A.
Docteur DICKO	P.M.I. Sokoniko
Docteur Mme TRAORE	Kati
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I. Centrale
Docteur Mme TRAORE J. THOMAS	I/O.T.A.
Docteur Pierre BOVIN	DERMOTO-LEPROLOGIE
Docteur Alain DELAYE	CHIRURGIE GENERALE

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

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.

à :

Mon Père feu Cheick KANTA :

Vous avez été pour nous un père modèle, un travailleur inlassable.

En reconnaissance de l'attention particulière, de vos soucis permanents pour notre réussite, ce travail est aussi le vôtre. En ce grand jour je pleure votre absence, reposez-vous en paix.

à :

Ma Mère Fanta BATHILY

Vos puissantes qualités d'éducatrice ont été pour nous la plus importante source d'inspiration. Trouvez dans ce modeste travail le témoignage partiel de ma reconnaissance et de mon indéfectible et filial attachement.

à :

Monsieur Gaoussou KANTA:

En reconnaissance de l'aide, de l'attention particulière et de l'encouragement que vous avez porté à mes problèmes tout au long de mes études .Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

à :

Cheick Oumar KANTA

L'atmosphère familiale dont tu m'as entouré au cours de mes études a largement contribué à ma réussite. Trouvez ici le témoignage de toute ma reconnaissance et de mes sentiments fraternels.

à :

Rokiatou KANTA Nandi

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

à :

Ma petite soeur Zéinèbou KANTA

Ce travail est un témoignage d'affection et de gratitude pour votre soutien, ce jour est aussi le vôtre.

à :

Tous mes frères et soeurs

Vous m'avez tous compris, conseillé et entouré d'affection. Ce travail est le fruit d'un effort collectif auquel vous avez tous contribué de loin et de près.

à :

Mes oncles pour toute l'affection que vous n'avez cessé de manifester à mon endroit.

à :

Tous mes amis que je ne peux pas citer de peur d'en oublier.

à :

Tout le personnel de la Division Santé Communautaire pour tout le service rendu : Ousmane B. TOURE, Birama Djan DIAKITE, Mamadou MARIKO, Djigui DIAKITE, Adama TRAORE, Sidi TRAORE, Tiéman DIARRA, Zoumana DAOU.

à :

Melle Mayama MALLE (Secrétaire) pour service rendu.

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président du jury le P^r. Boubacar CISSE :
Professeur agrégé en toxicologie,
Chef de D.E.R, des Sciences pharmaceutiques à l'ENMP.

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples préoccupations. Vous demeurez pour nous un modèle de sagesse et de modestie. Recevez par ce travail le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Au Docteur Hama CISSE

Vous avez apporté à ce travail votre soutien moral et intellectuel. Votre présence nous honore ; nos sincères remerciements.

Au P^r. Joseph Brunet JAILLY
Directeur de Recherche à l'ORSTOM

Vous nous avez fait honneur en nous confiant ce travail tout en mesurant l'ampleur des difficultés. Vos immenses qualités pédagogique et morale ont conquis notre admiration. Toute notre reconnaissance.

Au Docteur Hubert BALIQUE
Conseiller à l'ENMP
Chargé de Cours en Santé Publique

Les conseils et les suggestions que vous nous avez donné tout au long de l'élaboration de la thèse ont été d'un apport appréciable. Toute notre gratitude.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1- <i>L'Organisation Mondiale de la Santé à la recherche des solutions aux problèmes de médicaments des pays du Tiers-Monde</i>	3
1-1. <u>La situation pharmaceutique dans le monde avec spécificité des pays du Tiers-Monde</u>	3
1-1. Nombre de médicaments sur le marché.....	5
1-2. Variation du prix du médicament dans le monde.....	6
1-3. Efficacité des médicaments dans le monde.....	7
1-4. Place des médicaments dans les dépenses de santé.....	8
1-5. Inadaptation des prescriptions.....	9
1-6. Conséquences de l'abus des médicaments : l'iatrogénèse.....	9
1-7. Distribution des médicaments.....	9
1-2. <u>Historique et notion de médicaments essentiels</u>	10
1-3. <u>Utilisation des médicaments essentiels comme base du financement communautaire à Pahou (Bénin)</u>	15
3-1. Comment le projet a-t-il été résolu à Pahou.....	15
3-2. Leçons tirées de l'expérience de Pahou.....	16
3-3. Comportement de la population à l'égard de la politique.....	17
3-4. Conclusion.....	18
1-4. <u>Initiative de Bamako</u>	19
4-1. Généralités sur l'Initiative de Bamako.....	19
4-2. Cas du Mali.....	20
2-1. Expérience de la région de Mopti dans le domaine de recouvrement des coûts, approvisionnement et distribution des médicaments.....	22
2-2. Contrat-plan.....	24
2-3. Etude.....	25

<i>2- Quelle liste de médicaments essentiels</i>	27
<i>3- Quelles spécialités retirer du catalogue de la PPM.....</i>	40
<i>4- Informations relatives aux médicaments et activités éducatives.....</i>	54
<i>5- Effet du contrat-plan sur la PPM.....</i>	57
5-1. <u>Construction du modèle.....</u>	57
1-1. Conséquences sur le chiffre des achats de la PPM.....	58
1-2. Coût du transport international.....	63
1-3. Privilège de l'UMPP.....	64
1-4. Exonération fiscale.....	66
1-5. Situation des officines privées.....	68
1-6. Accélération du rythme d'approvisionnement.....	70
1-7. Coefficient servant au calcul du prix de vente.....	71
1-8. Coefficient de perte	73
1-9. Réduction des charges de la PPM.....	74
1-10. Présentation du modèle.....	77
5-2. <u>Quelques scénarios.....</u>	81
Resumé et conclusion.....	96
Bibliographie	

INTRODUCTION

A l'heure actuelle, la couverture effective des besoins de santé ne cesse de se réduire dans de nombreux pays africains parce que les centres de santé et les dispensaires ne disposent pratiquement d'aucun médicament et, en fait, d'aucun budget de fonctionnement (cf [13] p.2).

Les gouvernements qui mettent des médicaments gratuitement à la disposition de leur population éprouvent des difficultés à les fournir de façon continue. D'autre part, l'approvisionnement en médicaments par le biais des dons, s'il convient pour de courtes périodes, va, à long terme, à l'encontre de l'autosuffisance (cf [13] P. 1)

La 28ème Assemblée Mondiale de la Santé dans sa séance plénière du 29 mai 1975 a adopté la résolution WHA 28-66 par laquelle elle recommandait à tous les Etats membres de définir, de développer et d'appliquer des politiques pharmaceutiques nationales pour satisfaire globalement aux problèmes de médicaments des populations (cf [18] p.2).

L'approvisionnement des populations en médicaments essentiels a été retenu comme une des composantes des soins de santé primaires (SSP) définis à Alma Ata en 1978 à la suite de nombreuses études (cf [18] P. 2).

Dès lors de nombreux pays en développement ont opté pour la politique des médicaments essentiels, mais les programmes correspondants ne sont pas bien avancés.

En septembre 1989, les délégués de la 37ème réunion régionale de l'OMS à Bamako ont élaboré l'Initiative de Bamako.

Au Mali, dans la mise en oeuvre de cette option nouvelle, un contrat-plan a été passé entre l'Etat et la PPM et qui prévoit que :

- La PPM approvisionnera le marché malien, sans rupture de stock ou autres incidents du même genre, en une soixantaine de médicaments essentiels qui seront achetés sur le marché international par appel d'offre.
- La PPM supprimera de son catalogue les spécialités contenant isolément ou en combinaison, les mêmes molécules que les médicaments essentiels de cette liste.

Notre étude a pour objectif de préciser les conséquences de ces dispositions du contrat-plan. Elle tentera donc de répondre aux questions suivantes :

- Quelle liste de médicaments essentiels pourrait servir de base à la mise en oeuvre au Mali de l'Initiative de Bamako ?
- Quelles spécialités devrait-on retirer du catalogue de la PPM ?
- Quels seraient les effets de l'application du contrat-plan sur la PPM ?

L'étude abordera également les problèmes relatifs à l'éducation des prescripteurs et des malades.

Chapitre 1

**L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE A LA RECHERCHE
D'UNE SOLUTION AUX PROBLEMES DE MEDICAMENTS DES PAYS DU
TIERS-MONDE**

L'OMS, devant le souci d'apporter des remèdes aux maux des pays du Tiers-Monde, n'a pas manqué d'imagination ni d'ardeur dans la poursuite de ses objectifs.

La politique des médicaments dans le Tiers-Monde est d'une importance capitale et mérite d'être sérieusement étudiée en tenant compte des réalités socio-économique, politique et culturelle de chaque pays.

Dans ce chapitre nous aborderons les problèmes relatifs à la situation pharmaceutique dans le Tiers-Monde, situation qui n'est guère brillante et qui nécessite un changement ; nous ferons ensuite l'historique de la notion de médicaments essentiels ; nous pouvons poursuivre par un exposé sur l'utilisation de médicaments essentiels à Pahou (Bénin) et enfin nous présenterons l'Initiative de Bamako.

**I - La situation pharmaceutique dans le monde avec
spécificité des pays du Tiers-Monde**

Dès les XVII^e et XVIII^e siècles, les maladies ont été un obstacle à l'expansion européenne dans les territoires d'outre-mer. La mortalité parmi les troupes coloniales était élevée, ce qui a poussé les gouvernements des métropoles à soutenir des efforts afin de connaître

les maladies tropicales et d'élaborer les médicaments. Il fallait aussi chercher à préserver la force de travail des indigènes de façon à ce que la productivité augmente.

Avec l'accession à l'indépendance de nombreux Etats, la plupart des Européens rentrent chez eux et les pays en développement sont laissés à eux-même. Ces derniers beaucoup trop démunis de moyens financiers, ne peuvent pas développer de système de santé efficace et acheter des médicaments; il en résulte un désintérêt croissant de la plupart des firmes pharmaceutiques pour toute recherche ayant trait aux maladies spécifiques du Tiers-Monde.

Elles rappellent ainsi qu'elles ne sont pas des institutions sociales ou de bienfaisances, mais des entreprises dont l'objectif est de réaliser le maximum de profit.

Si nous comparons la pathologie du Tiers-Monde et les besoins en médicaments qui en résultent avec la gamme des produits mis sur le marché par l'industrie pharmaceutique dans son ensemble, les points communs ne sont que fort peu nombreux. Ainsi, sur les 400 produits commercialisés dans le monde par Ciba-geigy, Hoffmann-La Roche et Sandoz (3 firmes baloises faisant partie des dix premières entreprises pharmaceutiques mondiales, présentes sur presque tous les marchés), moins de 10 % correspondent à la liste des médicaments essentiels définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (cf [12] p.110).

Parmi ces quelques produits, nombre ont été découverts il ya longtemps et principalement pour les maladies des pays développés. Il semble alors évident que, pour les entreprises pharmaceutiques, il vaut

mieux mettre sa science au service de 769 millions de personnes qui disposent d'un revenu supérieur ou égal à 6.500 dollars par an qu'au service de 2 milliards de personnes dont le revenu moyen se situe aux environs de 500 dollars (cf [12] p.110).

Cependant les entreprises pharmaceutiques continuent à dominer le marché de nos pays et cela grâce à une arme psychologique qu'est la publicité.

Il s'agit d'une publicité difficile à combattre car elle profite de la vulnérabilité des prescripteurs et cache son but ultime qui est de vendre plus.

L'analyse d'un certain nombre de facteurs ayant un impact sur la vie du médicament fait ressortir les orientations et les préoccupations des uns et des autres.

1-1 - Nombre de médicaments sur le marché :

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

Selon Andras NOVEMBER en 1983, en tenant compte des différentes marques commerciales, des dosages, des formes galéniques et des tailles d'emballages, plus de 30.000 produits étaient commercialisés en Suisse (cf [1] p.64).

En 1959 on dénombrait 20.000 présentations en France.

En 1987, 11.200 présentations sur 9.000 produits étaient commercialisés en Allemagne (cf [18] p.13).

Le marché Italien comportait en 1987, 12.000 présentations et 6.000 produits (cf [18] p.13).

Au Mali plus de 2.000 spécialités sont exploitées par la PPM (cf [17] p.1). Cependant beaucoup de ces spécialités ne sont que des différenciations de marque.

1-2 - Variation du prix du médicament dans le monde

Le prix du médicament varie selon le fabricant et selon l'importance du marché et il est assez élevé.

La même firme pharmaceutique vend un médicament (même formule, même dosage, même quantité) du simple au double suivant les pays.

Le valium fabriqué par Hoffmann-La Roche est deux fois plus cher en Suisse, aux Etats-Unis, en Argentine qu'en France .

Les pays où les médicaments sont les moins chers sont ceux où existe un contrôle des prix sévère, tels la France et l'Italie.

**Tableau: Prix comparés des médicaments en Suisse et à l'étranger.
Italie : Base 100**

Médicaments	Italie	France	Allemagne	Suisse	Haute-Volta
Aspirine 20 cp. 500 mg	100	94	250	325	-
Bactrim 20 cp. 400+80	100	229	465	518	282
Hydergine 15 ml gouttes	100	136	309	321	-
Mexafornie 20 cp.	100	164	-	413	266
Tanderil 30 cp. 100 mg	100	189	458	341	273
Vallium 25 cp. 5 mg	100	133	323	343	169

Source : Pour les pays Européens : Helvetia, 8/9, 1979, P. 11.

Pour les pays du Tiers-Monde : enquête de l'auteur.

1-3 - Efficacité des médicaments dans le monde :

L'efficacité d'un grand nombre de produits semble douteuse.

En 1965, des experts britanniques ont jugé que sur 3.000 produits analysés, 35 % étaient soit inefficaces, soit caduques, soit en association irrationnelle (cf [12] p.142).

En 1973, une étude du Council of Economic priorities a essayé d'évaluer les performances des 16 premières firmes sur le marché aux Etats-Unis en termes de sécurité et d'efficacité de leurs produits ; parmi elle : Hoffmann-La Roche et Ciba-Geigy.

Pour ce dernier laboratoire, 11 % des 111 médicaments examinés étaient totalement inefficaces, 25 % étaient probablement inefficaces, 64 % étaient efficaces pour au moins une indication et seulement 9 % étaient efficaces pour toutes les indications (cf [12] p.143).

Pour Hoffmann-La Roche, 22 % de ces médicaments examinés étaient totalement inefficaces, 54 % étaient efficaces pour au moins une indication et 5 % étaient efficaces pour toutes les indications (cf [12] p.143).

D'après les estimations de la FDA (Food and Drug Administration), entre 1974 et 1979, seuls 6,4 % des 484 médicaments qui lui ont été soumis représentaient un important gain thérapeutique par rapport aux médicaments déjà sur le marché. Sur ce pourcentage ; 3,5 % c'est à dire 17 produits étaient de nouvelles molécules et 2,5 de nouvelles formes galéniques pour un vieux produit (cf [9] p.143).

La situation demeure la même dans les pays en développement puisque les médicaments les plus vendus sont ceux que l'on trouve dans les pays industrialisés.

1-4 - Place des médicaments dans les dépenses de santé :

Les médicaments représentent une très grande part des dépenses de santé surtout dans les pays en voie de développement où les dépenses en médicaments atteignent jusqu'à 65 % des dépenses de santé (cf [18] P.14).

Au Mali, dans la zone KBK (Kita, Bafoulabé, Kenieba) du Projet de Développement Sanitaire (PDS), les dépenses en médicaments ont été estimées à plus de 63 % des coûts des soins cf [15].

A Bamako dans le quartier Bankoni les dépenses de santé sont essentiellement constituées par les achats des médicaments qui en représentent 80,71 % (cf [4] p.71).

Dans les familles des personnels de l'enseignement et de la culture à Bamako, il ressort clairement que la consommation médicale est d'abord une consommation de médicaments : 65,7 % des dépenses en santé (cf [6] p.20).

Par rapport aux dépenses de santé, les dépenses de médicaments se sont chiffrées à 49,16 % à Didieni ; 63,06 % à Dioïla et 86,72 % à Kangaba (cf [5] p.50).

1-5 - Inadaptation des prescriptions :

Faute de moyens de diagnostic, d'information médicale valable et d'identification des besoins réels en médicaments, la tendance à la surprescription est de plus en plus croissante dans les pays du Tiers-Monde (cf [18] P.15).

1-6 - Conséquence de l'abus des médicaments : L'iatrogénèse

L'usage irrationnel des médicaments entraîne de plus en plus d'accidents. Les statistiques indiquent qu'un malade sur dix est hospitalisé en moyenne en Europe à la suite d'un accident thérapeutique (cf [1] p.69).

1-7 - Distribution des médicaments :

La distribution des médicaments se fait au profit d'une minorité de la population.

En 1976 plus de trois quarts des médicaments produits dans le monde ont été consommés par 27 % de la population mondiale, celle vivant dans les pays développés (cf [16] p.7).

En 1985, l'écart s'est encore creusé, puisque la population mondiale vivant dans les pays en développement, soit 75 % du total, a consommé 21 % seulement des médicaments distribués dans le monde (cf [16] p.8).

A la lumière de cette dégradation de la situation pharmaceutique, l'OMS a lancé une stratégie ambitieuse destinée à rationaliser les dépenses et l'usage du médicament dans le monde entier. Les résultats de plusieurs études ont abouti à la remarque suivante : "Bien que chaque médicament soit utile pour ceux qui peuvent en avoir besoin, certains médicaments sont le plus souvent demandés par un plus grand nombre" d'où l'idée d'une liste limitative de médicaments (cf [18] p.15).

II - Historique et notion de médicaments essentiels :

Pour mieux utiliser le peu de ressources financières dont disposent nos pays, nous devons nous limiter en matière de médicaments sans doute aux produits dont l'efficacité thérapeutique est prouvée, qui présentent des garanties suffisantes de sécurité et qui sont susceptibles de satisfaire aux besoins sanitaires de la population en cause.

C'est ainsi qu'en 1974 nous assistons au lancement du programme mondial des médicaments essentiels par l'Assemblée Mondiale de la Santé.

En 1975 à la 28ème Assemblée Mondiale de la Santé, le directeur général de l'OMS fait allusion à des systèmes existants dans certains

pays et reposant sur la notion de médicaments fondamentaux ou essentiels. Ces systèmes ont pour but de rendre les médicaments de première nécessité plus accessibles aux populations dont les besoins de base ne peuvent être satisfaits par l'organisation actuelle de la distribution (cf [19] p.5). L'Assemblée prie l'OMS de fournir des conseils aux Etats membres touchant le choix et l'achat à des prix raisonnables, de médicaments de qualité bien établie correspondant à leurs besoins sanitaires nationaux.

Le directeur général souligne que le choix de ces médicaments essentiels doit dépendre des besoins sanitaires des pays, ainsi que de la structure et du développement de leurs services de santé.

En octobre 1976, une consultation officieuse est organisée à Genève afin de guider le directeur général dans le choix des médicaments essentiels correspondants aux besoins sanitaires, compte tenu de la situation des pays en développement où l'objectif principal est d'étendre les soins de santé primaires à l'ensemble de la population.

Suite au rapport de cette consultation, le comité appelle l'attention sur les directives suivantes (cf [19] p.6) :

- Chaque pays doit dans le cadre de sa politique nationale décider du degré de développement à donner aux systèmes et aux listes de médicaments essentiels.
- La notion de liste de médicaments essentiels doit tenir compte de la diversité des situations locales, si l'on veut qu'elle puisse répondre aux besoins sanitaires réels du plus grand nombre.

- L'OMS, en raison des grandes différences qui existent d'un pays à l'autre, ne peut pas élaborer une liste de médicaments uniformément et universellement applicable et acceptable.

La liste qu'elle proposera servira de modèle et aidera dans la solution de leurs problèmes ceux des Etats membres dont les ressources minimales ne peuvent pas couvrir l'ensemble des besoins sanitaires.

- La sélection des médicaments essentiels ne sera pas une fin en soi. Elle évoluera en fonction des connaissances dans les domaines pharmacologique et pharmaceutique ; en fonction des variations de la pathologie et des changements de la situation épidémiologique. Elle doit être accompagnée d'un effort simultané d'éducation, de formation et d'information des prescripteurs.

En 1977, est publié le premier rapport sur la sélection des médicaments essentiels (cf [19] p.7).

Cette sélection est remise à jour en 1979 et elle comporte 234 médicaments se subdivisant en 28 classes thérapeutiques et 2 catégories : les 194 médicaments principaux et 40 médicaments complémentaires. Ces derniers ne sont conseillés que si les produits de la liste principale ne sont pas disponibles, ou s'ils sont inefficaces pour un individu donné, ou dans des circonstances exceptionnelles et des cas de maladie très rare (cf [12] p.105).

La sélection des médicaments est la première mesure à prendre pour qui veut essayer d'organiser un approvisionnement en

médicaments efficaces. C'est une mesure indispensable, mais ce n'est pas une mesure suffisante. Une telle sélection a pour avantages majeurs d'éliminer les médicaments dangereux, inutiles, d'améliorer la qualité de l'utilisation, de l'information, de la surveillance des médicaments.

De bons médicaments sont souvent mal utilisés, faute d'une bonne information ; mais avec un nombre plus restreint de produits, l'agent de santé ou le médecin pourra prescrire plus efficacement (cf [12] p.183).

L'adoption des dénominations communes internationales (DCI) autrement dit des noms génériques en remplacement des noms de marque est tout aussi importante. Elle permet de réaliser de véritables économies au niveau des achats. Les dénominations communes internationales sont choisies de façon à ce que celui qui prescrit, ou celui qui dispense sache à quelle classe thérapeutique appartient chaque médicament : ainsi l'ampicilline, la doxacilline, la carbenicilline sont toutes des pénicillines ; "hydrochlorothiazide", "polythiazide" et "cyclopentathiazide" sont des thiazides, ce qui ne ressort pas des noms de marque respectifs ESIDREX, RENESE et NAVIDEX (cf [14] P.42).

Le nom de marque ne donne aucune indication sur le principe actif et bien souvent nombre de médecins ne connaissent pas ce que contient le médicament qu'ils prescrivent.

L'approvisionnement des populations en médicaments essentiels semble être une solution aux problèmes sanitaires des pays du Tiers-Monde.

De nombreux pays en développement ont déjà choisi des médicaments essentiels en fonction de leurs besoins et les programmes correspondants sont dans certains cas à un stade avancé.

Ces pays ont acquis une expérience touchant à des degrés divers la responsabilité des collectivités locales, l'approvisionnement en médicaments essentiels et, dans une certaine mesure, le financement au niveau du district et de la collectivité locale en tant que moyen important d'assurer le fonctionnement efficace des soins de santé primaire, même s'il est rare qu'ils aient une expérience de tous ces éléments simultanément. Parmi ces pays (plus de 80) nous pouvons citer le Zaïre, le Nigéria, l'Angola et l'Ethiopie. Certains d'entre eux tels que le Ghana, le Bénin, le Sénégal, le Nigéria donnent l'exemple d'une décentralisation de la planification et de la gestion au niveau du district.

Le cas du Bénin que nous présentons ci-dessous nous semble remarquable.

III - Utilisation des médicaments essentiels comme base du financement communautaire à Pahou (Bénin) cf 20

Au Bénin jusqu'en 1983, les salaires du personnel consomment plus de 80% d'un budget resté stationnaire et les dépenses de fonctionnement sont en conséquence réduites au minimum, quitte à compromettre l'activité des services.

Une nouvelle stratégie pour assurer le fonctionnement des centres de santé et les activités des soins de santé primaires s'impose alors : il s'agit de l'autofinancement des frais de fonctionnement au niveau local.

Cet autofinancement comprend le recouvrement non seulement des coûts des médicaments essentiels, mais aussi des charges liées à la rémunération des agents villageois de santé (A.V.S.), le carburant pour les séances de vaccination dans les villages et la supervision des A.V.S., le fonctionnement de la chaîne de froid, l'entretien du centre de santé et le petit matériel de bureau.

3-1 - Comment ce problème a-t-il été résolu à Pahou ?

Le projet de développement sanitaire de Pahou créé en 1983, situé à 25 Km de Cotonou, la capitale économique du Bénin, dessert une population de 12.000 habitants vivant dans 15 villages.

Le projet bénéficie de financements destinés à la recherche. Dans le chef lieu de la commune, se trouve un complexe communal de santé (CCS) qui comprend un dispensaire, une maternité, une petite pharmacie et une salle de cours.

Les activités au CCS se focalisent sur les interventions les plus essentielles des soins de santé primaires. Il a été introduit au CCS un système de financement communautaire basé sur l'utilisation des médicaments essentiels.

Ces médicaments sont achetés sous leur nom générique et par le biais des organismes internationaux comme l'UNICEF qui livrent le produit à leur prix de revient. Ces médicaments sont revendus aux malades sous forme de traitement complet à un prix qui varie suivant la gravité de l'affection. En effet la vente des médicaments et non des traitements, risque d'affecter la qualité des soins, car selon leurs possibilités financières, les malades achètent entièrement ou partiellement les médicaments prescrits. Le système contribue à l'amélioration de la qualité des soins.

Dans ce système, la communauté paye les soins, mais intervient aussi dans les modifications de prix, dans la gestion des recettes, dans la rémunération des AVS (Agents villageois de Santé).

Après trois années d'activité, ce mode de financement communautaire a pu recouvrir jusqu'à 85% des frais de fonctionnement mentionnés ci-dessus.

3- 2 - Leçons tirées de l'expérience de Pahou

Au Bénin, les prescriptions médicales utilisant les médicaments non essentiels coûtent autour de 5.000 francs dont souvent le tiers seulement est honoré, ce qui fait une dépense de 1.000 à 2.000 francs pour un traitement partiel et incomplet.

Le tarif payé en moyenne dans le projet pour le traitement y compris la consultation est de 375 F.CFA.

Les médicaments essentiels utilisés sous leur nom générique, achetés par le biais des organismes internationaux à but non lucratif procurent aux malades un traitement complet, une marge bénéficiaire appréciable tout en restant moins chers que les spécialités. Il apparaît donc tout à fait faisable de baser le recouvrement des frais de fonctionnement locaux sur les médicaments essentiels.

3-3 - Comportement de la population à l'égard de la politique

Après plus de trois années d'expérience entre 1983 et 1986 ce système de traitement basé sur les médicaments essentiels ne bénéficie que d'une seule source de recette, qui est obtenue par la cession des médicaments essentiels.

Il a été constaté une augmentation progressive de cette recette, ce qui montre que la population accepte de mieux en mieux les médicaments essentiels utilisés sous leur nom générique et pour la plupart sous forme de comprimés. La décentralisation du système jusqu'au niveau village en janvier 1984, a encore amélioré l'utilisation des médicaments essentiels.

3-4 - Conclusion

L'expérience du projet de développement sanitaire de Pahou a montré que l'utilisation des médicaments essentiels pour les traitements est acceptée par la population et que les recettes provenant de la vente des traitements peuvent effectivement couvrir les frais de fonctionnement locaux d'un système des soins de santé primaires.

Cependant, même si certains pays ont réalisé des expériences dans le domaine de l'approvisionnement en médicaments essentiels, celles-ci ne couvrent pas l'ensemble de ces pays.

En réalité il faudra une relance des efforts internes et une plus grande assistance financière extérieure si l'on veut atteindre les objectifs d'Alma-Ata, à savoir "la santé pour tous à l'an 2000" et l'objectif global de la troisième décennie des Nations Unies pour le développement à savoir réduire les taux de mortalité infantile à 50 pour 1000 naissances vivantes au moins.

C'est à la recherche de solutions aux problèmes sanitaires des pays du Tiers-Monde, qu'a été lancé en septembre 1987 dans la capitale Malienne l'Initiative de Bamako en présence du directeur général de l'OMS, du directeur régional pour l'Afrique de cette organisation, des ministres africains de la santé et du directeur général de l'UNICEF.

IV Initiative de Bamako

4-1 - Généralités sur l'Initiative de Bamako

L'Afrique subsaharienne a besoin d' un soutien extérieur pour sortir de ses difficultés économiques actuelles.

Le but de l'Initiative de Bamako est de répondre aux besoins concrets et immédiats des pays par un approvisionnement en médicaments essentiels de base, dont le produit de la vente servira à assurer et à développer les soins de santé maternelle et infantile. Actuellement la couverture des besoins de santé fondamentaux recule dans de nombreux pays car les centres de santé et les dispensaires sont à court de médicaments et pratiquement à court d' argent.

L'objectif sera donc d'abord de remettre en état le système, puis d'en élargir la couverture. Les médicaments essentiels achetés en gros à bas prix, seront vendus avec bénéfice mais à des prix bien inférieurs aux prix de détail locaux des spécialités ; ceci permettra non seulement de financer le renouvellement des stocks, mais aussi le développement des services de santé de district, de façon à assurer des soins de santé maternelle et infantile "cheville ouvrière de l'expansion des soins de santé primaires" accessibles à tous.

Il ne saurait être question de revenir à la théorie des soins gratuits. Peu rationnelle, elle aboutit toujours à une impasse.

Les politiques consistant à vouloir offrir des soins gratuits se sont soldées par une dégradation progressive des services de santé qui n' arrivaient plus à honorer leurs engagements vu les moyens financiers faibles de nos Etats.

De telles situations seraient d'ailleurs préjudiciables à la population pauvre que l'on prétendait favoriser par la politique des soins gratuits.

Il faut alors au niveau de chaque collectivité une prise en charge des soins de santé de la mère et de l'enfant.

Précisons que pendant les premières années, les médicaments seront fournis grâce à l'aide extérieure. Les fonds récoltés grâce au mécanisme d'autofinancement serviront à renouveler les stocks de médicaments et de fournitures et à couvrir d'autres dépenses de fonctionnement du programmes SMI/SSP (cf [11] p.7).

Pour participer à ce système, le gouvernement devra s'engager à continuer de financer les systèmes de santé locaux au minimum au taux actuel (cf [11] p.7).

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 (dont nous énumérons quelques exemples ci-dessous), même si l'expérience d'autres pays constitue une source d'inspiration non négligeable.

4-2 - Cas du Mali

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

En 1981 la direction nationale de la planification a entrepris une large étude du secteur pharmaceutique et cela avec le concours financier du Fonds Européen de développement (FED), la participation de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), de la Banque Mondiale et du Fonds d' Aide et de Coopération (FAC) Français.

C' est ainsi qu'en 1983, les résultats de cette étude ont abouti à la nécessité d'une réforme du système pharmaceutique. La politique des médicaments essentiels constituait le fondement essentiel de cette nouvelle politique pharmaceutique dont les objectifs sont : l'accessibilité géographique et financière de toute la population malienne aux médicaments essentiels.

Un constat cependant de la situation pharmaceutique du pays révèle en 1990 des problèmes tels que l'on se demande si véritablement la réforme a engagé le pays dans la voie d'une politique de médicaments essentiels. Les raisons qui témoignent l'inefficacité de la réforme sont les suivantes :

- Les spécialités chères sont présentes dans toutes les officines au lieu des génériques ou des DCI beaucoup moins coûteux .
- Les médicaments essentiels s'ils se trouvent dans certaines officines (officines pilotes), coexistent avec les spécialités équivalentes et sont souvent vendues par les gérants aux prix des spécialités.
- Un manque de médicaments financièrement et géographiquement accessibles.
- La tenue des officines PPM par des gérants non pharmaciens .

- La présence d'un réseau de distribution qui ne couvre qu'imparfaitement le pays et qui favorise la distribution des médicaments avec la marge la plus importante .
- Une formation du prescripteur et une information du public déficientes.

La conclusion qu'il faudrait désormais tirer est d'adopter un principe de médicaments payants pour tous les bénéficiaires des soins .

Ce principe de prise en charge des coûts de médicaments et d'autres frais de gestion par les malades est appelé système de recouvrement des coûts au niveau des formations sanitaires .

Depuis un certain temps, les sixième et septième régions, les cercles de Bankass, Koro et Youwarou de la cinquième région connaissaient un approvisionnement en médicaments essentiels et expérimentaient des systèmes de recouvrement de coûts avec l'assistance technique d'organismes internationaux ou d'ONG .

2-1- Expérience de la région de Mopti dans le domaine de recouvrement des coûts, approvisionnement et distribution des médicaments (cf [2] P.50)

C'est un système qui est basé sur la vente des médicaments essentiels de façon à assurer le renouvellement des stocks, les frais de gestion, les frais de fonctionnement etc ... Le système a commencé en octobre 1986 à Koro, Bankass et il a été étendu en juin 1987 à Youwarou et tout cela grâce à l'appui financier et technique de "Médecins du monde".

Actuellement le même système fonctionne à Bandiagara, à Douentza et à Djénné.

Le système consiste en la fourniture initiale d'une dotation initiale de médicaments en dénomination commune internationale qui correspond aux problèmes prioritaires de la santé dans la région.

Les recettes provenant de la cession de ces médicaments seront utilisées pour assurer le réapprovisionnement et les frais de gestion.

A partir de la liste nationale, une liste limitative de médicaments a été établie par la direction régionale en fonction des pathologies les plus courantes de la région.

La direction régionale de la santé fixe le prix de vente unitaire des médicaments et il est identique dans tous les cercles cités.

Des dépôts de médicaments tenus par des gérants nommés par le conseil local de développement sont ouverts dans chaque cercle.

Distribution des médicaments et réapprovisionnement

Au centre de santé du cercle, deux dépôts (dont un dépôt de réserve) sont tenus par un seul gérant. Il existe un gérant par dépôt dans les arrondissements. La réserve générale ne fait pas de vente au détail, elle approvisionne les dépôts de vente.

Le réapprovisionnement se fait sur la base d'un bon de commande préparé par le gérant et signé par le chef de poste médical.

Le gérant se présente au dépôt de réserve où est servie la commande visée par le médecin du cercle . Du cercle, le médecin chef adresse la commande au fournisseur par l'intermédiaire de l'assistance technique (GTZ, UNICEF, SCF, MDM).

Avec le système de magasin santé le médicament revient moins cher à la population puisque son prix d'achat qui est un élément important du prix de revient, est relativement faible.

Exemple : le comprimé d'indométacine a été payé par la PPM 15 fois le prix qu'obtenaient par appel d'offres les magasins santé de Médecins sans frontière, le comprimé de niclosamide 18 fois ; le comprimé de diazepam 16 fois; le comprimé de furosemide 21 fois (cf [7] p.64).

Depuis Bamako, des événements importants se sont succédés en faveur de la mise en oeuvre de l' Initiative de Bamako . En mai 1988 le conseil d' administration de l'UNICEF a adopté une résolution en sa faveur .

Les bailleurs ont financé jusqu'à hauteur de 30 millions de dollars US les premières actions .

En 1988 les chefs d'Etats Africains réunis au sommet de l' OUA ont à leur tour adopté une résolution invitant les pays membres à s' investir totalement afin que l' Initiative puisse être une réussite .

2 -2- Contrat plan

Dans le cadre de la mise en oeuvre de l' Initiative de Bamako, un contrat plan a été passé entre l' Etat et la Pharmacie Populaire du Mali qui prévoit que l' entreprise s' engagera à :

- approvisionner le marché malien, sans rupture de stock ou autres incidents du même genre, en une soixantaine de médicaments essentiels qui seraient achetés sur le marché international par appel d'offres .
- supprimer de son catalogue les spécialités contenant isolément ou en combinaison les mêmes molécules que les médicaments essentiels de cette liste .
- mettre en place un système efficient de distribution des médicaments essentiels aux structures sanitaires communautaire et privée.

La seconde condition modifierait complètement les conditions d'approvisionnement de la PPM, puisqu'il s'agit de remplacer les spécialités correspondantes par les médicaments essentiels de la liste de l'Initiative de Bamako et non de faire coexister ces spécialités avec les médicaments essentiels correspondants comme faisait la réforme pharmaceutique .

2 - 3 - Etude

L'application du contrat plan modifiera les conditions d'approvisionnement de la PPM en médicaments, les conditions de sa gestion. Notre étude a eu pour objectif de préciser les conséquences de ces dispositions .

Elle tentera donc de proposer des réponses aux questions suivantes :

- Quelle liste de médicaments essentiels pourrait servir de base à la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako ?
- Quelles spécialités devrait -on retirer du catalogue de PPM ?

- Quelles seraient les effets de l'application du contrat plan sur la PPM?

L'étude abordera en dernière position les informations relatives aux médicaments et les activités éducatives.

Chapitre 2

QUELLE LISTE DE MEDICAMENTS ESSENTIELS ?

En 1987, la liste nationale des médicaments essentiels a été révisée par la commission compétente (commission technique constituée en application de l'article 3 de l'arrêté n° 3432/MSPAS/MECTSSE/MFC du 26 juin 1985 portant modalités d'application du décret n° 85/PG.RM du 2 mai 1984).

En septembre 1988, le projet de développement sanitaire (PDS) de Kita, Bafoulabé et Kéniéba a demandé qu'on lui établisse une liste restreinte de médicaments essentiels couvrant les besoins des centres de santé de cercle. A partir de la liste nationale révisée, une sous-commission *ad hoc* présidée par le docteur Hama CISSE a proposé une liste d'une soixantaine de médicaments essentiels.

Cette liste PDS restreinte corrigée sur certains points a servi de base de travail lors de l'atelier national sur l'Initiative de Bamako (24 juillet- 4 août 1989).

Notre liste est donc celle de l'atelier Initiative de Bamako et elle nous a été communiquée par le docteur Hama CISSE. Nous la présentons ci-dessous et nous l'appellerons dans la suite du travail liste *ad hoc*.

LISTE AD-HOC

=====
 acide folique 5mg
 acide folique + fer
 aminophylline 100mg
 ampicilline 125mg fl
 ampicilline cp 250mg
 ampicilline cp 500mg
 antihemorroidaire pde 30g
 antihemorroidaire suppo
 atropine 1 % fl
 atropine inj 1mg
 a. acetyl salicylique cp 300mg
 a. acetyl salicylique cp 500mg
 a. salicy. de lysine
 a. salicy. de lysine inj 0,5g
 a. salicy. de lysine inj 1g
 benzathine peni inj 1,2m
 benzathine peni inj 2,4m
 benzyl penicilline inj 1Mui
 betametazone
 betametazone creme
 betametazone pde 0,1%
 bicarbonate de na
 bicarbonate de na 1,4%
 buthylihyoscine inj 20mg
 charbon actif cp 125mg
 chloramphenicol gelule 250mg
 chloramphenicol inj 1g
 chloramphenicol sirup 125mg
 chloroquine
 clonidine comp 0,15 mg
 clonidine inj 15 mg
 codeine 100mg comp
 cotrimoxazole cp 120mg
 cotrimoxazole cp 480mg
 cotrimoxazole susp 100ml
 dextran
 dextran 70 500ml
 diazepam cp 5mg
 diazepam inj 10mg
 diclofenac
 diclofenac comp 50mg
 digoxine comp 0,25mg
 digoxine inj 0,5mg/ml
 dinitrate isosorbide cp 5mg
 ergometrine cp 0,5mg
 ergometrine inj 0,2mg/ml
 furosemide comp 40mg
 furosemide inj 20 mg
 gentamycine inj 80mg
 griseofulvine comp 500mg
 hydroxocobalamine 10mg
 hydroxocobalamine cp
 hydroxyde d'al+mg comp 500mg
 hydroxyde d'al+mg comp 300mg
 hydroxyde d'al+mg comp 500mg
 indometacine comp 25mg
 ketamine inj 10mg
 ketamine inj 50mg

lidocaine 1% inj
lidocaine adrenaline inj 2%
mebendazole comp 500mg
mebendazole susp 20mg/ml
methyldopa comp 250mg
metoclopramide comp 10mg
metoclopramide gttes 150ml
metronidazole cp 250mg
metronidazole inj 5mg/ml
metronidazole susp
niclosamide cp 500mg
nystatine 100.000 ui
nystatine 500.000 ui
nystatine pde 0,1Mui 30g
paracetamol comp 500mg
paracetamol sachet 125mg
phenobarbital comp 30mg
phenobarbital comp 50mg
phenobarbital inj 200mg
phytomenadione inj 10mg
praziquantel comp 600mg
prednisone comp 5mg
quinine inj 200mg
quinine inj 600mg
retinol 200.000 ui
solution polyvitaminee 1l
tetracycline comp 250mg
tetracycline pde 1%
tetracycline pde 3%

Puisqu'il s'agit de mettre sur le marché du Mali des médicaments essentiels couvrant les besoins de la majorité de la population en matière des soins de santé, et de supprimer du catalogue de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) toutes les spécialités équivalentes, une telle liste de médicaments essentiels ne peut pas être choisie au hasard. Le choix est d'une importance capitale : l'avantage pour le malade doit être à la fois le plus grand possible et indiscutable. Si les médicaments essentiels sont sélectionnés conformément aux types de pathologies rencontrées au Mali, les prescripteurs généralistes pourront soigner la grande majorité des maladies courantes avec des produits pharmaceutiques de qualité indiscutable et beaucoup moins chers que les spécialités actuellement utilisées.

Dans ce contexte, un petit groupe d'experts indépendants a examiné la liste ad hoc et l'a modifiée sur certains points pour obtenir la meilleure liste de soixante médicaments essentiels qui tiendrait compte simultanément des critères ci-dessous :

- Critères épidémiologiques liés à la fréquence, la morbidité, la mortalité des affections dont souffre la population considérée. On ne le fera qu'approximativement, parcequ'il faudrait pour faire mieux disposer de relevés épidémiologiques fiables et différenciés selon le niveau de la pyramide sanitaire.

- Des critères d'efficacité des médicaments : le médicament doit produire l'effet visé. Dans le domaine des maladies infectieuses, nous devons tenir compte des phénomènes de résistances des germes aux antibiotiques (par exemple résistance des bacilles Gram négatif à

l'ampicilline et au cotrimoxazole ; résistance des entérobactéries à l'ampicilline ou des gonocoques à la pénicilline G) et de leur évolution.

- Des critères liés à la forme galénique et à la présentation : selon l'âge du malade (dosage, présentation en sirop) ; selon le niveau de prescription et d'administration (quelle gamme pour l'hygiéniste? quelle gamme pour le médecin réanimateur? etc...) ; selon les dangers de certaines présentations (par exemple pathologie de la seringue, surdosage en aminosides ou en salicylés), selon la possibilité de fragmenter la présentation en plusieurs doses (avantage des comprimés sécables sur les gélules), selon les conditions de transport, de stockage, de conservation (inconvenient des suspensions, des suppositoires, des pommades...).

- des critères de conformité de la liste avec les listes des médicaments présentés, commentés et recommandés dans l'enseignement.

Les listes doivent être présentées comme des formulaires utilisables dans des schémas thérapeutiques standardisés, et pas seulement comme des énumérations de DCI.

Le petit groupe d'experts composé de six personnes dont une seule avait participé en 1987 à la révision de la liste malienne de 1984 s'est inspiré non seulement de l'expérience de ses membres dans le domaine de la médecine, mais aussi des travaux antérieurs réalisés. Nous présentons ci-dessus les observations qu'ils ont faites sur la liste ad hoc.

DCI

REMARQUES

acide folique 5mg
acide folique + fer

pas d'association ; les associations nuisent à l'établissement d'un diagnostic précis ; elles favorisent les traitements symptomatiques au détriment du traitement étiologique et elles interdisent d'utiliser un test thérapeutique pour étayer le diagnostic (par ex. ici, différencier anémie ferriprive ou mégaloblastique) ; donc, prévoir d'une part de l'acide folique cp, et d'autre part du chlorure ou fumarate de fer cp

salinophylline 100mg
ampicilline 125mg fl

dosage trop faible même pour la pédiatrie ; la forme injectable est réservée aux maladies graves à la dose de 50 à 300 mg/kg/j ; donc supprimer cette présentation et remplacer par la forme à 250 mg/mesure ;

ampicilline cp 250mg

inutile : on peut fragmenter le comprimé à 500mg prévu à la ligne suivante ; donc suppression de cette présentation ;

ampicilline cp 500mg
antihémorroïdaire pde 30g
antihémorroïdaire suppo

n'est pas prioritaire ; cette présentation n'est pas adaptée aux pays chauds et n'a que des indications très limitées en pédiatrie en cas de vomissements ; en outre absorption très irrégulière selon les sujets par cette voie, observance difficile à contrôler ; le traitement des hémorroïdes repose sur la sclérose à la quinine-urée, la ligature élastique ou la chirurgie ; donc suppression de cette présentation ; préciser : ophtalmologique

atropine 1% fl
atropine inj 0,5mg
acétyle salicylique cp 500mg

cette dose peut être obtenue en fragmentant le comprimé à 500mg (ligne suivante) ; donc suppression de cette présentation ;

acétyle salicylique cp 500mg
asalicy. de lysine cp

les différents salicylates par os ne présentent pas d'avantage sur l'acide acétylsalicylique ; ne figure d'ailleurs pas sur les listes OMS ; donc suppression ;

asalicy. de lysine inj 0,5mg
asalicy. de lysine inj 1mg

peut être obtenu par deux ampoules du dosage précédent ; le dosage à 1mg présente un risque d'acidose métabolique chez l'enfant ; plus généralement, les présentations injectables de salicylés favorisent l'abus des injections intra-veineuses et leurs risques d'infection ; donc suppression de ce dosage ;

benzathine penil inj 1,2MUI
benzathine penil inj 0,4MUI

peut être obtenu par deux ampoules du dosage de la ligne précédente ; donc suppression de celui-ci ; par contre il manque le dosage à 0,4 MUI pour l'usage pédiatrique ;

benzyl penicilline inj 1MUI
betamétazone cp
betamétazone crème
betamétazone pde 0,1%

peu d'intérêt à disposer à la fois de crème et de posade (pour une même DCI à usage dermatologique , préférer la crème parce que le support lipidique des posades se dégrade souvent en pays chaud (liquéfaction) ; donc suppression de la posade ;

bicarbonates de Na

produit obsolète, qui n'est plus employé en gastroentérologie parce qu'il provoque des rebonds d'HCl nuisibles au traitement des ulcères duodénaux ; utiliser hydroxyde d'Al³⁺ pour cette indication ; n'est pas un médicament essentiel pour les autres ; supprimer ;

bicarbonate de na 1,4%

buthylhyoscine inj 20mg	il faut aussi un antispasmodique cp
charbon actif cp 125mg	n'est pas prioritaire ; facilement remplacé par des traitements traditionnels symptomatiques ; supprimer ;
chloraesphenicol gelule 250mg	
chloraesphenicol inj 1g	
chloraesphenicol sirop 125mg	
chloroquine	préciser forme et dosage : cp 100mg ; éviter la nouvelle présentation à 300mg/cp à cause du risque d'intoxication accidentelle chez l'enfant ;
clonidine comp 0,15 mg	
clonidine inj 15 mg	
codéine 100mg comp	risque de dépression respiratoire chez l'enfant ; donc supprimer ; remplacer éventuellement par un antitussif non dépresseur tel que oxémazine ;
cotrimoxazole cp 120mg	peut être obtenu en fragmentant le dosage de la ligne suivante ; donc suppression de cette présentation ;
cotrimoxazole cp 480mg	
cotrimoxazole susp 100ml	
dextran 70 500ml	
diazepam cp 5mg	
diazepam inj 10mg	
diclofenac comp 50mg	la DCI de choix reste, pour les anti-inflammatoires, l'indométacine qui, en outre, est moins coûteuse pour le malade ; donc supprimer ;
digoxine comp 0,25mg	à ajouter la présentation gouttes pour usage pédiatrique ;
digoxine inj 0,5mg/ml	à ajouter de la digitoxine ou l'écétonoside D en gouttes et buvables
dinitrate isosorbide cp 5mg	
ergométrine cp 0,5mg	
ergométrine inj 0,2mg/ml	
furosemide comp 40mg	
furosemide inj 20 mg	
gentamycine inj 50mg	
griseofulvine comp 500mg	dosage mal choisi ; préférer 20mg et 40mg
hydrocobalamine 10mg	
hydrocobalamine cp	DCI utilisée uniquement par voie parentérale (IM) puisqu'il s'agit d'une vitamine utilisée en cas de malabsorption et que des doses espacées sont suffisantes (stockage hépatique) ; donc supprimer cette présentation ; inutile si on a le dosage 500mg
hydroxyde d'alang comp 300mg	
hydroxyde d'alang comp 500mg	
indométacine comp 25mg	
kétamine inj 10mg	
kétamine inj 50mg	
lidocaïne 1% inj	
lidocaïne adrénaline inj 2%	voir anesthésiste ; adrénaline seule ?
lebendazole comp 500mg	
lebendazole susp 20mg/ml	
léthylidopa comp 250mg	
métoclopramide comp 10mg	ce produit est responsable de fréquents effets secondaires neurologiques chez l'enfant ; on doit lui préférer la métopimazine gouttes pour l'usage pédiatrique ; donc supprimer ;
métoclopramide gttes 150ml	
metronidazole cp 250mg	
metronidazole inj 5mg/ml	
metronidazole susp	
niclosamide cp 500mg	
nystatine 100.000 ui	
nystatine 500.000 ui	

nystatine pde 0,1Mui 30g
paracetaol comp 500mg
paracetaol sachet 125mg
phenobarbital comp 30mg
phenobarbital comp 50mg
phenobarbital inj 200mg
phytocoenadione inj 10mg
praziquantel comp 600mg
prednisona comp 5mg
quinine inj 200mg
quinine inj 600mg

retinol 200.000 ui
solution polyvitaminee 1l
tetracycline comp 250mg
tetracycline pde 1%
tetracycline pde 3%

inutile si on a le dosage 50mg ; donc supprimer ;

la presentation de la ligne precedente a une concentration
identique sous un volume different ; donc supprimer cette
presentation ;

En plus de ces observations accessibles à tout esprit scientifique, le groupe a également suggéré de compléter la liste en y introduisant :

- Une quinolone de première ou deuxième génération (acide nalidixique comprimé 500 mg ou acide pipémidique comprimé 200 mg).

Rappelons que les quinolones ont une activité excellente sur les entérobactéries, les hémophiles, les pseudomonas, les cocci Gram négatif et les bacilles Gram négatif alors que les cliniciens constatent une résistance de plus en plus fréquente des bacilles Gram négatif à l'ampicilline et au cotrimoxazole.

- Un corticoïde injectable d'action rapide à utiliser dans les chocs, les œdèmes de Quincke et dans l'asthme indispensable pour les urgences : choisir entre méthyl-prednisolone inj 40 mg (qui figure sur la liste OMS 1985) et dexaméthasone inj 4 mg.

- L'oxacilline comprimé 500 mg est une pénicilline présentant une résistance à la beta-lactamase (enzyme secrété par les bactéries) qui inactive les pénicillines naturelles et les pénicillines à large spectre. Elle est nécessaire dans le traitement des fréquentes staphylococcies.

- Une macrolide comme l'érythromycine comprimé 500 mg, préférée à la spiramycine pour son large spectre antimicrobien et sa possibilité d'emploi au cours des streptococcies fréquentes chez les patients allergiques à la pénicilline.

- Une pénicilline V comprimé 1 million UI (phenoxy méthyl pénicilline) très active par voie orale serait indispensable au traitement des angines à streptocoques, donc à la prophylaxie et au traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Sur ces bases médicalement plus souples, la liste préférée a été établie . Elle sera utilisée dans les conditions qui sont celles d'un hopital c'est-à-dire que la consultation et la prescription sont exécutées par un médecin et les soins assurés par un infirmier. Si ces conditions ne sont pas réalisés, les produits désignés par une astérisque dans la liste ci-dessous doivent être retirés.

LISTE PREFEREE

Réservé usage médical

=====
 a.salicy. de lysine inj 0,5g
 a.acetyl salicylique cp 500mg
 acide folique 5mg
 acide nalidixique cp 500mg
 ou : acide pipimédique cp 200mg
 aminophylline 100mg
 ampicilline 250mg fl
 ampicilline cp 500mg
 antihémorroïdaire pommade 30g
 atropine 1 % fl ophtalm.
 atropine inj 1mg
 benzathine peni inj 1.2m
 benzathine peni inj 0,6m
 benzyl penicilline inj 1Mui
 betametazone creme .
 bicarbonate de na 1,4%
 buthylhyoscine inj 20mg (*)
 buthylhyoscine cp 10mg
 cephalosporine 3ème génération inj (*)
 cephalosporine 3ème génération cp (*)
 chloramphenicol gelule 250mg
 chloramphenicol inj 1g
 chloramphenicol sirop 125mg
 chloroquine cp 100mg
 chlorure ou fumerate de fer
 clonidine comp 0,15 mg
 clonidine inj 15 mg (*)
 cotrimoxazole cp 480mg
 cotrimoxazole sirop 100ml
 dexaméthasone inj 40mg
 ou : methylprednisolone inj 40mg
 dextran 70 500ml (*)
 diazepam cp 5mg
 diazepam inj 10mg (*)
 digitoxine gouttes buvables 1mg/ml
 digoxine comp 0,25mg
 digoxine inj 0,5mg/ml (*)
 dintrate isosorbide cp 5mg
 ergometrine cp 0.5mg
 ergometrine inj 0.2mg/ml
 erythromycine cp 500mg
 furosemide comp 40mg
 furosemide inj 20 mg
 gentamycine inj 20mg
 gentamycine inj 40mg
 griseofulvine comp 500mg
 hydroxocobalamine inj 10mg
 hydroxyde d'al+mg comp 500mg
 indometacine comp 25mg
 ketamine inj 10mg
 ketamine inj 50mg
 lidocaine 1% inj
 lidocaine adrenaline inj 2% (*)
 mebendazole comp 500mg
 mebendazole susp 20mg/ml
 methyldopa comp 250mg
 metopimazine gouttes
 metronidazole cp 250mg

metronidazole inj 5mg/ml
metronidazole susp
niclosamide cp 500mg
nystatine 100.000 ui
nystatine 500.000 ui
nystatine pde 0,1Mui 30g
oxacilline cp 500mg
paracetamol comp 500mg
paracetamol sachet 125mg
penicilline V 1MUI
phenobarbital comp 50mg
phenobarbital inj 200mg
phytomenadione inj 10mg
praziquantel comp 600mg
prednisone comp 5mg
quinine inj 200mg
retinol 200.000 ui
solution polyvitaminee 11
tetracycline comp 250mg
tetracycline pde 1%
tetracycline pde 3%

(*)

Conclusion

Il n' existe pas une grande différence entre la liste ad hoc et la liste préférée. La liste préférée découle de la liste ad hoc qui a été mise à jour sur certains points.

Le choix des médicaments essentiels représente l' une des conditions expresses dans la réussite de la politique de l' Initiative de Bamako. La liste des médicaments essentiels doit être dressée en s' entourant de l' avis d' experts en santé publique, en médecine, en pharmacologie, en pharmacie et en gestion pharmaceutique.

Un choix concret et solidement réfléchi pourrait convaincre les prescripteurs farouchement attachés aux spécialités de l' intérêt pour les malades d' une prescription en médicaments essentiels.

Chapitre 3

QUELLES SPECIALITES RETIRER DU CATALOGUE DE LA PPM ?

Après la présentation de la liste des médicaments essentiels de l'Initiative de Bamako, nous nous proposons d'établir une correspondance d'une part entre les spécialités commercialisées par la PPM et les médicaments essentiels de la liste ad hoc, d'autre part entre ces mêmes spécialités et les DCI de la liste préférée.

Nous exposons d'abord la méthode suivie pour établir une telle correspondance.

Méthode

Le "répertoire des dénominations communes" publié dans les premières pages du Vidal fournit pour chaque DCI les noms des spécialités qui ne contiennent que cette DCI et les noms de celles qui l'utilisent en combinaison avec d'autres (ces dernières spécialités figurent en italique dans le répertoire).

Parmi les spécialités repérées de cette façon, nous nous intéressons à celles qui sont commercialisées par la PPM, qu'elles soient présentes ou pas dans le catalogue "prix de vente des médicaments de base et accessoires pharmaceutique de la PPM, janvier 1989".

Nous avons également retenu de nombreux produits disponibles dans les officines mais qui ne figurent pas dans le Vidal 1987 ; par

exemple Vermox, Mintezol, Yomesan, Solnicol. Lorsque la spécialité réperée est équivalente du point de vue forme, dosage et composition chimique à une DCI de la liste ad hoc, on parle de correspondance stricte et on la désignera dans nos fichiers en donnant à une variable appelée COMM la valeur 1.

Si la spécialité diffère de la DCI par la forme ou par le dosage ou bien si c' est une combinaison de la DCI avec d' autres substances dont l' effet est jugé de peu de portée, on parle de correspondance large et on donne à la variable COMM la valeur 2.

Si la spécialité ne contient aucune DCI de la liste ou si elle en contient une dans une combinaison qui ne modifie les propriétés thérapeutiques, la variable COMM prend la valeur 0 : pas de correspondance.

Le code relatif à la correspondance désigné par COMM, prend donc les valeurs suivantes :

Correspondance stricte = 1

Correspondance large = 2

Pas de correspondance = 0.

Exemple

Spécialités	DCI	COMM
Aspirine 500mg	Ac.acetyl salicylique 500mg	1
Aspirine vit C derol	Ac. acetyl salicylique 500mg	2

Rappelons que la différence entre une spécialité pharmaceutique et sa DCI équivalente peut résider dans la présentation, le dosage, l' emballage, le conditionnement ; mais sur le plan chimique et donc sur celui de l'efficacité, elles sont identiques et manifestent donc les

mêmes effets thérapeutiques : elles sont constituées par le même principe actif c'est-à-dire la substance par laquelle le médicament exerce son action .

Dans le souci d'assurer l'approvisionnement du pays en médicaments essentiels dans les conditions de l'Initiative de Bamako, tout en ramenant les quantités actuellement utilisées de chaque spécialité concernée à des quantités de la DCI correspondante, nous avons utilisé un coefficient noté COEF différent de l'unité chaque fois que la DCI n'a pas le même dosage que la spécialité .

Par exemple le dosage de la nivaquine 300 mg étant le triple de celui de la chloroquine 100 mg, le coefficient à appliquer à cette dernière est 3.

Dans la combinaison si la substance en cause a le même dosage que la DCI disponible dans le catalogue IDA (International Dispensary Association) le coefficient multiplicateur sera égal à 1.

On trouve dans le catalogue IDA le prix d'achat unitaire des médicaments essentiels ; nous avons aussi à partir du catalogue IDA estimé le prix des spécialités remplaçables par les médicaments essentiels.

Dans l'établissement de certains coefficients, il nous a fallu recourir au Vidal afin de savoir dans la combinaison le dosage du principe actif dont il existe un équivalent en DCI .

Par exemple lorsqu'il s'agit de comparer la spécialité Actron sur laquelle le catalogue de la PPM ne donne pas d'indication à l'acide acétyl salicylique 300 mg , nous apprenons par le Vidal que Actron contient 267 mg d'acide acétyl- salicylique . Dans ce cas , le coefficient à appliquer à Actron sera égal à $267/300 = 0,89$.

En résumé COEF permet de tenir compte d'éventuelles différences de dosage entre la spécialité vendue par la PPM et le produit correspondant en DCI vendu par l'IDA .

Autrement dit la connaissance de COEF est indispensable si nous voulons commander une quantité de médicaments couvrant les besoins de la population pendant un temps bien déterminé . COEF est égal à 1 lorsque la spécialité correspond exactement du point de vue forme et dosage à la DCI; il est différent de 0 et de 1 lorsque le dosage de la spécialité ne correspond pas à celui de la DCI. COEF = 0 lorsque la spécialité n'a pas d'équivalence dans la liste des DCI.

Application

La méthode ainsi décrite, si elle est acceptée, nous conduit à l'établissement d'une liste de spécialités que la PPM sera amenée à retirer de son catalogue si on lui demandait d'appliquer les dispositions du contrat- plan .

Sur la liste ci-après " spécialités concernées par l'Initiative de Bamako " on trouve de gauche à droite :

- Le code CDCI relatif à chaque produit de la liste ad hoc .
- Le code DCI qui est la désignation du médicament essentiel .

- En face de chacune de ces spécialités, la valeur du code COMM et du code COMM2 .

LE code COMM a déjà été présenté ci dessus.

Si COMM = 1 : la spécialité ne se distingue en rien du médicament essentiel de la liste ad hoc.

Si COMM = 2 : il y a une légère différence du point de vue de la forme ou du dosage ou de la composition chimique entre la spécialité et la DCI de la liste ad hoc.

Le code COMM2 nous donne les mêmes indications, mais à partir de la liste préférée. COMM2 est le code relatif à la correspondance entre les spécialités vendues par la PPM et les médicaments essentiels de la liste préférée. Comme nous l'avons annoncé plus haut, la liste préférée est la liste ad hoc corrigée sur certains points et complétée par quelques produits supplémentaires .

Il existe alors pour une spécialité donnée des différences entre COMM et COMM2. Cela tient au fait que les deux listes ne sont pas tout à fait analogues.

Par exemple la liste ad hoc contient l'acide folique + fer en combinaison, alors que la liste préférée rejette les associations et contient séparément l'Acide folique d' une part et le Fer d'autre part .

La spécialité Fumafer qui ne contient que du Fer aura 2 au code COMM et 1 au code COMM2 parce qu' elle est strictement identique au Fer qui existe dans la liste préférée .

Exemple 2 : les spécialités Rectoquotane pommade, Sédorrhoïde pommade ont la valeur 1 au code COMM alors qu'elles ont la valeur 0 au code COMM2 ; ceci tient au fait que dans la liste préférée ne figure aucun antihémorroïdaire pommade .

Exemple 3 : la spécialité extencilline 2,4 mUI aura 1 au code COMM (la benzathine pénicilline 2,4 mUI figure sur la liste ad hoc) alors qu'elle est notée 2 au code COMM2 puisque la liste préférée ne comporte pas de benzathine pénicilline 2,4 mUI, mais de la benzathine pénicilline 1,2 mUI et 0,6 mUI .

SPECIALITES CONCERNEES PAR L'INITIATIVE DE BAMAKO

CDCI	DCI	NOM DE SPECIALITE	CODE PPM	COMM	COMM2
1	Ac folique Fer cp 200mg	Fuafer pdre ET/50g	9125	2	1
1	Ac.folique Fer cp 200mg	Fefol comp ET/50	9112	1	2
1	Ac folique Fer cp 200mg	Fuafer comp ET/25	9124	2	1
1	Ac folique Fer cp 200mg	Roseferon fol B comp ET/50	2775	1	2
2	Acide folique cp 5mg	Speciafolidine cp 5mg	2778	1	1
2	Acide folique cp 5mg	Acide folique cp 5mg bte/20	9377	1	1
3	Aminophylline cp 100mg	Sedo carena comp 0,5mg ET/40	2275	2	2
4	Ampicilline inj 500mg	Ampicilline + solvant Fl 1g	6	1	2
4	Ampicilline inj 500mg	Ampicilline + solvant Fl 500mg	5	1	2
4	Ampicilline inj 500mg	Ampicilline 1g	9009	1	2
4	Ampicilline inj 500mg	Totapen Balsamique inj 1g	2782	1	2
4	Ampicilline inj 500mg	Totapen balsamique inj 0,5	2781	1	2
4	Ampicilline inj 500mg	Ampicilline 0.5g inj	9008	2	2
4	Ampicilline inj 500mg	Ampicilline inj 1g	8011	1	2
4	Ampicilline inj 500mg	Totapen inj 0,25g	9293	2	2
4	Ampicilline inj 500mg	Totapen inj 0,5g	9294	2	2
4	Ampicilline inj 500mg	Totapen inj 1g	9295	1	2
4	Ampicilline inj 500mg	Standacillin inj 1g	9391	1	2
4	Ampicilline inj 500mg	Peniciline inj 1g	9316	1	2
4	Ampicilline inj 500mg	Amblosin inj 1g	9379	1	2
5	Ampicilline cp 500mg	Rosampiline gelule ET/8	9253	1	1
5	Ampicilline cp 500mg	Ukopen gelule 500mg bte/20	9309	1	1
5	Ampicilline cp 500mg	Feniciline gelule ET/16	9218	1	1
5	Ampicilline cp 500mg	Totapen gelule 500mg ET/12	9297	1	1
6	Ampicilline susp 125mg	Prototapen sachet	2171	2	2
6	Ampicilline susp 125mg	Totapen granule 500mg	9300	1	2
6	Ampicilline susp 125mg	Etandacillin cp 250mg	97E2	1	2
6	Ampicilline susp 125mg	Totapen granule 250mg	9299	1	1
6	Ampicilline susp 125mg	Totapen granule/SI 125mg	9298	1	2
6	Ampicilline susp 125mg	Feniciline sachet ET/16	9217	2	2
7	Pde antiheorroidaire 30g	Antiheorroidaire cassenne pde	1078	1	0
7	Pde antiheorroidaire 30g	Rectoquotane Pomade	2211	1	0
7	Pde antiheorroidaire 30g	Pomade midy 40g	2125	1	0
7	Pde antiheorroidaire 30g	Sedorrhoide pde	2276	1	0
8	Antiheorroidaire suppo	Antiheorroidaire cassenne sup	1077	2	1
8	Antiheorroidaire suppo	Sedorrhoide suppo	2277	1	0
9	Atropine 1% Sol collyre	Dibrocure d'atropine gttes 25mg	1432	2	2
9	Atropine 1% Sol collyre	Vitatrophine collyre 0,5%	2669	2	2
9	Atropine 1% Sol collyre	Vitatrophine collyre 1% 15ml	2619	2	2
9	Atropine 1% Sol collyre	Chibro atropine 0,5%collyre	9077	2	2
9	Atropine 1% Sol collyre	Chibro atropine 1% collyre	9078	2	2
11	Atropine inj 1mg	Diarsed comp ET/20	1426	2	2
11	Atropine inj 1mg	Oxyferriscorbone atropine	2036	2	2
11	Atropine inj 1mg	Diarsed neocicyne comp ET/20	1427	2	0
11	Atropine inj 1mg	Atropine inj 0,5mg bte/100	902E	1	2
11	Atropine inj 1mg	Atropine 0,25 mg inj	9029	1	2
11	Atropine inj 1mg	Atropine inj 1mg bte/100	9027	1	1
12	A. salicy. de lysine	Catalgine forte sachet BT/20	9067	2	2
12	A. salicy. de lysine	Catalgine enft sachet ET/20	9066	2	2
12	A. salicy. de lysine	Aspegic sachet 250mg	9023	2	2

CDCI	DCI	NOM DE SPECIALITE	CODE PPM	COMM	COMM2
12	A. salicy. de lysine	Catalgine NN sachet BT/20	9068	2	2
12	A. salicy. de lysine	Aspegic sachet 500mg	9026	2	2
12	A. salicy. de lysine	Aspegic sachet 100mg	9024	2	2
12	A. salicy. de lysine	Aspegic sachet 1000mg	9025	2	2
12	A. salicy. de lysine	Catalgine 500mg sachet	9343	2	2
13	A. salicy. de lysine inj 0,5g	Aspegic inj 0.5g	9021	1	1
14	A. salicy. de lysine inj 1g	Aspegic inj 1g	9022	1	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Diaflexol comp BT/50	1418	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Algonevriton comp bte/40	1032	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Eduanil aspirine cp 125mg	1523	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Aspirine UPSA	1107	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Actron comp	1007	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Antigrippine comp BT/12	1076	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Prenoxan 5 suppo BT/10	2136	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Assur comp 350mg BT/48	1108	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Alkazelzer comp	1039	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Veganine comp 505mg	2579	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Upsa c	2551	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Ruxicine comp BT/16	2257	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Saridon comp BT/10	2698	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Aspirine cp P/4	8002	1	1
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Salipran sachet /E	2261	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Sedaspir comp BT/20	2272	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Solucetyl comp 0,7g BTE/20	2319	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Aspirine APC 400mg p/4	8000	2	2
16	A. acetyl salicylique cp 300mg	Aspirine derol enfant	1106	2	2
16	A. acetyl salicylique cp 300mg	Aspirine vit C derol eff	1105	2	2
16	A. acetyl salicylique cp 300mg	Prenoxan 2 suppo	2135	2	2
17	A. acetyl salicylique cp 75mg	Prenoxan 1 suppo	2134	2	2
18	Benzathine peni inj 1,2M	Benzathine penicilline 1,2	9049	1	1
18	Benzathine peni inj 1,2M	Extencilline inj 0,6	9109	2	1
18	Benzathine peni inj 1,2M	Extencilline inj 1,2	9110	1	1
18	Benzathine peni inj 1,2M	Benzathine penicilline 0.60	9048	2	1
18	Benzathine peni inj 1,2M	Retarben inj 1,2	9386	1	1
18	Benzathine peni inj 2,4M	Extencilline 2,4	9111	1	2
18	Benzathine peni inj 2,4M	Benzathine penicilline 2,4	9050	1	2
18	Benzathine peni inj 2,4M	Retarben inj 2,4	9385	1	2
20	Benzyli peni inj 1M UI	Isitiper enft inj 0,5g	1772	2	2
20	Benzyli peni inj 1M UI	Isitiper adulte inj 1g bte/1	1771	2	2
20	Benzyli peni inj 1M UI	Fenicilline 6 inj 1g	8007	1	1
20	Benzyli peni inj 1M UI	Fenicilline 6 inj 500	8008	1	1
20	Benzyli peni inj 1M UI	Eticillincilline inj	9341	2	1
21	Betametazone	Diprosalic lotion	0	2	2
21	Betametazone creme	Diprosone creme	1464	1	1
21	Betametazone	Diprostene inj	1467	2	2
21	Betametazone	Celestene inj 1ml BT/3	1286	2	2
21	Betametazone	Celestene 0,50gttes 30ml	1285	2	2
21	Betametazone pde	Diprosone pde	1463	1	1
21	Betametazone	Diprosalic posnade	1462	2	2
21	Betametazone	Celestene 0,50 comp BT/30	1284	2	2
21	Betametazone	Celestamine comp BT/30	1283	2	2
21	Betametazone	Celestene comp repatabs 1mg	1288	2	2
21	Betametazone	Diprosone neomycine pde	1466	2	2
21	Betametazone	Diprosone neomycine creme	1465	2	2
21	Betametazone	Celestene inj chrondose	1287	2	2
22	Bicarbonate de soude 250g	Bicarbonate de soude 250g	1193	1	2
22	Bicarbonate	Bicarbonate de Na 4,2% 10ml	9054	2	2
22	Bicarbonate	Bicarbonate de Na 1,4% 500mg	9053	1	1

CDCI	DCI	NOM DE SPECIALITE	CODE PPM	COMM	COMM2
22	Bicarbonate	Bicarbonate de Na sol 500ml	9051	2	2
23	Butyl hyoscine inj 20mg	Algo buscopan inj 5ml BT/6	1031	2	2
23	Butyl hyoscine inj 20mg	Algo buscopan 250mg BT/40 comp	1030	2	2
23	Butyl hyoscine inj 20 mg	Buscopan inj BT/60	9055	1	1
23	Butyl hyoscine inj 20 mg	Buscopan comp BT/40	9056	1	1
24	Charbon actif cp 125mg	Carbolevure enft	1260	2	0
24	Charbon actif cp 125mg	Carbophos	1261	2	0
24	Charbon actif 125mg	Carbolevure Ad	1259	2	0
25	Chloramphenicol inj 1g	Solnicol inj 1g	9264	2	2
25	Chloramphenicol inj 1g	Tifoamycine inj 500 mg bte/25	9297	1	2
26	Chloramphenicol collyre 0,4%	Chloramphenicol collyre	9082	2	2
27	Chloramphenicol sirop 125mg	Tifoamycine sirop	9290	1	1
27	Chloramphenicol sirop 125mg	Tifoamycine poudre 20 g	9289	2	2
28	Chloroquine cp 100mg	Chloroquine cp 100mg p/4	8014	1	1
28	Chloroquine cp 100mg	Nivaquine forte	9351	2	2
29	Clonidine cp 0.15 mg	Catapressan comp BT/20	9070	1	1
29	Clonidine inj 15 mg	Catapressan inj	9069	1	1
30	Codeine	Bexol sp adulte 125ml	1188	2	2
30	Codeine	Euphon pastille 70g BT	1551	2	0
30	Codeine	Netux susp 90 ml	1966	2	0
30	Codeine	Euphon sirop FL/200ml	1552	2	0
30	Codeine	Netux capsule BT/8	1965	2	0
30	Codeine	Pulmofluide enft sirop	2174	2	0
30	Codeine	Migralgine Gel BT/20	1901	2	0
30	Codeine	Neocodion dragee	1951	2	0
30	Codeine	Pulmofluide Ad sirop	2175	2	0
30	Codeine	Dinacode suppo enfant	1456	2	0
30	Codeine	Pulmoferum concentre sol F/125	2178	2	0
30	Codeine	Neocodion sp nn	1954	2	0
30	Codeine	Neocodion enft sp	1953	2	0
30	Codeine	Neocodion ad sp	1952	2	0
30	Codeine	Pulmofluide NN sirop	2771	2	0
30	Codeine	Terpine codeine comp pl/4	2436	2	0
31	Cotrimoxazole cp 480mg	Bactria forte inj 3cc	9042	2	2
31	Cotrimoxazole cp 480 mg	Bactria adulte comp pl/10	9037	1	1
31	Cotrimoxazole cp 480mg	Bactria forte comp pl/10	9041	1	2
31	Cotrimoxazole cp 480mg	Farkazole Ad comp BT/20	9353	1	1
31	Cotrimoxazole cp 480mg	Farkazole fort comp BT/10	9354	1	1
32	Cotrimoxazole cp 120 mg	Bactria enfant comp pl/10	9039	1	2
33	Cotrimoxazole susp 100ml	Bactria susp pediatrique 100ml	9045	1	1
33	Cotrimoxazole susp 100ml	Farkazole pediatrique susp	9355	1	1
34	Dextran 70 inj 500ml	Cyclo creme 40g	1378	2	2
35	Dextran posnade	Dextrarine phenylbutazone 60g	1416	2	2
36	Diazepam cp 5mg	Valium comp 10 mg bte/30	9316	1	2
36	Diazepam cp 5mg	Valium comp 2mg bte/40	9317	2	2
36	Diazepam cp 5mg	Valium comp 5 mg bte/40	9318	1	1
36	Diazepam cp 5mg	Valium 1% 20 ml	9315	1	2
37	Diazepam inj 10mg	Diazepam inj 10mg	17	1	1
37	Diazepam inj 10mg	Valium inj 10 mg 2 cc	9319	1	1
38	Diclofenac	Volterene inj 75mg BT/2	2634	2	0
38	Diclofenac	Volterene LP comp BT/15	2635	2	0
38	Diclofenac	Volterene suppo BT/10 100mg	2632	2	0
38	Diclofenac	Volterene comp BT/30	2633	1	0
39	Digoxine 0,5mg inj	Digoxine inj 0,5mg bte/6	9371	1	1
40	Digoxine cp 0,25mg	Digoxine comp BT/40	9104	1	1
41	Dinitrate d'isosorbide cp 5mg	Disorlon gel bte/60	0	1	1
41	Dinitrate d'isosorbide cp 5mg	Risordan cp 10mg	0	1	1
41	Dinitrate d'isosorbide cp 5mg	Risordan 5 comp BT/30	2240	1	1

CDCI	DCI	NOM DE SPECIALITE	CODE PPM	COMM	COMM2
41	Dinitrate d'isosorbide cp 5mg	Langoran cp 40mg	2789	2	2
42	Ergometrine cp 0,5mg	Methergin solution 10ml	9192	2	2
43	Ergometrine inj 0,5mg	Methergin inj BT/3	9191	1	1
44	Furosevide cp 40mg	Lasilix retard comp BT/30	9183	2	2
44	Furosevide cp 40 mg	Lasilix comp 40mg BT/20	9182	1	1
45	Furosevide inj 20 mg	Lasilix inj	9181	1	1
46	Gentaacycine inj 80mg	Gentalline collyre 5ml	1635	2	2
46	Gentaacycine inj 80mg	Gentalline pde 5g	1634	2	2
46	Gentaacycine inj 80mg	Gentalline inj 10mg	9137	1	2
46	Gentaacycine inj 80mg	Gentalline inj 160mg	9138	1	2
46	Gentaacycine inj 80mg	Cidoacycine inj 80 mg	9075	1	2
46	Gentaacycine inj 80mg	Cidoacycine inj 20 mg	9074	1	1
46	Gentaacycine inj 80mg	Cidoacycine inj 160 mg	9073	1	2
46	Gentaacycine inj 80mg	Gentalline creme 0,1%	2738	2	2
46	Gentaacycine inj 80mg	Gentalline inj 80mg	9140	1	2
46	Gentaacycine inj 80mg	Gentalline inj 40mg	9139	1	2
46	Gentaacycine inj 80mg	Jentaject inj 80mg	9166	1	2
46	Gentaacycine inj 80mg	Jentaject inj 160mg	9164	1	2
46	Gentaacycine inj 80mg	Jentaject inj 40mg	9165	1	1
46	Gentaacycine inj 80mg	Jentaject inj 10mg	9163	1	2
47	Griseofulvine cp 500mg	Griseofuline RH 250mg comp BT/30	9147	1	2
47	Griseofulvine cp 500mg	Griseofuline pde 20g	9146	2	2
47	Griseofulvine cp 500mg	Griseofuline comp 500mg BT/20	9145	1	1
49	Hydroxocobalamine inj 2ml	Hydroxo inj BT/4	1738	1	1
49	Hydroxocobalamine inj 10ml	Sorbitol solution 5%	2335	2	2
49	Hydroxocobalamine inj 2ml	Vit B12 inj	2037	1	1
50	Hydroxocobalamine solution	Fer C vit B12 amp buv	1576	2	2
50	Hydroxocobalamine solution	Arphos vit B12 amp buv 10ml BT	2716	2	2
50	Hydroxocobalamine solution	Arphos vitB12 amp buv 5ml BT/20	2715	2	2
52	Hydroxocobalamine cp 1mg	Betrixan comp BT/20	1164	2	2
52	Hydroxocobalamine cp 1mg	Vitamine B1 B6 B12	2670	2	2
54	Hydroxyde d'al+mg cp 500mg	Dimalan susp 250ml	1449	2	2
54	Hydroxyde d'al+mg cp 500mg	Phosphalugel sachet	2089	2	2
54	Hydroxyde d'al+mg cp 500mg	Gelusil lactee sachet 3g	1627	2	2
54	Hydroxyde d'al+mg cp 500mg	Gelox sachet bte/30	0	1	1
54	Hydroxyde d'al+mg cp 500mg	Maalox comp bte/40	9167	1	1
54	Hydroxyde d'al+mg cp 500mg	Rocgel sachet bte/24	9252	2	2
54	Hydroxyde d'al+mg cp 500mg	Mucal sachets BT/15	9199	2	2
54	Hydroxyde d'al+mg cp 500mg	Maalox susp 250 ml	9188	1	2
55	Hydroxyde d'al+mg cp 300mg	Marga digestif comp	1882	2	2
56	Indometacine cp 25mg	Indocid 100 suppo 100mg BT/10	1756	2	2
56	Indometacine cp 25mg	Chrono indocid 75mg BT/20	1314	2	2
56	Indometacine cp 25mg	Indocid inj BT/2 50mg	1757	2	2
56	Indometacine cp 25mg	Indocid 50 suppo 50 mg BT/10	1755	2	2
56	Indometacine cp 25mg	Indocid 25 gel 25mg BT/20	1759	1	1
56	Indometacine cp 25mg	Indocid collyre	2740	2	2
57	Ketamine inj 200mg	Ketalar inj 1%	9169	1	1
58	Ketamine inj 500mg	Ketalar inj 5%	9170	1	1
59	Lidocaine 1% inj 500mg	Otipax gttes	2029	2	2
59	Lidocaine 1% inj 500mg	Lidocaine inj 1%	79	1	1
59	Lidocaine 1% inj 500mg	Otipax gttes	2029	2	2
59	Lidocaine 1% inj 500mg	Otoralgyl 6ttes	2032	2	2
59	Lidocaine 1% inj 500mg	Xylocaine 1% 20ml	9334	1	1
60	Lidocaine 2% inj 100mg	Lidocaine 2% 20ml inj	0	1	2
60	Lidocaine 2% inj 100mg	Xylocaine 2% 20ml	9335	1	2
61	Lidocaine adrenaline 2% inj	Xylocaine Adrenaline 2% 20ml	9336	1	1
62	Mebendazole cp 100mg	Veraox comp BT/2	9321	1	1
62	Mebendazole cp 100mg	Veraox comp BT/6	9320	2	2

CDC1	DCI	NOM DE SPECIALITE	CODE PPM	COMM	COMM2
63	Mebendazole susp	Vermax susp	9322	1	1
64	Methyl dopa cp 250mg	Aldomet comp 250mg BT/30	9004	1	1
65	Metoclopramide cp 10mg	Pramperan susp 200ml	2144	2	0
65	Metoclopramide cp 10mg	Pramperan comp 10mg BT/40	2142	1	0
65	Metoclopramide cp 10mg	Pramperan gttcs fl-60ml	2143	1	0
65	Metoclopramide cp 10mg	Pramperoxane comp 255mg BT/18	2146	2	0
65	Metoclopramide cp 10mg	Sorbiperan susp 200ml	2332	2	0
65	Metoclopramide cp 10mg	Metagliz solution 150ml	2747	1	0
65	Metoclopramide cp 10mg	Metagliz cp	2746	1	0
66	Metoclopramide inj 10mg	Pramperan inj 10mg	2145	1	0
68	Metronidazole inj 500mg	Flagyl inj bte/1	9113	2	2
69	Metronidazole cp 250 mg	Flagyl comp BT/20	9114	1	1
69	Metronidazole cp 250mg	Rodogyl comp BT/20	2245	2	2
69	Metronidazole cp 250mg	Flagyl ovule 500mg BT/10	9115	2	2
70	Metronidazole susp	Flagyl susp 120ml	9116	1	1
71	Niclosamide cp 500mg	Tredexine comp bte/4	9301	1	1
71	Niclosamide cp 500mg	Yoxesan comp BT/4	9337	1	1
72	Nystatine cp 500000 UI oral	Mycostatine susp 25ml	9203	2	2
72	Nystatine cp 500000 UI oral	Mycostatine comp BT/16 oral	9201	2	2
73	Nystatine 100.000 UI	Polygynax ovule BT/6	2116	2	2
73	Nystatine 100.000 UI	Polygynax virgo BT/6	2117	2	2
73	Nystatine 100.000 UI	Tergynan ovule bte/10	2432	2	2
73	Nystatine 100000 UI	Mycostatine comp BT/12	9200	2	2
74	Nystatine pde 30g	Mycolog posade 10g	1934	2	2
74	Nystatine pde 30g	Nysporil creme 30g	2008	2	2
74	Nystatine pde 30g	Mycostatine posade 30g	9202	1	1
75	Paracetamol cp 500mg	Rinutan comp	2238	2	2
75	Paracetamol cp 500mg	Gynospasmyne comp BT/4	1673	2	2
75	Paracetamol cp 500mg	Propofan comp BT/30	2165	2	2
75	Paracetamol cp 500mg	Algotropyl suppo enft BT/10	1035	2	2
75	Paracetamol cp 500mg	Efferalgan comp	1509	1	1
75	Paracetamol cp 500mg	Geluzaline gelule bte/16	1625	1	1
75	Paracetamol cp 500mg	Doliprane adulte sachet BT/12	1477	2	2
75	Paracetamol cp 500mg	Rhinofebrale comp BT/20	2228	2	2
75	Paracetamol cp 500mg	Paracetamol comp	2053	1	1
75	Paracetamol cp 500mg	Doliprane comp 500mg BT/16	1476	1	1
75	Paracetamol cp 500mg	Efferalgan sirop	1510	2	2
75	Paracetamol cp 500mg	Doliprane cp eff 500mg	2793	1	1
75	Paracetamol cp 500mg	Efferalgan gelule 500mg	2797	2	2
75	Paracetamol cp 500mg	Grelgan cp	2830	2	2
75	Paracetamol cp 500mg	Efferalgan cp 500 bte/20	2843	1	1
75	Paracetamol cp 500mg	Rinutan sirop 200ml	2239	2	2
75	Paracetamol cp 500mg	Trophires compose sirop enfant	2533	2	2
75	Paracetamol cp 500mg	Toplexil sirop 150ml	2485	2	2
75	Paracetamol cp 500mg	Di-antalvic comp BT/20	2730	2	2
75	Paracetamol cp 500mg	Toplexil gelules BT/24	2486	2	2
75	Paracetamol cp 500mg	Trophires compose NN suppo	2532	2	2
75	Paracetamol cp 500mg	Trophires compose enfant suppo	2531	2	2
76	Paracetamol cp 100mg	Doliprane nn suppo BT/10	1481	2	2
76	Paracetamol cp 100mg	Doliprane nn sachet BT/12	1480	1	2
76	Paracetamol cp 100mg	Algotropyl suppo nn BT/10	1034	2	2
76	Paracetamol cp 100mg	Calgluquine comp BT/24	1249	2	2
76	Paracetamol cp 100mg	Doliprane enft suppo BT/10	1479	2	2
76	Paracetamol cp 100mg	Doliprane enft sachet BT/12	1478	1	1
77	Phenobarbital inj 200mg	Gardenal inj 0,2g BT/1	9132	2	2
77	Phenobarbital inj 200mg	Gardenal inj 0,04g BT/50	9131	2	2
78	Phenobarbital cp 30mg	Sympathil comp BT/40	2394	2	2
79	Phenobarbital cp 50mg	Alepsal comp BT/30-50mg	1024	2	2

CDCI	DCI	NOM DE SPECIALITE	CODE PPM	COMM	COMM2
79	Phenobarbital cp 50mg	Etaphylline pheno susp	1540	2	2
79	phenobarbital cp 50mg	Alepsal comp BT/20-100mg	1025	2	2
79	Phenobarbital cp 50mg	Chilral comp 152mg	1305	2	2
79	Phenobarbital cp 50mg	Colchimax comp BT/20	1338	2	2
80	Phytomenadione cp 10mg	Vitamine k1 gouttes	9328	2	2
81	Phytomenadione inj 10mg	Vitamine k1 inj 50 mg	9327	1	2
81	Phytomenadione inj 10mg	Vitamine k1 inj 20 mg	9326	1	2
82	Praziquantel cp 600mg	Elitricide comp 600mg	9342	1	1
83	Prednisone cp 5mg	Chibro fiabeline pde	1301	2	2
83	Prednisone cp 5mg	Cortancyl lag cp bte/30	9094	1	2
83	Prednisone cp 5mg	cortancyl comp 5mg BT/30	9094	1	1
84	Quinine sulfate cp 200mg	Cone rendell ovule	1357	2	2
84	Quinine sulfate cp 200mg	Arsiquinoforme comp BT/18	9015	2	2
84	Quinine sulfate cp 200mg	Arsiquinoforme cp bte 30	9373	2	2
84	Quinine sulfate cp 200mg	Quinimax suppo BT/5	9242	2	2
84	Quinine sulfate cp 200mg	Quinimax comp BT/30	9241	2	2
85	Quinine inj 600mg	Sels de quinine inj 0,2g	67	1	1
85	Quinine inj 600mg	Sels de quinine inj 0,4g	68	1	2
85	Quinine inj 600mg	Paluject inj 40%	9215	1	2
85	Quinine inj 600mg	Quinimax inj 10 B/50	9238	1	2
85	Quinine inj 600mg	Quinimax inj 20% B/50	9239	1	1
85	Quinine inj 600mg	Quinimax inj 40% B/50	9240	1	2
85	Quinine inj 600mg	Quinoforme inj 25%	9244	2	2
85	Quinine inj 600mg	Quinoforme inj 50%	9245	2	2
85	Quinine inj 600mg	Quinoforme inj 10%	9243	2	2
85	Quinine inj 600mg	Paluject 10% inj	9213	1	2
85	Quinine inj 600mg	Paluject 20% inj	9214	1	1
86	Retinol cp 200.000UI	Alvityl comp	1050	2	2
86	Retinol cp 200.000UI	Polyvitamine ACD pde	2112	2	2
86	Retinol cp 200.000UI	Avibon pde 30g	9031	2	2
86	Retinol cp 200.000UI	Avibon inj 100mg	9032	2	2
86	Retinol cp 200.000UI	Avibon inj 500mg	9033	2	2
86	Retinol cp 200.000UI	Avibon 500 comp BT/20	9030	2	2
87	Solution polyvitaminée cp 150ml	Hydrosol polyvitaminees gtttes	1737	1	1
87	Solution polyvitaminée cp 150ml	Alvityl susp 150 ml	1049	1	1
88	Tetracycline pde 1%	Sollicort collyre 5ml	1339	2	2
88	Tetracycline pde 1%	Aureoxicline 1% pde	8003	1	1
88	Tetracycline pde 1%	Terra pde ophtalmique 5g	9283	2	2
88	Tetracycline pde 1%	Terrasilicone 3g	9361	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Aphocycline ovule BT/12	1060	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Ancycline comp BT/16	1065	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Chycocycline cp bte/16	1315	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Tetracycline papsules	0	1	1
89	Tetracycline cp 250mg	Aphocycline comp BT/16	1061	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Transcycline inj 150mg	2506	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Oxytetracycline cp	8002	1	1
89	Tetracycline cp 250mg	Rubitracine enft sachet BT/12	2253	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Rubitracine comp BT/12	2252	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Transcycline inj 350mg	2763	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Hexacycline gélules	9388	1	1
89	Tetracycline cp 250mg	Terra IM retard inj 250mg	9285	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Hexacycline sirop 60 ml	9158	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Terra im retard inj 125mg	9284	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Hexacycline comp BT/16	9159	1	1
90	Tiabendazole cp 500mg	Tiabendazole cp 500mg	38	1	0
90	Tiabendazole cp 500mg	Duo mintezol susp	9107	1	0
90	Tiabendazole cp 500mg	Mintezol comp BT/6	9196	1	0
90	Tiabendazole cp 500mg	Mintezol sirop	9197	1	0

CDCI	DCI	NOM DE SPECIALITE	CODE PPM	COMM	COMM2
92	Tetracycline pde 3%	Aureomicine 3% pde	8004	1	1
92	Tetracycline pde 3%	Terramycine pde 15g	9282	2	2
93	Ampicilline cp 250mg	Standacilline gle 500	0	1	2
93	Ampicilline cp 250mg	Amblosin 1000 cp bte/12	9380	1	2
93	Ampicilline cp 250mg	Standacillin cp 100mg bte/10	9384	1	2
93	Ampicilline cp 250mg	Totapen comp 250mgBT/16	9296	1	2
94	Chloramphenicol cp 250mg	Chloramphenicol cp 250mg	8012	1	1
95	Chloroquine sp	Chloroquine sp	8013	1	2
96	Serum glucose	Serum glucose Fl 500ml	8028	1	0
97	Serum sale	Serum sale	8029	1	0
98	Phenobarbital cp 50mg	Phenobarbital 100 bte/4	8025	1	1
98	Phenobarbital cp 50mg	Phenobarbital 50	8024	1	1
99	Metopimazine inj	Vogalene inj	9329	1	2
100	Metopimazine cp	Vogalene comp BT/40	9330	1	2
101	Metopimazine gttes	Vogalene sirop 150ml	9332	1	1
101	Metopimazine gttes	Vogalene gttes 30ml	9331	1	1

Resultat:

A partir de la liste ad hoc, la correspondance stricte entraînerait la suppression du catalogue de la PPM de 159 présentations de spécialités et la correspondance large la suppression de 197 spécialités supplémentaires.

Au total la PPM devrait prévoir le remplacement de 356 présentations actuellement commercialisées par les médicaments essentiels de la liste ad hoc.

Si l'on part de la liste préférée, la correspondance stricte entraîne le remplacement de 91 spécialités et la correspondance large, le retrait de 222 spécialités supplémentaires. Au total 313 spécialités sont concernées alors que le nombre total de présentations pour lesquelles nous connaissons les sorties en 1988 et en 1989 dépasse 1200 spécialités.

Conclusion

L'expérience a appris à tout un chacun que les médicaments essentiels ne doivent en aucun moment se trouver à côté des spécialités équivalentes dans les officines comme cela a été malencontreusement fait pendant la réforme pharmaceutique.

Nous pouvons dans la mise en oeuvre de l'initiative de Bamako envisager une application prudente ou massive ou encore une application progressive qui consisterait à procéder par exemple à un premier stade au remplacement restreint, puis d'étendre petit à petit le nombre des spécialités. Sans une volonté politique ferme, la tâche ne sera pas facile.

Chapitre 4

INFORMATIONS RELATIVES AUX MEDICAMENTS
ET ACTIVITES EDUCATIVES

La fourniture d'informations relatives aux médicaments et aux substances pharmaceutiques est indispensable à tous les niveaux de soins de santé, afin de s'assurer de leur bonne utilisation et de promouvoir leur prescription rationnelle. L'information comporte deux volets :

Le premier purement scientifique, a trait à l'utilisation rationnelle des médicaments . A cet effet, les pouvoirs publics, les entreprises, les éducateurs, les agents de santé, les consommateurs ont tous un rôle à jouer. Nous devons tous être informés de la disponibilité des médicaments essentiels et devons savoir que s'ils sont équivalents du point de vue thérapeutique, les produits génériques meilleur marché sont tout aussi efficaces que les produits de marque plus onéreux .

Chaque médicament de la liste essentielle doit être accompagné de renseignements exacts et objectifs qui soient intelligibles pour les prescripteurs à tous les niveaux . S'il y a lieu, des critères de diagnostic doivent être fournis pour chaque indication (cf[19] p.47)

Utiliser un médicament sans disposer de connaissances suffisantes peut être dangereux, mais l'adjonction d'une notice fournissant les renseignements nécessaires pour chaque produit de façon concise devrait permettre au prescripteur d'obtenir un résultat optimal en minimisant les conséquences indésirables (cf [19] p.47)

Les prescripteurs doivent donc sélectionner le meilleur médicament essentiel et le prescrire à doses adéquates pendant un temps suffisant. Ils doivent pour cela bénéficier d'une meilleure formation en pharmacologie et en thérapeutique, recevoir une information continue sur les médicaments essentiels à travers des périodiques, d'articles dans les revues médicales, les bulletins d'information, les conférences, les projections de films, les circuits de cassettes Video dans le cadre d'une formation permanente ; ils doivent surtout être sensibilisés au coût de leurs prescriptions.

Pour un usage rationnel des médicaments essentiels, les prescriptions doivent être faites par un personnel qualifié; alors qu'actuellement au Mali plus de 50 % des prescriptions sont faites par un personnel non qualifié.

Pour celui qui dispense, il s'agit de donner le médicament correct ; aux dosages et aux quantités prescrites, avec des instructions d'utilisation claire, dans un emballage adéquat. Là aussi un effort d'information est nécessaire si on veut garder confiance dans le système en place.

Les pharmaciens doivent continuellement informer les consommateurs au sujet de l'utilisation rationnelle des médicaments. Il apparaît alors important que les pharmaciens et leurs employés ne portent pas les mêmes tenues. Par exemple les pharmaciens peuvent s'habiller en blouse blanche et les employés en blouse verte.

Enfin pour que tout ce système ne soit pas vain, le malade doit correctement prendre les médicaments, se référer aux conseils de son médecin et de son pharmacien. La principale raison de la non observance des malades est le manque d'explication de la part de celui qui prescrit et de celui qui distribue (cf[12] p.187).

Les pouvoirs publics devront soutenir probablement ces programmes éducatifs de façon à minimiser les erreurs d'orientation.

L'autre volet de l'information, le plus difficile à réaliser car il implique souvent un changement de mentalité, est d'arriver à convaincre tous les acteurs (médecins, pharmaciens, administrateurs, agents de santé, population) du bien fondé de la sélection des médicaments essentiels, de l'utilisation des noms génériques.

Le corps médical doit se débarrasser de cette mentalité qui fait bien souvent preuve de réticence lorsqu'il s'agit d'adopter des pratiques nouvelles et qui voit dans toute restriction une menace à la liberté de prescription du médecin.

La réussite de l'Initiative de Bamako dépend en grande partie de l'importance que l'on accordera à ces deux volets ; et jusque là aucune campagne d'information ou de sensibilisation n'a été menée . A ce rythme, réussira-t-elle, cette politique ?

Chapitre 5

EFFET DU CONTRAT-PLAN SUR LA PPM

Il est stipulé dans le contrat-plan que la PPM approvisionnera le marché malien en une soixantaine de médicaments essentiels et retirera de son catalogue les spécialités et combinaisons correspondantes. Ces mesures entraîneront une modification complète de la structure du chiffre d'affaires de la PPM et surtout du montant des marges brutes sur lesquelles l'entreprise finance ses charges.

Nous nous proposons d'étudier les conséquences pour la PPM et pour la population de diverses décisions envisageables concernant la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako.

1 - Construction du modèle :

Afin de faciliter un tel travail, un modèle simplifié a été élaboré et il est accompagné d'un logiciel qui permet après modification des valeurs numériques qui caractérisent chaque situation, de calculer instantanément un petit nombre de chiffres d'un compte d'exploitation extrêmement simplifié. Le modèle part de la valeur facture de l'achat qui est très différente selon qu'on procède à un remplacement restreint ou large et selon le privilège de l'UMPP : tout ce que la PPM achète à l'UMPP lui coûterait deux fois moins cher sur le marché mondial.

Le modèle comporte aussi les paramètres utilisés pour calculer le coût du transport international des produits achetés à l'étranger, le coût des impôts et taxes à l'importation, la valeur de vente des produits.

Le prix de vente est calculé en appliquant au prix CAF un coefficient multiplicateur.

Soulignons également l'existence dans ce modèle de ce que nous avons appelé un coefficient de perte, qu'il a fallu introduire pour rapprocher nos estimations de celles qui figurent dans le compte d'exploitation générale de la PPM.

Les situations considérées sont importantes et nombreuses, mais le modèle informatisé est capable de décrire chacun de ces cas.

La question du remplacement (étroit ou étendu) crée deux cas, le privilège de l'UMPP en crée lui aussi deux, les problèmes relatifs à la fiscalité douanière créent deux cas (l'actuelle réglementation douanière et la réglementation proposée), le choix des coefficients pour les médicaments en DCI et pour les spécialités crée un nombre infini de cas. Seul un modèle informatisé peut estimer en un temps record les conséquences de toutes ces éventualités sur la PPM et sur la population.

1-1 - Conséquences sur le chiffre des achats de la PPM :

Il s'agit ici des conséquences économiques de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako sur la valeur des achats, le chiffre d'affaires et la marge de la PPM.

Pour répondre à ces besoins, nous avons à partir des documents qui nous ont été communiqués par la PPM créé un fichier informatique de toutes les spécialités achetées par la PPM en 1988 et en 1989 et qui utilise les codes suivants :

x_1 = code du laboratoire (code créé par nous).

x_2 = code du médicament (code PPM).

x_3 = désignation du produit (nom de spécialité, forme et dosage).

x_{3A} = nombre d'unités (ampoules, comprimés) contenu dans la boîte.

x_4 = sortie moyenne mensuelle du produit (en nombre de boîtes) en 1988.

SS 89 = sortie moyenne mensuelle du produit (en nombre de boîte) en 1989.

P = prix d'achat unitaire (par la PPM en 1989) de la spécialité en francs français par boîte.

P2 = prix d'achat unitaire (par la PPM en 1988) de la spécialité en francs français par boîte.

DCI = dénomination commune internationale correspondante

COMM = code relatif à la correspondance par rapport aux médicaments essentiels de la liste ad hoc :

1 = correspondance stricte

2 = correspondance large

0 = pas de correspondance

P1 = prix d'achat à IDA de l'unité (comprimés, ampoules, flacons etc) pour chaque produit dans la colonne DCI (en francs.CFA sur la base de 1 florin = 150 FCFA).

COEF = coefficient qui tient compte des différences de dosage entre la spécialité vendue par la PPM et le produit correspondant en DCI vendu par IDA.

COEF = 1 : la spécialité correspond strictement à la DCI

COEF = 0 : la spécialité n'a pas d'équivalent parmi les DCI

COEF différent de 0 et 1 : le dosage de la DCI diffère de celui de la spécialité.

PV 87 : prix de vente de la PPM en 1987 et pendant les huit premiers mois de l'année 1988.

PVP : prix de vente de la PPM pour les quatre derniers mois de l'année 1988.

PVP 89 : prix de vente de la PPM au public pour l'année 1989.

Nous avons pu donc à partir de ce fichier informatique estimer 3 valeurs qui sont Val1, Val2, Val3.

Val1 est l'estimation de la valeur annuelle des achats par produit et elle est établie à partir des sorties moyennes mensuelles et des prix d'achat.

Val2 est la valeur simulée des achats de la PPM en remplaçant les spécialités strictement remplaçables par les médicaments essentiels de la liste ad hoc. Elle correspond à la situation dans laquelle la PPM aurait commandé d'un seul coup les médicaments essentiels de la liste ad hoc en quantités, telles qu'on aurait pu remplacer toutes les spécialités pour lesquelles il y a correspondance stricte avec une DCI de cette liste.

Val3 est la valeur simulée des achats de la PPM et elle est obtenue en remplaçant toutes les spécialités pour lesquelles il y a correspondance stricte et large avec une DCI de la liste ad hoc utilisée.

Résultats :

Il ressort de nos calculs que l'adoption d'une politique de remplacement restreint diminue de 800 millions le montant des achats tant en 1988 qu'en 1989.

La politique de remplacement plus large entraîne une réduction du montant des achats de 330 millions supplémentaires en 1988 et en 1989 : au total l'Initiative de Bamako devrait représenter une réduction de la facture pharmaceutique de près de 1,2 milliards de francs CFA annuellement.

Nos estimations ont prouvé aussi que la PPM en payant les spécialités pouvant être remplacées strictement par les médicaments de la liste ad hoc, a dépensé 1,2 milliard F.CFA en 1988 alors que les DCI correspondantes achetées en quantité auprès de IDA en conditionnement hôpital lui seraient revenues à 326 millions seulement.

De même la PPM a engagé 439 millions F.CFA pour les spécialités dont l'équivalence en DCI (correspondance large) et en quantité, achetée auprès de IDA, lui aurait coûté 107 millions.

Au total la PPM a acheté en 1988 pour 1,6 milliard des spécialités qu'elle aurait en réalité pu remplacer par les médicaments essentiels coûtant 435 millions ; pour 1989, les chiffres comparables sont respectivement 1,55 milliard et 490 millions.

Ces ordres de grandeur demeurent même si nous utilisons la liste préférée à la place de la liste ad hoc.

Devant un tel résultat, il devient impérieux pour la PPM d'approvisionner le marché en médicaments essentiels achetés par le système d'appel d'offre international.

Actuellement la PPM fait payer aux malades des charges inutiles en achetant d'une part les spécialités coûteuses et d'autre part en appliquant à ces spécialités un coefficient qui rend le prix de vente excessivement cher pour la population.

La PPM a fait payer aux malades près de 2 milliards en 1988 et en 1989 (le surcoût de 1 milliard à l'achat est doublé par le jeu du coefficient servant à fixer le prix de vente) en leur vendant des spécialités achetées de gré à gré là où les médicaments essentiels auraient été tout aussi indiqués.

Ce résultat plausible devrait inciter les uns et les autres à lutter pour mettre en oeuvre l'Initiative de Bamako.

Comparaison des estimations 1988 et 1989

LISTE AD HOC	VAL 1	VAL 2	VAL 3	VAL2/VAL 1	VAL3/VAL 1
1988					
TOTAL	3692395044	2841366367	2509274499	0,76	0,67
COMM - 1	1177583650	326554973	326554973	0,27	0,27
COMM - 2	439515657	439515657	107423789	1	0,24
COMM - 0	2075295737	2075295737	2075295737	1	1
1989					
TOTAL	3617993376	2794280368	2455104206	0,77	0,67
COMM - 1	1180183429	356470421	356470421	0,3	0,3
COMM - 2	475261539	475261539	136085377	1	0,28
COMM - 0	1962548408	1962548408	1962548408	1	1
LISTE PREFEREE					
1988					
TOTAL	3692395044	3098973955	2604561993	0,83	0,7
COMM 2 - 1	808636016	215214927	215214927	0,26	0,26
COMM 2 - 2	706848902	706848902	215436340	2	0,3
COMM 2 - 0	2176910126	2176910126	2176910126	1	1
1989					
TOTAL	3617993376	3018870728	2550327537	0,83	0,7
COMM 2 - 1	848564355	249441707	249441707	0,29	0,29
COMM 2 - 2	708028823	708028823	239485632	1	0,33
COMM 2 - 0	2061400198	2061400198	2061400198	1	1

1-2- Coût du transport international

Pendant plusieurs années, la PPM a utilisé pour passer du prix FOB au prix CAF un coefficient de 1,10. Le faible coût de transport 10 % de la valeur facture s'explique par le recours au transport par bateau ou le groupage ou l'achat des spécialités coûteuses.

Une récente analyse des chiffres contenus dans le compte d'exploitation générale de la PPM pour 1988 a porté le coefficient à 1,16 tant pour les médicaments essentiels que pour les autres.

Dans ce cas il a été tenu compte de l'assurance, de l'enregistrement, des honoraires de l'expéditeur, des frais de manutention et de terminal.

Pour l'avenir, il serait plus réaliste d'utiliser une autre estimation concernant le prix du transport international des médicaments essentiels.

L'expérience de "**Medecins du Monde**" a montré que le coût du transport international (par avion), de l'assurance, de la manutention et du transit s'élevait dans le cas des médicaments essentiels à 32 % de la valeur payée au fournisseur. De même, en 1986, lors de l'appel d'offres réalisé, pour l'approvisionnement des 6ème et 7ème régions, il a été estimé que le coût du transport et de l'assurance représentent 34 % de la valeur facture.

Il en résulte de ce qui précède que la valeur CAF Bamako des médicaments essentiels achetés par appel d'offres sur le marché international peut être obtenue en majorant de 33 % la valeur facture.

1-3 - Privilège de l'UMPP :

L'UMPP étant naturellement l'un des premiers fournisseurs de la PPM en médicaments essentiels, nous nous préoccupons ici du prix de revient des produits qu'elle fabrique.

Dans cette perspective, nous comparons ici le coût des achats de la PPM à l'UMPP en 1988 et le coût des achats des mêmes quantités de

produits équivalents achetés chez un grossiste comme IDA dont le prix FOB a été majoré de 33% pour obtenir une estimation du prix CAF Bamako. La comparaison porte sur 14 médicaments essentiels.

Pour chacun des 14 produits de l'UMPP, on précise le nombre d'unités (comprimé, ampoule etc...) par boîte, le nombre moyen mensuel des boîtes achetées par la PPM, le prix d'achat de la boîte en F.CFA par la PPM à l'UMPP ; la valeur annuelle des quantités achetées. Pour les 14 produits choisis et les quantités de 1988 la valeur atteint 534 millions de F.CFA.

De même, pour les produits figurant au catalogue IDA, nous indiquons lesquels pourraient remplacer les produits de l'UMPP (14 produits). La correspondance est stricte dans tous les cas sauf un où elle est large. On donne ensuite le coefficient permettant de tenir compte des différences de dosage entre les 14 produits de l'UMPP et ceux de IDA.

Nous précisons le prix IDA à l'unité et la valeur CAF Bamako des quantités de ces produits IDA nécessaires pour remplacer les approvisionnements de l'UMPP.

Il ressort alors que l'approvisionnement UMPP coûte deux fois ce que coûterait un approvisionnement auprès d'un grossiste sur le marché international. Dans ces conditions, nous dirons que la PPM accorde un privilège à l'UMPP, privilège qui augmente la valeur des achats sans améliorer leur qualité ni majorer la quantité

Si la PPM veut persévérer dans la politique de l'Initiative de Bamako, elle ne doit pas continuer à acheter cher à l'UMPP les produits qui lui reviennent moins cher sur le marché mondial. Il serait également distordu de voir la PPM acheter à l'extérieur les mêmes produits que l'UMPP fabrique. Par conséquent nous invitons donc le MSP-AS et l'UMPP à réviser le prix des produits fabriqués au Mali afin qu'il soit conforme aux normes internationales.

1-4- Exonération fiscale

L'exonération des médicaments essentiels a été prévue par un décret N°85 PGRM du 2 Mai 1984 dont les premiers articles sont :

- **Article 1** : Il est constitué en République du Mali une liste de médicaments et de réactifs essentiels à usage de la médecine humaine conformément au tableau annexé au présent décret.

- **Article 2** : Les médicaments et réactifs de cette liste sont exonérés de tous impôts et taxes douanières.

Le tableau annexé contient une liste de médicaments essentiels établie uniquement en dénomination commune internationale (ou nom générique).

Cependant nous nous rendons compte que l'arrêté interministériel N°3432 MSP-AS/ MSCTSEE/ MFC du 26 juin 1985 a apporté des modifications à l'article 1 en introduisant :

- **Article 4** : Les médicaments figurant sur la liste doivent être présentés en :

- Dénomination commune internationale.
- Nom des spécialités correspondantes ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché.

L'arrêté interministériel a donc introduit une notion de spécialités essentielles qui seront exonérées en plus des DCI des taxes douanières.

L'application de l'arrêté engendre non seulement des pertes de recettes fiscales, mais aussi le remplacement des DCI par des spécialités correspondantes coûteuses et donc des surcoûts supportés par les malades.

Actuellement sont exonérés des taxes douanières (cf[8] p.93) les médicaments en DCI (en pratique absents des importations), les médicaments de l'UMPP (fabriqués sur place, donc non concernés) et quelques centaines de "spécialités essentielles".

C'est ainsi que 92% de la valeur des achats des médicaments classés en COMM = 1 sont exonérés et 42% des achats classés en COMM = 2 le sont aussi.

Dans le contexte de l'Initiative de Bamako, cette situation est absurde.

Il est apparu un nouveau Décret n°90 - 318/PG-RM du 6 juillet 1990 dont il convient de citer les premiers articles.

- **Article 1** : Il est fixé en République du Mali, une nomenclature des médicaments essentiels, réactifs, produits chimiques, produits à usage

stomato-odontologique et matériels médico-chirurgicaux à l'usage de la médecine humaine, conformément aux listes annexées au présent Décret.

- **Article 2** : Les médicaments, réactifs, produits chimiques, produits odonto-stomatologiques et matériels médico-chirurgicaux de ces listes sont exonérés de tous impôts et taxes douanières.

Nous nous rendons compte que les médicaments essentiels de la liste de l'Initiative de Bamako forment un sous-groupe de la liste concernée.

1-5- Situation des officines privées

La privatisation de la distribution pharmaceutique est devenue réalité au début de l'année 1989. De nombreuses officines se sont ouvertes à Bamako et dans certaines grandes villes. Une quarantaine serait autorisée début 1990 (et quatre vingt actuellement). La multiplication des officines privées ne va-t-elle pas perturber les activités de la PPM dans le domaine de la distribution ?

La plupart des officines de la PPM sont confiées à des gérants non pharmaciens. Il est fréquent que des assistants, des commis etc, sans formation suffisante s'occupent des clients ; leur manque de connaissances sur les médicaments influe alors sur le choix des produits, et la quantité et la qualité de l'information communiquée au patient.

Les officines privées gérées par des jeunes pharmaciens préoccupés de déontologie et par le souci du service à rendre aux malades, assurent un service attentif aux besoins des clients et réduisent au rôle de grossiste les officines de la PPM.

Au total, en une seule année, les officines privées ont conquis le quart du chiffre d'affaires pharmaceutique ; avec une marge de 25,52 % (actuellement la marge est ramenée à 20 %) et un chiffre d'affaires de 7 milliards.

Cependant la privatisation a également des revers. Elle a des règles et des contraintes. L'objectif du pharmacien privé est d'améliorer le service rendu aux malades ; mais il est préoccupé aussi de rentabilité. Il dépend donc de sa clientèle et ne peut pas survivre là où la clientèle est trop peu nombreuse ou trop éparse ou trop pauvre .

La PPM doit alors prendre en compte ce problème si elle veut atteindre cet objectif qui est l'accessibilité du médicament essentiel à toute la population non seulement pour des motifs de santé publique mais aussi pour des raisons morales.

Actuellement la PPM est entrain de procéder à la vente de ses officines. Cependant elle doit conserver un certain nombre d'officines déficitaires pour assurer la présence du médicament dans chaque cercle et à partir du cercle, rendre possible l'approvisionnement des dépôts d'arrondissement.

En conséquence un certain nombre d'officines ou succursales bénéficiaires doit être conservé afin de venir en aide aux officines déficitaires.

1-6- Accélération du rythme d'approvisionnement

La régularité de l'approvisionnement du Mali en médicaments demeure un facteur préoccupant tout le monde, les ruptures de stocks, les délais de livraison imprévisibles ont toujours été bien tolérés par la PPM. De telles situations portent atteinte à la santé des malades.

Un expert, monsieur Jacques MANCHE désigné par un bureau de consultant à but non lucratif (OTECI), a voulu éclairer les conditions de livraison des médicaments.

Monsieur MANCHE a constaté (cf [8] P.65).

- Que les camions stationnent de longues journées dans la cour de la PPM, alors qu'un système de livraison efficace limite le stationnement des camions au temps de leur chargement.
- Que les cables des compteurs des camions sont débranchés, ce qui rend impossible non seulement l'entretien régulier des véhicules, gage de longévité et de fiabilité, mais encore l'évaluation du kilométrage parcouru et l'organisation des circuits optimisés.
- Que les manquants à l'arrivée semblent atteindre un volume beaucoup plus élevé que ce qui ressort des bons établis officiellement (et qui représentent néanmoins près de 55 millions en 1989 par exemple).
- Que les gérants d'officines se plaignent de la longueur des délais de livraison, de leur irrégularité, en même temps que du fait que les commandes ne sont jamais honorées que partiellement.

Il est donc temps que la PPM prenne conscience de l'inadaptation de son système de décision et de sanction ; elle doit faire preuve de moins de formalisme administratif et trouver une solution pour que les travailleurs organisent mieux leur travail

L'objectif d'accessibilité du médicament doit être la préoccupation essentielle de la PPM. Il est à la fois rentable pour la PPM et bénéfique pour les malades que le rythme des approvisionnements soit accéléré afin de réduire la durée des ruptures de stocks même si la PPM dépense un peu plus en transport.

Monsieur Manche a estimé les frais de livraison à 180 millions. Plus loin dans le modèle de simulation, on testera la faisabilité d'un accroissement de ces dépenses allant jusqu'à 100 millions supplémentaires.

1-7- Coefficient servant au calcul du prix de vente

Dans la plupart des pays en développement principalement au Mali, le médicament, au prix où il est vendu, revient trop cher à la population.

Le niveau de revenu des populations à qui les médicaments sont vendus n'est jamais pris en compte dans la fixation du prix de vente des médicaments.

Au Mali, le prix de vente des médicaments est établi en appliquant au prix CAF Bamako un coefficient multiplicateur qui est actuellement égal à 1,95 pour tous les produits. En 1988 ce coefficient était de 1,4 pour les médicaments et spécialités essentiels et de 2,05 pour les autres médicaments.

Ce système a certes l'avantage qu' il permet d'assurer l' uniformité du prix du médicament sur tout le territoire, en supprimant des occasions de trafics , en évitant également de faire supporter aux populations éloignées et dispersées le coût supplémentaire de leur approvisionnement.

Mais le système a cet inconvénient de renforcer encore, au détriment de la population, le surcoût des médicaments sur le marché malien en permettant à la PPM de dégager des bénéfices sans améliorer ses performances : entre 1988 et 1989 la PPM a eu une marge supplémentaire de 26% du fait de la fixation du coefficient à 1,95 pour tous les produits, alors que ses achats n'ont pas augmenté. Cette situation a entraîné un prélèvement supplémentaire (par rapport à 1988) de près de 1 milliard de franc CFA sur les malades.

Le système de coefficient favorise l'incompétence et l'irresponsabilité en matière de gestion plus élevé sera le prix d' achat, plus grande sera en valeur absolue la marge du distributeur (cf [8] p102). C'est ce système qui crée des bénéfices faciles dès que la gestion est simplement honnête.

Le choix du coefficient est donc d' une importance capitale et mérite d' être sérieusement étudié en tenant compte de la rentabilité de la PPM et de l'intérêt des malades. Certains experts ont conseillé récemment que l'on modifie le coefficient en fixant celui qui s' applique aux médicaments essentiels à 1,75 et en conservant pour les spécialités l'actuel coefficient de 1,95.

Par l'arrêté interministériel n°90- 2156/MFC-MSPAS du 20 juillet 1990, il a été affecté aux médicaments en DCI importés le COEF 1,20.

1-8- Coefficient de perte

A partir du fichier informatique crée, nous avons calculé la valeur des ventes en multipliant les sorties du stock (sorties moyennes mensuelles par produit multipliées par 12) par le prix de vente au catalogue et cela pour les années 1988 et 1989.

Ces chiffres qui devraient être très comparables à ceux qui figurent au compte d'exploitation générale de la PPM en sont fort divergents.

Nos calculs montrent qu'en 1988 la PPM a réalisé 7354 millions de vente et 8239 millions de vente en 1989 alors que le chiffre des ventes d'après le CEG est 5911 millions pour 1988 et 6892 pour 1989.

Malgré les explications qui nous ont été fournies notamment les casses, les pertes d'une part, les remises d'autre part, la différence entre ces chiffres est trop énorme. Il faut donc faire une place aux sorties frauduleuses. Pour passer de la valeur des ventes des produits sortis des stocks à la valeur des ventes, un coefficient de "perte" de 20% a été utilisé dans le modèle.

1-9- Réduction des charges de la PPM

La PPM, détentrice du monopole d'importation et de la répartition des médicaments se trouve actuellement concurrencée dans le domaine de la distribution non seulement par les systèmes qui existent dans les 6^e et 7^e régions, mais également par les officines privées qui prospèrent de façon très importante (cf [8] p.57).

La mise en oeuvre des dispositions de l'Initiative de Bamako en matière de médicaments doit réduire les marges de la PPM afin de diminuer le coût des médicaments pour les malades.

La PPM face à ces contraintes doit de façon irréfutable réduire ses charges pour assurer sa survie.

1-9-1- Suppression des activités de prestation

La PPM jusqu'à nos jours conserve la gestion d'activité de consultation, d'analyses biologiques, et d'hospitalisations.

Un rapport d'audit concluait déjà il y a quelques années que la PPM aurait intérêt à se débarrasser du centre de diagnostic et de traitement ainsi que du centre de prothèse dentaire parce que leur rentabilité apparaissait douteuse. L'entretien de tels centres crée des charges inutiles à la PPM.

La suppression de ces activités peut alléger les charges de la PPM d'environ 125 millions annuellement (cf [8] p.58).

1-9-2- Réduction des effectifs du personnel administratif :

Une étude faite sur la PPM a révélé la présence d'un sureffectif dans certaines divisions (cf [3] p.85) à propos des compartiments, à propos de la division comptabilité, à propos de la division administration. Il a été proposé un nouvel organigramme et la définition des postes, mais jusqu'à nos jours rien de concret n'a été fait.

Le service commercial traite au maximum 30.000 commandes dans l'année. La sous direction II (qui s'occupe des expéditions, ventes et facturations) dispose de 70 agents donc chaque agent traite au grand maximum 428 commandes dans l'année soit 1,5 par jour (cf [8] p. 60)

Au niveau de la direction administrative se trouvent 33 agents (dont 10 cadres) qui gèrent un effectif total inférieur à 800 (cf [8] p. 60).

Nous insistons sur le fait qu'il est nécessaire d'adapter l'effectif aux tâches à accomplir, c'est à dire qu'il faut ramener le nombre de salariés à ce qui est justifié par le travail à accomplir et ne conserver que des agents qui se sont montrés irréprochables quant à la qualité de leur travail

Les remises aux personnels atteignaient 145 millions en 1984 et 77 millions en 1986 (cf [9] p.2). Ces remises correspondaient aux achats des médicaments que le personnel payait à moitié prix. Pour un achat total de 144 millions en 1986, l'effectif de 800 personnes a bénéficié d'une remise de 77 millions soit une consommation pharmaceutique annuelle de 180.000 F CFA par agent et le double en

1984. Il est donc évident que les employés de la PPM faisaient commerce de médicaments à leur propre compte.

Cependant, seuls les dirigeants peuvent prendre certaines dispositions concernant l'organisation d'une entreprise.

Le sureffectif et le manque de qualification du personnel ont été quand même constatés souvent.

Devant le souci permanent d'adapter les charges de l'entreprise à la marge bénéficiaire, et la diminution de cette marge avec la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako : une réduction d'un tiers de l'effectif du personnel de l'administration a été proposé (cf [8] p.121). La diminution des charges résultant de la réduction tant du personnel administratif et du personnel de vente a été chiffrée à 180 millions de F.CFA (cf [8] p.121).

1-9- 3 Réduction des effectifs du personnel de vente :

La PPM, dans sa mission sociale, doit résoudre les problèmes des malades. Il lui incombe alors la responsabilité de conserver un dépôt qui ne fait qu'un faible chiffre d'affaire parce que ce dépôt permet à des malades peu nombreux et dispersés de se soigner lorsque nécessaire .

La PPM doit quand même avoir une bonne politique de gestion de ces dépôts. Elle ne doit pas accepter de payer 4 agents pour gérer un dépôt dont le chiffre d'affaires ne dépasse pas 6 millions.

Afin d'apporter des corrections au système existant, un certain nombre de recommandations visant à assurer un minimum d'efficacité de la part du personnel de la PPM a été proposé.

Il s'agit alors de : (cf [8] p. 61).

- Ne supprimer aucune officine, pour que le médicament reste disponible dans chaque cercle.
- Laisser inchangé l'effectif de celles dans lesquelles le chiffre d'affaires par employé est supérieur à 20 millions.
- Pour toutes celles pour lesquelles c'est possible, imposer que le chiffre d'affaires par employé soit de 20 millions.

Des règles plus sévères devraient être appliquées si on recherchait l'efficacité maximale : on réduirait le nombre des officines à Bamako, on n'en laisserait subsister qu'une dans les autres villes en comportant plusieurs, en outre on relèverait sensiblement le montant minimum du chiffre d'affaire par employé.

Une réduction d'un tiers de l'effectif du personnel permettrait d'obtenir une efficacité modérée.

1-10 - Présentation du modèle

Le modèle se présente à l'écran de l'ordinateur sous la forme d'un dialogue entre la machine et le joueur. La machine pose au joueur un certain nombre de questions qui sont les suivantes :

La première question : "Donnez un nom - maximum 6 lettres et/ ou chiffres -- à cet essai ".

Cette question permet de baptiser les cas étudiés par une ou plusieurs personnes se servant du modèle.

Les autres questions sont :

- Quelle étendue pour le remplacement 1 = restreinte ;
2 = large ?

Nous avons établi que le remplacement strict à partir de la liste ad hoc entraîne la suppression au catalogue de la PPM de 159 présentations de spécialités et le remplacement étendu la suppression de 197 présentations supplémentaires.

- Decidez vous de conserver la préférence pour l'UMPP OUI ou NON " ?

Une réponse positive implique que la PPM et les malades supportent le privilège accordé à l'UMPP. Nous avons démontré plus haut que la PPM paye les médicaments à l'UMPP deux fois plus cher que sur le marché mondial.

- Quelle exonération fiscale 1= actuelle ; 2= limitée au DCI " ?

Nous précisons ici que les médicaments actuellement exonérés sont des spécialités dites essentielles et pas les DCI de la liste de l'Initiative de Bamako. La situation actuelle est donc tout à fait absurde dans le contexte de l'Initiative de Bamako.

Quelle part de vente les officines privées feront-elles ?

Les officines privées ont vu le jour à Bamako au début de l'année 1989. En une seule année, elles ont conquis le quart du chiffre d'affaires pharmaceutique. Actuellement, plus de quatre vingt officines sont ouvertes à Bamako et dans certaines grandes villes. La part de vente va donc augmenter en fonction de l'importance qu'on accorde au secteur privé

"Quelles réductions des charges de la PPM envisagez-vous en millions" ?

Nous avons vu plus haut que l'approvisionnement du marché en médicaments essentiels diminue les marges de la PPM.

Il est alors nécessaire de réduire les charges de l'entreprise. La réduction maximum ne peut sans doute pas dépasser 300 millions (cf[8] P.65).

"Decidez-vous d'accélérer le rythme des livraisons OUI ou NON " ?

D'après les études de Monsieur MANCHE les gérants se plaignent de la longueur des délais de livraison, des ruptures de stocks etc...Il sera donc nécessaire de consacrer plus d'argent aux dépenses de transport pour assurer des livraisons rapides et régulières. Cela nécessite une charge nouvelle estimée pour fixer les idées à 50 millions annuellement.

" Quel coefficient fixez-vous pour les médicaments en DCI ? "

Aucune suggestion n'a été faite par le modèle.

" Quel coefficient fixez-vous pour les spécialités et autres produits ? "

Aucune limite ni aucune suggestion par le modèle. Il est possible de choisir le même coefficient qu'à la réponse précédente.

" Decidez-vous de subventionner les dépôts d'arrondissements ? "

Nous avons dit que la PPM, dans le souci de mettre les médicaments à la disposition de toute la population, doit être présente dans les arrondissements. Cette situation exige un système de compensation entre les dépôts qui couvriraient leur frais et les dépôts déficitaires présents dans certains arrondissements. Une étude a montré que les dépôts installés dans le cercle de Banamba ne seraient pas viables même si la PPM accordait aux déposataires les 10 % de remise (cf [10] P.58).

Une réponse par OUI introduit dans le modèle la prise en charge de cette compensation à hauteur de 100 millions.

Lorsque toutes ces questions ont été posées et toutes les réponses enregistrées, l'écran affiche l'ensemble des choix et leurs conséquences sur l'équilibre de la PPM et sur le coût des médicaments pour les malades.

Sur le tableau affiché, les valeurs calculées figurent dans la partie inférieure "RESULTAT". Dans la partie supérieure (CHOIX du DECIDEUR) se trouvent les questions avec en face les réponses choisies ; en haut et à droite du tableau se trouvent les paramètres fixes qui sont : coût du transport international, droit de douane, marge du détaillant, coefficient de perte.

2 - Quelques scénarios

* On conserve la situation actuelle en remplaçant uniquement les 159 spécialités par les médicaments essentiels de la liste ad hoc (remplacement strict). On maintient donc le privilège de l'UMPP, la réglementation fiscale reste inchangée on considère la part du marché que les officines ont conquise en un an ; on ne réduit pas les charges de la PPM, aucune dépense supplémentaire n'est faite pour accélérer la livraison ni pour couvrir le déficit de dépôts d'arrondissements ; le coefficient actuel du début 1990 1,95 est appliqué à tous les produits : DCI et spécialités.

Le modèle montre que cette politique permet à la PPM de réaliser un bénéfice annuel de 101 millions et diminue de moins de 10,76 % le coût des médicaments pour les malades (Essai D1).

Cette solution montre immédiatement que l'usage des médicaments essentiels ne va en aucun cas conduire la PPM à la ruine.

* A partir de la situation initiale, envisageons l'effet du remplacement large c'est-à-dire le remplacement de 350 spécialités par les médicaments essentiels de la liste ad hoc.

Le modèle nous affiche une diminution du coût des ordonnances de plus de 19 % pour les malades et un résultat négatif de 20 millions pour la PPM. La PPM peut trouver l'équilibre dans ces conditions en réduisant uniquement des charges inutiles de 20 millions. Cette situation serait quand même bien profitable pour les malades (Essai D2 reproduit ci-dessous).

* Décrivons maintenant une situation qui traduit le plus fidèlement les ambitions d'un ministère de la santé Publique. On améliore la gestion de la PPM de manière à rapprocher les comptes des sorties de stocks c'est à dire on réduit le coefficient de perte de 20 % à 5 %. On procède à une réduction des charges injustifiées de 225 millions (les trois quarts de ce qui est possible). On augmente un peu les dépenses de la PPM afin d'accélérer les livraisons des produits et de permettre le bon fonctionnement des dépôts d'arrondissement (130 millions de charges nouvelles : 100 millions pour la subvention des dépôts d'arrondissement et 50 millions pour accélérer les livraisons).

On considère ici que la vocation sociale de la PPM concerne exclusivement les malades et exige une limitation de ses coûts. On cherche alors les coefficients qui, appliqués au prix CAF Bamako réduisent au maximum les résultats de la PPM. Avec un coefficient de 1,5 pour les produits essentiels et 1,6 pour les spécialités, on a obtenu une réduction de 23 % de la charge pour les malades (Essai D3 reproduit ci-dessous)

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI.....D1																			
EXTENSION DU REMPLACEMENT (1=restreinte ; 2=étendue).....	1	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Paramètres fixes</th> </tr> <tr> <th>SPECIALITES</th> <th colspan="2">DCI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TRANSPORT</td> <td>10,00%</td> <td>33,00%</td> </tr> <tr> <td>DOUANE</td> <td>22,00%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MARGE DETAIL</td> <td>25,52%</td> <td>25,52%</td> </tr> <tr> <td>% PERTES</td> <td>20,00%</td> <td>20,00%</td> </tr> </tbody> </table>		Paramètres fixes			SPECIALITES	DCI		TRANSPORT	10,00%	33,00%	DOUANE	22,00%		MARGE DETAIL	25,52%	25,52%	% PERTES	20,00%	20,00%
Paramètres fixes																					
SPECIALITES	DCI																				
TRANSPORT	10,00%			33,00%																	
DOUANE	22,00%																				
MARGE DETAIL	25,52%	25,52%																			
% PERTES	20,00%	20,00%																			
PRIVILEGE DE L'UMPP OUI ou NON	OUI																				
EXONERATION DOUANIERE (1=actuelle ; 2=limitée aux DCI)	1																				
PART DES OFFICINES PRIVEES (en pourcentage des ventes).....	25																				
REDUCTION DES CHARGES (en millions FCFA).....	0	MAXIMUM	300 millions																		
ACCELERATION DES LIVRAISONS	NON	COUT	50 millions																		
COEFFICIENT SUR DCI.....	1.95																				
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS..	1.95																				
SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT.	NON	COUT	100 millions																		

RESULTATS	DCI	Autres remplaçables	Spécialités et autres	TOTAL
VALEUR FACTURE DES ACHATS	500	475	2075	3050
VALEUR TTC BAMAKO DES ACHATS	575	589	2785	3949
DROITS DE DOUANE	5	67	502	574
VALEUR DETAIL (PPM + PRIVE)	897	919	4344	6160
MARGE REVENANT A LA PPM	172	176	831	1179
CHARGES DE LA PPM (hors douane et transport international)				1078
RESULTAT PPM				101
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES				10,72%

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI.....D2																			
EXTENSION DU REMPLACEMENT (1=restreinte ; 2=étendue).....	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Paramètres fixes</th> </tr> <tr> <th>SPECIALITES</th> <th colspan="2">DCI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TRANSPORT</td> <td>10,00%</td> <td>33,00%</td> </tr> <tr> <td>DOUANE</td> <td>22,00%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MARGE DETAIL</td> <td>25,52%</td> <td>25,52%</td> </tr> <tr> <td>% PERTES</td> <td>20,00%</td> <td>20,00%</td> </tr> </tbody> </table>		Paramètres fixes			SPECIALITES	DCI		TRANSPORT	10,00%	33,00%	DOUANE	22,00%		MARGE DETAIL	25,52%	25,52%	% PERTES	20,00%	20,00%
Paramètres fixes																					
SPECIALITES	DCI																				
TRANSPORT	10,00%			33,00%																	
DOUANE	22,00%																				
MARGE DETAIL	25,52%	25,52%																			
% PERTES	20,00%	20,00%																			
PRIVILEGE DE L'UMPP OUI ou NON	OUI																				
EXONERATION DOUANIERE (1=actuelle ; 2=limitée aux DCI)	1																				
PART DES OFFICINES PRIVEES (en pourcentage des ventes).....	25																				
REDUCTION DES CHARGES (en millions FCFA).....	0	MAXIMUM	300 millions																		
ACCELERATION DES LIVRAISONS	NON	COUT	50 millions																		
COEFFICIENT SUR DCI.....	1.95																				
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS..	1.95																				
SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT.	NON	COUT	100 millions																		

RESULTATS	DCI	Autres remplaçables	Spécialités et autres	TOTAL
VALEUR FACTURE DES ACHATS	636	0	2075	2711
VALEUR TTC BAMAKO DES ACHATS	759	0	2785	3544
DROITS DE DOUANE	8	0	502	510
VALEUR DETAIL (PPM + PRIVE)	1184	0	4344	5528
MARGE REVENANT A LA PPM	227	0	831	1058
CHARGES DE LA PPM (hors douane et transport international)				1078
RESULTAT PPM				-20
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES				19,88%

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... D3	
EXTENSION DU REMPLACEMENT (1=restreinte ; 2=étendue).....	2		
PRIVILEGE DE L'UMPP OUI ou NON	OUI		
EXONERATION DOUANIERE (1=actuelle ; 2=limitée aux DCI)	1		
PART DES OFFICINES PRIVEES (en pourcentage des ventes).....	25		
REDUCTION DES CHARGES (en millions FCFA).....	225		
ACCELERATION DES LIVRAISONS	OUI		
COEFFICIENT SUR DCI.....	1.5		
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS..	1.6		
SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT.	OUI		
		MAXIMUM	300 millions
		COUT	50 millions
		COUT	100 millions

Paramètres fixes		
SPECIALITES		DCI
TRANSPORT	10,00%	33,00%
DOUANE	22,00%	
MARGE DETAIL	25,52%	25,52%
% PERTES	5,00%	5,00%

RESULTATS	DCI	Autres remplaçables	Spécialités et autres	TOTAL
VALEUR FACTURE DES ACHATS	636	0	2075	2711
VALEUR TTC BAMAKO DES ACHATS	759	0	2785	3544
DROITS DE DOUANE	8	0	502	510
VALEUR DETAIL (PPM + PRIVE)	1082	0	4233	5314
MARGE REVENANT A LA PPM	207	0	810	1017
CHARGES DE LA PPM (hors douane et transport international)				1003
RESULTAT PPM				14
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES				22,98%

Intérêt d'une proposition de révision des coefficients

Certains experts ont récemment conseillé d'utiliser dans l'esprit de l'IB les coefficients 1,75 pour les médicaments essentiels, et conserver pour les spécialités l'actuel coefficient de 1,95.

* Cette situation combinée avec le remplacement restreint diminue le coût des médicaments de plus de 12 % pour le malade et porte le résultat de la PPM à 80 millions (Essai E1 reproduit ci-dessous).

* Dans le cas où la modification du coefficient serait accompagnée d'un remplacement étendu, l'effet obtenu aurait une grande portée pour les malades : réduction de 21 % du coût des médicaments pour les malades et déficit de 43 millions pour la PPM. Cette proposition est possible à réaliser dans la mesure où la PPM supporte des charges inutiles dont le montant atteint 300 millions. Une simple réduction de 43 millions de ces charges annulerait ce résultat (Essai E2 reproduit ci-dessous).

* On conserve toujours les coefficients 1,75 pour les DCI et 1,95 pour les spécialités ; on procède au remplacement étendu de 350 spécialités. on réduit le coefficient de 20 % à 5 % et les charges injustifiées de 225 millions.

Les dépenses nécessaires à l'accélération des livraisons et au bon fonctionnement des dépôts d'arrondissement sont réalisées.

Nous enregistrons un bénéfice de 226 millions pour la PPM et une réduction du coût des médicaments pour les malades de 6.95 % (voir Essai E3 reproduit ci-dessous).

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... E1																			
EXTENSION DU REMPLACEMENT (1=restreinte ; 2=étendue).....	1	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Paramètres fixes</th> </tr> <tr> <th>SPECIALITES</th> <th>DCI</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TRANSPORT</td> <td>10,00%</td> <td>33,00%</td> </tr> <tr> <td>DOUANE</td> <td>22,00%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MARGE DETAIL</td> <td>25,52%</td> <td>25,52%</td> </tr> <tr> <td>% PERTES</td> <td>20,00%</td> <td>20,00%</td> </tr> </tbody> </table>		Paramètres fixes			SPECIALITES	DCI		TRANSPORT	10,00%	33,00%	DOUANE	22,00%		MARGE DETAIL	25,52%	25,52%	% PERTES	20,00%	20,00%
Paramètres fixes																					
SPECIALITES	DCI																				
TRANSPORT	10,00%			33,00%																	
DOUANE	22,00%																				
MARGE DETAIL	25,52%	25,52%																			
% PERTES	20,00%	20,00%																			
PRIVILEGE DE L'UMPP OUI ou NON	OUI																				
EXONERATION DOUANIERE (1=actuelle ; 2=limitée aux DCI)	1																				
PART DES OFFICINES PRIVEES (en pourcentage des ventes).....	25																				
REDUCTION DES CHARGES (en millions FCFA).....	0	MAXIMUM	300 millions																		
ACCELERATION DES LIVRAISONS	NON	COUT	50 millions																		
COEFFICIENT SUR DCI.....	1.75																				
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS..	1.95																				
SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT.	NON	COUT	100 millions																		

RESULTATS	DCI	Autres remplaçables	Spécialités et autres	TOTAL
VALEUR FACTURE DES ACHATS	500	475	2075	3050
VALEUR TTC BAMAKO DES ACHATS	575	589	2785	3949
DROITS DE DOUANE	5	67	502	574
VALEUR DETAIL (PPM + PRIVE)	805	919	4344	6068
MARGE REVENANT A LA PPM	154	176	831	1161
CHARGES DE LA PPM (hors douane et transport international)				1078
RESULTAT PPM				83
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES				12,06%

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... E2																			
EXTENSION DU REMPLACEMENT (1=restreinte ; 2=étendue).....	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Paramètres fixes</th> </tr> <tr> <th>SPECIALITES</th> <th>DCI</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TRANSPORT</td> <td>10,00%</td> <td>33,00%</td> </tr> <tr> <td>DOUANE</td> <td>22,00%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MARGE DETAIL</td> <td>25,52%</td> <td>25,52%</td> </tr> <tr> <td>% PERTES</td> <td>20,00%</td> <td>20,00%</td> </tr> </tbody> </table>		Paramètres fixes			SPECIALITES	DCI		TRANSPORT	10,00%	33,00%	DOUANE	22,00%		MARGE DETAIL	25,52%	25,52%	% PERTES	20,00%	20,00%
Paramètres fixes																					
SPECIALITES	DCI																				
TRANSPORT	10,00%			33,00%																	
DOUANE	22,00%																				
MARGE DETAIL	25,52%	25,52%																			
% PERTES	20,00%	20,00%																			
PRIVILEGE DE L'UMPP OUI ou NON	OUI																				
EXONERATION DOUANIERE (1=actuelle ; 2=limitée aux DCI)	1																				
PART DES OFFICINES PRIVEES (en pourcentage des ventes).....	25																				
REDUCTION DES CHARGES (en millions FCFA).....	0	MAXIMUM	300 millions																		
ACCELERATION DES LIVRAISONS	NON	COUT	50 millions																		
COEFFICIENT SUR DCI.....	1.75																				
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS..	1.95																				
SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT.	NON	COUT	100 millions																		

RESULTATS	DCI	Autres remplaçables	Spécialités et autres	TOTAL
VALEUR FACTURE DES ACHATS	636	0	2075	2711
VALEUR TTC BAMAKO DES ACHATS	759	0	2785	3544
DROITS DE DOUANE	8	0	502	510
VALEUR DETAIL (PPM + PRIVE)	1063	0	4344	5407
MARGE REVENANT A LA PPM	203	0	831	1035
CHARGES DE LA PPM (hors douane et transport international)				1078
RESULTAT PPM				-43
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES				21,64%

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... E3	
EXTENSION DU REMPLACEMENT (1=restreinte ; 2=étendue).....	2	Paramètres fixes SPECIALITES DCI	
PRIVILEGE DE L'UMPP OUI ou NON	OUI		
EXONERATION DOUANIERE (1=actuelle ; 2=limitée aux DCI)	1	TRANSPORT	10,00% 33,00%
PART DES OFFICINES PRIVEES (en pourcentage des ventes).....	25	DOUANE	22,00%
REDUCTION DES CHARGES (en millions FCFA).....	225	MARGE DETAIL	25,52% 25,52%
ACCELERATION DES LIVRAISONS	OUI	% PERTES	5,00% 5,00%
COEFFICIENT SUR DCI.....	1.75	MAXIMUM	300 millions
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS..	1.95	COUT	50 millions
SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT.	OUI	COUT	100 millions

RESULTATS	DCI	Autres remplaçables	Spécialités et autres	TOTAL
VALEUR FACTURE DES ACHATS	636	0	2075	2711
VALEUR TTC BAMAQ DES ACHATS	759	0	2785	3544
DROITS DE DOUANE	8	0	502	510
VALEUR DETAIL (PPM + PRIVE)	1262	0	5159	6420
MARGE REVENANT A LA PPM	242	0	987	1229
CHARGES DE LA PPM (hors douane et transport international)				1003
RESULTAT PPM				226
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES				6,95%

Incidence du privilège de l'UMPP

* Par rapport à la situation D1 c'est à dire celle la plus proche de la situation actuelle, l'abandon du privilège de l'UMPP réduit faiblement le résultat de la PPM (diminution de 30 millions) et augmente la réduction du coût pour les malades à 13 % (Essai F1 reproduit ci-dessous).

* Par rapport à la situation D2, nous constatons une réduction du coût des médicaments de presque 22 % et un résultat négatif de 44 millions pour la PPM. Une réduction de charges est donc nécessaire pour la PPM pour compenser la perte (Essai F2 reproduit ci-dessous).

* Par rapport à la situation jusque - là la plus favorable au malade (Essai D3), l'abandon du privilège de l'UMPP réduit faiblement le résultat de la PPM (diminution de 8 %) et diminue la charge pour les malades d'environ 23 % (Essai F3 reproduit ci-dessous).

* On conserve les conditions de l'essai E1 mais on retire à l'UMPP son privilège. Le tableau fait ressortir au compte de la PPM un bénéfice de 58 millions et une diminution du coût des médicaments pour les malades de 13.95 % (Essai F4 reproduit ci-dessous).

* Dans la situation décrite dans l'essai E2, on retire à l'UMPP son privilège. Nous enregistrons un résultat négatif de 65 millions pour la PPM et une réduction de 23 % des charges pour les malades (Essai F5 reproduit ci-dessous).

* Par rapport à l'essai E3 la suppression du privilège de l'UMPP entraînera un gain de 200 millions pour la PPM et réduira les factures de près de 9 % pour la population (Essai F6 reproduit ci-dessous).

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... F1	
EXTENSION DU REMPLACEMENT (1=restreinte ; 2=étendue)..... 1			
PRIVILEGE DE L'UMPP OUI ou NON NON			
EXONERATION DOUANIERE (1=actuelle ; 2=limitée aux DCI) 1			
PART DES OFFICINES PIVEES (en pourcentage des ventes)..... 25			
REDUCTION DES CHARGES (en millions FCFA)..... 0			
ACCELERATION DES LIVRAISONS NON			
COEFFICIENT SUR DCI..... 1,95			
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS.. 1,95			
SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT. NON			
		COUT	
		100 millions	

Paramètres fixes		
SPECIALITES	DCI	
TRANSPORT	10,00%	33,00%
DOUANE	22,00%	
MARGE DETAIL	25,52%	25,52%
% PERTES	20,00%	20,00%

MAXIMUM	300 millions
COUT	50 millions
COUT	100 millions

RESULTATS	DCI	Autres remplaçables	Spécialités et autres	TOTAL
VALEUR FACTURE DES ACHATS	354	475	2075	2906
VALEUR TTC BAMAKO DES ACHATS	420	539	2765	3254
DROITS DE DOUANE	8	67	592	577
VALEUR DETAIL (PPM + PIVEE)	752	615	4344	4015
MARGE REVENANT A LA PPM	144	176	931	1151
CHARGES DE LA PPM (hors douane et transport international)				1078
RESULTAT PPM				73
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES				12,93%

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... F2	
EXTENSION DU REMPLACEMENT (1=restreinte ; 2=étendue)..... 2			
PRIVILEGE DE L'UMPP OUI ou NON NON			
EXONERATION DOUANIERE (1=actuelle ; 2=limitée aux DCI) 1			
PART DES OFFICINES PIVEES (en pourcentage des ventes)..... 25			
REDUCTION DES CHARGES (en millions FCFA)..... 0			
ACCELERATION DES LIVRAISONS NON			
COEFFICIENT SUR DCI..... 1,95			
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS.. 1,95			
SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT. NON			
		COUT	
		100 millions	

Paramètres fixes		
SPECIALITES	DCI	
TRANSPORT	10,00%	33,00%
DOUANE	22,00%	
MARGE DETAIL	25,52%	25,52%
% PERTES	20,00%	20,00%

MAXIMUM	300 millions
COUT	50 millions
COUT	100 millions

RESULTATS	DCI	Autres remplaçables	Spécialités et autres	TOTAL
VALEUR FACTURE DES ACHATS	500	0	2075	2575
VALEUR TTC BAMAKO DES ACHATS	677	0	3765	3461
DROITS DE DOUANE	12	0	592	514
VALEUR DETAIL (PPM + PIVEE)	1056	0	4344	5400
MARGE REVENANT A LA PPM	242	0	931	1034
CHARGES DE LA PPM (hors douane et transport international)				1078
RESULTAT PPM				-14
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES				21,74%

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... F3	
EXTENSION DU REMPLACEMENT			
(Inrestreints ; D=attendu).....	2	Paramètres fixes	
PRIVILEGE DE L'UMPP		SPECIALITES	DCI
QUI ou NON	NON		
EXONERATION DOUANIERE			
(Inactuelle ; D=licite aux DCI)	1	TRANSPORT	10,00% 33,00%
PART DES OFFICINES PRIVEES			
(en pourcentage des ventes).....	25	DOUANE	22,00%
REDUCTION DES CHARGES			
(en millions FCFA).....	225	MARGE DETAIL	25,52% 25,52%
ACCELERATION DES LIVRAISONS			
COEFFICIENT SUR DCI.....	1,5	% PERTES	5,00% 5,00%
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS..	1,6	=====	
SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT			
DCI	COUT	MAXIMUM	700 millions
		COUT	50 millions
		COUT	100 millions

RESULTATS	DCI	Autres remplaçables	Spécialités et autres	TOTAL
VALEUR FACTURE DES ACHATS	500	0	2075	2575
VALEUR TTC BAMAKO DES ACHATS	477	0	2763	3240
DROITS DE DOUANE	10	0	500	510
VALEUR DETAIL (PPM + PIVE)	964	0	4233	5197
MARGE REVENANT A LA PPM	185	0	810	995
CHARGES DE LA PPM (hors douane et transport international)				1000
RESULTAT PPM				-2
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES				24,56%

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... F4	
EXTENSION DU REMPLACEMENT			
(Inrestreints ; D=attendu).....	1	Paramètres fixes	
PRIVILEGE DE L'UMPP		SPECIALITES	DCI
QUI ou NON	NON		
EXONERATION DOUANIERE			
(Inactuelle ; D=licite aux DCI)	1	TRANSPORT	10,00% 33,00%
PART DES OFFICINES PRIVEES			
(en pourcentage des ventes).....	25	DOUANE	22,00%
REDUCTION DES CHARGES			
(en millions FCFA).....	0	MARGE DETAIL	25,52% 25,52%
ACCELERATION DES LIVRAISONS			
COEFFICIENT SUR DCI.....	1,55	% PERTES	20,00% 20,00%
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS..	1,55	=====	
SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT			
DCI	COUT	MAXIMUM	700 millions
		COUT	50 millions
		COUT	100 millions

RESULTATS	DCI	Autres remplaçables	Spécialités et autres	TOTAL
VALEUR FACTURE DES ACHATS	356	475	2075	2906
VALEUR TTC BAMAKO DES ACHATS	400	569	2763	3732
DROITS DE DOUANE	8	67	500	575
VALEUR DETAIL (PPM + PIVE)	675	519	4233	5437
MARGE REVENANT A LA PPM	129	176	810	1135
CHARGES DE LA PPM (hors douane et transport international)				1078
RESULTAT PPM				59
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES				13,95%

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... F5	
EXTENSION DU REMPLACEMENT			
(1=restreinte ; 2=étendue).....	2	Paramètres fixes	
PRIVILEGE DE L'UMPP		SPECIALITES	DCI
OUI ou NON	NON	TRANSPORT	10,00% 33,00%
EXONERATION DOUANIERE		DOUANE	22,00%
(1=actuelle ; 2=limitée aux DCI)	1	MARGE DETAIL	25,52% 25,52%
PART DES OFFICINES PRIVEES		EN PERTES	20,00% 20,00%
(en pourcentage des ventes).....	25	=====	
REDUCTION DES CHARGES		MAXIMUM	300 millions
(en millions FCFA).....	0	COUT	50 millions
ACCELERATION DES LIVRAISONS			
	NON		
COEFFICIENT SUR DCI.....			
	1.75		
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS..			
	1.95		
SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT.		NON	COUT 100 millions

RESULTATS	DCI	Autres remplaçables	Spécialités et autres	TOTAL
VALEUR FACTURE DES ACHATS	500	0	2075	2575
VALEUR TTC BAMAKO DES ACHATS	677	0	2785	3461
DROITS DE DOUANE	12	0	502	514
VALEUR DETAIL (PPM + PRIVE)	947	0	4344	5291
MARGE REVENANT A LA PPM	181	0	831	1013
CHARGES DE LA PPM (hors douane et transport international)				1078
RESULTAT PPM				-65
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES				23,31%

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... F6	
EXTENSION DU REMPLACEMENT			
(1=restreinte ; 2=étendue).....	2	Paramètres fixes	
PRIVILEGE DE L'UMPP		SPECIALITES	DCI
OUI ou NON	NON	TRANSPORT	10,00% 33,00%
EXONERATION DOUANIERE		DOUANE	22,00%
(1=actuelle ; 2=limitée aux DCI)	1	MARGE DETAIL	25,52% 25,52%
PART DES OFFICINES PRIVEES		EN PERTES	20,00% 20,00%
(en pourcentage des ventes).....	25	=====	
REDUCTION DES CHARGES		MAXIMUM	300 millions
(en millions FCFA).....	225	COUT	50 millions
ACCELERATION DES LIVRAISONS			
	OUI		
COEFFICIENT SUR DCI.....			
	1.75		
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS..			
	1.95		
FINANCIATION DEPOTS ARRONDISSEMENT.		OUI	COUT 100 millions

RESULTATS	DCI	Autres remplaçables	Spécialités et autres	TOTAL
VALEUR FACTURE DES ACHATS	500	0	2075	2575
VALEUR TTC BAMAKO DES ACHATS	677	0	2785	3461
DROITS DE DOUANE	12	0	502	514
VALEUR DETAIL (PPM + PRIVE)	1125	0	5159	6284
MARGE REVENANT A LA PPM	215	0	987	1203
CHARGES DE LA PPM (hors douane et transport international)				1203
RESULTAT PPM				200
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES				9,93%

Incidence de la privatisation de la distribution

* Imaginons qu'après une première année au cours de laquelle le secteur privé a conquis 25 % du chiffre d'affaires, il ait gagné encore 10 % au bout d'une seconde année.

L'effet d'une telle situation par rapport à D1 montre une diminution de 56 millions du résultat de la PPM et une diminution du coût de médicaments pour les malades de 10,72 % (Essai G1 reproduit ci-dessous).

* La même situation par rapport à la proposition D2 entraîne une diminution du résultat de la PPM de 161 millions et une réduction des factures pour la population de près de 20% (Essai G2 reproduit ci-dessous).

* Combiné avec la situation décrite dans l'essai D3 cette part du marché conquis par les officines de la PPM c'est-à-dire 35 % conduit à une diminution du résultat de la PPM de 121 millions et à une baisse de charges de près de 23 % pour la population (Essai G3 reproduit ci-dessous).

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... 61	
EXTENSION DU REMPLACEMENT			
(1=restreinte ; 2=étendue).....	1		
PRIVILEGE DE L'UMPP			
OUI ou NON	OUI		
EXONERATION DOUANIERE			
(1=actuelle ; 2=limitée aux DCI)	1		
PART DES OFFICINES PRIVEES			
(en pourcentage des ventes).....	35		
REDUCTION DES CHARGES			
(en millions FCFA).....	0	MAXIMUM	300 millions
ACCELERATION DES LIVRAISONS			
	NON	COUT	50 millions
COEFFICIENT SUR DCI.....			
	1.95		
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS..			
	1.95		
SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT.			
	NON	COUT	100 millions

Paramètres fixes		
SPECIALITES	DCI	
TRANSPORT	10,00%	33,00%
DOUANE	22,00%	
MARGE DETAIL	25,52%	25,52%
% PERTES	20,00%	20,00%

RESULTATS	DCI	Autres remplaçables	Spécialités et autres	TOTAL
VALEUR FACTURE DES ACHATS	500	475	2075	3050
VALEUR TTC BAMAKO DES ACHATS	575	589	2785	3949
DROITS DE DOUANE	5	67	502	574
VALEUR DETAIL (PPM + PRIVE)	897	919	4344	6160
MARGE REVENANT A LA PPM	149	152	721	1022
CHARGES DE LA PPM (hors douane et transport international)				1078
RESULTAT PPM				-56
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES				10,72%

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... 62	
EXTENSION DU REMPLACEMENT			
(1=restreinte ; 2=étendue).....	2		
PRIVILEGE DE L'UMPP			
OUI ou NON	OUI		
EXONERATION DOUANIERE			
(1=actuelle ; 2=limitée aux DCI)	1		
PART DES OFFICINES PRIVEES			
(en pourcentage des ventes).....	35		
REDUCTION DES CHARGES			
(en millions FCFA).....	0	MAXIMUM	300 millions
ACCELERATION DES LIVRAISONS			
	NON	COUT	50 millions
COEFFICIENT SUR DCI.....			
	1.95		
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS..			
	1.95		
SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT.			
	NON	COUT	100 millions

Paramètres fixes		
SPECIALITES	DCI	
TRANSPORT	10,00%	33,00%
DOUANE	22,00%	
MARGE DETAIL	25,52%	25,52%
% PERTES	20,00%	20,00%

RESULTATS	DCI	Autres remplaçables	Spécialités et autres	TOTAL
VALEUR FACTURE DES ACHATS	636	0	2075	2711
VALEUR TTC BAMAKO DES ACHATS	759	0	2785	3544
DROITS DE DOUANE	8	0	502	510
VALEUR DETAIL (PPM + PRIVE)	1184	0	4344	5528
MARGE REVENANT A LA PPM	196	0	721	917
CHARGES DE LA PPM (hors douane et transport international)				1078
RESULTAT PPM				-161
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES				19,88%

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... 63																												
EXTENSION DU REMPLACEMENT (1=restreinte ; 2=étendue).....	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Paramètres fixes</th> </tr> <tr> <th>SPECIALITES</th> <th>DCI</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TRANSPORT</td> <td>10,00%</td> <td>33,00%</td> </tr> <tr> <td>DOUANE</td> <td>22,00%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MARGE DETAIL</td> <td>25,52%</td> <td>25,52%</td> </tr> <tr> <td>% PERTES</td> <td>5,00%</td> <td>5,00%</td> </tr> <tr> <td>MAXIMUM</td> <td></td> <td>300 millions</td> </tr> <tr> <td>COUT</td> <td></td> <td>50 millions</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>100 millions</td> </tr> </tbody> </table>		Paramètres fixes			SPECIALITES	DCI		TRANSPORT	10,00%	33,00%	DOUANE	22,00%		MARGE DETAIL	25,52%	25,52%	% PERTES	5,00%	5,00%	MAXIMUM		300 millions	COUT		50 millions			100 millions
Paramètres fixes																														
SPECIALITES	DCI																													
TRANSPORT	10,00%			33,00%																										
DOUANE	22,00%																													
MARGE DETAIL	25,52%			25,52%																										
% PERTES	5,00%			5,00%																										
MAXIMUM				300 millions																										
COUT				50 millions																										
				100 millions																										
PRIVILEGE DE L'UMPP OUI ou NON	OUI																													
EXONERATION DOUANIERE (1=actuelle ; 2=limitée aux DCI)	1																													
PART DES OFFICINES PRIVEES (en pourcentage des ventes).....	35																													
REDUCTION DES CHARGES (en millions FCFA).....	225																													
ACCELERATION DES LIVRAISONS	OUI																													
COEFFICIENT SUR DCI.....	1.5																													
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS..	1.6																													
SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT.	OUI																													

RESULTATS	Autres Spécialités		TOTAL
	DCI remplaçables	et autres	
VALEUR FACTURE DES ACHATS	636	0	2711
VALEUR TTC BAMAKO DES ACHATS	759	0	3544
DROITS DE DOUANE	8	0	510
VALEUR DETAIL (PPM + PRIVE)	1082	0	5314
MARGE REVENANT A LA PPM	179	0	882
CHARGES DE LA PPM (hors douane et transport international)			1003
RESULTAT PPM			-121
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES			22,98%

RESUME ET CONCLUSION :

La situation pharmaceutique dans le Tiers-Monde :

Dans les pays du Tiers-Monde, dans le but de promouvoir les politiques impériales (préserver la santé des ressortissants européens et la force de travail des indigènes), les gouvernements des métropoles ont soutenu les premiers efforts afin de connaître et de dompter les maladies tropicales.

Avec l'accession à l'indépendance, une telle politique ne pouvait plus continuer ; les pays en développement étaient laissés à eux-même. Les industriels préféraient orienter la recherche pharmaceutique vers la satisfaction des besoins d'une population riche mais relativement peu nombreuse, celle des pays industrialisés, plutôt que de trouver des solutions aux problèmes de santé d'une population importante mais peu solvable.

L'analyse d'un certain nombre de facteurs ayant un impact sur l'usage du médicament dans le Tiers-Monde montre :

- Une abondance des spécialités sur nos marchés qui rend pratiquement difficile la maîtrise de leur utilisation. Beaucoup de ces spécialités ne sont que des différenciations des noms de marque.
- Une variation du prix des médicaments (qui est même très onéreux) suivant les pays.
- Un doute quant à l'efficacité d'un grand nombre de médicaments.
- Une place relativement importante des médicaments dans les dépenses de santé des pays en voie de développement.

Par exemple au Mali dans la zone KBK du projet de développement sanitaire (PDS), les dépenses en médicaments ont été estimées à plus de 63 % des coûts des soins .

- Une inadéquation des prescriptions à la suite d'un manque d'information médicale valable, de moyens de diagnostic et d'identification des besoins réels en médicaments.
- Une inaccessibilité géographique des médicaments dans certaines zones.

C'est partant de cette détérioration de la situation pharmaceutique que l'OMS a préconisé en 1977 la politique des médicaments essentiels pour une meilleure rationalisation des médicaments dans le monde. Cette politique a pour but de mettre à la disposition de la population d'une localité un nombre limité de médicaments en dénomination commune internationale, médicaments dont l'efficacité est prouvée, qui couvrent l'essentiel de la pathologie de cette localité et tout cela au coût le plus faible qu'on puisse atteindre.

De nombreux pays en développement ont déjà choisi des médicaments essentiels en fonction de leurs besoins. Nous avons ici dans notre exposé illustré le cas de Pahou au Bénin. Dans ce système, la communauté intervient dans le paiement des soins, dans les modifications de prix et dans la gestion des recettes etc... Cette expérience de Pahou a montré que les médicaments essentiels sont acceptés par la population et que les recettes provenant de la vente des

traitements peuvent effectivement couvrir les frais de fonctionnement locaux d'un système de soins de santé primaires.

Cependant, il reste beaucoup à faire afin que les expériences dans le domaine de l'approvisionnement en médicaments essentiels couvrent l'ensemble des pays.

Initiative de Bamako :

Son but est de répondre aux besoins concrets et immédiats des pays par un approvisionnement en médicaments essentiels de base, dont le produit de la vente servira à assurer et à développer les soins de santé maternelle et infantile.

Dans ce système, les médicaments essentiels sont achetés en gros à bas prix et ils sont vendus avec bénéfice mais à des prix bien inférieurs aux prix de détail locaux des spécialités ; ceci permet de financer non seulement le renouvellement des stocks mais aussi d'assurer les soins de santé maternelle et infantile.

Cas du Mali :

Depuis un certain temps, les 6ème et 7ème Régions, les Cercles de Bankas, Koro et Youwarou de la 5ème Région connaissent un approvisionnement régulier en médicaments essentiels et expérimentaient des systèmes de recouvrement des coûts avec l'assistance technique d'organismes internationaux ou d'ONG. Le Mali tirera donc le maximum d'enseignements possibles des insuffisances et des forces de ces multiples expériences.

Au Mali, pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, un contrat-plan a été passé entre l'Etat et la PPM, il prévoyait que : la PPM approvisionnerait le marché malien en une soixantaine de médicaments essentiels et retirerait de son catalogue les spécialités contenant isolément ou en combinaison les mêmes molécules que les médicaments essentiels de la liste.

Etude :

Notre étude a eu pour but de préciser les conséquences sur la PPM du remplacement de certaines spécialités actuellement commercialisées par les médicaments essentiels achetés au meilleur prix sur le marché international.

Quelle liste de médicaments essentiels ? :

Nous avons travaillé sur une liste ad hoc qui nous a été communiquée par le Ministère de la Santé. Cette liste compte une soixantaine de médicaments essentiels. Puisque les médicaments figurant sur une telle liste doivent couvrir les besoins de la majorité de la population, le choix est d'une importance capitale ; l'avantage pour les malades doit être à la fois le plus grand possible et indiscutable.

L'étude comporte donc un examen critique de la liste ad hoc, examen réalisé par un petit groupe d'experts qui a modifié la liste sur certains points pour obtenir la meilleure liste de soixante médicaments essentiels (liste préférée).

Nous pouvons donc utilisé soit la liste ad hoc soit la liste préférée comme base de travail. Le choix de l'une ou l'autre liste n'a pas de conséquences économiques appréciables.

Quelles spécialités retirer du catalogue de la PPM ? :

L'étude propose une méthode permettant d'établir une correspondance d'une part entre les spécialités commercialisées par la PPM et les médicaments essentiels de la liste ad hoc, d'autre part entre ces mêmes spécialités et les DCI de la liste préférée.

L'étude montre qu'à partir de la liste ad hoc, la correspondance stricte entraîne la suppression du catalogue de la PPM de 150 présentations de spécialités et la correspondance large, la suppression de 199 spécialités supplémentaires. Au total la PPM devrait prévoir le remplacement par les médicaments essentiels de la liste ad hoc 356 présentations actuellement commercialisées.

A partir de la liste préférée, le remplacement pourrait concerner environ 91 spécialités pour lesquelles la correspondance entre le médicament essentiel et la spécialité est stricte (même composition chimique, même formule, même dosage) et 222 spécialités pour lesquelles la correspondance est large c'est-à-dire les différences de forme ou dosage sont en toute rigueur scientifique négligeables. Au total 313 spécialités sont donc concernées.

Nous insistons sur le fait que l'introduction des médicaments essentiels n'aura de succès que si dans les officines ces derniers ne se trouvent pas en concurrence avec les spécialités auxquelles ils doivent se substituer. Donc on parlera de mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako si la PPM reçoit l'ordre de retirer du marché toutes les spécialités qui peuvent être remplacées par les médicaments essentiels.

Conséquences pour la PPM et pour la population de diverses décisions envisageables :

L'étude a permis la construction d'un modèle de décision qui décrit les conséquences essentielles sur la PPM et sur la population de toute politique d'approvisionnement en médicaments envisageables.

Les éléments qui rentrent dans la construction de ce modèle sont les suivants :

- la valeur facture des achats qui diffère selon les décisions qu'on prend concernant l'extension du remplacement (remplacement strict ou large) et le privilège de l'UMPP : tout achat à l'UMPP coûte deux fois plus cher à la PPM et donc aux malades qu'un achat sur le marché mondial.

- le coût du transport des produits achetés à l'étranger, le coût des impôts et taxes à l'importation, la valeur de vente des produits.

La valeur de vente des produits est estimée en appliquant au prix CAF (Coût Assurance Frêt) des produits un coefficient établi par l'administration.

- soulignons également l'existence dans ce modèle de ce que nous avons appelé un coefficient de perte qu'il a fallu introduire pour rapprocher nos estimations de celles qui figurent dans le compte d'exploitation générale de la PPM.

Ce modèle permet de responsabiliser le décideur et nous donne les conséquences essentielles pour la gestion de la PPM et pour les malades de toute mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako et cela en répondant aux questions qu'il nous pose :

- Quelle étendue pour le remplacement 1= restreinte ; 2= large ?
- Decidez vous de conserver la preference pour l'UMPP OUI ou NON ?
- Quelle exonération fiscale 1 = actuelle ; 2 = limitée au DCI ?
- Quelle part de vente les officines privées feront-elles ?
- Quelles réductions des charges de la PPM envisagez-vous en millions ?
- Decidez-vous d'accélérer le rythme des livraisons OUI ou NON ?
- Quel coefficient fixez-vous pour les médicaments en DCI ?
- Quel coefficient fixez-vous pour les specialités et autres produits ?
- Decidez-vous de subventionner les dépôts d'arrondissement ?

Nous obtenons un tableau du modèle pour chaque choix.

Des nombreux exemples auxquels nous avons procédé , il resulte qu'il existe de multiples façons de mettre en oeuvre l'Initiative de Bamako, de multiples façons de le faire en préservant les résultats d'exploitation de la PPM et en réduisant pour les malades le coût de la facture des médicaments. Il apparait ainsi qu'il est tout à fait possible de rendre disponible les médicaments jusque dans les arrondissements au prix le moins cher.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Andras November : Les médicaments et le Tiers-Monde.

2- Atelier "Initiative de Bamako" 24 juillet- 4 août 1989.

3- Diagnostic et plan d'action pour la mise en oeuvre de la reforme pharmaceutique et la réorganisation de la PPM (Pharmacie Populaire du Mali).

Bossard Consultant, 10 octobre 1985.

4- DIARRA (T), DIAKITE (B), TRAORE (S), Claude Pairault.

Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni.

Volume 1 : Etude Socio-Economique et Sanitaire.

5- J. Brunet JAILLY, DIARRA (T), G.SOULA

Compte rendu d'une enquête réalisée dans les arrondissements de Didiéni, Dioïla et Kangaba entre avril 1986 et juillet 1987.

Les dépenses de santé dans l'économie familiale rurale

janvier 1988.

6- J. Brunet JAILLY, ORSTOM-INRSP.

La consommation médicale des familles des personnels de l'Enseignement et de la Culture à Bamako.

Compte rendu d'une enquête réalisée en avril 1988 par les adhérents de la MUTEC.

novembre 1988.

7- J. Brunet JAILLY, ORSTOM-INRSP.

Etude de cas sur le système de recouvrement de santé au Mali.

8- J. Brunet JAILLY, ORSTOM-INRSP.

La PPM dans le contexte de l'Initiative de Bamako.

9- J. FLAT ; J. C. PIERSON.

Méthodologie pour l'élaboration des prix de vente des médicaments essentiels, 24 novembre 1985.

10- MARIKO (M).

Diagnostic du système de recouvrement des coûts de la deuxième région.

11- Médicaments essentiels : le point n°7-1988.

OMS.

12- Pascale BRUDON

Médicaments pour tous en l'an 2000.

Les multinationales pharmaceutiques Suisses face au Tiers-Monde : l'exemple du Mexique.

13- Rapport : trente huitième session

Brazzaville 7-14 septembre 1988.

Point 8-4 de l'ordre du jour provisoire.

OMS.

14- SANOGO (M)

Contribution à la définition d'une politique de médicaments essentiels au Mali. Thèse - Pharmacie.

15- Soutien de l'O.M.S à la réforme pharmaceutique du Mali.

Rapport d'une mission du 12 au 17 août 1985.

16- Situation pharmaceutique dans le monde.

O.M.S. Genève 1990.

17- TOURE (K) Directeur Général Adjoint de la PPM.

Analyse financière des bilans de la PPM.

Arrêté au 31/10/1988-1989.

18- TRAORE (SM)

Contribution à l'étude des médicaments essentiels comme facteur de développement économique et social.

Thèse - Pharmacie.

19 - Utilisation des médicaments essentiels.

Deuxième rapport du comité d'experts de l'O.M.S.

Genève 1985.

20- Utilisation des médicaments essentiels comme base de

financement communautaire à Pahou (Bénin).