

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES

FONDS DES NATIONS-UNIES
POUR L'ENFANCE

INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE
EN SANTE PUBLIQUE (I.N.R.S.P.)
Bamako, Mali

U N I C E F - Bamako

LA PHARMACIE POPULAIRE DU MALI
DANS LE CONTEXTE DE
L'INITIATIVE DE BAMAKO

J. BRUNET-JAILLY
Directeur de recherche à l'ORSTOM

juin 1990

**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES**

**PONDS DES NATIONS-UNIES
POUR L'ENFANCE**

**INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE
EN SANTE PUBLIQUE (I.N.R.S.P.)
Bamako, Mali**

U N I C E F - Bamako

**LA PHARMACIE POPULAIRE DU MALI
DANS LE CONTEXTE DE
L'INITIATIVE DE BAMAKO**

**J. BRUNET-JAILLY
Directeur de recherche à l'ORSTOM**

juin 1990

La présente étude a été réalisée à la suite d'une demande adressée en novembre 1989 à l'UNICEF par le Ministère de la santé publique et des affaires sociales à la suite de l'Atelier "Initiative de Bamako" qui s'était tenu du 24 juillet au 4 août 1989.

Elle a été confiée à l'Institut National de Recherche en Santé Publique pour être réalisée sous la direction du Professeur BRUNET-JAILLY, Directeur de recherche à l'ORSTOM. Y ont concouru :

- un expert, Monsieur Jacques MANCHE, désigné par un bureau de consultants à but non lucratif (OTECI) auquel a été confiée une partie des investigations à entreprendre ;
- deux étudiants en stage auprès de la section des sciences sociales de l'INRSP (projet d'appui à la recherche en santé publique, financé par la Coopération Française), équipe d'économie de la santé, Seydou Toumani SIDIBE et Zoumana DAO ;
- un jeune chercheur en cours de formation au sein de la section des sciences sociales de l'INRSP (projet déjà cité d'appui à la recherche en santé publique), équipe d'économie de la santé, Mamadou MARIKO ;
- deux thésards de pharmacie, Labasse KOUREISSI et Sékou Sadibou KANTA ;
- et un petit groupe de cliniciens chevronnés qui ont accepté de consacrer une fois de plus, après tant de précédentes réunions sans suite concrète, un peu de leur temps à remettre sur le chantier la question des médicaments à mettre de toute urgence à la disposition de toute la population malienne aux meilleures conditions de prix que le marché mondial peut fournir : les docteurs Aly Nouhoum DIALLO (médecine interne), Issa Paul DIALLO (pédiatrie), Bréhima KOUMARE (bactériologie), Eric PICHARD (maladies infectieuses et tropicales), Gérard SOULA (biologie), Amar Alassane TRAORE (gastroentérologie).

Le Docteur Hama CISSE, chef de la Division Pharmacie et Laboratoire au Ministère de la santé publique et des affaires sociales, Monsieur JI XING ZHOU, Président Directeur Général de la Pharmacie Populaire du Mali, Monsieur Karim TOURE, Directeur Général Adjoint, Monsieur Hamadi CANARA, Agent Comptable et Madame Jacqueline TRAORE, Directeur Commercial Adjoint ont suivi de façon régulière la progression de l'étude, en participant à des réunions au cours desquelles ont été discutés des rapports d'avancement du travail et posés tous les problèmes liés à la collecte et à l'interprétation de l'information disponible. De la sorte, ils ont apporté une aide irremplaçable à l'équipe des jeunes chercheurs et au responsable de l'étude. Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de la reconnaissance et de l'estime de ces derniers.

D'autres cadres de la PPM, certains cadres de l'UMPP, quelques représentants de l'Ordre des Pharmaciens, les responsables de plusieurs ONG ayant une activité dans le domaine de l'approvisionnement pharmaceutique de divers cercles ou régions du Mali, ont été consultés plus ou moins longuement, et ont fourni parfois avec zèle, parfois avec réticence, des renseignements plus ou moins précis, plus ou moins utilisables, des opinions, des appréciations, des idées d'organisation ou de réforme, des encouragements ou des considérations désabusées.

On n'a rencontré personne qui se déclare hostile à l'Initiative de Bamako ; mais tous nos interlocuteurs sans exception, en dehors de ceux qui travaillent dans les 5ème, 6ème ou 7ème régions, sans exception là encore, ont accumulé tant d'objections qu'il fallait bien conclure à leur place : ils n'y croient pas ou ils n'en veulent pas. Quel que soit l'intérêt des conclusions techniques qui sont présentées dans ce rapport, il ne se fera rien dans le domaine de l'approvisionnement en médicament si, après des années de déclarations sans suite et des années de commerce public autour du médicament et de la maladie, ne se lève pas un grand vent de courage politique pour tracer des orientations fermes, généreuses et visiblement honnêtes, les mettre en vigueur sans tarder ni tergiverser ni reculer devant la moindre difficulté, et ne plus varier jusqu'à ce que les objectifs visés soient atteints au vu et au su de tous et de chacun dans le pays.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. QUELLE LISTE DE MEDICAMENTS ESSENTIELS ?	3
2. QUELLES SPECIALITES RETIRER DU CATALOGUE DE LA PPM ?	13
Annexe : Spécialités concernées par l'Initiative de Bamako	18
3. QUELLES CONSEQUENCES SUR LE CHIFFRE DES ACHATS DE LA PPM ?	25
4. QUEL CALENDRIER POUR LA MISE EN PLACE DES MEDICAMENTS EN DCI ?	39
Annexe : Nombre de mois couverts par les stocks et les commandes en cours	48
5. QUE PEUT-ON ATTENDRE DE L'UMPP ?	54
6. QUELLE VARIATION DES CHARGES DE LA PPM A MISSIONS INCHANGEES ?	57
7. QUELLES SONT LES ALTERNATIVES REALISTES EN MATIERE DE DISTRIBUTION DU MEDICAMENT AU MALI ?	67
Annexe : Données de base sur le coût de la distribution d'après les expériences maliennes originales	88
8. QUELLES SERONT LES CONSEQUENCES POUR LA PPM ET POUR LA POPULATION DE DIVERSES DECISIONS ENVISAGEABLES ?	95
RESUME ET CONCLUSIONS	117
TERMES DE REFERENCE	126
BIBLIOGRAPHIE	134

Introduction

Dans le cadre du contrat-plan entre l'Etat et la PPM, tel qu'il était rédigé il y a un an, il était prévu que l'entreprise s'engagerait 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.

Cette seconde obligation est d'une très grande portée pratique : si elle est conservée et respectée, elle modifiera complètement les conditions de l'approvisionnement du Mali en médicaments, puisque les médicaments essentiels de la liste évoquée ci-dessus remplaceront les spécialités correspondantes, au lieu de coexister avec elles comme dans l'épisode plutôt malheureux dit de la "réforme pharmaceutique" (avec ses pharmacies pilotes où les médicaments essentiels ont pu être vendus au prix des spécialités, et où rien n'incitait les prescripteurs à prendre en considération la politique nationale).

Cette obligation modifierait sensiblement les conditions de la gestion de la PPM, qui devrait se réorganiser pour adapter ses charges à des marges plus faibles que celles auxquelles elle est habituée (et qui sont aujourd'hui d'autant plus importantes que le prix d'achat au fabricant est plus fort !).

L'étude qui a été confiée à l'INRSP a pour objectif de préciser les conséquences de ces dispositions du contrat-plan, et de proposer des modalités pratiques d'application sur divers points qui restent en discussion concernant l'approvisionnement en médicaments. Elle tentera donc de répondre avec autant de précision qu'il sera possible 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 si on décide d'appliquer la clause prévue sur ce point dans le contrat-plan ?
- quelles seraient les conséquences de ces décisions sur la valeur des achats de la PPM ?
- quel calendrier pourrait-on proposer pour la mise en place des médicaments essentiels dans les officines et dépôts ?
- quel rôle pourrait jouer l'UMPP dans la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako ?
- quelles variations des charges de la PPM pourrait-on envisager à missions inchangées ?
- quelles alternatives conviendrait-il de considérer en ce qui concerne les missions de la PPM dans le contexte de l'Initiative de Bamako ?
- quelles seraient les conséquences prévisibles des décisions que serait amené à prendre le Gouvernement, s'il lance le processus de mise en oeuvre pratique de l'Initiative de Bamako, sur l'équilibre de la gestion de la PPM ?

Chacune de ces questions fera l'objet, ci-dessous, d'un chapitre particulier.

Chapitre 1

QUELLE LISTE DE MEDICAMENTS ESSENTIELS ?

On a travaillé, dans un premier temps, sur une liste d'une soixantaine de médicaments qui nous a été communiquée par la Division Pharmacie et Laboratoire du Ministère de la Santé. Cette liste, reproduite ci-après, est un sous-échantillon de la liste nationale des médicaments essentiels, telle qu'elle a été révisée en 1987 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).

Cette liste nationale (cf. [1]) n'a été officiellement adoptée en Conseil des Ministres que tout récemment. Dans l'intervalle, en septembre 1988 le Projet de développement sanitaire (PDS de Kita, Bafoulabé et Kéniéba) a demandé qu'on établisse une liste restreinte couvrant les besoins des centres de santé de cercle ; une sous-commission ad hoc a été constituée, présidée par le Dr Hama CISSE, et a proposé une liste d'une soixantaine de médicaments (cf. [2]). De plus, à l'occasion de l'Atelier Initiative de Bamako (24 juillet-4 août 1989), cette liste PDS corrigée sur certains points aurait été présentée comme base de travail pour l'approvisionnement en médicaments dans le cadre de l'Initiative de Bamako. On ne la trouve cependant pas reproduite dans le compte-rendu de cet atelier (qui ne compte pourtant pas moins de deux volumes de près de 150 pages chacun, cf. [3]).

La liste ci-dessous est donc une liste ad hoc, et c'est ainsi qu'on la désignera dans la suite de notre travail.

=====
acide folique 5mg
acide folique + fer
aminophylline 100mg
ampicilline 125mg fl
ampicilline cp 250mg
ampicilline cp 500mg
antihémorroïdaire pde 30g
antihémorroïdaire 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%
buthylhyoscine inj 20mg
charbon actif cp 125mg
chloramphenicol gelule 250mg
chloramphenicol inj 1g
chloramphenicol sirop 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%

1.1 Discussion

Objectifs de la discussion

La liste ad hoc doit être examinée à la lumière du contexte dans lequel elle va être utilisée, celui du contrat-plan entre l'Etat et la PPM.

Dans ce contexte, il est absolument nécessaire que la question du choix des médicaments essentiels retenus dans le plan malien d'action pour l'Initiative de Bamako soit d'abord parfaitement bien posée sur le plan médical : si l'on crée de lourdes contraintes à la PPM, il faut que l'avantage pour les malades soit indiscutable, et le plus grand possible. Autrement dit, le choix des médicaments essentiels à inscrire sur la liste, et le choix des spécialités qui pourront alors être supprimées du catalogue de la PPM (et qui de ce fait ne devraient plus se trouver dans les officines après quelques mois, sauf s'ils ont été importés en fraude) sont d'une importance capitale. Si les experts (cliniciens, enseignants de thérapeutique, biologistes, pharmaciens...) établissent une bonne liste, sous les contraintes imposées par les conditions pratiques de son application au Mali, on aura la certitude que les prescripteurs généralistes pourront soigner la grande majorité des épisodes courants de maladie avec des produits pharmaceutiques de qualité indiscutable et beaucoup moins coûteux que les spécialités actuellement utilisées.

Dans ce contexte, par ailleurs, il n'est évidemment plus question de se donner le ridicule de contester la notion de médicament essentiel, clairement reconnue par toutes les compétences consultées par l'OMS depuis 1975. Il n'est pas non plus question de prétendre encore qu'il serait nécessaire de définir au Mali des "spécialités essentielles" pour s'adapter à la pathologie locale. Il n'est pas question non plus de faire de la liste une fin en soi : la liste en question devra évidemment évoluer, non seulement parce que la pathologie évolue, parce que la gamme des produits pharmaceutiques elle aussi se modifie, mais encore parce que les ambitions d'une politique d'approvisionnement des populations en médicaments essentiels aux prix les plus bas peuvent être plus ou moins grandes. Il est donc seulement question ici de définir, en se servant des travaux antérieurs réalisés jusqu'à ce jour au

Mali, une liste à nouveau bien raisonnée des médicaments qui pourraient être rendus accessibles au prix le plus bas dans le cadre de l'Initiative de Bamako.

Ce qu'on entend ici (et, à partir de là, nous suivons une note rédigée par le Dr E. PICHARD, cf. [4], pour rendre compte des discussions du groupe d'experts dont il a été question au début de ce rapport) par une "bonne" liste, dans les conditions du contexte pratique, c'est une liste d'une soixantaine de médicaments (ce chiffre aurait été arrêté par l'UNICEF), et qui tiendrait compte simultanément de critères variés, et notamment :

- de critères épidémiologiques, liés à la fréquence, la morbidité ou la mortalité des affections dont souffre la population considérée (plutôt que de critères liés à la consommation actuelle de médicaments, qui dépend de l'approvisionnement et d'habitudes éventuellement contestables de prescription) ; pour bien faire, il faudrait donc disposer de relevés épidémiologiques fiables (ce qu'ils ne sont pas au Mali), et différenciés selon le niveau de la pyramide sanitaire (pour adapter une liste à chaque niveau pertinent) ;
- de critères d'efficacité des médicaments, en particulier dans le domaine des maladies infectieuses : il faut donc tenir compte ici, à partir de travaux fiables, de l'épidémiologie des résistances des germes aux antibiotiques (par exemple résistance des entérobactéries à l'ampicilline ou des gonocoques à la pénicilline G), et de l'évolution de ces résistances (la liste devra donc, elle aussi, évoluer) ;
- de critères liés à la forme galénique et à la présentation : selon le niveau de prescription et d'administration (quelle gamme de l'hygiéniste au médecin réanimateur, par exemple !), selon l'âge des malades (dosage, présentation en sirop...), selon les dangers potentiels de certaines présentations (par exemple "pathologie de la seringue", surdosages en aminosides ou en salicylés), selon la possibilité de fragmenter la présentation en plusieurs doses (avantage des comprimés sécables sur les gellules), selon les conditions de transport et de stockage (inconvenients des sirops, des suppositoires...) ;
- de critères de conformité des listes servant à l'approvisionnement avec les listes des médicaments recommandés dans l'enseignement médical et paramédical ; de ce fait, les listes doivent se présenter comme des formulaires utilisables dans des schémas thérapeutiques standardisés, et pas seulement des énumérations de DCI.

Organisation de la discussion

Le responsable de l'étude a donc proposé à un petit groupe d'experts indépendants de se réunir pour préparer, à l'intention des économistes qui se préoccupent de l'application de l'Initiative de Bamako au Mali, la meilleure liste de 60 médicaments essentiels à rendre disponibles dans quelques mois en quantités suffisantes pour répondre à tous les besoins que la médecine générale (telle qu'elle est en pratique exercée par les médecins généralistes et par les infirmiers) est susceptible de prendre en charge.

Le petit groupe qui a accepté d'apporter son concours, de cette façon, à la présente étude, comptait six personnes, dont une seule avait participé en 1987 à la révision de la liste malienne de 1984. Ce groupe s'est inspiré aussi étroitement que possible des travaux antérieurs des commissions réunies à ce propos au Mali. Pour ce faire, il a simplement commencé par l'examen de la liste ad hoc, dont on a rappelé plus haut les conditions d'élaboration. Ses observations sont rassemblées et résumées dans le tableau ci-après.

Observations 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 mégalo-blastique) ; donc, prévoir d'une part de l'acide folique cp, et d'autre part du chlorure ou fumarate de fer cp
aminophylline 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 ;
atropine 1 % fl atropine inj 1mg a.acetyl salicylique cp 300mg	préciser : ophtalmologique cette dose peut être obtenue en fragmentant le comprimé à 500mg (ligne suivante) ; donc suppression de cette présentation ;
a.acetyl salicylique cp 500mg a.salicy. de lysine cp	les différents salicylates per os ne présentent pas d'avantage sur l'acide acétylsalicylique ; ne figure d'ailleurs pas sur les listes OMS ; donc suppression ;
a.salicy. de lysine inj 0,5mg a.salicy. 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 peni inj 1,2MUI benzathine peni inj 2,4MUI	peut être obtenu par deux ampoules du dosage de la ligne précédente ; donc suppression de celui-ci ; par contre il manque le dosage à 0,6 MUI pour l'usage pédiatrique ;

DCI	REMARQUES
benzyl penicilline inj 1MUl	
betametazone cp	
betametazone creme	) peu d'intérêt à disposer à la fois de crème et de pommade
betametazone pde 0,1%	(pour une même DCI à usage dermatologique , préférer la
	) crème parce que le support lipidique des pommades se
	(dégrade souvent en pays chaud (liquéfaction) ; donc
	(suppression de la pommade ;
bicarbonate de Na	produit obsolète, qui n'est plus employé en gastroentérologie parce qu'il provoque des rebonds d'HCI nuisibles au traitement des ulcères duodénaux ; utiliser hydroxyde d'Al+Mg 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 ;
chloraamphenicol gelule 250mg	
chloraamphenicol inj 1g	
chloraamphenicol 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	
codeine 100mg comp	risque de dépression respiratoire chez l'enfant ; donc supprimer ; remplacer éventuellement par un antitussif non déprimeur 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 antiinflammatoires, l'indométacine qui, en outre, est moins coûteuse pour le malade ! donc supprimer ;
digoxine comp 0,25mg	) ajouter la présentation gouttes pour usage pédiatrique ;
digoxine inj 0,5mg/ml	(ajouter de la digitoxine ou lanatoside C en gouttes
	) buvables
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	dosage mal choisi : préférer 20mg et 40mg
hydroxocobalamine 10mg	
hydroxocobalamine 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 ;
hydroxyde d'al+mg comp 300mg	inutile si on a le dosage 500mg
hydroxyde d'al+mg comp 500mg	
indometacine comp 25mg	
ketamine inj 10mg	
ketamine inj 50mg	
lidocaine 1% inj	

DCI	REMARQUES
lidocaine adrenaline inj 2%	voir anesthésiste ; adrénaline seule ?
mebendazole comp 500mg	
mebendazole susp 20mg/ml	
methylidopa comp 250mg	
metoclopramide 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 ;
metoclopramide gttes 150ml	
metronidazole cp 250mg	
metronidazole inj 5mg/ml	
metronidazole susp	
niclosanide cp 500mg	
nystatine 100.000 ui	
nystatine 500.000 ui	
nystatine pde 0,1MUI 30g	
paracetamol comp 500mg	
paracetamol sachet 125mg	
phenobarbital comp 30mg	inutile si on a le dosage 50mg ; donc supprimer ;
phenobarbital comp 50mg	
phenobarbital inj 200mg	
phytonadione inj 10mg	
praziquantel comp 600mg	
prednisone comp 5mg	
quinine inj 200mg	la présentation de la ligne précédente a une concentration identique sous un volume différent ; donc supprimer cette présentation ;
quinine inj 600mg	
retinol 200.000 ui	
solution polyvitaminée II	
tetracycline comp 250mg	
tetracycline pde 1%	
tetracycline pde 3%	

Le groupe a encore demandé que la liste soit complétée de la façon suivante :

- une quinolone de première génération (acide pipémidique 200 mg cp ou acide nalidixique 500mg cp, bien qu'ils ne soient pas sur la liste OMS 1985) : la constatation d'une résistance de plus en plus fréquente des bacilles Gram négatif à l'ampicilline et au cotrimoxazole exige que l'on dispose d'un produit encore actif sur ces germes, en particulier au cours des infections urinaires ;
- un corticoïde injectable d'action rapide, indispensable pour les urgences (oedème de Quincke, choc, asthme) : choisir entre methylprednisolone inj 40mg (qui figure sur la liste OMS 1985) et dexaméthasone inj 4mg ;
- l'oxacylline cp 500mg pénicilline M nécessaire au traitement des fréquentes staphylococcies ;
- une macrolide comme l'erythromycine cp 500mg, 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 cp 1MUI, bétalactamine, indispensable au traitement des angines à streptocoques ainsi qu'à la prophylaxie et au traitement du rhumatisme articulaire aigu.

1.2 Liste préférée

Les observations précédentes permettent d'établir une liste qu'on préférerait à la liste ad hoc. Cette liste préférée est établie pour les conditions dans lesquelles la prescription est faite par un médecin et les soins assurés par des infirmiers diplômés, conditions qui sont celles des hôpitaux de Bamako, mais aussi des autres hôpitaux maliens et de la plupart des centres de santé de cercle.

Si ces conditions relatives à la qualification du prescripteur et de celui qui exécute les soins ne sont pas remplies, certains produits doivent être retirés. On les signale par une astérisque dans la liste ci-dessous.

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	(*)

dinitrate 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 1l
tetracycline comp 250mg
tetracycline pde 1%
tetracycline pde 3%

1.3 Conclusion

Comme le lecteur l'aura remarqué, la liste préférée ne bouleverse pas les choix qui ont été préparés en 1987 par les instances compétentes. Elle les met à jour sur certains points, mais surtout elle rend plus visiblement cohérente la stratégie que traduit la prescription en médicaments essentiels. On peut espérer que cette avantage sera perceptible par les professionnels de santé et les aidera à comprendre les choix concrets qu'implique la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako en matière d'approvisionnement pharmaceutique. C'est tout ce qu'il était possible de faire dans le cadre de cette étude pour contribuer à l'immense effort qui est nécessaire au Mali pour convaincre les professionnels de santé, qu'on sait farouchement attachés aux spécialités, que la prescription en médicaments essentiels exige un exercice plus qualifié de leur compétence, et bénéficie de multiples façons aux malades et à la santé publique.

Chapitre 2

QUELLES SPECIALITES RETIRER DU CATALOGUE DE LA PPM ?

Puisque la PPM devrait retirer de son catalogue les spécialités qui peuvent être remplacées par les médicaments essentiels d'une liste spécialement définie à cette fin, il était nécessaire de préparer des propositions précises, qui devront un jour ou l'autre, si possible pas trop lointain, prendre une forme juridique précise (sans doute dans un "cahier des charges" à annexer au contrat-plan).

On présente ci-dessous la méthode suivie pour établir la correspondance entre une liste de médicaments essentiels et la liste des spécialités équivalentes parmi celles qui sont actuellement commercialisées par la PPM. Ensuite on applique cette méthode à la liste ad hoc et à la liste préférée.

2.1 Méthode

Le "Répertoire des dénominations communes" qui est publié au début 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 italiques dans le Répertoire).

Parmi les spécialités repérées de cette façon, on s'est évidemment intéressé uniquement à toutes celles qui sont commercialisées par la PPM, qu'elles figurent ou pas au catalogue "Prix de vente des médicaments de base et accessoires pharmaceutiques de la PPM, janvier 1989". Nous avons également retenu beaucoup de produits disponibles dans les officines mais qui ne figurent pas dans le VIDAL 1987, par exemple : Vermox, Mintezol, Yomesan, Solnicol etc...

Pour chaque spécialité commercialisée par la PPM et contenant une substance mentionnée sur la liste ad hoc, on note donc d'abord si cette spécialité est strictement identique, du point de vue de la composition chimique, de la forme et du dosage à tel produit désigné par sa DCI sur la liste ad hoc ; on parlera dans ce cas de correspondance stricte, et on le signalera dans nos fichiers en donnant la valeur 1 à une variable appelée COMM. Si elle en diffère par la forme ou le dosage ou par le fait qu'elle contient cette DCI en association avec d'autres substances dont l'effet est jugé de peu de portée, on parlera alors de correspondance large, et on

On notera par COMM=2. Les autres spécialités (et les produits divers) qui ne contiennent aucune des substances de la liste des DCI sont signalées par COMM=0.

En résumé le code relatif à la correspondance, désigné par COMM, prend les valeurs suivantes :

- 1= correspondance stricte
- 2= correspondance large
- 0= pas de correspondance

Exemple :

spécialités	DCI	COMM
Aspirine 500mg	A.A.salicylique 500mg	1
Asp.vit C derol	A.A.salicylique 500mg	2

Autrement dit, les spécialités qui correspondent strictement à une DCI donnée ont la valeur 1 au code COMM, et celles qui sont différentes du médicament essentiel du point de vue forme et dosage ou bien qui sont une combinaison dont le médicament essentiel fait partie ont la valeur 2 à ce code.

Si la différence entre la DCI et la spécialité tient au seul dosage, nous utilisons un coefficient, noté COEF, qui permettra, lorsqu'on devra calculer quelles quantités des médicaments en DCI seront nécessaires pour assurer l'approvisionnement du pays dans les conditions de l'Initiative de Bamako, de ramener les quantités de la spécialité à des quantités de la DCI. Par exemple, le dosage de la Nivaquine (300 mg) étant le triple de celui de la choroquine (100 mg), le coefficient à appliquer à cette dernière est de 3. Si dans le catalogue IDA, le médicament disponible en DCI a le même dosage que dans la combinaison, le coefficient multiplicateur sera évidemment égal à 1.

Pour les spécialités pour lesquelles COMM=2, le recours au VIDAL nous a permis de préciser la teneur de la DCI contenue dans chaque combinaison. Par exemple, lorsqu'il s'agit de comparer la spécialité Actron (sur laquelle le catalogue de la PPM ne donne aucune précision) à l'acide acétyl-salicylique 300mg, nous apprenons par le VIDAL que Actron contient 267 mg d'acide acétyl-salicylique. Par conséquent nous adoptons pour Actron une valeur de COEF égale à $267/300 = 0,89$.

En résumé, COEF est un coefficient permettant de tenir compte d'éventuelles différences de dosage entre la spécialité vendue par la PPM et le produit correspondant en DCI vendu par IDA ; COEF est égal à 1 lorsque la spécialité correspond exactement (forme et dosage) à la DCI ; il est égal à 0 lorsque la spécialité ne peut pas être remplacée par un produit en DCI de la liste utilisée ; COEF est différent de 0 et de 1 lorsque le dosage de la DCI diffère du dosage de la spécialité.

2 Application

On trouvera ci-après une liste des spécialités que la PPM pourrait être amenée à retirer de son catalogue si on lui demande d'appliquer les dispositions du contrat-plan et si on accepte la méthode décrite dans les paragraphes précédents.

Pour que cette liste soit considérée comme définitive, il faudra attendre que la liste ad hoc soit officiellement adoptée par l'instance compétente, et publiée dans les formes voulues ; et ensuite qu'une instance autorisée donne son accord sur la méthode d'établissement de la correspondance, et par voie de conséquence sur le résultat présenté ci-dessous.

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

- le code (appelé CDCI) que nous avons donné à chaque produit de la liste ad hoc ;
- la désignation de ce médicament essentiel (DCI) ;
- le nom de chacune des spécialités actuellement commercialisées par la PPM qui devraient être remplacées si l'on adopte la méthode que nous proposons ;
- le code de chacune de ces spécialités dans les catalogues de la PPM ;
- en face de chacune de ces spécialités la valeur du code COMM (si cette valeur est 1, la correspondance est stricte, c'est-à-dire que la spécialité ne se distingue en rien du médicament essentiel de la liste ad hoc, et si COMM=2 la spécialité se distingue par le dosage, la forme ou la composition chimique) et celle du code COMM2 (même signification, mais à partir de la liste préférée).

On remarquera que ces coefficients décrivent avec une grande précision la qualité de la correspondance entre la spécialité et le médicament essentiel en DCI. Cela apparaît en particulier lorsqu'on s'interroge sur les différences, pour une spécialité donnée, entre la valeur de COMM et celle de COMM2. Par exemple, la liste ad hoc contient à la fois acide folique et acide folique + fer 200 mg, et il en résulte que COMM=2 pour la spécialité Pumafer, qui ne contient que du fer ; mais comme la liste préférée exclut les associations, et contient séparément acide folique et fer, la même spécialité obtient COMM2=1.

On peut encore relever ici que la correspondance stricte avec la liste ad hoc devrait entraîner la suppression, au catalogue de la PPM, de 159 présentations de spécialités, remplacées par les médicaments essentiels en DCI de la liste ad hoc, et la correspondance étendue la suppression de 197 présentations supplémentaires. Au total, le contrat-plan devrait donc impliquer, si c'est la liste ad hoc qui y est annexée, le remplacement de 356 présentations de spécialités actuellement commercialisées par les médicaments essentiels de la liste qui nous a été communiquée, alors que le nombre total des présentations pour lesquelles nous connaissons les sorties de stocks en 1988 et en 1989 dépasse 1200.

Si l'on utilise plutôt la liste préférée, pour l'annexer au contrat plan, la correspondance stricte entraînera le remplacement de 222 spécialités, et la correspondance large le remplacement de 313 spécialités sont concernées.

Il est important de rappeler ici, notamment pour le lecteur qui n'est pas familier de la réglementation malienne, qu'il y a une très grande différence entre la liste des médicaments essentiels de l'Initiative de Bamako (qu'il s'agisse de la liste ad hoc ou de la liste préférée) et la liste des médicaments et spécialités actuellement exonérés de droits de douanes au Mali. Cette dernière, établie par un accord apparemment informel entre la PPM et l'administration des douanes, a permis de vider de son sens internationalement reconnu, et de son sens d'origine au Mali (cf. les dispositions du décret n° 85 PG/RM du 2 mai 1984), la notion de médicament essentiel. Sont actuellement exonérés les produits suivants, désignés par leur code au barème des prix de vente au détail de la PPM :

- codes 0 à 100 : médicaments en DCI ;
- codes 5000 à 5521, 5527 à 5544 : matériels médicaux ;
- codes 6002 à 6006, 6009 à 6013, 6015 à 6020, 6024 à 6026 :
coton et pansements ;
- codes 7000 à 7014 : fabrications du laboratoire de galénique ;
- codes 8000 à 8041 : produits fabriqués par l'U.M.P.P. ;
- codes 9000 à 9338 : "spécialités essentielles".

On reviendra (dans le dernier chapitre de ce rapport) sur la base juridique de cette situation, et on précisera aussi quelle est la proportion des spécialités à supprimer du catalogue de la PPM (dans le cadre de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako) qui sont d'ores et déjà exonérées de droits de douane.

2.3 Conclusion

L'expérience encore présente dans toutes les mémoires, dite de la "réforme pharmaceutique", a appris à tout un chacun, au Mali et à l'étranger, que l'une des conditions sine qua non de succès de l'introduction des médicaments essentiels est que ces derniers ne doivent pas se trouver en concurrence, dans les officines ou dépôts, avec les spécialités auxquelles ils doivent se substituer. Il n'y aura donc de mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako que si la PPM reçoit l'ordre de retirer du marché toutes les spécialités qui peuvent être remplacées par les médicaments essentiels qu'elle-même sera chargée, dans le même temps, d'importer en quantités voulues.

Nos propositions permettent d'envisager une application prudente au risque d'être peu visible, ou une application plus massive et plus difficile à mener à bien, ou encore une application progressive, qui consisterait par exemple à remplacer dès que possible les 150 spécialités pour lesquelles il y a stricte correspondance avec les médicaments en DCI de la liste ad hoc, puis d'étendre après un an par exemple à 200 spécialités supplémentaires. La suite de l'étude montrera les conditions pratiques de mise en oeuvre de ces éventualités (notamment leur calendrier) et leurs conséquences économiques.

Ce qui est sûr, c'est qu'il n'y aura pas de mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako sans décision claire et nette obligeant la PPM à retirer certaines spécialités (et évidemment des spécialités de grande diffusion) de son catalogue, et sans décision de faire la chasse aux importations frauduleuses.

SPECIALITES CONCERNEES PAR L'INITIATIVE DE BAMAKO

CDCI	DCI	NOM DE SPECIALITE	CODE PPM	COMM	COMM2
1	Ac folique Fer cp 200mg	Fuaafer pdre BT/50g	9125	2	1
1	Ac.folique Fer cp 200mg	Fefol comp BT/30	9112	1	2
1	Ac folique Fer cp 200mg	Fuaafer comp BT/25	9124	2	1
1	Ac folique Fer cp 200mg	Roseferon fol B comp BT/50	2775	1	2
2	Acide folique cp 5mg	Speciafoldine 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 BT/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	9381	1	2
4	Ampicilline inj 500mg	Penicline inj 1g	9216	1	2
4	Ampicilline inj 500mg	Amblosin inj 1g	9379	1	2
5	Ampicilline cp 500mg	Rcsampline gelule BT/8	9253	1	1
5	Ampicilline cp 500mg	Ukapen gelule 500mg bte/20	9309	1	1
5	Ampicilline cp 500mg	Penicline gelule BT/16	9218	1	1
5	Ampicilline cp 500mg	Totapen gelule 500mg BT/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	Standacillin sp 250mg	9382	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	Penicline sachet BT/16	9217	2	2
7	Pde antihemorroidaire 30g	Antihemorroidaire casenne pde	1078	1	0
7	Pde antihemorroidaire 30g	Rectoquotane Pomade	2211	1	0
7	Pde antihemorroidaire 30g	Pomade aidy 40g	2125	1	0
7	Pde antihemorroidaire 30g	Sedorrhoide pde	2276	1	0
8	Antihemorroidaire suppo	Antihemorroidaire casenne sup	1077	2	0
8	Antihemorroidaire suppo	Sedorrhoide suppo	2277	1	0
9	Atropine 1% 5ml collyre	Dibromure d'atropine gttes 25mg	1432	2	2
9	Atropine 1% 5ml collyre	Vitatropine collyre 0,5%	2669	2	2
9	Atropine 1% 5ml collyre	Vitatropine collyre 1% 15ml	2619	2	2
9	Atropine 1% 5ml collyre	Chibro atropine 0,5%collyre	9077	2	2
9	Atropine 1% 5ml collyre	Chibro atropine 1% collyre	9078	2	2
11	Atropine inj 1mg	Diarsed comp BT/20	1426	2	2
11	Atropine inj 1mg	Oxyferriscorbone atropine	2036	2	2
11	Atropine inj 1mg	Diarsed neomicyne comp BT/20	1427	2	0
11	Atropine inj 1mg	Atropine inj 0,5mg bte/100	9028	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 BT/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	Equanil 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	Alkaselzer comp	1039	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Veganine comp 508mg	2579	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Upsa c	2551	2	2
15	A. acetyl salicylique cp 500mg	Rumicine 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 /8	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	Retarpen inj 1,2	9386	1	1
19	Benzathine peni inj 2,4M	Extencilline 2,4	9111	1	2
19	Benzathine peni inj 2,4M	Benzathine penicilline 2.4	9050	1	2
19	Benzathine peni inj 2,4M	Retarpen inj 2,4	9385	1	2
20	Benzyl peni inj 1M UI	Istipen enft inj 0,5m	1772	2	2
20	Benzyl peni inj 1M UI	Istipen adulte inj 1m bte/1	1771	2	2
20	Benzyl peni inj 1M UI	Penicilline G inj 1m	8007	1	1
20	Benzyl peni inj 1M UI	Penicilline G inj 500	8008	1	1
20	Benzyl peni inj 1M UI	Biclinocilline 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 pommade	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 repetabs 1mg	1288	2	2
21	Betametazone	Diprosone neomycine pde	1466	2	2
21	Betametazone	Diprosone neomycine creme	1465	2	2
21	Betametazone	Celestene inj chronodose	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	CGMN	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 enf	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	Tifomycine inj 500 mg bte/25	9287	1	2
26	Chloramphenicol collyre 0,4%	Chloramphenicol collyre	9082	2	2
27	Chloramphenicol sirop 125mg	Tifomycine sirop	9290	1	1
27	Chloramphenicol sirop 125mg	Tifomycine 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 enf 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	Pulmoserum concentre sol F/125	2178	2	0
30	Codeine	Neocodion sp nn	1954	2	0
30	Codeine	Neocodion enf 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	Bactrim forte inj 3cc	9042	2	2
31	Cotrimoxazole cp 480 mg	Bactrim adulte comp pl/10	9037	1	1
31	Cotrimoxazole cp 480mg	Bactrim forte comp pl/10	9041	1	2
31	Cotrimoxazole cp 480mg	Parkazole Ad comp BT/20	9353	1	1
31	Cotrimoxazole cp 480mg	Parkazole fort comp BT/10	9354	1	1
32	Cotrimoxazole cp 120 mg	Bactrim enfant comp pl/10	9039	1	2
33	Cotrimoxazole susp 100ml	Bactrim susp pediatrique 100ml	9045	1	1
33	Cotrimoxazole susp 100ml	Parkazole pediatrique susp	9355	1	1
34	Dextran 70 inj 500ml	Cyclo creme 40g	1378	2	2
35	Dextran pommade	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	Voltarene inj 75mg BT/2	2634	2	0
38	Diclofenac	Voltarene LP comp BT/15	2635	2	0
38	Diclofenac	Voltarene suppo BT/10 100mg	2632	2	0
38	Diclofenac	Voltarene 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

CDC	NOM DE SPECIALITE	CODE PPN	COMM	COMB2
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	Furoseme cp 40mg	Lasilix retard comp BT/30	9183	2 2
44	Furoseme cp 40 mg	Lasilix comp 40mg BT/20	9182	1 1
45	Furoseme inj 20 mg	Lasilix inj	9181	1 1
46	Gentamycine inj 80mg	Gentalline collyre 5ml	1635	2 2
46	Gentamycine inj 80mg	Gentalline pde 5g	1634	2 2
46	Gentamycine inj 80mg	Gentalline inj 10mg	9137	1 2
46	Gentamycine inj 80mg	Gentalline inj 160mg	9138	1 2
46	Gentamycine inj 80mg	Cidomycine inj 80 mg	9075	1 2
46	Gentamycine inj 80mg	Cidomycine inj 20 mg	9074	1 1
46	Gentamycine inj 80mg	Cidomycine inj 160 mg	9073	1 2
46	Gentamycine inj 80mg	Gentalline creme 0,1%	2738	2 2
46	Gentamycine inj 80mg	Gentalline inj 80mg	9140	1 2
46	Gentamycine inj 80mg	Gentalline inj 40mg	9139	1 2
46	Gentamycine inj 80mg	Jentaject inj 80mg	9166	1 2
46	Gentamycine inj 80mg	Jentaject inj 160mg	9164	1 2
46	Gentamycine inj 80mg	Jentaject inj 40mg	9165	1 1
46	Gentamycine 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 3%	2335	2 2
49	Hydroxocobalamine inj 2ml	Vit B12 inj	8037	1 1
50	Hydroxocobalamine solution	Fer C vit B12 asp 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	Betrimax comp BT/20	1184	2 2
52	Hydroxocobalamine cp 1mg	Vitamine B1 B6 B12	2670	2 2
54	Hydroxyde d'al+mg cp 500mg	Dialan 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	9187	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	1758	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	Nebendazole cp 100mg	Vermox comp BT/2	9321	1 1
62	Nebendazole cp 100mg	Vermox comp BT/6	9320	2 2

CDCI DCI	NOM DE SPECIALITE	CODE PPM	COMM	COMM2
63 Mebendazole susp	Vermox susp	9322	1	1
64 Methyl dopa cp 250mg	Aldomet comp 250mg BT/30	9004	1	1
65 Metoclopramide cp 10mg	Priperan susp 200ml	2144	2	0
65 Metoclopramide cp 10mg	Priperan comp 10mg BT/40	2142	1	0
65 Metoclopramide cp 10mg	Priperan gites fl-60ml	2143	1	0
65 Metoclopramide cp 10mg	Priperoxane 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	Priperan 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	Tredesine comp bte/4	9301	1	1
71 Niclosamide cp 500mg	Yomesan 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 pommade 10g	1934	2	2
74 Nystatine pde 30g	Nysporil creme 30g	2006	2	2
74 Nystatine pde 30g	Mycostatine pommade 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	Algotropryl suppo enft BT/10	1035	2	2
75 Paracetamol cp 500mg	Efferalgan comp	1509	1	1
75 Paracetamol cp 500mg	Gelumaline 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	Dafalgan gelule 500mg	2787	2	2
75 Paracetamol cp 500mg	Oralgan 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	Algotropryl 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	Chiral 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	Biltricide comp 600mg	9342	1	1
83	Prednisone cp 5mg	Chibro flabeline pde	1301	2	2
83	Prednisone cp 5mg	Cortancyl 1mg 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 sp 150ml	Hydrosol polyvitaminee gttes	1737	1	1
87	Solution polyvitaminée sp 150ml	Alvityl susp 150 ml	1049	1	1
88	Tetracycline pde 1%	Colicort collyre 5ml	1339	2	2
88	Tetracycline pde 1%	Aureomicine 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	Amphocycline ovule BT/12	1060	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Amcyccline comp BT/16	1065	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Chymocycline cp bte/16	1318	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Tetracycline capsules	0	1	1
89	Tetracycline cp 250mg	Amphocycline comp BT/16	1061	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Transcycline inj 150mg	2506	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Oxytetracycline cp	8022	1	1
89	Tetracycline cp 250mg	Rubitracine entt sachet BT/12	2253	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Rubitracine comp BT/12	2252	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Transcycline inj 350mg	2783	2	2
89	Tetracycline cp 250mg	Hexacycline gelules	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 ia 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%	Terraacycline 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

Chapitre 3

QUELLES CONSEQUENCES SUR LE CHIFFRE DES ACHATS DE LA PPM ?

On aborde ici les conséquences économiques de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, en se limitant aux effets des deux stratégies définies par les chapitres précédents sur la valeur des achats de la PPM, puis sur son chiffre d'affaires et sur ses marges. Les résultats qu'on obtiendra ici sur la valeur des achats de la PPM dans diverses hypothèses relatives à l'application de l'Initiative de Bamako seront repris tels quels plus loin. Au contraire, ceux qui concernent le chiffre d'affaires et les marges, calculé ici dans les conditions d'exploitation qui étaient celles de 1988 et 1989, ne servent qu'à décrire certains aspects de la gestion récente de la PPM et à illustrer les difficultés d'une analyse rigoureuse de ses résultats.

Pour traiter ces questions, 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. Ce fichier sera remis à la PPM dès que son équipement informatique sera en service. Il utilise les codes suivants :

X1= code du laboratoire (code créé par nous)

X2= code du médicament (code PPM)

X3= désignation du produit (nom de spécialité, forme, dosage...)

X3A= nombre d'unités (ampoules, comprimés...) dans la boîte

X4= sortie moyenne mensuelle du produit (en nombre de boîtes) en 1988 ;

SS89= sortie moyenne mensuelle du produit (en nombre de boîtes) en 1989 ;

P= prix d'achat unitaire (par la PPM en 1989) de la spécialité en FF par boîte ;

P2= prix d'achat unitaire (par la PPM en 1988) de la spécialité en FF par boîte ;

DCI= dénomination commune internationale correspondante (on a expliqué plus haut comment on a établi la correspondance)

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

COMM2= code relatif à la correspondance par rapport aux médicaments essentiels de la liste préférée ;

- 1= correspondance stricte
- 2= correspondance large
- 0= pas de correspondance

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

COEF= coefficient permettant de tenir compte d'éventuelles différences de dosage entre la spécialité vendue par la PPM et le produit correspondant en DCI vendu par IDA ; COEF est égal à 1 lorsque la spécialité correspond exactement (forme et dosage) à la DCI ; il est égal à 0 lorsque la spécialité ne peut pas être remplacée par un produit en DCI de la liste utilisée ; COEF est différent de 0 et de 1 lorsque le dosage de la DCI diffère du dosage de la spécialité.

PVP87= prix de vente de la PPM au public, d'après le catalogue, pour l'année 1987 et les huit premiers mois de l'année 1988 ;

PVP= prix de vente de la PPM au public, d'après le catalogue, pour les quatre derniers mois de l'année 1988 ;

PVP89= prix de vente de la PPM au public, d'après le catalogue, à compter du premier janvier 1989.

A l'aide de ces données, qui ont été soigneusement vérifiées, notamment grâce à l'aide que nous a apportée Madame Jacqueline TRAORE, on a procédé à diverses analyses, dont le caractère en partie hypothétique est dû à la pauvreté des informations exactes disponibles auprès de la PPM (par exemple, cette dernière ne connaît pas son chiffre d'affaires par produit, à fortiori elle ignore tout de l'origine de ses marges). Ces analyses portent essentiellement sur les achats, mais aussi sur le chiffre d'affaires et sur les marges.

3.2 Estimations de la valeur des achats

Pour avoir un premier ordre de grandeur des conséquences de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako sur la PPM, on a procédé au calcul de trois valeurs hypothétiques des achats de la PPM en 1988 et 1989 :

VAL1, estimation de la valeur annuelle des achats, par produit, à partir des sorties moyennes mensuelles et des prix d'achat ;

VAL2, estimation de la valeur simulée des achats de la PPM si elle avait remplacé dans son catalogue toutes les spécialités qui pouvaient l'être strictement (COMM=1 ou COMM2=1) par les médicaments en DCI de la liste utilisée, achetés auprès de IDA ;

VAL3, estimation de la valeur simulée des achats de la PPM si elle avait remplacé dans son catalogue toutes les spécialités qui pouvaient l'être au sens strict (COMM=1 ou COMM2=1) et au sens large (COMM=2 ou COMM2=2) par les médicaments en DCI de la liste utilisée, achetés auprès de IDA.

L'estimation VAL1 devrait être assez proche de la valeur des achats figurant au compte d'exploitation de la PPM pour l'année 1988 ; si ce n'est pas le cas, on devra s'interroger sur les mouvements de stock, ou sur la coordination entre la politique des achats et le suivi des sorties de stock, ou encore sur la fiabilité des informations qui nous ont été fournies.

L'estimation VAL2 suppose qu'on aurait d'un seul coup commandé les produits de la liste des médicaments essentiels en DCI, et en quantités telles qu'on ait pu remplacer toutes les spécialités pour lesquelles il y a correspondance stricte avec une DCI de la liste utilisée (liste ad hoc ou liste préférée).

L'estimation VAL3 suppose qu'on aurait d'un seul coup commandé les produits de la liste des médicaments essentiels en DCI, et en quantités telles qu'on ait pu remplacer toutes les spécialités pour lesquelles il y a correspondance stricte et large avec une DCI de la liste utilisée (liste ad hoc ou liste préférée).

Enfin, une partie des achats de la PPM n'est pas affectée par la politique d'approvisionnement en médicaments essentiels ; il s'agit d'une grande partie des achats de spécialités et de tous les achats de cotons et pansements, articles d'hygiène, produits diététiques ou cosmétiques, et matériel médical (pour ces produits, COMM=0 ou COMM2=0). On a calculé une estimation du montant de ces achats.

Les prix utilisés pour calculer VAL1 sont les prix communiqués par la PPM, c'est-à-dire des prix grossiste hors taxes. Très généralement en francs français, ils ont été saisis dans cette monnaie, et convertis ensuite en FCFA. Les prix utilisés pour le calcul des VAL2 et de VAL3 sont, pour les médicaments en DCI, les prix du catalogue IDA, c'est-à-dire les prix grossiste HT pour le conditionnement hôpital qui est celui des produits commercialisés par IDA. La comparaison de ces prix pose donc le problème du coût du conditionnement ; on y reviendra plus loin.

Résultats

Nos estimations figurent dans le tableau ci-dessous, dont tous les chiffres sont définis comme des valeurs facture. L'application d'une politique de remplacement strict (identité de molécule, forme et dosage) fondée sur la liste ad hoc aurait entraîné une diminution du montant des achats de l'ordre de 800 millions tant en 1988 qu'en 1989 ; le choix d'une politique de remplace-

ment plus large aurait entraîné une diminution 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 payée à l'étranger de près de 1,2 milliard FCFA annuellement.

Les chiffres globaux sont légèrement plus faibles si on utilise la liste préférée, dont le nombre de médicaments essentiels est un peu plus faible ; la réduction de la facture est comprise entre 1 et 1,1 milliard FCFA.

Cependant, on doit signaler que le montant des achats avant la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, tel qu'il est ici estimé par VAL1, atteint 3692 millions FCFA pour 1988, ce qui est légèrement inférieur au chiffre (3739) des achats figurant au compte d'exploitation de l'année 1988. Pour l'année 1989, notre estimation est de 3618 millions, alors qu'on n'en voit figurer que 3507 au compte d'exploitation générale de cette année.

En réalité, la correspondance entre nos estimations des achats par produit et les chiffres comptables n'est pas tout-à-fait aussi satisfaisante. Nous estimons les achats d'après les sorties mensuelles moyennes de stock, et ces sorties peuvent être réalisées à partir des achats ou des variations de stocks ; ainsi, en 1988, le CEG enregistre 3739 millions d'achats et 180 millions de variation (augmentation) de stock ; les sorties de stocks n'ont donc pas pu dépasser de beaucoup 3500 millions, et l'écart entre notre estimation et la valeur comptable atteint presque 200 millions. En 1989, au contraire, les achats figurant au CEG ont été complétés par des diminutions importantes des stocks, de 650 millions FCFA environ, ce qui autorise des sorties de stock de plus de 4000 millions, et notre estimation est donc trop faible de 10 % environ. Ce problème a été exposé à plusieurs reprises à la direction de la PPM, mais personne n'y a apporté une solution acceptable.

Nos estimations montrent par ailleurs que les achats correspondant à des spécialités qui peuvent être strictement remplacées par des médicaments essentiels en DCI de la liste ad hoc ont coûté près de 1,2 milliards FCFA à la PPM en 1988 ; si cette dernière avait acheté les médicaments essentiels correspondants, en conditionnement hôpital, auprès de IDA, ces achats ne lui auraient coûté que 326 millions FCFA (valeur facture). De même, les achats de spécialités qui peuvent être remplacées, au sens de la correspondance étendue, par des médicaments essentiels en DCI de cette même liste ad hoc, ont coûté 439 millions FCFA à la PPM en 1988, alors que les médicaments correspondants en DCI achetés auprès de IDA en conditionnement hôpital n'auraient coûté que 107 millions (valeur facture). Au total, la PPM a acheté en 1988 pour 1,6 milliards des spécialités qui auraient parfaitement pu être remplacées, dans les conditions que nous avons exposées, par des médicaments essentiels ne coûtant que 435 millions ; pour 1989, les chiffres comparables sont respectivement 1,55 milliards et 490 millions.

Ces ordres de grandeur ne sont pas sensiblement modifiés si l'on utilise la liste préférée plutôt que la liste ad hoc, comme on peut le vérifier sur le tableau ci-dessous.

Si on se place du point de vue des malades, on doit conclure que la PPM leur a fait payer indûment près de deux milliards (le surcoût de un milliard à l'achat est doublé par le jeu du coefficient servant à fixer le prix de vente au détail) chacune des deux années récentes en leur vendant des spécialités coûteuses achetées de gré à gré là où des médicaments essentiels auraient été tout aussi indiqués. Il va de soi que la PPM mène la politique que lui impose le Ministère de la Santé et subit les influences dont pèsent les prescripteurs. Néanmoins, ce chiffre considérable devrait convaincre les uns et les autres de l'intérêt d'un effort conséquent pour mettre en oeuvre l'Initiative de Bamako, au moins dans ses dispositions concernant l'approvisionnement pharmaceutique.

Comparaison des estimations 1988 et 1989

LISTE AD HOC	VAL1	VAL2	VAL3
=====	=====	=====	=====
1988			
TOTAL	3692395044	2841366367	2509274499
COMM=1	1177583650	326554973	326554973
COMM=2	439515657	439515657	107423789
COMM=0	2075295737	2075295737	2075295737

1989

TOTAL	3617993376	2794280368	2455104206
COMM=1	1180183429	356470421	356470421
COMM=2	475261539	475261539	136085377
COMM=0	1962548408	1962548408	1962548408

LISTE PREFEREE

1988

TOTAL	3692395044	3098973955	2607561993
COMM2=1	808636016	215214927	215214927
COMM2=2	706848902	706848902	215436940
COMM2=0	2176910126	2176910126	2176910126

1989

TOTAL	3617993376	3018870728	2550327537
COMM2=1	848564355	249441707	249441707
COMM2=2	708028823	708028823	239485632
COMM2=0	2061400198	2061400198	2061400198

Influence du conditionnement sur le coût des achats

D'aucuns pourraient prétendre que les estimations ci-dessus majorent les gains à attendre pour les malades d'une stratégie fondée sur l'approvisionnement en médicaments essentiels : les prix utilisés sont ceux de IDA, et correspondent le plus souvent à un conditionnement hôpital. Or les défenseurs du conditionnement public sont nombreux, au Mali notamment, et se font entendre en certaines occasions. Quelle est l'importance économique de la question ?

La décision de recourir, pour les premiers appels d'offre lancés dans le cadre de l'Initiative de Bamako, à un conditionnement public (en blisters) plutôt qu'à un conditionnement hôpital a été prise avant que l'on sache quel serait le coût de cette solution ; l'argument selon lequel le conditionnement public s'imposait absolument ignore que deux régions du Mali sont approvisionnées depuis près de cinq ans en médicaments présentés le plus souvent dans un conditionnement hôpital, et qu'une troisième recourt largement à la même solution. Il est vrai que, dans ces régions, la distribution de ces médicaments est le fait d'agent des services publics de santé, ou d'agent spécialement recrutés à cette fin, plutôt que des agents de la PPM ; mais il faudrait encore nous expliquer ce qui les distingue tant à propos de ce qui nous préoccupe ici.

Quoi qu'il en soit, il est nécessaire d'avoir une idée de ce que paieront les malades pour éviter aux pharmaciens ou à leurs agents non qualifiés d'avoir à délivrer au malade exactement ce qui lui est prescrit, à l'unité près, en comptant les comprimés, sachets ou ampoules, avant de les emballer proprement, mais d'une façon aussi peu coûteuse que possible.

Les informations dont nous avons pu disposer nous ont permis de procéder à une double estimation : d'une part, qu'auraient coûté les commandes passées à la suite de l'appel d'offres financé par le FED si les produits avaient été achetés (en conditionnement hôpital) auprès de IDA ? d'autre part, quelle est la différence entre le conditionnement en blister et le conditionnement hôpital dans les offres présentées à la suite de ce même appel par les répondants ?

1°) comparaison entre les prix des offres retenues (présentation blister) et les prix du catalogue IDA

Cette estimation ne peut porter que sur les produits comparables. Ainsi, on doit éliminer des commandes FED celles qui concernent l'aminophylline inj, l'acétylsalicylate de lysine, le bétametasone pommade, la clonidine, la codéine, le diclofénac, le métoclopramide sirop, tous produits qui ne figurent pas au catalogue IDA ; on doit encore éliminer l'hydroxyde d'aluminium et de magnésium (nous ignorons les dosage et conditionnement commandés) et le cotrimoxazole sirop (nous ignorons le volume des flacons commandés) ; enfin, nous éliminons le butylhyoscine, commandé en comprimés, et qui n'est disponible qu'en injectable au catalogue IDA.

Dans ces conditions, la comparaison porte sur 44 des 55 produits commandés ; leur valeur représente 117 millions, sur les 161 qu'atteignent au total, d'après nos chiffres, les commandes passées à l'issue de l'appel d'offres. On établira plus loin dans ce rapport (voir le chapitre 8) que le transport international (par avion) de médicaments achetés en DCI sur le marché international coûte environ 33 % de la valeur de la facture. Par conséquent, les prix du catalogue IDA ont été multipliés par 1,33 pour les rendre comparables aux prix CAF Bamako dans lesquels les fournisseurs ont présenté leurs offres. Le coût CAF Bamako de la même commande auprès de IDA aurait atteint 100,5 millions (cf. fichiers VALFED.PRG et MALA.DBF). Ainsi, une première mesure du coût du choix du conditionnement public serait donc : 17 % ; cette

estimation ne tient pas compte d'une probable augmentation du coût du transport (puisque le conditionnement public implique un emballage plus lourd et plus volumineux que le conditionnement hôpital, donc un transport plus coûteux à valeur identique des médicaments concernés).

Cependant, l'examen détaillé de ce premier résultat montre que l'estimation est beaucoup moins influencée par le choix du conditionnement que par l'achat de quelques rares produits à des prix extrêmement élevés. Ainsi, l'acide acétylsalicylique 100mg a été acheté en boîtes de 1000 cp, mais à 2,735 FCFA le comprimé, soit 3 fois le prix IDA CAF Bamako ; de même, le paracétamol en poudre, pour l'usage pédiatrique, a été payé 18,5 FCFA le sachet dosé à 80 mg ou 19,83 FCFA le sachet à 150 mg alors qu'on trouve à IDA des comprimés de 100 mg pour 1,12 FCFA CAF Bamako.

Si on élimine ces deux seuls produits, la valeur de la commande FED passe de 116,8 à 106 millions FCFA, et la valeur correspondante IDA CAF Bamako de 100,5 millions FCFA à 100 millions. Autrement dit, à moins qu'un élément décisif nous ait échappé, nous concluons que la question du conditionnement public n'a pas d'importance, tant que la commission chargée de lancer un appel d'offres peut choisir des présentations extrêmement coûteuses sans mettre en balance de l'avantage qu'elles présentent le coût supplémentaire qu'elles entraînent ; et tant que la commission chargée de choisir entre les offres risque de ne pas remarquer, sur un produit de grande consommation, des soumissions à des prix exorbitants.

Enfin, les mêmes données montrent que, pour 18 produits explicitement commandés en blisters auprès d'un même fournisseur, et dont les équivalents sont disponibles chez IDA, la valeur de la commande passée sera de 60,2 millions, alors que les mêmes quantités des mêmes produits auraient coûté 54,3 millions CAF Bamako chez IDA (cf. fichier PEDIDA.DPF) ; la différence est de près de 11 pour cent.

2°) comparaison entre les prix des offres en blister et ceux des offres en conditionnement hôpital

Cette comparaison porte sur toutes les offres présentées, pour tous les produits de l'appel d'offres, pourvu qu'il y en ait au moins une en conditionnement hôpital et au moins une en blisters. Ces conditions définissent un échantillon de 24 présentations de médicaments en DCI pour lesquelles on a 67 offres en blister et 52 en conditionnement hôpital.

Sur cet échantillon, on a calculé le prix moyen des offres par produit, séparément pour chacun des deux types de conditionnement, puis la valeur totale des quantités commandées. On aboutit à quatre estimations : deux pour distinguer les conditionnements (blister ou hôpital) et deux pour distinguer les moyens de transport (air ou surface).

Les résultats obtenus (cf. fichier BLIST non reproduit dans ce document) sont les suivants :

- le coût des quantités commandées des 24 présentations atteint 76,9 millions FCFA en conditionnement blister avec transport par air (nous travaillons donc sur la moitié de la valeur de la

commande), contre 57,7 millions en conditionnement hôpital et transport par voie aérienne ; dans ce cas, le conditionnement en blister coûte donc 33 % plus cher que le conditionnement hôpital ;

- en cas de transport par voie de surface, ce coût atteint 72,7 millions en conditionnement blister et 54,3 millions en conditionnement hôpital ; le premier coûte donc ici 34 % plus cher que le second ;

- les produits commandés en blister coûtent 76,9 millions s'ils voyagent par air et 72,7 s'ils voyagent en surface (l'avion coûte donc 5,7 % plus cher dans ce cas), alors que les produits commandés en conditionnement hôpital reviennent à 57,7 millions en cas de transport par avion et 54,3 en cas de transport de surface (ici l'avion coûte donc 6,2 % plus cher).

Par conséquent, une fois que le choix du conditionnement est fait, la question du choix du mode de transport est négligeable. Mais, en ce qui concerne le choix du conditionnement, on ne peut pas savoir, à partir des estimations qu'on vient de présenter, ce qui, dans la différence de coût, provient du coût supplémentaire de l'emballage et ce qui tient au coût supplémentaire du transport. Une partie de la différence d'un tiers qui a été constatée peut aussi s'expliquer par le fait que l'appel précisait explicitement qu'il était demandé des conditionnements blister, si les fournisseurs savent quel surcoût ils sont capables de faire supporter à un client qui a de telles exigences.

En conclusion, l'étude du surcoût du conditionnement en blister ne peut pas être menée avec la précision nécessaire en utilisant la totalité des offres présentées au dernier appel ; et lorsqu'elle est faite, dans des conditions au moins aussi précises sur les seules offres retenues, elle conduit à une différence somme toute modeste. En fait, cette dernière révèle surtout combien la valeur d'une commande peut être sensible à un petit nombre d'erreurs d'information ou d'appréciation sur la situation du marché mondial ; évidemment, comme les vendeurs sont des professionnels de la vente, il faut que les acheteurs soient des professionnels de l'achat.

Dans la suite de cette étude, nous considérerons donc que les prix du grossiste IDA sont, à quelques points de pourcentage près, ceux auxquels la PPM devrait acheter les médicaments essentiels qu'elle commande.

3.3 Estimations du chiffre d'affaires 1988 et 1989 par produit

Des estimations du chiffre d'affaires par produit pour 1988 et 1989 étaient absolument nécessaires à notre étude, puisqu'on doit prévoir les conséquences du remplacement de certains produits par des médicaments essentiels. Elles ont été obtenues en utilisant les sorties mensuelles moyennes de stocks et les prix de vente au public. Elles ne sont donc qu'une approximation assez grossière de la réalité, mais la PPM ne pouvait nous fournir aucune meilleure information.

Ces estimations sont marquées par deux caractéristiques :

- le prix public a été modifié par un arrêté d'août 1988, qui n'a été effectivement appliqué qu'à partir de septembre ; pour l'année 1988, on a donc utilisé un prix de vente moyen (prix de 1987 pour 8 mois et nouveaux prix pour 4 mois) ; au contraire, les prix fixés par l'arrêté du 30 décembre 1988 ont été appliqués à la totalité de l'année 1989 ;

- pendant ces deux années, il n'existait qu'une officine privée, et donc la quasi-totalité des ventes de la PPM passait par son réseau ; cependant, nous n'avons pas tenu compte des remises que la PPM accorde aux dépôts sur leurs commandes de renouvellement (en principe 10 %) ni des remises à la Soudanaise.

Le tableau ci-dessous donne nos estimations, pour l'ensemble des produits regroupés en grandes catégories, de la valeur des achats, de la valeur de vente de ces mêmes achats, de la marge (différence entre la valeur de vente et la valeur d'achat) et du taux de marge (marge divisée par valeur d'achat). Les catégories utilisées sont :

- d'une part celles qu'introduirait l'application de l'Initiative de Bamako (on distingue donc la liste ad hoc et la liste préférée, et pour chacune d'elles les produits qui peuvent être remplacés au sens de la correspondance stricte, ceux qui peuvent l'être au sens de la correspondance étendue, et ceux qui ne sont pas concernés) ;

- d'autre part celles qu'utilise actuellement la PPM : médicaments essentiels, "spécialités essentielles", spécialités, produits diététiques et d'hygiène, matériel médical, cotons et pansements.

Les mêmes informations sont disponibles pour chaque produit, et elles seront communiquées à la PPM dès que son équipement informatique sera en service.

Chiffre d'affaires et marges estimés pour 1988 et 1989

DEFINITIONS POUR L'INITIATIVE DE BAMAKO

LISTE AD HOC	VAL1	%	CAB8	%	MARGE88	%	TAUXMARGE
TOTAL	3692395044	100	7354445840	100	3662050796	100	,99
COMM=1	1177583650	31,89	1854131900	25,21	676548250	18,47	,57
COMM=2	439515657	11,90	939934600	12,78	500418943	13,66	1,14
COMM=0	2075295737	56,20	4560379340	62,01	2485083603	67,86	1,20
LISTE AD HOC	VAL1	%	CAB9	%	MARGE89	%	TAUXMARGE
TOTAL	3617993376	100	8239797428	100	4621806052	100	1,28
COMM=1	1180183429	32,62	2228411520	27,04	1048228091	22,68	,89
COMM=2	475261539	13,14	1178377440	14,30	703115901	15,21	1,48
COMM=0	1962548408	54,24	4833010468	58,65	2870462060	62,11	1,46
LISTE PREFEREE	VAL1	%	CAB8	%	MARGE88	%	TAUXMARGE
TOTAL	3692395044	100	7354445840	100	3662050796	100	,99
COMM2=1	808636016	21,90	1247017140	16,96	438381124	11,97	,54
COMM2=2	706848902	19,14	1363767340	18,54	656918438	17,94	,93
COMM2=0	2176910126	58,96	4743661360	64,50	2566751234	70,09	1,18
LISTE PREFEREE	VAL1	%	CAB9	%	MARGE89	%	TAUXMARGE
TOTAL	3617993376	100	8244693540	100	4626700164	100	1,28
COMM2=1	848564355	23,45	1564758000	18,98	716193645	15,48	,84
COMM2=2	708028823	19,57	1640503140	19,90	932474317	20,15	1,32
COMM2=0	2061400198	56,98	5039432400	61,12	2978032202	64,37	1,44

DEFINITIONS ACTUELLES DE LA PPM

	VAL1	%	CAB8	%	MARGE88	%	TAUXMARGE
TOTAL 1988	3692395044	100	7354445840	100	3662050796	100	,99
MED. ESSENTIELS	658075202	17,82	961213820	13,07	303138618	8,28	,46
SPEC. ESSENTIELLES	964606101	26,12	1485743480	20,20	521137379	14,23	,54
SPECIALITES	1542245697	41,77	3859713400	52,48	2317467703	63,28	1,50
DIET. HYGIENE	198741729	5,38	433188480	5,89	234446751	6,40	1,18
MATERIEL MED.	66713286	1,81	233394500	3,17	166681214	4,55	2,50
COTON, PANSEM.	174990930	4,74	295105900	4,01	120114970	3,28	,69
	VAL1	%	CAB9	%	MARGE89	%	TAUXMARGE
TOTAL 1989	3617993376	100	8239799428	100	4621806052	100	1,28
MED. ESSENTIELS	673859469	18,63	1031253180	12,52	357393711	7,73	,53
SPEC. ESSENTIELLES	1015770653	28,08	2236902900	27,15	1221132247	26,42	1,20
SPECIALITES	1553160556	42,93	4174129440	50,66	2620968884	56,71	1,69
DIET. HYGIENE	146913144	4,06	336993480	4,09	190080336	4,11	1,29
MATERIEL MED.	101844592	2,81	253488360	3,08	151643768	3,28	1,49
COTON, PANSEM.	37811820	1,05	78276480	,95	40464660	,88	1,07

Ce tableau fournit des informations multiples et des ordres de grandeur utiles pour la suite, malgré les imperfections évidentes et très gênantes qu'il recèle. Nous ne pouvons manifestement pas être satisfaits de ces estimations, parce qu'elles donnent, comme valeur de vente des produits sortis des stocks de la PPM, des chiffres très nettement supérieurs (7,3 milliards FCFA pour 1988 et 8,2 pour 1989) à ceux qu'on trouve au compte d'exploitation de la PPM pour 1988 (5,9 milliards) et pour 1989 (6,9 milliards).

Comme nous avons été obligé de procéder à des estimations parce que la PPM ne dispose pas des données nécessaires à notre travail (et qui seraient pourtant bien utiles à sa gestion), il serait évidemment indiqué qu'on aide sérieusement la PPM à rechercher où est l'erreur dans les chiffres qu'elle nous a communiqués, à savoir ici sorties de stocks d'une part, valeur des ventes au compte d'exploitation générale d'autre part. Il est probable que l'origine s'en trouve en partie dans la mauvaise tenue du cardex, et en partie dans des sorties de stock frauduleuses. L'ordre de grandeur est cependant impressionnant (le chiffre comptable n'atteint guère plus de 80 % de notre estimation en 1988 et 85 % en 1989), et doit attirer l'attention de la tutelle.

Devant l'impossibilité à rendre cohérentes les estimations qui nous étaient nécessaires et les chiffres du compte d'exploitation générale, nous n'avons le choix qu'entre deux attitudes : ou bien abandonner la PPM et l'Initiative de Bamako à leur triste sort, ou bien tenter de poursuivre un travail qui vise à éclairer la réalité, et malgré toutes les difficultés et approximations qui se présentent, parce qu'un peu de connaissance vaut mieux que pas de connaissance du tout. C'est ce second parti que nous avons adopté, et il nous conduira à introduire par la suite, chaque fois que nous voudrions rapprocher nos ordres de grandeur des chiffres comptables, un "coefficient de perte" qui traduira bien, par sa valeur, l'étendue de l'approximation qui caractérise aujourd'hui encore la gestion de la PPM.

Si on considère que les écarts entre nos chiffres et ceux du compte d'exploitation générale se répartissent également sur toutes les catégories de produits, le tableau livre un ensemble d'informations qui se révèlent à la fois plausibles et très intéressantes.

Le tableau donne d'abord la répartition de la valeur des achats, de la valeur de vente et de la marge entre les spécialités correspondant strictement à un médicament essentiel de la liste ad hoc de l'Initiative de Bamako (COMM=1), celles qui y correspondent au sens étendu (COMM=2) et celles qui ne sont pas concernées, pour chacune des années 1988 et 1989, puis les mêmes informations à partir de la liste préférée (COMM2=1 ou 2 ou 0). On y voit immédiatement que 55 à 60 % de la valeur des achats actuels de la PPM n'est pas concerné par l'Initiative de Bamako ; que 58 à 64 % du chiffre d'affaires de la PPM n'est pas, non plus, affecté par les décisions qui pourraient être prise concernant l'Initiative de Bamako ; et que 62 à 70 % des marges de la PPM sont à l'abri de ces décisions.

On peut considérer que ces chiffres traduisent la longueur du chemin qui resterait à parcourir si l'on voulait adapter la consommation pharmaceutique du Mali à ce qui serait justifié par

la seule raison au service de la seule santé publique : de fait, sous cet angle, le Mali reste un exemple désolant dans lequel, malgré les difficultés considérables qu'éprouve la population à se soigner, et malgré des intentions annoncées depuis bientôt dix ans, les professionnels de la santé ont réussi à se laisser influencer par les préoccupations mercantiles des laboratoires pharmaceutiques au point qu'on ne vend aujourd'hui aux malades --à l'exception d'une petite trentaine de produits fabriqués sur place-- que des spécialités anormalement coûteuses, prescrites sans discernement et en quantités anormalement grandes. Mais ces chiffres montrent tout autant que les dispositions actuellement envisagées pour mettre en oeuvre dans ce pays l'Initiative qui porte le nom de sa capitale sont très probablement réalisables, parce que, si leurs conséquences en matière de gestion ne sont évidemment pas négligeables, elles ne devraient pas compromettre immédiatement et irrémédiablement l'équilibre de la PPM. Cette première impression sera précisée dans la suite de notre travail.

Le tableau illustre ensuite, dans sa seconde partie, l'effet de la politique des prix. Le coefficient appliqué au prix CAF Bamako pour déterminer le prix de vente au public, qui était en 1983 de 1,4 pour les médicaments et spécialités essentiels, et de 2,05 pour les autres médicaments, a été remplacé au début 1989 par un coefficient unique de 1,95 pour tous les produits. Cette modification a augmenté le coût pour les malades des médicaments essentiels (au sens de l'accord entre la PPM et la douane), et par voie de conséquence augmenté la part de ces médicaments dans la valeur des ventes de la PPM et dans ses marges. Ainsi, en 1988, la PPM tirait environ 22 % de ses marges de la vente de médicaments et spécialités essentiels, et en 1989 plus de 34 % ; son taux de marge sur ces produits était de 46 à 54 % en 1988, il est de 53 à 120 % en 1989.

L'effet de décisions prises fin 1988 peut être illustré autrement : alors que les achats tels que nous les estimons n'ont pas augmenté entre 1988 et 1989, les marges de la PPM ont augmenté de 26 % d'après nos estimations ; l'augmentation du taux de marge (qui passe au total de 99 à 128 % dans notre définition et d'après nos estimations) a permis le prélèvement d'une marge supplémentaire d'environ 1 milliard sur les malades. Ce prélèvement a été partagé entre la PPM et les pharmaciens privés, qui interviennent activement dans la distribution en 1989 alors qu'ils en étaient absents en 1988.

Malgré ces changements, le tableau montre que, même en 1989, 56 % des marges de la PPM proviennent de la vente de spécialités, et un peu plus de 8 % supplémentaires de la vente de produits diététiques, d'hygiène, de matériel médical et de cotons et pansements. Avec les coefficients actuels, les deux tiers des marges ne sont donc pas concernés par la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako (avec les coefficients antérieurs cette proportion était encore plus forte, proche de 80 %).

4.4 Estimations du taux de marge par produit

A l'occasion de l'estimation du chiffre d'affaires par produit, il a été possible de calculer le taux de marge par produit, et de constater qu'il varie beaucoup plus, d'un produit à l'autre, qu'on ne l'attendait.

La façon dont nous calculons ce taux (différence entre la valeur de vente et la valeur d'achat des sorties mensuelles de stock, divisée par la valeur d'achat) explique que ce taux de marge soit fréquemment de l'ordre de 0,5 pour les médicaments en DCI et les "spécialités essentielles" en 1988. En effet, cette année-là, pour un coût facture de 100, la PPM estimait la valeur CAF Bamako à 110 (voir chapitre 8), et appliquait alors le coefficient de 1,4, ce qui devait porter le prix de vente à 154. Le taux de marge selon la définition que nous avons adoptée est alors : $(154-100)/100 = 0.54$.

En ce qui concerne les spécialités, une valeur d'achat de 100 était transformée en une valeur CAF incluant des droits de douane (notion tout-à-fait inhabituelle) de 130 ; c'est à cette dernière valeur que s'appliquait le coefficient de 2,06 (en 1988). La valeur de vente atteint donc 267, et le taux de marge (selon notre définition) ressort à $(267 - 100)/100 = 1,67$. De nos estimations (tableau R88 non reproduit dans ce document), il résulte par exemple que le taux de marge 1988 sur les spécialités n'est supérieur à 1,6 que pour 308 des 897 produits dont le code est compris entre 1000 et 3000.

A partir du début de l'année 1989, à une valeur facture de 100 en médicaments essentiels correspond une valeur CAF Bamako de 110, et un prix public de $110 \times 1,95 = 214,5$ (et le taux de marge selon notre définition est alors de l'ordre de 1,15). Pour les médicaments non essentiels on devrait avoir $130 \times 1,95 = 253,5$ ce qui conduit à un taux de marge dans notre définition de l'ordre de 1,53. De nos estimations, il résulte ici (cf. tableau R89N non reproduit dans ce document) que le taux de marge est supérieur à 1,5 pour un peu plus de la moitié des produits concernés (677 sur 1121 produits ayant un code supérieur à 1000 et inférieur à 3000 : spécialités) et dépasse 1,6 pour 10 % d'entre eux.

Les explications qui nous ont été données concernant la façon de calculer les prix de vente révèlent beaucoup d'approximations. Les coefficients de 1,10 et 1,30 sont utilisés depuis plusieurs années, alors qu'il est facile de vérifier s'ils sont encore valables, et de les mettre à jour. Le second de ces coefficients incorpore une provision pour paiement des droits de douane, mais ces derniers semblent n'être connus que très imparfaitement ; à la demande présentée par M. MANCHE, la PPM a répondu que le taux de la taxe douanière serait de 22 %, "une moyenne calculée en divisant le montant des droits de douane au compte d'exploitation générale de l'année 1988 par le total des achats de médicaments non essentiels" au même compte. Dans le même sens, on a remarqué que le montant des droits de douane au compte d'exploitation générale n'a pratiquement pas varié entre 1988 et 1989 alors que les achats de médicaments non essentiels ont été nettement plus élevés en 1989 qu'en 1988. Il est sûrement possible de ne pas laisser toutes ces questions dans un pareil flou.

En l'état actuel de notre information, il apparaît donc que la détermination des prix de vente n'obéit pas aussi strictement qu'on l'attendrait aux dispositions des arrêtés interministériels.

3.5 Conclusion

Le remplacement au sens strict peut représenter une diminution de la facture des achats pharmaceutiques de 800 millions environ par an, et le remplacement au sens large une diminution de près de 1,2 milliard (environ le tiers de la facture actuelle). Ce chiffre traduit bien l'importance considérable que pourrait avoir, pour la population malienne et spécialement pour ses malades, la mise en oeuvre d'un approvisionnement en médicaments essentiels dans le cadre de l'Initiative de Bamako.

Il est impossible de retrouver le chiffre d'affaires figurant au compte d'exploitation générale de la PPM en multipliant les sortis de stock par les prix de vente : on trouve environ 20 % de plus, ce qui est énorme. Ce problème, qui concerne la gestion de la PPM, n'a pas été résolu au terme de plusieurs discussions avec les dirigeants de la société.

La politique des prix renforce encore, au détriment de la population, le surcoût des médicaments sur le marché malien, par rapport à ce qui serait à la fois possible, et on ne peut plus souhaitable compte tenu du niveau de vie de la population, en permettant à la PPM de dégager des bénéfices sans améliorer ses performances. Ainsi, par exemple, entre 1988 et 1989, les achats de la PPM n'ont pas augmenté, mais ses marges se sont, du fait de la fixation d'un coefficient à 1,95 pour tous les produits, accrues de 26 %, ce qui a représenté un prélèvement supplémentaire (par rapport à 1988) de près de 1 milliard FCFA sur les malades.

La question du conditionnement des médicaments (conditionnement hôpital ou public) semble avoir bien moins d'importance, dans la détermination du coût d'une commande achetée par appel d'offres, que la professionnalité des acheteurs (qualité de leur information sur la situation du marché mondial, qualité de leur appréciation).

Chapitre 4

QUEL CALENDRIER POUR LA MISE EN PLACE DES MEDICAMENTS EN DCI ?

Tous ceux qui connaissent l'histoire de la réforme pharmaceutique savent que l'une des conditions sine qua non de succès de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, en ce qui concerne l'introduction effective d'un approvisionnement en médicaments essentiels est la suivante : les médicaments essentiels ne doivent pas se trouver à côté des spécialités qu'ils doivent remplacer sur les étagères des officines ou des dépôts ; les rédacteurs d'une première version du contrat-plan ont donc, à juste titre, prévu que la PPM retirerait de son catalogue les spécialités correspondantes, et nous avons montré quelles elles pourraient être. La question à aborder ici est la suivante : comment organiser en pratique ce remplacement ?

On répondra à cette question en chiffrant les besoins annuels en médicaments essentiels, puis en prenant en considération les stocks actuels de la PPM et les commandes en cours, enfin en précisant combien de mois de consommation seront couverts, pour les médicaments qu'ils concernent, par les commandes ou appels d'offres financés par la Banque Mondiale et par le FED.

4.1 Quels sont les besoins annuels en médicaments essentiels ?

Les éléments qui permettent de chiffrer ces besoins ont déjà été présentés plus haut. Il s'agit :

- de la liste des médicaments essentiels de l'Initiative de Bamako (nous ne travaillons plus, désormais, que sur la liste ad hoc, puisque nous avons montré que les modifications qu'on pourrait lui apporter n'auraient pas de conséquences significatives ni sur la gestion de la PPM ni sur les dépenses laissées à la charge des malades) ;
- de la liste des spécialités actuellement commercialisées par la PPM et qui seront remplacées par les médicaments essentiels : cette liste a été établie selon deux variantes, l'une adoptant la correspondance stricte (COMM=1), l'autre fondée sur l'ensemble correspondance stricte et correspondance étendue (c'est-à-dire COMM=1 et COMM=2) ;
- des coefficients qui permettent de passer des quantités en spécialités aux quantités en médicaments essentiels lorsque les dosages ne sont pas les mêmes (COEP#1) ;

- des sorties mensuelles moyennes de stocks des diverses spécialités concernées ; on utilise à la fois les chiffres de l'année 1988 et ceux de 1989.

En utilisant ces éléments, on procède à ce que les termes de référence de l'étude ont appelé une estimation des effets "mécaniques" du remplacement d'un certain nombre de spécialités par les médicaments essentiels de l'Initiative de Bamako, c'est-à-dire à une estimation qui ne prend pas en compte les effets dynamiques que pourrait avoir l'abaissement du coût des ordonnances.

Nous nous montrerons circonspects à propos de ces effets dynamiques, non seulement à cause des difficultés de toute prévision de ce genre, mais surtout parce qu'il faut tenir compte des réticences des prescripteurs, qui pourraient faire de l'estimation des effets "mécaniques" un maximum plutôt qu'un minimum. Nous n'avons en effet aucune information sur l'état d'avancement d'un programme de communication, d'information et d'éducation des prescripteurs, programme qui a été envisagé il y a quelques mois, programme qui est certainement indispensable au succès de la mise en oeuvre au Mali de l'Initiative de Bamako, comme l'ont montré les réactions des prescripteurs à la réforme pharmaceutique, il y a peu d'années.

Les résultats de nos estimations figurent dans le tableau reproduit plus loin. La colonne COMM=1 donne les quantités mensuelles nécessaires pour remplacer les quantités des spécialités actuellement vendues si l'on adopte la correspondance stricte et COMM=2 les quantités supplémentaires si l'on adopte la correspondance large ; la colonne COMM=1+2 contient les quantités mensuelles nécessaires si l'on veut remplacer l'ensemble des 356 spécialités dont la liste a été donnée plus haut.

4.2 Qu'attendre des appels d'offres ?

Les données utilisées au paragraphe précédent, complétées par les informations qui nous ont été communiquées concernant l'appel d'offres financé par le FED et la commande financée par la Banque Mondiale et exécutée par l'UNICEF nous ont permis de procéder à une estimation du nombre de mois de consommation de médicaments essentiels qui seront couverts par les quantités actuellement en cours d'achat au titre de l'Initiative de Bamako.

Les informations en question sont relatives aux dénominations, formes et dosages des médicaments essentiels commandés, et aux quantités de chacun qui sont en cours de livraison de la part des fournisseurs. Les besoins sont estimés à partir des sorties de stocks 1988 ou 1989 pour les spécialités correspondantes.

Dans le tableau ci-après, on donne séparément les résultats du calcul pour la commande UNICEF et pour l'appel d'offres FED.

Ce tableau montre surtout, au-delà de quelques erreurs (commandes en quantités injustifiées) qu'il doit être possible de corriger, que l'ensemble constitué par l'appel d'offres FED et la commande UNICEF est très loin de satisfaire aux besoins en médi-

caments essentiels de l'Initiative de Bamako : plus de la moitié des produits figurant sur la liste ad hoc ne sont pas encore commandés, et il faudra bien que la PPM commence à le faire si l'on veut que la population se rende compte que, comme on le lui a annoncé, les conditions de l'approvisionnement pharmaceutique changent effectivement.

De ce qui précède on doit conclure que la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako exige de la PPM des décisions précises, telles par exemple que l'interruption des commandes des spécialités qui doivent être remplacées par des médicaments essentiels, le lancement de commandes pour s'approvisionner en ces derniers par appels d'offres ou consultations restreintes (mais néanmoins bien informées de l'état et des prix du marché international), la mise en place progressive des médicaments essentiels dans les officines et dépôts, etc. Il va de soi que la PPM ne s'orientera dans cette direction que si elle reçoit une impulsion, peut-être même une forme d'ordre écrit de le faire ; la manoeuvre est délicate et il est plus confortable de continuer comme par le passé.

Comme on va le voir, le début de l'année 1990 a plutôt été consacré à faire comme si l'Initiative de Bamako ne devait jamais entrer en application : l'importance des stocks et des commandes en cours au début février 1990 est telle que le remplacement des spécialités par les médicaments essentiels ne pourra intervenir que très progressivement et durera certainement près d'une année.

Besoins 1988 et besoins couverts par les appels d'offres (QDC188N)

ANNEE 1988	COCI	QUANTITES MENSUELLES NECESSAIRES			NOMBRE DE MOIS DE CONSOMMATION COUVERTS			
		COMM=1	COMM=2	COMM=1+2	COMMANDE UNICEF		COMMANDE FED	
					COMM=1	COMM=1+2	COMM=1	COMM=1+2
Ac folique Fer cp 200mg	1	33900	34500	68400	0	0	2,95	1,46
Acide folique cp 5mg	2	0	0	0	0	0	0	0
Aminophylline cp 100mg	3	0	2900	2900	0	0	0	22,41
Ampicilline inj 500mg	4	72577	8600	81177	0	0	0	0
Ampicilline cp 250mg	93	13600	0	13600	4,41	4,41	0	0
Ampicilline cp 500mg	5	97400	0	97400	0	0	13,55	13,55
Ampicilline susp 125mg	6	11780	10320	22100	0	0	,21	,11
Pde antihemorroidaire 30g	7	148	0	148	0	0	0	0
Antihemorroidaire suppo	8	40	300	340	0	0	0	0
Atropine 1% collyre	9	0	862	862	0	0	0	0
Atropine inj 1mg	11	925	58	984	18,38	17,28	15,57	14,63
A.salicy. de lysine	12	0	0	0	0	0	0	0
A.salicy. de lysine inj 0,5g	13	0	0	0	0	0	0	0
A.salicy. de lysine inj 1g	14	0	0	0	0	0	0	0
A.acetyl salicylique cp 500mg	15	1934280	454567	2388847	0	0	2,17	1,76
A.acetyl salicylique cp 300mg	16	0	19117	19117	0	0	0	0
A.acetyl salicylique cp 75mg	17	0	800	800	0	0	0	0
Benzathine peni inj 1,2M	18	9100	750	9850	5,49	5,08	0	0
Benzathine peni inj 2,4M	19	8500	0	8500	0	0	0	0
Benzyl peni inj 1M UI	20	73095	640	73735	0	0	0	0
Betadectazone	21	0	0	0	0	0	0	0
Bicarbonate de soude 250g	22	0	0	0	0	0	0	0
Butyl hyoscine inj 20mg	23	56300	30800	87100	2,84	1,84	42,63	27,55
Charbon actif 125mg	24	0	20019	20019	0	0	0	0
Chlorasphenicol inj 1g	25	2500	70	2570	0	0	0	0
Chlorasphenicol collyre 0,4%	26	0	5500	5500	0	0	0	0
Chlorasphenicol sirop 125mg	27	150	200	350	0	0	16	6,86
Chloramphenicol cp 250mg	94	29556	0	29556	0	0	0	0
Chloroquine sp	95	29797	0	29797	0	0	0	0
Chloroquine cp 100mg	28	2475000	0	2475000	0	0	0	0
Clonidine cp 0.15 mg	29	0	0	0	0	0	0	0
Codeine	30	0	0	0	0	0	0	0
Cotrimoxazole cp 480mg	31	23940	400	24340	0	0	2,63	2,59
Cotrimoxazole cp 120 mg	32	6470	0	6470	0	0	15,46	15,46
Cotrimoxazole susp 100ml	33	4720	0	4720	0	0	0	0
Dextran 70 inj 500ml	34	0	0	0	0	0	0	0
Dextran posmade	35	0	0	0	0	0	0	0
Diazepam cp 5mg	36	79800	1600	81400	0	0	1,88	1,84
Diazepam inj 10mg	37	5700	0	5700	13,16	13,16	13,16	13,16
Diclofenac *	38	0	0	0	0	0	0	0
Digoxine 0,5mg inj	39	0	0	0	0	0	0	0
Digoxine cp 0,25mg	40	2000	0	2000	0	0	100	100
Dinitrate d'isosorbide cp 5mg	41	900	0	900	0	0	0	0
Ergocitrine cp 0,5mg	42	0	1250	1250	0	120	0	0
Ergocitrine inj 0,5mg	43	2640	0	2640	0	0	0	0
Furosenide cp 40 mg	44	26000	4050	30050	0	0	7,69	6,66
Furosenide inj 20 mg	45	1500	0	1500	13,33	13,33	13,33	13,33
Gentamycine inj 80mg	46	3468	96	3563	18,45	17,96	3,46	3,37
Griseofulvine cp 500mg	47	7000	500	7500	0	0	10,29	9,60
Hydroxocobalamine inj 2ml	49	1547	250	1797	0	0	0	0
Hydroxocobalamine solution	50	0	5820	5820	0	0	0	0
Hydroxocobalamine cp 1mg	52	0	10200	10200	0	0	0	0
Hydroxyde d'Al+Mg cp 500mg	54	59710	2055492	2115202	0	0	10,47	,30

ANNEE 1988	CDCI QUANTITES MENSUELLES NECESSAIRES				NOMBRE DE MOIS DE CONSOMMATION COUVERTS			
Hydroxyde d'al+mg cp 300mg	55	0	1680	1680	0	0	0	0
Indometacine cp 25mg	56	2520	2660	5180	0	0	23,81	11,58
Ketamine inj 200mg	57	22	0	22	0	0	0	0
Ketamine inj 500mg	58	265	0	265	0	0	75,47	75,47
Lidocaine 1% inj 500mg	59	104	231	335	0	0	48,08	14,93
Lidocaine 2% inj 100mg	60	1560	0	1560	24,04	24,04	0	0
Lidocaine adrenaline 2% inj	61	4	0	4	0	0	250	250
Mebendazole cp 100mg	62	8000	33750	41750	0	0	3,75	,72
Mebendazole susp	63	180	0	180	0	0	148,15	148,15
Methyl dopa cp 250mg	64	21000	0	21000	0	0	377,14	377,14
Metoclopramide cp 10mg	65	7640	9500	17140	0	0	7,85	3,50
Metoclopramide inj 10mg	66	3800	0	3800	0	0	0	0
Metopimazine inj	99	0	0	0	0	0	0	0
Metopimazine cp	100	0	0	0	0	0	0	0
Metopimazine gttes	101	0	0	0	0	0	0	0
Metronidazole inj 500mg	68	0	800	800	0	0	0	0
Metronidazole cp 250mg	69	74160	9230	83390	0	0	10,79	9,59
Metronidazole susp	70	2304	0	2304	0	0	2,71	2,71
Niclosamide cp 500mg	71	5200	0	5200	0	0	5,77	5,77
Nystatine cp 500000 UI oral	72	0	12000	12000	0	0	0	0
Nystatine 100.000 UI	73	0	28800	28800	0	0	0	,17
Nystatine pde 30g	74	360	237	597	0	0	0	0
Paracetamol cp 500mg	75	146896	26843	173739	0	0	8,85	7,48
Paracetamol cp 100mg	76	13500	7232	20732	0	0	28,80	18,75
Phenobarbital inj 200mg	77	0	1060	1060	0	0	0	0
Phenobarbital cp 30mg	78	0	667	667	0	0	0	0
Phenobarbital cp 50mg	79	11172	6822	17990	0	0	0	0
Phytomenadione cp 10mg	80	0	600	600	0	0	0	0
Phytomenadione inj 10mg	81	9700	0	9700	0	0	0	0
Praziquentel cp 600mg	82	1500	0	1500	9,60	9,60	40	40
Prednisone cp 5mg	83	16800	35	16835	0	0	0	0
Quinine sulfate cp 200mg	84	0	21453	21453	0	0	0	0
Quinine inj 600mg	85	43360	537	43897	0	0	0	0
Retinol cp 200.000 UI	86	0	1875	1875	0	0	0	23,04
Solution polyvitaminee 150ml	87	3800	0	3800	0	0	13,16	13,16
Tetracycline pde 1%	88	17000	352	17352	0	0	0	0
Tetracycline cp 250mg	89	16544	33203	49747	0	0	0	0
Tiabendazole cp 500mg	90	4380	0	4380	0	0	,14	,14
Tetracycline pde 3%	92	14824	300	15124	0	0	0	0

Besoins 1989 et besoins couverts par les appels d'offres (DDCI89N)

ANNEE 1989		CDCI QUANTITES MENSUELLES NECESSAIRES			NOMBRE DE MOIS DE CONSOMMATION COUVERTS			
		COMM=1	COMM=2	COMM=1+2	COMMANDE UNICEF COMM=1	COMMANDE UNICEF COMM=1+2	COMMANDE FED COMM=1	COMMANDE FED COMM=1+2
Ac folique Fer cp 200mg	1	35290	31575	66865	0	0	2,83	1,50
Acide folique cp 5mg	2	0	0	0	0	0	0	0
Aminophylline cp 100mg	3	0	3320	3320	0	0	0	19,58
Ampicilline inj 500mg	4	85338	28853	114191	0	0	0	0
Ampicilline cp 500mg	5	163792	0	163792	0	0	8,06	8,06
Ampicilline susp 125mg	6	10961	12732	23693	0	0	,23	,11
Pde antihemorroidaire 30g	7	370	0	370	0	0	0	0
Antihemorroidaire suppo	8	0	750	750	0	0	0	0
Atropine 1% collyre	9	0	727	727	0	0	0	0
Atropine inj 1mg	11	1150	15	1165	14,78	14,59	12,52	12,36
A.salicy. de lysine	12	0	0	0	0	0	0	0
A.salicy. de lysine inj 0,5g	13	0	0	0	0	0	0	0
A.salicy. de lysine inj 1g	14	0	0	0	0	0	0	0
A.acetyl salicylique cp 500mg	15	1660880	489090	2149970	0	0	2,53	1,95
A.acetyl salicylique cp 300mg	16	0	11260	11260	0	0	0	0
A.acetyl salicylique cp 75mg	17	0	1480	1480	0	0	0	0
Benzathine peni inj 1,2M	18	9749	389	10138	5,13	4,93	0	0
Benzathine peni inj 2,4M	19	8269	0	8269	0	0	0	0
Benzyl peni inj 1M UI	20	65934	311	66246	0	0	0	0
Betametazone	21	0	0	0	0	0	0	0
Bicarbonate de soude 250g	22	0	0	0	0	0	0	0
Butyl hyoscine inj 20mg	23	45640	19882	65522	3,51	2,44	52,59	36,63
Charbon actif 125mg	24	0	14161	14161	0	0	0	0
Chloramphenicol inj 1g	25	3675	32	3707	0	0	0	0
Chloramphenicol collyre 0,4%	26	0	3835	3835	0	0	0	0
Chloramphenicol sirop 125mg	27	227	324	551	0	0	10,57	4,36
Chloroquine cp 100mg	28	2679120	30000	2709120	0	0	0	0
Clonidine cp 0.15 mg	29	0	0	0	0	0	0	0
Codeine	30	0	0	0	0	0	0	0
Cotrimoxazole cp 480mg	31	73160	0	73160	0	0	,86	,86
Cotrimoxazole cp 120 mg	32	1050	0	1050	0	0	95,24	95,24
Cotrimoxazole susp 100ml	33	3643	0	3643	0	0	0	0
Dextran 70 inj 500ml	34	0	0	0	0	0	0	0
Dextran pommade	35	0	0	0	0	0	0	0
Diazepam cp 5mg	36	119580	560	120140	0	0	1,25	1,25
Diazepam inj 10mg	37	4540	0	4540	16,52	16,52	16,52	16,52
Diclofenac *	38	0	0	0	0	0	0	0
Digoxine 0,5mg inj	39	240	0	240	0	0	33,33	33,33
Digoxine cp 0,25mg	40	0	0	0	0	0	0	0
Dinitrate d'isosorbide cp 5mg	41	3630	0	3630	0	0	0	0
Ergometrine cp 0,5mg	42	0	875	875	0	171,43	0	0
Ergometrine inj 0,5mg	43	3440	0	3440	0	0	0	0
Furoseside cp 40 mg	44	29760	4500	34260	0	0	6,72	5,84
Furoseside inj 20 mg	45	1857	0	1857	10,77	10,77	10,77	10,77
Gentamycine inj 80mg	46	3375	82	3456	18,96	18,52	3,56	3,47
Griseofulvine cp 500mg	47	9595	618	10213	0	0	7,50	7,05
Hydroxocobalamine inj 2ml	49	12369	0	12369	0	0	0	0
Hydroxocobalamine solution	50	0	6144	6144	0	0	0	0
Hydroxocobalamine cp 1mg	52	0	14500	14500	0	0	0	0
Hydroxyde d'Al+Mg cp 500mg	54	113910	2724622	2838533	0	0	5,49	,22
Hydroxyde d'al+mg cp 300mg	55	0	1657	1657	0	0	0	0
Indometacine cp 25mg	56	16320	14080	30400	0	0	3,68	1,97
Ketamine inj 200mg	57	0	0	0	0	0	0	0

ANNEE 1989	CDCI QUANTITES MENSUELLES NECESSAIRES			NOMBRE DE MOIS DE CONSOMMATION CONVERTIS				
Ketamine inj 500mg	58	0	0	0	0	0	0	0
Lidocaine 1% inj 500mg	59	138	354	492	0	0	36,23	10,16
Lidocaine 2% inj 100mg	60	3540	0	3540	10,59	10,59	0	0
Lidocaine adrenaline 2% inj	61	48	0	48	0	0	20,83	20,83
Mebendazole cp 100mg	62	10390	34395	44785	0	0	2,89	,67
Mebendazole susp	63	252	0	252	0	0	105,82	105,82
Methyl dopa cp 250mg	64	23040	0	23040	0	0	343,75	343,75
Metoclopramide cp 10mg	65	6005	10800	16805	0	0	9,99	3,57
Metoclopramide inj 10mg	66	4900	0	4900	0	0	0	0
Metronidazole inj 500mg	68	0	1130	1130	0	0	0	0
Metronidazole cp 250mg	69	77560	8670	86230	0	0	10,31	9,28
Metronidazole susp	70	2122	0	2122	0	0	2,95	2,95
Niclosamide cp 500mg	71	5468	0	5468	0	0	5,49	5,49
Nystatine cp 500000 UI oral	72	0	15128	15128	0	0	0	0
Nystatine 100.000 UI	73	0	39978	39978	0	0	0	,13
Nystatine pde 30g	74	507	306	813	0	0	0	0
Paracetamol cp 500mg	75	165300	43911	209211	0	0	7,86	6,21
Paracetamol cp 100mg	76	14067	9970	24036	0	0	27,64	16,18
Phenobarbital inj 200mg	77	0	767	767	0	0	0	0
Phenobarbital cp 30mg	78	0	1413	1413	0	0	0	0
Phenobarbital cp 50mg	79	15960	7272	23232	0	0	0	0
Phytonadione cp 10mg	80	0	840	840	0	0	0	0
Phytonadione inj 10mg	81	7381	0	7381	0	0	0	0
Praziquantel cp 600mg	82	9000	0	9000	1,60	1,60	6,67	6,67
Prednisone cp 5mg	83	16140	0	16140	0	0	0	0
Quinine sulfate cp 200mg	84	0	34355	34355	0	0	0	0
Quinine inj 600mg	85	22997	0	22997	0	0	0	0
Retinol cp 200.000 UI	86	0	2143	2143	0	0	0	20,16
Solution polyvitaminee 150ml	87	3210	0	3210	0	0	15,58	15,58
Tetracycline pde 1%	88	22331	278	22609	0	0	0	0
Tetracycline cp 250mg	89	22104	40276	62380	0	0	0	0
Tiabendazole cp 500mg	90	2739	0	2739	0	0	,22	,22
Tetracycline pde 3%	92	18405	143	18548	0	0	0	0
Ampicilline cp 250mg	93	9280	0	9280	6,47	6,47	0	0
Chloramphenicol cp 250mg	94	44744	0	44744	0	0	0	0
Chloroquine sp	95	27798	0	27798	0	0	0	0

4.3 Quels sont les stocks actuels et les commandes en cours ?

La PPM nous a fourni l'état de ses stocks au 28 décembre 1989 et les documents relatifs aux commandes passées jusqu'au début février 1990. Ces stocks et commandes, portant sur plus de 1900 produits, ont tous été enregistrés dans nos fichiers. Cependant, ci-après, nous travaillons seulement sur les produits susceptibles d'être remplacés par un médicament essentiel de la liste ad hoc, puisque les autres resteront commercialisés comme par le passé.

A partir du total "Stock au 28 décembre 1989" + "Commandes en cours", d'une part, et des sorties mensuelles moyennes de stocks de l'année 1988 et de celles de l'année 1989, nous pouvons obtenir plusieurs estimations du nombre de mois de consommation couverts, à compter du début 1990, par les stocks et commandes.

On a classé les lignes de ce tableau selon notre code CDCI des médicaments essentiels de la liste ad hoc. Comme plusieurs spécialités peuvent être remplacées par un même médicament essentiel, le total du stock et des commandes en cours va couvrir un nombre variable de mois de consommation selon la spécialité ; le nombre qui nous intéresse devrait être supérieur au minimum puisque, si l'une des spécialités est épuisée, on doit pouvoir se reporter sur les autres ; et il devrait être inférieur au maximum puisque, pendant la période où on satisfait la demande d'une spécialité en utilisant une autre spécialité, le stock de cette dernière s'épuise plus vite qu'en temps normal.

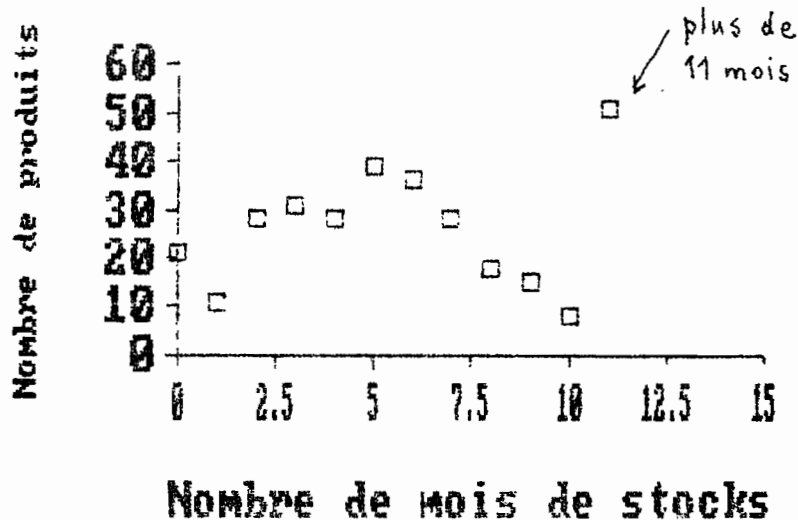
La probabilité que l'épuisement des stocks utilise ces possibilités de report est cependant assez faible. On a de bonnes raisons de penser que les prescripteurs maliens sont comme leurs confrères étrangers de tous les pays en ce domaine : ils ne connaissent en pratique un nombre réduit de spécialités. Par conséquent, même si les prescripteurs étaient informés de l'épuisement et du non renouvellement de tel stock, ils ne sauraient pas d'eux-mêmes qu'ils peuvent utiliser telle spécialité voisine. En outre, si la PPM fait un effort d'information, il serait préférable qu'elle le fasse porter sur les médicaments essentiels en DCI qu'elle introduira dans son catalogue plutôt que sur les spécialités qui risquent de lui rester en stock.

Dans ces conditions, la meilleure stratégie est de mettre en place les médicaments essentiels le jour où on sera sûr de pouvoir en fournir au marché toute quantité qui en sera demandée, et ce jour-là seulement. Lâcher sur le marché les petites quantités acquises ces derniers mois sur financement FED et Banque Mondiale alors qu'il existe des stocks importants de spécialités et que la PPM n'a pas commencé à commander les médicaments essentiels dans les quantités voulues (celles dont nos calculs fournissent au moins un ordre de grandeur), ce sera saboter l'Initiative de Bamako.

4.4 Conclusion

Jusqu'au moment où nous écrivons, la PPM ne s'est préoccupée que de continuer à commander des spécialités, de façon à disposer d'un stock de quatre mois environ. Sur le tableau ci-dessus on a vu que le total "stock + commandes en cours" représente d'ailleurs fréquemment plus de quatre mois de consommation normale (voir le

graphique ci-dessous). Si le délai d'exécution d'une commande de médicaments essentiels est de quatre mois, le lancement de l'Initiative de Bamako par des déclarations publiques et la mise en place de médicaments essentiels dans les officines sera autre chose qu'un feu de paille si et seulement si il n'intervient que quatre mois après la passation par la PPM des commandes voulues de médicaments essentiels.



Il est clair, en tous cas, que la décision devra bien être prise un jour ou l'autre par la PPM d'interrompre les commandes des spécialités qui doivent être remplacées par des médicaments essentiels de l'Initiative de Bamako. Si cette décision est trop tardive, la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, marquée par l'apparition de médicaments essentiels aux prix les plus bas, sera inéluctablement un échec, parce que les phénomènes incontrôlables qui ont ruiné la réforme pharmaceutique se reproduiront à plus grande échelle. Il est clair aussi que la PPM ne prendra cette décision que le jour où le Ministère de la Santé le lui aura imposé dans les formes qui conviennent.

A partir du moment où la PPM entrera concrètement dans la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako et cessera de commander les spécialités qui doivent être remplacées par des médicaments essentiels, on pourra tenter de préciser le calendrier de la mise en place des médicaments essentiels, médicament par médicament. Mais il importe de ne pas oublier que manquer cette étape, c'est-à-dire laisser coexister les spécialités et des médicaments essentiels en petites quantités mis en place prématurément, revient à saboter consciemment l'approche malienne de l'Initiative de Bamako.

**NOMBRE DE MOIS DE CONSOMMATION COUVERTS, DEBUT 1990,
PAR LES STOCKS ET COMMANDES EN COURS
PAR SPECIALITE CONCERNEE PAR L'INITIATIVE DE BAMAKO**

RPPMC1

CDCI	Code PPM Spécialités : quantités en stock et commande en fev.89	NM88	NM89
1	2775 Roseferon fol B comp BT/50	1449	2,42
1	9124 Fumafer comp BT/25	1310	,97
1	9125 Fumafer pdre BT/50g	942	31,40
3	2275 Sedo carena comp 0,5mg BT/40	1100	7,59
4	6 Ampicilline + solvant Fl 1g	6000	2,09
4	5 Ampicilline + solvant Fl 500mg	4250	2,39
4	9008 Ampicilline 0.5g inj	9700	2,77
4	9216 Peniciline inj 1g	200	3,33
4	9294 Totapen inj 0,5g	29234	5,85
4	9295 Totapen inj 1g	173762	7,55
4	9293 Totapen inj 0,25g	4530	22,65
4	9379 Amblosin inj 1g	550	,00
5	9253 Rosazoline gelule BT/8	1879	3,76
5	9218 Peniciline gelule BT/16	1010	10,10
5	9297 Totapen gelule 500mg BT/12	4386	,63
5	9309 Ukapen gelule 500mg bte/20	403	2,69
6	2171 Prototapen sachet	915	3,05
6	9299 Totapen granule 250mg	24930	6,74
6	9300 Totapen granule 500mg	476	2,25
6	9298 Totapen granule/51 125mg	25310	7,29
6	9217 Peniciline sachet BT/16	366	7,77
7	1078 Antiheorrroïdaire cassenne pde	1474	5,90
7	2211 Rectoquotane Pommade	110	22,00
7	2125 Pommade midy 40g	650	24,07
7	2276 Sedorrhoid pde	204	8,16
8	1077 Antiheorrroïdaire cassenne sup	606	12,12
9	1432 Dibromure d'atropine gtttes 25%	12304	5,59
9	2669 Vitatropine collyre 0,5%	270	,00
9	9078 Chibro atropine 1% collyre	1640	5,47
9	9077 Chibro atropine 0,5%collyre	450	11,25
11	1426 Diarsed comp BT/20	155	7,05
11	2036 Oxyferriscorbone atropine	116	38,67
11	9028 Atropine inj 0,5mg bte/100	49	12,25
11	9029 Atropine 0,25 mg inj	19	19,00
11	9027 Atropine inj 1mg bte/100	62	8,86
12	9067 Catalgine forte sachet BT/20	300	3,00
12	9068 Catalgine NN sachet BT/20	2915	3,64
12	9066 Catalgine enft sachet BT/20	505	1,26
12	9025 Aspegic sachet 1000mg	18253	14,04
12	9026 Aspegic sachet 500mg	18793	7,83
12	9023 Aspegic sachet 250mg	14046	8,26
12	9024 Aspegic sachet 100mg	51406	9,89
12	9343 Catalgine 500mg sachet	370	5,61
13	9021 Aspegic inj 0.5g	13258	1,89

CDC1	Code PPM Spécialités : quantités en stock et commande en fev.89	NM88	NM89
14	9022 Aspegic inj lg	2318	,41
15	1107 Aspirine UPSA	45507	9,89
15	1108 Assur comp 350mg BT/48	610	7,18
15	1032 Algonevriton comp bte/40	1760	7,04
15	1076 Antigrippine comp BT/12	1802	18,02
15	1418 Diaflexol comp BT/30	49	9,80
15	2272 Sedaspir comp BT/20	25000	5,00
15	2136 Prenoxan 5 suppo BT/10	300	30,00
15	2257 Runicine comp BT/16	15357	7,68
15	2261 Salipran sachet /8	180	16,36
15	2319 Solucetyl comp 0,7g BTE/20	5852	3,21
15	8002 Aspirine cp P/4	475	,00
15	8000 Aspirine APC 400mg p/4	57250	2,75
15	2551 Upsa c	4009	5,90
15	2698 Saridon comp BT/10	18267	11,42
15	2579 Veganine comp 508mg	265	5,89
16	1105 Aspirine vit C derol eff	2430	1,66
16	1106 Aspirine derol enfant	3033	8,92
16	2135 Prenoxan 2 suppo	200	4,00
17	2134 Prenoxan 1 suppo	240	6,00
18	9049 Benzathine penicilline 1.2	19220	4,27
18	9048 Benzathine penicilline 0.60	5050	6,31
18	9110 Extencilline inj 1,2	17604	3,83
18	9386 Retarpen inj 1,2	390	,00
19	9050 Benzathine penicilline 2.4	18164	4,13
19	9111 Extencilline 2,4	8450	2,06
19	9385 Retarpen inj 2,4	230	,00
20	1771 Istipen adulte inj 1m bte/1	100	,44
20	8008 Penicilline 6 inj 500	13950	,42
20	8007 Penicilline 6 inj 1m	153556	2,72
20	9341 Biclinocilline inj	9975	76,73
21	1283 Celestamine comp BT/30	2000	6,67
21	1284 Celestene 0,50 comp BT/30	1670	5,06
21	1286 Celestene inj 1al BT/3	329	2,27
21	1285 Celestene 0,50gttes 30ml	538	3,16
21	1287 Celestene inj chronodose	2854	5,71
21	1288 Celestene comp repetabs 1ag	689	9,84
21	1466 Diprosone neomycine pde	2396	5,99
21	1464 Diprosone creme	2841	5,07
21	1465 Diprosone neomycine creme	1487	4,96
21	1467 Diprostene inj	1807	6,02
21	1463 Diprosone pde	7000	8,24
21	1462 Diprosalic pomeade	1313	4,38
22	1193 Bicarbonate de soude 250g	879	4,39
22	9051 Bicarbonate de Na sol 500ml	24	2,40
22	9053 Bicarbonate de Na 1,4% 500mg	48	4,80
23	1031 Algo buscopan inj 5ml BT/6	9009	3,60
23	1030 Algo buscopan 250mg BT/40 comp	3055	3,87
23	9055 Buscopan inj BT/60	777	7,40
23	9056 Buscopan comp BT/40	4821	1,93
24	1259 Carbolevure Ad	983	6,14
24	1260 Carbolevure enf	640	4,00
24	1261 Carbophos	1603	6,41
25	9287 Tifomycine inj 500 mg bte/25	1641	8,21
25	9264 Solnicol inj lg	246	3,51
26	9082 Chloramphenicol collyre	38550	7,01
27	9290 Tifomycine sirop	1800	12,00
27	9289 Tifomycine poudre 20 g	746	7,46

CDCI	Code PPM	Spécialités : quantités en stock et commande en fév.89	NM88	NM89
28	8014	Chloroquine cp 100mg p/4	1150500	1,86 1,72
28	9351	Nivaquine forte	21456	,00 8,58
29	9070	Catapressan comp BT/20	806	2,88 2,08
29	9069	Catapressan inj	3420	6,84 6,10
30	1188	Bexol en adulte 125ml	590	5,84 4,65
30	1551	Euphon pastille 70g BT	1200	12,00 5,83
30	1552	Euphon sirop FL/200ml	435	7,25 4,22
30	1966	Netux susp 90 ml	158	7,18 9,29
30	1965	Netux capsule BT/8	410	8,20 7,32
30	1953	Neocodion enft sp	6966	13,93 8,84
30	1954	Neocodion sp nn	4843	6,92 4,82
30	1951	Neocodion dragee	435	1,36 ,81
30	1952	Neocodion ad sp	3111	6,48 4,64
30	2178	Pulmoserum concentre sol F/125	1428	3,57 3,91
30	1901	Migralgine Gel BT/20	1000	12,50 12,82
30	2436	Terpine codeine comp pl/4	71250	11,25 3,54
31	9041	Bactrim forte comp pl/10	13250	17,05 82,81
31	9042	Bactrim forte inj 3cc	1069	5,34 ,00
31	9037	Bactrim adulte comp pl/10	30790	48,11 4,45
31	9354	Parkazole fort comp BT/10	26	,65 ,96
31	9353	Parkazole Ad comp BT/20	303	5,05 23,31
32	9039	Bactrim enfant comp pl/10	1860	2,87 17,71
33	9045	Bactria susp pediatrique 100ml	42113	9,15 11,87
33	9355	Parkazole pediatrique susp	320	2,67 3,37
34	1378	Cyclo creme 40g	159	9,35 ,00
35	1416	Dextrarine phenylbutazone 60g	133	5,54 6,33
36	9318	Valium comp 5 mg bte/40	4215	6,02 4,81
36	9315	Valium 1% 20 ml	447	44,70 34,38
36	9316	Valium comp 10 mg bte/30	5053	5,88 3,60
36	9317	Valium comp 2mg bte/40	1190	11,90 34,00
37	9319	Valium inj 10 mg 2 cc	52980	9,29 11,67
38	2632	Voltarene suppo BT/10 100mg	25	1,00 ,45
38	2635	Voltarene LP comp BT/15	1132	4,92 3,65
38	2633	Voltarene comp BT/30	1280	6,40 3,90
38	2634	Voltarene inj 75mg BT/2	570	5,70 3,61
39	9371	Digoxine inj 0,5mg bte/6	240	,00 6,00
40	9104	Digoxine comp BT/40'	2433	48,66 ,00
41	2240	Risordan 5 comp BT/30	720	24,00 5,95
42	9192	Methergin solution 10ml	845	3,38 4,83
43	9191	Methergin inj BT/3	13935	6,33 4,86
44	9182	Lasilix comp 40mg BT/20	9528	7,33 6,40
44	9183	Lasilix retard comp BT/30	528	5,87 5,28
45	9181	Lasilix inj	9465	6,31 5,10
46	1634	Gentalline pde 5g	945	7,27 12,95
46	1635	Gentalline collyre 5ml	1725	7,84 6,96
46	2738	Gentalline creme 0,1%	809	6,74 9,41
46	9075	Cidomycine inj 80 mg	2655	13,28 10,21
46	9074	Cidomycine inj 20 mg	704	7,04 6,40
46	9073	Cidomycine inj 160 mg	175	1,25 ,00
46	9138	Gentalline inj 160mg	4635	7,13 6,04
46	9139	Gentalline inj 40mg	2226	8,90 7,25
46	9140	Gentalline inj 80mg	10376	6,92 7,80
46	9137	Gentalline inj 10mg	75	6,25 3,41
47	9146	Grisofulvine pde 20g	1941	7,76 6,28
47	9145	Grisofulvine comp 500mg BT/20	1705	8,53 4,96
47	9147	Grisofulvine RH 250mg comp BT/3	1304	6,52 7,20
49	2335	Sorbital solution 5%	33	,07 ,00
49	8037	Vit B12 inj	37190	34,85 3,17

CDCI Code PPM Spécialités : quantités en stock et commande en fev.89		NM88	NM89
50	1576 Fer C vit B12 amp buv	2059	4,38 5,66
50	2716 Arphos vit B12 amp juv 10ml BT	800	8,00 4,65
50	2715 Arphos vitB12 amp buv 5ml BT/2	223	2,23 4,29
52	1184 Betriaax comp BT/20	2700	6,75 4,70
52	2670 Vitamine B1 B6 B12	750	6,82 4,97
54	1449 Dimalan susp 250ml	347	6,94 ,00
54	2089 Phosphalugel sachet	10457	3,64 2,75
54	9187 Maalox comp bte/40	3017	4,50 2,70
54	9188 Maalox susp 250 ml	3000	6,67 2,64
54	9199 Mucal sachets BT/15	5390	7,19 5,54
54	9252 Rocgel sachet bte/24	3435	3,44 2,58
55	1882 Marga digestif comp	875	5,83 5,91
56	1758 Indocid 25 gel 25mg BT/20	1180	9,37 1,45
56	1757 Indocid inj BT/2 50mg	200	5,00 ,48
56	1756 Indocid 100 suppo 100mg BT/10	100	4,00 2,00
56	1755 Indocid 50 suppo 50 mg BT/10	160	10,67 3,20
56	1314 Chrono indocid 75mg BT/20	160	8,00 1,02
57	9169 Ketalar inj 1%	815	9,06 ,00
58	9170 Ketalar inj 5%	3920	7,40 ,00
59	2029 Otipax gttes	2000	3,33 4,20
59	2029 Otipax gttes	2330	,00 4,89
59	2032 Otoralgyl 6ttes	1200	9,23 7,32
59	9334 Xylocaine 1% 20ml	600	2,31 1,74
60	9335 Xylocaine 2% 20ml	3800	9,74 4,29
61	9336 Xylocaine Adrenaline 2% 20ml	100	9,09 ,83
62	9321 Vermox comp BT/2	5097	6,37 4,91
62	9320 Vermox comp BT/6	12133	5,39 5,29
63	9322 Vermox susp	3745	6,24 4,46
64	9004 Aldomet comp 250mg BT/30	3220	4,60 4,19
65	2146 Primperoxane comp 255mg BT/18	480	,00 9,60
65	2144 Primperan susp 200ml	3694	8,21 7,52
65	2142 Primperan comp 10mg BT/40	780	7,09 7,22
65	2143 Primperan gttes fl-60ml	875	4,38 8,10
65	2332 Sorbiperan susp 200ml	319	6,38 6,02
65	2747 Metagliz solution 150ml	300	75,00 ,00
65	2746 Metagliz cp	80	20,00 ,00
66	2145 Primperan inj 10mg	174	4,57 3,54
68	9113 Flagyl inj bte/1	300	3,75 2,65
69	2245 Rodogyl comp BT/20	200	8,70 4,88
69	9115 Flagyl ovule 500mg BT/10	1270	2,82 3,08
69	9114 Flagyl comp BT/20	21490	5,80 5,54
70	9116 Flagyl susp 120ml	2743	2,29 2,48
71	9301 Tredemine comp bte/4	2197	2,00 2,00
71	9337 Yomesan comp BT/4	1414	7,07 5,30
72	9201 Mycostatine comp BT/16 oral	2810	4,68 3,57
72	9203 Mycostatine susp 25ml	4112	8,22 7,83
73	2117 Polygynax virgo BT/5	400	8,00 2,31
73	2116 Polygynax ovule BT/6	7336	3,33 2,76
73	2432 Tergynan ovule bte/10	1654	5,01 2,76
73	9200 Mycostatine comp BT/12	6155	6,16 4,09
74	1934 Mycolog pommade 10g	3310	9,46 6,81
74	9202 Mycostatine pommade 30g	2481	6,89 4,89
75	1035 Algotropyl suppo enf 1 BT/10	909	11,36 5,75
75	1673 Gynospasmyne comp BT/4	30	,75 ,00
75	1510 Efferalgan sirop	8401	4,83 5,18
75	1509 Efferalgan comp	8000	5,33 5,04
75	1625 Gelumaline gelule bte/16	4007	33,39 18,05
75	1477 Doliprane adulte sachet BT/12	1880	9,40 7,55

CDCI Code PPM Spécialités : quantités en stock et commande en fev.89				
		NMB8	NMB8	NMB9
75	1476 Doliprane comp 500mg BT/16	21803	5,45	,00
75	2228 Rhinofebrate comp BT/20	300	6,00	2,78
75	2239 Rinutan sirop 200ml	200	10,00	,00
75	2165 Propofan comp BT/30	400	5,00	3,92
75	2053 Paracetamol comp	5108	4,98	4,81
75	2238 Rinutan comp	500	10,00	,00
75	2730 Di-antalvic comp BT/20	6658	25,61	6,66
75	2787 Dafalgan gelule 500mg	3517	,00	8,79
75	2793 Doliprane cp eff 500mg	3320	1,54	,61
75	2843 Effergal comp 500 bte/20	4056	,00	3,18
75	2486 Toplexil gelules BT/24	704	11,73	8,00
75	2485 Toplexil sirop 150ml	45162	10,75	13,70
76	1034 Algotropyl suppo nr BT/10	1800	7,20	5,94
76	1249 Calgluquine comp BT/24	1174	14,68	8,83
76	1481 Doliprane nn suppo BT/10	174	6,96	2,64
76	1479 Doliprane entf suppo BT/10	2	,13	,04
76	1480 Doliprane nn sachet BT/12	4700	4,70	7,38
76	1478 Doliprane entf sachet BT/12	3728	7,46	5,46
77	9131 Gardenal inj 0,8g BT/50	148	5,69	8,71
77	9132 Gardenal inj 0,2g BT/1	3000	3,75	5,59
78	2394 Sympathil comp BT/40	647	12,94	6,10
79	1025 Alepsal comp BT/20-100mg	329	10,97	6,58
79	1024 Alepsal comp BT/30-50mg	307	15,35	11,37
79	1338 Colchimax comp BT/20	100	20,00	,00
79	1305 Chlral comp 152mg	1300	1,90	2,40
80	9328 Vitamine k1 gouttes	250	8,33	5,95
81	9327 Vitamine k1 inj 50 mg	5811	3,23	4,48
81	9326 Vitamine k1 inj 20 mg	1871	2,67	2,10
82	9342 Biltricide comp 600mg	51000	34,00	5,67
83	1301 Chibro flabeline pde	300	42,86	,00
83	9094 cortancyl comp 5mg BT/30	4675	8,35	8,69
84	1357 Cone rendell ovule	144	2,88	1,76
84	9015 Arsiquinoforme comp BT/18	4937	11,48	5,40
84	9241 Quinimax comp BT/30	21840	20,80	14,95
84	9242 Quinimax suppo BT/5	1400	20,00	9,86
85	68 Sels de quinine inj 0,4g	249736	14,69	,00
85	67 Sels de quinine inj 0,2g	74880	5,83	,00
85	9214 Paluject 20% inj	4000	,80	,00
85	9240 Quinimax inj 40% B/50	5901	10,17	13,03
85	9239 Quinimax inj 20% B/50	2647	7,35	6,29
85	9238 Quinimax inj 10 B/50	599	9,98	5,65
86	1050 Alvityl comp	2042	3,24	5,74
86	9030 Avibon 500 comp BT/20	940	11,75	5,40
86	9031 Avibon pde 30g	2660	8,11	5,44
87	1049 Alvityl susp 150 ml	2922	2,03	3,13
87	1737 Hydrosol polyvitaminees gtttes	10000	4,24	4,40
88	1339 Colicort collyre 3ml	491	10,91	5,06
88	8003 Aureomicine 1% pde	40740	2,40	1,82
88	9283 Terra pde ophtalmique 5g	1319	4,40	7,58
88	9361 Terrasilicone 3g	80	6,67	7,27
89	1065 Amcycycline comp BT/16	348	3,48	4,77
89	1061 Amphocycline comp BT/16	1780	19,78	9,32
89	1060 Amphocycline ovule BT/12	4150	5,93	3,77
89	1318 Chymocycline cp bte/16	7238	5,57	4,76
89	2252 Rubitracine comp BT/12	1146	11,46	5,79
89	2253 Rubitracine entf sachet BT/12	455	16,25	4,64
89	8022 Oxytetracycline cp	7784	2,15	1,50
89	9158 Hexacycline sirop 60 ml	1492	5,97	8,53

CDCI Code PPM Spécialités : quantités en stock et commande en fev.89					NMB8	NMB9
89	9159 Hexacycline comp BT/16	705	5,42	8,01		
89	9285 Terra IM retard inj 250mg	3680	6,13	5,85		
89	9284 Terra im retard inj 125mg	227	3,24	3,04		
90	9197 Mintezol sirop	1775	6,57	7,65		
90	9196 Mintezol comp BT/6	2748	3,62	6,12		
90	9107 Duo mintezol susp	150	3,75	,00		
92	8004 Aureomicine 3% pde	56413	3,81	3,07		
92	9282 Terramycine pde 15g	1511	5,04	10,57		
93	9296 Totapen comp 250mgBT/16	4183	4,92	9,19		
94	8012 Chloramphenicol cp 250mg	34312	4,64	3,07		
95	8013 Chloramphenicol sp	61001	2,05	2,19		
96	8029 serum glucose Fl 500ml	5400	,60	,83		
97	8029 Serum sale	12305	2,84	3,69		
99	9329 Vogalene inj	44820	4,98	5,37		
100	9330 Vogalene comp BT/40	1732	7,87	10,37		
101	9332 Vogalene sirop 150ml	3350	4,15	,00		
101	9331 Vogalene gttes 30ml	3057	6,65	5,46		

QUE PEUT-ON ATTENDRE DE L'UMPP ?

Il a été envisagé il y a quelques mois qu'une étude spéciale sur l'UMPP soit menée en parallèle avec la présente étude de la PPM, mais cette idée ne s'est pas concrétisée.

Cependant, quelques éléments concernant l'UMPP doivent nécessairement être pris en considération dans la présente étude relative à la PPM. En particulier, comme l'UMPP est naturellement l'un des fournisseurs de la PPM en matière de médicaments essentiels, il faut ici se préoccuper du prix de revient des produits fabriqués par l'UMPP. Les données disponibles concernant les achats de la PPM à l'UMPP en 1988 permettent d'établir une première estimation du surcoût que représente le recours à l'UMPP plutôt qu'au marché mondial pour satisfaire aux besoins de la population malienne.

Comme il n'était pas question de s'engager dans une étude des coûts de production de l'usine, on s'est contenté de comparer une estimation du coût des achats de la PPM à l'UMPP en 1988 à une estimation de ce qu'aurait coûté l'achat des mêmes quantités de produits équivalents si l'on s'était adressé à un grossiste comme IDA, dont les prix FOB ont été majorés de 33 % pour obtenir une estimation (on montrera plus loin, voir le chapitre 8, que cette mesure du coût du transport international est justifiée) des prix CAF Bamako. Le résultat de cette estimation est donné dans le tableau ci-après.

La comparaison porte sur 14 produits, dont la liste figure dans la partie supérieure du tableau. Pour chaque produit, on précise le nombre d'unités (ampoules, comprimés...) par boîte (ou autre type de conditionnement à l'achat), le nombre moyen mensuel de boîtes achetées par la PPM, le prix auquel la PPM achète la boîte à l'UMPP en FCFA, et la valeur annuelle des quantités achetées (au prix d'achat par la PPM). Pour les produits considérés et les quantités de 1988, cette valeur atteint 534 millions FCFA.

Dans la seconde partie du tableau, on indique quels produits du catalogue de IDA pourraient être achetés à la place des produits considérés de l'UMPP ; on précise si la correspondance est stricte (elle l'est dans tous les cas sauf un) ou large ; on donne le coefficient qui permet de tenir compte des différences de dosage, puis le prix IDA à l'unité et enfin la valeur rendu Bamako des quantités de ces produits IDA qui seraient nécessaires pour rem-

placer les approvisionnements décrits dans la partie supérieure du tableau. En ordre de grandeur, l'approvisionnement UMPP coûte donc deux fois ce que coûterait un approvisionnement auprès d'un grossiste sur le marché mondial.

La question d'importance est donc celle de savoir quelle pourrait être dans les années qui viennent l'évolution de la capacité de production de l'UMPP pour les produits qu'elle fabrique (et pour ceux dont elle envisage de lancer la fabrication : metronidazole et cotrimoxazole 400+80 dès la fin 1990, gentamycine inj 40 et 80mg et chloramphénicol inj l'année suivante), d'une part, et des prix de revient de ces divers produits d'autre part. Depuis que ces questions lui ont été posées par notre rapport intermédiaire de février 1990, qui lui a été communiqué dans cette perspective, la direction de l'UMPP ne s'est pas montrée extrêmement empressée de nous fournir ses meilleures informations sur ces deux points.

Les quantités nécessaires des médicaments essentiels de la liste ad hoc ont été calculées précédemment. Pour les médicaments produits par l'UMPP, les ordres de grandeur des quantités annuelles sont les suivants, selon qu'on supprime 150 ou 350 spécialités :

	Correspondance stricte	large
Ac. acetyl salicylique cp 500mg	24 millions cp	29 millions cp .
Tétracycline pde 1%	204000 à 264000 tubes	
Tétracycline pde 3%	180000 à 216000 tubes	
Benzyl peni inj 1M UI	800000 à 900000 amp	
Ampicilline inj 500mg	de 0,8 à 1 million amp	de 1 à 1,4 million
Chloramphénicol cp 250mg	360000 à 600000 cp	
Chloroquine sp	360000 fl	
Chloroquine cp 100mg	30 à 32 millions cp	
Tétracycline cp 250mg	200000-250000 cp	600000-750000 cp
Phénobarbital cp 50mg	180000 cp	280000 cp
Hydroxocobalamine inj 2ml		140000 amp

Ces indications, pour approximatives qu'elles soient, peuvent être rapprochées des capacités théoriques de production de l'UMPP, elles aussi approximatives, et qui seraient (d'après le DGA) :

- de 100 à 120 millions pour les comprimés, ce qui semble couvrir très largement les besoins en matière d'AAS, chloroquine, tétracycline, chloramphénicol, phénobarbital ;
- de 6 millions d'ampoules, ce qui couvre sans difficulté les besoins en matière de benzylpénicilline inj, ampicilline inj, hydroxocobalamine inj ;
- de 1 millions de flacons en ce qui concerne les sirops, et de 1 million de tubes de pommade, ce qui est très largement suffisant.

De cela, il résulte que la capacité de production de l'UMPP est suffisante, au moins sur le papier. La question du prix de revient est donc essentielle, puisque toute production achetée à l'UMPP fait payer aux malades la faible productivité de l'usine. Dans la suite de ce travail, on estimera le montant de ce surcoût par rapport à nos

simulations initiales dans lesquelles, conformément à l'esprit de l'Initiative de Bamako, on prévoit que les médicaments essentiels sont achetés au meilleur prix mondial.

Code PPM	Produit et nombre d'unités par boîte	Nombre de boîtes/mois	Prix/boîte	Valeur UNPP pour un an
8000	Aspirine APC 400mg p/4	4	20813	40 9.990.240
8002	Aspirine cp P/4	4	483570	24 139.268.160
8003	Aureomicine 1% pde	1	17000	92 18.768.000
8004	Aureomicine 3% pde	1	14824	167 29.707.296
8007	Penicilline 6 inj 1a	1	56516	63 42.726.096
8008	Penicilline 6 inj 500	1	33158	53 21.088.488
8011	Ampicilline inj 1g	1	3275	195 7.663.500
8012	Chloramphenicol cp 250mg	4	7389	68 6.029.424
8013	Chloroquine sp	1	29797	217 77.591.388
8014	Chloroquine cp 100mg p/4	4	618750	24 178.200.000
8022	Oxytetracycline cp	4	3616	52 2.256.384
8024	Phenobarbital 50	4	467	20 112.080
8025	Phenobarbital 100 bte/4	4	1163	28 390.768
8037	Vit B12 inj	1	1067	27 345.708
				534.137.532

Code PPM et CCI DCI	COMM	COEF	Prix IDA par unité rendu Bamako	Valeur IDA
8000 15 Ac.acetyl salicylique cp 500mg	2	,8000	,6300	1.046.353
8002 15 Ac.acetyl salicylique cp 500mg	1	1	,6300	19.448.799
8003 88 Tetracycline pde 1%	1	1	42	11.395.440
8004 92 Tetracycline pde 3%	1	1	82,5000	19.518.761
8007 20 Benzyl peni inj 1M UI	1	1	26,1000	23.542.079
8008 20 Benzyl peni inj 1M UI	1	,5000	26,1000	27.624.328
8011 4 Ampicilline inj 500mg	1	2	50,2500	1.313.259
8012 94 Chloramphenicol cp 250mg	1	1	3,5500	1.674.584
8013 95 Chloroquine sp	1	1	53,4000	25.394.910
8014 28 Chloroquine cp 100mg	1	1	1,7250	68.139.225
8022 89 Tetracycline cp 250mg	1	1	2,7900	644.059
8024 98 Phenobarbital cp 50mg	1	1	,8250	24.596
8025 98 Phenobarbital cp 50mg	1	2	,8250	36.626
8037 49 Hydroxocobalamine inj 2ml	1	1	17,2500	293.756
				200.090.774

Chapitre 6

QUELLE VARIATION DES CHARGES DE LA PPM A MISSIONS INCHANGEES ?

Dans ce chapitre, nous considérons que les missions de la PPM restent inchangées, c'est-à-dire que cette société conserve le monopole de l'importation et de la répartition des médicaments, et qu'on ne modifie ni ses missions ni son organisation actuelle en matière de distribution. Mais on prend au sérieux le fait que, en pratique, la PPM se trouve effectivement concurrencée, dans le domaine de la distribution, non seulement par les systèmes tels que ceux qui ont été mis en place dans les 6ème et 7ème régions, ou qui se mettent en place dans la 5ème région, bientôt dans la 4ème, mais aussi et surtout directement menacée par le développement très rapide, depuis le début 1989, des officines privées à Bamako et dans deux ou trois capitales régionales. Cette situation doit être examinée attentivement pour convaincre la PPM des risques très sérieux que représente pour son avenir sa productivité extrêmement faible, et pour l'inciter à rechercher beaucoup plus activement que par le passé l'amélioration de ses performances ; l'ouverture du capital de la PPM aux capitaux privés, qui doivent y devenir majoritaires aux termes de la loi du 27 février 1988, pourrait jouer dans le même sens.

Les réductions de charges sont d'autant plus nécessaires que la mise en oeuvre des dispositions de l'Initiative de Bamako en matière de médicament doivent réduire les marges de la PPM afin de diminuer le coût du médicament pour les malades.

Les variations de charges envisageables du côté de la fiscalité seront examinées dans un chapitre ultérieur (cf. chapitre 8), car les décisions en matière de fiscalité échappent à la direction de la PPM, alors que la maîtrise de toutes les autres charges lui incombe entièrement. Il est évident que conserver la pratique fiscale actuelle serait complètement désuet, puisqu'on utilisera dans le cadre de l'Initiative de Bamako une notion de médicament essentiel moins visiblement distordue que celle qui a prévalu au Mali ces dernières années. La solution la plus simple sera d'en revenir au texte de 1985, c'est-à-dire d'exonérer les médicaments essentiels de la liste officielle, et ceux-là seulement. On montrera plus loin que cette disposition, combinée avec la suppression des spécialités désignées par nos codes COMM=1 et COMM=2, n'a pas d'effet dramatique sur les recettes publiques (qui diminuent au maximum de 100 millions).

Les autres variations de charges doivent être analysées en détail. Il ne faut jamais oublier que tout franc dépensé par la PPM est payé par les malades ; tout avantage accordé au personnel de la PPM ou à ses fournisseurs est en fin de compte supporté par les malades ; contrairement à ce que beaucoup semblent croire, la vocation sociale de la PPM concerne exclusivement les malades et impose à l'entreprise une limitation drastique de ses coûts, et à son personnel un effort vigoureux d'efficacité, dans l'intérêt des malades.

6.1 Suppression des activités de prestations

La question de savoir pourquoi la PPM devrait conserver la gestion d'activités de consultation, d'analyses biologiques, d'hospitalisation a déjà été posée en diverses occasions. Il y a quelques années, par exemple, un rapport d'audit (cf. [6], pp. 17-18 et 41-42) signalait que le Centre de Diagnostic et de Traitement, ainsi que le Centre de Prothèses Dentaires paraissaient condamnés s'ils ne bénéficiaient pas d'investissements importants pour être rénovés et équipés de façon moderne. Mais, comme leur rentabilité apparaissait douteuse, le rapport concluait : "la PPM aurait intérêt à s'en séparer" (cf. [6], p. 41). Le laboratoire d'analyse, bien équipé et bénéficiaire, "doit pouvoir poursuivre son activité" (cf. [6], p. 42), alors que le laboratoire de conditionnement verra son activité "décroître avec l'accroissement du nombre de pharmaciens dans les officines", puisqu'il perdra l'exclusivité des préparations magistrales, et que ses autres activités pourraient être rapprochées de celles de l'U.M.P.P. (cf. [6], p. 42).

En 1988, l'effectif employé est de 65 personnes (24 pour le centre de diagnostic et de traitement, 15 pour le centre de soins et de prothèses dentaires, 14 pour le laboratoire d'analyses, 14 pour le laboratoire de conditionnement), et les dépenses individualisées qui y sont associées ne représentent pas moins de 125 millions FCFA au compte d'exploitation générale de 1988 ; le déficit, supérieur à 30 millions, a été payé par les clients normaux de la PPM, c'est-à-dire par des malades.

Le niveau des activités des différentes sections n'est pas connu du directeur des centres de prestations. Pour le centre de diagnostic et de traitement, une statistique du nombre de consultations pour le second trimestre 1988 montre cependant qu'on en compte 40 à 50 par jour au centre de diagnostic et de traitement, dont la moitié en médecine générale, un quart en gynécologie, un huitième en pédiatrie, et le reste en diverses autres spécialités. A cela, on peut ajouter cinq ou six accouchements ; l'activité d'hospitalisation est, en pratique, inexistante. Tout cela représente du travail pour un généraliste à plein temps, un gynécologue à mi-temps, les autres spécialités étant à la vacation ; à cet effectif médical, on pourrait ajouter au maximum une sage-femme, une infirmière et une secrétaire. Au total, le cabinet de consultation devrait fonctionner avec 5 ou 6 personnes à plein temps, alors qu'il en compte 24. Evidemment, il est possible que l'activité soit plus forte à certaines périodes, mais personne ne croit qu'elle puisse retrouver le niveau qu'elle avait il y a cinq ans. Il faut aussi tenir compte du fait que le centre de diagnostic et de traitement assure une permanence de nuit, mais personne ne sait plus quel en est l'intérêt véritable aujourd'hui.

Pour les autres activités, malgré nos efforts répétés, nous n'avons obtenu aucun bilan. Chacune d'elle semble s'être organisée à sa guise, et la création en 1988 d'une direction, comme l'affirmation d'un principe d'autonomie de gestion, ne correspondent à aucune réalité pratique.

La seule question de santé publique est de savoir qui sont les bénéficiaires des activités déficitaires. La réponse est évidente : seuls bénéficient de ces activités les 25 médecins vacataires (qui, sans qu'aucune obligation ne les lie au centre de diagnostic, y reçoivent leurs clients privés et y bénéficient du concours du personnel paramédical ; certains y pratiquent la liberté des honoraires, l'entente directe et le paiement direct), les 4 dentistes vacataires (qui y trouvent exactement les mêmes avantages : "quant au prix de l'acte, c'est le médecin traitant qui fixe le montant à payer" cf. [8] p. 10 ; "la nomenclature des actes n'est pas appliquée", cf. [24] p. 96) et le personnel à plein temps du Centre de diagnostic et de traitement et du Centre de soins et de prothèses dentaires.

La question reste ouverte de savoir si les malades n'y trouvent pas un avantage aussi. Le fait qu'ils paient 1500 ou 2300 FCFA pour une consultation médicale (tarif officiel), comme ce qu'on entend dire de la relative fidélité d'une partie de la clientèle, semblent montrer que certains malades apprécient la formule. Ce point mériterait d'être étudié. Mais, même s'ils était établi d'une façon convaincante, il n'en découlerait pas que la PPM ait à continuer ni à gérer ces activités, ni à en supporter le déficit : on aurait seulement montré qu'il y a place, à côté de consultations hospitalières trop souvent repoussantes, pour des consultations organisées dans un cadre privé, éventuellement non lucratif. Mais la PPM n'a pas vocation à organiser ces activités, et les malades qui lui achètent des médicaments n'ont pas à payer pour ceux qui n'hésitent pas devant le tarif qu'on vient de rappeler.

Quant aux idées récemment envisagées (cf. [9], [10]) selon lesquelles ces activités pourraient être mises en gérance libre, le gérant étant un groupement d'intérêt économique constitué par les travailleurs du "Département santé", elles sont si vagues qu'il faut se résoudre à les prendre pour ce qu'elles sont probablement : un moyen de gagner du temps. Tant qu'aucune décision ne sera prise, le personnel sera payé, et l'on continuera à invoquer l'intérêt des malades pour défendre celui du personnel.

La question de l'emploi ne pourrait être résolue que si on trouvait une personne ou un groupement capable d'engager son propre capital --et à hauteur de la valeur des immeubles et du matériel-- dans ces activités, et capable ensuite, parce qu'il est engagé de cette façon, d'exercer véritablement les responsabilités de gérant. Toute autre solution consistera à brader le patrimoine national, en le distribuant à ceux qui ont prouvé qu'ils étaient incapables de le conserver.

6.2 Réduction des effectifs du personnel administratif

Nous n'avons pas entrepris une étude des postes de travail dans l'administration de la PPM. Il est connu que beaucoup d'argent a déjà été dépensé à la constatation prudente d'un sureffectif, particulièrement visible dans certaines divisions (cf. par exemple [24] p. 85 à propos des compartiments, p. 98 à propos de la division comptabilité, p. 100 à propos de la division administration), à l'étude d'organigrammes fonctionnels, à la définition des postes, etc. (voir par exemple [11]). Il appartenait donc au conseil d'administration et à la direction de la PPM d'appliquer ces schémas, s'ils étaient bien conçus, ou d'en mettre en oeuvre d'autres qu'ils auraient jugés plus adaptés. Aujourd'hui encore, on se plaint volontiers de la faible qualification du personnel (cf. par exemple [12], p. 4), mais on n'en tire pas la seule conséquence qui s'impose, dans un pays qui ne manque plus de cadres au chômage : ramener le nombre des salariés à ce qui est justifié par le travail à accomplir et ne conserver que les agents honnêtes et suffisamment qualifiés, quitte à recruter sur le marché du travail les agents qualifiés qui feraient défaut dans l'effectif actuel.

En ce qui concerne les effectifs, quelques points de repère sont utiles. Nous savons que la plus petite officine ou succursale a un chiffre d'affaires qui ne dépasse pas 2 millions dans l'année. Il serait bien douteux, compte tenu notamment des délais de livraison, que cette petite officine passe plus de 12 commandes dans l'année : le montant moyen de la commande est donc certainement supérieur à 200.000 FCFA. Or le chiffre des ventes de la PPM est de l'ordre de 6 milliards ; le service commercial doit donc traiter, au grand maximum, 30.000 commandes dans l'année ; comme la sous-direction II (qui s'occupe des expéditions, ventes et facturation) dispose de 70 agents, il faut conclure que chaque agent traite au grand maximum, 428 commandes dans l'année soit 1,5 par jour ! Que dire de la direction administrative, où l'on trouve 55 agents (dont 10 cadres) ? Faut-il 55 agents pour gérer un effectif total inférieur à 800 ?

On ne saurait sous-estimer l'effet que pourrait avoir une politique d'adaptation de l'effectif aux tâches à accomplir sur la moralité générale au sein de l'entreprise, et par là sur certaines de ses charges. On sait par exemple que les remises au personnel atteignaient 145 millions en 1984 et 77 millions en 1986 (cf. [43] p. 2) ; ces remises correspondaient à des achats de médicaments, que le personnel payait à moitié prix. Alors 77 millions de remises signifient 144 millions d'achats de médicaments pour un effectif de moins de 800 personnes, ou encore une consommation pharmaceutique annuelle moyenne de 180.000 FCFA par agent (et le double en 1984 !). Il faut donc bien admettre que les employés de la PPM faisaient commerce de médicaments à leur propre compte, en s'octroyant de la sorte non pas un treizième mois (déjà acquis !) mais un quatorzième, un quinzième et sans doute plus encore pour certains, aux frais des "braves populations" ! Mais, hélas, il y a encore mieux : "le service social a été créé en octobre 1984 ; il suit en particulier les ventes à demi-tarif aux agents de la PPM et donne son aval, après contrôle de l'ordonnance et de la réalité du besoin" (cf. [24] p. 101, nous soulignons).

Ces ristournes ont été supprimées, c'est un fait. Mais il faut bien comprendre qu'elles ont nécessairement été remplacées par un autre complément de salaire, licite ou pas, au nom de la "mission sociale" de l'entreprise.

L'organisation de l'entreprise incombe pleinement et entièrement à ses dirigeants. Il ne nous appartient pas de présenter quelque proposition que ce soit à ce sujet. Mais nous estimons que le sureffectif a été constaté assez souvent par des experts assez qualifiés pour que, dans la suite de ce travail, on admette à titre d'hypothèse raisonnable que l'effectif du personnel de l'administration peut être réduit d'un tiers.

6.3 Réduction des effectifs du personnel de vente

Le tableau ci-dessous donne le chiffre d'affaires (comptant et à terme) par officine pour 1988, et l'effectif du personnel par officine, probablement valable pour 1989, d'après des documents aimablement communiqués par la PPM. On s'est servi de ces données de base pour calculer le chiffre d'affaires par employé dans chacune des officines : cette recette par employé va de 2 à 90 millions, alors que la charge pour la PPM est à peu près la même. De tels écarts montrent simplement que la PPM n'a pas de politique de gestion de ses points de vente. Remarquons encore que, selon d'autres documents (par exemple [6] p. 37), l'effectif du personnel des officines et succursales n'est pas de 316 mais de 425 personnes.

Se préoccuper d'une politique de gestion des points de vente ne conduira pas forcément à abandonner les missions sociales de la PPM. Mais les problèmes sociaux que doit affronter la PPM sont ceux des malades, ce ne sont pas d'abord et uniquement ceux qui concernent la préservation ou l'accroissement des avantages du personnel de la PPM. Ainsi, il peut être de la mission sociale de la PPM de conserver un dépôt qui ne fait qu'un faible chiffre d'affaires, parce que ce dépôt permet à des malades peu nombreux et dispersés de se soigner lorsque nécessaire ; mais, dans un cas de ce genre, rien n'impose à la PPM de payer quatre agents pour gérer un dépôt dont le chiffre d'affaires ne dépasse pas 6 millions ; si elle le fait, c'est en accordant à ses agents des avantages indus, et cela aux frais des malades.

Ainsi, invoquer le droit des conjoints au rapprochement, ou l'obligation de disposer dans chaque dépôt, pour seconder le gérant, d'un gardien et d'un manoeuvre, c'est faire prévaloir les intérêts corporatifs du personnel de la PPM sur les intérêts des malades. On sait aujourd'hui que ces préoccupations corporatives ont pris une telle importance que la PPM n'est plus capable de faire face à la concurrence des officines privées ; dès que ces dernières s'installent, elles assurent un service tellement plus attentif aux besoins des clients que les officines de la PPM sont réduites au rôle de grossiste (exemple : Ségou).

Pour illustrer les conséquences d'une perspective dans laquelle on exige un minimum d'efficacité de la part du personnel de la PPM, au bénéfice des malades, la dernière colonne du tableau ci-après donne l'effectif révisé du personnel des officines et succursales, en supposant que :

- on ne supprime aucune officine, pour que le médicament reste disponible dans chaque cercle ;
- on laisse 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, on impose que le chiffre d'affaires par employé soit de l'ordre de 20 millions.

Ces règles traduisent la recherche d'une certaine efficacité (un minimum de chiffre d'affaires pour une dépense donnée en frais de personnel) et le respect des missions sociales de la PPM : présence d'officines dans des cercles où la population est dispersée, ou consacre très peu aux soins de santé. Des règles bien plus sévères devraient être appliquées si on recherchait l'efficacité maximale : alors, très probablement, on réduirait le nombre des officines à Bamako, et dans les autres villes où il y en a plusieurs on n'en laisserait subsister qu'une ; en outre, on relèverait sensiblement le montant minimum du chiffre d'affaires par employé.

Aussi, une recherche modérée d'efficacité dans l'emploi du personnel montre qu'il est possible d'en réduire d'un tiers l'effectif. Les modalités pratiques de la mise en oeuvre d'une telle politique appartiennent à la Direction de la PPM. Pour notre propos, il suffisait de montrer que l'éventualité d'une réduction très sensible du personnel de vente mérite d'être considérée.

Une proposition de réduction de l'effectif du personnel de vente

Officine	CHIFFRE D'AFFAIRES 1988	PERSONNEL	CA/EMPLOYE	EFFECTIF REVISE
NATION	105.574.390	3	35.191.463	3
SOUVENIR	110.739.660	4	27.684.915	4
JOUR ET NUIT	345.018.160	5	69.003.632	5
BADALABOUGOU	59.327.185	6	9.887.864	3
INDEPENDANCE	133.346.790	7	19.049.541	6
GRAND MARCHÉ	104.879.175	5	20.975.835	5
BARE	136.963.450	2	68.481.725	4
DJOLIBA	186.648.450			
DJIKORONI	51.698.100	3	17.232.700	2
HANDALLAYE	44.920.620	5	8.984.124	2
AMITIE	79.657.495	3	23.552.498	3
LAFIABOUGOU	37.238.235	6	6.206.373	2
MEDINA COURA RUE 14	37.789.275	3	12.596.425	2
MISSIRA MARCHÉ	46.039.445	5	9.207.889	2
QUINZAMBOUGOU	52.719.075	2	26.359.538	2
22 SEPTEMBRE	116.246.745	6	19.374.458	5
SOGONIKO	176.072.700	6	29.345.450	6
KROFINA	126.851.265	5	25.370.253	5
SENGU AEROPORT	12.825.330	1	12.825.330	1
QUARTIER NALI	48.744.345	3	16.248.115	2
GABRIEL TOURE	323.802.895	8	40.475.362	8
SIDY BOUKANEM	207.574.875	7	29.653.554	7
PARFUMERIE BOUKANEM	16.523.440	3	5.507.813	1
POINT G	85.150.850	3	28.383.617	3
BANANKABOUGOU	22.679.990	3	7.559.997	1
NAKADOU KONATE	155.409.940	4	38.852.485	4

TITI NIARE	39.604.690	3	13.201.563	2
PARFUMERIE GARE	16.456.080	2	8.228.040	1
KOUSSA TRAMELE	270.875.480	3	90.291.827	3
KAYES VILLE	117.775.620	3	39.258.540	3
KAYES N'DI	33.845.045	3	11.281.682	2
KAYES NUIT	54.301.520	5	10.860.304	2
KITA	44.685.820	5	8.937.164	2
MAHINA	28.285.035	4	7.071.259	2
KENIEBA	38.089.905	2	19.044.503	2
KIORD DU SAHEL	80.283.645	2	40.144.323	2
DIENA	19.757.820	1	19.757.820	1
YELIMANE	18.086.230	3	6.028.743	1
KOULIKORO GARE	20.107.443	3	6.702.481	1
KOULIKORO BA	21.507.370	3	7.169.123	1
BANAKSA	31.103.770	2	15.551.885	1
DIOILA	30.879.690	3	10.292.897	2
FANA	41.997.730	2	20.998.865	2
KATT	51.603.811	6	8.600.635	2
KOLOKANT	23.567.875	2	11.783.938	1
NARA	24.707.240	2	12.353.620	1
KANSABA	16.746.955	2	8.373.478	1
OUELESSEBOUGOU	15.706.716	2	7.853.358	1
MASSIGUI	17.471.500	1	17.471.500	1
SIKASSO I	130.155.835	6	21.692.639	6
SIKASSO II	91.221.730	4	22.805.433	4
SIKASSO NUIT	81.545.550	3	27.181.850	3
BOUGOUNI	41.027.810	3	13.675.937	2
KOUTIALA I	143.846.375	6	23.974.396	6
KOUTIALA NUIT	53.136.635	4	13.284.159	2
KADILO	67.403.445	3	22.469.482	3
KOLONDIEBA	41.692.985	3	13.897.662	2
YOROSSO	10.644.010	3	3.548.003	1
KOURY	20.467.975	1	20.467.975	1
YANFDLILA	31.581.045	2	15.792.023	1
NTENA	28.822.885	1	28.822.885	1
N'PESSOBA	16.452.415	3	5.484.138	1
SELINGUE	22.479.285	3	7.493.095	1
KALANA	17.137.520	2	8.568.760	1
SEGOU I	134.985.325	7	19.283.618	5
SEGOU II FARAN SAMAKE	80.919.890	7	11.559.984	4
SEGOU NUIT	78.129.545	7	11.161.364	4
SAN	104.465.575	2	52.232.788	2
MARKALA	48.152.405	3	16.050.802	2
MACINA	33.249.720	4	8.812.180	2
NIONO	92.854.620	5	18.570.924	4
BLA	25.927.070	3	8.642.357	1
BARAOUELI	18.831.010	1	18.831.010	1
TOMINIAN	8.904.550	4	2.226.138	1
KOMBOBOUGOU	22.844.605	2	11.422.303	1
DIOBO	17.087.810	1	17.087.810	1
MOPTI I	55.688.982	4	13.922.246	3
MOPTI II	44.333.925	3	14.777.975	2
MOPTI NUIT	55.037.610	2	27.518.805	3
SEVARE	24.857.323	1	24.857.323	1
DIAFARABE	4.819.165	1	4.819.165	1
DOUENTZA	18.447.915	1	18.447.915	1
DJENNE	22.915.775	2	11.457.888	1
BANDIAGARA	13.766.803	2	6.883.402	1
TENENKOU	15.259.815	2	7.629.908	1
KORO	9.122.535	4	2.280.634	1

BANKASS	6.209.640	1	6.209.640	1
YOMAROU	5.062.000	1	5.062.000	1
TOMBOUCTOU	21.164.890	3	7.054.963	1
GOUNDAM	3.987.499	2	1.993.750	1
DIRE	11.774.265	3	3.924.755	1
MAFUNKÉ	5.775.065	1	5.775.065	1
MMAROUS	3.343.670	3	1.114.557	1
GAC I	68.813.450	5	13.763.090	3
GAD ASKIA NUIT	17.292.842	2	8.646.421	1
ANSONGO	6.773.460	3	2.257.820	1
KIDAL	4.237.065	2	2.118.533	1
MMENKA	5.774.575	2	2.887.288	1
BOUREN	6.744.565	1	6.744.565	1
 MAGASIN PPM	 93.415.442			
 TOTAL	 5.863.487.851	 316		 218

6.4 Conséquences sur les charges sociales et les impôts

La PPM cotise à l'INPS, comme tout employeur, au taux de 17,6 % en 1988, et de 22 % depuis 1989. En pratique, lorsqu'on rapporte le montant des cotisations INPS 1988 à la valeur (frais de personnel - cotisations INPS) du compte d'exploitation générale de 1988, on obtient un pourcentage de 14,75 %. La différence avec le taux de 17,6 tient à ce que le total des frais de personnel au CEG contient des éléments qui ne supportent pas la cotisation INPS. Nous adopterons la solution la plus simple pour nos calculs, celle qui consiste à appliquer le pourcentage de 14,75 % aux frais de personnel hors cotisations INPS.

La réduction d'un tiers des effectifs du personnel de la direction et du personnel de vente se traduit par une diminution proportionnelle des frais de personnel : de 467 millions cotisations INPS comprises (407 cotisations INPS exclues), elles passent à 311 (respectivement 271). Le gain en cotisations sociales est de 20 millions.

L'effet de ces décisions sur les impôts assis sur les salaires peut être estimé de la façon suivante. Actuellement ces impôts (contribution forfaitaire sur les salaires et fonds national du logement) représentent ensemble 7,2 % des frais de personnel cotisations INPS comprises. Le transfert des activités de la Direction santé entraîne une réduction de la charge de ces impôts à hauteur de 4,8 millions ; la réduction des effectifs dans les autres divisions y contribue aussi, à hauteur de 22,4 millions.

Quant à la suppression des activités de la Direction santé, elle entraîne une économie de 67 millions en frais de personnel, et de 125 millions au total.

6.5 Effets conjugués des réductions de charges

Les réductions de charges qui viennent d'être envisagées re-

présentent au total à peine plus de 300 millions FCFA alors que le total des charges au CEG 1988 est de 1990 millions. Réduire les charges de 300 millions permettrait de diminuer de 5 % en ordre de grandeur le prix de tous les médicaments, ce qui n'est évidemment pas négligeable. Mais, au delà de cet effet économique, la réduction des charges doit être entreprise pour des raisons morales et psychologiques : si la PPM ne parvient pas à remplacer, dans son personnel, la mentalité de petit fonctionnaire vivant sur le dos des "braves populations" rurales par la mentalité de serviteur du public ("le client est roi"), elle subira inévitablement, dans peu d'années, le sort des sociétés d'Etat qui se sont montrées par trop improductives. On chiffrera plus loin (cf. chapitre 8) l'effet de l'accroissement de la part des officines privées dans la distribution sur l'équilibre des comptes de la PPM. C'est une menace très sérieuse, dont la PPM n'a pas encore pris conscience, et la concurrence va jouer sur la qualité du service (disponibilité des produits, qualité de l'accueil, etc..).

6.6 Accélération du rythme d'approvisionnement

La gestion actuelle de la PPM est caractérisée par le fait qu'on y tolère parfaitement les ruptures de stocks et les délais de livraisons imprévisibles. Tout le monde s'en plaint, mais l'organisation bureaucratique et son incapacité à sanctionner font que personne n'est responsable. Seuls les malades souffrent de cette situation, mais ce n'est vraiment pas d'eux qu'on se préoccupe. Les pharmaciens privés auraient pu se montrer plus capables, à partir du début 1989, de provoquer un changement de la situation, mais il est vraisemblable qu'ils s'y seront adaptés "à la malienne" et chacun pour soi, au lieu d'affronter le problème sur le plan institutionnel.

Il ne nous incombe pas de définir les moyens susceptibles de rendre efficace l'organisation de l'approvisionnement par la PPM de ses points de vente. Les dirigeants de la société et l'assistance technique sont là pour ça. La seule question que nous puissions aborder dans les simulations est celle de savoir si une dépense plus importante pour les livraisons ne serait pas indiquée. Monsieur MANCHE a constaté :

- 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 strictement compté de leur chargement ;
- que les cables de 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 de 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.

L'objectif d'accessibilité du médicament doit s'imposer au petit personnel de la PPM comme à ses hauts cadres : les uns et les autres doivent être appréciés et sanctionnés d'après les résultats qu'ils obtiennent dans ce domaine ; ceux qui sont incapables d'organiser leur propre travail et celui de leurs subordonnés devront être remplacés dès qu'on en reviendra à considérer que le service des malades prime sur le confort des agents de l'Etat ou des sociétés d'Etat.

Mais cet objectif peut aussi exiger que l'on ne fasse pas sur certains postes des économies "de bout de chandelle" : il peut être rentable pour la PPM, en même temps que bénéfique pour les malades, que l'on dépense un peu plus en transport pour accélérer le rythme des approvisionnements et, par là, pour réduire la durée des ruptures de stocks. Monsieur MANCHE a estimé les frais de livraison à 180 millions FCFA. Plus loin, dans le modèle de simulation, on testera la faisabilité d'accroissements de ces dépenses allant jusqu'à 100 millions.

6.7 Conclusion

La mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako est un défi pour la PPM. Les informations dont disposent depuis longtemps les dirigeants de l'entreprise et le Ministère de la santé, concernant le niveau actuel des charges, montrent que :

- la PPM supporte des charges non négligeables pour entretenir des centres de prestations dont la gestion est à l'abandon ; elle n'a pas vocation à gérer de tels centres, encore moins à faire payer aux malades le déficit d'activités qui, selon toute apparence, ne bénéficient pas aux plus démunis ;

- la PPM conserve un personnel pléthorique, tant dans ses services administratifs que dans ses officines et succursales, au lieu de viser sans cesse à améliorer le service rendu aux malades en ne conservant que ses employés les plus qualifiés, les plus efficaces, et ceux dont l'honnêteté s'est montrée irréprochable ; elle doit envisager sérieusement, à terme de deux ou trois ans, une réduction d'un tiers de ses effectifs, et une élévation sensible de la qualification et des performances de ceux qui seront conservés ;

- la PPM ne se préoccupe ni de ses délais de livraison, ni de satisfaire la totalité des commandes qui lui sont passées, et elle a visiblement oublié que ce sont les malades qui en pâtissent ; on peut envisager que les dépenses supplémentaires permettant d'améliorer la gestion des stocks, de rationaliser les achats, d'accélérer le rythme des livraisons soient plus que compensées par les marges supplémentaires qu'elles autoriseront.

Les décisions dans ces domaines sont difficiles à prendre, mais la PPM est condamnée si elle persévère dans la politique de l'autruche. Désormais, la concurrence est là, et toute part de marché gagnée par les officines privées réduit les chances de survie de la PPM, alors que, comme on va le voir plus loin, la PPM est un élément irremplaçable de la voie malienne vers l'Initiative de Bamako.

Chapitre 7

QUELLES SONT LES ALTERNATIVES REALISTES EN MATIERE DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS AU MALI ?

Des pressions multiples se sont exercées au cours des dernières années pour obtenir une modification des missions de la PPM. Certains étaient partisans de la suppression du monopole d'importation de la PPM, et de la privatisation de la distribution. Ainsi par exemple, le séminaire-atelier organisé par le PDS du 1er au 4 septembre 1988, préconisait les dispositions suivantes (cf. 253, p. 104-105) :

- création de centrales d'achat privées et possibilité de commandes individuelles directes par les privés pour les médicaments non essentiels (en clair : suppression du monopole d'importation pour les médicaments non essentiels) ;
- création à la PPM d'un département chargé d'assurer la disponibilité du médicament essentiel jusqu'au cercle, à travers des dépôts régionaux ;
- création, à partir des dépôts régionaux, de dépôts de cercle, dépôts d'arrondissements et caisses de pharmacie villageoise.

Il s'agissait si clairement --pour tous ceux qui comprennent de quoi il retourne, et les participants de ce séminaire-atelier étaient choisis pour en être-- de condamner ensemble la PPM, la réforme pharmaceutique et la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, que ces positions n'ont pas été suivies. Au contraire, au moment où le document ci-dessus cité lui était communiqué, le Ministère de la Santé se préoccupait de définir les principes d'un contrat-plan à passer entre l'Etat et la PPM. Il reste qu'aujourd'hui la seule certitude est que la PPM a obtenu la confirmation de son monopole d'importation ; la formulation "la PPM détient le monopole d'importation de tous les produits pharmaceutiques au Mali, à l'exception des produits vétérinaires" contenue dans l'article 5 du protocole d'accord sino-malien du 21 mars 1987 a été reprise mot pour mot dans l'article 5 du protocole d'accord signé le 6 novembre 1989. Mais, quant aux autres aspects de ses missions, de multiples éventualités doivent encore être considérées dans le cadre de cette étude, puisqu'aucune décision définitive n'a, semble-t-il, été prise.

Avant de décrire les principales solutions, et avant de tenter d'imaginer les avantages et coûts de chacune d'elles, il paraît nécessaire de s'interroger un instant sur les objectifs qu'on peut assigner à une modification des missions de la PPM, c'est-à-dire en pratique à une modification des conditions de la distribution des médicaments.

7.1 Objectifs visés

Dans le contexte actuel, la modification des missions de la PPM peut viser l'un ou l'autre de deux objectifs :

- la privatisation de la distribution pharmaceutique, qui est un objectif en soi non seulement pour certains qui ont été convaincus de l'incapacité des sociétés d'Etat à remplir leurs missions de service public, mais encore et surtout pour ceux qui ont des capitaux à placer ;
- l'amélioration de l'approvisionnement pharmaceutique par l'abaissement du prix des médicaments et par l'augmentation du nombre de points de vente dans les zones rurales.

Rien ne dit que ces deux objectifs soient conciliables, mais ils ont été l'un et l'autre retenus par les décisions de l'Etat : celles qui ont été prises en matière d'exercice privé des professions médicales et pharmaceutiques d'une part, celles qui ont été annoncées (par exemple lors du Troisième Symposium Panafricain de Bamako (cf. 351) en matière d'Initiative de Bamako, d'autre part.

Rien ne dit non plus que ces deux objectifs soient définitivement incompatibles. Il est évident que l'idée de la privatisation n'aurait aucun soutien si la PPM, société d'Etat, avait rempli ses missions, depuis 1960, à la satisfaction des malades et des pouvoirs publics. Il est aujourd'hui visiblement nécessaire de réintroduire le souci du service à rendre au public, là où on ne pense plus, depuis une génération, qu'à conserver leurs avantages et leurs emplois aux salariés des entreprises publiques ou des administrations. Si les sociétés d'Etat ont oublié qu'elles étaient au service de leurs clients, et si les pouvoirs publics n'ont pas su le leur rappeler --ou bien y ont trouvé un intérêt à court ou moyen terme, voir le décret 134-- , il est bon de faire appel à des commerçants qui, eux, devront nécessairement se soucier de leurs clients. Il est sans doute tout aussi visiblement nécessaire d'introduire quelque chose des méthodes de la gestion privée là où le formalisme administratif, le corporatisme, l'incapacité à décider et à sanctionner, ont définitivement pris le pas sur les intérêts de la santé publique et sur ceux des malades.

Mais il ne faut évidemment pas attendre de la privatisation plus qu'elle ne peut donner. Elle aussi imposera des règles et des contraintes, qui pour être différentes de celles de l'administration, n'en sont pas moins bien réelles ; par exemple, et ceci est essentiel dans un pays comme le Mali et dans un domaine comme celui de la santé, le commerçant privé dépend tellement de sa clientèle qu'il ne peut pas survivre là où la clientèle est trop peu nombreuse, ou trop éparse, ou trop pauvre .

Or l'accessibilité du médicament, et spécialement du médicament essentiel, reste un objectif à atteindre, non seulement pour des motifs de santé publique (permettre aux malades, où qu'ils se trouvent, de bénéficier d'un traitement simple et efficace contre les affections courantes et aisément curables), mais aussi pour des raisons morales (la rareté du médicament, que la PPM a objectivement entretenue, même si c'est par négligence ou par incapacité, est une des causes de ces trafics qui ont ruiné la moralité des services de santé, et en ont détourné les malades, qui ne s'y rendent qu'en cas d'épisode bruyant). Il faut bien voir quelles inégalités la situation actuelle tolère : les salariés de la PPM ont une consommation de médicaments de 180.000 FCFA par agent et par an (en 1986), ce qui revient à près de 20.000 FCFA par tête dans leurs familles (cf. plus haut), alors que les Bamakois consomment en moyenne environ 2.500 FCFA par tête et par an (cf. 181 pp. 176-177), et que les habitants d'un arrondissement périphérique des cercles de Bankass ou de Koro ne se procurent des médicaments que pour 50 ou 60 FCFA par tête et par an (environ 40 vendus par la PPM, à ses prix, et le reste vendu par les magasins santé, aux prix qu'ils pratiquent).

La question n'est donc pas, au Mali aujourd'hui, de savoir comment faire une place au secteur privé, sans conditions, mais comment concilier la place promise aux intérêts privés médicaux et pharmaceutiques avec les intérêts de la population en matière d'accessibilité géographique et financière des soins et des médicaments. C'est dans ce cadre que doivent donc être examinées les modifications proposées des missions de la PPM.

7.2 Solutions envisageables

Privatisation de la distribution

La privatisation de la distribution pharmaceutique a naturellement été évoquée depuis le jour où l'exercice privé des professions médicales et pharmaceutiques a été autorisé. Elle n'a pas eu de réalité jusqu'au début de l'année 1989, mais à partir de là de nombreuses officines privées se sont ouvertes à Bamako, et quelques-unes dans les grandes villes des régions. Une quarantaine seraient autorisées actuellement. La question est aujourd'hui de savoir si la PPM doit progressivement ou rapidement abandonner son activité de distribution à ces officines privées.

Cette solution a été préconisée il y a quelques années déjà (cf. 61, pp. 36 sq) : "La PPM pourrait procéder à la revente du fonds de commerce afférent aux officines existantes exclusivement à des pharmaciens ou à des préparateurs qui recevraient un complément de formation de 12 à 24 mois". Plus récemment un calendrier de cessions a été établi par la PPM elle-même (cf. [7]), qui proposait de se défaire de 75 points de vente d'ici le 31 mars 1991, les autres devant être liquidés avant le 30 juin 1991, mais sans préciser ni les conditions exigées de l'acquéreur, ni les conditions de la cession.

Il est pourtant évident que personne ne peut accepter, à l'occasion d'une pareille opération, ni que, sous le prétexte de se plier à une injonction extérieure, le patrimoine national soit purement et simplement bradé, ni que soient oubliés --au pays qu'évoque l'Initiative de Bamako-- les intérêts de la santé publique, ni que soient complètement ignorées les conditions élémentaires de l'activité du secteur privé.

Nous devons donc examiner de plus près quelles peuvent être les modalités envisagées lorsqu'on parle de privatisation de la distribution. Des modalités de cession concernent nécessairement les qualités exigées des acquéreurs, les prix de cession, et les conditions de paiement. Quelles sont sur ces sujets les propositions en présence ?

Le rapport d'audit déjà cité (cf. [6], pp.36 sq) a proposé :

- 1) que les acquéreurs soient des pharmaciens ou des préparateurs qui recevraient un complément de formation de 12 à 24 mois ;
- 2) que les fonds soient évalués au montant de leur chiffre d'affaires annuel, ou bien à un montant inférieur à déterminer ; et que les locaux dont la PPM serait propriétaire soient loués aux acquéreurs des fonds ;
- 3) que le financement soit assuré par des crédits bancaires à 10 ou 15 ans, de préférence à toute formule de paiement à tempérament.

Il est évident que la première condition est inspirée par le souci de la santé publique. Tout observateur sensé redoute en effet de voir le Mali abandonner sans oser le dire, mais de façon irréversible, tout contrôle professionnel sur la prescription et la consommation pharmaceutiques. Au contraire, on peut souhaiter que la situation qui a été créée à l'origine par la pénurie de cadres nationaux soit corrigée aujourd'hui, puisque désormais le pays dispose de ces cadres, et en nombre tel que le secteur public ne peut pas embaucher tous les diplômés de l'Ecole nationale de médecine et de pharmacie.

Si l'on se préoccupe d'instaurer un contrôle professionnel sur la distribution, il faut considérer que les officines confiées par la PPM à un personnel sans qualification pharmaceutique ne doivent disparaître qu'au profit d'officines privées ou publiques placées sous la responsabilité professionnelle effective de pharmaciens. Pour entrer dans ce mouvement, il est normal de commencer par ne céder qu'à des pharmaciens les officines qu'on est décidé à vendre. On devrait en outre imaginer rapidement et mettre en oeuvre des dispositions comparables à celles qui sont en vigueur à l'étranger si l'on veut éviter que le pharmacien ne soit que le prête-nom d'un investisseur préoccupé seulement de rentabilité et aucunement de déontologie. De là, il résulte que le nombre d'officines à céder dépend du nombre de pharmaciens disposant des capitaux nécessaires, et ce nombre est probablement limité.

Dans cette perspective, il faut aussi relever que la proposition de céder certaines officines à des gérants sans qualification, sous le simple prétexte qu'ils appartiennent au personnel de la PPM (cf. [7], p. 1, [44] p. 1)), totalement injustifiée dans le contexte de chômage des jeunes diplômés, est en outre éminem-

ment dangereuse sur le plan de la santé publique. On sait que les pharmaciens ont refusé, il y a quelques années, l'idée qu'ils pourraient être obligés, en acquérant une officine de la PPM, de reprendre le personnel de cette officine elle-même ; ils ont exigé au moins le choix parmi l'ensemble des agents de la PPM ; on doit donc attendre ici encore que leur Ordre se fasse l'avocat d'un contrôle professionnel. Aux avocats étrangers de la privatisation sans entrave, on rappellera que le libéralisme économique tolère fort bien ce contrôle professionnel dans tous les pays développés, et qu'on ne voit pas pourquoi il le pourchasserait dans les pays pauvres. Aux avocats nationaux, on demandera un peu de clairvoyance et un peu de courage : vendre aux employés de la PPM est une solution à courte vue, qui ne ménage que les intérêts immédiats de ces agents et de la direction de l'entreprise, mais c'est une solution qui crée un handicap durable pour la qualité du service rendu aux malades.

En ce qui concerne la seconde condition, elle évite que le patrimoine d'une société d'Etat ne soit simplement réparti entre quelques heureux bénéficiaires privés. Curieusement, nous n'avons pas remarqué que la PPM ait récemment rappelé cette évidence avec la force qui conviendrait : au contraire (cf. par exemple [44], où il est prévu des conditions de cession que sous d'autres cieux on appelle à juste titre des conditions de braderie). La fixation de la valeur du fonds de commerce en proportion du chiffre d'affaires est traditionnelle dans ce domaine. La proportion utilisée permet, en utilisant des hypothèses simples et plausibles, d'avoir une idée de la rentabilité de l'investissement.

En effet, la rentabilité de l'investissement peut être mesurée par la marge nette. La marge brute de l'officine est actuellement de 25,52 % dont il faut retrancher les charges d'exploitation. Comme on peut s'en convaincre en examinant le tableau donné plus haut (chiffre d'affaires et effectif du personnel par officine), les charges de salaires doivent représenter 3 à 4 % de la valeur des ventes dans les officines dont le personnel est en nombre normal et correctement surveillé, et ne dépasser 10 % que dans les officines maintenues pour assurer la présence du service public ; les autres charges d'exploitation sont actuellement négligeables (voir confirmation de ces deux observations dans [33] p. 4). En bref, la rentabilité de l'investissement, dans les conditions actuelles d'exploitation, est sans doute comprise entre 15 et 22 %, ce qui est remarquablement attractif. Il va de soi qu'on peut augmenter les charges, soit pour mieux servir le client, soit surtout pour mieux rémunérer, directement ou indirectement (par des salaires, par la prise en charge d'un loyer, d'une voiture, etc), l'investisseur : c'est ce qui a été fait dans [33] et plus encore dans [32] pour justifier une marge plus importante pour l'officine. Mais, en première analyse, on ne voit donc pas quelle raison il y aurait de fixer le prix de vente des officines en dessous du niveau de leur chiffre d'affaires annuel.

Cela ne signifie pas que toutes les officines puissent être vendues à des pharmaciens privés. Certaines ne font pas, et ne feront pas dans l'avenir prévisible, un chiffre d'affaires suffisant pour couvrir leurs frais avec le taux de marge qui sera en vigueur. En outre, si on fait obligation à l'acquéreur de repren-

dre le personnel en place (cf. [7], p. 2), on en découragera plus d'un, à la fois en abaissant la rentabilité de l'affaire et en imposant à l'acquéreur un personnel de médiocre qualité et de mentalité administrative incorrigible.

Il va de soi, également, que la rentabilité actuelle de l'investissement peut être compromise par des décisions visant la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, et que la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako peut être compromise par des décisions ou des promesses relatives à la cession des officines. En effet, toute réduction du prix de vente des médicaments, qui bénéficie aux malades, a une incidence sur la rentabilité d'un fonds de commerce pharmaceutique. La rentabilité actuelle est au maximum, parce que les prix d'achat des médicaments sont les plus élevés qu'on puisse trouver sur le marché mondial, et parce que les coefficients utilisés depuis le début 1989 prévoient des marges généreuses, compte-tenu du contexte, pour les distributeurs. La rentabilité future sera nécessairement plus faible si l'Initiative de Bamako ne reste pas qu'un thème de discours, encore vide de contenu pratique, mais devient une réalité au bénéfice des malades, c'est-à-dire se traduit par un abaissement des prix des médicaments essentiels et par la suppression des produits concurrents qui rapportent plus au vendeur.

La troisième condition est imposée par le bon sens ; bien que la Mali soit un pays de droit, ce serait voler la PPM que de lui imposer le paiement à tempérament par les acquéreurs des officines qu'elle céderait ; chacun sait qu'un grand nombre de ces derniers ne paieraient pas. La seule question est de savoir si le secteur bancaire est capable de prêter les sommes qui seraient nécessaires à l'opération envisagée, et à quelles conditions il peut le faire.

Comme on vient de le voir, les modalités raisonnables de la privatisation, celles qui ne bradent pas purement et simplement le capital de la PPM au profit d'investisseurs habiles ou initiés, celles qui n'oublient pas les intérêts essentiels de la santé publique, ramènent à d'étroites proportions l'ampleur parfois vantée, et les grands bénéfices (privés, publics et sociaux) que d'aucuns disent attendre de la privatisation de la distribution pharmaceutique.

Il est irréaliste de croire que les officines de Kidal, Mena-ka, Niafunké, Rharous, Diafarabé..., qui ont un chiffre d'affaires compris entre 3,5 et 6 millions seront les premières à intéresser les capitaux privés. A ce niveau d'activité, même un taux de rentabilité de 20 % ne permet pas d'assurer le remboursement du capital et la rémunération d'un gérant, surtout s'il devait être pharmacien. En dessous d'un certain chiffre d'affaires, la gestion est forcément déficitaire, qu'elle soit privée ou publique, et les capitaux privés ne s'investiront pas.

De celà il résulte clairement que, au lieu de proposer un calendrier irréaliste de cession de toutes ses officines (cf. [7] p. 2), la PPM doit envisager :

- de conserver un certain nombre d'officines ou succursales déficitaires, pour assurer la présence du médicament dans chaque cercle (et rendre possible, à partir du cercle, l'approvisionnement de dépôts d'arrondissement) ;

- de conserver, pour financer les officines ou succursales déficitaires, un certain nombre d'officines ou succursales bénéficiaires, et donc en particulier un certain nombre d'officines de Bamako ; cette solution est, au contraire du calendrier irréfléchi contenu dans la même note, celle-là même qu'impose l'observation indubitable qui le précède : "céder les officines du district et des chefs lieux de région bénéficiaires en gardant les petites officines déficitaires et en créant des dépôts dans les arrondissements risque de mettre la PPM dans l'incapacité d'exploitation" (cf. [7] p. 1) ; une extrême prudence est d'ailleurs nécessaire dans ce domaine, parce que le chiffre d'affaires pharmaceutique de Bamako est désormais partagé entre les officines de la PPM et les officines privées, et par conséquent la rentabilité des officines de la PPM ne peut que décroître progressivement, même à Bamako ;
- de limiter les cessions à un nombre à déterminer d'officines ou succursales cessibles parce que rentables, mais dont la gestion par la PPM ne serait justifiée ni par la mission de service public ni par la nécessité d'équilibrer les pertes provenant de cette mission par des gains d'un montant au moins équivalent.

A ces arguments, on verra ultérieurement s'en ajouter d'autres, purement économiques : d'une part, le coût de la privatisation est déjà mesurable en diminution des marges brutes de la PPM, et en diminution de sa capacité à réaliser l'Initiative de Bamako ; d'autre part, le gain pour la PPM (sous la forme de réduction de charges) d'un abandon des activités de distribution au détail peut lui aussi être chiffré, et on verra qu'il est négatif.

Extension du réseau de distribution de la PPM

Cette idée a été avancée, semble-t-il, au début de l'année 1990 : "Afin que l'Initiative de Bamako soit bénéfique pour l'ensemble de nos populations, une extension des activités de la PPM au niveau périphérique est indispensable pour la réussite de notre politique médicamenteuse : son implantation au niveau de tous les arrondissements répondra ainsi aux objectifs que le Parti et le Gouvernement se sont fixés pour une meilleure couverture sanitaire dans le cadre de l'Initiative de Bamako" ([26] p. 1).

Pour mettre en oeuvre cette idée, la note qu'on vient de citer propose simplement de créer une officine ou succursale dans chaque arrondissement qui n'en disposerait pas encore (il y en aurait 223, semble-t-il), d'y redéployer le personnel des officines existantes (s'il dépasse deux agents), ce qui fournirait 91 des postes nécessaires, et de créer les emplois supplémentaires voulus, soit 169. Cette démarche très volontariste suppose :

- qu'il soit possible d'envoyer dans les arrondissements près de la moitié des agents qui se trouvent actuellement dans les cercles (la note reconnaît la taille de l'obstacle en précisant qu'on ne pourra pas renvoyer dans les arrondissements plus d'un sur deux des agents excédentaires dans les officines de Bamako) ;
- qu'il soit possible de financer les frais de fonctionnement de plus de 200 officines ou succursales supplémentaires.

Pour fixer les idées, supposons que l'on soit amené à donner 40.000 FCFA mensuels charges comprises à chaque employé de ces nouvelles succursales. L'embauche de 169 agents supplémentaires coûtera un peu plus de 80 millions FCFA par an. Le coût annuel de fonctionnement de chaque succursale serait de l'ordre de 500.000 FCFA pour le personnel et par exemple de 100.000 FCFA pour les frais (loyer, papeterie, pétrole...).

Et quel chiffre d'affaires peut-on attendre, en moyenne, d'une succursale d'arrondissement ? La seule façon d'estimer le chiffre d'affaires des actuels dépôts (que ces succursales remplaceraient) utilise le montant des remises faites aux officines lorsqu'elles vendent aux dépôts. En 1986, le montant des remises avait atteint 160 millions, et comme elles représentent entre 10 et 15 % des ventes (en principe 15 % pour la première mise en place et 10 % pour les commandes de renouvellement), le chiffre d'affaires des dépôts aurait été cette année-là de 1 à 1,6 milliard FCFA. Pour combien de dépôts ? Personne ne le sait vraiment, parce que les autorités administratives rivalisent d'ardeur dans la distribution d'agréments : outre la PPM et le Ministère de la santé, tout le monde a voulu s'en mêler, les coopératives, les chefs d'arrondissement, les médecins chefs, les commandants de cercle, les gouverneurs, etc. Aussi, on est en droit d'hésiter entre un nombre de 529 (cf. [6], p. 14) ou de 468 (cf. [28]) ou de 274 (d'après la liste des dépôts pour lesquels la PPM aurait retrouvé la preuve d'un agrément, cf. [27]) à 279 (cf. [40], p. 10).

Evidemment, si ces données étaient fiables, bien que très imprécises, on devrait en tirer la conclusion que le chiffre d'affaires annuel moyen par dépôt était supérieur en 1986 à 1,9 million FCFA, ce qui, dans certaines conditions (à vrai dire assez coûteuses pour le malade : il faut imaginer que les frais de distribution majoraient de 50 % le prix de revient des médicaments rendus au dépôt), permettrait de supporter des dépenses annuelles de fonctionnement de 600.000 FCFA.

Mais ces données sont fausses. Les succursales ont, pendant des années, volé la PPM en déclarant fournir aux dépôts des produits qui en fait étaient vendus par elles au détail. En effet, si une officine passe une commande prétendument destinée à un dépôt, elle voit son compte crédité de la remise, et c'est tout bénéfice pour le gérant si les produits sont, ensuite, vendus au détail. Un moyen de contrôle ayant été introduit depuis 1986, on constate que le montant des remises n'est plus, en 1988, que de 52 millions ! Si toute fraude a disparu, ce qui n'est pas sûr, le chiffre d'affaires par dépôt n'est plus guère supérieur en 1988 à 1 million, sur lequel il est évidemment bien difficile de financer 600.000 FCFA de charges ! Quant au dernier chiffre qui nous ait été communiqué par la PPM, soit 133,6 millions de remises pour 1989 correspondant à un chiffre d'affaires de 891 millions, il traduit le fait que l'année 1989 a été, grâce au coefficient en vigueur (1,9), très bonne pour tous, sauf pour les malades.

Selon une autre source (cf. [29]), qui ne donne aucune indication sur la méthode suivie pour parvenir au résultat cité, les dépôts auraient réalisé 7 % du chiffre d'affaires de la PPM en 1987 (5,8 milliards FCFA de vente de produits pharmaceutiques) : soit 413 millions, à répartir entre trois à cinq centaines de dépôts, c'est-à-dire environ 1 million par dépôt, à nouveau, en ordre de grandeur.

En résumé, il est certain que tous les dépôts d'arrondissement ne couvriront pas tous leurs frais. Mais ce n'est pas une découverte : toutes les succursales de cercle ne couvrent pas leurs frais, et la PPM n'a pas fait faillite pour autant (si elle n'en n'est pas passé loin, c'est pour d'autres raisons). La question est de savoir s'il y a un intérêt à supporter un déficit dans certains dépôts et dans certaines succursales (un intérêt de santé publique par exemple) et quel prix on est prêt à payer pour que les malades aient accès au médicament. On y reviendra plus loin.

Dépôts communautaires

L'essentiel de l'Initiative de Bamako n'est pas l'approvisionnement en médicaments essentiels, en particulier parce que, en dehors de l'Afrique francophone notamment, beaucoup de pays utilisent déjà depuis longtemps cette stratégie (comme l'a rappelé à Bamako le Dr CREESE, O.M.S. (Genève), lors de l'atelier national du 31 mai 1989 sur le recouvrement des coûts récurrents de la santé, cf. [13], voir aussi [14]) ; l'essentiel est dans la gestion par les communautés d'un système de soins de santé de base (notamment soins de santé maternelle et infantile) dont le financement est assuré par le remplacement des médicaments commerciaux par des médicaments essentiels.

"Le but de l'Initiative de Bamako est d'assurer l'accès universel aux soins de santé primaires/soins destinés aux mères et aux enfants. L'atteinte de cet objectif sera facilitée par une décentralisation substantielle de la prise de décision au niveau du district, par la gestion des soins de santé primaires au niveau communautaire, par le paiement des prestations par l'utilisateur dans le cadre d'un contrôle communautaire, et par une politique nationale réaliste du médicament fondée sur l'approvisionnement en médicaments essentiels assurant l'autonomie des soins de santé primaires, l'accent étant mis sur la promotion de la santé des femmes et des enfants" (notre traduction d'après [15], p. 1, à la place d'une traduction officielle qui utilise, comme souvent, un français confus).

La création de dépôts communautaires n'est qu'une façon de comprendre l'Initiative de Bamako ; en effet, une interprétation plus directe eût bien évidemment été que le système local de santé soit placé sous la responsabilité d'un comité de gestion auquel serait confiée, parmi d'autres tâches, celle de gérer le dépôt de médicaments essentiels ; contrairement à ce qu'on pouvait entendre de la plus haute autorité de l'Etat (cf. [35], p. 4), on a visiblement jugé, dans certains milieux, que l'organisation administrative du système de santé devait absolument être préservée, et que seuls de petits dépôts de quelques médicaments essentiels pouvaient être abandonnés à une gestion communautaire. L'ordre dans lequel sont reclassés, dans un exposé introductif à l'Atelier national "Initiative de Bamako" (cf. [16] pp. 27 et suivantes), les éléments cités ci-dessus dans le texte de l'UNICEF n'est certainement pas dû au hasard : ce qui est en pratique au premier rang au Mali, c'est un processus administratif de planification-budgétisation-gestion, puis viennent la disponibilité et l'accès-

sibilité du médicament essentiel, puis, en dernier lieu, la participation et la gestion communautaires.

S'agirait-il, en fait, d'une interprétation réaliste, compte-tenu du contexte malien ?

La mise en place de dépôts communautaires ne peut être réalisée ni par décret, ni par des campagnes de sensibilisation, si bien conçues qu'elles puissent être. Le problème que pose la création de dépôts communautaires est celui des capacités de gestion disponibles au niveau des communautés. Bien entendu, il est encore plus difficile de mettre en place des dépôts communautaires que de faire fonctionner des dépôts gérés par le personnel des services de santé, par exemple, et pour une raison simple : ce personnel dispose au moins d'une formation scolaire élémentaire, alors que l'alphabétisation de la population des villages reste à faire. Or le Mali a une longue expérience des dépôts confiés aux formations sanitaires, gérés en pratique par le personnel des services de santé (infirmiers, le plus souvent, médecins parfois). Cette longue expérience a donné des résultats contrastés, acceptables semble-t-il dans les 6ème et 7ème régions (cf. [17], [18]), où la supervision et les séminaires régionaux ont certainement joué un grand rôle, en même temps que des procédures, aujourd'hui jugées trop lourdes (cf. [17] pp. 8 et 14), de contrôle financier ; résultats nettement moins satisfaisants dans la seconde région, où l'on reste absolument incapable, dix ans après le premier plan de soins de santé primaires, cinq ans après un plan de relance des mêmes activités, de savoir où passent les médicaments, ou de constituer un fonds pour le renouvellement du stock initial (cf. [18], [19]), et échec complet dans les première et troisième régions (cf. [18] pp. 5-7 et 11-17).

A fortiori, lorsque les dépôts sont laissés à la discrétion de gérants théoriquement contrôlés par des comités villageois, mais dans lesquels on trouve en pratique beaucoup trop d'illettrés pour que la gestion soit tenue par écrit et devienne donc contrôlable et beaucoup trop de petits notables corrompus.

Le problème est donc que les capacités de gestion sont très rares, et que leur identification et leur consolidation ne peuvent pas être réalisées en quelques heures par une mission puissamment motorisée arrivant de la capitale, ou du chef-lieu de région, ou même du cercle ; au contraire, probablement, l'initiative administrative ne peut plus obtenir qu'une réponse stéréotypée d'acceptation sans conviction et sans engagement. Dans ce contexte, il reste possible, après avoir créé sur le papier des dépôts communautaires ici et là, de distribuer toute quantité de médicaments qui sera fournie par l'aide extérieure, et même de recouvrer des sommes symboliques à cette occasion. De cela, toutes les ONG, tous les jumelages, mais aussi le PDS et la deuxième région ont donné des exemples probants et même, hélas, inoubliables. Mais cela n'est pas s'engager dans la voie de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, c'est faire semblant.

De cette ornière, le manque de capacités de gestion pour les dépôts communautaires, on ne sortira pas en un jour, ni en un an ; on n'en sortira que si l'on entreprend un très patient effort d'i-

identification des capacités de gestion disponibles dans certains villages, et si on encourage ces capacités à prendre de nouvelles responsabilités, ce qu'elles ne feront que si leur indépendance est désormais scrupuleusement respectée par l'administration. Il n'est pas réaliste de prévoir qu'on installera du jour au lendemain, à la suite d'une simple campagne de sensibilisation ou de formation, des dépôts communautaires dans les arrondissements ou secteurs de développement. On installera ces dépôts un à un, si on s'attache à prouver quotidiennement qu'il ne s'agit pas là d'une nouvelle activité politico-administrative, mais d'une activité entièrement laissée à la discrétion de la communauté de base qui en prend l'initiative, et si l'on est prêt à poursuivre l'effort jour après jour, sans tapage ni précipitation, sans redouter les échecs, pendant une dizaine d'années au moins.

Rien ne dit que cette solution ne soit pas praticable. On croit savoir que plus de 1200 associations villageoises ont des activités de commercialisation des céréales, et que 960 d'entre elles ont reçu au total près de 800 millions de crédits pour la dernière récolte dans le cadre du programme de restructuration du marché céréalier. De telles réalisations donnent bon espoir, et elles fournissent aussi des modèles d'intervention : en particulier des modèles fondés sur l'alphabétisation et l'éducation, des modèles de grande discrétion de l'intervention administrative, des modèles de respect absolu des décisions des associés, etc.

Dépôts dans les formations sanitaires

Cette idée a été évoquée au cours des derniers mois, probablement parce qu'elle permettrait de prétendre qu'on a fait quelque chose dans le sens de l'Initiative de Bamako même si on devait échouer dans ce qu'on sait l'essentiel. Par la création de pharmacies hospitalières et autres formes de dépôts dans les formations sanitaires, on parviendrait en effet à y faire réapparaître le médicament, dont on manque absolument depuis plusieurs années, même si on échouait à imposer le médicament essentiel partout où il peut (et donc devrait) remplacer les spécialités, c'est-à-dire dans toutes les officines publiques et privées.

La crainte de cet échec est évidemment liée à la difficulté de la manoeuvre, qui doit rendre compatibles les décisions prises en faveur de la profession pharmaceutique --la privatisation de la distribution-- et les promesses faites aux populations et aux partenaires du développement --l'Initiative de Bamako : promouvoir l'accessibilité du médicament par l'approvisionnement en médicaments essentiels au prix le plus bas, promouvoir la gestion de la santé par les communautés, notamment--.

La capacité des formations sanitaires à gérer des dépôts de médicaments est inférieure à leur capacité à gérer leurs autres ressources, parce que la gestion d'un stock de médicaments est plus difficile que la gestion d'un petit budget de ressources propres. De nombreux exemples montrent les limites des capacités dans ce dernier domaine : de quels soins ne faut-il pas, sous forme de recyclage, formation, supervision, missions d'experts, évaluations, création de supports, séminaires régionaux ou locaux, etc... accompagner la gestion de leurs ressources propres, dans le PDS, dans les 6ème et 7ème régions, dans la 5ème région (cf. [41]), et même et surtout dans les hôpitaux nationaux (cf. [20],

[21]), pour que quelques tâches élémentaires soient accomplies avec régularité, pour que les recettes attendues soient encaissées au moins dans une proportion acceptable, pour qu'elles soient comptabilisées de façon vérifiable, pour qu'elles ne soient pas détournées par l'administration elle-même (cf. par exemple [30], p. 19), pour que les dépenses prévues soient autorisées, puis exécutées, etc... ? Que d'efforts par exemple pour obtenir que les sommes versées au compte bancaire créé à cet effet dépassent la moitié (cf. [22], p. 31) ou les deux tiers (cf. [23] p. 2) des sommes qui devraient s'y trouver ! Que d'efforts pour obtenir que l'état des stocks soit tenu et que des règles simples de lancement des commandes de réapprovisionnement soient respectées ! Que d'efforts pour faire comprendre qu'il n'y a pas de bonne marche d'un service sans contrôle, et pas de contrôle sans sanction, et que d'efforts pour convaincre les responsables de prendre leurs responsabilités dans ces domaines (cf. notamment [41], chapitre sur Bankass, pp. 15-17, chapitre sur Djenné p. 15, chapitre sur Douentza p. 10).

En outre, la gestion du médicament essentiel par les formations sanitaires a pour inconvénient d'y faire cohabiter des médicaments payants (les médicaments essentiels, dont on veut recouvrer le coût, dans l'esprit de l'Initiative de Bamako) et les médicaments gratuits (ceux qu'on obtient du Ministère de la Santé, et qui sont en principe destinés aux "premiers soins"). Il est inévitable que cette coexistence, difficile à comprendre pour la plupart des malades, engendre cette gangrène des hôpitaux qu'est la revente aux patients des médicaments gratuits ; ce risque est si bien connu, si simplement rappelé (cf. par exemple [36], p. 1), que toute proposition qui n'en tient pas compte doit être considérée comme suspecte.

Enfin et surtout, la gestion du médicament par les formations sanitaires a pour inconvénient majeur de regrouper sous la même autorité professionnelle, sans contrepois, la consultation et la fixation (et éventuellement l'encaissement) de son prix, la prescription du médicament, sa délivrance, l'encaissement de son prix, la gestion du bénéfice tiré de cette vente, et le renouvellement du stock. Pour cette raison, dans le contexte actuel, cette solution est incontrôlable ; si on veut la maîtriser, on distingue clairement les deux activités et on les organise différemment, comme par exemple l'a prévu la planification sanitaire de la 5ème région et comme elle le réalise (cf. [41], pp. 5-10).

Signalons aussi, pour mémoire, que, dans l'état des textes et des pratiques concernant la gestion des formations sanitaires, cette solution ne permet aucune réelle participation de la communauté.

En résumé, les pharmacies hospitalières et autres formes de dépôts gérés par l'administration ne sont pas une solution au problème posé ; elles ne sont qu'une caricature de l'Initiative de Bamako, parce qu'elles n'autorisent aucun contrôle de la communauté à laquelle elles sont censées s'adresser sur l'emploi des fonds qu'elles collecteront ; elles seront en outre difficiles à gérer dans le contexte actuel d'assèchement de toutes les caisses de

l'administration et d'extrême fragilité des gestions publiques. Il est loisible de faire construire des pharmacies hospitalières et il est loisible d'y convoquer bientôt la télévision ; mais ce n'est pas par là que passe la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako.

7.3 Coûts et avantages de ces solutions

Pour comparer les coûts et avantages de ces solutions, on commence par synthétiser les données dont on dispose concernant le coût de l'importation et de la distribution des médicaments, tant pour la PPM que pour les autres opérateurs actuellement autorisés ou tolérés. Ensuite, on peut montrer ce qu'il est légitime d'attendre de la privatisation de la distribution. Puis on en vient à préciser les conditions à remplir pour que les médicaments soient rendus disponibles dans les arrondissements, ce qui peut se faire soit par une extension du réseau de la PPM, soit par le recours à des dépôts communautaires, soit par une combinaison souple de ces deux éventualités. Il n'est plus question, ci-dessous, de dépôts dans les formations sanitaires, parce qu'on vient de montrer qu'il ne s'agit là que d'une fausse fenêtre.

Coût de l'importation et coût de la distribution par la PPM

Les partisans de la privatisation de la distribution des médicaments ont parfois prétendu qu'on devait en attendre une sensible diminution des charges d'exploitation de la PPM. L'image évidemment assez peu dynamique que donnent d'eux les employés de la PPM qu'on trouve dans ses officines et succursales ne suffit pas à prouver que l'argument est juste. On avait imaginé que la présente étude pourrait parvenir à chiffrer le coût des principales fonctions de la PPM : cela n'a pas été possible parce que la PPM non seulement ne dispose pas d'une comptabilité analytique, mais encore ne peut pas fournir les éléments statistiques qui pourraient servir de clés pour une imputation approximative.

Nous utilisons ici l'estimation à laquelle est parvenue Monsieur MANCHE (cf. [45], pp. 21-22), qui, après avoir examiné l'organisation de la PPM et les fonctions des principaux services, affecte à la distribution les charges suivantes en particulier (nous négligeons quelques autres rubriques) :

- la totalité du personnel des régions, et celui des officines du district, le coût de ce personnel étant obtenu en multipliant les effectifs par le salaire moyen chargé (fourni par la PPM) ;
- les deux tiers des postes "impôts et taxes", "travaux et fournitures diverses" et "frais de gestion", et la totalité du poste "transport et déplacement du personnel" ;
- 30 % du personnel de la direction administrative et 30 % du personnel de la direction financière et comptable.

Sur ces bases, le coût de la fonction distribution serait de l'ordre de 480 millions en 1988 (et sans changement notable en 1989). Comme la seule autre fonction d'intérêt de la PPM est la fonction importateur-grossiste, et comme les charges d'exploita-

tion sont de 2 milliards en ordre de grandeur, la distribution représente la quart, et l'importation-répartition les trois quarts des charges actuelles de la PPM.

Pour faire face à ces charges, la PPM dispose d'une marge qui dépend à la fois du coefficient utilisé pour fixer les prix de vente au public, du taux de marge accordé au distributeur, et de la part de la distribution privée qui est assurée par la PPM. L'étude de M. MANCHE, bien que reposant sur des hypothèses un peu moins nombreuses que celles que nous considérerons par la suite, montre que, du point de vue de l'équilibre de la gestion de la PPM, l'abandon de la distribution n'est pas viable (cf. [45] pp. 38 et 44).

Coût de la distribution des médicaments

A l'aide des éléments que fournissent les multiples expériences de grande envergure qui ont été conduites au Mali ces dernières années, et qui sont décrites avec plus de détail dans une annexe à ce rapport ("Données de base sur le coût de la distribution d'après les expériences maliennes originales"), nous tentons ci-dessous de fixer, en valeur absolue et en proportion de la valeur des ventes, le coût de l'approvisionnement (transport jusqu'au lieu de la vente) et de la distribution (vente en détail et en gros) des médicaments à partir de Bamako jusqu'aux arrondissements. Pour cela, nous considérons que chaque segment d'approvisionnement et de distribution doit couvrir ses frais : au niveau de l'arrondissement, il faut couvrir les frais liés au transport des médicaments depuis le chef-lieu de cercle, ainsi que les frais de personnel et de fonctionnement du magasin ; au niveau du cercle, il faut couvrir les frais de transport des médicaments à partir du chef-lieu de la région, et les frais de personnel et les frais de fonctionnement du magasin de cercle, etc.

De l'expérience des 6ème et 7ème régions, nous retenons que le transport de Bamako à un chef lieu de région coûte 3,3 % de la valeur CAF Bamako des médicaments essentiels transportés ; de même, le transport du chef lieu de région au cercle coûte 3,9 % et le transport du chef-lieu de cercle à l'arrondissement 4,6 % de la même valeur ; au total 11,8 pour 100. L'expérience de la 5ème région montre que le premier de ces pourcentages est un minimum : le coût du transport de Bamako au chef lieu de région peut atteindre 5 % de la valeur CAF Bamako des médicaments essentiels transportés.

En ce qui concerne les charges liées à la distribution, on retiendra les ordres de grandeur ci-dessous :

- le fonctionnement (personnel et frais) de deux magasins régionaux coûte à lui seul, d'après l'expérience des 6ème et 7ème régions, 5 % de la valeur CAF Bamako des médicaments essentiels ; si l'on veut que le personnel du magasin régional soit qualifié, le coût sera nettement supérieur : il faudra compter en ordre de grandeur 800.000 FCFA de plus, et le pourcentage passera à 7,2 % de la valeur CAF Bamako des médicaments essentiels ;

- les frais de fonctionnement d'un magasin de détail dans un cercle sont, si l'on veut amortir le matériel, entretenir les locaux et le matériel, disposer de ce qui est nécessaire en papeterie, etc. de l'ordre de 680.000 FCFA annuellement (d'après l'expérience des 6ème et 7ème régions) ;
- les frais de personnel d'un magasin de cercle sont au minimum de 320.000 par an si le magasin est tenu par un employé du niveau de la 9ème (comme dans la 5ème région), et de 440.000 FCFA si le magasin est tenu par un infirmier de premier cycle ; ils passent à 660.000 FCFA si l'on veut installer deux agents (un infirmier de premier cycle et un gardien) ; ils dépassent 1.000.000 FCFA si l'on veut disposer dans le cercle d'une officine tenue par un pharmacien aidé par un agent non qualifié ;
- les frais de personnel d'un magasin d'arrondissement (ou de secteur) peuvent être limités à environ 300.000 FCFA par an ; ils peuvent comprendre une allocation mensuelle forfaitaire couvrant le coût de l'acheminement, dont se charge le gérant, des médicaments depuis le cercle (cf. expérience de la 5ème région).

Calculons l'ordre de grandeur du coût de l'approvisionnement et de la distribution à l'aide des données ci-dessus.

Au niveau périphérique, desservir 234 arrondissements (c'est-à-dire ceux qui ne sont pas chefs-lieux de cercle) coûtera $2000 \times 12 \times 234$ (soit 5,6 millions par an) si on indemnise le gérant chargé de se rendre au chef-lieu une fois par mois ; les rémunérations des gérants coûteront entre 300.000×234 (soit 70,2 millions) et 500.000×234 (117 millions) ; prévoyons encore 120.000 FCFA par an et par magasin en frais divers d'entretien et de fonctionnement (soit 28 millions). Il faut conclure que faire fonctionner un dépôt dans chacun des 234 arrondissements périphériques ne doit pas coûter beaucoup plus que 100 millions FCFA par an.

Il faut aussi desservir 39 chefs-lieux de cercle non chefs-lieux de région, dont le magasin aura pour mission à la fois de servir le public et de servir les gérants des magasins d'arrondissement ; cette tâche peut être limitée, parce qu'on peut s'organiser de telle sorte que ces gérants ne se présentent pas plus d'une fois par mois. Imaginons que chacun de ces magasins soit tenu par deux agents : les frais de personnel seront de l'ordre de 660.000 FCFA annuellement, soit $660.000 \times 39 = 26$ millions ; les frais de fonctionnement, amortissement compris selon l'expérience des 6ème et 7ème régions, atteindront 26,5 millions annuellement ; le transport à partir du chef-lieu de région doit coûter 4 % de la valeur vendue dans les cercles considérés, et celle-ci pourrait être, pour l'ensemble de ces cercles, de l'ordre de 2 milliards, de sorte que le coût de transport depuis le chef-lieu de région, atteindrait 80 millions. En additionnant le tout, on aboutira à un ordre de grandeur de 140 millions FCFA annuellement. Si on employait un personnel plus qualifié, les frais de personnel passeraient à 39 millions, et le total des frais (y compris le transport depuis le chef-lieu de région) resterait inférieur à 160 millions.

Il faut aussi desservir 7 chefs-lieux de région. Admettons qu'on ait besoin ici, en toute hypothèse, d'une organisation (officine et magasin grossiste) nécessitant dix employés, avec une

rémunération chargée de 55.000 FCFA par employé en moyenne. La charge des salaires sera alors de 46 millions, à quoi on ajoutera 8,4 millions de frais de fonctionnement (1,2 million x 7). Quant au coût de transport à partir de la capitale, il est estimé sur la base de 3,5 % de la valeur CAF Bamako des médicaments vendus dans les régions (ce qui est un maximum, puisqu'on utilise le coût chiffré pour Gao et Tombouctou) : 105 à 150 millions (selon qu'on utilise 3,5 % ou 5 % de 3 milliards) pour fixer les idées. Au total, l'approvisionnement et la distribution gros et détail dans les chefs-lieux de régions de médicaments partant de Bamako coûte en ordre de grandeur 150 à 200 millions.

De ce qui précède, il faut évidemment conclure :

1°) que les segments d'approvisionnement et de distribution qui coûtent cher sont ceux que la PPM assure déjà --à savoir l'approvisionnement et la distribution jusqu'au cercle-- ; comparative-ment à ceux-là, le segment d'approvisionnement et de distribution qui va du cercle aux arrondissements peut être organisé à coût modique, comme cela a d'ailleurs été démontré en pratique par les ONG qui interviennent dans les 5ème, 6ème et 7ème régions ;

2°) que notre estimation des coûts de transport est une valeur par excès, à la fois parce que nous utilisons les pourcentages calculés sur Gao et Tombouctou (ce qui est évidemment exagéré pour Sikasso, Ségou et même Mopti) et parce que nous utilisons la valeur actuelle des ventes par segment (alors que la valeur future des ventes pourrait être plus faible du fait du remplacement de spécialités par des médicaments essentiels) ;

3°) qu'au total la distribution coûte cher (près de 500 millions en ordre de grandeur), si l'on veut desservir 246 localités réparties dans tout le pays.

On aura remarqué que ce dernier chiffre est très comparable à ce qu'est le coût actuel de la fonction distribution de la PPM ; on a donc montré qu'à coût inchangé il serait possible de desservir tous les arrondissements du Mali. Ce n'est qu'une nouvelle illustration du fait qu'il est désormais absolument nécessaire d'amener la PPM à se préoccuper de la productivité des ressources qui lui sont confiées.

Limites prévisibles de la privatisation de la distribution

Si l'on se fie sur ce point aux experts consultés depuis plusieurs années, la privatisation des officines n'est intéressante pour un investisseur privé que si le chiffre d'affaires atteint ou dépasse 100 millions (voir les hypothèses des études de faisabilité, cf. [32] et [33]). En 1988, comme on peut le vérifier sur le tableau reproduit plus haut, 14 officines de Bamako dépassent cette barre ; dans les régions, on ne trouve à ce niveau de chiffre d'affaires, outre quatre capitales régionales (Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti), que San et Koutiala.

Dans ces conditions, l'avenir de la privatisation de la distribution pharmaceutique est sombre. Plus précisément, ces conditions ne permettent de poursuivre la privatisation qu'en ruinant la PPM puisqu'on lui imposera de liquider ses officines de Bamako tout en l'obligeant à assurer une mission sociale qui consiste à

conserver la gestion d'officines non rentables dans les cercles défavorisés. Mais, si les experts ont raison et si la PPM doit survivre, elle doit conserver des succursales bénéficiaires, parmi celles qui intéressent les investisseurs privés, c'est-à-dire parmi celles des capitales régionales et de Bamako. Il serait facile pour la PPM, en tenant compte de ses charges actuelles dans ses officines des cercles qui ne sont pas capitale régionale, de préciser cette contrainte (en allant jusqu'à déterminer le nombre d'officines bamakoises bénéficiaires à conserver pour éviter la faillite). Le champ éventuel d'une privatisation sans dilapidation du patrimoine national serait alors délimité.

La question est cependant un peu plus compliquée, parce que les experts ont visiblement prévu des conditions d'exploitation qui, dans le contexte, assureraient une rentabilité très forte, pour ne pas dire spéculative, aux capitaux investis. En effet l'expérience de l'année 1989 montre que des capitaux au total importants se sont investis à Bamako dans de petites officines de quartier. Il est possible que la rentabilité de toutes les officines de ce type ne soit pas garantie, mais leur seule existence montre que beaucoup d'investisseurs, sachant ce que sont en pratique les conditions de travail des jeunes Bamakoises, fussent-ils diplômés, ont jugé rentable de placer leurs capitaux dans ces affaires. Or, si on diminue le seuil de rentabilité, on augmente le nombre des officines qui deviennent intéressantes pour le secteur privé, et on augmente la difficulté pour la PPM de faire face à la concurrence.

Combien pourrait-il y avoir d'officines intéressantes avec la marge actuelle de 25,52 % ? Considérons un exemple illustratif simplifié, où la distribution est organisée dans les conditions expérimentées par les 5ème, 6ème et 7ème régions (voir plus haut : le personnel et le fonctionnement constituent une charge fixe de 1.340.000 FCFA, le transport bien organisé coûte, en % de la valeur vendue, 3,3 % de Bamako à la région, plus 3,9 de la région au cercle), et où l'investissement est évalué d'après les propositions des experts (valeur du fonds égale au chiffre d'affaires annuel, valeur du stock égale à 30 % du chiffre d'affaires) et doit rapporter 10 % annuellement. Comme le taux de marge est actuellement de 25,52 %, on calcule facilement que le chiffre d'affaires d'équilibre est de l'ordre de 24 millions FCFA. En effet, si on désigne par CA le chiffre d'affaires, l'équilibre s'écrit :

$$CA \times 0,2552 = 0,1 \times CA \times (1 + 0,3) + CA \times 0,072 + 1.340.000$$

où le membre de gauche est la marge, le premier terme du membre droit la rémunération du capital investi, le second terme le coût du transport, et le troisième les frais de personnel et de fonctionnement.

En 1988, 38 officines de la PPM sont en dessous de la barre, et les 61 autres sont donc intéressantes. Si la charge fixe est augmentée à 1.680.000 FCFA pour permettre l'embauche d'un employé plus qualifié, la barre passe à 30 millions, et 53 officines restent intéressantes. Notons encore que le chiffre d'affaires d'équilibre augmente très rapidement avec le taux de rentabilité exigé : si ce taux passe à 12 %, le chiffre d'affaires d'équilibre

atteint 49 ou 61 millions ; s'il passe à 13 %, il faut monter jusqu'à 94 ou 118 millions (ce qui oblige certainement à revoir les frais de personnel et de fonctionnement).

En bref, si on ne brade pas le patrimoine de la PPM, les officines intéressantes dans les conditions d'exploitation qui seront effectivement pratiquées au Mali sont celles qui devraient exiger un investissement de l'ordre de 40 millions minimum (valeur du fonds plus stock). Mais dans ces conditions, il est bien prévisible que les investisseurs privés préféreront créer de nouvelles officines plutôt que d'acquérir celles de la PPM. Ce faisant, ils mettront la PPM en concurrence, et elle devra se défendre en améliorant sa gestion : le malade et la santé publique devraient en bénéficier.

A ces considérations, il faut ajouter la suivante : la cession par la PPM de ses officines dont le chiffre d'affaires est suffisamment élevé pour intéresser le secteur privé, c'est-à-dire d'officines de capitales régionales ou de cercles relativement aisés, la priverait du moyen le plus simple d'approvisionner les dépôts périphériques, privés ou communautaires. Or de cela, on l'a vu plus haut, il faut bien aussi se préoccuper si on veut rendre le médicament essentiel enfin accessible aux populations reculées.

Si ce qui précède est exact, on peut conclure que, à moins que les pouvoirs publics ne décident de brader la PPM, la privatisation se poursuivra par la création de petites officines dans Bamako et certaines des capitales régionales, voire quelques cercles de la 3ème région, sans que la PPM puisse céder les succursales qu'elle mettrait en vente. La distribution par la PPM sera donc concurrencée, sur les terrains sur lesquels elle est la plus rentable, et pour y faire face au bénéfice du malade il faudra d'abord améliorer la compétitivité de la PPM par la réduction de tous ses coûts d'exploitation, puis, quand les limites de cette solution auront été atteintes, en jouant sur les prix de vente.

Il ne faut donc pas attendre de la privatisation quelque miracle que ce soit. Son effet le plus visible sera que la PPM sera concurrencée là où le risque est nul pour l'investisseur privé, et là seulement. De cette concurrence, la PPM devra tenir compte, en se préoccupant enfin, après trente ans de monopole et de gestion bureaucratique, d'améliorer sa productivité et la qualité de son service, au lieu de ne penser qu'à protéger l'emploi de son personnel et à masquer ses insuffisances professionnelles ; de cette concurrence, la santé publique et le malade pourraient bénéficier.

Distribution dans les arrondissements

Les données dont on dispose ne permettent pas de penser que beaucoup d'officines privées s'installeront dans des arrondissements périphériques. La PPM s'est déjà intéressée à certains d'entre eux, et d'ailleurs avec succès : toutes ses succursales installées dans des arrondissements ont un chiffre d'affaires supérieur à 16 millions en 1982 (sauf celle de Diafarabé, créditée de 4,8 millions seulement). Elle peut dans l'avenir perdre son avantage, là comme ailleurs, mais elle peut aussi chercher à le défendre.

Certes, il est probable que les capitaux familiaux, qui actuellement cherchent à se placer dans les petites officines de Bamako, tenteront ensuite leur chance dans les régions. Comme la PPM est incapable de nous fournir le chiffre d'affaire exact des actuels dépôts, on ne peut rien prévoir de la mesure que pourrait prendre ce mouvement. Toutefois, l'intuition suggère que, si un pas est fait par le Mali dans la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, et si les prescripteurs comprennent l'intérêt de cette politique pour la santé publique, les dépôts d'arrondissement pourraient faire l'essentiel de leur chiffre d'affaires en médicaments essentiels (même si les officines urbaines continuent à vendre beaucoup de spécialités et de parapharmacie) ; dans ce cas, les dépôts d'arrondissement ne seront très probablement pas rentables pour le secteur privé.

A l'opposé de ces incertitudes, l'expérience de trois régions du Mali montre de façon convaincante -- peut-être même de façon si convaincante que certaines susceptibilités ont cru devoir s'en montrer froissées -- qu'il est possible d'assurer la disponibilité du médicament dans les arrondissements. Cette expérience fournit aussi le coût de l'approvisionnement et de la distribution à ce niveau dans les conditions qui ont été choisies.

En ce qui concerne la disponibilité du médicament dans les arrondissements, la seule question est donc de savoir si la PPM, ou les collectivités locales, ou des groupes privés à caractère non lucratif, ou éventuellement des commerçants (si on arrivait à trouver mieux que des débailes ou prête-noms tout juste bons à manger le stock qui leur est remis, sans même avoir à s'en cacher, cf. [37], [38], et [18] pp. 158-160, pour l'expérience du PDS), sont capables de faire dans d'autres régions ce que font d'ores et déjà dans trois régions des gérants recrutés localement, formés et payés sur place, supervisés par les médecins chefs et le pharmacien régional avec l'aide d'une ONG. Les conditions à remplir ne relèvent ni de la bonne volonté ni de la charité ni de l'engagement politique ; elles ont trait à l'organisation du travail, à sa rémunération et au contrôle de la régularité des opérations.

L'organisation du travail la plus efficace est, à l'expérience, celle qui utilise un gérant salarié chargé de tenir le magasin d'arrondissement, de servir les médicaments prescrits, d'assurer le transport des produits depuis le cercle ; ce gérant n'a pas le droit de prescrire, ni de délivrer des médicaments non prescrits ; il est purement et simplement renvoyé s'il enfreint ces règles ; il reçoit une allocation forfaitaire de 2000 FCPA par mois pour couvrir ses frais de déplacement ; il est payé à l'occasion de son déplacement mensuel, au cours duquel il présente ses comptes et sa commande de réapprovisionnement ; il est, et cela est capital, régulièrement supervisé par le médecin chef de cercle et par le pharmacien régional. Les règles sont claires pour tous, elles sont les mêmes pour tous, elles sont connues de tous, elles sont appliquées sous l'oeil de la conscience, sans tergiverser ; le système exige simplement que les superviseurs soient eux-mêmes tous connus comme irréprochables.

Le coût de fonctionnement de 223 dépôts d'arrondissement a été chiffré, plus haut, à 134 millions. Même si on devait dégager 1 million par an et par cercle pour couvrir les frais de la supervision de ces dépôts d'arrondissement, il ressort que la

disponibilité du médicament dans tous les arrondissements peut être obtenue très simplement si on décide d'y consacrer au total 200 millions.

Or, si aujourd'hui les dépôts d'arrondissements vendent pour environ 500 millions FCFA (cf. les estimations avancées plus haut), la marge distributeur due à leur activité atteint 127 millions (sur la base d'un taux de 25,52 %), un peu plus de la moitié des coûts d'approvisionnement et de distribution qu'ils entraînent. Il faut donc soit augmenter le taux (si les conséquences d'une telle augmentation sur l'ensemble du système de distribution sont toutes heureuses, ce qui demandera ultérieurement un examen attentif), soit permettre à l'organisme chargé d'assurer la disponibilité du médicament dans tous les arrondissements de subventionner, d'une façon ou de l'autre, ces dépôts. La subvention à trouver est de l'ordre de 100 millions ; la façon la plus simple de la distribuer est évidemment de prendre en charge une partie des rémunérations des gérants.

On doit, bien entendu, tenir compte ici aussi du fait que le remplacement des spécialités par des médicaments essentiels diminuera le chiffre d'affaires moyen des dépôts d'arrondissement. Cependant, la disponibilité du médicament et l'abaissement de son prix doivent avoir une incidence en sens contraire : augmentation de la valeur des ventes par augmentation du volume vendu. Il est difficile de prévoir l'ampleur et le rythme de ce phénomène. Par contre, il est possible de connaître le montant effectif du chiffre d'affaires pharmaceutiques dans un bon nombre des arrondissements qui sont déjà approvisionnés en médicaments essentiels. Ainsi, la valeur des médicaments remis aux malades en 1989 par les 12 magasins santé d'arrondissement des cercles de Bourem, Ansongo et Menaka est de 573.000 FCFA ; et la valeur moyenne des ventes de médicaments des 17 dépôts d'arrondissements des cercles de Koro, Bankass et Youwarou atteint tout juste, pour la même année 1989, 1.000.000 FCFA. Il est vrai que, dans ce dernier cas, un effort persévérant de formation et de suivi des agents de santé de village, et d'évaluation de leur activité, a été mené ces dernières années (cf. [39]). Mais on ne conclura pas que seules les ONG sont capables de mener à bien ces activités. En outre, les ventes des magasins santé ne représentent pas la totalité de l'approvisionnement des arrondissements : il faudrait y ajouter les ventes des officines de la PPM : par exemple, les remises versées par la PPM à ses deux succursales de Gao et d'Ansongo ont au total dépassé 500.000 FCFA en 1988, ce qui devrait signifier que les dépôts d'arrondissement ont vendu pour 5 millions, ce qui n'est pas rien !

En bref, le coût de la disponibilité du médicament dans tous les arrondissements est tout-à-fait modéré : la subvention à prévoir coûterait moins cher à la PPM que ce qu'elle consacrait, il y a peu encore, à la consommation de médicaments de ses seuls employés, faut-il le rappeler ? Réaliser cette accessibilité exige simplement qu'on reproduise partout où c'est nécessaire les modalités d'organisation, de rémunération et de supervision qui ont été expérimentées avec succès au Mali même, et qu'on puisse compter sur la respectabilité morale des cadres de la santé ; financer cette accessibilité exige simplement la mise en place d'un système par lequel une partie des rémunérations versées aux gérants des dépôts d'arrondissement est payée par la PPM.

7.4 Conclusion

Les éléments dont nous disposons jusqu'à présent pour apprécier les coûts et avantages des divers types de modification à envisager des missions de la PPM nous conduisent à conclure que :

- à moins que les pouvoirs publics ne décident de brader les officines de la PPM, il est peu probable que la privatisation se poursuive autrement que comme elle a commencé, c'est-à-dire par la création de petites officines qui concurrenceront la PPM là où c'est facile ; la PPM ne doit aucunement compter sur des recettes exceptionnelles provenant de la cession de ses officines ; elle doit plutôt s'attendre à voir diminuer encore rapidement sa part des ventes au public, donc ses marges de distributeur ;
- par voie de conséquence, c'est entretenir une illusion que d'attendre de l'initiative privée qu'elle rende le médicament disponible dans les cercles ; la rentabilité exigée d'un investissement privé ne peut pas être atteinte dans nombre de cercle, a fortiori dans beaucoup d'arrondissements ; et les seuils actuels de chiffre d'affaires, dont nous avons donné un ordre de grandeur, seront d'autant plus difficilement atteints dans le futur qu'on aura mieux réussi à mettre en oeuvre l'Initiative de Bamako, puisque les médicaments essentiels coûteront moins cher que les spécialités ; si donc on veut rendre le médicament disponible dans les chefs-lieux de cercle, il faut absolument conserver le réseau PPM des régions en totalité ;
- il est tout à fait possible de rendre le médicament disponible dans tous les arrondissements ; une organisation efficace a fait ses preuves et peut être étendue à tous les arrondissements qui ne sont pas encore couverts ; la supervision et la respectabilité morale des cadres de la santé y jouent un rôle central ; cependant le coût de la distribution des médicaments dans les arrondissements sera nécessairement supérieur à la marge du distributeur dans un certain nombre d'arrondissements ; il est donc nécessaire de prévoir la prise en charge d'une partie de ce coût sous forme d'une subvention versée par les échelons supérieurs du système de distribution à ses échelons périphériques ;
- la question de savoir s'il vaut mieux confier la distribution dans les arrondissements à la PPM ou à des communautés diverses ne peut pas être traitée par les seuls arguments économiques ; la PPM n'a pas montré dans le passé qu'elle était capable de surveiller ses gérants dans les cercles, et on attend déjà d'elle un effort considérable sur ce point ; il n'est sans doute pas raisonnable de lui demander en même temps de créer 230 succursales nouvelles ; on devrait donc préférer une solution pragmatique et décentralisée, assez conforme à l'esprit de l'Initiative de Bamako, qui consiste à confier au médecin-chef de cercle la responsabilité d'organiser la distribution dans les arrondissements, en s'appuyant sur les communautés ou groupements publics ou privés qui seraient capables de s'organiser à cette fin ; une coordination régionale, assortie de la péréquation rendue nécessaire par l'impossibilité de couvrir les charges par les marges dans certains arrondissements, pourrait être organisée.

Annexe au chapitre 7

**DONNEES DE BASE SUR LE COUT DE LA DISTRIBUTION
D'APRES LES EXPERIENCES MALIENNES ORIGINALES**

1 L'expérience des 6ème et 7ème régions

L'expérience des 6ème et 7ème régions fournit des enseignements utiles sur le coût de l'ensemble des fonctions liées à l'approvisionnement en médicaments (cf. [a2]). Il est important d'en tirer parti. Pour l'année 1987, on dispose d'une analyse détaillée des frais liés au fonctionnement d'un système qui a importé des produits pharmaceutiques pour une valeur CAF Bamako de 72 millions FCFA. Ces frais sont les suivants :

- ceux qui sont liés à l'appel d'offres : des salaires (2 mois pour un transitaire salarié, 2 mois pour un logisticien, tous du niveau en vigueur au Mali pour des cadres maliens débutants, et 1 mois pour un gardien d'entrepôt), les frais de poste et télécommunications, le coût de la papeterie et du petit matériel de bureau, le coût des cautions bancaires, la location d'un entrepôt, le coût du transport entre l'aéroport et l'entrepôt ; au total 1,6 millions FCFA ;

- ceux qui sont liés à la gestion de deux magasins régionaux pris en charge par le système : salaires à l'année des gardiens, magasiniers et journaliers (pour un total de 2,2 millions FCFA), amortissement des coûts d'aménagement et du matériel de ces magasins (pour un total de 1,4 millions FCFA) ;

- ceux qui sont liés à la gestion des magasins dans les cercles et arrondissements (il faut rappeler que, dans le système des 6ème et 7ème régions, les magasins sont tenus par le personnel de la santé publique) : amortissement du matériel des magasins de distribution (1,5 million FCFA), entretien et fonctionnement (2,8 millions FCFA), papeterie, registres, matériel de bureau (2,5 millions FCFA) et frais de banque (0,4 millions) ;

- enfin, ceux qui sont liés aux transports des médicaments à partir de Bamako par camions (privés) : 1,4 million FCFA pour Tombouctou, et 1 million pour Gao ; 1 million pour faire les livraisons de Tombouctou aux cercles, et 1,8 millions pour approvisionner les cercles de Gao à partir de la capitale régionale ; 1,3 million FCFA pour approvisionner les

arrondissements de Tombouctou à partir des cercles, et 2 millions pour approvisionner les arrondissements de Gao à partir des cercles ; au total 8,5 millions FCFA.

En récapitulant, on obtient :

Type de dépense	en % de la valeur CAF Bamako des produits
- Frais d'appel d'offres : 1,6 million	2,2 %
- Fonctionnement magasins régionaux : 3,6 millions	5,0 %
- Fonctionnement magasins détail : 6,8 millions	9,5 %
- Transport Bamako-régions : 2,4 millions	3,3 %
- Transport région-CSC : 2,8 millions	3,9 %
- Transport CSC-CSA : 3,3 millions	4,6 %
soit au total	28,8 %

Lorsqu'on comparera ces chiffres à ceux qui concernent la PPM, on devra tenir compte :

- du fait que, la valeur des produits étant ici au plus bas (médicaments essentiels achetés par appel d'offres), la proportion des frais de la distribution est, toutes choses égales par ailleurs, au plus haut;

- du fait que ces coûts ne contiennent des charges de personnel que pour les deux magasins régionaux.

Sur ce dernier point, imaginons par exemple qu'on ait voulu confier la gestion de chacun des magasins à un infirmier du premier cycle, auquel on donnerait 30000 FCFA par mois (plus 23 % de charges : INPS + logement). Pour 10 magasins (un par cercle), cela aurait coûté 4,4 millions FCFA, soit 6 % supplémentaire de la valeur CAF Bamako des médicaments distribués. Ou encore, imaginons qu'on ait voulu faire tenir les dépôts régionaux par un pharmacien pour surveiller le personnel en place (gardiens et magasiniers) : le coût annuel pour le système ne pouvait pas être inférieur à $55000 \times 1,23 \times 12 \times 2 = 1,6$ million FCFA ou 2,2 % supplémentaire de la valeur CAF des médicaments distribués. Et si l'on avait voulu mettre à la charge de ce système les rémunérations d'un pharmacien par cercle, ces dernières auraient représenté en ordre de grandeur $55000 \times 1,23 \times 8 \times 12 = 6,5$ millions FCFA soit 9 % supplémentaires de la valeur CAF Bamako des médicaments distribués).

Comme ces éventualités ont été envisagées récemment, il convenait d'en illustrer les conséquences prévisibles si elles devaient être appliquées à un système comparable à celui qui a été expérimenté avec succès dans les 6ème et 7ème régions. Au total, elles auraient conduit à ce que les charges liées à la distribu-

tion passent de 28,8 % de la valeur CAF Bamako des médicaments distribués à 46,6 % ; et ces charges sont inéluctablement payées soit par l'aide extérieure, soit par les malades.

2 Les expériences des cercles de la 5ème région

Les cercles de Bankass, Koro et Youwarou

Les expériences de la 5ème régions sont plus récentes que celle dont il vient d'être question, mais elles présentent aussi un intérêt spécifique, à la fois parce qu'elles ne reposent pas sur une tarification forfaitaire et parce qu'elles sont financièrement équilibrées (ce dont on est loin en 6ème et 7ème régions, et pas seulement parce que la population est pauvre).

L'expérience d'approvisionnement pharmaceutique des cercles de Koro, Bankass et Youwarou (avec l'assistance technique de Médecins du Monde) permet de chiffrer le coût de la gestion et de la supervision de dépôts de médicaments dans les cercles et arrondissements. Les documents disponibles fournissent d'une part une estimation des conditions d'une gestion au niveau du cercle de l'ensemble de la distribution au sein du cercle, d'autre part une estimation des conditions d'une gestion décentralisée jusqu'à l'arrondissement, voire jusqu'au secteur de développement.

Dans cette expérience, l'approvisionnement en médicaments essentiels achetés à IDA est assuré par Médecins du Monde, mais les gérants salariés à plein temps, niveau 9ème, qui sont embauchés pour assurer la distribution se déplacent une fois par mois pour réapprovisionner leur magasin. Leur rémunération est de 20000 FCFA par mois, plus 2000 FCFA par mois de frais de déplacement.

Les comptes d'exploitation des magasins santé de Koro et Bankass (un magasin auprès du centre de santé de cercle et six magasins d'arrondissement dans chaque cas) pour une période de deux ans (du 1er octobre 1986 au 30 septembre 1988) et ceux du cercle de Youwarou (un magasin au chef-lieu de cercle et cinq dans les arrondissements périphériques) pour une période de seize mois (juin 1987 à septembre 1988), peuvent être résumés de la façon suivante (cf. [a3]) :

tableau

	Bankass	en % de (1)	Koro	en % de (1)	Youwarou	en % de (1)
(1) Sorties de stocks de médicaments et autres produits (alcool...)	15456460		12284570		6432205	
(2) Fournitures (registres, ordonnanciers..)	982450	6,30	954000	7,80	339750	5,30
(3) Salaires des gérants	3624000	23,50	3624000	29,50	1951000	30,30
(4) Supervision	602500	3,90	600000	4,90	525220	8,20
Total	20665410		17462570		9249175	

Dans ce tableau, les sorties de stocks de médicaments sont obtenues en ajoutant au stock initial les achats réalisés au cours de la période étudiée, et en retranchant de ce total le stock en fin de période. D'autre part, ces sorties sont évaluées aux prix IDA multiplié par 1,5, ce qui donne une bonne estimation, dans les conditions concrètes de fonctionnement du système, du prix rendu magasin (cf. [a1], p. 64).

Les documents utilisés montrent en outre que les magasins santé du cercle de Youwarou ont connu un déficit de près de 3 millions, soit le tiers de leurs dépenses, en un peu plus d'un an. Le tableau confirme clairement ce dont on pouvait se douter : que les charges de distribution sont pratiquement fixes pour tous les volumes de ventes à considérer. Mais, rapportées à la valeur rendu magasin des produits vendus, ces charges de distribution en représentent entre 33 et 43 % ; lorsqu'elles atteignent le maximum, la gestion est déficitaire.

Cette expérience montre aussi que les charges ne sont pas sensiblement différentes pour un dépôt installé au chef-lieu du cercle et pour un dépôt d'arrondissement (voire de secteur de développement). La rémunération d'un gérant, la prise en charge de ses frais de déplacement et quelques dépenses de papeterie et d'entretien représentent inéluctablement un coût annuel de l'ordre de 300000 FCFA charges sociales comprises. Or le chiffre d'affaires du dépôt n'est pas toujours très supérieur à ce montant.

A titre d'illustration, voici le montant annuel des recettes par dépôt pour l'année 1987 (d'après nos relevés dans les fiches de supervision, aimablement communiquées par MDM ; les dépôts du cercle de Youwarou n'ont été ouverts qu'en juin 1987), ainsi que des estimations pour 1988 (extrapolation à l'année de l'information sur 11 mois pour Koro et 10 mois pour Bankass) et 1989 (extrapolation à l'année de l'information sur 10 mois à Koro et 13 mois à Bankass) d'après les rapports de supervision (cf. [a5] à [a14]) :

	1987	1988	1989
Bankass central	2.998.930	3.313.218	3.864.997
Dialassagou	1.991.515	2.459.250	2.755.445
Sokoura	1.791.700	1.637.298	1.609.921
Ouenkoro	1.555.870	1.680.045	1.992.577
Baye	986.840	398.022	788.441
Segue	890.770	399.432	522.701
Kani Bonzon	510.885	233.320	316.532
Koro central	3.909.710	4.800.245	3.991.404
Madougou	642.345	769.942	732.990
Diankabou	810.530	1.385.983	601.164
Dioungari	503.890	740.744	715.794
Dinangourou	1.597.390	2.328.894	1.729.476
Toroli	536.810	663.436	1.099.056
Koporo	545.155	537.044	472.860
Youwarou			2.037.288
Guidio			678.612
Ambiri			501.654
Sah			1.150.440
Dogo			634.116
Gathi			685.170

On remarque sur ces chiffres que l'expérience ne s'est pas traduite par un simple feu de paille. Certes, les évolutions sont parfois irrégulières, mais l'impression générale est d'une légère tendance à la croissance. Il faut relever que quelques cas d'évolution brutale s'expliquent par des malversations imputables aux chefs d'arrondissements (Daïnkabou, Kaporou, cf. [a10] p. 4) ou au gérant (Baye, cf. [a9] p. 6).

Le cercle de Djenné

Une autre expérience mérite d'être signalée, celle qui a été lancée dans le cercle de Djenné (projet FNUE-UNICEF). Après avoir concentré ses efforts sur le centre de santé de cercle, ce projet s'est intéressé aux soins de santé primaires et à l'approvisionnement pharmaceutique dans les arrondissements, en choisissant, comme d'ailleurs désormais tous les cercles de la 5ème région, de séparer la gestion des soins de celle des médicaments. Des dépôts de médicaments ont été installés dans les six arrondissements du cercle ; ils sont confiés à des gérants à plein temps, recrutés en principe après un concours dont le classement est communiqué au comité de gestion (qui n'en a pas toujours tenu compte). Ces gérants reçoivent une rémunération forfaitaire de 16000 FCFA par mois, à quoi s'ajoute une indemnité de 2000 FCFA par mois pour un déplacement mensuel à Djenné. Ce voyage permet au gérant de verser sa recette, de recevoir son salaire, et de prendre livraison de sa nouvelle commande.

Cette organisation a pour avantage que le gérant peut présenter personnellement sa commande, la faire contrôler par le médecin, et repartir avec les produits voulus ; elle a aussi pour caractéristique de mettre le coût d'acheminement des médicaments entre le cercle et l'arrondissement à la charge du système plutôt qu'à la charge du malade. Les prix de vente des médicaments peuvent donc être les mêmes dans tous les arrondissements, ce qui est conforme à ce que prévoit la planification sanitaire régionale (uniformité des prix de vente des médicaments essentiels dans toute la région de Mopti).

Le cercle de Bandiagara

Comme le cercle de Djenné, celui de Bandiagara ne fait que commencer une expérience en matière d'approvisionnement en médicaments. Les résultats des six premiers mois ont cependant été analysés en grand détail, et on résume ci-dessous les principaux enseignements de cette étude (cf. [a4]).

Le magasin santé du chef-lieu de cercle a, au cours de ses sept premiers mois de fonctionnement (mars à septembre 1989), encaissé des recettes de 2.902.805 FCFA en vendant des produits qui lui avaient coûté 1.770.000 FCFA (prix rendu Bandiagara) ; les frais se limitent à des salaires (127.095 FCFA) et fournitures (156.000 FCFA), et représentent au total 16 % de la valeur d'achat des produits vendus. La situation est nettement bénéficiaire (cf. [a4], pp. 17-19).

Pour le centre de santé de Dourou, les chiffres comparables pour les six premiers mois de fonctionnement (avril à septembre 1989) sont : ventes de 249.980 FCFA, valeur d'achat des ventes 152.430 FCFA, salaires 102.000 FCFA, carburants 14.400 FCFA, fournitures 15.600 FCFA, soit des frais de fonctionnement représentant 86 % de la valeur d'achat des produits ; la situation est nettement déficitaire (cf. [a4], pp. 26-28).

Enfin, au magasin santé de Kendié, on a enregistré pour les six mêmes premiers mois des ventes de 436.620 FCFA, une valeur d'achat de 266.230, une charge salariale de 102.000 FCFA, des dépenses de carburant de 19.200 FCFA et des fournitures pour 18.110 FCFA, soit au total des frais de fonctionnement atteignant 52 % de la valeur d'achat des produits, et une situation tout juste équilibrée (cf. [a4], pp. 31).

Cette expérience confirme que les coûts de fonctionnement d'un dépôt varie peu avec le chiffre d'affaires, et que par conséquent il existe un seuil en dessous duquel on ne peut qu'enregistrer un déficit. Dans ces conditions, si l'on veut promouvoir l'accessibilité du médicament essentiel, il faut se pencher sur deux questions :

- le système mis en place prévoit-il que les pertes des dépôts déficitaires sont couvertes par la solidarité des dépôts bénéficiaires ?

- quel surcoût d'accessibilité accepte-t-on de supporter par un système de solidarité (si le surcoût accepté est infini, on peut entretenir un dépôt auprès de chaque groupe de 5 personnes, et même si elles sont nomades, par exemple) ?

3 Références

[a1] J. BRUNET-JAILLY : Etudes de cas sur le fonctionnement du système de santé du Mali, INRSP, janvier 1989, 186 p.

[a2] Ministère de la santé publique et des affaires sociales, Projet Magasins Santé (assistance technique : Médecins sans Frontières-Belgique) : Rapport d'activités 1987 (voir l'annexe 1 "Calcul des frais liés aux magasins santé 1987")

[a3] Dr Michel BRUGIERE : Rapport d'activité 1988, Médecins du Monde, Mission Mali, juin 1989, 48 p.

[a4] Mamadou MARIKO : Evaluation des dépenses de santé des institutions dans le cercle de Bandiagara, Rapport d'une étude demandée et financée par le Projet G.T.Z. "Soins de santé primaires dans le cercle de Bandiagara (SSP)", I.N.R.S.P., novembre 1989, 48 p.

[a5] Dr M. BRUGIERE : Compte-rendu de la supervision des magasins-santé du cercle de Koro, 6 au 10 juillet 1988, Direction régionale de la santé de Mopti-Médecins du Monde, 20 juillet 1988, 7 p.

[a6] Dr M. BRUGIERE : Compte-rendu de la supervision des magasins-santé du cercle de Bankass, 15 au 18 juillet 1988, Direction régionale de la santé de Mopti-Médecins du Monde, 21 juillet 1988, 7 p.

[a7] Dr M. BRUGIERE : Compte-rendu de la supervision des magasins-santé du cercle de Bankass, 16 au 19 novembre 1988, Direction régionale de la santé de Mopti-Médecins du Monde, 25 novembre 1988, 7 p.

[a8] Dr M. BRUGIERE : Compte-rendu de la supervision des magasins-santé du cercle de Koro, 21 au 24 décembre 1988, Direction régionale de la santé de Mopti-Médecins du Monde, 26 décembre 1988, 8 p.

[a9] Dr M. BRUGIERE : Compte-rendu de la supervision des magasins-santé du cercle de Bankass, 6 au 10 mars 1989, Direction régionale de la santé de Mopti-Médecins du Monde, sans date, 5 p.

[a10] Dr M. BRUGIERE : Rapport supervision des magasins-santé du cercle de Koro, 21 au 24 avril 1989, Direction régionale de la santé de Mopti-Médecins du Monde, 30 avril 1989, 5 p.

[a11] Activité des dépôts de médicaments, Cercle de Koro, mai à octobre 1989, Médecins du Monde, sans date, sans pagination

[a12] Centre de santé de Bankass : Rapport de mission de supervision/contrôle, 29 janvier au 4 février (1990), Mopti, 6 mars 1990, sans pagination

[a13] Rapport de supervision des magasins santé du cercle de Youwarou, du 3 avril au 6 avril 1989, sans date, 4 p.

[a14] Rapport de mission de supervision/contrôle, 11 au 16 septembre 1989, Mopti, 25 septembre 1989, sans pagination

Chapitre 8

QUELLES SERONT LES CONSEQUENCES POUR LA PPM ET POUR LA POPULATION DE DIVERSES DECISIONS ENVISAGEABLES ?

Nous nous proposons de rassembler dans un tableau unique, et qu'on pourra recalculer instantanément, les conséquences économiques prévisibles, sur l'équilibre des comptes de la PPM et sur le coût des médicaments pour la population malienne, des décisions envisageables concernant la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako.

Pour être facilement mis à jour, ce tableau est accompagné d'un logiciel qui permet de le modifier instantanément, en faisant recalculer automatiquement un petit nombre de chiffres d'un compte d'exploitation extrêmement simplifié, après chaque modification des valeurs numériques qui caractérisent chaque situation envisagée (soit qualitativement, par exemple remplacement restreint ou étendu, soit quantitativement, par exemple valeurs du coefficient servant au calcul du prix de vente au public des médicaments).

La construction d'un tel modèle simplifié des conséquences des décisions envisageables est délicate non pas parce qu'il serait difficile de traduire les règles qui déterminent par exemple les franchises de douane ou le montant des droits de douane, ou la fixation des prix de vente à partir des prix d'achat, mais parce que ces règles sont appliquées de façon si approximative que les calculs qui les traduisent strictement donnent des résultats chaque fois différents --et parfois très sensiblement-- des données comptables. Il a évidemment été nécessaire, à un certain moment du travail, d'oublier ces divergences pour simplifier un raisonnement qui, à force de constater des écarts, se perdait en hypothèses. Mais, ici, il est nécessaire au contraire d'insister sur ces difficultés, pour faire comprendre au lecteur quelle méthode on emploie pour reconstruire quelques valeurs du compte d'exploitation dans le but de pouvoir ensuite décrire à grands traits les principaux effets massifs des décisions qui pourraient être prises pour mettre en oeuvre l'Initiative de Bamako.

Le point de départ sera la valeur des achats, telle qu'elle a été estimée plus haut (cf. chapitre 3), dans deux hypothèses quant au remplacement de spécialités par les médicaments essentiels de la liste ad hoc : correspondance stricte ou correspondance éten-

due. Bien que notre estimation des achats (somme des achats par produit) soit légèrement différente, tant pour 1988 que pour 1989, au chiffre qui figure au compte d'exploitation général de l'année considérée, nous n'avons procédé à aucun ajustement. La seconde décision à prendre concerne le privilège de l'UMPP : on tolère actuellement qu'elle vende ses produits environ deux fois plus cher que le marché mondial, et ce privilège, que supportent entièrement les malades, pourrait être remis en cause. Les autres questions à traiter à partir de la valeur facture HT des achats sont les suivantes : celle du coût du transport international, celle de la fiscalité douanière et celle de la détermination du prix de vente au public.

8.1 Construction du modèle

Dans cette section on présente les valeurs de certains paramètres qui sont inclus dans le modèle et qui n'ont pas encore été discutées avec la précision nécessaire.

Ainsi, le modèle part de la valeur facture des achats, et cette dernière est très différente selon les décisions qu'on prend concernant l'extension du remplacement et le privilège de l'UMPP (du fait que tout ce qui est acheté à l'UMPP est payé environ deux fois ce que serait le prix CAF Bamako du marché mondial). Le chapitre 3 a déjà permis d'établir un certain nombre d'estimations, qui correspondaient toutes à l'hypothèse que les médicaments en DCI étaient achetés sur le marché international ; ces estimations sont reprises ici lorsque cette hypothèse sera choisie ; mais il faut les modifier si l'on veut conserver à l'UMPP son privilège.

Les autres paramètres à discuter sont ceux qui seront 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. Dans le calcul de cette dernière interviennent les coefficients fixés par l'administration pour passer du coût du produit rendu officine à son prix de vente public, et ce que nous avons appelé plus haut un "coefficient de perte" destiné à rapprocher nos estimations de celles qui figurent dans les comptes d'exploitation générale de la PPM.

L'intérêt d'un modèle apparaît immédiatement à qui cherche à dénombrer les cas que créent les décisions qu'on vient d'évoquer. Commençons ce calcul : la question du remplacement (étroit ou étendu) crée deux cas, la question du privilège de l'UMPP en crée elle aussi deux, et la décision relative à la fiscalité douanière crée à nouveaux deux cas ; on a donc déjà huit éventualités à considérer (et huit calculs à effectuer pour chaque valeur d'intérêt et on verra plus loin qu'il y en a au moins une vingtaine) ; si le décideur peut ensuite fixer librement un coefficient pour les médicaments en DCI et un autre pour les spécialités, le nombre de cas devient très grand, trop grand pour qu'il ne soit pas fastidieux et risqué de refaire chaque fois les calculs à la main. Au contraire, le modèle informatisé est capable de décrire chacun de ces cas, et, en automatisant les calculs, il concentre l'attention du décideur sur la signification des résultats.

8.1.1 Privilège de l'UMPP

On a tenté d'estimer plus haut (cf. chapitre 5) le coût comparé des médicaments essentiels selon qu'ils sont fabriqués par l'UMPP ou achetés sur le marché mondial. On retient ici l'ordre de grandeur du résultat : la fabrication nationale coûte deux fois plus cher, si l'on compare le prix de vente de l'UMPP à la PPM au prix facture grossiste IDA majoré de 33 % pour tenir compte des frais de transport international.

Dans ces conditions, la valeur des achats de la PPM, le jour où on mettra en oeuvre l'Initiative de Bamako, dépendra à la fois de l'étendue du remplacement des spécialités actuellement commercialisées par les médicaments essentiels de la liste ad hoc, et du maintien ou non du privilège dont bénéficie l'UMPP.

Comme la première ligne de la partie "Résultats" du modèle ne fait que reprendre les estimations de la valeur des achats de la PPM telles qu'elles ont été établies au chapitre 3, et donc dans l'hypothèse que tous les médicaments essentiels étaient achetés sur le marché international (c'est-à-dire pour le cas où le privilège de l'UMPP est abandonné), nous devons indiquer ici comment ont été calculées les valeurs qui apparaîtront dans le modèle lorsque les décideurs auront choisi de conserver le privilège de l'UMPP.

On lit dans le premier tableau du chapitre 3 que les achats de médicaments essentiels auraient coûté 356 millions PCFA en 1989 si on avait procédé au remplacement étroit (de 159 spécialités, cf. chapitre 2)), et $356 + 136 =$ environ 500 millions si on avait procédé au remplacement étendu (de 356 spécialités). Comme nous savons quels sont les produits que l'UMPP fabrique, nous pouvons calculer la valeur de ces produits dans les deux montants qui viennent d'être cités : il s'avère que les produits fabriqués par l'UMPP représentent 144 des 356 millions correspondant au remplacement étroit, et 0,5 des 136 millions supplémentaires qui interviennent en cas de remplacement étendu.

Le raisonnement est donc très simple : si le privilège de l'UMPP est conservé, les produits qu'elle fabrique, et qui auraient pu être achetés sur le marché international en 1989 pour une valeur de 144 millions coûteront le double, soit 288 millions, et la PPM achètera en plus d'autres médicaments essentiels (que l'UMPP ne fabrique pas) pour une valeur de $356 - 144 = 212$ millions ; la valeur des achats de la PPM en médicaments essentiels, en cas de maintien du privilège de l'UMPP, atteignent $288 + 212 = 500$ millions (au lieu de 356) si l'on procède au remplacement étroit ; en raisonnant de même, on voit que le remplacement étendu conduit la PPM à des achats supplémentaires de 136 millions, sans que l'UMPP soit concernée, et donc que la valeur des achats de la PPM dans le cas de remplacement étendu et maintien du privilège de l'UMPP est $500 + 136 = 636$ millions FCFA.

8.1.2 Coût du transport international

La PPM a utilisé pendant plusieurs années, pour la fixation de ses prix de vente, un coefficient de 1,10 pour passer du prix FOB au prix CAF Bamako (cette estimation aurait été préparée par Bossard Consultants) ; un tel niveau (coût de transport limité à

10 % de la valeur facture) s'explique à la fois par le recours le plus fréquent possible au transport par bateau et au groupage (ce qui est évidemment excellent, sauf s'il en résulte des ruptures de stocks), et par l'achat des spécialités les plus coûteuses (comme on l'a remarqué plus haut, la proportion que représente le coût de transport diminue lorsque le prix d'achat du produit augmente).

Une récente analyse des chiffres contenus dans le compte d'exploitation générale de la PPM pour 1988 a conduit à réévaluer les coûts liés au transport international (outre le transport lui-même, on y compte l'assurance, l'enregistrement, les honoraires de l'expéditeur, les frais de manutention et de terminal) ; dans ces conditions, le coefficient devrait être de 1,16 tant pour les médicaments essentiels (au sens de l'accord entre la PPM et la douane malienne) que pour les autres ; c'est seulement en faisant entrer les droits de douane dans la valeur CAF (coût assurance frêt) qu'on parvient à prétendre que la valeur CAF des médicaments non essentiels devrait être obtenue en appliquant un coefficient de 1,43 à la valeur facture (cf. [6] p. 2 et [7] p. 1) ; il faut encore ajouter que l'inclusion des droits de douanes dans la valeur "CAF" vide de sens la remarque présentée dans le barème des prix pour l'année 1989, et selon laquelle "le coefficient unique a été appliqué sur la valeur CAF au lieu du prix de revient rendu magasin prévu par l'arrêté" (cf. [9], avant-propos, nous soulignons), puisque la différence entre les deux notions est rendue imperceptible par la définition élargie retenue de la valeur CAF.

Pour l'avenir, nous pouvons considérer que ce coût du transport international peut être conservé comme ordre de grandeur pour les spécialités et autres produits non concernés par l'Initiative de Bamako. Mais pour les médicaments essentiels achetés en DCI par appels d'offres, il faut utiliser une estimation plus réaliste. Dans cette perspective, nous utilisons les éléments suivants, bien connus des responsables de l'approvisionnement pharmaceutique du Mali :

- l'expérience de Médecins du Monde, depuis 1987 dans trois cercles de la région de Mopti, a montré que le coût du transport international (par avion), de l'assurance, de la manutention et du transit représentait environ 32 % de la valeur payée au fournisseur (cf. [5] p. 64) ; il faut noter aussi que, pour un volume et un poids donnés de médicaments, le prix payé par MDM à son fournisseur est comparativement faible (les médicaments essentiels sont moins coûteux que les spécialités) et donc que, comme le transporteur ne fait pas de rabais, la proportion du coût du transport est au plus haut ;

- à l'occasion de l'appel d'offres réalisé en 1986 pour l'approvisionnement des 6ème et 7ème régions, il a été calculé que le coût du transport (assurances comprises) se montait à 8,6 millions FCFA, alors que la valeur totale CAF Bamako des médicaments (essentiels) achetés atteignait 34 millions (cf. [8]) ; de là, il résulte que le coût du transport et de l'assurance représente 34 % de la valeur facture (ce qui est pratiquement identique au cas précédent, les conditions étant d'ailleurs très comparables) ;

- les conditions étudiées par l'UNICEF quelques mois avant le lancement de l'appel d'offres du Mali sont les suivantes : le trans-

port est prévu par voie maritime au coût de 9,95 % de la valeur facture, l'assurance coûte 2,5 pour 1000 de la valeur facture et les frais de gestion de l'UNICEF sont comptés pour 6 % de la valeur facture ; à cela s'ajoute un dépôt obligatoire de 10 % du coût obtenu en majorant la valeur facture des trois pourcentages ci-dessus indiqués : il s'agit d'une provision pour hausse des prix (mais il faut mobiliser cette somme et on ne sait rien des conditions dans lesquelles elle sera remboursée, si elle doit l'être) ; au total, pour une valeur facture de 100, le coût CAF Bamako serait de 127,82 ;

De ce qui précède il résulte que la valeur CAF Bamako de médicaments essentiels achetés par appels d'offres sur le marché international peut être obtenue, avec une précision suffisante pour nos calculs ultérieurs, en majorant de 33 % la valeur facture. Pour les médicaments achetés par la PPM, on conservera la majoration de 10 %, mais le modèle permet de la modifier.

8.1.3 Fiscalité douanière

Les pratiques actuelles en matière de fiscalité douanière des médicaments peuvent être résumées de la façon suivante :

- une liste des médicaments exonérés a été établie ; elle comprend 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" ;

- les autres médicaments (et produits --matériel médical, cotons et pansements...-- ?) paient 22 % de la valeur déclarée (5 % au titre de la taxe d'importation, 11 % au titre de l'impôt sur les affaires et services, 5 % au titre de la contribution sur prestation de service, à quoi nous ajoutons 1 % de la valeur pour représenter la taxe de l'Office de Stabilisation des Prix, qui est en réalité fonction du poids (5 FCFA/kg), et les droits d'enregistrement et timbres fiscaux sur importations ainsi que les autres droits d'enregistrement et les patentes, que nous supposons proportionnels, comme les droits de douane, à la valeur des importations ;

- tous les médicaments que nous avons classés en COMM=1 ne sont pas exonérés, mais la grande majorité d'entre eux l'est, de sorte que 92 % de la valeur des achats de médicaments classés en COMM=1 est exonérée ; pour les médicaments classés en COMM=2, cette proportion n'est que de 42 %, ce qui est plausible.

On a, un temps, sur la foi de certains documents émanant de la PPM (cf. par exemple [5]), pensé que les médicaments essentiels seraient soumis à la CPS ; mais on n'a pas trouvé trace dans les textes de la base juridique de cet assujettissement, et plus récemment il nous a été affirmé à la PPM que ces médicaments sont exonérés.

Nous pouvons calculer la valeur TTC des médicaments en supposant que les mêmes règles fiscales restent en vigueur. Mais la situation actuelle est bancal et paraît juridiquement douteuse. L'exonération des médicaments essentiels a été prévue par un décret n° 85 PG-RM du 2 mai 1984, dont il convient de relire les deux premiers articles :

"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."

La liste à laquelle fait référence l'article 1 est, sans contestation possible, établie en utilisant la dénomination commune internationale (ou nom générique) de chaque produit qu'elle retient, et cette dénomination seule. Pourtant l'arrêté interministériel n° 3432 MSPAS/MSCTSEE/MFC du 26 juin 1985, qui instaure une commission technique chargée de mettre à jour cette liste de médicaments essentiels, dispose :

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

- dénomination commune internationale ;
- noms de spécialités correspondantes ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché"

Qui sait lire comprend que cet article n'applique pas le décret, mais le modifie sur un point capital. C'est donc un simple arrêté interministériel qui a instauré l'exonération des droits de douane pour un nombre d'autant plus large de spécialités qu'aucun critère de correspondance n'est défini. Il serait possible de calculer le montant de la perte de recettes fiscales qui est imputable à cette disposition ; il serait possible également d'estimer le prélèvement injustifié qui a été imposé aux malades, du fait que l'arrêté a favorisé le remplacement de médicaments essentiels par des spécialités coûteuses.

Dans ce qui suit, on examinera deux éventualités fiscales : le régime de l'exonération reste inchangé, ou l'exonération est limitée aux médicaments essentiels à proprement parler, ceux de la liste de l'Initiative de Bamako. Cette dernière solution est la seule logique. Elle aura une incidence différente selon qu'on retirera du catalogue de la PPM environ 150 spécialités (celles pour lesquelles COMM=1) ou 350 (toutes celles pour lesquelles COMM=1 ou COMM=2). L'effet sur la valeur TTC des médicaments achetés dépendra du choix de la correspondance stricte ou de la correspondance étendue ; l'effet sur les recettes publiques est évidemment l'inverse de l'effet sur les dépenses des malades.

8.1.4 Coefficient de perte

Malgré de multiples tentatives, nous n'avons pas réussi à rapprocher deux chiffres qui devraient être très comparables :

- la valeur de vente calculée par nous en multipliant les sorties de stocks (sortie moyenne mensuelle par produit, multipliée par 12) par le prix de vente au catalogue (pour 1988 nous avons tenu compte du fait que les prix publiés en août n'ont en pratique été appliqués que pendant les quatre derniers mois de l'année), soit 7354 millions en 1988 et 8239 millions en 1989 ;

- le chiffre des ventes d'après le compte d'exploitation générale, soit 5911 millions pour 1988 et 6892 pour 1989.

La première est, en 1988, supérieure d'environ 24 % au second, et de 19 % en 1989. Les explications qui nous ont été fournies ont invoqué notamment les casses et pertes, d'une part, les remises d'autre part. Quel est l'ordre de grandeur de ces deux sources de manque à gagner ?

En ce qui concerne les remises, leur montant global pour 1988 ne dépasse pas 56 millions (dont 53 pour les dépôts, et le reste pour les autres bénéficiaires) et n'explique donc qu'une très faible partie de l'écart de 1,4 milliard entre la valeur de vente des produits sortis de stocks et le chiffre d'affaires.

En ce qui concerne les casses et pertes, la PPM nous a fourni une estimation du montant des avoirs délivrés aux gérants lorsqu'un incident de ce genre a été constaté à la livraison : 116 millions (au coût réel pour le magasin, au forfait -- afin de juguler la fraude qui s'était développée sous ce motif -- pour les officines) pour 1988. A titre comparatif, le pourcentage retenu pour avaries, coulage et péremption est 5 % du chiffre d'affaires dans une étude de la rentabilité des officines privées (cf. [32] p. 4) et de 0,75 % pour périmés et cassés dans une autre (cf. [33] p. 3), et que les casses, manquants, articles périmés et vols ont été estimés à 10 % il y a quelques années (cf. [6], p. 35). Malgré ces variations, il est clair que ce poste ne peut pas atteindre le montant que nous cherchons à expliquer.

Il faut évidemment faire une place aux sorties frauduleuses, dont la valeur aurait pu atteindre 300 millions entre mars 1987 et décembre 1988. Mais, même si toutes ces fraudes avaient été concentrées sur l'année 1988, il nous resterait encore à trouver plus d'un milliard.

Toutes les explications qui nous ont été données sont donc très insuffisantes. Il n'était pas dans notre rôle de procéder aux vérifications qui s'imposent à l'évidence en pareil cas.

Cet écart est d'autant plus surprenant que, comme on l'a montré plus haut (cf. chapitre 3), notre estimation de la valeur des achats ne s'éloigne pas considérablement de celle qui figure au compte d'exploitation générale, tant pour 1988 que pour 1989. A cela, ajoutons que nous avons aussi procédé à une estimation de la valeur des stocks par produit à la fin 1989, et que la valeur obtenue, soit 1849 millions FCFA, n'est supérieure que de 100 millions à celle qui figure au compte d'exploitation générale de cette année (cf. programme et fichier VSTOCK, non reproduits ici). Les données que nous utilisons pour calculer la valeur des achats et celle des stocks sont donc de qualité satisfaisante ; or ce sont les mêmes données (sorties mensuelles moyennes des stocks), combinées aux prix de vente du catalogue, qui servent au calcul de la valeur de vente des produits !

Devant l'incapacité de la PPM à apporter une explication plausible à cette divergence, nous avons dû utiliser, pour passer de la valeur de vente des produits sortis des stocks à la valeur des ventes, un coefficient de "perte" de 20 %, ce qui évidemment

considérable. C'est en appliquant ce coefficient de perte que nous calculons les valeurs de vente au détail qui figurent sur le tableau.

8.1.5 Coefficient servant au calcul du prix de vente

La question de la variation des prix de vente des médicaments a été abordée ces derniers mois d'une façon très particulière : on cherchait à déterminer quel coefficient plus petit que l'actuel (1,95) serait compatible avec une gestion équilibrée de la PPM (cf. notamment [5], [7], [42], mais il en existe quelques autres dont nous ne connaissons que l'existence).

Cette façon de poser le problème du prix du médicament pour le malade ne tient pas compte du fait que le prix d'achat du produit est tout naturellement le premier déterminant du prix de vente et de la marge. Le système du coefficient a cet inconvénient extrêmement grave qu'il 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. C'est ce système qui crée des bénéfices faciles dès que la gestion est simplement honnête.

L'avantage du système du coefficient est qu'il doit permettre d'obtenir, dans les conditions pratiques du contexte, l'uniformité du prix du médicament sur tout le territoire. Dans ce contexte, en effet, on ne peut pas obtenir l'uniformité de prix par la concurrence, et pour de multiples raisons : d'abord, parce qu'il s'agit du secteur de la santé, où la concurrence est nécessairement limitée (y compris et d'abord dans les pays les plus libéraux) ; mais aussi parce que le niveau de la demande ne permet pas le développement d'un réseau de vendeurs privés garantissant l'accessibilité du médicament ; et encore parce que la concurrence exige un minimum d'information du côté de la demande, et que ce niveau n'est pas atteint. L'uniformité de prix du médicament permet de supprimer des occasions de trafic qui ruinent la moralité du personnel des services de santé ; elle évite de faire supporter aux populations éloignées et dispersées le coût supplémentaire de leur approvisionnement. Elle peut être obtenue sans contrôle bureaucratique nouveau : les expériences des 6ème, 7ème et 5ème régions montrent qu'il suffit de confier la supervision à des personnes dont l'autorité morale est entière et qui, de ce simple fait, ont le pouvoir de faire respecter les règles d'un système inspiré du seul intérêt de la santé publique.

Dans le modèle de simulation, on suppose donc que le prix de vente au public est fixé en utilisant un coefficient, qui s'applique au prix de revient. Le modèle donne la possibilité d'introduire n'importe quelle valeur pour deux coefficients, l'un pour les médicaments en dénomination commune internationale, l'autre pour les autres produits.

8.1.6 Présentation du modèle

Le modèle se présente à l'écran de l'ordinateur d'abord sous la forme d'un dialogue entre la machine et le joueur : la machine pose au joueur un certain nombre de questions, et attend qu'il donne sa réponse ; lorsque toutes les 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.

La première question ("Donnez un nom --maximum 6 lettre et/ou chiffres-- à cet essai") permet simplement de distinguer facilement les cas étudiés par une ou plusieurs personnes se servant du modèle. Les autres questions définissent une combinaison d'options essentielles ; elles sont les suivantes :

"Quelle étendue pour le remplacement ? 1=restreinte ; 2=large". On entend ici par étendue restreinte celle qui se limite au remplacement de 150 spécialités par les médicaments essentiels qui leur sont strictement identiques, et par étendue large celle qui consiste à remplacer 350 spécialités par les médicaments essentiels de la liste ad hoc. La méthode utilisée pour identifier les 150 et les 350 spécialités en question a été présentée dans le chapitre 2.

"Décidez-vous de conserver la préférence pour l'UMPP ? OUI ou NON". Répondre OUI implique que la PPM et les malades supporteront le surcoût de la production nationale par rapport au coût sur le marché international des produits que fabrique l'UMPP(cf. le chapitre 5). On a indiqué plus haut comment les valeurs de base utilisées ici, pour bâtir le modèle, ont été calculées.

"Quelle exonération fiscale ? 1=actuelle ; 2=limitée aux DCI". Comme on l'a indiqué plus haut, la situation actuelle est tout-à-fait absurde dans le contexte de l'Initiative de Bamako ; cependant on peut vouloir examiner une situation transitoire dans laquelle la réglementation fiscale resterait inchangée.

"Quelle part des ventes les officines privées feront-elles ? par exemple 15 pour 15 %". La réponse à cette question n'implique plus un choix politique (ce choix est fait), mais plutôt une appréciation personnelle de l'évolution de la situation, qui elle-même est fonction des avantages qui seront donnés au secteur privé, ou de l'extension qui sera donnée à la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako ; il s'avère que cette évolution a une importance considérable dans la détermination des résultats.

"Quelle réduction des charges de la PPM envisagez-vous ? en millions". On a vu plus haut que la réduction des charges était nécessaire pour marquer, par des décisions précises et inhabituelles, l'esprit nouveau d'une gestion enfin préoccupée plus de performances au bénéfice des malades que des "problèmes sociaux" (c'est-à-dire, dans la langue que parlent les fonctionnaires maliens ; strictement privés) de ses cadres et employés. La réduction maximum ne peut sans doute pas dépasser 300 millions (cf. chapitre 6).

"Décidez-vous d'accélérer le rythme des livraisons ? OUI ou NON". Par cette question, on rappelle la discussion évoquée plus haut (chapitre 6, dernière section), au terme de laquelle il pourrait s'avérer nécessaire de consacrer plus d'argent aux dépenses de transport pour assurer des livraisons plus rapides et plus régulières. Si l'on choisit de répondre OUI, le modèle enregistre une charge nouvelle de 50 millions annuellement.

"Quel coefficient fixez-vous pour les médicaments en DCI ?". Le modèle n'impose aucune limite et ne fait aucune suggestion.

"Quel coefficient fixez-vous pour les spécialités et autres produits ?". Là encore, le modèle n'impose aucune limite et ne fait aucune suggestion. Il est en particulier possible de choisir le même coefficient qu'à la réponse précédente.

"Décidez-vous de subventionner des dépôts d'arrondissement ? OUI ou NON ?". Une réponse par OUI à cette question introduit dans le modèle la prise en compte d'une charge nouvelle fixée à 100 millions, montant estimé du déficit de ceux des dépôts d'arrondissement qui ne couvriront pas leurs frais. On a expliqué plus haut (chapitre 7, section 3) pourquoi la disponibilité du médicament dans les arrondissements implique un système de compensation entre les dépôts qui couvriront leurs frais et les autres, et pourquoi cette compensation ne peut être en pratique organisée qu'au sein d'un système national.

Lorsque les réponses à toutes ces questions ont été enregistrées, la machine calcule un certain nombre de valeurs, et affiche à l'écran un tableau comme celui qui est reproduit ci-dessous. Les valeurs calculées sont celles qui figurent dans la partie inférieure "RESULTATS". Les questions sont rappelées dans la partie supérieure de ce tableau ("CHOIX DU DECIDEUR"), avec en face les réponses qui ont été choisies. En haut et à droite du tableau, dans un cadre intitulé "Paramètres fixes", apparaissent les paramètres suivants nécessaires aux calculs des résultats : coût du transport international (en % de la valeur facture), droits de douane, marge du détaillant, le coefficient de perte (dont on a expliqué la nécessité bien regrettable plus haut dans ce chapitre). Ces paramètres sont fixes en ce sens qu'il n'est pas demandé au joueur de les choisir ; il est cependant possible de les changer, comme on le verra plus loin.

Les résultats calculés par le modèle sont, séparément pour les médicaments achetés en DCI, pour les autres médicaments remplaçables (spécialités remplaçables par des médicaments en DCI) et pour les autres spécialités et produits, et pour le total de ces trois catégories de produits :

- la valeur facture des achats ;
- la valeur TTC Bamako des achats (inclusion du coût du transport international, de l'assurance et autres frais liés, ainsi que des droits et taxes à l'importation) ;
- le montant des droits de douane payés par la PPM (et perçus par l'Etat), ligne qui permet surtout de vérifier que la solution adoptée n'affecte pas trop les recettes de l'Etat ;
- la valeur de détail des produits achetés, obtenue en appliquant les coefficients choisis à la valeur TTC Bamako des achats, et en réduisant le montant ainsi obtenu par l'utilisation du coefficient de perte ; cette valeur concerne donc la totalité des ventes de la PPM et des officines privées ;
- la marge revenant à la PPM : la marge détaillant est calculée à partir de la ligne précédente en utilisant le taux de marge du détaillant ; la part de cette marge détaillant qui revient à la

PPM dépend de la part des ventes au détail qu'effectue la PPM (complément à 100 du pourcentage des ventes que réalisera le privé, pourcentage qui a été donné par le joueur).

Les trois dernières lignes du tableau donnent, dans la colonne de droite :

- les charges de la PPM : on part d'une base actuelle dans laquelle les charges hors transport international et frais liés, et hors droits et taxes de douane, atteignent un peu plus d'un milliard, dont on retranche les réductions de charge éventuellement décidées par le joueur, et auquel s'ajoutent les suppléments de charge éventuellement décidés (pour accélérer le rythme des livraisons, ou pour subventionner les dépôts déficitaires dans les arrondissements) ;
- le résultat PPM, qui est simplement la différence entre la marge calculée plus haut et les charges telles qu'elles viennent d'être estimées ;
- le pourcentage de réduction du coût des médicaments pour les malades : ce résultat montre l'effet des décisions prises sur le coût des médicaments pour les malades ; il est obtenu en rapportant à la valeur des ventes de la PPM en 1989 (soit 6900 millions FCFA) la valeur de vente au détail résultant des décisions prises par le joueur.

Ce tableau peut être modifié instantanément. Il suffit d'appuyer sur une touche (la touche F3) pour que deux nouvelles questions soient posées : "Quel paramètre voulez-vous modifier ?" et ensuite "Quel est votre nouveau choix ?". Chaque fois qu'un nouveau choix a été introduit de cette façon, le tableau est entièrement recalculé.

C'est à l'aide de cet instrument que l'on peut examiner les alternatives réalistes parmi celles qui ont été évoquées dans les termes de référence de l'étude.

8.2 Enseignements du modèle

Dans les pages qui suivent, on présente quelques résultats obtenus par l'utilisation du modèle, de façon simplement à illustrer son fonctionnement et à répondre, par la même occasion, à certaines préoccupations des décideurs. Ce modèle répond exactement à ce qui nous était demandé par les termes de référence de l'étude, puisqu'il donne les conséquences essentielles, pour la gestion de la PPM et pour les malades, de toute mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako qui serait réalisée en répondant aux neuf questions dont nous avons montré qu'elles sont les plus importantes. Mais il appartient au pouvoir politique, et à lui seul, de choisir ces réponses.

8.2.1 Quelques scénarios contrastés

On part d'une situation qui est la plus proche possible du "statu quo" : par rapport à ce qui se passe aujourd'hui, la seule modification est le remplacement de 159 spécialités par les médi-

caments essentiels de la liste ad hoc ; on maintient le privilège de l'UMPP, on conserve la réglementation douanière actuelle, on prend en compte l'actuelle part du marché qu'ont conquise en un an les officines privées, on ne réduit pas les charges de la PPM, on n'engage aucune dépense supplémentaire ni pour le service des livraisons ni pour couvrir le déficit de dépôts d'arrondissements, et on applique le coefficient actuel (1,95) aux DCI et aux spécialités. Le modèle montre que cette politique, appliquée pendant une année entière, permet à la PPM de réaliser un bénéfice de 101 millions, et réduit le coût des médicaments pour les malades de moins de 10,76 %, ce qui n'est évidemment pas négligeable (essai D1 reproduit ci-après).

Cette solution n'est probablement pas celle qui apportera au Mali la notoriété internationale qu'il pourrait gagner de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, mais elle montre au moins à ceux qui ont peur --redoutant que le médicament essentiel conduise la PPM à la ruine-- qu'un petit pas dans la direction choisie par l'Etat est possible et ne présente aucun risque pour l'entreprise.

A partir de cette situation initiale, considérons l'effet du remplacement étendu à 350 spécialités. Le joueur pourra facilement vérifier que cette situation est encore praticable pour la PPM, bien que cette dernière enregistre, après un an de ce régime, un résultat négatif de 20 millions ; et que le bénéfice pour les malades est beaucoup plus conséquent : la réduction du coût des médicaments dépasse ici 19 % (voir essai D2 reproduit ci-après), ce qui est certainement très visible pour l'opinion (une moyenne de 19 % recouvre des diminutions de plus de la moitié pour les médicaments essentiels, et des stabilités pour les spécialités qui ne sont pas concernées par l'Initiative de Bamako et pour les produits autres que les médicaments). Au regard du niveau des charges injustifiées qui caractérisent encore la gestion de la PPM, il est clair qu'une diminution de 20 millions, suffisante pour retrouver l'équilibre tout en faisant bénéficier la population d'une réduction de 20 % du prix des médicaments, est tout-à-fait possible.

On voit par là qu'un effet très sensible pour l'opinion peut être atteint sans que soient modifiés les coefficients. Bien entendu, à partir de la situation qui vient d'être décrite, on peut chercher à augmenter encore le bénéfice pour les malades.

Jusqu'à présent, on n'a pas utilisé l'un des moyens qui sont à la disposition de la PPM pour assurer son avenir, celui qui consiste à améliorer sa gestion en adoptant un nouvel état d'esprit qui ne peut être instauré que par des mesures limitées mais fermes de réduction des charges injustifiées. Imaginons qu'un effort conséquent soit enfin tenté dans ce sens. La situation la plus favorable aux malades est celle dans laquelle on réduit le coefficient de perte, tout en diminuant les autres charges, mais en consentant les dépenses capables d'améliorer la qualité du service (en particulier l'accessibilité géographique du médicament). Voici ci-dessous une politique de ce genre, celle qui pourrait traduire le plus fidèlement les ambitions d'un Ministère de la santé publique ; elle est caractérisée par les choix suivants :

- le coefficient de perte est réduit de 20 % à 5 % à la suite d'une clarification de la gestion de la PPM, permettant enfin de rapprocher les comptes et les sorties de stocks ; cette réduction ne porte que sur les trois quarts de ce qui est souhaitable, comme on le voit ;
- les charges de la PPM sont réduites de 225 millions (les trois quarts de ce qui est possible, cf. plus haut) ;
- les dépenses nécessaires à l'accélération des livraisons et au bon fonctionnement des dépôts d'arrondissements sont réalisées (ce qui coûte 150 millions de charges nouvelles).

En cherchant par tâtonnements les coefficients qui, dans ces conditions, annulent le résultat de la PPM, on peut voir sur le tableau D3 que ce résultat est obtenu en diminuant le coefficient sur les médicaments en DCI à 1,5 et celui qui s'applique aux spécialités à 1,6, ce qui entraîne une diminution de 23 % de la charge pour les malades (cf. tableau D3).

La situation la plus proche du statu quo

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... D1		
EXTENSION DU REMPLACEMENT				
(1=restreinte ; 2=étendue).....	1			
PRIVILEGE DE L'UMPP		Paramètres fixes		
OUI ou NON		SPECIALITES DCI		
EXONERATION DOUANIERE		TRANSPORT	10,00%	33,00%
(1=actuelle ; 2=limitée aux DCI)	1	DOUANE	22,00%	
PART DES OFFICINES PRIVEES		MARGE DETAIL	25,52%	25,52%
(en pourcentage des ventes)	25	% PERTES	20,00%	20,00%
REDUCTION DES CHARGES				
(en millions FCFA).....	0	MAXIMUM	300 millions	
ACCELERATION DES LIVRAISONS		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%

Une situation plus favorable aux malades

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... D2		
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).....	0			
ACCELERATION DES LIVRAISONS				
NON				
COEFFICIENT SUR DCI.....				
1.95				
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS..				
1.95				
SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT.				
NON				

Une situation encore plus favorable aux malades

CHOIX DU DECIDEUR

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

NOM DE L'ESSAI..... D3

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

COUT 100 millions

Autres Spécialités

DCI remplaçables 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 (PPH + PRIVE) 1082 0 4233 5314

MARGE REVENANT A LA PPH 207 0 810 1017

CHARGES DE LA PPH (hors douane et transport international) 1003

RESULTAT PPH 14

REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES 22,98%

8.2.2 Intérêt d'une proposition récente de révision des coefficients

Certains experts ont conseillé récemment que l'on modifie les coefficients en fixant celui qui s'applique aux médicaments essentiels à 1,75 et en conservant pour les spécialités l'actuel coefficient de 1,95. Si cette proposition est faite dans l'esprit de l'Initiative de Bamako, elle s'applique aux médicaments essentiels (et non à une notion inexportable de spécialités essentielles) ; dans ce cas, les effets peuvent en être étudiés par notre modèle.

Le tableau E1 ci-dessous montre que, combinée avec un remplacement restreint, cette situation est presque aussi confortable pour la PPM que la situation "Nous pas bouger" dont il a été question ci-dessus : elle permet d'atteindre un résultat de l'ordre de 80 millions, au lieu d'une centaine dans l'essai D1 ci-dessus, et elle apporte aux malades qu'une réduction un peu plus forte (diminution de 12 %).

Dans le cas où elle serait accompagnée d'un remplacement large, cette modification des coefficients aurait un effet bien plus important : réduction de plus de 21 % du coût des médicaments pour les malades, avec un déficit de 43 millions pour la PPM, ce qui obligerait cette dernière à réduire ses charges (voir essai E2). En pratique, comme ce n'est certainement pas en une seule année que la PPM parviendra à remplacer 350 spécialités par les médicaments essentiels, on peut très bien imaginer une mise en place progressive de l'Initiative de Bamako, avec les coefficients qui ont été préparés ces derniers mois et qui seraient en cours d'approbation : dans un premier temps (première année), approvisionnement correspondant au remplacement restreint, dans un second temps, approvisionnement correspondant au remplacement large.

Remplacement restreint, révision en cours des coefficients

CHOIX DU DECIDEUR

NOM DE L'ESSAI..... E1

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) 25

REDUCTION DES CHARGES

(en millions FCFA)..... 0

ACCELERATION DES LIVRAISONS NON

Coefficient sur DCI..... 1.75

Coefficient sur autres produits.. 1.95

SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT. NON

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 Spécialités	
		remplaçables	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 1078

et transport international)

RESULTAT PPM 83

REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES 12,06%

Remplacement large, révision en cours des coefficients

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... E2	
EXTENSION DU REMPLACEMENT		Paramètres fixes	
(1=restreinte ; 2=étendue).....	2	SPECIALITES	DCI
PRIVILEGE DE L'UMPP		TRANSPORT	10,00% 33,00%
OUI ou NON	OUI	DOUANE	22,00%
EXONERATION DOUANIERE		MARGE DETAIL	25,52% 25,52%
(1=actuelle ; 2=limitée aux DCI)	1	% PERTES	20,00% 20,00%
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		Autres Spécialités	
	DCI	remplacables 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 (PPH + PRIVE)	1063	0	4344 5407
MARGE REVENANT A LA PPH	203	0	831 1035
CHARGES DE LA PPH (hors douane et transport international)			1078
RESULTAT PPH			-43
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES			21,64%

8.2.3 Incidence du privilège de l'UMPP

Le privilège de l'UMPP consiste à lui acheter des médicaments essentiels qui coûtent en ordre de grandeur deux fois le prix auquel on les obtiendrait sur le marché mondial. Il peut paraître choquant que les malades, c'est-à-dire les plus démunis, dans une population parmi les plus pauvres de la planète, soient contraints de payer un surcoût si considérable en matière de médicament. Mais ce surcoût sera d'autant plus choquant qu'il portera sur un grand volume de vente ; or nous savons déjà que les mesures actuellement étudiées pour la mise en pratique de l'Initiative de Bamako sont d'une ampleur modeste : on a montré au chapitre 3 que même le remplacement large ne concernerait qu'environ le tiers du chiffre actuel des achats de la PPM. Quel est donc l'incidence pratique de la conservation du privilège de l'UMPP ?

Par rapport à la situation qui est la plus proche de la situation actuelle (D1, ci-dessus), l'abandon du privilège de l'UMPP réduit faiblement le résultat de la PPM (dont le résultat diminue de 30 millions, mais reste de l'ordre de 70) et augmente la réduction de coût pour les malades (elle passe à presque 13 %, en augmentation de près de 2 points de pourcentage, cf. tableau P1 plus bas).

D'un autre côté, en cas de remplacement large, la suppression du privilège de l'UMPP entraînerait à elle seule au bout d'un an une réduction du coût des médicaments de presque 22 %, sans ruiner la PPM dont le résultat négatif de 44 millions (tableau P2) peut être compensé par des réductions de charge, qu'on sait de toutes façons absolument nécessaires, et pour un montant plusieurs fois plus élevé.

Remplacement restreint, suppression du privilège

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... F1		
EXTENSION DU REMPLACEMENT				
(1=restreinte ; 2=étendue).....	1	Paramètres fixes		
PRIVILEGE DE L'UMPP		SPECIALITES DCI		
OUI ou NON	NON			
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			
ACCELERATION DES LIVRAISONS				
COEFFICIENT SUR DCI.....	1.95			
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS..	1.95			
SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT.				
NON	COUT	100 millions		
RESULTATS		Autres Spécialités		
		DCI remplaçables	et autres	TOTAL
VALEUR FACTURE DES ACHATS	356	475	2075	2906
VALEUR TTC BAMAKO DES ACHATS	482	589	2785	3856
DROITS DE DOUANE	8	67	502	577
VALEUR DETAIL (PPM + PRIVE)	752	919	4344	6015
MARGE REVENANT A LA PPM	144	176	831	1151
CHARGES DE LA PPM (hors douane et transport international)				1078
RESULTAT PPM				73
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES				12,83%

Remplacement large, suppression du privilège

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... F2		
EXTENSION DU REMPLACEMENT				
(1=restreinte ; 2=étendue).....	2	Paramètres fixes		
PRIVILEGE DE L'UMPP		SPECIALITES DCI		
OUI ou NON	NON			
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			
ACCELERATION DES LIVRAISONS				
COEFFICIENT SUR DCI.....	1.95			
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS..	1.95			
SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT.				
NON	COUT	100 millions		
RESULTATS		Autres Spécialités		
		DCI remplaçables	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)	1056	0	4344	5400
MARGE REVENANT A LA PPM	202	0	831	1034
CHARGES DE LA PPM (hors douane et transport international)				1078
RESULTAT PPM				-44
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES				21,74%

2.4 Incidence de la privatisation de la distribution

On a signalé plus haut dans ce rapport que l'extension de la part du chiffre d'affaires pharmaceutique qui est fait par le privé représente une menace importante pour la PPM. Le modèle permet de le voir très facilement. Conformément à ce que l'intuition suggère, le développement du secteur privé affecte les marges de la PPM, mais pas ses charges, ni (tant que le médicament est vendu à un prix imposé par les pouvoirs publics) le coût des médicaments pour les malades.

En une seule année, les officines privées ont conquis le quart du chiffre d'affaires pharmaceutique ; avec une marge de 25,52 et un chiffre d'affaires de 7 milliards, l'apparition du secteur privé à coûté, en ordre de grandeur, entre 400 et 500 millions de FCFA de recettes à la PPM. Il n'est plus temps de dormir sur les comptoirs ou d'invoquer les missions sociales de l'entreprise.

Le mouvement va-t-il continuer ? Cela dépend en grande partie de la PPM elle-même. Elle dispose d'atouts importants dans une stratégie commerciale, et en particulier de certaines localisations excellentes. Si elle les abandonne, de gré ou de force, elle va à la faillite ; si elle les laisse périlcliter (par incapacité à faire comprendre à son personnel que le service du client passe avant toute autre préoccupation, qu'un peu de compétence professionnelle ne fait jamais de mal, qu'un peu de rigueur est désormais exigé, etc...), elle va à la faillite.

Cela dépend aussi des pouvoirs publics. On a indiqué plus haut quelle inquiétude sourd dans certains esprits à voir que la profession pharmaceutique ne s'est aucunement préoccupée, dans cette phase de privatisation, des dispositifs qui eussent garanti un minimum de contrôle professionnel sur les officines qui se créaient, pas plus que sur les officines qui résulteraient des cessions envisagées par la PPM. Les pouvoirs publics peuvent accepter que le commerce du médicament soit, en fait, abandonné à n'importe qui, ou bien ils peuvent peut-être encore réagir.

Et quelles seraient les conséquences d'un accroissement supplémentaire de la part des ventes faites par le secteur privé ?

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'essai G1 montre que la mise en oeuvre la plus prudente de l'Initiative de Bamako --cf. E1 ci-dessus-- se traduit désormais par un déficit de 56 millions pour la PPM (au lieu d'un bénéfice de 101 millions en E1). La situation la plus favorable aux malades, décrite plus haut dans l'essai D3, se traduit maintenant par un résultat négatif de 123 millions (à la place d'un bénéfice de 14).

De même, la situation dans laquelle on applique les coefficients actuellement en voie d'approbation, tout en précédant à un remplacement restreint (ci-dessus E1), situation qui était assez confortable pour la PPM, aboutit maintenant à un résultat négatif de 71 millions au lieu d'un résultat positif de 83 millions (cf. essai G2 ci-dessous). Tout devient plus difficile.

Ces exemples montrent que, dans le cas où on met en oeuvre l'Initiative de Bamako en procédant au remplacement restreint, toute augmentation de 10 points de la part de marché des officines privées se traduit par une perte de recettes d'environ 150 millions pour la PPM. C'est évidemment beaucoup, même par rapport aux charges injustifiées que cette société devrait supprimer. L'effort de réduction des charges est donc nécessaire, pour les raisons qu'on a dites, et pour renforcer l'instrument nécessaire de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako. Mais le danger extérieur est présent, lui aussi.

Part de marché à 35 %, mise en oeuvre la plus prudente

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

ACCELERATION DES LIVRAISONS

NON

COEFFICIENT SUR DCI..... 1.95

COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS.. 1.95

SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT.

NON

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

100 millions

Autres Spécialités

DCI remplaçables et autres TOTAL

RESULTATS

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%

Part de marché à 35 %, coefficients en cours d'approbation

CHOIX DU DECIDEUR		NOM DE L'ESSAI..... 62		
EXTENSION DU REMPLACEMENT				
(1=restreinte ; 2=étendue)..... 1				
PRIVILEGE DE L'UMPP		Paramètres fixes		
OUI ou NON		SPECIALITES		DCI
EXONERATION DOUANIERE		TRANSPORT	10,00%	33,00%
(1=actuelle ; 2=limitée aux DCI) 1		DOUANE	22,00%	
PART DES OFFICINES PRIVEES		MARGE DETAIL	25,52%	25,52%
(en pourcentage des ventes) 35		% PERTES	20,00%	20,00%
REDUCTION DES CHARGES				
(en millions FCFA)..... 0		MAXIMUM	300 millions	
ACCELERATION DES LIVRAISONS		COUT	50 millions	
COEFFICIENT SUR DCI..... 1.75				
COEFFICIENT SUR AUTRES PRODUITS.. 1.95				
SUBVENTION DEPOTS ARRONDISSEMENT.		NON	COUT	100 millions

RESULTATS	DCI	Autres remplacables	Spécialités et autres	TOTAL
VALEUR FACTURE DES ACHATS	500	475	2075	3050
VALEUR TTC BAMAKO DES ACHATS	575	589	2785	3949
DROITS DE DOUANE	3	67	502	574
VALEUR DETAIL (PPM + PRIVE)	805	919	4344	6068
MARGE REVENANT A LA PPM	134	152	721	1007
CHARGES DE LA PPM (hors douane et transport international)				1078
RESULTAT PPM				-71
REDUCTION DE COUT POUR LES MALADES				12,06%

8.3 Conclusion

La conclusion de ce chapitre tient en peu de mots : il est tout-à-fait possible pour la FPM de jouer le rôle qu'elle doit jouer dans la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako.

La PPM doit jouer un rôle décisif dans cette affaire. Des analyses détaillées des perspectives ouvertes par la privatisation de la distribution ont montré, au chapitre précédent, qu'il ne faut pas attendre du secteur privé qu'il rende le médicament disponible dans les régions (sauf les exceptions que chacun connaît déjà), dans les cercles (sauf exceptions connues ou prévisibles), et dans les arrondissements. Si l'Initiative de Bamako signifie disponibilité du médicament --ce que nous avons cru comprendre-- elle appelle l'intervention d'un mécanisme de compensation, et la PPM peut jouer ce rôle.

Pour jouer ce rôle, la PPM doit se transformer. Elle n'a jusqu'à présent rien fait pour s'y préparer, comme si personne en son sein n'avait compris ni la belle partie qui se dessine depuis un an, ni les grands dangers que la politique de l'autruche font courir à l'entreprise depuis que la concurrence avec le secteur privé s'est effectivement engagée, dans des zones géographiques limitées mais stratégiques (parce que les zones bénéficiaires sont stratégiques pour toute entreprise), concurrence qui redonne aux clients le goût d'être considérés au moins comme des clients, et aux malades l'espoir de trouver des médicaments dans les officines.

Engager la PPM à jouer ce rôle n'est pas l'entraîner dans un traquenard d'où elle sortirait inéluctablement ruinée. Les éléments d'information que nous avons recueillis auprès de l'entreprise ont été traités avec des marges de sécurité suffisantes (faut-il rappeler, par exemple, qu'on utilise un coefficient de perte de 20 % ?) pour qu'on ne puisse pas douter de l'ordre de grandeur des résultats que fournit le modèle : 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 de multiples façons de le faire en apportant aux malades un allègement très significatif du coût des médicaments.

Ces résultats confirment ceux qui ont été obtenus par M. MANCHE (cf. [45], pp. 33-43), pour des cas de figure un peu plus simples, dont l'analyse, poussée sur deux ou trois ans, permettait de conclure que la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako dans les conditions envisagées ne poserait pas de problème de trésorerie à la PPM (cf. [45] p. 44). Il est probable que cette dernière conclusion peut être reprise ici.

RESUME ET CONCLUSIONS

L'étude traite de huit questions, qu'on rappelle ci-dessous avant de résumer la réponse qui y a été apportée.

Quelle liste de médicaments essentiels ?

L'étude comporte un examen critique de la liste qui a été communiquée par le Ministère de la Santé, et présente une contre-proposition. Les modifications suggérées sont plus importantes par la cohérence qu'elles donnent à la stratégie des médicaments essentiels que par leur nombre. On montre aussi, dans la suite du rapport, que le choix de l'une ou l'autre liste n'a pas de conséquences économiques appréciables. En pratique cela signifie qu'on peut mettre en oeuvre l'Initiative de Bamako en utilisant dans un premier temps la liste ad hoc, si on ne veut pas soumettre la liste préférée aux instances compétentes et supporter leurs délais.

Quelles spécialités retirer du catalogue de la PPM ?

L'expérience récente dite de la "réforme pharmaceutique" a appris à tout un chacun, au Mali et à l'étranger, que l'une des conditions sine qua non de succès de l'introduction des médicaments essentiels est que ces derniers ne doivent pas se trouver en concurrence, dans les officines ou dépôts, avec les spécialités auxquelles ils doivent se substituer. Il n'y aura donc de mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako que si la PPM reçoit, sous une forme quelconque pourvu qu'elle soit efficace, l'ordre de retirer du marché toutes les spécialités qui peuvent être remplacées par les médicaments essentiels que la même PPM sera chargée, dans le même temps, d'importer en quantités voulues.

L'étude propose une méthode permettant d'établir une liste des spécialités à retirer du catalogue de la PPM, et en donne une double application à partir de la liste ad hoc des médicaments essentiels et une double application à partir de la liste préférée :

- le remplacement pourrait concerner environ 150 spécialités pour lesquelles la correspondance entre le médicament essentiel et la spécialité est stricte (même composition chimique, même forme, même dosage ; les deux produits ne diffèrent donc à proprement parler que par le nom et l'emballage) ;
- le remplacement pourrait concerner, outre les 150 spécialités dont il vient d'être question, environ 200 spécialités supplémentaires pour lesquelles les différences de forme ou dosage sont, en toute rigueur scientifique, négligeables.

Quelles conséquences sur le chiffre des achats de la PPM ?

L'étude a permis de réaliser, pour les années 1988 et 1989, un fichier par produit des sorties de stocks, des prix d'achat et de vente, et, pour les spécialités qui peuvent être remplacées par des médicaments essentiels, des prix d'achat auprès de LDA.

Sur cette base, l'étude montre que le remplacement au sens strict peut représenter une diminution de la facture des achats pharmaceutiques de 800 millions environ par an, et le remplacement au sens large une diminution de près de 1,2 milliard (environ le tiers de la facture actuelle). Ce chiffre traduit bien l'importance considérable que pourrait avoir, pour la population malienne et spécialement pour ses malades, la mise en oeuvre d'un approvisionnement en médicaments essentiels dans le cadre de l'Initiative de Bamako.

L'étude montre en second lieu qu'il est impossible de retrouver le chiffre d'affaires figurant au compte d'exploitation générale de la PPM en multipliant les sorties de stock par les prix de vente : on trouve environ 20 % de plus, ce qui est énorme. Ce problème, qui concerne la gestion de la PPM, n'a pas été résolu au terme de plusieurs discussions avec les dirigeants de la société.

L'étude montre aussi que la politique des prix renforce encore, au détriment de la population, le surcoût des médicaments sur le marché malien (par rapport à ce qui serait à la fois possible, et on ne peut plus souhaitable compte tenu du niveau de vie de la population), en permettant à la PPM de dégager des bénéfices sans améliorer ses performances. Ainsi, par exemple, entre 1988 et 1989, les achats de la PPM n'ont pas augmenté, mais ses marges se sont, du fait de la fixation d'un coefficient à 1,95 pour tous les produits, accrues de 26 %, ce qui a représenté un prélèvement supplémentaire (par rapport à 1988) de près de 1 milliard FCFA sur les malades.

L'étude montre, accessoirement, que la question du conditionnement des médicaments (conditionnement hôpital ou public) semble avoir bien moins d'importance, dans la détermination du coût d'une commande achetée par appel d'offres, que la professionnalité des acheteurs (qualité de leur information sur la situation du marché mondial, qualité de leur appréciation).

Quel calendrier pour la mise en place des médicaments essentiels ?

L'étude contient une analyse des commandes récemment passées grâce aux financements Banque Mondiale et FED. Cette analyse montre :

- que ces commandes ne portent, ensemble, que sur 40 des 92 produits figurant sur la liste ad hoc, et l'on est donc en droit de se demander ce qui était envisagé pour les autres ;
- que ces commandes représentent un nombre extrêmement variable de mois de consommation normale : de moins de 2 à plus de 300 ; même si certaines contiennent visiblement une erreur qu'il est peut-

être possible de corriger, on est en droit de se demander pourquoi on n'a pas systématiquement tenté de commander les quantités nécessaires pour approvisionner le marché en un plus petit nombre de produits, mais pour par exemple six mois ou un an.

L'étude présente ensuite les stocks par produit à la fin décembre 1989, et les commandes en cours au début du mois de février 1990. Ces informations montrent que, faute d'instruction précise jusqu'au moment où nous écrivons, la PPM ne s'est préoccupée que de continuer à commander les spécialités qu'elle commercialise traditionnellement, de façon à disposer d'un stock qui, en pratique, est fréquemment très supérieur à quatre mois.

De cela il résulte à l'évidence que la PPM n'est aucunement préparée à mettre en oeuvre l'Initiative de Bamako : elle ne dispose pas aujourd'hui des stocks de médicaments essentiels qui lui permettraient de faire face à la demande. Dans ces conditions, si le délai d'exécution d'une commande de médicaments essentiels est de quatre mois, le lancement de l'Initiative de Bamako par des déclarations publiques et la mise en place de médicaments essentiels dans les officines sera autre chose qu'un feu de paille si et seulement si il n'intervient que quatre mois après la passation par la PPM des commandes voulues de médicaments essentiels.

Ce dernier point n'est pas un résultat de l'étude : les dirigeants de la PPM le connaissent parfaitement et pouvaient en tenir compte dans leurs discussions avec le Ministère de la santé depuis le jour où il a été question de mettre en oeuvre l'Initiative de Bamako.

Si l'on ne s'assure pas que la PPM est prête à faire face à la demande de médicaments essentiels, dès le jour du lancement de l'Initiative de Bamako, la mise en vente de petites quantités de médicaments essentiels sera inéluctablement un échec, parce que les phénomènes incontrôlables qui ont ruiné la réforme pharmaceutique se reproduiront à plus grande échelle. Il est clair aussi que la PPM ne prendra cette décision que le jour où le Ministère de la Santé le lui aura imposé dans les formes qui conviennent.

A partir du moment où la PPM entrera concrètement dans la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako et cessera de commander les spécialités qui doivent être remplacées par des médicaments essentiels, on pourra tenter de préciser le calendrier de la mise en place des médicaments essentiels, médicament par médicament. Mais il importe de ne pas oublier que manquer cette étape, c'est-à-dire laisser coexister les spécialités et des médicaments essentiels en petites quantités mis en place prématurément, revient à saboter consciencieusement l'approche malienne de l'Initiative de Bamako.

Que peut-on attendre de l'UMPP ?

La présente étude ne pouvait pas contenir une analyse spécifique des conditions économiques dans lesquelles l'UMPP produit un certain nombre de médicaments essentiels, ni de leur évolution probable. Mais elle devait prendre en considération les caractéristiques actuelles de cette production, puisque l'UMPP est un fournisseur important de la PPM, au moins pour certains produits.

Les deux résultats utiles de l'étude, sur ce point, sont les suivants :

- en ordre grandeur, tout achat à l'UMPP coûte deux fois plus cher à la PPM, et donc au malade, qu'un achat sur le marché mondial ;
- en ordre de grandeur, et sur le papier, la capacité actuelle de l'UMPP devrait lui permettre de satisfaire la totalité des besoins de la PPM dans les médicaments essentiels que fabrique l'usine malienne.

Sur le plan pratique, ces résultats impliquent :

- d'une part que l'on se préoccupe de chiffrer le surcoût imposé aux malades par le privilège ("privilège du fournisseur le plus favorisé") dont bénéficie en fait l'UMPP, surcoût qui augmentera d'autant plus que la part des médicaments fabriqués au Mali augmenterait du fait que la PPM ne s'approvisionnerait plus en spécialités concurrentes ; nous montrerons plus loin que, actuellement, ce surcoût se noie dans la masse des achats de la PPM, parce que la part que représentent les produits fabriqués par l'UMPP dans le total des approvisionnements en médicaments essentiels est faible et le restera inévitablement encore au cours des prochaines années ;
- d'autre part que l'on se préoccupe de la productivité et des prix de revient réels de l'UMPP, avant de la laisser s'engager à lancer de nouvelles fabrications, telles que celles qui sont envisagées pour un futur très proche (metronidazole, cotrimoxazole, gentamycine inj et chloramphenicol inj) ; il serait évidemment déraisonnable, au moment où l'on met en oeuvre l'Initiative de Bamako, de laisser croître la part des médicaments essentiels que le Mali achèterait à deux fois leur coût sur le marché mondial, que ce soit en élargissant la gamme des fabrications ou en augmentant le volume des productions actuelles.

Quelle variation des charges de la PPM à missions inchangées ?

La réduction de la valeur des achats de la PPM, par suite du remplacement de spécialités chères par des médicaments essentiels en DCI achetés aux meilleures conditions du marché international devrait entraîner une diminution des marges de l'entreprise, sauf si elle était autorisée à reprendre d'une main ce qu'elle aurait lâché de l'autre. Dans cette perspective, l'étude donne une synthèse des informations dont disposent depuis longtemps les dirigeants de l'entreprise et le Ministère de la santé, concernant le niveau actuel des charges. Il en résulte que :

- la PPM supporte des charges non négligeables pour entretenir des centres de prestations dont la gestion est à l'abandon ; elle n'a pas vocation à gérer de tels centres, encore moins à faire payer aux malades le déficit d'activités qui, selon toute apparence, ne bénéficient pas aux plus démunis ; la suppression de ces activités peut alléger ses charges d'environ 125 millions annuellement ;
- la PPM conserve un personnel pléthorique, tant dans ses services administratifs que dans ses officines et succursales, au lieu de viser sans cesse à améliorer le service rendu aux malades en ne conservant que ses employés les plus qualifiés, les plus effica-

ces, et ceux dont l'honnêteté s'est montrée irréprochable ; elle doit envisager sérieusement, à terme de deux ou trois ans, une réduction d'un tiers de ses effectifs, et une élévation sensible de la qualification et des performances de ceux qui seront conservés ; la diminution de charges qui devrait résulter de cet effort en tout état de cause nécessaire a été chiffrée à environ 180 millions ;

- la PPM ne se préoccupe ni de ses délais de livraison, ni de satisfaire la totalité des commandes qui lui sont passées, et elle a visiblement oublié que ce sont les malades qui en pâtissent ; on peut envisager que les dépenses supplémentaires permettant d'améliorer la gestion des stocks, de rationaliser les achats, d'accélérer le rythme des livraisons soient plus que compensées par les marges supplémentaires qu'elles autoriseront ; l'accroissement de charges pourrait atteindre 100 millions.

Les décisions dans ces domaines sont difficiles à prendre, mais la PPM est condamnée si elle persévère dans la politique de l'autruche. La concurrence est là, et toute part de marché gagnée par les officines privées réduit les chances de survie de la PPM, alors que, comme on va le voir plus loin, la PPM est un élément irremplaçable de la voie malienne vers l'Initiative de Bamako.

Quelles sont les alternatives réalistes en matière de distribution du médicament au Mali ?

La question à résoudre, aujourd'hui, au Mali aujourd'hui, n'est pas celle de savoir comment faire une place au secteur privé, sans conditions, puisque cette place a déjà été faite, au moins au stade de la distribution, mais de savoir comment concilier la place promise aux intérêts privés médicaux et pharmaceutiques avec les intérêts de la population en matière d'accessibilité géographique et financière des soins et des médicaments, puisque cette promesse a été renouvelée lorsqu'on a commencé à parler d'Initiative de Bamako. C'est dans ce cadre que doivent être examinées les modifications proposées des missions de la PPM.

Dans ce cadre, l'étude montre d'abord que plusieurs des solutions envisagées ces derniers mois ont des limites évidentes tenant d'abord à une conception très sommaire, parfois irréfléchie. Par exemple ;

- la privatisation de la distribution est considérée par certains comme pure et simple braderie du patrimoine national, sans considération pour quelque règle que ce soit concernant le contrôle professionnel, sans considération de la valeur des fonds, sans considération des conditions de paiements ;

- de même, la création de dépôts dans tous les arrondissements a été abordée en ne considérant que les charges qu'ils créeraient inéluctablement, et sans tenir compte du fait que l'entreprise n'est pas encore capable de surveiller correctement les gérants de ses succursales de cercle ;

- de même, on a parlé de dépôts communautaires comme s'ils pouvaient être créés par décret, ou par une rapide mission motorisée venant de la capitale, alors que la première difficulté de cette solution est la faiblesse extrême des capacités de gestion disponibles dans les arrondissements et secteurs de développement ;

- quant aux pharmacies hospitalières, il apparaît vite que, s'il est possible qu'elles puissent contribuer à résoudre à court terme un problème dramatique dans les hôpitaux, il est tout aussi rapidement clair qu'elles ne peuvent participer en aucune façon à la mise en oeuvre de la gestion communautaire de la santé, caractéristique essentielle de l'Initiative de Bamako.

A ces arguments s'ajoutent ceux qu'a apportés l'étude économique des coûts et de la rentabilité de la distribution, étude dont les principaux résultats sont les suivants :

- la fonction de distribution de la PPM lui coûte environ 500 millions FCFA, alors que la fonction d'importateur-grossiste coûte trois fois plus cher ; il est apparu assez rapidement ensuite que les marges apportées par la distribution font de cette activité un élément essentiel de l'équilibre de la gestion de la PPM ; on reviendra plus bas sur ce point ;

- la distribution des médicaments profite aujourd'hui, comme chacun le voit, d'une rentabilité maximale au Mali, parce qu'on vend des spécialités très chères en utilisant un coefficient extrêmement généreux pour fixer les prix de vente au public ; même dans ces conditions, les officines présentant un intérêt pour un investisseur privé qui place ses capitaux sont peu nombreuses (ce qui explique que la PPM soit amenée à brader le patrimoine public si on l'oblige à vendre, ce qu'elle semble avoir commencé de faire) ; si l'Initiative de Bamako est mise en oeuvre, la rentabilité d'un investissement privé dans la distribution pharmaceutique diminuera considérablement ;

- en tout état de cause, il est des succursales qui ne couvriront jamais leurs coûts d'exploitation ; si elles sont nécessaires pour rendre le médicament accessible, elles doivent être conservées ; et si elles sont déficitaires, il faut couvrir leurs pertes grâce au bénéfice réalisé là où les conditions d'exploitation sont plus favorables (et notamment à Bamako) ; un tel système de péréquation ne peut être géré que par un organisme national, tel que la PPM ou un concessionnaire de service public ;

- un système de distribution dans les arrondissements organisé à partir du cercle sous la responsabilité du médecin-chef, selon les modalités mises en place par exemple dans la 5ème région (qui elle-même a bénéficié de l'expérience antérieure des 6ème et 7ème régions), ne coûterait au total pas plus cher que le système actuel, qui est source d'un gaspillage éhonté à cause de son incapacité typiquement bureaucratique à se préoccuper de la productivité de ses agents.

En résumé, les éléments rassemblés dans l'étude pour apprécier les coûts et avantages des divers types de modification à envisager des missions de la PPM conduisent à conclure que :

- à moins que les pouvoirs publics ne décident de brader les officines de la PPM, il est peu probable que la privatisation se poursuive autrement que comme elle a commencé, c'est-à-dire par la création de petites officines qui concurrenceront la PPM là où c'est facile ; la PPM ne doit aucunement compter sur des recettes exceptionnelles provenant de la cession de ses officines ; elle doit plutôt s'attendre à voir diminuer encore rapidement sa part des ventes au public, donc ses marges de distributeur ;

- par voie de conséquence, c'est entretenir une illusion que d'attendre de l'initiative privée qu'elle rende le médicament disponible dans les cercles ; la rentabilité exigée d'un investissement privé ne peut pas être atteinte dans nombre de cercles, a fortiori dans beaucoup d'arrondissements ; et les seuils actuels de chiffre d'affaires, dont nous avons donné un ordre de grandeur, seront d'autant plus difficilement atteints dans le futur qu'on aura mieux réussi à mettre en oeuvre l'Initiative de Bamako, puisque les médicaments essentiels coûteront moins cher que les spécialités ; si donc on veut rendre le médicament disponible dans les chefs-lieux de cercle, il faut absolument conserver le réseau PPM en totalité ;

- il est tout à fait possible de rendre le médicament disponible dans tous les arrondissements ; une organisation efficace a fait ses preuves et peut être étendue à tous les arrondissements qui ne sont pas encore couverts ; la supervision et la respectabilité morale des cadres de la santé y jouent un rôle central ; cependant le coût de la distribution des médicaments dans les arrondissements sera nécessairement supérieur à la marge du distributeur dans un certain nombre d'arrondissements ; il est donc nécessaire de prévoir la prise en charge d'une partie de ce coût sous forme d'une subvention versée par les échelons supérieurs du système de distribution à ses échelons périphériques ;

- la question de savoir s'il vaut mieux confier la distribution dans les arrondissements à la PPM ou à des communautés diverses ne peut pas être traitée par les seuls arguments économiques ; la PPM n'a pas montré dans le passé qu'elle était capable de surveiller ses gérants dans les cercles, et on attend encore d'elle un effort considérable sur ce point ; il n'est sans doute pas raisonnable de lui demander en même temps de créer 230 succursales nouvelles ; on devrait donc préférer une solution pragmatique et décentralisée, parfaitement conforme à l'esprit de l'Initiative de Bamako, qui consiste à confier au médecin-chef de cercle la responsabilité d'organiser la distribution dans les arrondissements, en s'appuyant sur les communautés ou groupements publics ou privés qui seraient capables de s'organiser à cette fin ; une coordination régionale, assortie de la péréquation rendue nécessaire par l'impossibilité de couvrir les charges par les marges dans certains arrondissements, pourrait être organisée.

Quelles seront les conséquences pour la PPM et pour la population de diverses décisions envisageables ?

Pour répondre à cette question, on a construit un modèle de décision qui décrit les conséquences essentielles de toute politique d'approvisionnement en médicament envisageable à partir des réponses aux neuf questions dont on a montré jusqu'à présent qu'elles sont les plus importantes :

- quelle étendue donne-t-on au remplacement des spécialités par des médicaments en DCI ? Le décideur a le choix entre une extension restreinte, qui concerne 159 spécialités et une extension large qui en affecte 350 ;
- préserve-t-on le privilège de l'UMPP, c'est-à-dire continue-t-on à lui acheter ses produits alors qu'ils coûtent au malade plus de deux fois ce que coûteraient les mêmes médicaments achetés sur le marché international ?
- conserve-t-on l'actuelle réglementation douanière, qui résulte d'une interprétation visiblement tendancieuse et juridiquement douteuse du décret n° 85, ou en revient-on à l'intention clairement affirmée par ce texte : seuls sont exonérés les médicaments en DCI ?
- quelle extension de la part du marché revenant aux officines privées considère-t-on comme souhaitable du point de vue de la santé publique et de l'intérêt des malades ?
- est-on décidé à obtenir de la PPM une réduction de ses charges, et, dans l'affirmative, de quel montant ?
- est-on décidé à obtenir de la PPM un effort sensible dans le domaine du rythme des livraisons et de la satisfaction des commandes ?
- est-on décidé à subventionner les dépôts d'arrondissement qui seraient déficitaires, de façon à assurer la disponibilité du médicament dans tous les arrondissements ?
- quel coefficient voudrait-on appliquer aux médicaments en DCI ?
- quel coefficient voudrait-on appliquer aux spécialités ?

Les réponses à ces questions définissent un très grand nombre de politiques, et les effets de chacune d'elles peuvent être évalués par le modèle. Pour chacune en effet le modèle va calculer la valeur facture des achats, la valeur TTC Bamako des achats, les droits de douane, la valeur de détail des ventes, la marge revenant à la PPM, les charges de la PPM, le résultat, ainsi que la réduction de coût pour les malades.

La conclusion que ce modèle permet de tirer est claire et nette : il existe de multiples façons de mettre en oeuvre l'Initiative de Bamako en préservant les résultats d'exploitation de la PPM, et en apportant aux malades un allègement très significatif du coût des médicaments.

Ce modèle permet aux décideurs de prendre leurs responsabilités, il ne permet pas de décider à leur place. Les essais auxquels nous avons procédé, bien plus nombreux que ceux qui sont rapportés dans ce rapport, nous ont convaincu qu'il est possible de rendre le médicament disponible dans tous les arrondissements et de le rendre disponible au prix le moins cher, en s'appuyant sur la PPM, importateur et distributeur jusqu'aux cercles, et, dans les arrondissements, sur un réseau de magasins santé organisés en tenant compte des expériences maliennes originales dans ce domaine. Certains auraient sans doute préféré que l'étude se termine par une montagne d'obstacles et une litanie de mises en garde ; ce n'est pas le cas.

Il reste que le succès ne dépend pas que de la faisabilité économique. Il dépend aussi de la volonté politique, il dépend aussi du comportement d'acteurs tels que la PPM, il dépend aussi du comportement des prescripteurs. Mais cela, dans le milieu concerné, chacun le sait depuis toujours, chacun en a repris conscience, si c'était nécessaire, lors de l'Atelier national sur l'Initiative de Bamako ; mieux, chacun avait un rôle à jouer dans les programmes qui ont été discutés à cette occasion, et chacun a fait, ou n'a pas fait, depuis lors, ce qui lui incombait.

Qu'avez-vous fait, vous qui lisez ?

Termes de référence de l'étude sur
la Pharmacie Populaire du Mali
dans le contexte de l'Initiative de Bamako

CADRE DE L'ETUDE

La présente étude se situe dans l'environnement général de l'Initiative de Bamako et dans l'environnement immédiat du "Plan d'action" adopté par le Gouvernement du Mali pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako ; elle porte, de façon plus précise, sur le "contrat-plan" à passer entre l'Etat malien et la Pharmacie populaire du Mali, et dont les grandes lignes ont été arrêtées il y a près de six mois maintenant.

1°) Initiative de Bamako

"Les responsables africains de la santé, réunis à Bamako lors du 37ème Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique ont décidé d'accorder une attention plus soutenue aux problèmes de médicaments dans les pays de la Région OMS.

"Les soutenant en cela, le Directeur Exécutif de l'UNICEF et le Directeur Général de l'OMS ont promis de mobiliser les ressources nécessaires à la mise en oeuvre de cette initiative. (...)

"Depuis Bamako, des événements importants se sont succédés en faveur de la mise en oeuvre de l'Initiative. C'est ainsi que le Conseil d'administration de l'UNICEF tenu en mai 1988 a adopté une résolution en sa faveur ; les donateurs réunis en la circonstance ont matérialisé leur adhésion en acceptant de financer à hauteur de 30 millions de dollars US les premières actions que les pays entreprendront au cours de la période allant du dernier Conseil d'administration au prochain.

"A leur tour, les Chefs d'Etat Africains réunis au Sommet de l'OUA en 1988 ont adopté une résolution appelant les pays membres à soutenir l'action et à accorder les moyens nécessaires."([1]p.1)

Chacun sait quels sont les objectifs généraux de l'Initiative de Bamako : "Il s'agit pour les pays africains d'arriver à terme à garantir aux populations une disponibilité permanente et une accessibilité totale aux médicaments essentiels en noms génériques dans les formations sanitaires publiques et communautaires (...)

[1] République du Mali, Ministère de la santé publique et des affaires sociales, Direction nationale de la planification et de la formation sanitaire et sociale : Mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako : Plan d'action de mise en oeuvre du court et moyen terme, février 1989, 26 p.

Ces formations devront parvenir, grâce à un système de recouvrement des coûts incluant le prix du médicament, à financer leur fonctionnement et à soutenir les actions en faveur des groupes cibles mère et enfant. La disponibilité des médicaments au sein des formations devrait accroître leur fréquentation et augmenter la confiance des usagers au sein du système national de santé" ([1] p. 1).

2°) Plan d'action

La préparation de l'application au Mali de l'Initiative de Bamako a été confiée à un groupe ad hoc dont les travaux ont abouti à la rédaction d'un document intitulé "Mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako : plan d'action de mise en oeuvre du court et moyen terme" [1], achevé en février 1989, présenté au Conseil des Ministres le 31 mai 1989 et à l'Assemblée Nationale le 6 juillet 1989.

L'une des caractéristiques essentielles de ce plan d'action est la suivante : "Dans le souci de garantir une pérennité aux actions envisagées dans le cadre de l'I.B., le Mali a voulu dès le départ intégrer ce programme à son système de santé national en prenant en compte la politique pharmaceutique du pays, ainsi que les éléments de l'organisation de son système actuel. Une telle démarche évite de créer un système isolé et artificiel" ([1], p. 3).

Un autre trait important, découlant d'ailleurs du précédent, est que "Compte tenu du fait qu'il s'agit d'une action qui va toucher toute l'étendue du pays à terme, il a été préféré une approche progressive. Ceci devra permettre de mieux maîtriser l'évolution du système et d'y opérer les corrections nécessaires au fur et à mesure de sa mise en place dans les régions (...) choisies pour le démarrage de l'Initiative de Bamako" ([1], p. 3)

Pour préciser immédiatement comment la politique pharmaceutique du pays devait être prise en compte, le Plan d'action contient notamment un projet de contrat-plan entre l'Etat et la Pharmacie Populaire du Mali.

3°) Contrat-plan

Le texte du projet de contrat-plan rappelle d'abord que "la cogestion sino-malienne de la Pharmacie populaire du Mali vise essentiellement à améliorer la gestion de l'entreprise, à augmenter la rentabilité économique et à approvisionner tout le pays en produits pharmaceutiques d'une manière efficace" et que l'objectif de l'Initiative de Bamako est "de mettre à la disposition des populations des médicaments essentiels, partout et à moindre coût, en vue de permettre le financement des soins de santé primaires et plus particulièrement des soins préventifs de la mère et l'enfant" (cf. [1] p. 23).

Quant aux objectifs du contrat-plan lui-même, ils sont ainsi définis :

"- mettre en place un système d'importation performant d'achat par appels d'offres de médicaments essentiels en dénomination commune internationale ;

"- supprimer progressivement, dès la mise en place des médicaments essentiels, tous les équivalents et combinaisons en noms de marque de ces mêmes médicaments ;

"- mettre en place un système efficient de distribution des médicaments essentiels aux structures sanitaires publiques, communautaires et privées".

Le contrat-plan précise les moyens à mettre en oeuvre par les deux parties pour atteindre les objectifs qui viennent d'être mentionnés, les critères de performance et les règles de sanction des résultats.

OBJET DE L'ETUDE

Le contrat plan prévoit, notamment, que :

1°) la Pharmacie Populaire du Mali approvisionnera désormais le pays, au meilleur prix (acquisition par appel d'offres, cf. article 1) et sans rupture de stock (cf. article 4), en 60 médicaments essentiels (dont il donne la liste) et retirera de son catalogue les spécialités et combinaisons correspondantes (article 2) ;

2°) elle améliorera le circuit de distribution depuis le magasin central jusqu'au niveau du cercle, puis jusqu'au "structures sanitaires, communautaires et privées" (cf. article 2).

La première de ces dispositions entraînera inéluctablement 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 d'exploitation. Sur ce point, l'étude aura donc pour objet de préciser l'importance et le calendrier probables de cette modification, ainsi que les conséquences qui en découleront sur la capacité de l'entreprise à faire face à ses charges.

La seconde de ces dispositions demande à être explicitée. De multiples éventualités ont été envisagées lors du séminaire national sur l'Initiative de Bamako qui s'est tenu fin juillet, et en marge de ce séminaire. Parmi ces éventualités, il faut considérer au moins les suivantes :

- celles qui ont trait au rôle de la Pharmacie Populaire du Mali (importation seulement, ou importation et distribution grossiste, ou importation et distribution grossiste et détail) et à l'extension de la privatisation dans le secteur de l'importation et de la distribution (l'exercice privé de la profession de pharmacien est autorisé) et aux modalités de la décentralisation du stock ;

- celles qui ont trait à l'ouverture du capital de la PPM aux capitaux privés ;

- celles qui concernent le dispositif institutionnel qui sera chargé de mettre en œuvre l'Initiative de Bamako, et en particulier le rôle qu'y joueront les formations sanitaires publiques (centres de santé de cercle, dispensaires d'arrondissement) et leurs comités de gestion, d'autres institutions publiques (comités de développement...), communautaires (pour l'instant le terme n'a pas de définition juridique, et ne correspond à aucune réalité concrète) et privées (organisations non gouvernementales étrangères ou nationales notamment).

Les charges effectives de la Pharmacie Populaire du Mali dépendront beaucoup des décisions qui seront prises dans le premier et le troisième domaines ; les moyens dont elle disposera, et probablement le dynamisme de sa gestion, seront différents selon que la société restera publique ou sera privatisée.

Sur ce point également, l'étude aura pour objet de préciser les conséquences probables de chaque alternative, et éventuellement de chaque calendrier prévisible pour une alternative donnée, sur les ressources et les charges de l'entreprise.

Dans l'un et l'autre cas, il s'agit de parvenir à des ordres de grandeur indicatifs ; la prévision détaillée année par année appartient naturellement à l'entreprise, qui doit conserver l'entière responsabilité de sa gestion.

CONTENU DE L'ETUDE

Pour parvenir à fixer l'ordre de grandeur des modifications que les dispositions évoquées ci-dessus vont entraîner, il conviendra de procéder aux analyses suivantes :

1°) examen détaillé de la structure du chiffre d'affaires par produit, sur une ou deux années récentes et, si possible, indemnes de perturbations accidentelles connues ; cet examen devra en particulier :

- faire ressortir les produits (ou groupes de produits) qui sont à l'origine de l'essentiel du chiffre d'affaires de l'entreprise ;
- vérifier si la marge brute varie entre produits, et dans l'affirmative, identifier les produits qui, au cours des années considérées, ont été à l'origine de l'essentiel de la marge brute sur laquelle l'entreprise a financé ses charges ;

2°) description de l'effet immédiat et mécanique de l'engagement rappelé ci-dessus, aux termes duquel la PPM s'approvisionnera désormais par appel d'offres pour 60 médicaments essentiels en DCI, et supprimera de son catalogue les spécialités et combinaisons correspondantes ; on examinera ensuite les effets dynamiques de l'Initiative de Bamako dans son ensemble, mais d'abord :

- on établira une liste des spécialités que la PPM devra retirer de son catalogue ;
- on calculera les quantités correspondantes des médicaments essentiels qui seront acquis en remplacement ;

- on calculera la valeur de ces approvisionnements selon deux variantes : l'une aux prix des appels d'offres ou des grossistes spécialisés (prix du marché mondial), l'autre aux prix de l'UMPP pour les médicaments qu'elle fabrique ;

- on obtiendra enfin la marge brute dont disposera l'entreprise dans ces nouvelles conditions ;

3°) examen de la structure des charges de l'entreprise, sous un double aspect :

- l'examen doit permettre d'identifier les postes sur lesquels la direction dispose d'une possibilité d'intervention, et ceux qui correspondent à des engagements intangibles ; les possibilités d'intervention de la direction ne seront pas limitées par une conception de la gestion "en bon père de famille" : si elle veut réellement assurer le succès de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, auquel les pouvoirs publics sont attachés, l'entreprise doit savoir, si nécessaire, proposer des mesures courageuses dans des domaines délicats ; l'étude peut fournir quelques exemples de mesures de ce genre ;

- l'examen doit distinguer, ne serait-ce qu'à grands traits, les charges qui tiennent à la fonction d'importateur-grossiste et celles qui tiennent à la fonction de distributeur ;

4°) examen de l'équilibre prévisionnel des ressources et des charges, au cours des trois ou quatre premières années de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, dans diverses hypothèses (qu'il conviendra de sélectionner et de justifier) concernant l'évolution des ventes de produits pharmaceutiques et l'évolution des charges de l'entreprise ; dans cette perspective, on tiendra compte en particulier des facteurs suivants, dont l'incidence devra être chiffrée, au moins en ordre de grandeur :

- augmentation du volume des ventes liée à la plus grande disponibilité des médicaments dans les officines et dépôts divers et à la diminution de leur prix (ou du coût moyen de la prescription) d'une part, à la mise en place d'un certain nombre de "dépôts communautaires", qui augmenteront le nombre de points de vente, d'autre part ; c'est là qu'apparaîtront les effets dynamiques attendus de la mise en oeuvre d'une politique inspirée de l'Initiative de Bamako ;

- diminution des charges provenant d'une meilleure gestion quotidienne (simple extension des enseignements des deux derniers exercices) ou d'une adaptation de l'effectif du personnel au volume des tâches (sans exclure une éventuelle réduction de l'effectif de l'entreprise à ce qui est strictement nécessaire, quantitativement et qualitativement, à la réalisation de ses missions), ou d'une modification des fonctions de l'entreprise (sans exclure un éventuel abandon des fonctions de distribution au détail) ;

- augmentation des marges, par rapport à la prévision mécanique (évoquée plus haut) des effets de la mise en oeuvre du contrat plan, par une modification du coefficient qui sert à la calculer (1,95 depuis l'arrêté interministériel du 31 décembre 1988) ou par l'adoption d'un autre système de fixation des prix (y compris éventuellement la liberté des prix, qui permettrait de faire jouer

la concurrence, en ce qui concerne l'approvisionnement en médicaments essentiels, entre la PPM et un petit nombre d'autres importateurs-distributeurs agréés ;

5°) examen de la situation prévisionnelle de la trésorerie de l'entreprise, dans les diverses hypothèses qui auront été évoquées ci-dessus, et pour la même période de trois ou quatre ans, afin de dégager quel pourrait être le montant et quel devrait être le calendrier des versements d'un fonds de roulement ; il conviendra ici de tenir compte notamment des éléments suivants :

- compte tenu de nombreuses expériences récentes, le fonds de roulement ne sera, semble-t-il, accordé par les bailleurs de fonds que si les perspectives de son remboursement par l'entreprise dans un délai raisonnable sont sérieusement argumentées et assorties de garanties convaincantes ;

- il est admis que le passage des marchés de gré à gré aux appels d'offres entraînera globalement un raccourcissement des délais de paiement de l'entreprise à ses fournisseurs ; l'importance des besoins de trésorerie liés à cette modification des conditions de paiement devra être estimée ; elle est évidemment liée au rythme effectif de la mise en oeuvre du plan d'action, et ce rythme dépendra naturellement de l'état des stocks et des commandes au moment du lancement effectif de la nouvelle stratégie ; l'entreprise devra sur ce point fournir des propositions détaillées, pour au moins deux dates de lancement séparées de six mois ;

- la création de "dépôts communautaires" est susceptible de contribuer à l'accroissement du volume des ventes de l'entreprise, mais les conditions dans lesquelles ils seront gérés sont de la plus grande importance (l'expérience passée de la PPM, celle des PGR et celle des finances publiques sont suffisamment éloquentes pour qu'on en tienne enfin compte) et les compétences effectives de responsables de la gestion de ces dépôts doivent être clairement précisées (comme on sait déjà que ces gestionnaires seront inexpérimentés, le profil indispensable et nécessaire sera une contrainte évidente à l'extension inconsidérée du nombre de dépôts, aussi souhaitable cette dernière serait-elle par ailleurs).

RESULTATS ATTENDUS

L'étude devra conduire à une description claire des alternatives entre lesquelles les pouvoirs publics auront à choisir, et à des propositions concrètes concernant notamment les points suivants :

- la fixation du prix de vente des produits pharmaceutiques au Mali selon qu'on adopte l'un ou l'autre des divers systèmes concevables (liberté des prix, ou fixation administrative en valeur absolue, ou fixation par l'administration d'un coefficient à appliquer au prix de revient, etc) et selon la solution qu'on apportera au problème de l'accroissement des coûts de distribution dans les zones rurales éloignées ;

- les avantages et les coûts, tant pour les finances publiques que pour les budgets privés, des diverses éventualités actuellement considérées concernant le statut et les fonctions de la PPM ;

- les besoins de financement de la PPM au cours de cinq premières années suivant le lancement effectif de la politique d'approvisionnement et de distribution correspondant à l'Initiative de Bamako ;
- le montant des compensations qu'il serait nécessaire d'accorder à la PPM pour lui permettre de s'adapter aux nouvelles conditions de son activité (remplacement d'une politique commerciale très classique par une politique d'approvisionnement répondant aux objectifs de l'Initiative de Bamako).

COMPETENCES NECESSAIRES

L'étude dont on vient d'esquisser les grandes lignes devrait être confiée à une équipe réunissant les compétences suivantes :

- un économiste, capable de situer les questions posées par l'application du contrat-plan dans leur contexte (marché des médicaments, recouvrement des coûts, demande nationale de médicaments, capacité de financement des formations publiques, capacité de financement des ménages, etc...) et de proposer les hypothèses dont les effets devront être simulés ;
- un gestionnaire capable d'analyser la gestion de l'entreprise au cours de ces dernières années, pour en dégager les enseignements utiles notamment en matière de charges, d'imputation des charges aux fonctions, de liaison entre les charges et le volume de l'activité, de situation financière, de besoin en fonds de roulement, notamment ;
- un pharmacien averti de la commercialisation (importation et distribution pharmaceutique de gros et de détail).

Ces spécialistes auront à traiter une masse très importante de données quantitatives, disponibles auprès de l'entreprise, ou auprès du Ministère de la santé, ou auprès de l'Institut National de Recherche en Santé Publique, ou à recueillir par des investigations spéciales auprès de la PPM ou de ses officines. Ils seront aidés dans cette tâche par de jeunes économistes initiés à l'économie de la santé et à l'usage de l'informatique (une équipe de deux ou trois jeunes économistes, chercheurs en formation, devrait suffire).

On imagine que les compétences évoquées ci-dessus pourraient être trouvées à Bamako même. Toutefois, il est utile et souhaité que le gestionnaire soit un expert étranger, disposant d'une expérience personnelle dans le domaine de la gestion d'une entreprise d'importation pharmaceutique, et qui n'ait pas eu à connaître jusqu'à présent de la situation de la PPM. Ces conditions pourraient garantir un regard neuf et une appréciation aussi indépendante que possible de tout le contexte des difficultés des années récentes.

Ces conditions signifient aussi que l'expert en gestion viendra en mission, pour trois semaines probablement, au début du travail, alors que les autres participants à l'étude seront sur place et pourront étaler leur effort sur une plus longue période de temps.

L'ensemble du travail sera effectué sous la responsabilité de l'économiste.

DUREE ET CALENDRIER

Une étude prospective aussi délicate que celle qu'on envisage ne peut pas être réalisée à marches forcées en temps limité : il ne s'agit pas d'un exercice d'école, mais d'un effort de prévision auquel sont attachés des enjeux financiers, économiques, et sociaux très délicats plus encore qu'importants. L'un des enjeux est que cet effort doit préparer des décisions difficiles à prendre, qui en outre ne seront effectivement mises en application que si elles sont comprises et acceptées par de multiples intervenants. Il ne s'agit donc pas d'ajouter un document de plus à la montagne de papier à laquelle la "réforme pharmaceutique" a déjà donné naissance, sans aucun résultat pratique. Si le cadre de l'Initiative de Bamako n'est pas utilisé par le Mali pour aller, cette fois-ci, au fond des choses, il est inutile de se préoccuper plus avant de ce dossier.

Aussi, les hypothèses à examiner seront nombreuses, leurs modalités d'application plus encore, et les variantes des situations prévisibles presque innombrables. Pourtant, il faudra examiner les idées de chaque groupe d'intervenant, et les lui faire expliciter et préciser, et estimer les effets qu'auraient leur application.

Par ailleurs, le fait qu'on souhaite qu'une large part du travail soit réalisé par une équipe nationale représente à la fois une garantie d'adaptation des conclusions aux réalités du terrain, et une contrainte, parce que l'expertise nationale est en cours de formation, et que cela se traduit par un rythme de travail plus lent que celui qu'on exige de consultants professionnels disposant d'une longue expérience.

Le travail, tel qu'il est conçu, demandera donc six mois au total : deux mois de travail des experts nationaux et extérieurs, un mois pour une première synthèse, deux mois d'itération avec les experts et les groupes d'intervenants pour l'affinement des hypothèses et de leurs conséquences, un mois de mise en forme des conclusions.

Ce délai commencera à courir à partir du moment où l'UNICEF aura officiellement notifié sa décision de confier l'étude à l'économiste chef de projet et mis à sa disposition une première tranche de financement.

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

- [1] Ministère de la santé publique et des affaires sociales, Inspection de la santé et des affaires sociales, **Commission technique chargée de la révision de la liste des médicaments essentiels** (tel est le titre du document), 25 février 1987, 31 p.
- [2] Ministère de la santé publique et des affaires sociales, **Projet de développement sanitaire : Séminaire-atelier sur les médicaments essentiels du 1er au 4 septembre 1988**, 21 p., septembre 1988
- [3] Ministère de la santé publique et des affaires sociales, **Rapport atelier Initiative de Bamako, 24 juillet-4 août 1989, Bamako**, tome I, 145 p. + annexes, tome II, 126 p.
- [4] Dr E. PICHARD : **Propositions de modification de la liste des médicaments essentiels "Initiative de Bamako"**, 5 avril 1990, 5 p.
- [5] **Note technique sur la structure des prix des médicaments essentiels et non essentiels**, PPM, 12 janvier 1990, 4 pages
- [6] Pharmacie Populaire du Mali (P.P.M.), **Assistance technique au Bureau des entreprises publiques du Mali, Groupement Interafricain de Conseil et d'Assistance I.C.A.-Louis Berger International Inc.**, sans date (probablement 1986), 51 p.
- [7] JI XING ZHOU : **Réflexions et propositions sur la privatisation de la PPM, l'Initiative de Bamako et modification du prix**, Pharmacie Populaire du Mali, note n° 27/PPM, sans date (probablement début 1990), 3 p.
- [8] Dr Souleymane GUINDO : **Rapport diagnostic des unités prestation de la Pharmacie Populaire du Mali**, PPM, Département Santé, sans date (probablement début 1989), 21 p.
- [9] **Note technique sur la libre gérance**, origine inconnue, date inconnue (probablement début 1989), 2 p.
- [10] **Perspectives d'avenir des centres de prestation de la PPM, à travers le politique de désengagement de l'état des secteurs d'activité non prioritaires de son économie**, origine inconnue, date inconnue (probablement début 1989), 4 p.
- [11] J. FLAT, J. C. PIERSON, C. ETTVILER : **Structure et organisation fonctionnelle de la Pharmacie Populaire du Mali**, Bossard Consultants, 15 juillet 1986, non paginé (76 p.)

[12] Bilan au 31/12/1988 et annexes, Rapport d'activité du Président Directeur Général, Rapport du Commissaire au Comptes, Pharmacie Populaire du Mali, avril 1989, 57 p.

[13] Dr A. CREESE : Objectifs et premiers résultats de l'étude comparative internationale, Communication au séminaire national sur le financement des coûts récurrents de la santé au Mali (Bamako, 31 mai 1989), 5 p. + annexes

[14] B. ABEL-SMITH, A. CREESE : Recurrent Costs in the Health Sector, Problems and Policies in Three Countries, WHO (Genève)-USAID (Washington), 1989, 165 p. WHO/SHS/NHP/89.8 (ce document contient un chapitre sur le Mali)

[15] Guidelines for the Implementation of the Bamako Initiative, WHO Regional Committee for Africa, AFR/RC38/18 Rev 1, 7 sept. 1988, 33 p. ; version française : Idées directrices pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, Comité régional de l'Afrique, 38ème session, AFR/RC38/18 Rev. 1, 7 septembre 1988, 33 p.

[16] Rapport Atelier Initiative de Bamako, Bamako, 24 juillet-4 août 1989, volume I, Ministère de la santé publique et des affaires sociales, 144 p. + annexes

[17] WATY, STROOBANT, BALLO, DICKO, OYE : Rapport d'évaluation du Projet de soutien aux importations de médicaments essentiels (2-16 janvier 1990), Médecus Mundi Belgium, février 1990, 21 p. + annexes

[18] J. BRUNET-JAILLY : Etudes de cas sur le fonctionnement du système de santé du Mali, I.N.R.S.P., janvier 1989, 186 p.

[19] J. BRUNET-JAILLY, M. MARIKO : Diagnostic du système de recouvrement des coûts de la deuxième région, travail en cours dont les premiers résultats ont été rédigés début 1990, sous ce titre, I.N.R.S.P., janvier 1990, 34 p.

[20] Point sur le système de recouvrement des coûts dans la zone du projet de développement sanitaire, MSPAS, PDS, Cellule de coordination, novembre 1987, 22 p.

[21] Planification sanitaire de la 5ème région

[22] Projet magasins santé, rapport annuel 1988, MSPAS-Médecins sans frontières Belgique, sans date (août 1989 ?), 84 p.

[23] J. BRUNET-JAILLY : Etat du travail sur le bilan du PDS 2ème région, 30 mai 1989, 4 p.

[24] Diagnostic et plan d'action pour la mise en oeuvre de la réforme pharmaceutique et la réorganisation de la PPM (Pharmacie Populaire du Mali), Bossard Consultants, 10 octobre 1985, 119 p.

[25] Projet de développement sanitaire du Mali, rapport d'évaluation, MSPAS-PDS-Cellule de coordination, septembre 1988, 162 p.

[26] Note technique : Implication de la Pharmacie Populaire du Mali dans l'Initiative de Bamako, Ministère de la santé publique et des affaires sociales, Cabinet, sans date (probablement début 1990), 4 p.

[27] Liste des dépôts et de FGR (sic !), Pharmacie Populaire du Mali, 15 mai 1989, pagination fantaisiste (14 p. au total)

[28] La réforme du système pharmaceutique, orientations, mise en oeuvre, Ministère de la santé publique et des affaires sociales, Cabinet du Ministre, 1980

[29] Mamadou S. TRAORE : Contribution à l'étude des médicaments essentiels comme facteur de développement économique et social, Thèse pharmacie, ENMP, Bamako, 1988, 79 p. + annexes

[30] Budget-programme 1990 de l'hôpital national du Point G dans le cadre de l'autonomie de gestion, Ministère de la santé publique et des affaires sociales, Direction Hôpital national du Point "G", janvier 1990, 19 p. + annexe

[31] Code du commerce du Mali, Première édition 1986, Ministère des finances et du commerce, 328 p.

[32] Etude des conditions d'installation d'une officine de pharmacie et d'un laboratoire d'analyses biomédicales au Mali, Centre d'Etudes et de Promotion Industrielles, août 1986, 32 p.

[33] Complément au rapport sur la proposition de budget 1987 de la PPM et l'incidence de la privatisation, Bossard Consultants, 25 février 1987, 4 p.

[34] K. TOURE : Analyse financière des bilans arrêtés au 31-12-82-83-84-85-86 et 87, présentée par le Directeur Général Adjoint de la Pharmacie Populaire du Mali, sans date (probablement 1988), 47 p.

[35] Discours d'ouverture du Troisième Symposium Panafricain de Bamako, prononcé par Son Excellence le Général Moussa Traore, Secrétaire Général de l'Union Démocratique du Peuple Malien, Président de la République, Président en exercice de l'Organisation de l'Unité Africaine, Bamako, 6 mars 1989, 5 p.

[36] Mise en place d'une pharmacie-dépôt à l'hôpital national du Point G, Direction de l'hôpital national du Point G, 20 février 1990, 7 p.

[37] Programmation 1986, tome II, Rapports techniques de la mission d'appui et de programmation, MSPAS-PDS-Cellule de Coordination, février 1986, 62 p.

[38] Dr G. KEGELS : Situation financière des dépositaires dans les cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba, décembre 1986, in : Programmation 1987, tome II, MSPAS-PDS-Cellule de Coordination, sans date, pagination multiple

[39] G. ROUSSEAU : Supervision des hygiénistes-secouristes et des accoucheuses traditionnelles recyclées de 117 villages des cercles de Koro et Bankass (mai-juillet 1989), Médecins du Monde, Mopti, 10 septembre 1989, 29 p. + annexes

[40] Note sur le bilan de la réforme pharmaceutique, MSPAS-Cabinet, sans date (second semestre 1988 ?), 23 p.

- [41] Evaluation des systèmes de gestion des services de santé en 11^{ème} région, à partir de l'expérience des cercles de Bankass, Djenné, Douentza, MSPAS-DNPPSS, mars 1990, pagination multiple
- [42] JI XING ZHOU, Lassana KONE : Note technique sur la politique de prix, Pharmacie Populaire du Mali, sans date (probablement début 1990), 4 p.
- [43] J. FLAT, J.C. PIERSON : Méthodologie pour l'élaboration des prix de vente des médicaments essentiels, 24 novembre 1985, 8 p.
- [44] JI XING ZHOU : Etude portant sur la cession des officines, Pharmacie Populaire du Mali, 15 mai 1990, 2 p.
- [45] J. MANCHE : La Pharmacie Populaire du Mali dans le contexte de l'Initiative de Bamako, Rapport final de la mission OTECI, Office technique d'études et de coopération internationales, Paris, janvier-mars 1990, 45 p.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1 QUELLE LISTE DE MEDICAMENTS ESSENTIELS ?	3
Point de départ	3
La liste ad hoc	3
1.1 Discussion	5
Objectifs de la discussion	5
Organisation de la discussion	6
Observations sur la liste ad hoc	7
1.2 Liste préférée	10
1.3 Conclusion	12
2 QUELLES SPECIALITES RETIRER DU CATALOGUE DE LA PPM ?	13
2.1 Méthode	13
2.2 Application	15
2.3 Conclusion	16
Spécialités concernées par l'Initiative de Bamako	18
3 QUELLES CONSEQUENCES SUR LE CHIFFRE DES ACHATS DE LA PPM ?	25
3.1 Création d'un fichier par produit	25
3.2 Estimations de la valeur des achats	26
Résultats	27
Comparaison des estimations 1988 et 1989	29
Influence du conditionnement sur le coût des achats	29
3.3 Estimations du chiffre d'affaires 1988 et 1989 par produit	32
Chiffre d'affaires et marges estimés pour 1988 et 1989	34
3.4 Estimations du taux de marge par produit	36
3.5 Conclusion	38
4 QUEL CALENDRIER POUR LA MISE EN PLACE DES MEDICAMENTS EN DCI ?	39
4.1 Quels sont les besoins annuels en médicaments essentiels	39
4.2 Qu'attendre des appels d'offres ?	40
Besoins 1988 et besoins couverts par les appels d'offres	42
Besoins 1989 et besoins couverts par les appels d'offres	44
4.3 Quels sont les stocks actuels et les commandes en cours ?	46
4.4 Conclusion	46
Nombre de mois couverts par les stocks et commandes en cours	48
5 QUE PEUT-ON ATTENDRE DE L'UMPP ?	54
Surcoût représenté par les achats à l'UMPP (tableau UMPP22)	56
6 QUELLE VARIATION DES CHARGES DE LA PPM A MISSIONS INCHANGEES ?	57
6.1 Suppression des activités de prestations	58
6.2 Réduction des effectifs du personnel administratif	60
6.3 Réduction des effectifs du personnel de vente	61
Une proposition de réduction de l'effectif du personnel	62
6.4 Conséquences sur les charges sociales et les impôts	64
6.5 Effets conjugués des réductions de charges	65
6.6 Accélération du rythme d'approvisionnement	65
6.7 Conclusion	66

7	QUELLES SONT LES ALTERNATIVES REALISTES EN MATIERE DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS AU MALI ?	67
7.1	Objectifs visés	68
7.2	Solutions envisageables	69
	Privatisation de la distribution	69
	Extension du réseau de distribution de la PPM	73
	Dépôts communautaires	75
	Dépôts dans les formations sanitaires	77
7.3	Coûts et avantages de ces solutions	79
	Coût de l'importation et coût de la distribution par la PPM	79
	Coût de la distribution des médicaments	80
	Limites prévisibles de la privatisation de la distribution	82
	Distribution dans les arrondissements	84
7.4	Conclusion	87
	Annexe : Données de base sur le coût de la distribution d'après les expériences maliennes originales	88
8	QUELLES SERONT LES CONSEQUENCES POUR LA PPM ET POUR LA POPULATION DE DIVERSES DECISIONS ENVISAGEABLES ?	95
8.1	Construction du modèle	96
8.1.1	Privilège de l'UMPP	97
8.1.2	Coût du transport international	97
8.1.3	Fiscalité douanière	99
8.1.4	Coefficient de perte	100
8.1.5	Coefficient servant au calcul du prix de vente	102
8.1.6	Présentation du modèle	102
8.2	Enseignements du modèle	105
8.2.1	Quelques scénarios contrastés	105
	La situation la plus proche du statu quo	107
	Une situation plus favorable aux malades	108
	Une situation encore plus favorable aux malades	108
8.2.2	Intérêt d'une proposition récente de révision des co	109
	Remplacement restreint, révision en cours des coefficient	110
	Remplacement large, révision en cours des coefficients	110
8.2.3	Incidence du privilège de l'UMPP	111
	Remplacement restreint, suppression du privilège	112
	Remplacement large, suppression du privilège	112
8.2.4	Incidence de la privatisation de la distribution	113
	Part de marché à 35 %, mise en oeuvre la plus prudente	114
	Part de marché à 35 %, coefficients en cours d'approbati	115
8.3	Conclusion	116
	RESUME ET CONCLUSIONS	117
	TERMES DE REFERENCE	126
	BIBLIOGRAPHIE	134