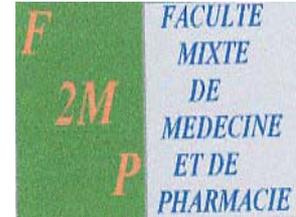




REPUBLIQUE TOGOLAISE



UNIVERSITE DE LOME

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
LOME-TOGO

ANNEE 2005

THESE N° _____

LES MEDICAMENTS ESSENTIELS GENERIQUES AU TOGO :
EVALUATION DE L'ACCESSIBILITE DANS LES STRUCTURES DE SOINS PUBLIQUES

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
(DIPLÔME D'ETAT)
PAR

AGBOKPE Totekpomawu Koku

Né le 12 Octobre 1977 à Lomé

EXAMINATEURS DE LA THESE

Professeur M. GBEASSOR
Professeur M. AMEDEGNATO
Professeur Ag. A. D. GBADOE
Professeur Ag. K. AGBO
Docteur D. HAUDRECHY

PRESIDENT DU JURY
MEMBRE DU JURY
MEMBRE DU JURY
DIRECTEUR DE THESE
CO-DIRECTEUR DE THESE

**LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANTS DE LA
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE
L'UNIVERSITE DE LOME**

REPUBLIQUE TOGOLAISE



UNIVERSITE DE LOME FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2004 - 2005

ADRESSE

BP : 1515
Tel : (228) 225 - 50 - 94 / 225 - 13 - 66
Fax : (228) 221 - 85 - 95 / 225 - 78 - 74
Email : biblio2fmp@tg.refer.org

Lomé – TOGO

LE DECANAT

LE DOYEN

Professeur Ag. K. N'DAKENA
Email : kndakena@tg.refer.org
kndakena@hotmail.com

LE VICE-DOYEN (FILIERE MEDECINE)

Professeur Ag. A. AYITE
E-mail : ayite@free.fr

LE VICE-DOYEN (FILIERE PHARMACIE)

Professeur Ag. K AGBO
Email : kagbo@tg.refer.org

LE CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

Mme Yolande Ayoko ATISSO-TETTEKPOE
Email : yotettekpoe@voila.fr

LES CHEFS DE DEPARTEMENTS

MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES	: Professeur D. REDAH
PEDIATRIE	: Professeur Ag. D. Y. ATAKOUMA
CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES	: Professeur A. TEKOU
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	: Professeur Ag. K. AKPADZA
SCIENCES FONDAMENTALES ET BIOLOGIQUES	: Professeur M. PRINCE DAVID
SANTE PUBLIQUE	: Professeur Ag. KASSANKOGNO

UNIVERSITE DE LOME

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail liberté patrie



FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE

CORPS ENSEIGNANT DE LA FMMP
De l'année universitaire 2004-2005

A-DOYENS HONORAIRES

Professeur	K.	KEKEH	(1971-1980)
Professeur	A.	AMEDOME	(1980-1986)
Professeur	N.	NAKPANE	(1986-1987)
Professeur	A.M.	D'ALMEIDA	(1987-1990)
Professeur	K.	KESSIE	(1990-1997)
Professeur	K.	JAMES	(1997-2002)

B-PROFESSEURS HONORAIRES

Professeur	K.	GNAMEY	Pédiatrie Génétique
Professeur agrégé	S.B.	BOUKARI	Histologie Embryologie
Professeur	K.	TATAGAN-AGBI	Pédiatrie
Professeur	S.M.	BAETA	Gynécologie Obstétrique

C-ENSEIGNANTS RESIDENTS

Professeurs Titulaires

MM	K.	ASSIMADI	Pédiatrie
----	----	----------	-----------

	M.	EDEE	Physique
	A.	AGBETRA	Médecine Interne
	M.	AMEDEGNATO	Thérapeutique
	O.	TIDJANI	Pneumo-Phtisiologie
Mmes	M.	PRINCE-DAVID	Bactériologie-Virologie
	K.	TCHANGAI-WALLA	Dermatologie-Vénérologie
MM	K.	GRUNITZKY	Neurologie
	K.	BALO	Ophtalmologie
	A.	TEKOU	Chirurgie Pédiatrique
	A.M.	MIJIYAWA	Rhumatologie
	A.D.	AGBÈRÈ	Pédiatrie
	D.	REDAH	Gastro-Entérologie
	A.K.	SEGBENA	Hématologie

Maîtres de conférences Agrégés

MM	L.B.	SOUSSOU	Cardiologie
	K.	AGBO	Parasitologie
MM	Y.	KASSANKOGNO	Santé Publique
	K.	N'DAKENA	Radiologie-Imagerie Médicale
Mlle	A.A.	VOVOR	Hématologie
MM	G.A.	NAPO-KOURA	Anatomie Pathologique
	D.Y.	ATAKOUMA	Pédiatrie
	A.	AYITE	Chirurgie Générale
	K.	AKPADZA	Gynécologie et Obstétrique
	B.	BAKONDE	Pédiatrie Génétique
	A.	DOSSIM	Traumatologie
	E.	KPEMISSI	O.R.L
	A.	BALOGOUE	Neurologie
	A.	GBADOE	Pédiatrie Générale
	P	PITCHE	Dermatologie-Vénérologie
	K.	ATTIPOU	Chirurgie Générale
	B.	SONGNE GNAKOULABAM	Chirurgie Générale

Maîtres Assistants des services Universitaires des Hôpitaux

MM	T.H.	ANOUKOUM	Urologie
	Y.	AMEGASSI	Biophysique
	B.	BALAKA	Pédiatrie
	E.	BOKO	O.R.L.
Mme	S.Y.	AKOSSOU épouse ZINSOU	Médecine Interne
MM	M.	BANLA	Ophtalmologie
	K.E.	GOEH-AKUE	Cardiologie
	Y.	POTCHOO	Pharmacologie
	K.S.	TETEKPOR	Radiologie-Imagerie Médicale
	K.E.	ADJENOU	Radiologie-Imagerie Médicale

Chefs de Clinique - Assistants de Faculté - Assistants des services universitaires des hôpitaux

MM	M.	KOLANI	Physiologie
	D.	KADJAKA	Santé Publique
	K.	SODAHLON	Parasitologie
Mme	A.	DJOSSOU ép. PRINCE AGBODJAN	Pédiatrie
			Néonatale
MM	H.	SOKPOH	Pneumologie
	K.	KARA-PEKETI	Médecine du Travail
	A.	AKAKPO-VIDAH	Urologie
	A. G.	BOUKARI	Gynécologie-Obstétrique
	A.Y.	DAGNRA	Bactériologie-Virologie
	S.K.	DASSA	Psychiatrie
	E.D.J.	DOSSEH	Chirurgie Générale
	K.	FIAGNON	Gynécologie-Obstétrique
	T.	GUEDEHOUSSOU	Pédiatrie
Mme	K.	LAWSON-EVI	Pédiatrie
M	K.D.	TOMTA	Anesthésie-Réanimation

M.	M.	TCHAO	Phytothérapie
	A.B.	ADAMA-HONDEGLA	Gynéco-Obstétrique
	A.	ADETCHESSI	Neuro-Chirurgie
	G.K.	AKAPO-NUMADO	Chirurgie Pédiatrique
	B.	AMANA	ORL
	M.	BELO	Neurologie
	F.	DAMOROU	Cardiologue
	L.	FETEKE	Biochimie
	K.	FOLLIGAN	Histologie Embryologie
	K.	GABA	Hépto-Gastro Entero
	A.	HOUNKPATI	Pneumologie
	Y.E.	JAMES	Anatomie-Organogenèse
MME	K.	KOMBATE	Dermato-Vénérologie
MM.	M.D.I	KUEVIAKOE	Hématologie
	O.	ONIANKITAN	Rhumatologie
	A.A.	PATASSI	Maladies Infectieuses
	T.S.	TCHANGAI-KAO	Medicine Interne
	P.	TCHAMDJA	Economie de santé

Assistant-Chef de Clinique Associé

M.	K.	BISSANG	Chirurgie Générale
----	----	---------	--------------------

Chargés de Cours

Mme	A.D.E.	BASSUKA	Nutrition & Diététique
MM	D.	DJAGBA	Stomatologie
	E.	NIMON	Hydrologie, Législation
	M.L.	KOWOUVI	Gestion/ Economie de Santé
	K.	AFIADEMANYO	Zoologie

	M.K.	AGBOSSE	Informatique
	K.	KOUASSI	Analyse Statistique
MM	A.	TOUMOYE	Secourisme
	T.	KAZIA	Pharmacie Vétérinaire
	K.S.N.	KETEMEPI	Soins Infirmiers
	K.	BATAWILA	Botanique & Mycologie
	T-H.E.	FOLI	Anglais Médical
	E.	SIRO	Anglais Médical
	K.	AGBODJAN	Anglais Médical

Chargés de Travaux Pratiques

MM	K.	ODAH	Physiologie Végétale
	T.	OURO-AKPO	Informatique

D-ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DES SCIENCES

Professeurs Titulaires

MM	M.	GBEASSOR	Physiologie Générale
	K.	AKPAGANA	Botanique

Maîtres de Conférences

MM	A.	DOH	Biochimie Générale
	K.	DOGBA	Parasitologie- Entomologie
	C.	LAMBONI	Biochimie Médicale
	B.	BONDJOU-DJANEYE	Chimie Générale et analytique

S K. AMOUZOU Biochimie Nutrition

Maîtres-assistants

Mme K.A.E. KPEGBA Chimie Organique

MM A. DOSSEH Chimie Minérale

K. JONDO Chimie Minérale

A. AIDAM Biologie Végétale

Assistants

M A. EKOUHOHO Mathématiques-Statistiques

M G. TCHANGBEDJI Chimie Générale

E-ECOLE SUPERIEURE D'AGRONOMIE

Professeur Titulaire

M Y.M GUMEDZOE Biologie Moléculaire

F- ENSEIGNANT DE L'INSTITUT NATIONAL DES SCIENCES DE L'EDUCATION

Maître de Conférences

M.G. DJASSOA Psychologie Médicale

G - ENSEIGNANTS DES, FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

Assistant

M.T. ETEY Anglais Médical

H- ENSEIGNANTS NON RESIDENTS

Professeurs Titulaires

MM. E. ROBIN Médecine du travail (LILLE II)

E. CREPPY Toxicologie BORDEAUX 2

R.G. AHYI Psychiatrie (COTONOU)

P.	GUISSOU	Pharmacologie (OUAGADOUGOU)
D.	BA	Chimie Analytique, Bromatologie & Analyse Instrumentale (DAKAR)
M.	BADIANE	Chimie Organique & Chimie Thérapeutique (DAKAR)
E.	BASSENE	Pharmacognosie & Pharmacopée Traditionnelle (DAKAR)
I.	LO	Pharmacie Galénique & Législation (DAKAR)
S. B.	BADIANE	Neurochirurgie (DAKAR)

Liste établie le 24 novembre 2004


 Le Doyen
Professeur Ag. K. N'DAKENA

LISTE DES ENSEIGNANTS VACATAIRES DE LA FMMP

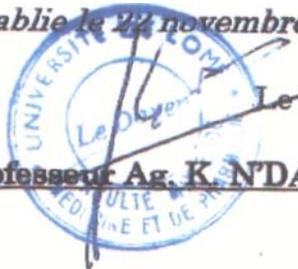
Chargés de cours et Travaux Dirigés

MME A.D.E.	BASSUKA	Nutrition & Diététique
MM. M.	KOLANI	Physiologie
D.	DJAGBA	Stomatologie
E.	NIMON	Hydrologie, Législation
M.L.	KOWOVI	Gestion / Economie de Santé
K.	AFIADEMANYO	Zoologie
M.K.	AGBOSSE	Informatique
K.	KOUASSI	Analyse Statistique
A.	TOUMOYE	Secourisme
T.	KAZIA	Pharmacie Vétérinaire
K.S.N.	KETEMEPI	Soins Infirmiers
K.	BATAWILA	Botanique & Mycologie
T.H.E.	FOLI	Anglais Médical
E.	SIRO	Anglais Médical
K.	AGBOGAN Koffi	Anglais Médical

Chargés de Travaux Pratiques

K.	ODAH	Physiologie végétale
T.	OURO-AKPO	Informatique

Liste établie le 24 novembre 2004


Le Doyen
Professeur Ag. K. N'DAKENA

Dédicaces

AU DIEU TOUT- PUISSANT,

Tu es Seigneur mon Berger et tu me conduis...

Gloria Dei !!!

A mon père,

Je t'exhorte à l'enthousiasme en ce jour, pour le soutien que tu m'as toujours apporté durant ce long et ardu cheminement .Tes efforts n'ont pas été vains.

A ma mère,

Merci pour tous les sacrifices consentis. Que Dieu te bénisse et te garde.

A ma sœur Edith,

Pour ton soutien qui ne m'a jamais fait défaut et dont j'aurai toujours besoins, sois en remerciée.

A mes autres sœurs,

Je ne peux pas vous remercier, Dieu Seul saura le faire

A mes cousines Favour, Suzanne et Immaculée,

Vous avez eu foi en moi depuis le début et vous m'avez portez pendant tout le parcours. Merci infiniment.

A ma tante Cécile,

Les mots me manquent pour te témoigner ma gratitude.

A mes oncles et tantes, cousins et cousines,

Toute ma gratitude.

A mes collègues de promotion,

Nous avons fait ce cursus ensemble, soyons en fiers.

A Placide et Peter,

Merci pour tout.

*Sincères
remerciements...*

A la Coopération Française, pour son financement.

Au Dr Bernardin NYANSA, pour votre aide et votre soutien indéfectibles.

Au Dr Alphonsine BADOHU, pour votre grande générosité et vos conseils avisés. Soyez toujours assuré de notre reconnaissance et de notre gratitude.

Au Dr Magali BABALEY, pour votre constante disponibilité à notre endroit.

Au Dr Alain PERE, pour votre aide au cours de l'enquête.

A tout le personnel de la Direction des Pharmacies, Laboratoires et Equipements Techniques, pour votre constante disponibilité à notre endroit.

Au Pr Koffi AKPAGANA, pour m'avoir encouragé durant tout le parcours.

Au Dr TCHALARE et à Mme NIMON, pour vos encadrements durant mes stages officinaux.

A David AGBOKPE, pour ta contribution inestimable à ce travail.

A tous ceux qui de près ou de loin ont apporté leur contribution à la réalisation de ce travail.

A nos Maîtres et Juges

**A notre Maître et Président de Jury,
Monsieur le Docteur Messanvi GBEASSOR
Professeur titulaire en Physiologie
Doyen de la faculté des sciences de l'Université de Lomé.**

Votre courtoisie, l'amour pour votre travail et votre disponibilité à l'égard de tous font de vous un encadreur exceptionnel. Vous êtes un modèle pour nous et votre exemple nous guidera dans notre vie sociale et professionnelle.

Vous nous faites un immense honneur en acceptant de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse et profonde gratitude.

**A notre Maître et Juge,
Monsieur le Docteur Messoumagnoin AMEDEGNATO
Professeur titulaire de Médecine Interne.**

Nous avons toujours été impressionnés par vos qualités d'enseignant et votre disponibilité permanente à accueillir vos étudiants.

Nous sommes heureux de faire partie de ceux qui ont bénéficié de vos conseils et honoré de vous compter parmi les examinateurs de cette thèse.

Vous restez pour nous un exemple accompli de pédagogue.

Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse et profonde gratitude.

**A notre Maître et Juge,
Monsieur le Docteur Adama Dodji GBADOE
Professeur agrégé de pédiatrie,
Chef d'unité d'infectiologie et d'onco-hématologie du service de pédiatrie
du CHU Tokoin.**

Votre sens de pragmatisme et votre disponibilité à écouter vos étudiants et votre application au travail que vous ne cessez de leur inculquer sont autant de vertus qui induisent chez eux l'admiration.

En acceptant de juger notre travail malgré votre emploi de temps chargé, vous nous faites encore preuve de votre sens d'humanisme. Qu'il nous soit permis de vous dire la gratitude d'un élève reconnaissant.

**A notre Maître et Directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Kossivi AGBO,
Professeur agrégé en Parasitologie,
Chef de département de Parasitologie au CHU-Tokoin,
Vice Doyen de la filière pharmacie.**

Vous avez toujours fait l'objet de notre admiration par la qualité de votre enseignement et par votre disponibilité permanente à accueillir vos étudiants.

Vous n'avez ménagé aucun effort afin de nous assurer une meilleure formation depuis la première année.

Vous avez accepté avec une facilité déconcertante et ce malgré vos multiples charges, de diriger cette thèse et votre disponibilité constante dans l'organisation du travail a été sans égale.

Vous nous comblez d'un grand honneur pour lequel nous ne pourrions vous exprimer assez notre reconnaissance.

**A notre Maître et Co-directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Dominique HAUDRECHY,
Pharmacien biologiste,
Assistant technique à la Direction des Pharmacies, Laboratoires et
Equipement Techniques,**

Ce travail est le fruit de vos labeurs et de votre disponibilité.
Retrouvez ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueuse considération.

« Par délibération, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation »

SOMMAIRE

	Page
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : GENERALITES	4
I.1- LES MEDICAMENTS ESSENTIELS : CONCEPT ET DEFINITION.....	5
I.2- LES MEDICAMENTS GENERIQUES.....	5
I.3- LES MEDICAMENTS ESSENTIELS GENERIQUES (MEG).....	6
I.4- HISTORIQUE ET EVOLUTION DES MEG AU TOGO.....	7
DEUXIEME PARTIE : CADRE ET METHODE D’ETUDE	9
II.1- TYPE ET PERIODE D’ETUDE.....	10
II.2- CADRE D’ETUDE.....	10
II.2.1- Données générales sur le Togo.....	10
II.2.2- La situation sanitaire du Togo.....	11
II.2.2.1- Le système sanitaire.....	11
II.2.2.2- La situation économique du secteur sanitaire.....	13
II.2.2.3- La politique nationale sanitaire.....	13
II.2.3- La situation pharmaceutique du Togo.....	14
II.2.3.1- Etat des lieux.....	14
II.2.3.2- La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN).....	15
II.2.3.3- Le marché pharmaceutique.....	15
II.3- POPULATION D’ETUDE.....	16
II.3.1- Caractéristiques.....	16
II.3.2- Critères d’inclusion et d’exclusion.....	17
II.4- DEROULEMENT DE L’ENQUETE.....	17
II.5- EXPLOITATION DES DONNEES.....	18
TROISIEME PARTIE : RESULTATS	19
III.1- PROFIL DES FORMATIONS SANITAIRES ENQUETEES.....	20

III.2- ORDONNANCES RECUEILLIES.....	20
III.3- INDICATEURS DE PRESCRIPTION.....	21
III.4- INDICATEURS ECONOMIQUES.....	23
III.5- INDICATEURS DE DISPENSATION.....	25
III.6- INDICATEURS DE DISPONIBILITE.....	27
III.6.1- L’approvisionnement.....	27
III.6.2- Disponibilité géographique.....	28
III.6.3- Disponibilité financière.....	28
QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION.....	30
IV.1- ANALYSE DES PRESCRIPTIONS.....	31
IV.1.1- Le nombre de médicaments par ordonnance.....	31
IV.1.2- La prescription de MEG.....	32
IV.2- ACCESSIBILITE FINANCIERE DES MEG.....	33
IV.2.1- Analyse du coût de la prescription.....	33
IV.2.2- Analyse des achats d’ordonnances.....	34
IV.2.3- Analyse du prix de vente des MEG.....	36
IV.3- ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE DES MEG.....	36
CINQUIEME PARTIE : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS....	38
V.1- CONCLUSION.....	39
V.2- RECOMMANDATIONS.....	41
REFERENCES.....	42
ANNEXES.....	46
Annexe 1 : L’Initiative de Bamako	46
Annexe 2 : Questionnaire d’enquête.....	48
RESUME.....	57
SERMENT DE GALIEN.....	59

LISTE DES TABLEAUX

	Page
Tableau I : Population, superficie et densité de population par région.....	10
Tableau II : Ratios population par personnels techniques de santé.....	13
Tableau III : Nombre des différentes structures de soins enquêtées en fonction des régions.....	20
Tableau IV : Répartition des ordonnances collectées en fonction des régions.....	20
Tableau V : Pourcentage d'achat des ordonnances prescrites en fonction des régions.....	26
Tableau VI : Pourcentage des MEG du panier de la ménagère, disponibles par niveau de soins en fonction des régions.....	28
Tableau VII : Principaux indicateurs utilisés.....	40

LISTE DES FIGURES

	Page
Figure I : Carte sanitaire du TOGO.....	12
Figure II : Pourcentage des ordonnances par nombre de produits Prescrits.....	21
Figure III : Répartition des prescriptions de médicaments essentiels.....	22
Figure IV : Répartition de la prescription de MEG.....	22
Figure V : Pourcentage de MEG prescrits par régions.....	23
Figure VI : Comparaison des coûts moyens d'ordonnances achetées et d'ordonnances prescrites par région.....	24
Figure VII : Pourcentage des ordonnances prescrites en fonction des prix.....	24
Figure VIII : Pourcentage des ordonnances délivrées totalement ou partiellement en fonction du coût.....	25
Figure IX : Répartition de l'achat des ordonnances.....	26
Figure X : Principaux fournisseurs des FS en MEG.....	27
Figure XI : Comparaison "prix public CAMEG" et prix moyen de vente relevé sur les onze produits du panier de la ménagère dans les USP.....	29

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

ADPIC	: Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce
CAMEG	: Centrale d’Achat des Médicaments Essentiels Génériques
CHP	: Centre Hospitalier Préfectoral
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
COGES	: Comité de Gestion
CSP	: Centres de Santé Primaire
DCI	: Dénomination Commune Internationale
DPS	: Direction Préfectorale de la Santé
DRS	: Direction Régionale de la Santé
FS	: Formation Sanitaire
GGIA	:
GT PHARM	: Groupement Togolais des Pharmaciens
HD	: Hôpital de District
IB	: Initiative de Bamako
MEG	: Médicaments Essentiels Génériques
OCDI	: Organisation de la Charité pour le Développement Intégral
OMC	: Organisation Mondiale du Commerce
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNS	: Politique National de Santé
PPN	: Politique Pharmaceutique Nationale
SOCOPHARM	: Société Commerciale de Produits Pharmaceutiques
SOTOMED	: Société Togolaise de Médicaments

TOGOPHARMA : Société Nationale de la Pharmacie

TONGMEI :

UNICEF :

USP : Unité de soins Périphériques

INTRODUCTION

Les produits pharmaceutiques sont de plus en plus nombreux sur le marché mondial et leur consommation est en rapide expansion. Pourtant, dans le monde, nombreux sont ceux qui ne peuvent pas se procurer les médicaments dont ils ont besoin, soit parce qu'ils ne sont pas disponibles ou sont trop chers soit parce qu'il n'existe aucun centre de santé approprié ni aucun professionnel habilité à les prescrire. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a estimé qu'au moins un tiers de la population mondiale n'avait pas accès aux médicaments essentiels et dans les régions les plus pauvres d'Asie et d'Afrique, ce constat concerne une personne sur deux [1]. Des millions d'enfants et d'adultes meurent chaque année de maladies qui pourraient être évitées ou traitées avec des médicaments essentiels bon marché et d'un bon rapport coût-efficacité [2].

Ces problèmes persistent malgré les efforts réalisés pour améliorer l'accès aux médicaments essentiels, pour assurer la qualité des médicaments et pour en promouvoir un usage rationnel [3-7]. Les raisons de cet état de fait sont complexes et dépassent les simples obstacles financiers [8]. Pour les comprendre, il faut examiner les caractéristiques du marché des médicaments et étudier les attitudes et le comportement des gouvernements, des prescripteurs, les agents chargés de la délivrance des médicaments, des consommateurs et de l'industrie pharmaceutique.

Le développement du secteur de la santé, les réformes économiques, les politiques d'ajustement structurel, les tendances à la libéralisation et les nouveaux accords commerciaux à l'échelle mondiale [9-11] peuvent tous avoir des incidences sur la situation pharmaceutique dans de nombreux pays. Ils peuvent aussi influencer sur l'objectif ultime qui est de parvenir à l'équité du système de santé. Ces questions figurent parmi les priorités du programme de travail international en matière de santé qui a fait suite à la Déclaration de Doha [12, 13], évènement historique de la Conférence ministérielle de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) en novembre 2001. Cette déclaration affirme avec force que l'Accord de l'OMC sur les Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce (ADPIC) « peut et doit être interprété et mis en œuvre d'une manière qui appuie le droit des Membres de l'OMC à protéger la santé publique et, en particulier, à promouvoir l'accès de tous aux médicaments ».

L'expérience acquise dans de nombreux pays a montré qu'il vaut mieux aborder ces problèmes complexes et interdépendants dans un cadre commun. En effet, procéder de manière ponctuelle, sans plan d'ensemble, peut aboutir à laisser d'importants problèmes sans solution et se solder souvent par un échec. En outre, les divers objectifs de la politique sont parfois contradictoires, de même que les intérêts de certains partenaires. S'appuyant sur cette expérience,

l'OMS recommande que tous les pays élaborent et mettent en œuvre une politique pharmaceutique nationale globale [14].

Depuis l'accession du Togo à la souveraineté internationale, les problèmes sanitaires et surtout pharmaceutiques ont été toujours au centre des préoccupations des pouvoirs publics [15]. Convaincu que le fonctionnement des services de Santé dépend étroitement de la disponibilité permanente et de l'usage rationnel des produits pharmaceutiques, que la confiance et la satisfaction du public à l'égard des services de santé ne peuvent être maintenues que par un approvisionnement régulier en médicaments fiables et peu coûteux, et en prenant en compte la dimension sociale de l'ajustement structurel, le gouvernement togolais a réitéré son option de faire du médicament essentiel générique (MEG), la cheville ouvrière de sa Politique Pharmaceutique Nationale (PPN). Ainsi en 1997 la PPN est élaborée et adoptée par le Gouvernement. En 1998, la centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG) est créée. Cette PPN a pour objectif de rendre disponible les médicaments essentiels efficaces, sûrs et de bonne qualité, et d'en assurer l'usage rationnel pour toute la population.

Cette étude a pour but d'évaluer l'efficacité des mesures prises, depuis notamment la création de la CAMEG, destinées à rendre les MEG disponibles et accessibles aux utilisateurs dans des conditions de sécurité acceptables.

L'objectif est d'évaluer la disponibilité et l'accessibilité des MEG aux populations, dans les structures de soins publiques.

Après avoir exposé, en première partie, le concept et l'évolution des MEG, nous décrivons dans la deuxième partie le cadre et la méthode d'étude. Les résultats de l'étude seront présentés dans la troisième partie. La quatrième partie sera consacrée à la discussion des résultats obtenus. Enfin, suivront dans la dernière partie, la conclusion et les recommandations.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

I.1- LES MEDICAMENTS ESSENTIELS : CONCEPT ET DEFINITION

Le concept de Médicaments Essentiels a été défini en 1975 par des experts de l'OMS [16] afin d'aider les pays en développement à mieux identifier leur panoplie thérapeutique indispensable face aux multiples propositions complexes des pays industrialisés (environ 8 000 médicaments différents en France, plus de 15 000 en Allemagne en 2001) [17]. Selon l'OMS : « les médicaments essentiels sont ceux qui satisfont aux besoins de la majorité de la population en matière de soins de santé ; ils doivent donc être disponibles à tout moment, en quantité suffisante et sous la forme pharmaceutique appropriée ». La première liste publiée en 1976 regroupait 256 molécules ! Cette liste régulièrement réévaluée à l'OMS par un comité d'experts et qui comprend aujourd'hui un peu plus de 400 médicaments [18] sert de base à l'élaboration des Listes Thérapeutiques Nationales en fonction des situations et des besoins spécifiques de chaque pays [19].

A partir d'une liste de médicaments essentiels on doit pouvoir régler la plupart (80 à 90 %) des problèmes de santé qui nécessitent un traitement médicamenteux pour une population dans des conditions normales [20]. La sélection des médicaments essentiels a été faite à partir de molécules qui étaient en général très utilisées et donc connues tant sur le plan de leur efficacité que sur celui de leur sécurité. Les critères de sélection thérapeutiques et économiques des médicaments essentiels font que ceux-ci sont pratiquement tous disponibles sous forme de médicaments génériques [21]. Leur utilisation pendant plusieurs années dans de nombreux pays, permet grâce aux informations transmises par les systèmes de pharmacovigilance d'en connaître parfaitement les limites d'utilisation ce qui offre la possibilité de les sélectionner en fonction du niveau de compétence des structures de soins.

I.2- LES MEDICAMENTS GENERIQUES

« Un générique peut être défini comme la copie d'un médicament original dont la production et la commercialisation sont rendues possibles par l'expiration de la protection conférée par le brevet couvrant le principe actif original. »

Le concept de copie est défini par les textes communautaires et dans le droit français [22], par les termes de « spécialité essentiellement similaire », c'est-à-dire présentant :

- la même composition qualitative et quantitative en principe actif,
- la même forme pharmaceutique,

- le cas échéant une bioéquivalence démontrée par des études appropriées de biodisponibilité.

Les brevets de propriété industrielle de leurs principes actifs étant tombés à échéance, la plupart des médicaments essentiels sont disponibles sous forme de génériques ce qui les rend plus facilement accessibles financièrement aux populations défavorisées [23].

En effet les médicaments génériques (multisources selon les termes employés par l'OMS) [24] destinés à l'aide humanitaire ou aux pays en développement sont en général fabriqués par de petites structures aux frais généraux restreints, sans dépense de recherche ni de promotion avec des conditionnements simplifiés et qui bénéficient d'une économie d'échelle en travaillant par campagnes de fabrication en réponse aux appels d'offres. Le prix de revient industriel devient donc la principale composante du coût du médicament générique multisource avec une part de 50 à 65 % pour la matière première [25].

Le prix de revient des matières premières et plus particulièrement du principe actif peut varier de façon importante selon le coût de la main d'œuvre, les capacités de production et les quantités produites, la complexité des procédés de fabrication et le niveau de purification du produit.

La présentation des génériques sous leur Dénomination Commune Internationale (DCI) en facilite la reconnaissance quelle que soit la langue du prescripteur ce qui simplifie grandement leur utilisation dans le cadre de l'aide humanitaire [26].

I.3- LES MEDICAMENTS ESSENTIELS GENERIQUES (MEG)

Les Médicaments Essentiels Génériques (MEG) sont effectivement les produits d'approvisionnement de base qu'il s'agisse d'une aide humanitaire massive des populations en situation d'urgence ou de la mise en place de systèmes de recouvrement de coût au niveau des Centres de Santé Primaire selon les principes de l'Initiative de Bamako [27, 28].

Si le médicament essentiel générique représente actuellement l'unique possibilité de rendre financièrement accessible le médicament aux populations des pays en développement, en aucun cas cet approvisionnement ne doit se faire au détriment de la qualité [29].

Du fait que ces médicaments (MEG) sont largement utilisés à travers le monde, il est possible d'en trouver les principes actifs de toutes origines d'où la terminologie de « médicaments multisources » utilisée par L'OMS.

I.4- HISTORIQUE ET EVOLUTION DES MEG AU TOGO

Depuis l'accession du Togo à la souveraineté internationale, les problèmes sanitaires et surtout pharmaceutiques ont été toujours au centre des préoccupations des pouvoirs publics [15]. Cet engagement politique s'est caractérisé par la création en 1967 d'un organisme étatique à caractère social, TOGOPHARMA, avec pour mission essentielle d'assurer l'approvisionnement et la distribution à prix coûtant des médicaments sur l'ensemble du territoire national. Pour accomplir cet objectif, l'Etat n'a cessé de prendre des mesures courageuses dans le cadre de sa politique sanitaire. Mais en dépit de tous ses efforts, le médicament demeure rare et inaccessible à une grande partie de la population et continue de constituer une préoccupation permanente de l'Etat. Avec la « démocratisation » des activités pharmaceutiques, TOGOPHARMA perd son caractère monopolistique et doit faire face à la concurrence à partir de 1990. La mauvaise gestion de la société conduira au dépôt de bilan en 1995, privant les populations d'une source de médicaments bons marchés.

Soucieux d'améliorer constamment sa politique pharmaceutique, le Togo participe régulièrement et adhère à plusieurs accords et conventions internationaux évoquant les principaux problèmes d'ordre pharmaceutique, dont l'initiative de Bamako (IB) en 1987. Après Bamako, une première liste de médicaments essentiels génériques (MEG) par niveau de soin est dressée, une liste nationale des MEG et un guide thérapeutique à l'usage du personnel soignant sont élaborés et dès 1991, toutes les formations sanitaires publiques, mis à part les CHU, auront une dotation de base en MEG leur permettant de devenir autonomes sur le plan de la gestion des médicaments et dispositifs médicaux. Dès lors pour toutes ces formations sanitaires soignant avec les MEG se pose le problème du réapprovisionnement puisque, de façon prédominante les sociétés grossistes détiennent des spécialités. Néanmoins, l'IB permet aux unités de soins périphériques de dégager des ressources propres nécessaires pour le réapprovisionnement en MEG durant la période de troubles socio-politiques (1990 à 1993) et de supporter la période post-dévaluation du franc CFA (janvier 1994).

Face à tous ses problèmes, l'Etat décide en 1996 la création d'une cellule d'achat de MEG, avec l'aide d'organismes de coopération multilatéraux (banque mondiale, banque africaine de développement) et bilatéraux (coopération française). Cette cellule deviendra la centrale d'achat des médicaments

essentiels génériques (CAMEG) en 1998, de type associatif à but non lucratif (loi de 1901). Dans la foulée, la politique pharmaceutique nationale est élaborée et adoptée par le gouvernement en 1997 et la loi-cadre sur le médicament et la pharmacie est votée par le parlement et promulguée en 2001.

DEUXIEME PARTIE : CADRE ET METHODE D'ETUDE

II.1- TYPE ET PERIODE D'ETUDE

Nous avons procédé à une étude randomisée basée sur une enquête menée par interview structurée à l'aide de questionnaires pré-établis.

L'enquête s'est déroulée du 07 décembre 2004 au 26 janvier 2005 dans des structures de soins publiques sur l'ensemble du pays.

II.2- CADRE D'ETUDE

II.2.1- Données générales sur le Togo

Petit pays d'Afrique de 56 600 Km², situé dans le golfe de Guinée, le Togo est partagé entre deux zones climatiques : sub-équatorial au sud et soudanien au nord qui ont une influence différente sur les problèmes de santé du pays [30]. Il apparaît comme un étroit couloir avec une façade maritime de 50 Km et une frontière septentrionale située à plus de 600 Km. La population est estimée à 4 970 000 habitants au 1^{er} juillet 2003 dont 2 485 000 enfants de moins de 15 ans [31]. La densité moyenne de population est de 88 habitants au Km², soit la plus élevée de la plupart des pays de la sous- région (tableau I). Plus de deux tiers de la population habite en zone rurale, mais en 2020 un habitant sur deux vivra en milieu urbain. Il existe au Togo une variété de religions dont les principales sont le christianisme, l'islam et l'animisme ; le pays constitue aussi une mosaïque de variétés ethniques.

Tableau I : Population, superficie et densité de population par région

	Population	Superficie (Km ²)	Densité (habitants/km ²)
Lomé Commune	839 000	90	9 322
Maritime	1 274 000	6 100	209
Plateaux	1 142 000	16 975	67
Centrale	478 000	13 371	36
Kara	647 000	11 738	55
Savanes	590 000	8 470	70
Ensemble	4 970 000	56 600	88

Le Togo fait partie de la catégorie des pays pauvres particulièrement endettés avec un PIB par habitant en 1998 de 295 EURO et en terme de développement humain, il se situe au 144^{ème} rang mondial [32]. L'économie togolaise tournée vers l'extérieur, est basée sur l'agriculture, représentant 42% du PIB et 74% de la population active, l'exportation des phosphates et le commerce. Les principales productions de rente sont le coton (25,4% des recettes d'exportation), le café (7,6%) et le cacao (5,8%). Le Togo est actuellement en situation d'autosuffisance alimentaire précaire avec la pression démographique galopante. Le reste du secteur secondaire représente 16% du PIB et le secteur tertiaire orienté vers le commerce et le transport constitue 37,4% du PIB.

Territorialement, le Togo est divisé en 5 régions administratives; mais sur le plan sanitaire on distingue 6 régions sanitaires puisque Lomé commune, partie intégrante de la région Maritime, est considérée comme une région sanitaire à part entière (Figure I). Chaque région administrative est subdivisée en préfectures. Le pays compte 30 préfectures et 4 sous-préfectures dont les chefs-lieux sont considérés comme des centres urbains.

II.2.2- La situation sanitaire du Togo

II.2.2.1- Le système sanitaire

Le système sanitaire togolais est un système pyramidal à trois niveaux de soins auxquels correspondent des niveaux administratifs équivalents :

- le niveau périphérique avec les districts sanitaires qui comprennent chacun un hôpital de district et des formations sanitaires de base ou Unité de Soins Périphériques (USP) qui sont couverts par les Directions Préfectorales de la Santé (DPS),
- le niveau intermédiaire avec les hôpitaux régionaux dans chaque chef-lieu de région qui sont couverts par les Directions Régionales de la Santé (DRS),
- et le niveau central avec le Ministère de la Santé et les CHU TOKOIN, CHU CAMPUS et CHU KARA.

Depuis 1988, le nombre de formations sanitaires dans le pays croît régulièrement. En effet de 394 en 1988, le nombre de formations sanitaires publiques est passé à 632 en 2003 [31], soit une augmentation de plus de 50% en l'espace de 15 ans. Cette évolution traduit la volonté croissante de rapprocher les services de santé des populations. Mais cette volonté ne s'est pas concrétisée par une plus grande utilisation des structures publiques car le taux de fréquentation a connu une baisse, passant de 60,2% à 25,7% au cours de la

même période. Dans le même temps, les ratios habitants par médecins, habitants par infirmiers, n'ont cessé de croître (tableau II). En 2002, on a enregistré un (1) médecin pour 21 865 habitants, un (1) infirmier pour 6 714 habitants et une (1) sage-femme pour 14 490 habitants [33].

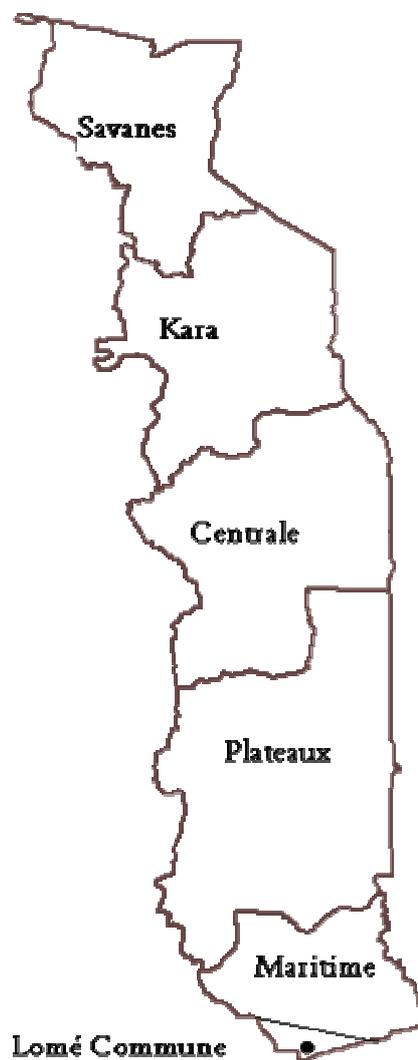


Figure I : Carte sanitaire du TOGO

Tableau II : Ratios population par personnels techniques de santé.

	1988	1998	2002
Nombre d'habitants pour 1 médecin	12 539	15 514	21 865
Nombre d'habitants pour 1 infirmier	2 931	4 031	6 714
Nombre d'habitants pour 1 sage-femme	9 476	n.d.*	14 490

*n.d. : non disponible

II.2.2.2- La situation économique du secteur sanitaire

Les ressources nationales pour le secteur de la santé sont constituées des ressources budgétaires de l'Etat, des ressources des ménages et de l'aide extérieure. Le budget alloué pour la santé en 2003 représente 5,2% du budget général du pays contre 12,3% en 1999.

II.2.2.3- La Politique Nationale Sanitaire

Le Ministère de la Santé du Togo a initié une réforme du secteur sanitaire en élaborant en premier lieu un document de Politique Nationale de Santé (PNS) adopté par le Gouvernement en juillet 1998.

« La PNS a pour objectif général d'améliorer l'état de santé des populations du Togo dans le cadre du développement socio-économique et de la lutte contre la pauvreté ».

Il résulte trois objectifs intermédiaires :

- réduire la mortalité et la morbidité à travers les soins préventifs, curatifs promotionnels et ré- adaptatifs,
- étendre la couverture sanitaire à l'ensemble de la population, notamment aux plus démunis, en assurant des services de qualité et la disponibilité des MEG,
- agir sur les déterminants de la santé en vue de rendre le système viable et performant.

II.2.3- La situation pharmaceutique du Togo

II.2.3.1- Etat des lieux

Le secteur pharmaceutique au Togo a d'autant plus souffert de la situation de crise du pays entre 1990 et 1994 et de la dévaluation du FCFA en janvier 1994, qu'il est essentiellement tributaire des importations pour les produits pharmaceutiques et qu'il représente la plus grande part budgétaire hors salaire du fonctionnement de la santé (médicaments, vaccins pour les épidémies, consommables médicaux, réactifs de laboratoire). Le système d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques a été complètement désorganisé après le dépôt de bilan de TOGOPHARMA, structure étatique monopolistique dans la distribution des médicaments. Le manque de disponibilité et d'accessibilité des médicaments a contribué à une dégradation progressive de l'ensemble du secteur sanitaire alors qu'il bénéficiait d'un atout majeur depuis fin 1993 en la généralisation du recouvrement des coûts.

Aujourd'hui le secteur pharmaceutique togolais a entrepris une restructuration qui suit les grandes lignes directrices développées par les différents groupes thématiques, mis en place au lendemain de la dévaluation du FCFA en 1994, lors d'une réunion des Ministres de la Santé des pays de la zone franc à Abidjan, et appuyés par la Coopération Française, l'Union Européenne et la Banque Mondiale, à savoir :

- (i) le développement institutionnel, législatif et réglementaire,
- (ii) l'amélioration des procédures d'achat des MEG tant au niveau national qu'au niveau régional avec mise en place peu à peu d'appels d'offres régionaux pour des économies d'échelle,
- (iii) l'amélioration de la prescription et de l'utilisation rationnelle des médicaments,
- (iv) le développement d'une complémentarité secteur privé- public
- (v) et le développement de la production nationale.

Le développement de la PPN en 1997 qui s'inscrit dans les vastes réformes engagées dans le secteur sanitaire et à laquelle s'associe l'ensemble des bailleurs de fonds qui interviennent dans le secteur de la santé est centré essentiellement sur :

- le développement d'une accessibilité géographique et financière des MEG pour les populations les plus défavorisées,
- la réorganisation institutionnelle qui va permettre de lutter contre un marché illicite florissant et dangereux pour la santé des populations, car commercialisant de nombreuses contre- façons,
- et la formation des prescripteurs et l'information du public sur le bon usage des MEG.

II.2.3.2- La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN)

La PPN est un instrument qui fait partie intégrante de la Politique nationale de santé du Togo. Son objectif général est de rendre disponibles les médicaments essentiels efficaces, sûrs et de bonne qualité et d'en assurer l'utilisation rationnelle pour l'ensemble de la population togolaise. Elle porte un intérêt particulier à l'accessibilité financière de la population et s'est fixé un certain nombre d'objectifs visant à diminuer les coûts des médicaments. Le Gouvernement considère le MEG comme la « cheville ouvrière » de la PPN et a adopté le document de PPN en février 1997. La PPN couvre le secteur pharmaceutique dans son ensemble et implique les divers acteurs du domaine du médicament.

II.2.3.3- Le marché pharmaceutique

Le marché pharmaceutique non lucratif est représenté par la CAMEG-TOGO, l'OCDI (grossiste- mutualiste pour les formations sanitaires confessionnelles) et par l'ensemble des pharmacies des formations sanitaires publiques.

La CAMEG-TOGO est une structure nationale d'approvisionnement en MEG, en dispositifs médicaux et en réactifs de laboratoires pour l'ensemble des formations sanitaires publiques et privées non lucratives du pays. Elle a un statut d'association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. Elle n'achète que les produits définis dans les différentes listes nationales des MEG, des dispositifs médicaux et des réactifs de laboratoires. Elle a recours aux appels d'offre internationaux selon les procédures définies dans les accords élaborés dans le cadre des groupes de travail des pays de la zone franc et des pays associés. En 2004, la CAMEG-TOGO a réalisé un chiffre d'affaires d'environ 1,77 milliard de FCFA. Il existe deux dépôts régionaux de la CAMEG à Atakpamé et à Kara.

Le marché pharmaceutique privé du Togo est constitué de :

- deux (2) usines de production de médicaments : GGIA (initiative privée nationale) et TONGMEI (usine chinoise). Seul TONGMEI produit des MEG de la liste nationale ; GGIA ne produisant que des spécialités pharmaceutiques ;
- trois (3) grossistes- répartiteurs : GT PHARM, SOCO PHARM et SOTOMED. Ce marché des importations représentait un chiffre d'affaires d'environ 10,04 milliards de FCFA en 2004 ;
- 129 pharmacies privées dont 113 à Lomé [33] ;

- et 52 dépôts pharmaceutiques privés légalement installés et répartis sur l'ensemble du pays.

De plus, il existe une bonne complémentarité entre le secteur privé et le secteur public pharmaceutique : toutes les grandes orientations concernant le secteur sont réalisées ensemble et une politique d'appui de promotion des MEG dans le secteur privé est développé qui s'est matérialisée par la possibilité pour la CAMEG de vendre les MEG aux privés, depuis le début de l'année 2001.

II.3- POPULATION D'ETUDE

Notre enquête s'est déroulée dans des formations sanitaires (FS) publiques de l'ensemble du Togo et auprès des structures d'achat et de distribution des MEG. Pour ce faire, nous avons constitué un échantillon en fonction des niveaux de soins et des régions sanitaires. Nous avons éliminé toutes les structures privées, essentiellement concentrées sur Lomé la capitale, et les structures confessionnelles.

II.3.1- Caractéristiques

Au Togo, il y a trois centres hospitaliers universitaires (CHU), six centres hospitaliers régionaux (CHR), trente centres hospitaliers préfectoraux (CHP), deux hôpitaux de district (HD) situés à Lomé, quatre cents unités de soins périphériques (USP) publiques.

Trois types de questionnaires ont été exploités dans les FS au cours de l'enquête. Les interlocuteurs au niveau de chaque FS étaient : le responsable du point de vente des médicaments, les clients munis d'ordonnances venant acheter au point de vente, et les prescripteurs des USP.

Au niveau des structures d'achat et de distribution des MEG, des questionnaires ont été conduits auprès des interlocuteurs suivants :

- la pharmacienne directrice de la CAMEG et la pharmacienne responsable des appels d'offre,
- les deux (2) pharmaciens directeurs des dépôts relais régionaux de la CAMEG
- les quatre (4) pharmaciens responsables des grossistes répartiteurs privés : SOCOPHARM, GT PHARM, SOTOMED et OCDI.

II.3.2- Critères d'inclusion et d'exclusion

L'ensemble des CHU, CHR et HD est concerné par l'enquête. Parmi les CHP existant, quinze sur trente sont tirés au sort pour participer à l'enquête, soit trois CHP pour cinq régions sanitaires (hors Lomé commune qui n'a pas de CHP).

Parmi les USP existantes, 72 sur 400 sont tirées au sort dans les six régions sanitaires existantes au Togo soit douze USP par région sanitaire. Dans la région sanitaire Lomé commune, les douze USP sont situées dans la ville de Lomé. Dans les cinq autres régions sanitaires (Maritime, Plateaux, Centrale, Kara, Savanes), quatre USP sur douze (soit 1/3) tirées au sort sont situées dans les villes et huit USP sur douze (soit 2/3) en zone rurale.

La région sanitaire Lomé commune est divisée en cinq districts. Un tirage aléatoire systématique de trois USP pour chacun des districts sanitaires 1 et 2, et deux USP pour chacun des districts 3,4 et 5 a été effectué. Les districts sanitaires 1 et 2 comptent plus d'USP que les autres districts.

Pour les cinq autres régions sanitaires, deux strates d'USP ont été constituées pour chacune des régions sanitaires : la strate 1 comporte les USP situées dans les villes et la strate 2, les USP des zones rurales. Pour chacune des strates, un tirage aléatoire systématique a permis de choisir quatre USP situées dans les villes (strate 1) et huit USP situées en zone rurale (strate 2).

Au total il y avait 98 FS publiques enquêtées, soient 3 CHU, 6 CHR, 15 CHP, 2 HD, et 72 USP.

Le choix des MEG contrôlés est fait en tenant compte des pathologies les plus fréquentes et des plus fortes ventes enregistrées par la CAMEG (dont le rôle est d'approvisionner les FS publiques en MEG) durant l'année écoulée. Une liste de MEG par niveau de structure de soins appelée « panier de la ménagère », est établie à cet effet, soient 23 MEG pour les CHU/CHR, 22 MEG pour les CHP et 10 MEG pour les USP.

II.4- DEROULEMENT DE L'ENQUETE

L'enquête a été menée sur toute l'étendu du territoire par trois équipes de pharmaciens. Nous avons enquêté dans quatre (4) régions : Lomé commune, Maritime, Kara et Savanes. Les deux (2) autres équipes se sont partagées les deux (2) régions restantes (Plateaux et Centrale).

Dans les CHU, CHR, CHP, HD, dix (10) patients, munis d'une ordonnance d'un service de l'hôpital, se présentant à la pharmacie à usage interne le jour de l'enquête, sont questionnés. Par contre dans les USP situées dans les villes le nombre de patients interrogés était de cinq (5), et de trois (3) dans les USP situées en zone rurale. Le nombre de patients interrogés n'est pas exhaustif dans chaque FS. L'échantillon était prédéfini en rapport au taux de fréquentation des FS par niveau de soins, mais surtout en fonction des moyens financiers limités. Pour les USP, en l'absence d'ordonnances, le carnet de santé ou le registre de consultation ont été des outils de recueil d'information.

Le pharmacien responsable ou le préposé à la vente des médicaments de chaque structure enquêtée (CHU, CHR, CHP, HD, USP) est vu par l'enquêteur. Au cours de l'entretien, un questionnaire standardisé est complété et a permis de recueillir des données concernant l'approvisionnement, la disponibilité et les prix (l'accessibilité financière) des MEG.

Le questionnaire adressé uniquement aux prescripteurs des USP est destiné à voir si ces prescripteurs ont à leur disposition les outils et les informations nécessaires pour appliquer la politique des MEG. Celui adressé aux structures d'achat et de distribution des MEG est destiné à l'évaluation de la distribution des MEG au niveau de ces structures.

Nous n'avons pas rencontré de grandes difficultés au cours de l'enquête. Le travail s'est déroulé dans de bonnes conditions. Quatre (4) FS, situées dans des zones reculées n'ont pu être enquêtées par absence du personnel médical le jour de l'enquête. Enfin, mis à part l'OCDI, les autres grossistes répartiteurs privés n'ont pas répondu favorablement à notre enquête.

II.5- EXPLOITATION DES DONNEES

Nous avons revu et corrigé tous les questionnaires à la fin de l'enquête. Nous les avons ensuite saisi sur le Logiciel Epi Info version 3.3. Les données traitées sous Epi Info ont été exportées sur Excel. Leur exploitation nous a permis de réaliser des tableaux et graphiques nécessaires à notre analyse.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

III.1- PROFIL DES FORMATIONS SANITAIRES ENQUETÉES

Un total de 94 formations sanitaires a été enquêté (tableau II).

Tableau III : Nombre des différentes structures de soins enquêtées en fonction des régions

	CHU-CHR	CHP-HD	USP	Total
Lomé commune	3	2	12	17
Maritime	1	3	12	16
Plateaux	1	3	12	16
Centrale	1	3	10	14
Kara	2	3	11	16
Savanes	1	3	11	15
Total	9	17	68	94

III.2- ORDONNANCES RECUEILLIES

Les ordonnances recueillies étaient au nombre de 508 (tableau III).

69,54% des patients avaient plus de 15 ans. Le sexe féminin était plus représenté avec 61,84% des patients.

Tableau IV : Répartition des ordonnances collectées en fonction des régions

	Nombre d'ordonnances
Lomé commune	108
Maritime	83
Plateaux	84
Centrale	65
Kara	91
Savanes	77
Total	508

III.3- INDICATEURS DE PRESCRIPTION

L'enquête a révélé un nombre moyen de médicaments par ordonnances de 3,18. Le pourcentage d'ordonnances avec plus de 3 médicaments était de 37,20% sur toute l'étendue du territoire (figure II), avec des extrêmes allant de 30,76% à 44,44% par régions.

Le pourcentage de médicaments prescrits faisant partie de la liste nationale des médicaments essentiels était de 87,75% (figure III). Ont été considérés comme faisant partie de la liste les spécialités et les médicaments génériques contenant le principe actif présent dans la liste sous la même forme galénique.

La prescription de MEG représentait 83,04% (figure IV), avec des variations allant de 62,19% dans la région Lomé commune à 93,77% dans la région des Savanes (figure V).

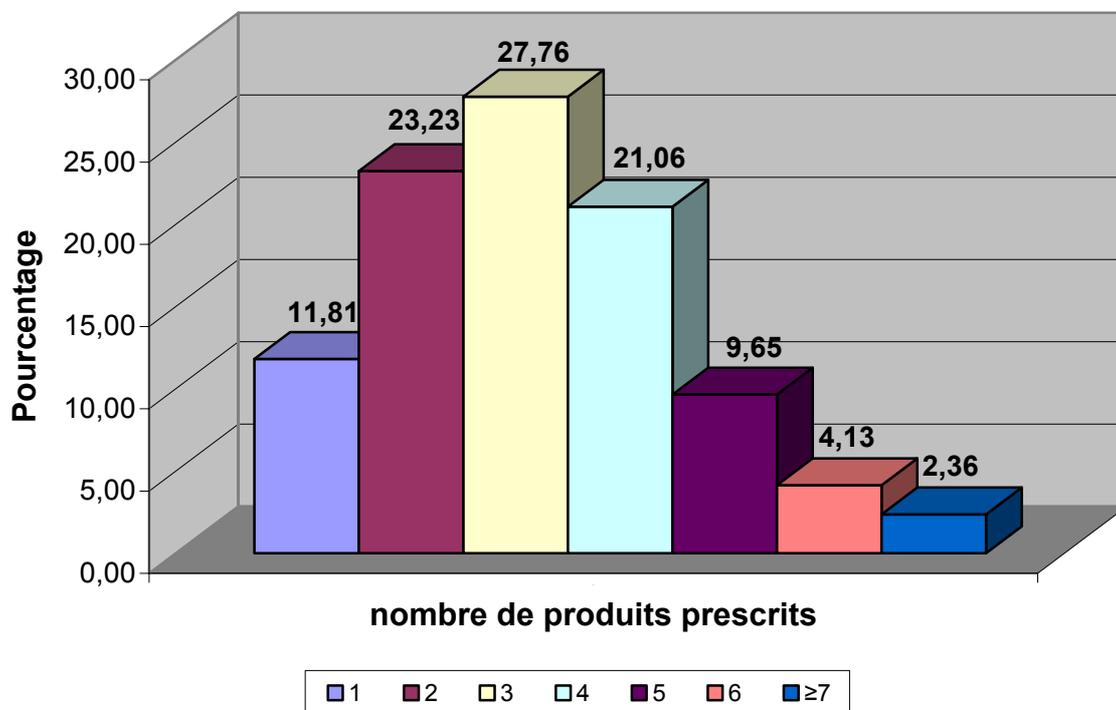


Figure II : Pourcentage des ordonnances par nombre de produits prescrits

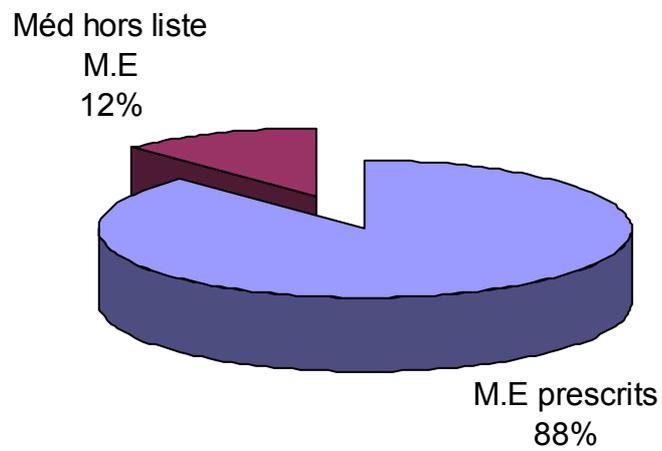


Figure III : Répartition des prescriptions de médicaments essentiels (M.E)

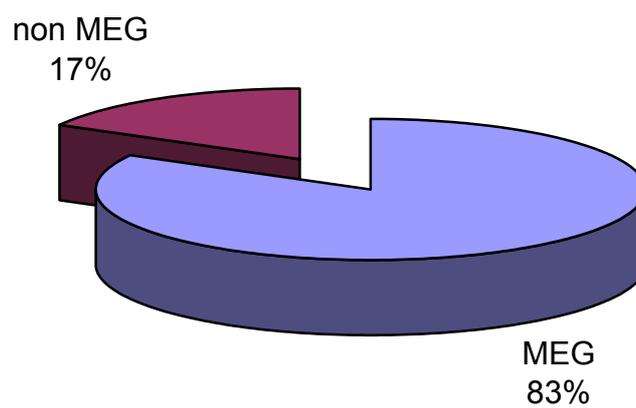


Figure IV : Répartition de la prescription de MEG

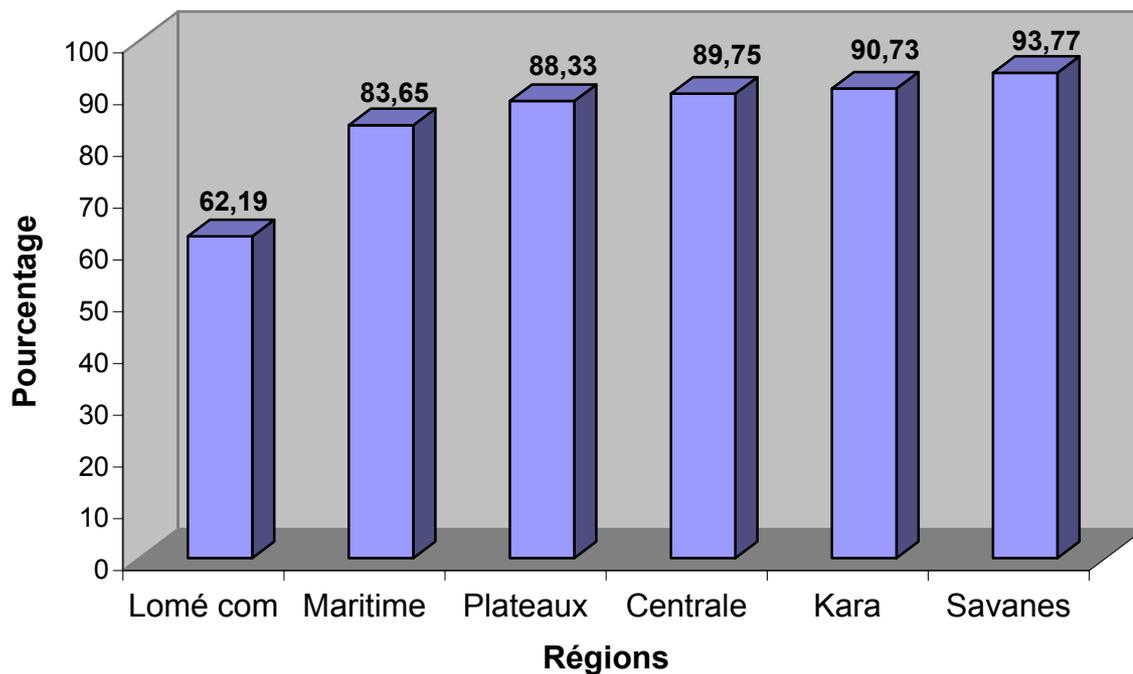


Figure V : Pourcentage de MEG prescrits par régions

III.4- INDICATEURS ECONOMIQUES

Le prix moyen de l'ordonnance prescrite était de 2905 FCFA et le prix moyen de l'ordonnance achetée était de 1584 FCFA. Ces prix varient d'une région à une autre comme le montre la figure VI. Le prix moyen de l'ordonnance si la prescription était en MEG est estimé à 2143 FCFA.

28,93% des ordonnances prescrites sont comprises entre 1000 et 2000 FCFA (figure VII), tandis que 37,92% des médicaments achetés ne dépassent pas 1000 FCFA (figure VIII).

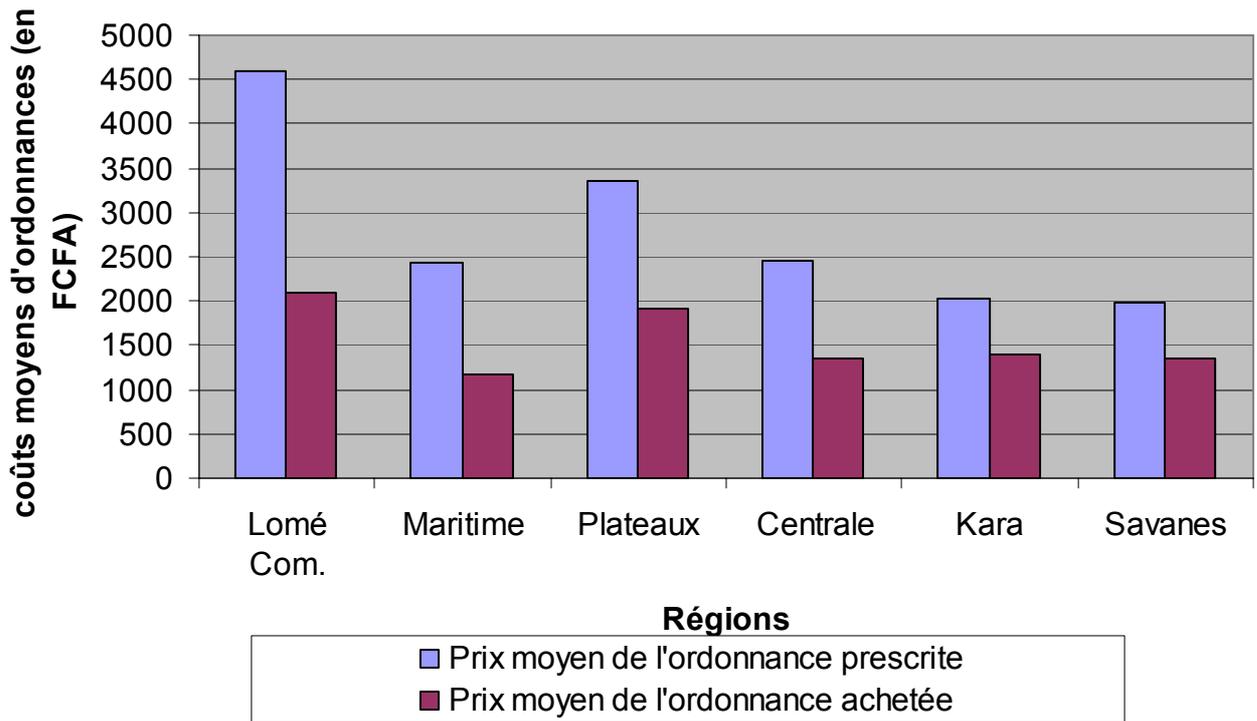


Figure VI : Comparaison des coûts moyens d'ordonnances achetées et d'ordonnances prescrites par région

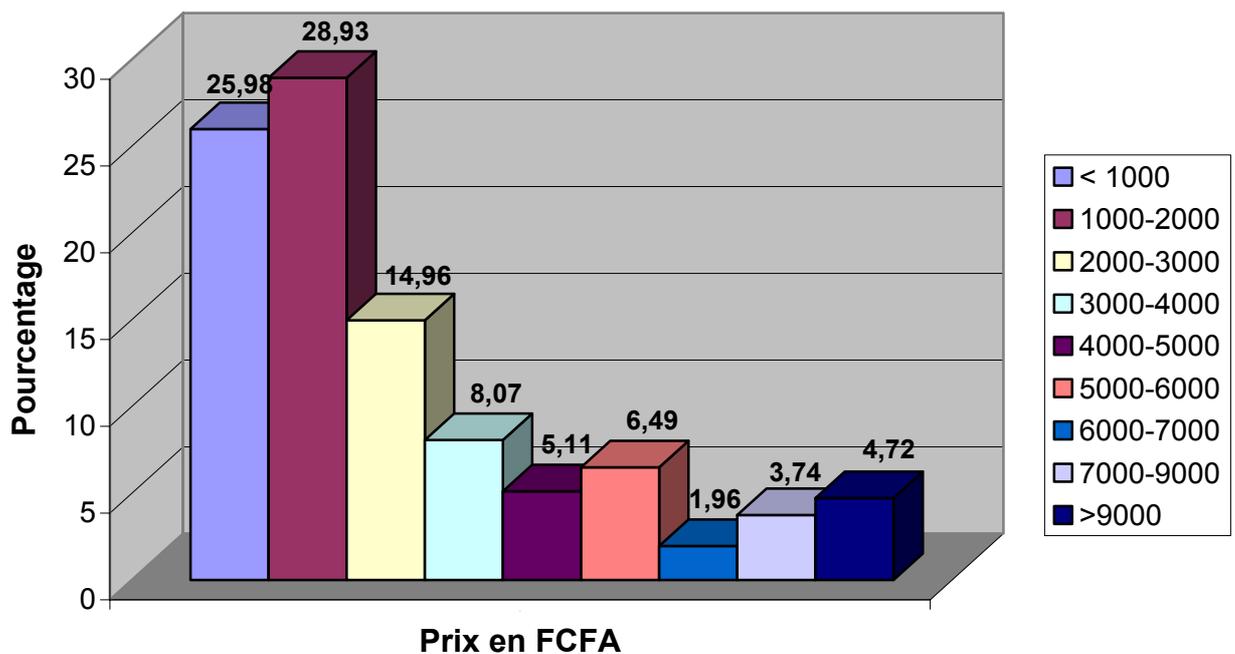


Figure VII : Pourcentage des ordonnances prescrites en fonction des prix

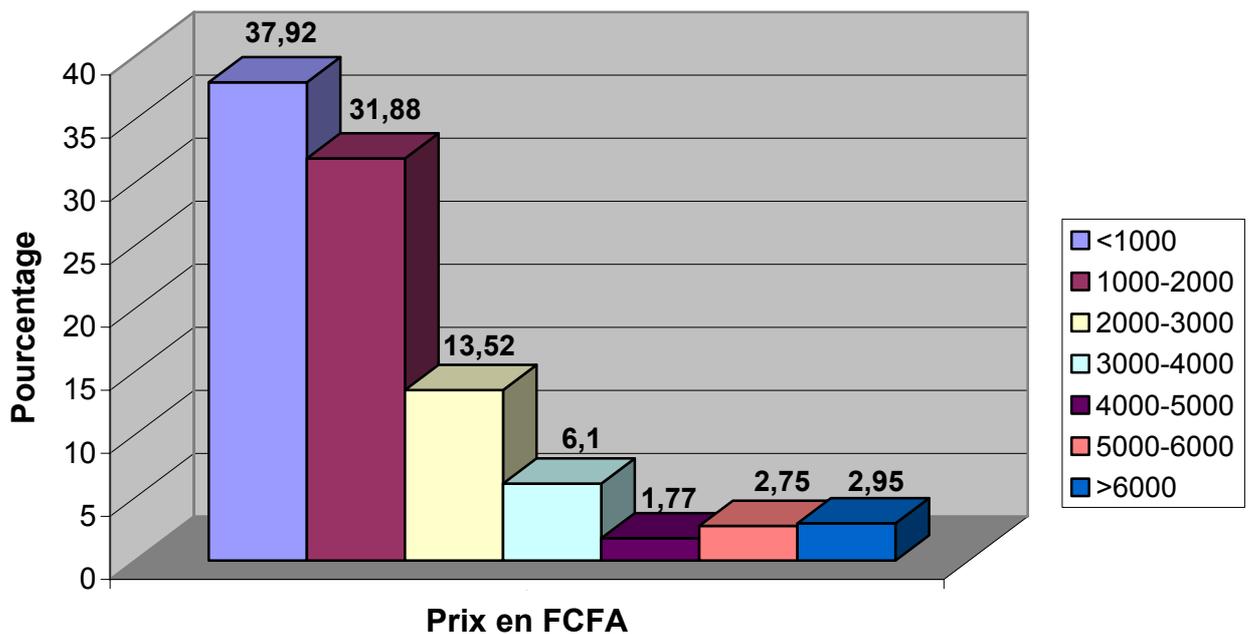


Figure VIII : Pourcentage des ordonnances délivrées totalement ou partiellement en fonction du coût

III.5- INDICATEURS DE DISPENSATION

Le pourcentage moyen de l’ordonnance achetée en valeur de médicament était de 54,53% avec des écarts de 45,49% à Lomé-commune à 68,86% dans la région de la Kara. Il représente le coût total des ordonnances achetées sur celui des ordonnances prescrites. Le pourcentage moyen de l’ordonnance achetée en nombre de médicament était de 72,26%.

Le pourcentage des MEG acheté dans les MEG prescrits était de 78,76%.

Parmi les ordonnances délivrées totalement ou partiellement, une répartition est faite par régions, comme le montre le tableau IV. L’achat total désigne les ordonnances sur lesquelles tous les produits prescrits ont été achetés. La figure IX montre cette répartition sur le plan national.

Tableau V : Pourcentage d’achat des ordonnances prescrites en fonction des régions

	Achat total (%)	Achat partiel par manque d’argent (%)	Achat partiel par rupture de stock (%)	Achat partiel pour autres raisons (%)
Lomé commune	34,25	20,37	42,59	2,77
Maritime	46,98	26,50	22,89	3,61
Plateaux	53,57	16,66	25,00	4,76
Centrale	64,61	13,84	21,53	0
Kara	57,14	19,78	20,87	2,19
Savanes	75,32	14,28	9,09	1,29

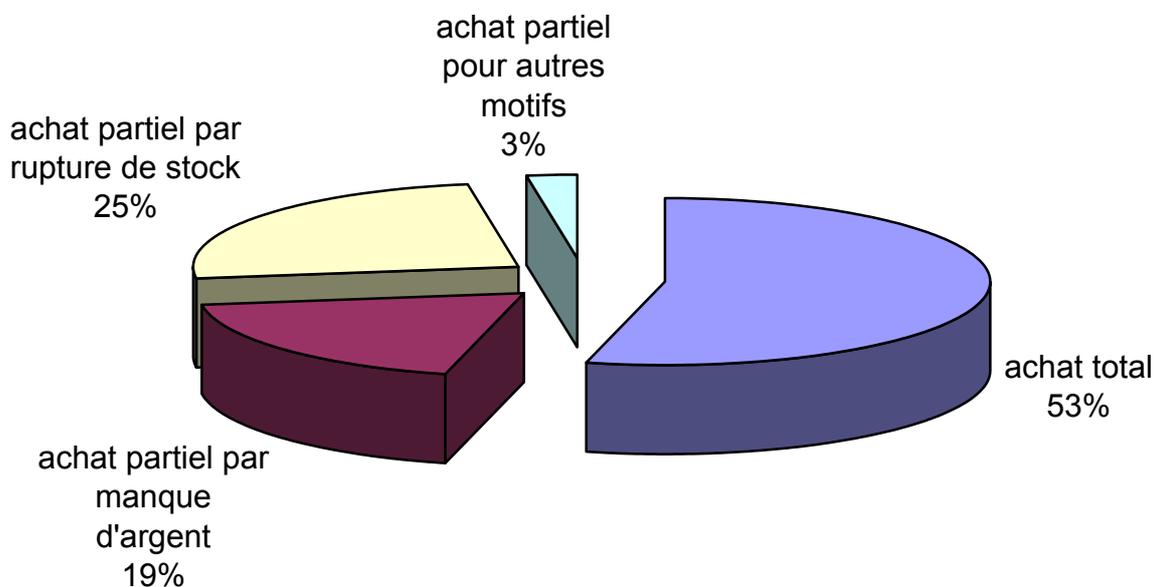


Figure IX : Répartition de l’achat des ordonnances

III.6- INDICATEURS DE DISPONIBILITE

III.6.1- L’approvisionnement

La CAMEG représentait le principal fournisseur des FS en MEG (figure X).

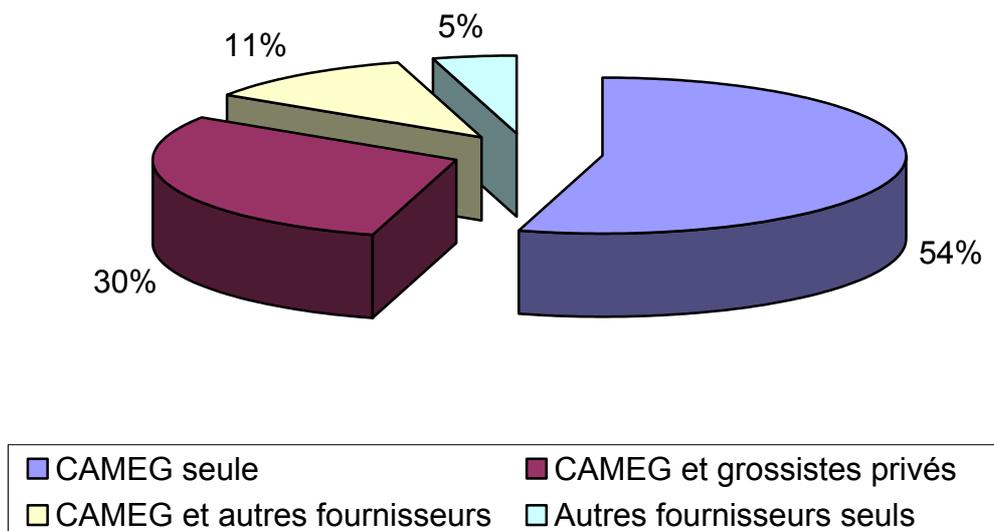


Figure X : principaux fournisseurs des FS en MEG

III.6.2- Disponibilité géographique

Tableau VI : Pourcentage des MEG du panier de la ménagère, disponibles par niveau de soins en fonction des régions

	CHU-CHR	CHP-HD	USP
Lomé commune	75,75 %	59,09 %	65,15 %
Maritime	68,18 %	83,33 %	53,03 %
Plateaux	90,90 %	87,87 %	48,48 %
Centrale	81,81 %	86,36 %	64,46 %
Kara	70,45 %	81,81 %	52,06 %
Savanes	81,81 %	71,21 %	49,58 %

III.6.3- Disponibilité financière

85,70% des produits contrôlés dans toutes les FS affichait un prix de vente supérieur au prix de vente au public défini par la CAMEG. Ce "prix CAMEG" résulte de l'application de l'arrêté interministériel sur la structure des prix des MEG. La figure XI montre, en guise d'exemple, l'écart entre le prix public CAMEG et le prix moyen de vente des médicaments du panier de la ménagère dans les USP. Les prix sont fixés dans 44,68% des FS par un comité de gestion.

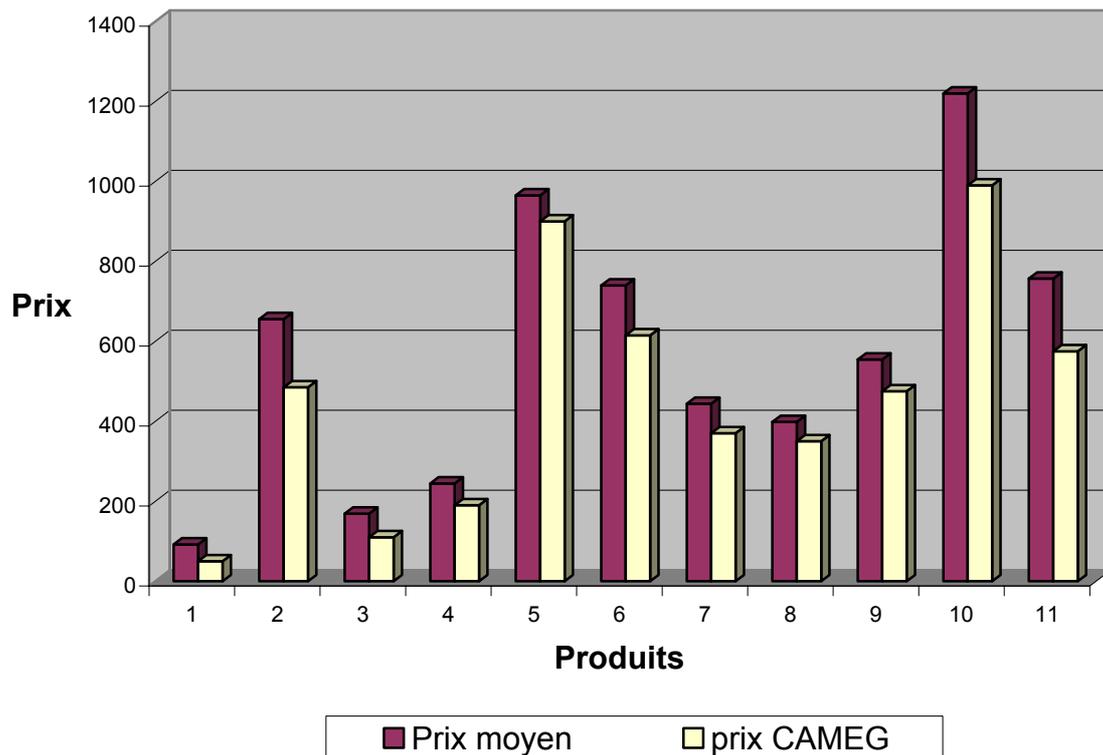


Figure XI : Comparaison "prix public CAMEG" et prix moyen de vente relevé sur les onze produits du panier de la ménagère dans les USP

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

Deux (2) études similaires ont été réalisées en 1998 et en 2000 [32].

IV.1- ANALYSE DES PRESCRIPTIONS

IV.1.1- Le nombre de médicaments par ordonnance

Le nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance a augmenté durant les six (6) années : 3,18 en 2004 (contre 2,42 en 1998 et 2,60 en 2000). Cette moyenne est plus élevée dans la région Lomé commune où elle est de 3,38.

Une étude de Guessan Bi et Portal a montré que le nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance était de 3,42 dans les FS publiques d'Abidjan en 1995 [35].

Krause et al ont trouvé une moyenne de 2,3 médicaments par consultation lors d'une étude menée dans trois districts ruraux du Burkina Faso en 1999 [36].

Tamba de l'université de Kinshasa en République Démocratique de Congo, a signalé une moyenne urbaine de 3,2 en 2004 [37].

L'analyse du nombre de médicaments par ordonnance a montré que la polyprescription (ordonnances de quatre lignes de prescription et plus) concernait 37,20% des ordonnances. Elle est évidemment plus élevée dans la région Lomé commune (44,44%) et faible dans la région septentrionale (30,76%). Ce pourcentage élevé relevé dans la région Lomé commune est lié à la formation reçue par les prescripteurs mais aussi à une plus grande disponibilité des médicaments. En effet, la prescription d'un médicament est fonction de la connaissance qu'en a le prescripteur. Elle est donc liée à sa formation ainsi qu'aux nombreuses sollicitations qui vont l'influencer tout au long de sa carrière.

Pour prescrire rationnellement, il faut pouvoir choisir le produit le plus adapté en dehors de toute influence publicitaire. Or la formation médicale est fortement marquée par l'influence des laboratoires pharmaceutiques. Les habitudes de prescription de spécialités et la pression de leurs promoteurs sont anciennes et énormes [38]. Les représentants des laboratoires pharmaceutiques sont exclusivement basés dans la région Lomé commune qui concentre également tous les grossistes privés et 87% des officines de pharmacie privées du pays.

Wazana a réalisé aux Etats-Unis en 2000, une synthèse systématique de 29 études empiriques traitant de l'influence sur les médecins de leurs relations avec l'industrie pharmaceutique [39]. Cette influence sur les connaissances et la pratique des médecins est essentiellement négative : incapacité à détecter les requêtes imprécises, demandes de médicaments sans avantage thérapeutique, prescriptions irrationnelles de médicaments, augmentation de la fréquence des prescriptions, baisse des prescriptions de génériques, tendance à la prescription de nouveaux médicaments coûteux sans avantage thérapeutique.

Il est à noter par ailleurs que 94,20% des prescripteurs d'USP interrogés n'ont pas reçu de formation sur les MEG depuis deux ans. En plus ceux de la région Lomé commune sont plus livrés à l'influence des délégués médicaux. Une stratégie cohérente de rationalisation de la prescription et de l'usage des MEG est donc nécessaire pour modifier l'attitude et la pratique des prescripteurs vis-à-vis des MEG.

Une étude de Mulongo, réalisée à Kinshasa en 2004, a montré que parmi les facteurs influençant la prescription, le plus déterminant s'avère être la formation [37].

IV.1.2- La prescription de MEG

La prescription des médicaments essentiels a été évaluée en référence à la liste nationale des médicaments essentiels. Ont été considérés comme faisant partie de la liste, les spécialités et les médicaments génériques contenant le principe actif présent dans la liste sous la même forme galénique. Suivant cette référence, les médicaments essentiels sont fortement prescrits dans le secteur public, puisqu'ils sont de l'ordre de 87,75% des lignes de prescription. Ce taux est en légère hausse par rapport à 2000 (86,75%) et 1998 (81,56%). Cette hausse pourrait s'expliquer par l'adoption de la liste nationale des médicaments essentiels génériques en juillet 2001. De même 76,81% des prescripteurs des USP avaient à leur disposition soit la liste nationale des médicaments essentiels, soit le guide des MEG ou le guide thérapeutique national proposant des traitements standardisés.

Ce chiffre de 87,75% confirme une enquête du Réseau Médicament et Développement (ReMeD) qui a montré que les médicaments essentiels étaient fortement prescrits dans le secteur public et assimilé dans quatre pays (Côte d'Ivoire, Guinée, Mali et Togo), puisqu'ils dépassaient 80% des lignes de prescription en 1998 [40].

La prescription de MEG est en baisse. En effet, de 87% en 2000, elle est descendue à 83,04% en 2004. Les MEG sont très bien prescrits dans les régions septentrionales. Le pourcentage de prescription y est très élevé : 93,77% dans la région des Savanes et 90,73% dans la région de la Kara. Ce pourcentage diminue progressivement vers le Sud et chute à 62,19% dans la région Lomé commune. La présence de 113 officines de pharmacie privées et de tous les grossistes répartiteurs privés dans la région Lomé commune, de même que les promotions que font les délégués médicaux sur les médicaments de spécialité, ont une incidence sur le faible pourcentage de prescription de MEG relevé dans la capitale.

Il est également à noter que les médicaments génériques disponibles sont quasiment tous sur la liste nationale des médicaments essentiels. Dans les établissements publics, la part des MEG est le reflet des politiques publiques. Une étude a été conduite dans ce sens par Uzochukwu et al dans les centres de santé primaire (CSP) du sud-ouest du Nigeria [41]. Elle a révélée que les prescriptions sous nom générique et de médicaments essentiels étaient plus fréquentes dans les CSP qui appliquent l'Initiative de Bamako (IB) que dans les centres non-IB : respectivement 80 et 93% contre 15,5 et 21%.

IV.2- ACCESSIBILITE FINANCIERE DES MEG

IV.2.1- Analyse du coût de la prescription

Le prix des ordonnances prescrites montre le poids financier du médicament dans le budget des ménages, l'achat des médicaments étant en général totalement à la charge des familles. Les consommables médicaux (seringues, pansements, perfuseurs) n'ont pas été inclus dans le prix. Le prix moyen de l'ordonnance prescrite a considérablement augmenté. De 1795 FCFA en 1998, il est descendu à 1344 FCFA en 2000 avant de remonter jusqu'à 2905 FCFA en 2004 soit une augmentation de 61,79% entre 1998 et 2004 alors que les salaires sont bloqués depuis la dévaluation du franc CFA en 1994.

L'une des raisons paraît être la diminution des prescriptions de MEG. En effet, une comparaison par régions a montré une diminution du prix moyen de l'ordonnance prescrite du Sud au Nord, en rapport avec l'augmentation de la prescription de MEG suivant cette considération. Dans la région Lomé commune, le prix moyen de l'ordonnance prescrite était de 4592 FCFA avec un pourcentage de MEG prescrits de 62,19%. Par contre dans la région des Savanes, il était de 1982 FCFA avec 93,77% de prescription de MEG. Ceci démontre l'impact des génériques sur le coût des ordonnances.

A cet effet, nous avons estimé le prix moyen de l'ordonnance dans le cas où la prescription était exclusivement en MEG. Ainsi pour chaque ordonnance, toutes les spécialités prescrites ont été remplacées par les génériques correspondants et les coûts ont été réévalués. Nous avons donc constaté sur le plan national que le prix moyen de l'ordonnance prescrite a baissé de 2905 FCFA à 2143 FCFA soit une diminution de 26,23%. Dans la région Lomé commune où la prescription de MEG est faible, ce prix moyen a chuté de 4592 FCFA à 2738 FCFA soit une diminution de 40,37%.

Selon une étude rendue publique aux Etats-Unis en janvier 2002 [42], un meilleur usage des médicaments génériques, particulièrement dans le traitement des ulcères et de l'arthrite, pourrait faire baisser de plus de 16% le montant remboursé par l'assurance maladie pour les médicaments délivrés sur ordonnance. Wallack et al ont constaté que si l'on augmentait d'environ 50% l'usage des génériques, les dépenses de médicaments par personne diminueraient de 1647 \$ à 1377 \$, ce qui représenterait une économie totale de 250 milliards de dollars entre 2003 et 2012.

Selon une analyse économique révélée par Favre [43], il existe une rationalité économique dans l'usage des médicaments. Suivant cette rationalité, il convient de choisir le traitement qui présente le meilleur rapport coût/efficacité. Ainsi sont qualifiés d'irrationnels les traitements coûteux, alors que sont disponibles pour la même indication d'autres médicaments d'une efficacité équivalente bien démontrée, mais beaucoup moins chers.

IV.2.2- Analyse des achats d'ordonnances

Le prix moyen de l'ordonnance achetée a, compte tenu du coût de l'ordonnance prescrite, augmenté de 743 FCFA en 2000 à 1584 FCFA en 2004. En revanche le pourcentage moyen de l'ordonnance achetée en valeur a considérablement chuté, passant de 87,50% en 2000 à 54,53% en 2004, ainsi que celui de l'ordonnance achetée en nombre de médicaments qui passe de 87,50% en 2000 à 72,26% en 2004, ce qui montre la régression des systèmes de soins, directement liés aux coûts de prescription.

Cependant l'achat des ordonnances est plus aisé si la prescription est en MEG. En effet, le pourcentage des MEG acheté dans les MEG prescrits était de 78,76%. Mais ce pourcentage est faible par rapport à ceux révélés par les études antérieures : 96,70% en 1998 et 93,96% en 2000. Nous avons également remarqué que 69,80% des achats d'ordonnances n'excèdent pas 2000 FCFA. Pourtant seulement 54,91% des prescriptions sont inférieures à ce coût.

Ces constats démontrent une mauvaise accessibilité financière du médicament, sur le plan national. Pourtant la stratégie de l'IB (disponibilité des médicaments de base, recouvrement des coûts, participation communautaire...) est mise en place dans toutes les FS publiques et que depuis la création de la CAMEG, il y a moins de spéculation sur les produits pharmaceutiques et les malades trouvent sur place un bon nombre de médicaments essentiels. Néanmoins cette accessibilité est bonne dans la région septentrionale en raison du fort taux de prescription de MEG et par conséquent du faible coût des ordonnances prescrites.

En comparaison, une étude de Maiga [44] en 2001 au Mali a montré que le pourcentage de médicaments achetés en valeur, en rapport avec les prescriptions était de 88,63% dans le secteur public. L'achat partiel des ordonnances prescrites concernait de ce fait 12,50%. En revanche, notre étude a montré que l'achat partiel des ordonnances prescrites concernait 46,07% des ordonnances, ce qui explique le faible pourcentage de médicaments achetés en valeur (54,53%).

Les ruptures de stock de médicaments dans les FS d'une part et le manque d'argent d'autre part, constitueraient également des raisons de la baisse de l'achat des ordonnances prescrites. Ces deux motifs ont également été individualisés lors d'une enquête menée en février 1998 dans six (6) pays choisis pour leur diversité : Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Mali, Togo [40].

L'absence du médicament de la pharmacie par rupture de stock est la première cause d'achat incomplet. En effet il représentait 24,40% des achats partiels. Par contre le pourcentage des ordonnances servies partiellement pour manque d'argent était de 17,71%. Ce pourcentage est en hausse par rapport à 2000 (11,30%), traduisant une baisse considérable du pouvoir d'achat de la population.

Fontaine [40] a montré que l'achat partiel des ordonnances était un phénomène répandu et touchait 27% à 46% des ordonnances. Mais le manque déclaré d'argent est plus rarement signalé dans le secteur public.

Ceci est confirmé par une étude de Matsika sur l'usage des médicaments à l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djaména au Tchad [45]. Cette étude, réalisée en 2000, a révélé que le pourcentage d'ordonnances délivrées partiellement pour rupture de stock était de 15% chez les malades hospitalisés tandis que celui d'ordonnances délivrées partiellement pour raisons financières était de 10%. Chez les consultants externes, ces pourcentages étaient respectivement de 8% et 4%.

Guessan Bi et Portal [35] ont remarqué en 1996 que 20,80% des médicaments prescrits dans les FS publiques d'Abidjan ne sont pas achetés en raison du manque d'argent.

IV.2.3- Analyse du prix de vente des MEG

Le prix de vente des MEG dans toutes les FS est élevé par rapport au prix public fixé par la CAMEG. Ce prix public résulte de l'application de l'arrêté interministériel sur la structure des prix des MEG [46]. Selon cet arrêté, la marge bénéficiaire du détaillant est de 60%. Le prix public est donc obtenu en appliquant un taux de 1,6 au prix grossiste. L'enquête a révélé que dans 44,68% des FS, les prix sont fixés arbitrairement par un comité de gestion (COGES). La structure des prix n'est donc pas respectée par les responsables des FS. Les taux appliqués au prix grossiste de certains produits s'élèvent jusqu'à 2,5 dans certaines FS, rendant le médicament moins accessible aux populations.

IV.3- ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE DES MEG

L'approvisionnement en MEG des FS publiques en fonction des sources de MEG n'est pas homogène dans tout le pays. Ainsi 54% de FS s'approvisionnaient uniquement à la CAMEG. 30% de FS s'approvisionnaient aussi bien à la CAMEG que chez les grossistes privés, tous basés à Lomé. Cette diversité des sources d'approvisionnement et la proximité des dépôts régionaux de la CAMEG ont réduit l'écart en disponibilité en MEG dans les FS des différentes régions sanitaires.

Il existe en outre d'autres sources non officielles d'approvisionnement en MEG. Ce sont des échantillons de produits pharmaceutiques de toute provenance par le biais des ONG et des dons non contrôlés. Nous n'avons malheureusement pas eu d'informations concrètes sur la source de certains médicaments rencontrés. Pour pérenniser la présence des génériques, le respect de certaines conditions s'imposent dont l'approvisionnement en MEG de qualité [47, 48].

La disponibilité des MEG était acceptable, bien qu'imparfaite dans les FS de niveau central et intermédiaire (CHU, CHR, CHP, HD) où nous avons noté en moyenne la présence de plus de 75% des MEG du « panier de la ménagère ». Par contre elle était mauvaise dans les USP avec un pourcentage moyen de 51,51%. Les ruptures de stocks étaient fréquentes. Nous avons noté une faiblesse dans la gestion des stocks de médicaments dans les USP car elle est confiée à un personnel non qualifié. En effet, cette gestion est confiée à des

paramédicaux non formés à la gestion des produits pharmaceutiques. Seuls les pharmacies des trois (3) CHU et de deux (2) CHR (d'Atakpamé et Sokodé) sont dirigées par un pharmacien. 85,10% des responsables des pharmacies publiques n'ont pas eu de formation sur les MEG depuis deux ans et 68,08% d'entre eux sont formés sur le tas. Le plus souvent les établissements ne connaissaient pas leur consommation moyenne et ne pouvaient donc pas définir un stock de sécurité. Le réapprovisionnement, souvent tardif, est lié à la mauvaise gestion des FS car elles ne profitent pas des facilités de paiement accordées par la CAMEG.

Ceci est confirmé par une étude de Guessan Bi qui a montré que les médicaments essentiels étaient disponibles dans les deux tiers des cas dans les pharmacies des FS publiques d'Abidjan [49]. Les ruptures de stocks, de l'ordre de 38%, étaient généralement dues à un déficit de la gestion des stocks.

Signalons que nous n'avons malheureusement pas obtenu, au cours de notre enquête, auprès des grossistes répartiteurs privés, leurs volumes d'achat et de vente de MEG. Malgré nos multiples démarches, ces établissements ont « refusés » de nous communiquer leurs chiffres d'affaire. Ces informations n'étaient pas aussi disponibles au Ministère de la Santé, comme la loi cadre pharmaceutique le prévoit. Ce déficit d'information ne permet pas à l'Etat togolais de connaître la consommation effective de la population. Il ne permet pas non plus à la CAMEG de modifier ses prévisions en fonction de la part du privé dans le marché pharmaceutique.

CINQUIEME PARTIE : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

V.1- CONCLUSION

La prescription des MEG est généralisée dans le secteur public. Elle est plus importante dans les régions septentrionales que dans les régions du Sud du pays. Les molécules de la liste nationale des médicaments essentiels sont fréquemment prescrites. La polyprescription paraît encore trop importante par rapport au niveau de vie de la population.

Le coût moyen de l'ordonnance prescrite est élevé. L'absence du médicament, par rupture de stock, explique la majorité des achats incomplets. Néanmoins, la baisse du pouvoir d'achat de la population entraîne aussi de nombreux achats partiels. L'efficacité des traitements peut être rendue aléatoire par suite d'un achat incomplet ou tardif. La disponibilité des MEG est moyenne dans les FS de niveau central et intermédiaire. Par contre elle est très insuffisante dans les FS de niveau périphérique.

Le choix d'une politique pharmaceutique nationale basée sur le MEG, accessible financièrement et géographiquement reste donc pertinent et doit être développée. La consolidation des activités de la CAMEG ainsi que la réduction du taux de rupture de stock, contribueront à mieux atteindre cet objectif. Enfin, il paraît indispensable de nommer des pharmaciens régionaux chargés de la formation et du suivi des agents assurant la dispensation des médicaments dans les FS publiques.

Cette enquête ne concerne que les utilisateurs du système officiel public, et ne considère que ceux qui vont en consultation avant d'acheter les médicaments. Elle montre néanmoins que pour un coût modeste il est possible d'évaluer globalement avec une douzaine d'indicateurs (Tableau VI) l'impact de toutes les mesures incitant à l'utilisation des MEG et à l'usage rationnel des médicaments. La plupart de ces indicateurs ont pour l'instant des normes empiriques, mais la répétition des enquêtes va permettre de les consolider et de suivre leur évolution dans le temps.

Tableau VII : Principaux indicateurs utilisésIndicateurs de prescription

- 1- Nombre moyen de médicaments par ordonnance
- 2- Pourcentage d'ordonnances avec plus de trois médicaments
- 3- Pourcentage de médicaments prescrits faisant partie de la liste nationale des médicaments essentiels
- 4- Pourcentage de MEG prescrits
- 5- Prix moyen de l'ordonnance prescrite hors consommables
- 6- Prix moyen de l'ordonnance si la prescription était en MEG

Indicateurs de dispensation

- 1- Prix moyen de l'ordonnance achetée
- 2- Pourcentage de médicaments dispensés par rapport aux prescrits
- 3- Pourcentage d'ordonnances partiellement dispensées, et causes
- 4- Pourcentage de MEG dispensés

Indicateurs de disponibilité

- 1- Pourcentage des MEG contrôlés disponibles
- 2- Prix moyen de vente des MEG contrôlés
- 3- Principaux fournisseurs de MEG des FS publics

V.2- Recommandations

➤ aux prestataires de soins :

- augmenter la prescription des MEG ;
- réduire la polyprescription.

➤ aux responsables des FS :

- appliquer l'arrêté interministériel sur la structure des prix des MEG.

➤ aux autorités politiques :

- former et inciter les prescripteurs à la prescription des MEG ;
- former les responsables des pharmacies des USP à la gestion des stocks de médicaments ;
- doter chaque région sanitaire d'au moins un pharmacien ;
- augmenter la qualité d'approche de la CAMEG car les ruptures de stock dans les FS sont le fait d'une mauvaise gestion des COGES, mais la CAMEG aussi a des torts ;
- imposer aux grossistes privés de fournir leur moyenne de chiffre d'affaire en MEG ;
- développer une vraie politique de marketing au sein de la CAMEG et faire connaître ses produits.

REFERENCES

1. Comment élaborer une politique pharmaceutique nationale – Les nouveaux principes directeurs de l’OMS.
Médicaments Essentiels : Le Point 2002 ; 31 :23.
2. Troullier P. Le médicament générique dans les pays en développement.
Cahiers santé 1996 ; 6 : 21-26.
3. Pécoul B. Accès aux médicaments essentiels : une bataille perdue ?
La revue Actualité et Dossier en Santé Publique. ADSP 2000 ; 30 : 44-45.
4. Collin J. Rationalité et irrationalité à l’origine du mésusage des médicaments. ADSP 1999 ; 27 : 55-58.
5. Laing R, Hogerzeil H.V, Ross-Degnan D. Dix recommandations pour améliorer l’usage des médicaments dans les pays en développement.
Health Policy and Planning 2001 ; 16 : 13-20.
6. Tamblyn R. Medication use in seniors : challenges and solutions.
Thérapie 1996 ; 51 (3) : 269-282.
7. Programme d’action pour les médicaments essentiels.
WHO / DAP / MAC (10) / 98.4.
8. Marc Dixneuf. Les médicaments génériques entre perturbation et contrôle de la politique mondiale. ReMeD 2004 ; 28 :6-8.
9. Velasquez G, Boulet P. Mondialisation et accès aux médicaments : perspectives sur l’accord ADPIC de l’OMC. Economie de la santé et médicaments. OMS 1998 ; 7. (WHO / DAP / 98.9).
10. Correa C. Les brevets dans l’optique de la santé publique.
Médicaments essentiels : Le point. 2000 ; 28 & 29 : 36.
11. Velasquez G. Hold-up sur le médicament.
Le monde diplomatique. 2003 Juillet : 1,26-27.
12. Questions de propriété intellectuelle : L’après Doha.
Médicaments essentiels : Le point. 2002 ; 31 : 36.

13. Médicaments et pays démunis : des accords en trompe-l'œil.
La Revue Prescrire 2004 ; 251 : 459-461.
14. Indicateurs pour le suivi des politiques pharmaceutiques nationales.
WHO / DAP / 94.12.
15. Politique Pharmaceutique Nationale de la République du Togo. 1997.
16. Développement du concept des médicaments essentiels au cours des 25 dernières années. Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques. Rapport annuel 2002. OMS / EDM / 2003.1.
17. Videau J.Y. Accès pour tous aux médicaments de qualité.
Médecine Tropicale 2002 ; 62 : 396-400.
18. L'utilisation des médicaments essentiels.
OMS. Série de Rapports techniques 1998 ; 882.
19. Médicaments essentiels : l'OMS redresse le cap [éditorial].
La Revue Prescrire 2003 ; 239 : 381-382.
20. Médicaments essentiels : Un concept toujours d'actualité.
La Revue Prescrire 2001 ; 215 : 226-229.
21. WHO. Technical Report Series. 1995 ; 850.
22. Abelli C, Andriollo O, Machuron L, Videau J.Y, Vennat B, Pouget M.P.
Equivalence pharmaceutique des médicaments essentiels génériques.
STP Pharma Pratiques 2001 ; 11 (2) : 89-101.
23. Brücker G. Médicament : le meilleur et le pire [éditorial].
ADSP 1999 ; 27 : 1.
24. Marketing Authorization of pharmaceutical Products with Special Reference to Multisource (Generic) products. Regulatory Support Series, n°5, WHO/DMP/RGS/98.5.
25. Bala K, Sagoo K. Brevets et prix (Patents and prices).
HAI News 2000 Avril/Mai ; 112.
26. Les médicaments génériques : un bilan de l'année 2002, CNAMTS.
in Point de conjoncture 2003 Avril ; 12.

27. Contribution à l'Etude du recouvrement des coûts des médicaments dans le cadre d'une politique de santé dans les pays en développement. Compte rendu d'un groupe de travail. ReMeD 1992 : 17-22.
28. Recouvrement des coûts : l'IB. CHMP 2000 Janvier ; 12.
www.chmp.org
29. Accès aux médicaments essentiels : une bataille perdue ?
ADSP 2000 ; 30 : 44-45.
30. Gilles P. Tous les pays du monde. Population et Sociétés, INED (Institut National d'Etudes Démographiques). 2001 ; 370 :8.
31. Annuaire des statistiques sanitaires du Togo, Année 2003. Division Informations Statistiques Etudes et Recherches. Ministère de la Santé, Lomé. 2004 Octobre.
32. Nimon E, Assih P, Nyansa A. Rapport final de l'enquête prescription et dispensation des médicaments essentiels génériques au Togo. 2000 Octobre - Novembre.
33. Statistiques Sanitaires du Togo, Année 2002. Division Informations Statistiques Etudes et Recherches. Ministère de la Santé, Lomé. 2003 Novembre.
34. Liste des officines privées. Direction des Pharmacies Laboratoires et Equipements Techniques. Ministère de la Santé, Lomé. 2005 Avril.
35. Guessan Bi G.B, Portal J.L. Accessibilité aux soins et aux médicaments à Abidjan, deux ans après la dévaluation du FCFA.
in Projet Santé Abidjan 1996.
www.isysphyt.ci/ivoir_ct/sante/psa/f3.htm
36. Krause G et al. Rationality of drug prescriptions in rural health centres in Burkina Faso. Health Policy and Planning 1999 ; 14 (3) : 291-298.
37. Sibille B. Enquête sur la prescription. ReMeD 2004 ; 29 : 13-14.
38. Savadogo L G B, Sondo B, Guissou I P, Kouanda S. Utilisation des médicaments essentiels génériques par le personnel hospitalier : le cas du CHU Yalgado Ouédraogo (Burkina Faso). Cahier Santé ; 12 : 257-269.

39. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift ? JAMA 2000 ; 283 (3) : 373-380.
40. Fontaine D. Prescription et dispensation des médicaments essentiels et génériques : Enquête dans 6 pays d'Afrique. ReMeD 1998 ; 20 : 1,3-6.
41. Uzochukwu B, Onwujekwe O, Akpala C. Impact de l'IB sur la disponibilité et l'usage rationnel des médicaments essentiels dans les centres de santé primaire dans le sud-ouest du Nigeria. Plan de la Politique de Santé 2002 ; 17 : 378-383. [Abstract]
42. Wallack S, Ritter G, Thomas C. Greater use of generics : a prescription for drug cost savings. Waltham, Mass : Brandeis University ; 2002.
43. Favre I. Usage rationnel des médicaments. ReMeD 1997 ; 17 : 1, 7-10.
44. Maiga D. Rapport d'évaluation de la qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments. 2001 Juillet.
www.md.ucl.ac.be/stages/semspi/travaux%202004/Maiga1.htm
45. Matsika M D, Chastanier H. Etude sur l'usage des médicaments à l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djaména, Tchad. in Colloque International Anthropologie du Médicament 2002 mars.
[Résumé des communications].
www.amades.net.actualites/commaix.htm
46. Arrêté interministériel N°162/97/MS/MIC/MEF du 31 octobre 1997.
47. Blaise P, Dujardin B, De Béthune X, Vandenberg D. Les centrales d'achat de médicaments essentiels : une priorité pour les systèmes de santé des pays en développement. Cahiers Santé 1998 ; 8 : 217-226.
48. Lafaix C H. La rationalisation du médicament essentiel dans les pays en développement. in GEEP, ed. Le médicament essentiel dans les pays en développement. Villeneuve-Saint-Georges : GEEP, 1987 : 13-14.
49. Guessan Bi. Etude sur la disponibilité des médicaments essentiels dans les FSU d'Abidjan. in Projet Santé Abidjan 1995.
www.isysphyt.ci/psa/f2.htm

ANNEXES

Annexe 1 : L'initiative de Bamako (IB)

L'IB est lancée en 1987 par les ministres africains de la santé réunis à Bamako, capitale du Mali, sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF.

Cette stratégie vise « un système de Soins de Santé primaires autonome et décentralisé pour toute l'Afrique d'ici l'an 2000 où les enfants seraient vaccinés, les parents nantis des connaissances nécessaires pour protéger la santé de leurs enfants, et où les médicaments essentiels seraient disponibles pour tous », selon James P. GRANT, directeur général de l'UNICEF.

De simples consommateurs passifs, les bénéficiaires des soins deviennent des partenaires actifs dont la voix compte !

En 1994, l'IB compte 33 pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine.

Les grands buts de l'IB :

- assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de santé primaire à prix abordable, tout en maintenant les coûts,
- restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publique en améliorant la qualité des prestations et en déléguant le pouvoir décisionnel aux échelons inférieurs,
- promouvoir la santé en incitant les ménages à un changement des comportements néfastes.

Les grands principes de l'IB :

- revitalisation et extension des services de santé au niveau périphérique : agents de santé communautaire responsables de cases de santé dans les villages isolés,
- mise en place des médicaments génériques essentiels pour assurer l'accessibilité des médicaments de qualité à des prix abordables,
- partage des coûts de fonctionnement par le financement communautaire : le but étant d'améliorer les services,
- contrôle communautaire ; la communauté est responsable de la gestion des services de santé locaux. Les fonds restent dans la communauté qui en confie la gestion à un comité de santé élu au niveau local. On améliore ainsi l'auto organisation des populations les plus démunies afin de leur permettre de mieux faire entendre leurs besoins en matière de santé.

Objectif : des soins satisfaisants et universels

Deux concepts essentiels :

- formation des prestataires de santé par le renforcement des capacités du personnel basé sur la formation, la supervision, le monitoring des activités. Ceci étant contrôlé par un comité de gestion, composé de personnel médical et administratif.
- renforcement des liens entre les différents partenaires sanitaires.

Annexe 2 : Questionnaire d'enquêteQuestionnaire n° 1 : CAMEG

	OUI	NON
<i>Procédures d'achat des médicaments par la CAMEG</i>		
1- Quel est le mode d'approvisionnement de la CAMEG ?		
Appel d'offre		
Gré à gré		
Dons		
Autre(préciser) _____		
2- Qui sont les fournisseurs de la CAMEG ?		
Demander la liste _____		
3- Quels sont les critères de qualité exigés pour les fournisseurs ?		
demander la liste des critères _____		
4- Existe-t-il un système de suivi des fournisseurs ?	/___/	/___/
Si OUI, comment se fait il ? _____		
5- La majorité des appels d'offre sont-ils en DCI ?	/___/	/___/
Si NON, sur quels critères ? _____		
6- Les achats du secteur public se limitent-ils aux produits de la liste nationale des médicaments essentiels ?	/___/	/___/
Si NON, sur quels critères ? _____		
7- Quelle est la valeur des médicaments achetés par appel d'offre durant l'année écoulée ? _____		
8- Quelle est la valeur des médicaments en DCI achetés durant l'année écoulée ? _____		
9- Quelle est la valeur totale des achats de médicaments durant l'année écoulée ? _____		
10- Qui sont les clients de la CAMEG ? _ catégories ? _____		
11- Quel est le nombre de médicaments ayant subi un contrôle de qualité durant l'année écoulée ? _____		
12- Quel est le nombre de médicaments (par appellation) reçus durant l'année écoulée ? _____		

13- Quel est le nombre de médicaments ayant satisfait au contrôle de qualité durant l'année écoulée ? _____

14- Quel est le nombre de médicaments contrôlés durant l'année écoulée ? _____

Politique des prix

15- Les prix de vente au public des médicaments achetés à la CAMEG sont-ils réglementés ? /___/ /___/
Si OUI, comment ? _____

16- La CAMEG communique-t-elle régulièrement à ses clients les prix d'achat et de vente au public des médicaments qu'elle détient ? /___/ /___/

Bon usage du médicament/ formation et information

17- Existe-t-il des campagnes d'éducation du public sur le médicament essentiel et son usage ? /___/ /___/
Si OUI, quelle est la périodicité ? _____

18- La CAMEG conçoit-elle régulièrement un guide des médicaments essentiels qu'elle met à la disposition de ses clients ? /___/ /___/

19- La CAMEG possède-t-elle des informateurs médicaux ? /___/ /___/
Si OUI, combien ? _____

20- Valeur des médicaments achetés par appels d'offres, sur valeur totale des achats de médicaments de l'année précédente : (confère questions 7 & 9) _____

21- Valeur des médicaments en DCI achetés, sur valeur totale des médicaments achetés durant l'année écoulée : (confère questions 8 & 9) _____

22- Nombre de médicaments ayant satisfait au contrôle de qualité, sur nombre de médicaments contrôlés : (confère questions 13 & 14) _____

23 - Relever les 30 médicaments les plus vendus (en valeur et en unités) dans les 12 derniers mois ; par la CAMEG et leur prix de vente unitaire au public. Demander la liste.

Conditions de conservation

	<i>Oui</i>	<i>non</i>
24 - Local		
a. climatisé	/___/	/___/
b. ventilé	/___/	/___/
c. aucune régulation thermique	/___/	/___/

- d. abri de la lumière ? /___/ /___/
- e. protection contre les insectes ? /___/ /___/
- 25 ouvertures
- a. porte ouverte /___/ fermée /___/
- b. fenêtre nako /___/ clostra /___/ fenêtre /___/
- c. poussières _____
- d. sécurité grille /___/ cadenas /___/
- 26 équipements
- | | oui | non |
|--|-------|-------|
| a. bureau | /___/ | /___/ |
| b. bureau séparé du stockage | /___/ | /___/ |
| c. chambre froide | /___/ | /___/ |
| d. réfrigérateur | /___/ | /___/ |
| e. armoires fortes | /___/ | /___/ |
| f. armoires | /___/ | /___/ |
| g. étagères | /___/ | /___/ |
| h. médicaments au sol | /___/ | /___/ |
| i. thermomètre | /___/ | /___/ |
| j. enregistreur de température ou relevé de température. | /___/ | /___/ |

Questionnaire n° 2 : dépôt relais régionaux de la CAMEG

1- Le dépôt relais régional a-t-il un pharmacien responsable ? OUI NON
/___/ /___/

Si NON, quelle est la qualité du responsable ? _____

2- Retrouve-t-on (le jour de l'enquête) dans le dépôt relais régional les 30 médicaments essentiels les plus vendus par la CAMEG ? /___/ /___/
Si non qu'elle est le nombre de ces MEG présents ? _____

3- Vérifier à partir des fiches de stock et de commandes s'il y a eu rupture de l'un des 30 médicaments essentiels les plus vendus par la CAMEG durant les 6 derniers mois ? /___/ /___/

Si OUI, la cause : Rupture à la CAMEG _____
Mauvaise prévision _____
Autres (préciser) _____

4- Quel est le délai de livraison des commandes passées à la CAMEG? _____

5- Qui sont les clients du dépôt relais régional de la CAMEG ?
par catégories _____

6- quel est le délai moyen d'exécution d'une commande client ? _____

7 – Quel est le mode de distribution utilisé ? _____

Conditions de conservation

	<i>Oui</i>	<i>non</i>
8- Local		
f. climatisé	/___/	/___/
g. ventilé	/___/	/___/
h. aucune régulation thermique	/___/	/___/
i. abri de la lumière ?	/___/	/___/
j. protection contre les insectes ?	/___/	/___/
9- ouvertures		
k. porte	ouverte /___/	fermée /___/
l. fenêtre	nako /___/ clostra /___/	fenêtre /___/
m. poussières		
n. sécurité	grille /___/	cadenas /___/
10- équipements	oui	non
o. bureau	/___/	/___/
p. bureau séparé du stockage	/___/	/___/
q. chambre froide	/___/	/___/
r. réfrigérateur	/___/	/___/
s. armoires fortes	/___/	/___/
t. armoires	/___/	/___/
u. étagères	/___/	/___/
v. médicaments au sol	/___/	/___/
w. thermomètre	/___/	/___/
x. enregistreur de température ou relevé de température.	/___/	/___/

Questionnaire n° 3 : questionnaire aux pharmacies des formations sanitaires publiques

1- N° d'identification : /___/___/___/___/___/

2- Date : /___/___/___/
 jour mois année

3- Nom de la formation sanitaire : _____ région (préfecture) : _____

4- Formation de base du dispensateur responsable de la pharmacie :

- 1 pharmacien
- 2 infirmier
- 3 formé sur le tas
- 4 autre (préciser) _____

5- Savez-vous s'il existe un document de politique pharmaceutique nationale ?

oui / ___/ non / ___/

6- Comment le savez vous ?

1 formation oui / ___/ non / ___/
 2 autre (préciser) _____

Si formation :

par qui ? _____
date ou année _____

7- Quel(s) est (sont) le(s) but(s) de la politique pharmaceutique nationale ? _____

8- Existe-t-il au Togo un (des) texte(s) de loi qui organise (nt) le domaine du médicament et de la pharmacie ?

oui / ___/ non / ___/

Si oui, citez le(s) : _____

9- Appliquez vous l'arrêté interministériel sur la structure des prix ?

1 oui / ___/ :
 2 non / ___/
 3 « je ne sais pas » / ___/
 4 « jamais entendu parler de cet arrêté » / ___/

Si non, qui vous communique le prix de vente au public des MEG ?

CAMEG oui / ___/ non / ___/

Si non préciser _____

10- Citez moi 5 MEG les plus distribués dans votre pharmacie :

1
 2
 3
 4
 5

11- Comment estimez vous la disponibilité des MEG au niveau de votre formation sanitaire ?

1 très bonne / ___/
 2 bonne / ___/
 3 moyenne / ___/
 4 Mauvaise / ___/

Si réponses 3 ou 4, pourquoi ?

Politique des spécialités pharmaceutiques de la formation sanitaire / ___/

Mauvaise prévision / ___/

Rupture à la CAMEG / ___/

Difficultés financières / ___/

Autres : préciser _____

Si la formation sanitaire privilégie les spécialités, pourquoi ?

Bénéfices plus grands ? (Direction de hôp.) /___/

Préférence des cliniciens ? (Confiance) /___/

Habitude ? /___/

Influence des informateurs médicaux ? /___/

Autres raisons : préciser _____

12- L'approvisionnement en MEG se fait-il uniquement à la CAMEG ?

1 oui (vérifier les bons de commandes) /___/

2 non /___/

3 en partie /___/

Si non ou en partie, où se fait l'approvisionnement ?

Grossistes privés oui /___/ non /___/

Autres (préciser) _____

13- Les prix de vente des MEG sont ils conformes à ceux communiqués par la CAMEG ?

oui /___/ non /___/

Si non, relever le nombre de produits du panier de la ménagère dont le prix de vente n'est pas conforme : _____

14- Disponibilité des MEG

1-très bonne (si présence de tous les médicaments du panier de la ménagère) /___/

2-bonne (si présence d'au moins ¾ des médicaments du panier de la ménagère) /___/

3-moyenne (si présence de ½ à ¾ des médicaments du panier de la ménagère) /___/

4-Mauvaise (si présence de moins d'½ des médicaments du panier de la ménagère) /___/

15- Le responsable de la pharmacie a-t-il à disposition la liste nationale des médicaments essentiels, ou la liste médicaments vendus par la CAMEG, ou le guide des MEG ?

oui /___/ non /___/

16- Quel est le délai de livraison des commandes ? _____

17- Le responsable de l'unité de la pharmacie a-t-il eu une formation sur les médicaments essentiels depuis 2 ans ?

oui /___/ non /___/

Si OUI, l'année : _____

Si OUI, qui en est l'organisateur ? _____

Si OUI, existe-t-il des rapports ou procès-verbaux de formation ?

Oui /___/ *non* /___/

Conditions de conservation

18- Local

a- climatisé /___/ /___/

b- ventilé /___/ /___/

c- aucune régulation thermique /___/ /___/

d- abri de la lumière ? /___/ /___/

e -protection contre les insectes ? /___/ /___/

19- ouvertures

a -rte ouverte /___/ fermée /___/

b- fenêtre nako /___/ clostra /___/ fenêtre /___/

c -poussières _____

d -sécurité grille /___/ cadenas /___/

20- équipements

	oui	non
a -bureau	/___/	/___/
b -bureau séparé du stockage	/___/	/___/
c -chambre froide	/___/	/___/
d -réfrigérateur	/___/	/___/
e -armoires fortes	/___/	/___/
f -armoires	/___/	/___/
g -étagères	/___/	/___/
h -médicaments au sol	/___/	/___/
i- thermomètre	/___/	/___/
j -enregistreur de température ou relevé de température./	___/	___/

Questionnaire n° 4 : questionnaire patient

1- N° d'identification : /___/___/___/___/___/___/___/___/

2- Date de remplissage du questionnaire : /___/___/___/

Jour mois année

3- Nom de la formation sanitaire : _____ région (préfecture) : _____

4- Service prescripteur (pour les hôpitaux) : _____

5 - Régularité de l'ordonnance

<i>Nom du prescripteur</i>	<i>oui</i>	/___/	<i>non</i>	/___/
<i>Date de l'ordonnance</i>	<i>oui</i>	/___/	<i>non</i>	/___/
<i>Nom et sexe du patient</i>	<i>oui</i>	/___/	<i>non</i>	/___/
<i>Age</i>	<i>oui</i>	/___/	<i>non</i>	/___/
<i>Cachet du service</i>	<i>oui</i>	/___/	<i>non</i>	/___/
<i>Mauvais dosage</i>	<i>oui</i>	/___/	<i>non</i>	/___/
<i>Mauvaise posologie</i>	<i>oui</i>	/___/	<i>non</i>	/___/
<i>Mauvaise durée du traitement</i>	<i>oui</i>	/___/	<i>non</i>	/___/
<i>Mauvaise association médicamenteuse</i>	<i>oui</i>	/___/	<i>non</i>	/___/

Si OUI, préciser : _____

6 - identité du patient

sexe /___/

age / ____ /
 profession / _____ /

Usage rationnel du médicament, information et formation continue

7 - L'ordonnance est-elle « régulière » ? *oui* / ____ / *non* / ____ /

8 - l'ordonnance a-t-elle été expliquée au patient ? *oui* / ____ / *non* / ____ /

9 - si OUI, la prescription est elle comprise ? *oui* / ____ / *non* / ____ /

Prix, disponibilité et accessibilité

10 - Prescription (voir fiche de report des ordonnances ou prescriptions)

	Nom	M.E.G O / N.	Prix	Disponibilité O / N	Achat O / N
Méd 1					
Méd 2					
Méd 3					
Méd 4					
Méd 5					
Méd 6					
Méd 7					
Méd 8					
Méd 9					

11- Les médicaments ont-ils été achetés en totalité ? *oui* / ____ / *non* / ____ /

Si non, quelle en est la raison ?

Rupture / ____ /

manque d'argent / ___ /
autres : préciser _____

12- si la totalité des médicaments n'ont pas été achetés, quels sont ceux que le patient a payés ? _____

13- Coût des médicaments achetés _____

14- Coût total de l'ordonnance _____

15- Nombre de médicaments (lignes) prescrits figurant sur la liste nationale des médicaments essentiels : _____

16- Nombre total de médicaments (lignes) prescrits : _____

17- Coût de l'ordonnance si la prescription était en MEG uniquement _____

18- Nombre de médicaments (lignes) prescrits figurant sur la liste nationale des médicaments essentiels, sur nombre total de médicaments prescrits _____

19 - Coût moyen d'une ordonnance

20 - Coût moyen d'une ordonnance si la prescription est en MEG

Questionnaire n° 5 : prescripteurs des unités de soins périphériques

1- Le responsable de l'unité de soin périphérique a-t-il à disposition la liste nationale des médicaments essentiels, le guide des MEG, ou le guide thérapeutique national proposant des traitements standardisés ?

oui / ___ / *non* / ___ /

Si NON, a-t-il un autre document (préciser) ? _____

2- Le responsable de l'unité de soin périphérique a-t-il eu une formation sur les médicaments essentiels depuis 2 ans ?

oui / ___ / *non* / ___ /

Si OUI, l'année : _____

Si OUI, qui en est l'organisateur ? _____

Si OUI, existe-t-il des rapports ou procès-verbaux de formation ?

oui / ___ / *non* / ___ /

3- prescrivez vous uniquement des MEG ?

oui / ___ / *non* / ___ /

Si NON, pourquoi ? _____

RESUME

Avec l'instauration de l'Initiative de Bamako en 1987, les pays d'Afrique francophone s'efforcent d'assurer à l'ensemble de leurs populations l'accès aux services de santé primaire à prix abordable. L'objectif de la présente étude est d'évaluer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels génériques (MEG) aux populations, dans les structures de soins publiques au Togo.

L'étude a été conduite dans 94 formations sanitaires publiques du pays. Elle a consisté en une collecte de données sur la prescription, l'achat et la présence effective des MEG.

La prescription de MEG représentait 83,04% des prescriptions. Le prix moyen de l'ordonnance prescrite était de 2905 FCFA et celui de l'ordonnance achetée de 1584 FCFA. Le pourcentage moyen de l'ordonnance achetée en valeur de médicament était de 54,53%. L'achat partiel des ordonnances prescrites, par manque d'argent ou par absence de médicaments, était de 46,07%.

L'analyse des données a montré que la prescription des MEG est généralisée dans le secteur public. Elle est élevée dans les régions septentrionales contrairement aux régions du sud du pays. Le coût moyen de l'ordonnance prescrite est élevé. L'achat des médicaments est plus aisé si la prescription est en MEG. L'absence du médicament, par rupture de stock, explique la majorité des achats incomplets. Néanmoins, la baisse du pouvoir d'achat de la population entraîne aussi de nombreux achats partiels. Il apparaît donc que le choix d'une politique pharmaceutique nationale basée sur le MEG, accessible financièrement et géographiquement reste pertinent et à développer.

Mots clés : Médicaments essentiels génériques – prescription – accessibilité – approvisionnement – disponibilité – prix.

ABSTRACT

With the institution of the Initiative of Bamako in 1987, the African French-speaking countries endeavour to assure to their populations the access to primary health services at affordable price. The objective of the present work is to value the availability and the accessibility of the generic essential medicines (GEM) to the populations, in the public health care centers in Togo.

The survey has been driven in 94 public health centers in the country. It consisted in a collection of informations about the prescription, the purchase and the availability of the GEM.

The prescription of GEM represented 83,04% of the prescriptions. The average price of the medical prescriptions was 2905 FCFA and the one of the bought prescriptions was 1584 FCFA. The average percentage of bought prescriptions in medicines value was 54,53%. The partial purchase of the prescriptions because of a lack of money or an absence of medicines, was 46,07%.

The analysis of the data shows that the prescription of the GEM is generalized in the public sector. It is higher in the northern regions of the country than the prescription of the GEM in southern regions of the country. The middle cost of the prescriptions is high. The purchase of the prescribed medicines is easier for GEM prescriptions. The non-availability of the medicine explains the majority of the incomplete purchases. For all that, the falling of the population purchasing power results in several partial purchases. It appears therefore that the choice of a national pharmaceutical politics based on the GEM, financially and geographically accessible is required and to develop.

Key word: Generic essential medicines – prescription – accessibility – availability – price.



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes Condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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

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