

Ministère des Enseignements Secondaire,
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un P ule

Un But

foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie



Année Universitaire 2007/2008

Thèse N°...../2008

TITRE :

**PROBLEMATIQUE DE L'APPROCHE PRATIQUE DE FIXATION DU
PRIX DES MEDICAMENTS DANS LE SECTEUR
PHARMACEUTIQUE PRIVE AU MALI :
Cas de 107 médicaments**

THESE

Thèse présentée et soutenue publiquement le ----/----/2008

devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par Mr Mohamed SISSOKO

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat).

Jury :

Président : Professeur Sanoussi KONATE

Membre : Docteur Hamadoun SANGHO

Co-directeur : Docteur Adama DIAWARA

Directeur : Professeur Benoît Yaranga KOUMARE

DEDICACES :

Je dédie ce travail :

A mon père feu Mamadou Moriba SISSOKO:

Toi qui t'es toujours battu pour l'éducation de tes enfants, pour la cohésion de la famille, j'aurais voulu que tu sois à mes côtés ce jour mais puisque la décision de l'éternelle en est une autre j'accepte et je promets de t'honorer pendant toute ma vie. Puisse Dieu le tout puissant t'accepte dans son paradis.

A ma mère Rokia DOUMBIA :

Tu as été une mère exemplaire. Sache que ce travail est le résultat de tes souffrances. Qu'Allah le tout puissant te donne une longue vie

A mes grandes mères : COULIBALY Adiaratou ,soumaworo Kadiatou:

.Je vous remercie ainsi que vos multiples familles respectives.

Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre fidélité

Mon souhait est que je continue à travailler à vos côtés.

A mes oncles de la Famille DOUMBIA ; SISSOKO :

Absents de mon regard vous resterez toujours dans ma mémoire pour toujours à travers votre sagesse. Qu'Allah le tout puissant vous accepte dans son paradis.

A mes tantes DOUMBIA ET SISSOKO :

Vous avez été plus que des tantes pour moi. Que Dieu vous donne longue vie.

A mes frères :

Moriba SISSOKO, Mahamadou SISSOKO, Fatoumata SISSOKO, Mahamadou Doumbia BERTHE, Feu Amara BAGAYOKO; vos soutiens tant moraux que matériels n'ont jamais fait défaut.

Remerciements :

<<Bismillahi Arahamani Arrahimi>>

Au nom de Dieu le clément et le miséricordieux.

Merci seigneur de m'avoir permis de voir ce jour.

Fait en sorte que je puisse me souvenir toujours de toi en toute circonstance et en tout lieu et que mon dernier mot dans ce bas monde soit la prononciation de la <<CHAHADA>>.

Mes remerciements s'adressent :

Au Dr Bakari TRAORE, Dr Aldjouma GUINDO, Dr Seydina (MRTC)

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Madame SISSOKO Marietou SISSOKO :

Sans toi ma vie n'avait plus de sens. Tu m'as redonné espoir et je m'en souviendrai toujours. Qu'Allah le tout puissant t'accorde sa paix éternelle.

A Feu Abdoulaye DOUMBIA :

Tu m'as accepté chez toi comme ton propre frère. Avec toi j'ai appris que zéro n'existe pas dans la vie. Puisse Dieu le tout puissant te garder pendant longtemps au près de moi.

Au Dr DIAWARA Djalla:

Plus qu'un maître pour moi, vous êtes devenu un modèle que je cherche à imiter. Ce travail est le votre.

Au Dr Bakary TRAORE à Kadiolo :

Vous avez été toujours à mes côtés quand j'avais besoin de vous. Ce travail est le votre.

A tout le personnel de la DPM ; je vous dis merci.

Au Dr Mamadou KEITA :

Etre votre élève a été une fierté pour nous. Votre simplicité, votre abord facile et surtout votre modestie font de vous un maître admiré. Recevez ici cher maître l'expression de nos profondes gratitude.

Au Dr Douga CAMARA Directeur Adjoint à la DPM :

Nous vous remercions pour tout ce que vous avez fait pour nous tout au long de ce travail.

A mes cadets du service : Je vous dis merci.

A tous mes collègues internes de la DPM

A tout le personnel de la DPM

A tout le personnel de la clinique Metou de Moribabougou.

A la famille de Sega Sissoko à Djélibougou je vous dis merci pour votre soutien.

Au corps professoral de la FMPOS :

Je vous dis merci pour la qualité de la formation.

Aux familles :

Ba à Médine; DOUMBIA ; Bagayogo à Kadiolo; je ne saurais assez vous exprimer mes sentiments.

A mes cousins :

SISSOKO à Djélibougou, Niamakoro ; Titibougou ; merci pour tout.

A mes amis :

Sanoussy Moussa KONE, Karamoko DIALLO, Salif BAGAYOGO, vous avez été plus que des amis.

A mon Intime Ami de tous les temps Feu Amara Bagayogo

Tu as été plus q'un Ami pour moi. Mon souhait n'était de voir ce jour sans toi. C'est l'occasion pour moi de me prosterner devant ta tombe pour te dire merci pour tout. Repose en paix cher Ami

A mes amies : Assetou, Oumou, Fatoumata vous avez été toujours présent à mes côtés. Ce travail est le votre

A Notre Père Salifou Bagayogo à kadiolo

Homme au grand cœur, généreux, toujours aussi disposé tu m'as adopté comme ton propre fils, me faisant oublier mes soucis. Rien de si beau ni trop grand ne suffirait à te dire ce que je ressens au plus profond. En un mot ; reconnaissance sans fin.

A Notre mère Fanta Bagayogo à Kadiolo

Tu auras voulu être ici présente pour cet événement, loin de ceux que tu aimes, je souhaite que là bas DIEU guide tes pas et que tu trouves l'objet de tes espérances.

.

Sommaire

	Pages
Introduction -----	1
Objectif-----	4
1-Généralités-----	5
1-1 Définitions -----	5
1-2 La politique pharmaceutique nationale au mali : (PPN) -----	5
1-3 Genèse de la politique pharmaceutique nationale du mali-----	6
1.4. Les médicaments essentiels : historique et concept-----	7
1.5. Schéma directeur d'approvisionnement et de distribution (SDAD) -----	9
1.6. L'accessibilité des médicaments-----	11
1.6.1. L'accessibilité financière -----	11
1.6.2 Accessibilité géographique -----	11
1.6.3 Accessibilité physique -----	12
1.7 Politique des prix des médicaments-----	12
1.8. Réglementation pharmaceutique au mali -----	15
2. Méthodologie-----	16
2.1. Cadre d'étude-----	16
2.2. Population d'étude-----	16
2.3. Type d'étude-----	16
2.4. Période d'étude-----	16
2.5. Échantillonnage -----	17
2.6. Plan d'analyse -----	17
3. Résultats-----	18
3.1. Les caractéristiques de l'échantillon-----	18
3.2. Description de l'approche de fixation du prix-----	23
3.3. Analyse des éléments d'appréciation du prix de vente public -----	25
3.4. Les limites des éléments d'appréciation du prix de vente public-----	26
4. Discussions-----	27
4.1. Conditionnements-----	27
4.2. Classes thérapeutiques -----	27

4.3. Approche de fixation des prix-----	27
5. Conclusion-----	30
6. Recommandations-----	31
7-Références bibliographiques -----	32
8-Annexes	

INTRODUCTION

"Le médicament est toute substance, ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animale en vue d'établir un diagnostic médical, ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques(décret 04-557P/RM 1^{er} déc.2004).

A ce titre il constitue une place de choix dans un système sanitaire."

Pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments bon nombre de pays ont mis au point une politique pharmaceutique nationale. Ainsi le Mali en 1998 a élaboré et adopté sa politique pharmaceutique nationale. L'objectif de cette politique est de rendre accessible géographiquement, physiquement et financièrement à la population des médicaments essentiels de qualité [5].

A cet effet cette politique pharmaceutique nationale a défini son schéma directeur d'approvisionnement prenant en compte les trois secteurs d'activité au Mali : privé, public, communautaire.

Dans le cadre de l'accessibilité géographique l'approvisionnement est assuré par la PPM à travers un réseau de dépôts régionaux (DR), dépôts répartiteurs de cercle (DRC) et les dépôts de vente (DV) des formations publique et communautaire [8].

Du point de vue accessibilité financière un certain nombre de textes ont été adoptés pour fixer les prix comme suite :

1 -Secteur public et communautaire les prix ont été fixés suivant le décret N° 03-218/P-RM du 30 Mai 2003 :

-Pour les prix de cession PPM, le coefficient est de 1.325 sur le prix CAF.

-Pour les prix de vente Public des hôpitaux et de vente des dépôts répartiteurs de cercle, le coefficient est de 1.15 sur le prix PPM.

-Pour le prix de vente public des centres de santé des communes de Bamako et des centres de santé communautaire de Bamako, le coefficient est de 1.15 sur le prix PPM.

-Pour les dépôts de vente des centres de santé de cercle, le coefficient est de 1.2 sur le prix de cession des dépôts répartiteurs de cercle.

-Pour le prix de vente public des centres de santé des communautaires en dehors de Bamako le coefficient est de 1.3 sur le prix de cession des dépôts répartiteurs de cercle.

2 - Secteur privé, les prix sont réglementés suivant l'ordonnance :

N°92-021/P-CTSP du 13 Avril 1992 instituant la liberté des prix et de la concurrence. Toute fois il est à souligner l'existence d'une convention en date du 07 / 11 / 95 entre le ministère de la santé (MSSPA) et le SYNAPO, le Directeur de laborex, le Directeur de MALIPHARM, le Directeur d'AFRICALAB, à propos des marges des différents intervenants dans la distribution des médicaments essentiels en DCI sous conditionnement blisters dans le secteur privé soit selon les différents articles :

1.45 Sur le prix de cession grossiste pour les pharmacies privées (31% de marge).

1.25 Sur le prix CAF Bamako pour le prix de cession grossiste (20%de marge) et les grossistes ne remboursent pas à la PPM les 5% représentant les frais administratifs des appels d'offres.

On note par ailleurs, au lendemain de la dévaluation les dispositions suivantes :

-Taux de marge pour les grossistes 12,5% pour les spécialités (18% auparavant depuis 1988).

-Taux de marges légal les pharmaciens d'officines 20%pour les spécialités (25,2% au paravent depuis 1998)

Diminution des taxes sur les spécialités importées de 22% à 6%.

Suppression de la TVA [4].

Malgré ce coefficient, il y a eu des études depuis 1998 jusqu'à nos jours :

<<Mission d'Appuis Technique à la Politique des Prix de Médicament>>

CREDOS 1998 RA 098.

<<OMS : Pour une réglementation efficace des médicaments que peut faire un pays ? Médicaments essentiels et autres 1999>>

Les résultats de certaines études menées précédemment ont montré que le coût moyen d'une ordonnance est de 2000 F CFA dans le secteur public contre 6.000 F CFA dans le secteur privé [6].

Cette disparité dans les prix est encore perspicace d'une officine à une autre. Une étude menée par " L'UTM et la DPM " a montré que le prix du médicament reste toujours élevé pour la population [2].

Face à ces différents constats en décembre 2002 le chef de l'Etat dans son discours à la nation au seuil du nouvel an a annoncé la réduction du prix des médicaments essentiels.

Le décret N°036218/P-RM du 30 Mai 2004 a été adopté par le gouvernement pour régler les prix dans les formations sanitaires publiques (PPM, Hôpitaux, Centre de santé de cercle) et para publiques (CSCOM), en référence à l'article 2 de l'ordonnance N°92-021/P-CTSP du 13 Avril 1992 instituant la liberté des prix et de la concurrence [6].

Face à une telle situation, il apparaît que les efforts consentis par le gouvernement sont mal ou très peu ressentis par les populations.

Vu l'urgence le gouvernement a fixé le prix de 107 médicaments dans le secteur privé pharmaceutique.

Le décret N°06-086/P-RM du 28 février 2006 fixant les prix des médicaments de la liste nationale des médicaments essentiels dans le secteur pharmaceutique privé a vu le jour.

Notre étude s'inscrit dans la description du processus ayant permis cette réduction.

OBJECTIFS

❖ OBJECTIF GENERAL :

- Etudier la problématique posée dans l'approche utilisée pour la fixation du prix des médicaments en DCI dans le secteur pharmaceutique privé au Mali en vue de réglementer la structure des prix des médicaments.

❖ OBJECTIFS SPECIFIQUES

1-Décrire l'approche de fixation du prix des médicaments en DCI dans le secteur pharmaceutique privé au Mali.

2-Identifier les éléments d'appréciation du prix de vente public des médicaments en DCI dans les officines de pharmacie au Mali.

3-Décrire les limites des éléments d'appréciation par rapport à l'accès des populations aux médicaments en DCI

1-GENERALITES

1.1. DEFINITIONS :

. Le secteur pharmaceutique privé :

«On entend par secteur pharmaceutique privé, les établissements pharmaceutiques grossistes répartiteurs, les officines de pharmacie et les dépôts privés de médicaments».

***Les grossistes privés**

<<C'est un établissement autorisé à importer et à vendre tous les produits pharmaceutiques de manière conforme aux dispositions en vigueur>>

***Les officines de pharmacie :**

Selon l'article 39 du décret N° 91-106 /P-RM du 15 mars 1991

«On attend par officine de pharmacie, l'établissement affecté à l'exécution des ordonnance magistrales, à la préparation des médicaments inscrits aux pharmacopées autorisés et à la vente des produits »

***Dépôt de vente**

«C'est un établissement affecté à la vente des produits pharmaceutiques autorisés par la réglementation en vigueur dans une localité dépourvue d'officine ouverte au public»

*** L'approvisionnement en médicaments**

Afin d'éviter le manque ou la rupture des stocks en médicaments un schéma directeur d'approvisionnement et de distribution (SDAD) a été élaborée.

Ce schéma fait partie intégrante de la politique pharmaceutique nationale (PPN) qui vise à la disponibilité et à l'accessibilité des ME. Les possibilités d'améliorer l'accessibilité sont nombreuses, mais toutes requièrent une connaissance complète du système et une planification soignée. Pour l'essentiel, on se limite à l'ensemble du processus de sélection, d'acquisition et de distribution des médicaments.

1.2. La politique Pharmaceutique Nationale Au Mali : (PPN)

Le Mali est souscrit à la politique universelle des médicaments essentiels lors de la 28ème assemblée nationale de la santé en Mai 1975 à Genève, qui dans sa résolution W.H.28.66 recommandait à tous les états membres de définir,

de développer, et d'appliquer des politiques pharmaceutiques nationales pour résoudre les problèmes posés par la satisfaction des besoins des populations en médicaments.

La politique pharmaceutique nationale peut être définie comme un ensemble de mesures planifiées à court et long terme définissant les options fondamentales du pays en matière de médicaments.

Au Mali la politique pharmaceutique nationale a été adoptée en 1998 ainsi que le plan directeur. Elle est intégrée à la politique nationale de santé.

En effet il a été élaboré un système de réforme pharmaceutique avec une d'action donnant la priorité à certains aspects en fonction des moyens, et des conditions socio-économiques du pays.

C'est ainsi que dans le cadre du développement des soins de santé primaires, l'approvisionnement en médicaments essentiels figure en bonne place, ainsi le gouvernement a choisi de faire de la PPM, l'outil privilégié d'exécution de la politique qui vise à rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables sur tout le territoire national à travers un schéma dénommé schéma directeur d'approvisionnement et de distribution

1.3. Genèse de la politique pharmaceutique nationale du Mali

Le gouvernement du Mali à travers le ministre de la santé déclarait en 1990 sa politique sectorielle de santé et de population basée sur les principes de l'initiative de Bamako où le médicament essentiel occupe une place centrale. Auparavant la 28^{ème} Assemblée Générale de l'OMS en 1975 demandait aux états membres l'élaboration d'une politique nationale de médicaments essentiels. Cette élaboration comprend trois phases de développement :

- la formation
- la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale nécessitant l'élaboration du plan d'action prioritaire
- le suivi-évaluation, l'élaboration d'indicateurs et des modalités de suivi.

La politique pharmaceutique est donc partie intégrante de la politique sectorielle de santé et de population au Mali.

La politique actuelle a été développée en même temps que la dernière planification décennale des actions sanitaires et sociales. Les plans d'action quinquennaux et prioritaires sont directement intégrés au PRODESS et à son plan d'action prioritaire (des deux dernières années).

La présente politique pharmaceutique a été adoptée en juin 1998 par le gouvernement comme document annexé du PDDSS et du PRODESS.

La politique pharmaceutique du Mali est orientée vers :

- l'élaboration de la liste nationale de médicaments,
- l'importation annuelle de médicaments et l'achat par appel d'offre,
- la suppression du contrôle de la SGS sur les médicaments essentiels génériques et les matières premières entrant dans leur fabrication,
- développer l'information et la formation des prescripteurs et dispensateurs y compris dans les écoles de formations,
- création de la DPM pour coordonner le secteur pharmaceutique,
- renforcer les missions des centres de santé de référence et des hôpitaux par l'évaluation des besoins, l'approvisionnement en médicaments, l'information et la formation des prescripteurs et utilisateurs

1.4. Les Médicaments essentiels : Historique et Concept

C'est pour faire face aux principaux problèmes d'ordre pharmaceutique qui se posent à tous les pays et en particulier en voie de développement, que le Directeur général de l'OMS, en faisant allusion à l'expérience déjà acquise par certains pays (Cuba, Tanzanie, Sri Lanka, Mozambique) sur la mise en place de médicaments essentiels, a soumis en 1975 un rapport à l'assemblée générale de l'OMS qui fut adopté. Ce rapport portait sur la sélection et l'approvisionnement en médicament essentiels.

Un comité d'experts membres rencontre leur approbation. Dans la même année, la 1^{ère} liste de médicaments essentiels de l'OMS est publiée. L'industrie pharmaceutique réagit aussitôt favorablement mais fut contrainte de l'accepter peu de temps après.

En 1978 une résolution de l'OMS donna pour mandat au secrétaire général la préparation d'un programme d'action des médicaments essentiels et

l'élaboration d'un code pharmaceutique par décision de l'assemblée générale mondiale de la santé et du conseil d'administration du fonds des nations unies pour l'enfance (UNICEF), et sur invitation du gouvernement des républiques socialistes soviétique du Kazakhstan.

Les objectifs de la conférence étaient :

- *promouvoir la notion de soins de santé primaires dans tous les pays,
- *échanger des données d'expertises et des informations relatives au développement des soins primaires dans le cadre de système et services sanitaires nationaux complets,
- *évaluer la situation mondiale actuelle dans le domaine de la santé et des soins de santé dans la mesure où elle se rapporte aux soins de santé primaires et peut être améliorée par ceux-ci,
- *Définir les principes qui doivent régir les soins de santé primaire ainsi que les moyens opérationnels à mettre en œuvre pour résoudre les problèmes pratiques que pose le développement de ces soins,
- *définir le rôle qui incombe aux gouvernements et aux organismes nationaux et internationaux en ce qui concerne la coopération technique et l'appui à apporter au développement des soins de santé primaires,
- *formuler des recommandations pour le développement des soins de santé primaires. Les délégations de 134 gouvernements et les représentants de 67 organisations non gouvernementales en relation officielle avec l'OMS et l'UNICEF ont participé à cette conférence. La conférence a déclaré que la situation sanitaire des centaines de millions d'êtres humains dans le monde d'aujourd'hui est inacceptable, en particulier dans les pays en développement. Elle a déploré le fait que la moitié de la population mondiale ne bénéficie pas de soins de santé dignes de ce nom.

Considérant l'ampleur des problèmes de santé ainsi que l'inadéquation et l'inéquitable répartition des ressources sanitaires entre les pays et à l'intérieur des pays, et estimant que la santé est un droit fondamentale de l'homme et un objectif social universel, la conférence a demandé que soit adaptée une nouvelle approche de la santé et des soins de santé afin de combler le fossé

entre « nantis » et « démunis » de parvenir à une distribution plus équitable des ressources et d'amener tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

1.5. SCHEMA DIRECTEUR D'APPROVISIONNEMENT ET DE DISTRIBUTION (SDAD) :

Le SDAD décrit les mesures pratiques et fonctionnelles devant permettre la mise en œuvre du volet d'approvisionnement en médicaments essentiels de notre politique sectoriel de santé objet de la loi n° 02-049 du 22 juillet 2002. L'objectif est d'assurer un approvisionnement correct des populations sur l'ensemble du territoire national en médicaments essentiels de qualité et à des coûts compatibles avec le pouvoir d'achat de celles-ci. Pour y parvenir les stratégies et dispositions pratiques suivantes ont été retenues :

- *approvisionnement des régions basé sur le système logistique « requisitrice » évaluation des besoins à commander sur la base de la liste nationale des médicaments essentiels en DCI pour chaque niveau opérationnel. Cet approvisionnement sera réalisé à travers un réseau de dépôts régionaux (DR), dépôts répartitions de cercles (DRC) et les dépôts de vente (DV) des formations publiques et communautaires.

- *approvisionnement national des médicaments essentiels en DCI par appel d'offres sur la base d'un plan annuel d'approvisionnement,

- *pérennisation du système par la mise en place de dotations initiales servants de fonds de roulements et par institution et consolidation du recouvrement des coûts suivant les principes de l'initiative de Bamako.

Le Mali ayant pris pour option tarifaire afin d'améliorer l'accessibilité financière du médicament de ne pas générer de bénéfice sur le recouvrement des coûts, seules les charges fixes et variables directement liées à la dispensation seront grevées sur le dernier (cf. Décret n° 03-218/P-RM du 30 mai 2003),

- *implication et appui du secteur privé pour une meilleure diffusion des médicaments essentiels génériques en DCI dans ce secteur sous la forme de blisters,

*renforcement de la gestion du système par une meilleure définition des missions des acteurs dans l'exercice des fonctions suivantes :

-formation et supervision par les structures de la direction de la pharmacie et du médicament (DPM), de la direction nationale de la santé et leurs structures régionales et subrégionales (CSRef). La DPM assure la coordination générale et le suivi du fonctionnement du système à l'échelle nationale, les structures régionales (DRS) assurant un appui technique aux structures répartitrices et dispensatrices, et les CSRef ayant la mission de la planification, de la gestion et du suivi des besoins.

_approvisionnement par la PPM, que l'état a retenue comme l'outil privilégié pour d'une part atteindre l'objectif accessibilité géographique et d'autre part favoriser la pénétration des médicaments essentiels génériques en DCI dans le secteur privé par l'importation de blisters,

-Contrôle administratif à l'importation par la direction de la pharmacie et du médicament (DPM),

Analytique à l'importation et sur le réseau national de distribution par le laboratoire national de la santé,

-par l'inspection de la santé qui est chargé du contrôle du respect de la législation et de la réglementation.

L'exercice correct de ces fonctions permet en particulier le respect des circuits des dépôts, ainsi le bon fonctionnement du schéma directeur

d'approvisionnement et de distribution a permis d'améliorer l'accessibilité physique (diminution des ruptures de stocks), géographique (augmentation des points de distribution et de dispensation) et financière (prix stable et abordables par rapport au pouvoir d'achat) d'un médicament de qualité.

L'objectif présent est donc d'améliorer l'usage rationnel des médicaments par la formation des prescripteurs et des dispensations afin d'améliorer leurs pratiques professionnelles.

1.6. L'accessibilité des médicaments

L'accessibilité aux médicaments est un élément déterminant de toute politique de santé, donc de toute politique pharmaceutique. Les politiques pharmaceutiques doivent garantir cette accessibilité en rendant le médicament disponible pour tous où que l'on soit sur le territoire (accessibilité géographique) à tout moment dans les structures chargées de sa distribution (accessibilité physique) à un prix abordable (accessibilité financière) avec une garantie d'efficacité et de qualité (accessibilité qualitative).

1.6.1. L'accessibilité financière :

L'accessibilité financière est calculée par rapport au salaire journalier nécessaire à un employé non qualifié du secteur public pour payer le traitement d'une affection aiguë ou un mois de traitements pour une maladie chronique.

D'une façon générale, l'achat des traitements pour les affections chroniques requiert beaucoup plus de jours de salaire journalier que l'achat des traitements pour les affections aiguës.

La charge financière est particulièrement lourde pour une famille qui se trouve dans le besoin d'acheter le traitement de plusieurs affections en même temps. Par exemple ; en s'adressant au secteur privé suite à l'indisponibilité des médicaments dans le secteur public, l'employé non qualifié du secteur public payé au salaire minimum devrait dépenser l'équivalent de 22.7 jours de travail pour acheter un aérosol de salbutamol pour un enfant asthmatique, des comprimés de Glibenclamide pour un mois de traitement d'un adulte diabétique et des comprimés de Captopril pour un mois de traitement d'un adulte souffrant d'hypertension artérielle.

1.6.2 Accessibilité géographique :

est schématisée par la distance devant être parcourue par les malades pour aller au point de dispensation des médicaments (par exemple : pharmacie) le plus proche ou le temps nécessaire pour arriver. Elle se détermine par le nombre et la localisation des centres de distributions des médicaments.

1.6.3 Accessibilité physique :

se traduit par l'absence de rupture de stock.

Cela signifie que le médicament normalement présent à la pharmacie c'est-à-dire qui est autorisé est disponible dans les rayons. Pour l'évaluer il faudrait déterminer la durée des ruptures de stock, cela se mesure en calculant le nombre de jours ou de semaines durant lesquels le produit est absent des rayons pendant une période déterminée (un mois ou un an).

Cette mesure nécessite de disposer de la liste de l'ensemble des produits supposés présents et des fiches du système de gestion des

stocks. L'accessibilité physique peut être variable au sein d'un même pays et suivant le secteur auquel s'adresse le malade.

1.7 Politique des prix des médicaments

Les prix des médicaments au Mali :

Les prix élevés des médicaments représentent une barrière importante à leur utilisation et à l'amélioration de l'état de santé des populations.

En Mars et avril 2004, l'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTMM) en partenariat avec la Direction de Pharmacie et du Médicament (DPM) du ministère de la santé du Mali et avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) a réalisé une étude nationale sur les prix des médicaments dans les secteurs public, communautaire et privé. A l'aide de la méthodologie développée par l'OMS et Health Action Internationale (HAI) « Les prix des médicaments : une Nouvelle approche pour les mesurer » l'équipe de l'étude a évalué l'accessibilité financière de plusieurs traitements médicamenteux, analysé

les prix et la disponibilité d'une sélection de médicaments et identifié les composantes des prix (Taxes, marges bénéficiaires) des médicaments. Les résultats ont été utilisés pour déterminer les facteurs contribuant aux prix élevés des médicaments et des variations observées dans le pays et identifier des stratégies et politique pour permettre d'améliorer leur accessibilité. Ce document sur le Mali fait partie d'une série de résumés

qui présentent les résultats des enquêtes sur les prix des médicaments effectuées par différents pays à travers l'Afrique et ailleurs dans le monde.

Les prix des médicaments varient d'un pays ou d'une région à l'autre et jusqu'à présent les mécanismes de fixation des prix restent opaques. Dans les pays en développement ou à cause de la pauvreté, un tiers de la population n'a pas les moyens d'acheter des médicaments, il arrive que le même produit soit plus cher que dans les pays industrialisés. Comme fréquemment les malades ne sont pas assurés, les dépenses encourues sont à leur charge la plupart du temps.

En donnant des informations sur la tarification et la différence des prix payés par les patients, cette nouvelle méthodologie sera particulièrement utile aux gouvernements, aux associations des consommateurs, aux organisations non gouvernementales et tout autre groupe acheteur de médicaments. Elle permettra aux acheteurs ou à toute personne en charge de l'approvisionnement de faire des choix plus judicieux ; la fixation des prix par niveau de distribution sera mieux connue au niveau mondial.

Cette méthodologie met aussi en lumière la différence entre le prix d'achat et le prix de vente qui inclut la marge bénéficiaire, les taxes, les droits et d'autres charges. Des enquêtes pilotées au Pérou par exemple ont montré que les majorations locales faisaient passer le prix de la ranitidine générique de US \$ 2,90 pour 20 comprimés (prix à l'importation) à US \$ 7,2 (prix au détail).Même au Brésil, qui produit la majorité des médicaments qu'il utilise, les taxes et les marges majorent de 40% les à la sortie d'usine. L'analyse des différents éléments du prix permet d'y voir plus clair sur l'origine des différences : fabricants, système locaux, de distribution, d'honoraires pour dispensation, taxes et autres facteurs locaux.

Des enquêtes pilotes ont montré que le consommateur achetait la nifédipine par exemple un anti hypertenseur, six fois plus cher en Afrique du sud qu'au Brésil, les prix se situant à des niveaux intermédiaires au Ghana, et aux Philippines ; Il n'est pas rare pour les habitants des pays en développement

d'acheter les médicaments plus chers que les pays industrialisés, en proportion de leurs revenus comme en valeur absolue.

En 2000 par exemple la Lamivudine (un antiretroviral) utilisée pour la prise en charge du VIH/SIDA, était vendue en moyenne 20% plus cher en Afrique que dans 10 pays industrialisés. Or le revenu moyen des Africains équivaut seulement à 2% de celui des habitants des pays industrialisés riches, la différence d'accessibilité est donc énorme

C'est dans l'ordre d'idée qu'en janvier 1994 : Pour anticiper les effets de la dévaluation certaines mesures ont été prises :

-Gel des prix à la consommation du 13 au 31 janvier 1994, suite à des négociations entre les différents intervenants dans le secteur des médicaments.

-Limitation de la hausse des prix du médicament à travers une fixation consensuelle de nouvelles marges qui a vu le gouvernement ramener la pression fiscale sur les médicaments de 22% à 14% et les pharmacies d'officines de 25% à 20%. Ces différentes mesures tendent à limiter la hausse à 55%.

-Relance de la politique des médicaments essentiels génériques tant au niveau national avec la redéfinition d'une nouvelle politique qu'au niveau sous régional marqué par la déclaration d'Abidjan (mars 1994) et le communiqué de final de Bruxelles (avril 1995).

-La mise en place d'un schéma directeur d'approvisionnement et de distribution.

-La mobilisation par le MSPAS et de ses partenaires au développement pour une aide ayant permis l'acquisition de médicaments essentiels en génériques, par appel d'offre international de qualité.

-Accord entre le MSPAS et les privés sur la mise en place de marge bénéficiaire maximum sur les médicaments et la distribution de médicaments essentiels.

-Fixation par le MSPAS de marges maximum dans les formations publiques et communautaires.

L'élaboration du code de santé publique

1.8. Réglementation Pharmaceutique au Mali :

La réglementation et le contrôle du secteur pharmaceutique au Mali sont passés successivement dans les attributions de différents services du ministère de la santé : inspection de la santé et des affaires sociales (supprimée en 1988) division pharmacie et laboratoire (supprimée en 1991) direction nationale de la santé publique avec le laboratoire de la santé.

Des réformes institutionnelles de 1994 et 1995 ont renforcés les disponibilités d'organisation du secteur pharmaceutique avec la création à nouveau de la division pharmacie et laboratoire au sein du ministère de la santé, en même temps une unité de gestion des ME et un service d'inspection était mise en place.

Les textes régissant la profession pharmaceutique ont été révisés, de nouveaux textes ont été élaborés parmi lesquels notons celui relatif à l'ordonnance N° 00-39 / P-RM du 20 septembre 2000 portant création de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) dont la mission est :

- d'élaborer les éléments de la politique pharmaceutique nationale (PPN) ;
- de veiller à assurer la coordination et le contrôle des services qui concourent à la mise en œuvre de cette politique.

A ce titre elle est chargée de :

- définir la réglementation pharmaceutique ;
- instruire et suivre les dossiers AMM ;
- élaborer et mettre en œuvre les programmes nationaux de ME ;
- développer des outils d'aide à l'usage rationnel des médicaments.

2. METHODOLOGIE

2.1. Cadre d'étude :

Cette étude a été réalisée au Mali, un pays continental de l'Afrique de l'Ouest situé au sud du Sahara, couvrant une superficie de **1241238km²**. Il comprend **8 régions** administratives.

Malgré l'immensité de son territoire et de ses ressources limitées, le Mali dispose d'une politique pharmaceutique nationale visant une diffusion efficiente des médicaments dans tout le pays.

En effet une série de décrets fixant les prix au niveau des secteurs public, privé, communautaire vise cet objectif.

Dans les formations publiques et communautaires les prix sont fixés par le décret N° 03218/P-RM du 30mai 2003.pour le secteur privé les prix sont fixés par l'ordonnance N° 92-021/P-CTSP du 13 Avril 1992 instituant la liberté des prix et de concurrence.

Les acteurs de la distribution de médicaments sont : les grossistes pour la plupart privés et les officines de pharmacie, par ailleurs l'ordre des pharmaciens institué par la loi N° 86-36 du 13 Avril 1986 veille au respect des règles édictées par le code de déontologie pharmaceutique sans oublier le syndicat autonome des pharmaciens d'officines privées (SYNAPPO) pour défendre les intérêts.

Le Mali compte 22grossistes privés (dont 1 à Mopti) 334 officines de pharmacie (185 à Bamako) et 21 cercles ne disposant pas encore d'officines de pharmacie.

2.2. Population d'étude :

C'est l'ensemble des médicaments en dénomination commune internationale (DCI) inscrit sur la liste nationale au Mali

2.3. Type d'étude C'est une étude transversale visant à fixer le prix de 107médicaments en vue de baisser leur prix.

2.4. Période d'étude :

Le processus a débuté le 01/09/2004 pour prendre fin le 31/08/2005 par une prise d'adoption des décrets le 28/02/2006

2.5. Echantillonnage :

La démarche est assez particulière compte tenu du contexte de l'étude.

Pour la collecte des données 10 grossistes privés ont été mis en contribution.

Chaque grossiste a fourni la liste des 200 produits essentiels en DCI les plus demandés dans sa gamme en donnant les quantités vendus entre le 01/09/2004 et le 31/08/2005 et les prix. La synthèse de ces 200 produits a permis de retenir 107 médicaments pour lesquels les prix ont été fixés.

Les critères de choix se basent sur la désignation et le conditionnement des produits, le prix grossiste hors taxe (PGHT) et le prix de vente des officines.

2.6. Plan d'analyse :

Les données ont été saisies sur Excel .Nous avons estimé des paramètres comme le prix médian, le prix moyen et les différentes marges réalisées sur les ventes.

3. RESULTATS

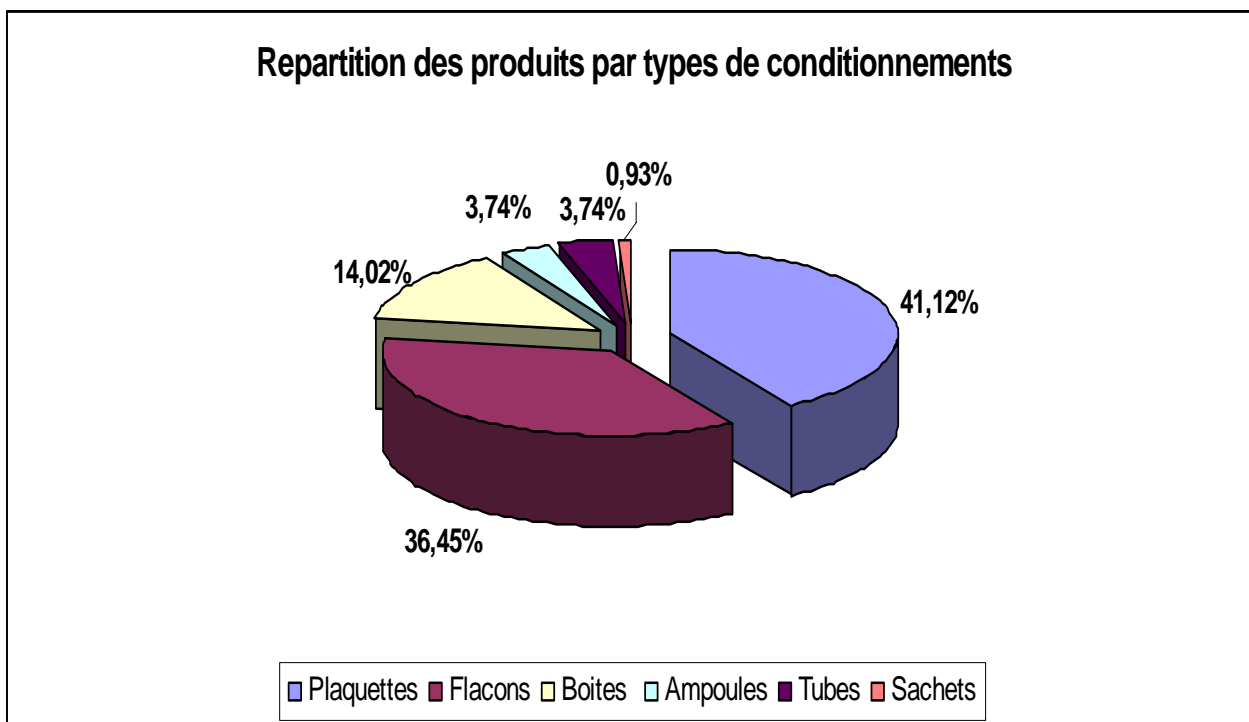
3.1. Les caractéristiques de l'échantillon

107 médicaments ont été retenus, qui seront présentés sous 2 formes

a. Tableau I : Répartition des produits par types de conditionnements

Conditionnements	Nombres	Pourcentages
Plaquettes	39	41.12
Flacons	44	36.45
Boites	15	14.02
Ampoules	04	3.74
Tubes	04	3.74
Saches	01	0.93
Total	107	100

Nous avons 6 types de conditionnements et les plaquettes sont les plus représentées avec près de 41.12%

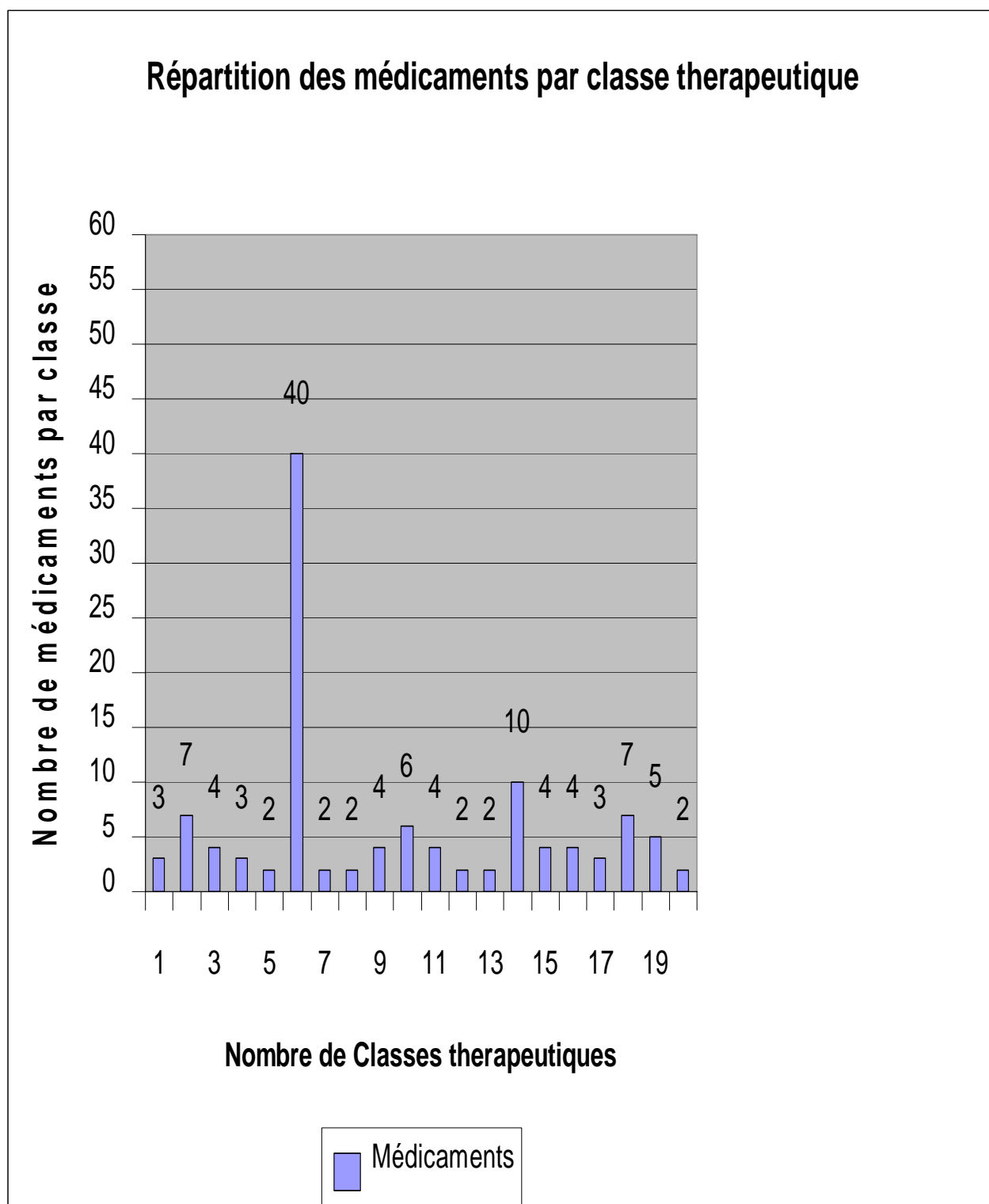


b. Tableau II : Répartition des produits par classes thérapeutiques

Classes thérapeutiques	Nombre de médicaments par classe thérapeutique	Pourcentage de médicaments par classe thérapeutique
1. Anesthésiques /Prémédication Anesthésiques	4	3,74
2. Analgésiques, Antipyrétiques, AINS, Antigoutteux	6	5,61
3- Antiallergiques/ Antianaphylactiques	4	3,74
4- Antidotes/Traitements des intoxications	3	2 ,80
5- Anti épileptiques	2	1,86
6- Anti infectieux	40	37,38
7- Anti migraineux	2	1,86
8- Hormones et Anti hormones	2	1,86
9- Médicaments agissant sur le sang	4	3,74
10- Médicaments de l'appareil cardio-vasculaire	7	6,54
11- Médicaments Dermatologiques	4	3,74
12- Désinfectants et antiseptiques	2	1,86
13- Diurétiques	2	1,86

14-Médicaments du tube digestif	11	10,28
15-Hormones,autres médicaments endocriniens	4	3,74
16-Médicaments Ophtalmiques	4	3,74
17-Ocytociques et anti ocytociques	3	2,80
18-Médicaments de l'appareil respiratoire	6	5,61
19-Solutés de rehydratation,Troubles acido basiques,électrolytes	5	4,67
20- Vitamines et sel minéraux	2	1,86

La liste comporte 20 classes thérapeutiques, les anti infectieux sont les plus représentés suivi des médicaments du tube digestif avec respectivement 37,38% et 10,28%



3.2. Description de l'approche de fixation du prix :

L'approche de fixation des prix a concerné essentiellement 2 niveaux :

a. Niveau I : les grossistes privés

Une liste de 107 médicaments a été notifiée avec les différents prix grossistes hors taxes (PGHT) par grossiste. La moyenne de ces PGHT a été calculée. Pour ce fait : nous avons calculé les PGHT médian et moyen auxquels sont appliquées les taxes communautaires 2.5% et la COTECNA 0.65% afin de parfaire le PGHT moyen du marché. Le PGHT moyen du marché est obtenu à partir des PGHT moyen et médian selon que l'un ou l'autre soit plus adapté car le caractère de la distribution peut affecter la liberté de choix entre médian et moyen. En effet notre choix portait sur la médiane à chaque fois que la distribution des données était asymétrique c'est-à-dire s'il y a une ou deux valeurs extrêmement élevées ou basses, ce qui rend la moyenne non représentative de la plupart des données

Le prix de cession des médicaments essentiels en DCI est déterminé par l'application d'un coefficient de 1.44 sur le PGHT moyen du marché.

c. Tableau III : Détermination du prix de cession

PGHT moyen du Marché	Taxes communautaires	COTECNA	Coefficient multiplicateur	Prix de cession
PGHT médian ou moyen	2.5%	0.65%	1.44	PGHT moyen du marché × 1.44

Nous analyserons dans cette partie le prix d'achat PPM (il s'agit des prix coûts frets : CF). La PPM s'est illustrée lors de l'appel d'offres 2003 par le meilleur prix. Dans l'approche de la fixation le prix de l'appel d'offres n'est utilisé que pour des produits qui n'ont pas de prix d'achat. Parfois la moyenne et la

médiane étaient assez larges par rapport au prix de référence, dans ces cas on a recours au prix PPM.

Les frais d'assurance et la COTECNA étant normalement calculés sur le prix d'achat.

Le prix de cession PPM est déterminé par l'application d'un coefficient de 1.20 sur le prix de revient rendu magasin ou 1.29 sur le prix CF.

b. Niveau II : Le prix de vente public au niveau des officines

Une distinction s'impose dans la mesure où l'approche de fixation des prix au niveau des officines n'intéresse que le prix de cession.

Le prix de vente dans les officines est directement déterminé par l'application d'un coefficient de 1.45 sur le prix de cession

$$\text{Prix de vente public} = \text{Prix de cession} \times 1.45$$

3.3. ANALYSE DES ELEMENTS D'APPRECIATION DU PRIX DE VENTE

PUBLIC :

Le prix de cession est un indicateur pertinent dans l'appréciation des prix pratiqués sur les médicaments, il est fixé à partir du PGHT moyen du marché. C'est ainsi que dans les différents calculs le PGHT moyen du marché est obtenu à partir de la médiane dans 61 cas, de la moyenne dans 18 cas, et dans 20 cas moyen et médian ont données les mêmes résultats.

Dans cette approche la pertinence du choix entre moyenne et médiane est le plus importante. La moyenne est affectée par les valeurs extrêmes. Le choix de la médiane est un souci d'atténuer l'influence des valeurs extrêmes pouvant minimiser la moyenne. Notre motivation sur le choix de la PPM vient du fait que les prix proposés par cette structure sont déjà supposés accessibles à la population donc pratique en ce sens pour résoudre le problème d'accessibilité financière.

Ces trois paramètres : moyenne, médiane, prix PPM nous donnent un prix acceptable

3.4. LES LIMITES DES ELEMENTS D'APPRECIATION DU PRIX DE VENTE PUBLIC

Montrer les limites des éléments d'appréciation revient à décrire l'importance et le rôle des paramètres ayant permis de le fixer à savoir la moyenne, la médiane et le PGHT

3.4.1. La moyenne :

La moyenne est simplement la somme des valeurs divisée par le nombre de valeurs. La moyenne permet d'identifier la valeur autour de laquelle les observations sont réparties, mais aussi de résumer par un seul nombre l'ensemble des observations.

Dans l'appréciation de la moyenne il faut toujours faire attention aux valeurs extrêmes qui peuvent l'influencer significativement.

3.4.2. La médiane :

La médiane est la valeur qui divise la distribution en deux moitiés. Si les observations sont rangées par ordre croissant, la médiane est l'observation du milieu. La médiane est une mesure descriptive utile si la distribution des données est asymétrique.

3.4.3. LE PRIX GROSSISTE HORS TAXES (PGHT) :

Le PGHT n'est autre que le prix payé par les grossistes pour s'approvisionner en médicaments. Des prix différents peuvent être payés pour le même produit par un acheteur, d'où la nécessité d'établir la moyenne du marché. A cet effet un prix médian et un prix moyen sont calculés pour chaque produit. Le prix médian apparaît comme prix de référence (61 cas)

4. DISCUSSIONS

4.1. Conditionnements :

Nous avons constaté que parmi les 107 médicaments retenus, il y a 6 types de conditionnements avec respectivement : 41.12% de plaquettes, 36.45% de flacons, 14.02% de boîtes, 3.74% d'ampoules et de tubes, et 0.93% de sachets. Cette diversité du type de conditionnements répond au souci de permettre au prescripteur un choix délibéré pour la prise en charge des affections pour tous les âges.

4.2. Classes thérapeutiques :

Dans le cadre de notre étude nous avons dégagé 20 classes thérapeutiques en fonction desquelles sont réparties les 107 médicaments en tenant compte du souci d'assurer la couverture thérapeutique. Les affections les plus fréquentes dans notre pays selon le rapport du bulletin du 1^{er} semestre 2004 de la Direction Nationale de la Santé (DNS) sont : le paludisme, des infections respiratoires aiguës (IRA), les maladies diarrhéiques, l'asthme, l'hypertension artérielle (HTA), le diabète, la fièvre typhoïde, les anémies, l'ulcère gastroduodénale (UGD), les maladies cardiovasculaires, les plaies (traumatismes et brûlures). Nous avons constaté que les classes thérapeutiques constituées sont adaptées aux traitements de ces affections avec au moins 2 % de médicaments par classe. Toutefois, il demeure important de signaler le retrait de la chloroquine de la classe des antipaludéens.

4.3. Approche de fixation des prix :

Le processus est assez complexe, les prix sont fixés à deux niveaux : les grossistes privés, et les officines. Pour un même produit les prix diffèrent selon les grossistes raison pour laquelle un prix médian et un prix moyen sont calculés. Le prix de l'appel d'offres obtenu par la centrale d'achat du pays est utilisé pour les produits qui n'ont pas de prix d'achat grossiste, l'ensemble de ces prix médian, moyen en plus du prix PPM confèrent à l'étude un processus d'équilibrage. Au niveau des grossistes le processus se termine par la fixation d'un prix de cession obtenu à partir du PGHT moyen du marché tandis qu'il se

résume à la fixation du prix de vente public au niveau des officines privées par l'application d'un coefficient multiplicateur de 1.45 sur le prix de cession, cela permet l'harmonisation des prix des médicaments dans le secteur privé. La marge cumulée des grossistes aux détaillants montre une différence entre le prix grossiste et le prix consommateur se situant dans une fourchette très faible, cela se traduit donc pour les consommateurs par des prix avantageux. Ce qui cadre bien avec la politique pharmaceutique nationale prônant en seconde ligne de son cadre stratégique le développement d'un approvisionnement en MEG de qualité à des coûts compatibles avec le pouvoir d'achat de la population.

Des enquêtes pilotes ont montré que le consommateur achetait la nifédipine par exemple un anti hypertenseur, six fois plus cher en Afrique du sud qu'au Brésil, les prix se situant à des niveaux intermédiaires au Ghana, et aux Philippines. Il n'est pas rare pour les habitants des pays en développement d'acheter les médicaments plus chers que les pays industrialisés, en proportion de leurs revenus [2]

Or le revenu moyen des Africains équivaut seulement à 2% de celui des habitants des pays industrialisés riches. La différence d'accessibilité est donc énorme. Le médicament n'est pas un bien de consommation banal. Le malade pour s'en procurer doit passer par des intermédiaires qui sont les prescripteurs et les vendeurs pour enfin de compte se retrouver avec un produit dont il n'a pas décidé ni de la qualité, ni du coût.

Un autre grand problème constaté a été la grande variabilité des prix des génériques rencontrés au niveau officinal.

Dramane Berthé au cours de son étude sur la disponibilité et les prix des génériques a analysé le comportement des pharmaciens face à ce problème. La majorité des pharmaciens savent que les prix des médicaments varient d'officine en officine et pense que cela dépendrait des fournisseurs (grossistes) [16]. En effet une des études coordonnées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et menée dans plusieurs pays révèle que les prix

d'acquisition de la PPM du fait de l'appel à la concurrence pendant ses achats, sont parmi les plus bas au niveau international.

5. CONCLUSION

Notre étude permet de conclure une certaine stabilité du prix relative à la vente des médicaments essentiels en DCI dans le secteur pharmaceutique privé. Dans l'approche de la fixation un prix plafond se signale à chaque niveau, il s'agit du prix de cession plafond pour les grossistes et le prix public plafond pour les officines. Le prix de vente public est apprécié par des paramètres tels que la médiane, la moyenne, le prix PPM jouant le rôle de modérateur l'ensemble abouti à un prix supposé acceptable pour la population. Toute fois il demeure important de signaler que les marges bénéficières (fixées par décret ministériel) appliquées aux médicaments bénéficient plus aux officines (1.45) qu'aux grossistes (1.44).

6. RECOMMANDATIONS

Au terme de ce travail, nous recommandons :

°Au ministère de la santé

-Une application de l'article 2 de l'ordonnance N0-92-021/P-CTSP du 13 avril 1992 en procédant à une homologation rigide des prix.

-De faire un monitoring en termes de disponibilité et d'accessibilité financière des médicaments.

-De veiller au respect des prix pratiqués pour réduire les variations entre les pharmacies privées

7-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1-Dr Maiga. M.D -Dr Diawara. A _Etude sur l'écart des prix des médicaments dans le secteur privé pharmaceutique au Mali.

Réalisée par la DPM (Direction de la Pharmacie et du Médicament)

Edition février 2006

2-Dr Ouattara. O-Dr Tadhrist.Ag. R

Les prix des médicaments: une nouvelle approche pour les mesurer.

Rapport d'étude de cas au Mali (OMS et Health action international)

Edition février 2006

3-Diadier Maiga _Contribution à l'élaboration d'un système de suivi de la politique pharmaceutique national au Mali

Thèse, Pharmacie, Bamako, 1999, Ref 00-p-11

4-Ismael Macalou _Etude sur la structure des prix des médicaments en République du Mali

Thèse, Médecine, Bamako, 2004_2005, Ref 00-p-25

5-Ministère de la Santé _Qualité de prescription et de la dispensation des médicaments au Mali_ Rapport d'enquête Avril 2005

6-Travaux de la sous commission Baisse du prix des médicaments :

Discours du président de la république au seuil du nouvelle An en Décembre 2006 (Document DPM)

7-D. C. Jaya Suriya _ La réglementation des produits pharmaceutiques dans les pays en développement : Problème juridique et approche possible _OMS, Genève, 1998, 630p.

8-Management Sciences for Health Boston,Massachuselts USA,traduit par institut universitaire d'étude du développement :

Le secteur pharmaceutique privé commercial en Afrique, Boston, 1986, 280p.

9-Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées (MSPAS)_
Barème des Prix_exercice 95,Bamako,1995,196p.

10-Programme d'action pour les médicaments essentiels
Le secteur pharmaceutique dans les zones CFA.
Premier bilan après la dévaluation. OMS, Genève, 1998,636p

11-rapport d'une réunion de l'OMS sur les politiques et la pharmaceutique :
Achat et financement des médicaments essentiels- OMS, Genève, 1995 340-
560p

12-point marquant de l'an 2000 en matière de médicaments essentiels et
politique pharmaceutique -OMS, Genève, 2000,680p

13- Pelicier, Mouchez Santé conjugée : Economie et politique du
médicament. Trimestriel de la fédération de maisons médicales et collectives
de sante francophones Paris, 2000,240p

14-les médicaments essentiels afin pour plus d'équité. Programme d'action de
l'OMS pour les médicaments essentiels OMS Genève, 1995, 990p.

15-principes opérationnels de bonne pratique sur les achats des produits
pharmaceutiques_OMS, Geneve, 2000,760p

16-Dramane Berthe Problématique de la disponibilité et des prix des
génériques cas de 39 médicaments couramment consommés à Bamako.
Thèse, Pharmacie, Bamako, 2006-ref00-p24

17-Dossier d'appel d'offres international ouvert N°08/2003-PM

18-Atelier de restriction de 2 études sur les prix des médicaments
(Document DPM) Avril 2005

FICHE SIGNALI TIQUE

TITRE : Problématique de l'approche pratique de fixation du prix afin de régler la structure des prix des médicaments dans le secteur pharmaceutique privé au Mali : Cas de 107 médicaments

AUTEUR : Mohamed Sissoko

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007_2008

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

SECTEUR D'INTERET : Santé publique

RESUME

Notre étude a montré que dans la fixation du prix de vente public des médicaments, il est établi un prix de cession au niveau des grossistes privés ainsi qu'au niveau de la PPM mais cette opération ne s'effectue pas de la même manière au regard des structures consternées, ce qui confère au processus un caractère d'équilibrage avec les prix proposés par la PPM supposés accessibles au plus grand nombre de la population.

Les prix sont donc ajustés en référence aux prix PPM, il s'agit des prix grossistes hors taxes moyen du marché dont l'image est le prix d'achat PPM ; de même le caractère de la distribution affecte le processus de fixation ce qui contribue également à recourir à une certaine observation des prix de cession en référence au prix PPM.

Des interrogations demeurent cependant sur la disponibilité en perspective par ce que l'étendu si non l'écart entre les coefficients multiplicateurs semble très insignifiant ce qui est supposé donner des marges bénéficiaires faibles.

Mots Clés : Fixation du prix, caractère d'équilibrage, accessibilité, Prix grossiste hors taxe (PGHT), Prix d'achat PPM, Disponibilité, Coefficients multiplicateurs, Marges bénéficiaires

SERMENT D'HYPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.