

COMMENT ESTIMER LES BESOINS EN MÉDICAMENTS

Manuel pratique

PROGRAMME D'ACTION POUR LES MÉDICAMENTS ET VACCINS
ESSENTIELS
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



Première édition, 1989

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et l'Organisation s'en réserve tous les droits. Le document peut néanmoins être librement commenté, cité, reproduit ou traduit en totalité ou en partie, sauf pour la vente ou à d'autres fins commerciales.

Le présent manuel devra vraisemblablement être modifié selon le pays ou le groupe de population considéré pour répondre aux besoins des utilisateurs. L'OMS sera heureuse de recevoir des observations à son sujet ainsi que des informations sur son emploi et son adaptation. Il conviendra de les faire tenir à l'adresse suivante :

Directeur de Programme
Programme d'action pour les médicaments et vaccins essentiels
Organisation mondiale de la Santé
1211 Genève 27, Suisse.

PRÉFACE

Le présent manuel a été rédigé par M. Adrian Griffiths, Directeur de la Recherche à l'Institut de Gestion sanitaire (IGS) de Genève, au titre d'un contrat conclu entre l'Institut et le Programme d'action pour les médicaments et vaccins essentiels (DAP) de l'Organisation mondiale de la Santé.

Le contenu du manuel a été mis au point par un groupe de travail informel qui s'est réuni à cinq reprises de 1984 à 1987 et à l'occasion de travaux effectués entre ses réunions, notamment des expériences sur le terrain dans plusieurs pays. Le groupe de travail était composé comme suit :

Consultants

M. Adrian Griffiths, Directeur de la Recherche, Institut de Gestion sanitaire, Genève.

Dr Hans Hogerzeil, Administrateur adjoint, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour la Méditerranée orientale.*

Dr Jonathan Quick, Director of Drug Management Programmes, Management Sciences for Health, Boston, Etats-Unis d'Amérique.

Dr Godfrey Walker, Senior Lecturer, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni**.

Dr James Wolff, Project Officer, Management Sciences for Health, Boston, Etats-Unis d'Amérique.

Secrétariat de l'OMS

Mme Margaretha Helling-Borda, Spécialiste scientifique principale, Programme d'action pour les médicaments et vaccins essentiels, OMS, Genève.

Mme Ramona Lunt, Spécialiste scientifique, Programme d'action pour les médicaments et vaccins essentiels, OMS, Genève.

M. Ed Dowd, Chef, Méthode épidémiologique et statistique, OMS, Genève.

Les précieux conseils des personnels des programmes techniques concernés de l'OMS ont été incorporés dans le module 5 qui comprend des schémas types de traitement médicamenteux proposés à titre d'exemples pour la quantification des besoins en médicaments sur la base des doses moyennes.

La préparation du présent manuel a été financée par des subventions de la Direction de la Coopération au Développement et de l'Aide humanitaire (Suisse), de l'Agence suédoise pour le Développement international et de l'Agence suédoise de Coopération en Recherche avec les Pays en Développement (SIDA/SAREC) ainsi qu'Interpharma, association des sociétés suisses de produits pharmaceutiques Ciba-Geigy, Hoffmann-La Roche et Sandoz.

* Actuellement Fonctionnaire technique, Programme d'action pour les médicaments et vaccins essentiels, OMS, Genève.

** Actuellement Médecin, Programme d'action pour les médicaments et vaccins essentiels, OMS, Genève.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE

PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION

MODULE 1 :	Objectifs et utilisation du manuel	1.1
MODULE 2 :	Faut-il améliorer la quantification ?	2.1
MODULE 3 :	Préparation d'un plan d'action	3.1
MODULE 4 :	Etablissement et révision de listes de médicaments essentiels par type d'établissement de soins	4.1

DEUXIÈME PARTIE : LA MÉTHODE FONDÉE SUR LA MORBIDITÉ

MODULE 5 :	Les données nécessaires : schémas types de traitement médicamenteux pour quantifier les services en médicament, sur la base des doses moyennes	5.1
MODULE 6 :	Les données nécessaires : données sur la morbidité	6.1
MODULE 7 :	La méthode fondée sur la morbidité et le traitement type: modalités de calcul	7.1

TROISIÈME PARTIE : LA MÉTHODE DE LA CONSOMMATION

MODULE 8 :	La méthode de la consommation corrigée : modalités de calcul	8.1
------------	--	-----

ANNEXES		A.1
----------------	--	------------

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
3.1 Principales tâches entrant en jeu dans la préparation d'un plan d'action	3.3
3.2 Choisir la méthode appropriée pour la quantification	3.7
4.1 Résumé des étapes pour la détermination du niveau des soins et de la liste des médicaments essentiels pour chaque type d'établissement	4.1
4.2 Liste indicative de problèmes de santé aux fins de l'étude des besoins en médicaments au niveau de base et au niveau intermédiaire	4.4
4.3 Liste indicative de problèmes de santé à l'intention des agents de santé de village	4.7
4.4 Résumé des directives applicables au choix des médicaments essentiels	4.8
4.5 Sélection de médicaments appropriés pour chaque problème de santé	4.10
4.6 Liste indicative de médicaments essentiels pour le niveau de soins intermédiaire (centre de santé)	4.13
4.7 Liste indicative de médicaments essentiels pour le niveau de soins intermédiaire (centre de santé), par catégories thérapeutiques	4.14
4.8 Liste indicative de médicaments essentiels pour le niveau de soins intermédiaire (centre de santé), avec la taille du conditionnement secondaire et le prix indicatif	4.19
5.1 Exemples de schémas moyens de traitement pour la quantification des besoins en médicaments, sur la base des doses moyennes	5.6
5.1A Exemples de schémas types de traitement pour la quantification des besoins en médicaments, sur la base des doses moyennes	5.8
5.1B Liste alphabétique des maladies et états morbides pour les services de santé de niveau intermédiaire	5.16
6.1 Estimation des épisodes de traitement à partir des statistiques de morbidité établies au niveau national	6.4
6.2 Imprimé pour le calcul des épisodes de traitement	6.8
6.3 Imprimé récapitulatif du nombre d'épisodes de traitement dans tous les établissements de l'échantillon	6.9
6.4 Modèle de formulaire pour le niveau intermédiaire	6.12
6.5 Modèle de formulaire pour l'agent de santé communautaire	6.17
6.6 Nombre total d'épisodes de traitement et d'autres contacts - Agents de santé communautaires	6.18
7.1 Schéma de calcul des quantités de médicaments nécessaires pour chaque problème de santé	7.3
7.2 Schéma de calcul des quantités de médicaments nécessaires pour chaque problème de santé	7.6
7.3 Schéma de calcul de la quantité totale de chaque médicament	7.10
7.4 Schéma de calcul de la quantité totale de chaque médicament (formulaire rempli)	7.12

LISTE DES TABLEAUX (Suite)

Tableau	Page
7.5 Schéma de calcul des quantités totales nécessaires pour chaque médicament, nombre de conditionnements à commander (formulaire rempli)	7.16
7.6 Schéma de calcul des quantités totales nécessaires pour chaque médicament, nombre de conditionnements à commander et coût	7.18
7.7 Schéma de calcul des quantités totales nécessaires pour chaque médicament, nombre de conditionnements à commander et coût (formulaire rempli)	7.20
7.8 Modèle à suivre pour une classification VEN	7.23
7.9 Quantités finales et coût après adaptation au budget disponible, et quantités pour 1 000 épisodes de traitement	7.25
8.1 Critères de sélection des établissements « types »	8.3
8.2 Fiches indicatives de stock	8.7
8.3 Fiches indicatives de stock	8.9
8.4 Fiches indicatives de stock	8.12
8.5 Fiche indicative de stock	8.14
8.6 Feuille de calcul pour l'enregistrement des quantités de médicaments consommées (méthode de la consommation)	8.16
Annexe 1 : Formule modèle d'enregistrement pour agents de santé communautaire	A.1
Annexe 2 : Feuille de calcul des quantités de médicaments nécessaires pour chaque problème de santé	A.2
Annexe 3 : Feuille de calcul des quantités totales nécessaires pour chaque médicament, nombre de conditionnements à commander et coût	A.3
Annexe 4 : Feuille de calcul des quantités finales et coût après adaptation au budget disponible, et quantités pour 1 000 épisodes de traitement	A.4
Annexe 5 : Feuille de calcul pour l'enregistrement des quantités de médicaments consommées (méthode de la consommation)	A.5

PREMIÈRE PARTIE

INTRODUCTION

MODULE 1:

OBJECTIFS ET UTILISATION DU MANUEL

1. INTRODUCTION
2. LES DEUX MÉTHODES DE QUANTIFICATION
 - 2.1 La méthode fondée sur la morbidité et le traitement type
 - 2.2 La méthode de la consommation corrigée
3. GROUPE CIBLE DU MANUEL
4. OBJECTIFS DU MANUEL
5. UTILISATION DU MANUEL
 - 5.1 Autoapprentissage
 - 5.2 Cours de formation

1. INTRODUCTION

Pour que les soins de santé soient efficaces, il faut établir un équilibre judicieux entre les activités curatives et les activités préventives. Le présent manuel traite d'un élément primordial et souvent mal maîtrisé des services de traitement, à savoir la fourniture en quantité suffisante de médicaments appropriés.

Le manuel s'adresse principalement aux pays qui mettent en place un programme d'action pour les médicaments et vaccins essentiels, lequel nécessite un système efficace de gestion de l'approvisionnement en médicaments. Les principales composantes de ce système sont les suivantes :

- (1) **SÉLECTION** détermination des médicaments nécessaires.
- (2) **QUANTIFICATION** estimation de la quantité nécessaire de chaque médicament.
- (3) **ACQUISITION** choix des fournisseurs, passation et suivi des commandes, contrôle quantitatif et qualitatif des médicaments enfin règlement des fournisseurs.
- (4) **DISTRIBUTION** réception, stockage, inventaire, transport et tenue des registres de suivi et de contrôle.
- (5) **UTILISATION** prescription, délivrance et utilisation des médicaments ; observations par les patients.

Le présent manuel traite de la deuxième composante, la **quantification**. Celle-ci **ne doit pas être considérée comme un simple calcul** car, ainsi qu'on l'a vu plus haut, elle s'inscrit dans une séquence d'opérations interdépendantes que comporte la gestion de l'approvisionnement en médicaments. La quantification doit, pour être efficace, s'appuyer sur des données précises relatives à la morbidité et à l'utilisation des médicaments ainsi que sur des décisions fondamentales quant au choix des médicaments à mettre à disposition et à leur prescription. En résumé, elle doit faire partie intégrante du système de gestion de l'approvisionnement en médicaments. Cette intégration ne peut se faire que s'il existe **à un niveau élevé une volonté constante** d'appliquer un système général fondé sur une politique concertée et des démarches bien définies.

Dans la plupart des pays, la quantification des besoins en médicaments s'appuie sur l'expérience, sur les interventions immédiates en cas de crise ainsi que sur des impressions subjectives concernant les quantités nécessaires. En principe, cette façon de procéder peut conduire progressivement au fil des ans à des ajustements et des calculs plus précis jusqu'à ce que l'approvisionnement en médicaments réponde à la demande des services de santé, et que celle-ci corresponde au profil de morbidité de la population qu'ils desservent.

Dans la pratique, cette amélioration progressive s'avère difficile du fait de l'absence de démarches systématiques fondées sur la morbidité et l'utilisation des services de santé, du manque de consensus aussi bien sur les plans clinique qu'économique concernant les traitements les plus rentables, enfin des pressions émanant de sources diverses. L'inadéquation de la quantification pose un problème particulièrement sérieux dans les pays en développement. En général, les budgets y sont très limités et de nombreux pays sont largement tributaires de leurs importations; les commandes doivent être passées bien à l'avance et les achats payés en devises qui font largement défaut. Les erreurs sont difficiles et coûteuses à corriger et peuvent diminuer de beaucoup l'efficacité des services de santé.

2. LES DEUX MÉTHODES DE QUANTIFICATION

Le présent manuel expose deux méthodes de quantification des besoins en médicaments. Dans les deux cas, l'exposé s'accompagne d'exemples de calculs à partir de listes succinctes de médicaments essentiels au niveau intermédiaire (centre de santé) et au premier niveau (agent de santé communautaire) des soins de santé. Les deux méthodes proposées sont les suivantes :

- (1) **LA MÉTHODE FONDÉE SUR LA MORBIDITÉ ET LE TRAITEMENT TYPE**, dénommée ci-après « méthode fondée sur la morbidité ».
- (2) **LA MÉTHODE DE LA CONSOMMATION CORRIGÉE**, dénommée ci-après « méthode de la consommation ».

Les méthodes s'appuient l'une et l'autre sur des données relatives à l'utilisation effective (ou prévue) des services de santé. Elles devraient permettre **d'assurer aux services de santé en cause un approvisionnement suffisant en médicaments pour traiter les patients qui s'adressent à eux.**

Les quantités obtenues avec ces deux méthodes sont inférieures aux quantités nécessaires pour traiter tous les cas de morbidité dans la population. Ces quantités pourraient théoriquement se calculer à partir des chiffres de la morbidité pour l'ensemble de la population, mais le manuel n'utilise pas cette base de calcul, et cela pour trois raisons :

- (a) on connaît rarement les données de morbidité pour toute la population, et elles sont difficiles ou coûteuses à réunir;
- (b) tous les cas de morbidité ne donnent pas lieu à une demande de prestations de santé;

- (c) les demandes de prestations ne sont elles-mêmes satisfaites que dans la mesure où il existe des services de santé.

Les principes de base des deux méthodes sont résumés ci-après. Dans les deux cas :

- (a) **les médicaments à inclure doivent avoir déjà été déterminés pour chaque type d'établissement dont les besoins font l'objet d'une estimation, et**
- (b) **il doit exister un accord de base sur le bon usage de ces médicaments.** Comme on le verra plus loin, dans le cas de la méthode fondée sur la morbidité cet accord est formulé explicitement dans les schémas types de traitement.

2.1 La méthode fondée sur la morbidité et le traitement type

Cette méthode s'appuie au départ sur deux séries de données :

- (a) **le nombre d'épisodes de chaque problème de santé traité par le ou les types d'établissement dont il faut estimer les besoins en médicaments;**
- (b) **les schémas types de traitement arrêtés pour chaque problème de santé défini.**

Pour déterminer la quantité totale de médicaments nécessaires pour traiter chaque problème de santé, il faut multiplier la quantité de médicaments administrée pour le traitement type du problème considéré par le nombre d'épisodes de traitement.

Quantité de médicament pour un traitement type	×	Nombre d'épisodes de traitement du problème de santé	=	Quantité totale de médicament nécessaire pour traiter un problème de santé donné
--	---	--	---	--

On refait ce calcul pour chaque problème de santé et les médicaments employés pour le traiter. Lorsqu'un médicament sert pour plusieurs problèmes de santé, on additionne les totaux respectifs pour obtenir la quantité totale nécessaire. On peut alors diviser ces quantités par le nombre total d'épisodes de traitement, exprimé en milliers, pour obtenir la moyenne des besoins en médicaments par milliers de traitements. Plusieurs pays ont appliqué ces dernières années (2-5,8) différentes variantes de cette méthode.

2.2 La méthode de la consommation corrigée

Cette méthode part de la consommation existante des médicaments. Pour chaque type d'établissement de soins, on détermine un certain nombre d'« établissements types » qui se caractérisent par une charge de travail raisonnablement représentative, par un approvisionnement acceptable en médicaments ainsi que par des prescriptions et une consommation rationnelles. On analyse la consommation de médicaments de ces établissements et chaque fois qu'elle

paraît anormal pour tel ou tel médicament, on la corrige en procédant à un ajustement vers le haut ou vers le bas jusqu'à ce qu'elle atteigne un niveau adéquat. Les quantités corrigées de médicaments par « établissement type » sont exprimées en quantités types pour 1 000 épisodes de traitements, on les utilise ensuite pour estimer les quantités de médicaments nécessaires pour chaque établissement de la catégorie considérée, selon le nombre prévu de traitements comme dans la méthode précédente. L'une des applications les plus complètes de cette méthode est actuellement la méthode de quantification mise au point pour les hôpitaux et centres de santé de mission au Ghana (6,7).

3. GROUPE CIBLE DU MANUEL

Le présent manuel est destiné aux **personnels chargés de la quantification des besoins en médicaments au niveau national ou régional**. Dans la pratique, il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire de pharmaciens, de médecins, d'administrateurs et d'épidémiologistes qui connaissent bien les méthodes de gestion des médicaments et la façon d'utiliser les données épidémiologiques.

4. OBJECTIFS DU MANUEL

La quantification des besoins en médicaments doit servir en dernière analyse à assurer à chaque établissement de soins un approvisionnement approprié en médicaments pour lui permettre de traiter le nombre de cas prévu et, de façon plus générale, de promouvoir et de maintenir une utilisation rationnelle et économique des médicaments.

Objectifs précis

Le manuel a pour but de développer les compétences pratiques en matière d'évaluation des quantités de médicaments essentiels nécessaires au niveau national ou régional, par type d'établissement de soins, selon l'une ou l'autre des méthodes présentées plus haut. De façon plus précise, le manuel devrait permettre de développer ces compétences dans les domaines suivants :

- (1) Déterminer la **nécessité** d'une quantification plus systématique des besoins en médicaments.
- (2) Fixer des **objectifs concrets** précis pour l'évaluation des besoins en médicaments.
- (3) Choisir **la ou les méthodes** les plus appropriées.
- (4) Décider des **problèmes de santé à traiter** dans chaque type d'établissements.
- (5) Etablir ou revoir des **listes de médicaments essentiels**.
- (6) Etablir des **schémas types de traitement médicamenteux** ou les revoir aux fins d'une quantification des besoins en médicaments sur la base des doses moyennes (méthode fondée sur la morbidité seulement).
- (7) Recueillir des **données sur la morbidité et l'utilisation des médicaments** à partir de sources habituelles ou, si besoin est, à l'aide d'estimations spéciales.
- (8) Calculer les **quantités de médicaments** nécessaires à l'avenir.
- (9) Calculer le **coût** des quantités estimées de médicaments.

- (10) Planifier les **affectations budgétaires** et **adapter** les quantités estimées au budget disponible.
- (11) Utiliser les estimations finales pour **commander les médicaments** aux fournisseurs et les livrer aux établissements de santé.
- (12) Déterminer l'**efficacité** de la quantification.
- (13) **Affiner progressivement les estimations.**
- (14) Intégrer la quantification dans la gestion **courante** du système d'approvisionnement pharmaceutique.

Pour atteindre ces objectifs, le personnel responsable doit aussi avoir été sensibilisé :

- (a) aux coûts et aux effets des habitudes existantes en matière de prescription;
- (b) à l'importance de choisir et d'utiliser les traitements les plus rationnels et les plus rentables;
- (c) à l'importance de réunir des données périodiques appropriées et précises sur l'état de morbidité des patients et l'utilisation des médicaments.

5. UTILISATION DU MANUEL

Le manuel comprend trois parties. La **première partie** contient une introduction à la quantification ainsi que le plan général de travail pour la quantification des besoins en médicaments. La **deuxième partie** expose la méthode de quantification fondée sur la morbidité, et la **troisième partie** la méthode de la consommation. Chaque méthode est présentée à l'aide de plusieurs modules qui traitent successivement des différentes étapes. Chaque étape est d'abord expliquée, puis illustrée par un exemple pratique, qui comprend notamment des composantes importantes telles que l'établissement de la liste des problèmes de santé (module 4) et les schémas types de traitement (module 5); suit alors un exercice pratique permettant de contrôler soi-même les connaissances acquises.

5.1 Autoapprentissage

Si vous avez l'attention d'utiliser le manuel pour apprendre seul, le mieux est simplement de l'étudier de façon systématique du début à la fin en faisant les exercices proposés à chaque étape. **N'essayez pas de travailler trop vite.**

Hormis l'introduction, la première partie comprend également un exposé de certaines décisions clés à prendre avant le début de la quantification, mais qui n'en font pas à proprement parler partie. (Décisions concernant les types de problèmes de santé à traiter par chaque type d'établissement ou à chaque niveau de soins, ainsi que leurs listes de médicaments essentiels.) Ces éléments revêtent une grande importance et doivent être bien compris avant le début de la quantification proprement dite; c'est pourquoi tous les lecteurs doivent lire la première partie. Les exercices qui y figurent sont facultatifs; aucun corrigé n'est proposé, ce qui serait d'ailleurs impossible car les réponses varient d'un pays à l'autre. Ces exercices n'en constitueront pas moins une préparation utile à la deuxième et à la troisième parties.

Faites soigneusement les exercices de ces deux parties; vous pourrez ainsi vérifier si vous avez compris la méthode de calcul avant de passer au module suivant. Les opérations arithmétiques ont été réduites au minimum et chaque exercice s'accompagne d'un corrigé.

5.2 Cours de formation

Le manuel peut également servir comme support d'un cours de formation à la quantification des besoins en médicaments. En principe, ce type de cours ne devrait pas durer plus de trois jours. Voici à ce titre indicatif comment il pourrait s'organiser :

	1^{re} JOURNÉE :
9:00	Ouverture du cours et présentation des participants. Présentation du manuel et des objectifs du cours (Module 1)
10:00	Faut-il améliorer la quantification ? (Module 2).
11:00	Pause.
11:30	Etablissement d'un plan d'action (Module 3).
12:30	Déjeuner.
14:00	Etablissement d'un plan d'action - suite (exercices).
16:00	Fin de la première journée. (Distribuez les modules 5 et 6 dont la lecture servira de préparation à la deuxième journée).
	2^e JOURNÉE :
9:00	Etablissement de la liste des problèmes de santé et classification de ces problèmes par niveau de soins; sélection des listes de médicaments essentiels (Module 4).
10:30	Pause.
11:00	Présentation de la méthode fondée sur la morbidité et les schémas types de traitement médicamenteux pour la quantification des besoins en médicaments (Modules 4 et 5).
12:30	Déjeuner.
14:00	Schémas types de traitement médicamenteux - suite.
15:30	Pause.
16:00	Statistiques de morbidité et collecte de données (Module 6).
17:30	Fin de la 2 ^e journée. (Distribuez les modules 7 et 8 dont la lecture servira de préparation à la 3 ^e journée).
	3^e JOURNÉE :
9:00	Méthode fondée sur la morbidité (Module 7).
11:00	Pause.
11:30	Méthode fondée sur la morbidité - suite.
12:30	Déjeuner.
14:00	Méthode de la consommation (Module 8).
15:30	Pause.
16:00	Méthode de la consommation - suite.
17:00	Fin du cours.

La quantification et le calcul des coûts peuvent se faire sur micro-ordinateur, avec un tableur.

Si l'on prévoit une démonstration des calculs sur ordinateur pendant le cours, on peut l'inscrire au programme présenté plus haut à condition que les participants sachent déjà se servir d'ordinateurs et de tableurs. Si tel n'est pas le cas, il est souhaitable de prévoir une quatrième journée, qui sera consacrée à l'utilisation de l'ordinateur pour les calculs, afin que les participants commencent par bien comprendre la méthode avant d'apprendre tout autre chose, c'est-à-dire à utiliser un tableur.

RÉFÉRENCES

- (1) Management Sciences for Health, Managing drug supply, paru en français sous le titre « Bien gérer les médicaments - la sélection, l'acquisition, la distribution et l'utilisation des produits pharmaceutiques dans les soins de santé primaires », Genève, IUED, 1984.
- (2) Simmonds S.P. et Walker G.J.A. Essential drugs for primary health care standard packages. *Lancet* 1982, 1:435-6.
- (3) OMS, *Nécessaire d'urgence de l'OMS. Assortiment standard de médicaments et autres fournitures médicales pour 10 000 personnes pendant 3 mois*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1984.
- (4) Moore G.D., Des médicaments essentiels pour la population rurale du Kenya. *Forum mondial de la Santé*, 1982, 3:220-224.
- (5) OMS, *Comment estimer les besoins en médicaments essentiels la première fois ? Série logistique et chaîne du froid*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- (6) Hogerzeil H.V., The use of essential drugs in Ghana. *Int. J. Hlth. Serv.* 1986, 16:425-40.
- (7) Hogerzeil H.V., Estimating drug requirements. *Trop. Doct.* 1986; 16:155-9.
- (8) Helling-Borda M. et Hogerzeil H.V. Essential drugs for Democratic Yemen: estimating drug requirements. Alexandrie, Organisation mondiale de la Santé, 1986.

MODULE 2:

FAUT-IL AMÉLIORER LA QUANTIFICATION ?

1. LES SIGNES D'UNE MAUVAISE QUANTIFICATION

- 1.1 Pénuries chroniques et généralisées
- 1.2 Excédents
- 1.3 Absence d'équité dans les approvisionnements
- 1.4 Insuffisance de la rentabilité
- 1.5 Ajustements arbitraires en fonction des contraintes budgétaires
- 1.6 Prescription irrationnelle et inefficace
- 1.7 Suppression ou distorsion de la demande

1. LES SIGNES D'UNE MAUVAISE QUANTIFICATION

Comme l'indique le module 1, peu de pays appliquent des démarches systématiques de quantification des besoins en médicaments, ce qui est particulièrement grave pour les pays en développement car ils dépendent pour beaucoup de leurs importations, doivent planifier leurs commandes bien à l'avance et ont absolument besoin d'utiliser au mieux leurs ressources financières limitées et les quelques devises dont ils disposent.

Les signes les plus courants de mauvaise quantification des besoins en médicaments sont exposés brièvement ci-après. Certes, ces signes peuvent tenir à d'autres causes, mais la mauvaise quantification en est habituellement une, et souvent la plus grave.

- 1.1 **Des pénuries chroniques et généralisées** de médicaments d'usage courant se produisent malgré un financement, des achats et une distribution adéquats.
- 1.2 L'apparition de nombreux **excédents** de médicaments d'usage courant ou de gros excédents d'un nombre plus restreint de médicaments signifie habituellement que les quantités ont été surestimées. Un mauvais choix vient parfois aggraver ces surestimations; les médicaments retenus ne sont pas ceux qui conviennent eu égard au tableau de morbidité de la population, ou alors ne se présentent pas sous la forme ou selon la posologie de prédilection des prescripteurs ou des patients, et ils restent donc inutilisés.

Par exemple, lors d'une quantification réalisée au Ghana, les décideurs au niveau central ont considéré, tout à fait à juste titre, qu'une certaine proportion de patients pourraient tout aussi bien être traités avec des antibiotiques relativement simples et bon marché plutôt qu'avec des produits plus complexes et coûteux. Or, comme les prescripteurs n'avaient pas été, dans un premier temps, associés à cette décision, ils ont continué à prescrire les mêmes produits et les stocks restreints de médicaments complexes se sont épuisés alors que des stocks supplémentaires de médicaments relativement simples sont restés inutilisés.

- 1.3 L'absence d'équité dans les approvisionnements** des services de santé de niveaux différents est également fréquente; les hôpitaux et les établissements urbains sont généralement mieux pourvus que les établissements ruraux. Dans les cas extrêmes, les excédents sont courants à certains niveaux, tandis qu'à d'autres les pénuries sont chroniques. Ce déséquilibre reflète des états de faits tels que la plus grande influence des hôpitaux et la plus grande facilité d'accès des établissements urbains lorsqu'il s'agit de livrer des médicaments, mais il traduit également l'absence d'une bonne quantification des besoins en médicaments.

En pareilles circonstances, les patients court-circuitent généralement les établissements de soins primaires, adaptés à leurs besoins mais mal approvisionnés, et s'adressent directement à des établissements d'un niveau supérieur dont ils savent qu'ils disposent des médicaments en question. Ces derniers établissements se trouvent alors submergés par l'afflux de patients qui n'y ont normalement pas leur place, et ils n'arrivent pas à faire face comme il le faudrait à leur charge de travail normal.

- 1.4 L'insuffisance de la rentabilité**, faute d'utiliser des médicaments ou posologies moins coûteux mais tout aussi efficaces, constitue un vaste problème. Par exemple, on se sert d'antibiotiques coûteux à large spectre alors que la pénicilline, nettement meilleur marché, serait tout aussi efficace pour traiter la plupart des patients, les médicaments plus coûteux à large spectre étant réservés pour les cas résistants. De même, les solutés injectables ou autres formes coûteuses sont souvent utilisés alors que les comprimés, meilleur marché, suffiraient.

- 1.5 Des ajustements arbitraires en fonction des contraintes budgétaires** peuvent donner lieu à des commandes de quantités arbitraires de médicaments. Si on laisse à des administrateurs qui connaissent mal les priorités médicales le soin de réduire les quantités commandées pour rester dans les limites du budget, ils auront tendance à diminuer de leur propre chef toutes les commandes sans se soucier, ou à peine, des priorités.

Par exemple, si le budget permet seulement de couvrir la moitié des besoins estimatifs, une réaction tout à fait courante consiste à réduire simplement toutes les commandes de moitié. Un tel ajustement ne serait logique que si tous les médicaments avaient une égale importance; or, ce n'est pas le cas. Une approche axée sur la rentabilité conduirait à supprimer d'abord les médicaments moins importants et à réduire le moins possible, et seulement en dernier ressort, les médicaments essentiels.

- 1.6 Une prescription irrationnelle et inefficace** peut elle aussi être due à une mauvaise quantification des besoins en médicaments. Lorsque les médicaments contenus dans les stocks ne conviennent pas ou ne suffisent pas, les prescripteurs, ou bien abrègent les traitements, pour tenter de faire durer le plus longtemps possible leurs stocks insuffisants de médicaments, ou bien remplacent les médicaments en quantités insuffisantes par d'autres. Dans les cas extrêmes, les traitements sont tellement courts qu'ils en perdent toute efficacité, ou encore les médicaments de substitution utilisés n'ont pas l'effet escompté.

- 1.7 Des cas de suppression ou de distorsion de la demande** peuvent se produire lorsque le profil de la morbidité dans la communauté diffère de celui qui est traité dans les établissements de santé; cela tient souvent à l'insuffisance ou à l'inadéquation des approvisionnements en médicaments. Une pénurie générale de médicaments dissuade les patients de demander des soins - ce qui a pour effet de faire disparaître la demande globale - alors qu'une abondance de médicaments les y encourage. Lorsque ce sont seulement certains médicaments qui manquent, les patients qui auraient normalement besoin de ces médicaments pour traiter leurs problèmes de santé chercheront probablement moins à demander des soins et, dans ce cas, le profil général de la demande s'en trouvera déformé.

EXERCICE 2.A

1. Exposez brièvement la méthode utilisée dans votre pays ou votre région pour évaluer les quantités de médicaments nécessaires.
2. Rédigez une note succincte dans laquelle vous indiquerez si et jusqu'à quel point l'un ou l'autre des problèmes dont il a été question ci-dessus influe sur l'approvisionnement en médicaments de votre pays ou de votre région. Indiquez pour chaque problème quelles en sont, à votre avis, la ou les principales causes.

MODULE 3:

PRÉPARATION D'UN PLAN D'ACTION

1. INTRODUCTION

2. TÂCHES ENTRANT EN JEU DANS LA PRÉPARATION D'UN PLAN D'ACTION

2.A PHASE PRÉPARATOIRE

- TÂCHE N° 1 :** Nommer le responsable
TÂCHE N° 2 : Constituer un groupe de travail chargé de la coordination
TÂCHE N° 3 : S'entendre sur des objectifs précis
TÂCHE N° 4 : Choisir les méthodes de quantification
TÂCHE N° 5 : Enumérer les tâches à accomplir, établir une estimation du budget et obtenir les ressources nécessaires
TÂCHE N° 6 : Programmer les tâches.
TÂCHE N° 7 : Enumérer les problèmes de santé à traiter dans les établissements concernés.
TÂCHE N° 8 : Choisir les médicaments adaptés à chaque problème de santé, de façon à établir une ou des liste(s) de médicaments essentiels pour les établissements concernés et joindre des données sur les conditionnements et les prix.
TÂCHE N° 9 : Former du personnel aux méthodes de quantification

2.B PHASE DE QUANTIFICATION

- TÂCHES N° 10-15 :** Recueillir les données, quantifier les médicaments, donner une estimation chiffrée, l'adapter au budget et calculer les quantités finales nécessaires pour 1 000 cas
TÂCHE N° 16 : Assurer la rétroinformation vers les gestionnaires pour qu'ils puissent passer les commandes et répartir les médicaments entre les divers établissements.
TÂCHE N° 17 : Assurer une formation dans le domaine de la prescription et de la gestion des stocks.
TÂCHE N° 18 : Déterminer la qualité de la quantification et apporter, le cas échéant, les améliorations nécessaires

1. INTRODUCTION

Comme on l'a vu dans le module 1, l'évaluation quantitative des besoins en médicaments n'est pas seulement une tâche arithmétique; elle doit être systématiquement planifiée et exige une **structure organisationnelle et des procédés gestionnaires**. Les **objectifs** et la ou les **méthode(s)** à utiliser doivent être arrêtés d'un commun accord. Il faut estimer et trouver les **ressources matérielles et financières** nécessaires à l'évaluation quantitative et programmer la **collecte et l'analyse des données**. Il faut **former le personnel, gérer les activités et enfin réintroduire les « résultats »** dans le système de gestion des médicaments et **les utiliser**. Il faut prendre des mesures pour assurer toutes les **activités de soutien** qui pourront être nécessaires, par exemple dispenser la formation requise afin d'améliorer la prescription et le contrôle des stocks; enfin, il faut **déterminer** l'efficacité de la quantification.

Les principales tâches que comporte la préparation d'un plan d'action sont résumées dans le tableau 3.1 et précisées dans les paragraphes qui suivent. Il faut maintenant parcourir ce module pour avoir une idée générale du travail à faire. Ne vous inquiétez pas si vous ne saisissez pas tous les détails. Ceux-ci se préciseront à mesure que vous passez d'un module à l'autre. Une fois que vous les aurez tous lus, il vous faudra reprendre ce module et le relire soigneusement.

2. TÂCHES ENTRANT EN JEU DANS LA PRÉPARATION D'UN PLAN D'ACTION

2.A PHASE PRÉPARATOIRE

TÂCHE N° 1 : NOMMER LE RESPONSABLE

L'exercice de quantification doit être dirigé par quelqu'un qui possède suffisamment d'autorité pour mener à bien toutes les activités requises et qui comprenne bien les méthodes à utiliser. Il s'agit normalement d'un pharmacien, d'un médecin ou d'un administrateur.

TÂCHE N° 2 : CONSTITUER UN GROUPE DE TRAVAIL CHARGÉ DE LA COORDINATION

Le groupe de travail devra comprendre :

Des administrateurs médicaux et des cliniciens expérimentés qui fourniront les éléments nécessaires sur les types de patients à soigner dans différents types d'établissement, qui décideront des listes de médicaments essentiels et qui, en cas d'utilisation de la méthode fondée sur la morbidité, organiseront la préparation et l'introduction de schémas types de traitement.

Des gestionnaires responsables de l'information sanitaire qui donneront des informations sur les données disponibles concernant la charge de travail représentée par les patients et l'utilisation des médicaments et qui prévoiront la collecte de données supplémentaires, le cas échéant. Il pourra s'agir et d'épidémiologistes du Ministère et d'administrateurs ou d'agents chargés de la gestion opérationnelle au niveau régional et au niveau des unités.

Tableau 3.1
Principales tâches entrant en jeu dans la préparation d'un plan d'action

A. Phase préparatoire	
1. Nommer la personne responsable de la quantification.	
2. Constituer un groupe de travail chargé de la coordination entre les parties concernées : administration, finances, fournitures pharmaceutiques et médicales, services cliniques.	
3. S'entendre sur les objectifs précis de la quantification ainsi que sur le ou les type(s) d'établissement concerné.	
4. Choisir la ou les méthode(s) de quantification.	
5. Enumérer les tâches à accomplir, évaluer et obtenir les ressources et le budget nécessaires (personnel, moyens de transport, fournitures de bureau, salaires et dépenses supplémentaires, etc.).	
6. Programmer les tâches à accomplir.	
7. Enumérer les problèmes de santé à traiter dans les établissements concernés.	
8. Choisir les médicaments adaptés à chaque problème de santé, de façon à établir une ou des listes de médicaments essentiels pour les établissements concernés et joindre des données sur les conditionnements et les prix .	
9. Former du personnel aux méthodes de quantification.	
B. Phase de quantification	
Méthode fondée sur la morbidité	Méthode de la consommation
10. Etablir des schémas types de traitement médicamenteux pour l'évaluation quantitative	10. Choisir des établissements «types » et décider de la période d'échantillonnage
11. Mettre en tableau le nombre d'épisodes de traitement pour chaque problème de santé ou, en l'absence de données, faire une enquête par sondage et évaluer le nombre total d'épisodes de traitement	11. Estimer le nombre total de contacts avec les patients dans tous les établissements du ou des type(s) concernés
12. Calculer les quantités requises de chaque médicament	12. Calculer la consommation moyenne de médicaments pour 1 000 contacts et les quantités requises de chaque médicament
13. Evaluer le coût des quantités de médicaments requises.	
14. Adapter les quantités au budget, le cas échéant	
15. Calculer les quantités de médicaments requises pour 1 000 épisodes de traitement ou pour 1 000 contacts avec des patients.	
16. Assurer une rétroinformation vers les gestionnaires pour qu'ils puissent passer les commandes et répartir les médicaments entre les divers établissements.	
17. Donner des directives et assurer une formation en matière de prescription et de contrôle des stocks .	
18. Déterminer la qualité du processus de quantification et apporter, le cas échéant, les améliorations nécessaires.	

Des **pharmaciens** chargés de donner des informations techniques sur les médicaments et sur leur prix.

Des **responsables financiers** chargés de donner des renseignements sur les possibilités et les contraintes en matière de budget et de devises.

TÂCHE N° 3 : S'ENTENDRE SUR DES OBJECTIFS PRÉCIS

En dernière analyse, l'évaluation quantitative des besoins en médicaments a pour objectif de garantir que l'on dispose des médicaments voulus pour soigner le nombre prévu de patients dans les établissements concernés et, plus généralement, d'encourager et d'assurer l'utilisation rationnelle et économique des médicaments. Pour traduire ces objectifs généraux dans la pratique, il faut répondre à plusieurs questions concrètes.

(1) **Portée : Quelle doit être la portée de la quantification ?** Cette décision comporte trois volets:

- (a) **Quelle zone géographique couvrir ?** La plupart des évaluations quantitatives faites jusqu'à présent concernaient des pays entiers mais la méthode peut être tout aussi bien appliquée au niveau régional, provincial ou autre.
- (b) **Quels établissements et services de santé inclure ?** A terme, l'évaluation quantitative doit couvrir tous les établissements et services de santé publique, mais il est généralement plus facile de procéder par étapes. Jusqu'ici, les pays qui ont introduit l'évaluation quantitative systématique ont commencé par les établissements et services de soins de santé primaires, c'est-à-dire les agents sanitaires de village, les postes de santé, les centres de santé et les services préventifs, car c'est un niveau de soins moins complexe et c'est un secteur prioritaire du point de vue de l'amélioration de l'accès aux soins.
- (c) **Quels médicaments inclure ?** Les exercices de quantification sont généralement faits spécifiquement pour chaque type d'établissement ou service de santé. Ils doivent porter sur la liste agréée de médicaments essentiels à fournir à chacun de ces établissements ou services, liste qui doit être arrêtée avant le début de l'évaluation quantitative.

(2) **Niveau : A quel niveau administratif les évaluations doivent-elles être faites ?**

Si le tableau de la morbidité et l'utilisation des services de santé sont relativement uniformes sur l'ensemble du territoire, on peut faire une seule évaluation au niveau national. Mais s'il y a d'importantes différences entre régions, il faudra peut-être faire l'évaluation nationale à partir de régions ou de groupes de régions présentant des tableaux de morbidité analogues. Ainsi, l'évaluation nationale pourra regrouper une évaluation pour les régions montagneuses sèches et une autre pour les régions côtières humides. Il pourra également y avoir des évaluations différentes pour les zones rurales et les zones urbaines.

(3) **Besoins spéciaux : Y a-t-il des facteurs spéciaux à prendre en compte ?** Par exemple :

- (a) Les évaluations sont-elles destinées à améliorer le rapport coût/efficacité des prescriptions ou doivent-elles se fonder essentiellement sur les schémas de prescription actuels ?
- (b) Les établissements et services dont on évalue les besoins quantitatifs sont-ils nouveaux ou existent-ils déjà et leurs besoins sont-ils stables, en expansion ou en diminution ?

- (c) Les évaluations sont-elles soumises à un budget prédéterminé ou doivent-elles servir de base à l'établissement d'un budget ou à la préparation d'un dossier en vue d'obtenir l'appui des donateurs ?
- (d) Les évaluations sont-elles soumises à des allocations en devises prédéterminées ou doivent-elles servir de base pour les négociers ?
- (e) Y a-t-il des besoins spéciaux concernant la forme des résultats, par exemple traduction des besoins pharmaceutiques estimatifs en colis pharmaceutiques types ?

(4) Précision : Quel niveau de précision rechercher ?

En principe, l'évaluation des besoins pharmaceutiques doit être aussi précise que possible, mais il ne faut pas oublier que le niveau de discrimination diagnostique auquel on peut vraisemblablement s'attendre diffère selon les compétences et les ressources disponibles dans chaque type d'établissement. Ainsi, le personnel des services de niveau inférieur tels que les postes de santé n'a pas toujours la formation ou l'équipement nécessaire pour distinguer entre différents types d'infection de l'oreille ou de maladie de la peau.

Si l'on utilise la méthode fondée sur la morbidité, il peut être tentant de faire une étude spéciale pour poser précisément ces diagnostics différentiels et évaluer quantitativement les besoins pharmaceutiques spécifiques pour chacun d'entre eux. C'est ainsi qu'on indiquera des gouttes d'acétate d'aluminium et des comprimés d'acide acétylsalicylique pour une otite externe et de la procaine benzylpénicilline pour une otite moyenne.

Toutefois, si le personnel soignant n'est pas en mesure de faire cette distinction, la stratégie pourra consister à soigner toutes les infections de l'oreille comme s'il s'agissait d'otites externes et à n'administrer de traitement antibiotique que s'il n'y pas d'amélioration. Les quantités de médicaments en fait nécessaires seront alors les quantités requises pour appliquer cette stratégie empirique.

Dans la pratique, le niveau de précision diagnostique utilisé doit donc correspondre à la précision que peut atteindre concrètement le personnel soignant dans les établissements concernés.

(5) Fréquence : A quelle fréquence faudrait-il procéder à des évaluations quantitatives formelles à l'aide de l'une ou l'autre méthode ?

La plupart des pays ont un cycle budgétaire annuel et doivent donc préparer des estimations pharmaceutiques pour chaque année, ce qui ne signifie toutefois pas qu'ils doivent faire chaque année une évaluation quantitative formelle. Lorsque celle-ci est introduite, il faut généralement quelques années pour que le système d'approvisionnement pharmaceutique se stabilise. Ensuite, il suffit la plupart du temps de procéder à une véritable évaluation quantitative tous les deux ou trois ans, en prévoyant des augmentations types entretemps pour tenir compte de la croissance démographique, de l'évolution des services de santé et de tout problème que pourraient poser certains médicaments. Il est bon de faire chaque année une évaluation quantitative formelle pour différents types d'établissement, de façon à ce que la totalité des établissements soit couverte tous les trois ou quatre ans. Cela est particulièrement important pour déterminer l'adéquation des estimations et les mettre à jour, le cas échéant.

EXERCICE 3.A:

Précisez les objectifs de la quantification que vous vous proposez de faire.
Les réponses variant d'une situation à l'autre, il n'y a pas de réponse type.

TÂCHE N° 4 : CHOISIR LES MÉTHODES DE QUANTIFICATION

Il n'y a pas de moyen « idéal » d'évaluer les quantités de médicaments nécessaires. On choisira la méthode à utiliser en fonction a) des objectifs de la quantification, b) de la disponibilité réelle et potentielle des données nécessaires à l'évaluation et c) de l'organisation du système d'approvisionnement pharmaceutique.

On trouvera dans le tableau 3.2 une comparaison des principaux avantages et inconvénients des deux principales méthodes d'évaluation quantitative — la méthode fondée sur la morbidité et la méthode de la consommation.

- (1) **La méthode fondée sur la morbidité** : si l'une ou l'autre des conditions ci-après sont réunies, la méthode fondée sur la morbidité sera sans doute la mieux adaptée à l'évaluation des quantités de médicaments requises.
- (a) Les **données sur la consommation** dont on dispose sont incomplètes ou peu fiables.
 - (b) Les **schémas de prescription** ne sont pas rationnels et doivent être systématiquement améliorés.
 - (c) Le **budget** n'est sans doute pas suffisant pour satisfaire les besoins estimatifs.
 - (d) Les établissements ou services de santé concernés sont **nouveaux ou bien ils se développent ou régressent rapidement**, de sorte que la consommation antérieure n'est pas un guide fiable pour établir les besoins futurs.

En théorie, la méthode fondée sur la morbidité devrait donner une estimation plus « juste » des besoins en médicaments que la méthode de la consommation mais elle exige davantage en ce qui concerne les données requises et les conditions que doivent réunir les services de santé :

Tableau 3.2
Choisir la méthode appropriée pour la quantification

Méthode fondée sur la morbidité et le traitement type	Méthode de la consommation corrigée
AVANTAGES	
On n'a pas besoin de données sur la consommation pharmaceutique; la méthode peut être utilisée pour des services nouveaux qui ne disposent pas de ces données.	On n'a pas besoin de données détaillées sur la morbidité ni de schémas types de traitement.
Fondée sur un système de prescription rationnel, elle offre une base systématique pour l'examen de l'utilisation et de la prescription des médicaments, notamment au niveau des soins primaires où les traitements médicamenteux sont moins fréquents et plus simples.	Elle demande moins de calculs détaillés.
Elle favorise un enregistrement fiable de la morbidité.	Elle est utile pour des établissements tels que les hôpitaux, où les problèmes sont nombreux et les traitements médicamenteux complexes.
	Elle est fiable si la consommation est bien enregistrée et stable, et ne risque pas de différer beaucoup de l'approvisionnement actuel.
INCONVÉNIENTS	Elle permet de repérer les problèmes de gestion des stocks et favorise les améliorations.
Il peut se poser des problèmes au niveau des données détaillées sur la morbidité et des schémas types de traitement agréés.	Il peut être difficile d'obtenir des données fiables sur la consommation pharmaceutique, notamment dans les services nouveaux ou ceux qui évoluent rapidement.
Elle demande des calculs plus détaillés.	Elle n'offre pas de base détaillée ou systématique pour un réexamen de l'utilisation des médicaments et l'amélioration des prescriptions; si le schéma de prescription n'est pas satisfaisant et s'il n'est pas corrigé, cette méthode risque de le perpétuer.
Les résultats peuvent différer nettement de l'approvisionnement réel en médicaments.	Elle n'est pas fiable s'il y a eu de longues ruptures de stock (plus de trois mois) ou bien des pertes ou des gaspillages importants de médicaments.
L'approvisionnement ne correspondra pas à l'utilisation si l'on n'observe pas les traitements types.	Elle ne favorise pas un bon enregistrement de la morbidité.
La méthode ne permet d'évaluer que les quantités nécessaires pour soigner les patients; il faut tenir compte séparément des pertes et des gaspillages.	

- (a) Il faut **des profils précis de la morbidité** donnant le nombre de patients censés avoir besoin d'un traitement pour chaque problème de santé dans le ou les type(s) d'établissement ou de service dont on évalue les besoins pharmaceutiques. Lorsque ces données existent, elles sont souvent incomplètes ou inexactes, voire les deux à la fois. Si elles n'existent pas, il peut être laborieux, difficile et coûteux de les rassembler. L'utilisation d'estimations inexactes peut être une source d'erreurs grave pour l'évaluation des quantités de médicaments nécessaires.
- (b) La démarche consistant à **établir des schémas types de traitement médicamenteux fondés sur des doses moyennes** aux fins de l'évaluation quantitative (ce qu'on appelle en bref les schémas types moyens de traitement) peut être laborieuse, notamment dans les hôpitaux où les problèmes de santé sont nombreux et les traitements médicamenteux complexes.
- (c) Il ne suffit pas de s'entendre au sein du groupe qui établit les traitements moyens. **Ceux qui prescrivent les médicaments doivent accepter les schémas de traitement types, lesquels doivent être suivis dans la pratique.** En d'autres termes, bien que le traitement des cas individuels varie en fonction de critères cliniques, le traitement **moyen** appliqué pour un problème de santé particulier doit suivre ce qui est indiqué dans le schéma de traitement moyen.

Si la pratique moyenne en matière de prescription diffère nettement de ce qui a été précisé dans les schémas moyens, il y aura alors un écart important entre les quantités de médicaments fournies et les quantités utilisées et l'on enregistrera des pénuries et des excédents que l'on aurait pu éviter avec la méthode de la consommation.

Cependant, si les traitements moyens précisés représentent une amélioration appréciable au niveau de la norme de prescription, on peut considérer que de tels écarts sont à court terme un prix raisonnable à payer pour des modes de prescription plus rationnels à moyen et à long terme.

- (2) **La méthode de la consommation** : Dans des systèmes d'approvisionnement pharmaceutique solidement implantés, bien financés et caractérisés par un bon contrôle des stocks, une distribution fiable et des modes de prescription rationnels, les besoins en médicaments se fondent généralement sur des projections établies à partir de la consommation antérieure. En cas d'erreur, par exemple du fait qu'un nouveau médicament en remplace un autre ou qu'un médicament est beaucoup plus utilisé qu'on ne le prévoyait, ces systèmes sont assez proches des fournisseurs et assez bien organisés pour que les erreurs puissent être corrigées rapidement.

Le choix se portera sur la méthode de la consommation si les conditions suivantes sont réunies :

- (a) **Des données exactes sur la consommation sont disponibles** ou peuvent être obtenues assez facilement.
- (b) La méthode de la consommation permet d'évaluer les besoins pharmaceutiques sur la base de l'utilisation réelle des médicaments pour mille patients dans un échantillon d'établissements « types » où **le schéma des maladies traitées est jugé assez représentatif des établissements du ou des type(s) concerné(s)** et où **les types et quantités de médicaments prescrits sont jugés appropriés**. Il doit donc y avoir un **nombre suffisant d'établissements types** qui répondent à ces critères de morbidité représentative et de prescription acceptable. Sinon, l'estimation sera fondée sur des schémas de morbidité atypiques ou des pratiques irrationnelles en matière de prescription, voire les deux à la fois, et l'approvisionnement en médicaments ne sera pas satisfaisant.

- (c) **Les fournitures de médicaments dans les établissements « types » ont été suffisantes** (en pratique, il n'y a pas eu rupture de stock de médicaments essentiels pendant plus de trois mois par an). Si les pénuries de médicaments ont été très importantes, il est extrêmement difficile d'évaluer ce qu'aurait pu être la consommation pharmaceutique si les fournitures avaient été suffisantes.
- (d) **La gestion des stocks** est assez bonne et les gaspillages et les pertes consécutifs à une péremption, à des dommages et à des vols ne sont pas excessifs.

Les critères (a) et (b) signifient que la méthode de la consommation est difficile à utiliser ou ne convient pas pour de nouveaux services ou bien des services qui se développent ou régressent rapidement.

Si ces conditions sont réunies, la méthode de la consommation est rapide à utiliser, elle exige moins de données et de calculs et les quantités évaluées risquent d'être plus proches qu'avec l'autre méthode des quantités de médicaments que l'on fournit déjà.

- (3) **Adapter la méthode à la situation** : En résumé, on voit qu'aucune des deux méthodes n'est idéale. Chacune est adaptée à différentes situations et différents objectifs.

La méthode fondée sur la morbidité est généralement préférable pour des services nouveaux ou en évolution rapide ou bien lorsque les services sont radicalement réorganisés. Elle est également préférable si les pratiques en matière de prescription sont coûteuses et irrationnelles car elle offre alors une base systématique d'amélioration. Enfin, cette méthode est bien adaptée à la mise en place du système de colis types pour l'approvisionnement pharmaceutique.

La méthode de la consommation est généralement préférable dans les circonstances inverses c'est-à-dire pour des programmes stables où le financement, la gestion pharmaceutique et les prescriptions sont assez satisfaisants. Elle est également plus facile à utiliser dans des établissements comme les hôpitaux où les problèmes de santé sont plus nombreux et les traitements plus complexes.

Dans la pratique, le mieux sera sans doute d'utiliser les deux méthodes à la fois. Par exemple, on pourra procéder à des estimations initiales à l'aide de la méthode fondée sur la morbidité pour établir une base de départ et ensuite utiliser la méthode de la consommation. Autre possibilité, on peut commencer par utiliser cette dernière pour améliorer l'évaluation quantitative puis appliquer progressivement la méthode fondée sur la morbidité pour chaque type d'établissement ou de service, de façon à réexaminer et améliorer les normes de prescription.

EXERCICE 3.B

1. Pour chacune des deux méthodes de quantification, établissez une liste ou un tableau :
 - (a) des données requises et de leur disponibilité dans votre système de santé;
 - (b) des avantages probables de chaque méthode compte tenu de vos besoins;
 - (c) des inconvénients probables de chaque méthode compte tenu de vos besoins.
2. A partir des objectifs que vous avez fixés dans l'exercice 3.A et des réponses que vous avez données aux questions figurant plus haut, choisissez la méthode la mieux adaptée à vos besoins et à votre situation.
3. Décrivez la façon dont vous pourriez associer les deux méthodes ainsi que les résultats que vous pourriez obtenir de cette association.

Faites cet exercice dès maintenant et revoyez les résultats après en avoir fini avec les modules II et III. L'objectif est de vous permettre de procéder à une première appréciation de la méthode la mieux adaptée à vos besoins et à vos données. Il n'y a donc pas de réponse type.

TÂCHE N° 5 : ÉNUMÉRER LES TÂCHES À ACCOMPLIR, ÉTABLIR UNE ESTIMATION DU BUDGET ET OBTENIR LES RESSOURCES NÉCESSAIRES

Les principales tâches entrant en jeu dans la quantification ont été énumérées dans le tableau 3.1. En principe, cette quantification, qui s'insère dans l'activité normale du système de gestion pharmaceutique, sera faite par le personnel des services de santé. Mais si elle est faite formellement pour la première fois, il y aura plusieurs activités supplémentaires pour lesquelles il faudra peut-être des ressources et un budget particuliers. Ainsi, il faudra prendre en charge les frais de voyage et de subsistance du groupe de travail. Si l'on utilise la méthode fondée sur la morbidité, il faudra également prendre en charge les dépenses du groupe chargé de préparer les schémas types moyens de traitement médicamenteux pour l'évaluation quantitative des besoins. S'il faut rassembler à partir d'établissements « types » dispersés des données systématiques sur la consommation ou bien s'il faut faire une enquête par sondage sur la morbidité, il faudra également des ressources et un budget supplémentaires ou tout au moins l'autorisation d'utiliser les ressources disponibles.

EXERCICE 3.C

A mesure que vous passez d'un module à un autre, évaluez les ressources et le budget nécessaires pour chaque tâche.

TÂCHE N° 6 : PROGRAMMER LES TÂCHES

Il est important de programmer les diverses tâches à accomplir, tout d'abord pour voir à quel moment les ressources seront nécessaires et veiller à ce qu'elles soient alors disponibles et, deuxièmement, pour garantir que l'exécution des tâches se fait de façon coordonnée et dans un ordre logique. D'autre part, un programme bien arrêté est la garantie que les résultats seront disponibles au moment voulu pour être utilisés dans le système de planification de l'approvisionnement pharmaceutique.

Un tableau de contrôle est un moyen visuel simple qui permet de résumer votre programme. L'échelle chronologique est précisée en haut et chaque tâche apparaît sous forme d'une barre qui indique sa date de démarrage, sa durée et sa date d'achèvement. Les rapports entre différentes tâches (une tâche pouvant débiter que lorsque une ou plusieurs autre(s) a (ont) été achevée(s) peuvent être indiqués par des pointillés les reliant les unes aux autres.

Pour ce qui est de la gestion concrète du programme, il faut en distinguer deux aspects : la gestion du travail — il faut s'assurer que les tâches sont exécutées conformément au programme — et l'encadrement technique — il faut résoudre les problèmes rapidement et veiller à ce que la collecte des données et les calculs soient faits convenablement.

L'aspect gestionnaire est relativement simple. Le programme de travail convenu tel qu'il apparaît dans le tableau de contrôle, précise le moment où chaque tâche ou chaque étape doit débiter, sa durée et la date à laquelle elle doit prendre fin.

Le contrôle et l'encadrement techniques poseront sans doute des problèmes un peu plus délicats. Il faut en particulier que le responsable de la quantification ou un membre expérimenté de l'équipe contrôle régulièrement les activités de collecte des données et les calculs ultérieurs et qu'il soit disponible au cas où le personnel moins expérimenté aurait besoin d'avis si des difficultés surgissent.

Des détails sur la façon de préparer les schémas types moyens de traitement médicamenteux sont donnés dans le module 5.

EXERCICE 3.D

A mesure que vous passez d'un module à l'autre, programmez les diverses tâches sous forme de tableau à barres.

TÂCHE N° 7 : ÉNUMÉRER LES PROBLÈMES DE SANTÉ À TRAITER DANS LES ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS

Décider des problèmes de santé à résoudre dans le ou les type(s) d'établissement à inclure dans l'évaluation est une question de politique sanitaire qui va bien au-delà de la simple évaluation quantitative des médicaments. Ces décisions sont utiles pour la quantification dans la mesure où elles constituent une étape préparatoire importante pour que l'on puisse établir les listes de médicaments essentiels ou, si elles existent déjà, pour qu'elles puissent être revues. Les médicaments à fournir dépendront des problèmes de santé que chaque type d'établissement est jugé capable de diagnostiquer et de soigner. Ces décisions sont également le point de départ de la préparation des traitements médicamenteux types moyens qu'exige la méthode fondée sur la morbidité.

La démarche à suivre ici est décrite dans le module 4.

TÂCHE N° 8 : CHOISIR LES MÉDICAMENTS ADAPTÉS À CHAQUE PROBLÈME DE SANTÉ, DE FAÇON À ÉTABLIR UNE OU DES LISTES(S) DE MÉDICAMENTS ESSENTIELS POUR LES ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS ET JOINDRE DES DONNÉES SUR LES CONDITIONS ET LES PRIX

La démarche à suivre ici est précisée dans le module 4.

TÂCHE N° 9 : FORMER DU PERSONNEL AUX MÉTHODES DE QUANTIFICATION

On a déjà vu à titre indicatif, dans le module 1, un modèle de cours de formation.

2.B LA PHASE DE QUANTIFICATION

TÂCHES N° 10-15 : RECUEILLIR LES DONNÉES, QUANTIFIER LES MÉDICAMENTS, DONNER UNE ESTIMATION CHIFFRÉE, L'ADAPTER AU BUDGET ET CALCULER LES QUANTITÉS FINALES NÉCESSAIRES POUR 1 000 CAS

Ces tâches, qui ont trait à la collecte des données, aux procédés de calcul, aux estimations chiffrées, à l'adaptation des quantités estimatives au budget (si nécessaire) et au calcul des quantités finales de médicaments pour 1 000 cas (en vue de répartir les médicaments entre les divers établissements), sont expliquées en détail dans les modules 5 à 8.

TÂCHE N° 16 : ASSURER LA RÉTROINFORMATION VERS LES GESTIONNAIRES POUR QU'ILS PUISSENT PASSER LES COMMANDES ET RÉPARTIR LES MÉDICAMENTS ENTRE LES DIVERS ÉTABLISSEMENTS

L'évaluation quantitative ne sera efficace que s'il y a rétroinformation au moment voulu vers les responsables du système d'approvisionnement pharmaceutique. Les résultats qui doivent servir à passer les commandes pharmaceutiques devront arriver à temps pour être utilisés dans le cycle de budgétisation et de passation des commandes. De même, si l'on doit se fonder sur les estimations pour décider des quantités de médicaments à distribuer aux différents établissements, il faut les communiquer bien à l'avance aux centres de distribution et aux établissements eux-mêmes.

TÂCHE N° 17 : ASSURER UNE FORMATION DANS LE DOMAINE DE LA PRESCRIPTION ET DE LA GESTION DES STOCKS

Les deux méthodes d'évaluation quantitative utilisent des « normes » de prescription. La méthode fondée sur la morbidité définit avec précision les quantités moyennes de médicaments requises par traitement type pour chaque problème de santé. La méthode de la consommation, quant à elle, le fait implicitement en fondant l'évaluation quantitative sur les schémas de consommation d'établissement « types » où les modes de prescriptions sont jugés acceptables.

Il est donc important de s'assurer que ceux qui prescrivent les médicaments dans les établissements concernés par la quantification se fondent sur les traitements types moyens utilisés pour évaluer les besoins quantitatifs. Sinon, les quantités de médicaments fournies dépendront de normes rationnelles tandis que l'on continuera à prescrire comme auparavant et que pénuries et excédents continueront à se produire.

Plusieurs méthodes permettent d'améliorer les modes de prescription et la gestion des stocks :

- (a) **Diffusion des traitements types moyens utilisés pour évaluer les besoins quantitatifs (si l'on se sert de la méthode fondée sur la morbidité).** Les schémas doivent être accompagnés d'une explication à la fois concise et claire de ce que l'on entend par schémas types de traitement (c'est expliqué dans le module 5). Il faut communiquer ce matériel à ceux qui prescrivent des médicaments dans tous les établissements concernés par l'évolution quantitative.
- (b) **Diffusion des schémas cliniques de traitement médicamenteux.** Comme on le verra plus en détail dans le module 5, les schémas types de traitement utilisés pour l'évaluation quantitative ne donnent pas les quantités moyennes de chaque médicament nécessaires pour une cure type face à un problème de santé. Ils n'indiquent pas ce qui doit être donné aux différents patients, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas de schémas cliniques de traitement. Mais, une fois établis les schémas d'évaluation quantitative, on peut s'en inspirer pour établir progressivement les schémas cliniques et les communiquer à ceux qui prescrivent des médicaments sous forme de notes thérapeutiques qui, à elles toutes, constitueront un manuel de traitement.
- (c) **Les panneaux muraux sont également un bon moyen de résumer les schémas de traitements médicamenteux.** Ils constitueront un support utile pour l'information contenue dans les manuels car ils peuvent être consultés tout de suite; ils permettent de rappeler à tout moment aux agents de santé les normes de traitement à appliquer.
- (d) **A ces trois moyens doivent venir s'ajouter des séminaires de formation,** en particulier à l'intention des agents des soins de santé primaires mais aussi des médecins de façon à leur expliquer comment les normes de traitement ont été élaborées et mises à jour et pourquoi il leur faut suivre les directives.
- (e) **Des groupes de consensus thérapeutique** peuvent également être utiles. Des experts y présentent les directives en matière de traitements types et en discutent avec les prescripteurs, de façon à s'entendre sur une politique thérapeutique.
- (f) **La surveillance des modes de prescription** est une autre activité d'appui importante qui permet d'améliorer la prescription. Le personnel médical d'encadrement doit vérifier, lors des visites d'inspection, que l'on respecte bien les schémas de traitement médicamenteux recommandés et il doit déterminer les raisons pour lesquelles certains ont pu s'en écarter.
- (g) **Formation aux principes de base de la gestion des stocks.** Il est important de tenir des dossiers de stocks simples et de respecter les règles voulues en matière de stockage et de sécurité, en particulier utiliser d'abord les médicaments stockés depuis le plus longtemps.

TÂCHE N° 18 : DÉTERMINER LA QUALITÉ DE LA QUANTIFICATION ET APPORTER, LE CAS ÉCHÉANT, LES AMÉLIORATIONS NÉCESSAIRES

L'objectif ultime de l'évaluation des quantités de médicaments requises est de veiller à ce que l'on dispose des médicaments appropriés pour soigner le nombre de cas prévus dans chaque établissement de santé et, plus généralement, d'encourager l'utilisation rationnelle et économique des médicaments.

Mais les progrès accomplis dans ce sens ne peuvent servir à déterminer l'efficacité de l'évaluation quantitative car, comme on l'a vu dans le module 1, cette quantification n'est qu'une des composantes du système de gestion pharmaceutique. Toutes les autres (sélection, achat et contrôle de la qualité, distribution et stockage, prescription et utilisation) doivent elles aussi être efficacement menées à bien pour que l'on puisse parvenir aux objectifs ci-dessus.

Nous devons donc nous rabattre sur l'analyse de l'efficacité des diverses tâches comprises dans l'évaluation quantitative. Pour plus de commodité, ces tâches sont résumées dans les objectifs du manuel proprement dit (module 1) et sont utilisées ici comme critères d'évaluation.

Objectif N° 1. Déterminer la nécessité d'une quantification plus systématique des besoins en médicaments.

Cette démarche peut à tout le moins déboucher sur la décision de faire une évaluation quantitative plus systématique. Réalisée dans de bonnes conditions, elle donne un bon diagnostic des secteurs problématiques prioritaires, prescription irrationnelle par exemple, ou bien des types d'établissement où il est particulièrement nécessaire d'améliorer la quantification. A son tour, ce diagnostic offre une base solide à partir de laquelle définir des objectifs concrets pour l'évaluation quantitative.

Objectif N° 2. Fixer des objectifs concrets précis pour les estimations à faire.

Il se pose ici deux questions fondamentales :

- (a) Les objectifs fixés recouvraient-ils les problèmes prioritaires ?
- (b) Les objectifs étaient-ils suffisamment clairs pour qu'il n'y ait pas de malentendu dans le travail ?

Objectif N° 3. Choisir la ou les méthode(s) la (les) plus appropriée(s).

L'évaluation tourne ici autour des questions suivantes :

- (a) La ou les méthode(s) choisie(s) pour l'évaluation quantitative a-t-elle (ont-elles) permis de parvenir aux objectifs fixés ?
- (b) Si des difficultés se sont posées, le choix d'une méthode différente aurait-il permis de les résoudre ou bien faut-il apporter d'autres changements, par exemple améliorer la collecte des données ?

Objectif N° 4. Décider des problèmes de santé à traiter dans chaque type d'établissements.

Décider des problèmes de santé auxquels on peut s'attaquer dans différents types d'établissement est une première étape importante avant que l'on puisse établir ou réexaminer pour ces établissements les listes de médicaments essentiels et que l'on puisse arrêter des traitements types moyens — si l'on utilise la méthode fondée sur la morbidité. Comme on l'a vu, ces décisions relèvent de la politique des services de santé et vont beaucoup plus loin que la simple évaluation des quantités de médicaments requis. Les principaux critères à retenir pour cette démarche sont d'une part, le tableau des maladies à soigner et, d'autre part, les moyens diagnostiques et thérapeutiques disponibles dans chaque type d'établissement.

L'évaluation quantitative proprement dite ne fournit pas beaucoup d'informations nouvelles sur la pertinence des décisions prises mais il faut être attentif aux comportements du personnel soignant pour voir si les décisions prises ont eu des conséquences imprévues. Par exemple, le personnel à certains niveaux sera peut-être moins capable qu'on ne le pensait de diagnostiquer certaines maladies ou d'utiliser certains médicaments, ce qui pourrait l'amener à prescrire des médicaments sans discernement. D'un autre côté, le fait de décider que certains problèmes de santé ne doivent être traités que dans des établissements de santé de niveau plus élevé peut retarder le traitement si les patients hésitent à faire le trajet.

Objectif N° 5. Etablir ou revoir les listes de médicaments essentiels.

A vrai dire, cette tâche relève de la sélection des médicaments et non pas de quantification mais, là encore, c'est un aspect trop important de la quantification pour qu'on le néglige. Il est expliqué de façon assez détaillée dans le module 4 et mérite d'être évalué en même temps que le processus de quantification.

En principe, on peut juger de l'efficacité avec laquelle cette tâche a été accomplie en se reportant aux critères de sélection des médicaments essentiels (énumérés dans le module 4, tableau 4.4).

Il faut se poser ici trois questions :

- (a) Parmi les médicaments choisis, y en a-t-il qui ne répondent manifestement pas à ces critères ?
- (b) Les listes ont-elles permis de satisfaire les besoins des patients ?
- (c) Le personnel a-t-il pu utiliser les médicaments de façon appropriée : sinon, quels changements faudrait-il envisager dans la ou les liste(s) de médicaments essentiels concernée(s) ?

Objectif N° 6. Etablir des schémas types de traitement médicamenteux ou les revoir aux fins de la quantification sur la base des doses moyennes (méthode fondée sur la morbidité seulement).

La procédure à suivre ici est expliquée en détail dans le module 5. Les critères à utiliser pour décider des schémas types moyens de traitement sont pour l'essentiel les mêmes que les critères de sélection des médicaments essentiels (énumérés dans le module 4, tableau 4.4), auxquels il faut ajouter les avis de cliniciens expérimentés sur le schéma de traitement moyen le plus approprié (c'est-à-dire la forme et la posologie du médicament les mieux adaptées, la dose moyenne, le nombre moyen de prises quotidiennes et la durée moyenne du traitement en jours).

Il faut se poser ici quatre questions :

- (a) Les schémas de traitement moyens répondent-ils aux critères énumérés dans le tableau 4.4 ?
- (b) Y a-t-il des objections à ces schémas pour des raisons cliniques ? Par exemple, les doses sont-elles trop fortes ou trop faibles ou bien le traitement devrait-il être plus long ou plus bref ?
- (c) Y a-t-il des objections aux schémas pour des raisons pratiques, logistiques ou culturelles ? Par exemple, un traitement à base d'une injection toutes les 6 heures pendant deux jours est peut-être le traitement cliniquement idéal pour une maladie donnée mais n'est pas toujours bien adapté à la consultation externe, en particulier si les patients doivent parcourir un long trajet pour se faire soigner. De même, un pessaire ou un suppositoire est peut-être cliniquement idéal dans certains cas, mais il est mal connu des patients ou bien il peut susciter des objections d'ordre culturel.
- (d) La dernière question consiste une fois de plus, à savoir quelle a été l'expérience pratique avec ces schémas de traitement moyens ? Mais cela va au-delà de l'adéquation des schémas proprement dit car il se pose alors des questions de communication et de formation, que l'on a vues plus haut à propos de la tâche N° 17. Les questions subsidiaires importantes sont donc ici :
 - d.1 Les schémas de traitement moyens ont-ils été publiés et communiqués aux prescripteurs ?

- d.2 Les schémas ont-ils été compris — sont-ils accompagnés d'explications et d'une formation adéquates ?
- d.3 Les schémas ont-ils été acceptés et appliqués — sinon, pourquoi ?

Objectif N° 7. Rassembler des données sur la morbidité et l'utilisation des médicaments à partir de sources habituelles ou, si nécessaire, à l'aide d'estimations spéciales.

Le moyen le plus pratique et le plus utile d'évaluer la qualité des données et l'efficacité de la collecte est de noter assez en détail le travail accompli et les problèmes rencontrés. Pour chaque type de données, on pourra se poser cinq questions :

- (a) Les données étaient-elles disponibles ou a-t-il fallu les recueillir spécialement ?
- (b) Les données étaient-elles complètes — en cas de lacunes, quelles étaient-elles et pourquoi sont-elles apparues ?
- (c) Les données étaient-elles fiables — sinon, qu'est-ce qui a fait problème et pourquoi ?
- (d) Les données étaient-elles assez détaillées pour la quantification — sinon, qu'est-ce qui ne l'était pas et comment les problèmes ont-ils été résolus ?
- (e) Quelles mesures ont été prises pour améliorer la complétude et la qualité des données ?

Objectifs N° 8 et N° 9. Calculer les quantités de médicaments nécessaires à l'avenir et en établir le coût.

Là aussi, il est très utile de noter la façon dont les calculs ont été faits et les problèmes rencontrés. Pour ce faire, il faut garder présent à l'esprit trois questions :

- (a) Des erreurs ont-elles été faites systématiquement ou à plusieurs reprises ? Dans l'affirmative, la formation était sans doute insuffisante.
- (b) Des changements ont-ils été apportés aux procédés de calcul ? Dans l'affirmative, pourquoi étaient-ils nécessaires et ont-ils donné de bons résultats ?
- (c) Il est souvent important de savoir quelle proportion des coûts doit être payée en devises. A-t-elle été calculée ?

Objectif N° 10. Planifier les affectations budgétaires et adapter les quantités estimées au budget disponible.

Les principales questions sont ici les suivantes :

- (a) Le budget réel était-il nettement inférieur au budget jugé nécessaire ? Dans l'affirmative, a-t-on suffisamment bien plaidé en faveur d'une augmentation ? Dans ce cas, pourquoi l'argument n'a-t-il pas été accepté et quelles en sont les conséquences ? Par exemple, serait-il justifié de réduire d'autres postes du budget de la santé pour accroître le budget pharmaceutique ? Les taxes sur les ordonnances ou d'autres honoraires sont-ils une source viable de financement supplémentaire ?
- (b) Lorsque les quantités estimatives ont dû être réduites compte tenu du budget disponible, les réductions ont-elles été apportées en fonction de la priorité accordée à chaque médicament ?

Objectif N° 11. Utiliser les estimations finales pour commander les médicaments aux fournisseurs et les livrer aux établissements de santé.

La question ici est simple — les estimations ont-elles servi à commander et à livrer les médicaments ? Dans la négative, pourquoi ? Dans l'affirmative, les utilisateurs ont-ils été satisfaits de l'information ou souhaitent-ils des changements, par exemple présentation ou calendrier différent ?

Objectifs N° 12 et N° 13. Déterminer l'efficacité de la quantification et affiner progressivement les estimations.

L'évaluation devrait comprendre un contrôle de sa propre adéquation.

- (a) Tous les aspects ont-ils été évalués ?
- (b) Les causes de tous les principaux problèmes ont-elles été repérées ?
- (c) Des solutions satisfaisantes ont-elles été trouvées à ces problèmes ?
- (d) Les estimations sont-elles assez précises ou bien doivent-elles être affinées ; si oui, les modifications nécessaires ont-elles été apportées, notamment pour ce qui est de l'amélioration des données ?

Objectif N° 14. Intégrer la quantification dans la gestion courante du système d'approvisionnement pharmaceutique.

Lorsque l'on commence à introduire formellement la quantification dans le processus de gestion, il n'est pas rare qu'il y ait un appui technique et financier extérieur qui donne à cette activité une certaine impulsion. Il importe de veiller à ce que les procédures s'intègrent le plus tôt possible dans la gestion courante, sinon elles risquent très facilement d'être oubliées. Au cours de l'évaluation, la question est donc de savoir si cette intégration s'est faite.

- (a) Qui est responsable de la quantification ?
- (b) Y a-t-il un cycle de programme établi ?
- (c) Les ressources et le budget nécessaires sont-ils prévus ?

MODULE 4 :

ÉTABLISSEMENT ET RÉVISION DE LISTES DE MÉDICAMENTS ESSENTIELS PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENT DE SOINS

1. INTRODUCTION
2. TÂCHES 7 - 8 : DÉTERMINER LE NIVEAU DES SOINS ET LA LISTE DES MÉDICAMENTS ESSENTIELS POUR CHAQUE TYPE D'ÉTABLISSEMENT
3. AJOUTER LA TAILLE DES CONDITIONNEMENTS ET LE PRIX PAR CONDITIONNEMENT

1. INTRODUCTION

Les tâches 1 à 6 (Tableau 3.1) ont été examinées dans le module 3. Comme on l'a fait observer à la section 1 du module 1, la sélection des médicaments représente une opération distincte qui doit précéder la procédure d'évaluation quantitative faisant l'objet du présent manuel. Les deux méthodes de quantification exposées dans la deuxième et la troisième parties supposent qu'on a défini, pour chaque type d'établissement, une liste de médicaments essentiels. Toutefois, à titre de référence, la procédure de sélection utilisée pour établir des listes de médicaments essentiels par type d'établissement est expliquée et illustrée dans la section 2 ci-après.

2. TÂCHES 7-8 : DÉTERMINER LE NIVEAU DES SOINS ET LA LISTE DES MÉDICAMENTS ESSENTIELS POUR CHAQUE TYPE D'ÉTABLISSEMENT

L'établissement d'une liste de médicaments essentiels pour un niveau de soins donné ou pour un type d'établissement donné suppose à ce niveau deux décisions fondamentales : déterminer quels seront les problèmes de santé à traiter à ce niveau (plutôt qu'à adresser à un niveau plus élevé) et déterminer quels seront les médicaments utilisés pour traiter ces problèmes de santé. Les étapes correspondantes sont résumées au tableau 4.1 puis expliquées et illustrées.

Tableau 4.1

Résumé des étapes pour la détermination du niveau des soins et de la liste des médicaments essentiels pour chaque type d'établissement

Étapes successives :

1. Dresser la liste des principaux problèmes de santé rencontrés dans le pays/la région en cause.
2. Décider quels sont les problèmes de santé qui peuvent être traités par chaque type d'établissement de soins.
3. Choisir les médicaments essentiels considérés comme appropriés pour traiter/prévenir les problèmes de santé susmentionnés, en appliquant les critères du tableau 4.4.
4. Classer les médicaments sélectionnés par ordre alphabétique et par catégorie thérapeutique.

ETAPE 1 : DRESSER LA LISTE DES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ RENCONTRÉS DANS LE PAYS OU LA RÉGION EN CAUSE

S'il n'existe pas de statistiques de morbidité, le plus simple est d'utiliser comme base de départ la Classification internationale des maladies de l'OMS, ou un dérivé de cette Classification. Cela ne signifie pas qu'il faille utiliser une codification aussi détaillée que celle de la CIM, qui suppose un niveau de précision diagnostique extrêmement poussé. En principe, les problèmes de santé doivent être définis en fonction du niveau de précision diagnostique que l'on peut raisonnablement espérer à chaque niveau ou pour chaque type d'établissement de soins. Toutefois, s'il existe des statistiques de morbidité, il est généralement plus commode d'utiliser la même base pour dresser la liste des problèmes de santé.

EXEMPLE :

Le tableau 4.2 donne une liste indicative de problèmes de santé pouvant être pris en charge par les agents de santé communautaires ou de village, qui représentent le premier niveau de soins, et par les centres de santé qui représente le niveau de soins intermédiaire. Cette liste a été établie en suivant l'ordre de la Classification internationale des maladies (CIM) (colonne 2) tandis que les numéros de code CIM désignant les différentes affections incluses dans chaque problème de santé sont indiqués dans la colonne 1. Les problèmes qui auraient besoin d'être adressés à un niveau plus élevé que celui du centre de santé ont été omis pour plus de simplicité. Le contenu des colonnes 3 et 4 est expliqué à l'étape 2 ci-après.

ÉTAPE 2 : DÉCIDER QUELS SONT LES PROBLÈMES DE SANTÉ QUI PEUVENT ÊTRE TRAITÉS PAR CHAQUE TYPE D'ÉTABLISSEMENT DE SOINS

Il faut pour cela étudier quelles sont les capacités en matière de diagnostic et de prescription disponibles à chaque niveau et décider pour chaque problème de santé si ces capacités sont suffisantes pour permettre que le traitement ait lieu à ce niveau. L'éventail des affections qui pourront être traitées augmentera à chaque niveau de soins. Par exemple, au niveau des agents de santé communautaires, seul un nombre limité d'états pathologiques pourra être traité. A l'échelon du centre de santé, un éventail considérablement plus étendu d'affections pourra être pris en charge, et ainsi de suite pour chacun des niveaux de soins jusqu'à l'hôpital de recours.

Le traitement qui est considéré comme possible et souhaitable peut être un traitement complet, ou un traitement initial qui aidera à maîtriser le problème de santé en attendant que le patient soit adressé à un niveau de soins plus élevé. Il peut s'agir aussi d'un traitement de suivi prescrit sous la supervision d'un type d'établissement de soins de niveau plus élevé pour être dispensé par un établissement de niveau moins élevé par exemple un traitement antihypertenseur prescrit par un spécialiste hospitalier mais dispensé par un centre de santé.

EXEMPLE :

Les colonnes 3 et 4 du tableau 4.2 donnent un exemple de répartition des problèmes de santé entre deux niveaux de soins : les agents de santé communautaires (ASC) et les centres de santé. Le ou les niveaux auxquels on estime qu'un problème de santé doit être traité sont indiqués par une lettre dans la ou les colonnes appropriées. Les lettres utilisées fournissent des renseignements complémentaires sur chaque problème de santé :

- X: Problèmes de santé pour lesquels des traitements médicamenteux sont indiqués.
- C: Problèmes de santé chroniques qui peuvent avoir été adressés initialement à un niveau de soins ou de diagnostic plus élevé, mais dont le traitement peut être assuré sous supervision à un niveau inférieur.
- R: Visites successives pour le traitement d'un problème diagnostiqué lors d'une première consultation (injections, pansements, administration de médicaments, visites de suivi).
- S: Services de santé préventifs tels que vaccinations et soins prénataux.

Sur les 94 problèmes de santé répertoriés dans la liste indicative, on constatera qu'il y a 81 affections aiguës, 8 états chroniques et 5 états relevant de la médecine préventive. Les quatre dernières rubriques correspondent à des visites successives pour assurer la continuité d'un traitement. L'ensemble de ces 94 problèmes de santé peuvent être traités au niveau du centre de santé, mais 29 seulement peuvent être traités par les agents de santé communautaires (24 aigus, aucun chronique, et 5 « préventifs »). Par exemple, la diarrhée aiguë (code 009.2) peut être traitée aux deux niveaux, mais la dysenterie bacillaire ne peut être traitée qu'au niveau du centre de santé.

Soulignons que cette répartition est purement indicative, et que chaque pays doit décider de sa propre répartition, en fonction de ses problèmes de santé et des capacités de ses services de santé à chaque niveau de soins. Le tableau 4.3 donne une liste séparée pour les agents de santé communautaires.

EXERCICE 4.A

Lire attentivement le tableau 4.2

1. En tenant compte des circonstances existant dans votre propre pays, déterminez quels sont les problèmes qui devraient être traités :
 - (a) à l'échelon du centre de santé (échelon intermédiaire),
 - (b) à l'échelon des agents de santé communautaires.
2. Ajoutez tout problème qui vous semblera approprié et décidez à quel(s) niveau(x) il(s) doit(vent) être traité(s).

COMMENT ESTIMER LES BESOINS EN MÉDICAMENTS

Tableau 4.2

Liste indicative de problèmes de santé aux fins de l'étude des besoins en médicaments au niveau de base (agent de santé communautaire) et au niveau intermédiaire (centre de santé)

Code de la classification internationale des maladies		Agent de santé communautaire (ASC)	Niveau intermédiaire (Centre de santé)
X	LÉGENDE:		
C	Problèmes de santé exigeant des médicaments	24	81
R	Problèmes de santé chroniques, pouvant nécessiter la supervision d'un niveau de soins plus élevé	-	8
S	Visites successives pour un même problème de santé	4	4
NCA	Services de santé assurés	5	5
	Non classé ailleurs		
I. MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES			
	Infektions bactériennes et zoonoses		
001	Choléra		X
002.0	Fièvre typhoïde		X
004	Dysenterie bacillaire		X
009	Diarrhée aiguë	X	X
011	Tuberculose pulmonaire		C
030	Lèpre		C
	Autres infections bactériennes et zoonoses		
	Infektions à virus et à Chlamydia		
052	Varicelle		X
055	Rougeole		X
076	Trachome		X
	Autres infections à virus ou à Chlamydia		
	Paludisme		
084	Paludisme	X	X
	Maladies vénériennes		
090	Syphilis		X
098.0	Blennorragie		X
098.4	Ophthalmie gonococcique du nouveau-né		X
	Autres maladies vénériennes		
	Mycoses		
110	Dermatophytoses		X
112.1	Candidose vaginale		X
	Autres mycoses		
	Helminthiases		
120.0	Schistosomiases s. Haematobium		X
120.1	S. mansoni		X
120.2	S. japonicum		X
123.3	Taeniasse (ver solitaire)		X
125.3	Onchocercose		X
125	Autres filarioses		X
126	Ankylostomiase		X
127.0	Ascariidose	X	X
	Autres helminthiases		
	Autres maladies parasitaires		
131.0	Vaginite à trichomonase		X
132	Pédiculose (poux)	X	X
133.0	Gale	X	X
	Autres maladies parasitaires		
III. MALADIES ENDOCRINIENNES, DE LA NUTRITION ET DU MÉTABOLISME			
250	Diabète sucré		C
260	Malnutrition		X
264	Avitaminose A, xérophthalmie		X
269-9	Autres carences en vitamines		X
	Autres troubles endocriniens, de la nutrition et du métabolisme		
IV. MALADIES DU SANG ET DES ORGANES HÉMATOPOÏÉTIQUES			
280	Anémies par carence en fer	X	X
282.6	Drépanocytose		X
	Autres maladies du sang et des organes hématopoïétiques		

suite

Tableau 4.2 (suite)

Code de la classification internationale des maladies		Agent de santé communautaire (ASC)	Niveau intermédiaire (Centre de santé)
V. TROUBLES MENTAUX			
290-9	Psychoses		C
300.0	Etats anxieux		X
300.4	Dépression névrotique		X
	Autres troubles mentaux		
VI. MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX DES ORGANES DES SENS			
345	Epilepsie		C
372.0	Conjonctivite	X	X
380.1	Otite externe		X
381-2	Otite moyenne		X
	Autres maladies du système nerveux et des organes des sens		
VII. MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE			
390-8	Cardiopathies rhumatismales		C
401-5	Maladies hypertensives		C
410-4	Cardiopathies ischémiques		X
455	Hémorroïdes		X
459.0	Choc		X
	Autres maladies de l'appareil circulatoire		
VIII. MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE			
460	Rhume banal	X	X
463	Angine		X
466	Bronchite aiguë		X
480-6	Pneumonie		X
493	Asthme		X
	Autres maladies de l'appareil respiratoire		
IX. MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF			
521.0	Caries dentaires	X	X
522.5	Abcès dentaires		X
528	Ulcération de la muqueuse buccale		X
535-6	Gastrite, et troubles fonctionnels de l'estomac	X	X
564.0	Constipation	X	X
	Autres maladies de l'appareil digestif		
X. MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES			
595	Cystite	X	X
614	Affection inflammatoire des organes pelviens		X
	Autres maladies des organes génito-urinaires		
XI. COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES			
634-8	Avortement		X
650	Accouchement normal		X
660-5	Accouchement difficile		X
666	Hémorragie du post-partum		X
670	Infection puerpérale grave		X
675	Mastite et abcès du sein		X
	Autres complications		
XII. MALADIES DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ			
680-2	Furoncles et anthrax	X	X
684	Impétigo, infections bactériennes de la peau	X	X
691	Eczéma		X
692	Allergies cutanées		X
698	Prurit		X
707.9	Ulcère chronique, ulcère tropical		C
	Autres maladies de la peau		
XIII. MALADIES DU SYSTÈME OSTÉO-ARTICULAIRE DES MUSCLES ET DU TISSU CONJONCTIF			
714-6	Arthrite et arthrose	X	X
724	Dorsalgies, lumbago	X	X
728.0	Pyomyosite		X
	Autres maladies du système ostéo-articulaire		

à suivre

COMMENT ESTIMER LES BESOINS EN MÉDICAMENTS

Tableau 4.2 (suite)

Code de la classification internationale des maladies		Agent de santé communautaire (ASC)	Niveau intermédiaire (Centre de santé)
XVI. SYMPTÔMES, SIGNES ET ÉTATS MORBIDES MAL DÉFINIS			
780.3	Convulsions fébriles		X
780.5	Insomnie		X
780.6	Fièvre SAI	X	X
780.7	Malaise, fatigue SAI	X	X
784.0	Céphalées SAI	X	X
786.2	Toux SAI	X	X
787.0	Nausées et vomissements		X
788.0	Colique néphrétique		X
789.0	Douleurs abdominales SAI	X	X
789.5	Ascite		
XVII. TRAUMATISMES ET EMPISONNEMENTS			
800-29	Fractures		X
830-9	Luxations		X
840-8	Entorses	X	X
850-4	Traumatismes intra-crâniens, commotions		
870-90	Plaies, déchirures, coupures profondes		X
879.9	Plaies avec complications, morsures (d'animaux ou d'êtres humains)		X
910-19	Traumatismes superficiels, coupures bénignes	X	X
930	Corps étranger dans l'œil		X
940-9	Brûlures	X	X
960-79	Intoxications		X
989.5	Morsures de serpent, autres piqures et morsures		X
995.0	Choc anaphylactique		X
	Autres traumatismes ou empoisonnements		
VISITES SUCCESSIVES POUR LE MÊME PROBLÈME DE SANTÉ			
	Injections	R	R
	Pansements	R	R
	Médications par voie orale	R	R
	Visites de suivi	R	R
AUTRES CONTACTS AVEC LES SERVICES DE SANTÉ			
VO3-06	Vaccinations	S	S
V20	Soins préventifs aux moins de cinq ans	S	S
V22-3	Soins prénatals	S	S
V25	Planification familiale, contraception	S	S
V70	Examens médicaux en l'absence de maladie	S	S

Tableau 4.3

Liste indicative de problèmes de santé à l'intention des agents de santé de village (extrait de la colonne 3 du tableau 4.2)

Code de la classification internationale des maladies		Agent de santé communautaires (ASC)
X	LÉGENDE:	
R	Problèmes de santé exigeant des médicaments	24
S	Visites successives pour le même problème de santé	4
	Services de santé assurés	5
009	Diarrhée aiguë	X
084	Paludisme	X
127.0	Ascariidose	X
132	Pédiculose	X
133.0	Gale	X
280	Anémies par carence en fer	X
372.0	Conjonctivite	X
460	Rhume banal	X
521.0	Caries dentaires	X
535-6	Gastrite et troubles fonctionnels de l'estomac	X
564.0	Constipation	X
595	Cystite	X
680-2	Furoncles, anthrax	X
684	Impétigo, infections bactériennes de la peau	X
714-6	Arthrite et arthrose	X
724	Dorsalgies, lumbago	X
780.6	Fièvre SAI	X
780.7	Malaise, fatigue, SAI	X
784.0	Céphalées SAI	X
786.2	Toux SAI	X
789.0	Douleurs abdominales SAI	X
840-8	Entorses	X
910-19	Traumatismes superficiels, coupures bénignes	X
940-9	Brûlures	X
	VISITES SUCCESSIVES POUR LE MÊME PROBLÈME DE SANTÉ	
	Injections	R
	Pansements	R
	Médications par voie orale	R
	Visites de suivi	R
	AUTRES CONTACTS AVEC LES SERVICES DE SANTÉ	
V03-07	Vaccinations	S
V20	Soins préventifs aux moins de cinq ans	S
V22-3	Soins prénatals	S
V25	Planification familiale, contraception	S
V70	Examens médicaux en l'absence de maladie	S

ÉTAPE 3: CHOISIR LES MÉDICAMENTS À UTILISER POUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ QUI PEUVENT ÊTRE TRAITÉS À CHAQUE NIVEAU

Le résultat final de cette étape est l'établissement d'une liste de médicaments essentiels pour chaque type d'établissement. Les critères de sélection des médicaments sont les mêmes que ceux indiqués par l'OMS pour l'établissement d'une liste nationale de médicaments essentiels. Voir le tableau 4.4.

Tableau 4.4

Résumé des directives applicables au choix des médicaments essentiels

1. Dans chaque pays, le choix des médicaments essentiels doit être confié à une **commission locale**, réunissant des personnes compétentes dans le domaine de la médecine clinique, de la pharmacologie et de la pharmacie, ainsi que des agents de santé des catégories appelées à utiliser les médicaments.
2. On utilisera, chaque fois qu'il en existe un, le **nom générique** international.
3. Les médicaments essentiels doivent permettre la **couverture** la plus large possible de la population visée, compte tenu de la pathologie dominante au sein de cette population.
4. Les médicaments choisis doivent tenir compte des **établissements** de traitement existants, de l'effectif, de la formation et de l'expérience du **personnel**, des **ressources financières** et des coûts ainsi que de facteurs d'ordre **démographique, génétique et environnemental**.
5. Le choix se portera uniquement sur des médicaments dont l'efficacité et l'innocuité sont attestées par des **observations scientifiques sûres**.
6. Chaque médicament choisi doit exister sous une forme qui permette de garantir sa **qualité, sa biodisponibilité et sa stabilité** dans les conditions locales prévues (y compris, par exemple, les conditions de stockage et la présence de maladies locales telles que diarrhées ou maladies du foie, qui sont susceptibles de modifier la pharmacocinétique du médicament).
7. Quand il existe deux ou plusieurs médicaments analogues des points de vue qui précèdent, le choix doit se faire sur la base d'une évaluation soignée de leur **efficacité, innocuité, qualité, prix et disponibilité** respectives. L'existence, et la possibilité de mise en œuvre, d'une **politique de fabrication locale** peuvent également influencer sur le choix.
8. Le **coût** est un critère important de choix. Les comparaisons de coût entre médicaments ainsi qu'entre les traitements médicamenteux et non médicamenteux doivent tenir compte du coût total du traitement et non uniquement du coût des médicaments.
9. Les autorités sanitaires locales doivent choisir le niveau de **compétence** nécessaire pour prescrire chaque médicament ou groupe de médicaments, notamment la capacité de poser tel ou tel diagnostic.
10. Les médicaments essentiels doivent correspondre à des composés **uniques**. Les associations de plusieurs médicaments selon des proportions déterminées ne sont justifiées que si elles répondent aux besoins d'un groupe de population bien défini et présentent un avantage incontestable en matière d'efficacité thérapeutique, de sûreté, d'observance et de coût par rapport à l'administration indépendante de chacun des composés associés.
11. Les listes de médicaments essentiels doivent être **revues** au moins une fois par an. On ne les complètera que si les nouveaux médicaments présentent des avantages incontestables par rapport aux médicaments précédemment choisis. Certaines suppressions seront opérées si de nouvelles données montrent clairement que les médicaments correspondants ne comportent plus un rapport avantages/risques favorables et/ou qu'il existe des produits ou des méthodes de traitement non médicamenteux plus sûrs.

EXEMPLE

Le tableau 4.5 donne un exemple de tableau utilisable pour le choix initial des médicaments essentiels destinés à chaque type d'établissement (en l'occurrence un centre de santé).

Dans la colonne 1 sont indiqués le numéro de code de la CIM et la désignation de chaque problème de santé à traiter. Lorsque pour des patients d'âge différent (par exemple des enfants et des adultes) ou pour des formes plus ou moins graves d'une même maladie, on a besoin de formes pharmaceutiques ou de dosages différents d'un même médicament, ceux-ci sont indiqués séparément (voir l'explication dans le module 5).

La colonne 5 précise le nom générique, la forme pharmaceutique et le dosage du ou des médicaments proposés pour le traitement de chaque problème de santé (chaque forme pharmaceutique et chaque dosage sont notés séparément). Dans l'exemple présenté, la sélection des médicaments a été faite en s'appuyant sur la liste exemplative de schémas types de traitement médicamenteux figurant dans le tableau 5.1.

La colonne 6 est réservée à l'indication de la décision prise. « Oui » pour les médicaments proposés et retenus, « non » pour les médicaments rejetés.

La colonne 7 contient les observations correspondant à chaque décision.

NB : La seule décision prise concerne le choix des médicaments qui seront utilisés pour chacun des problèmes de santé désignés. Aucune décision n'est prise concernant les schémas de traitement ou les dosages moyens.

En réalité, tous les problèmes de santé doivent être considérés chacun à leur tour, mais le tableau 4.5 fournit un certain nombre d'exemples correspondant à une sélection de problèmes de santé qui ont été déterminés comme pouvant être pris en charge au niveau du centre de santé, sur la base du tableau 4.2.

Dans le tableau indicatif qui suit nous voyons que pour :

084 Le paludisme grave chez l'adulte - les injections de quinine ont été préférées aux injections de chloroquine.

098.0 Blennorragie - on a décidé que les injections de spectinomycine n'étaient pas nécessaires étant donné que les gonocoques étaient encore sensibles à d'autres anti-microbiens; moins de 1 % des souches sont résistantes à la pénicilline.

120.0 Schistosomiase à *S. haematobium* - les comprimés de Métrifonate ont été préférés aux comprimés de praziquantel car ils sont meilleur marché.

120.2 Schistosomiase *S. mansoni* - les comprimés de praziquantel ont été préférés aux capsules d'oxamniquine car ils peuvent aussi être utilisés dans le traitement des schistosomiasis à *S. japonicum* et *S. haematobium*.

455 Hémorroïdes et proctite - la pommade à l'hydrocortisone a été préférée aux suppositoires qui sont mal acceptés pour des raisons culturelles.

480-6 Pneumonie - une injection initiale de procaine benzylpénicilline, suivie par l'administration de comprimés de phénoxyéthylpénicilline et de paracétamol est considérée comme plus commode que le traitement à la benzylpénicilline injectable qui est couramment employé en milieu hospitalier mais qui nécessite une injection toutes les 6 heures.

COMMENT ESTIMER LES BESOINS EN MÉDICAMENTS

Tableau 4.5
Sélection de médicaments appropriés pour chaque problème de santé
(Tableau et données indicatifs pour les centres de santé)

CIM	PROBLÈME DE SANTÉ		MÉDICAMENTS PROPOSÉS	DÉCISION	OBSERVATIONS	
084	Paludisme	Degré 1	Adultes Enfants	chloroquine, comp. de 150 mg base chloroquine, srp 50 mg/ml	Oui Oui	
		Degré 2	Adultes Enfants	quinine, inj. 300 mg/ml chloroquine, inj. 200 mg/5 ml quinine, comp. 300 mg quinine, inj. 300 mg/ml quinine, comp. 300 mg	Oui Non Oui Oui Oui	Préférence est donnée à la quinine
	098	Blennorragie	Zones où la prévalence des souches résistantes à la pénicilline est inférieure à 1 %	procaine benzylpénicilline inj, flacon de 3 méga - UI probenécide, comp. 500 mg	Oui Oui	
			Zones où la prévalence des souches résistantes à la pénicilline est supérieure à 1 %	spectinomycine, inj. 2 mg	Non	La prévalence des gonocoques résistants à la pénicilline est inférieure à 1 %
120	Schistosomiase à <i>S. haematobium</i>	Adultes et enfants	métrifonate, comp. 100 mg praziquantel, comp. 600 mg	Oui Non	Trop coûteux	
120.2	Schistosomiase à <i>S. mansoni</i>	Adultes et enfants	praziquantel, comp. 600 mg	Oui	Le meilleur traitement pour la schistosomiasis à <i>S. mansoni</i> ; utilisable également pour le traitement d'autres types de schistosomiasis	
455	Hémorroïdes	Adultes	hydrocortisone, pom. à 1% suppositoires anti-hémorroïdaires	Oui Non	Faible acceptabilité culturelle ; la pommade est plus fréquemment utilisée	
480.6	Pneumonie	Degré 1	Adultes	procaine benzylpénicilline, inj. 3 Méga - UI benzylpénicilline, inj. 1 méga - UI	Oui Non	Les injections à intervalles de 6 heures sont impossibles à pratiquer aux centres de santé
			Enfants	phénoxyéthylpénicilline, comp. 250 mg sulfaméthoxazole/triméthoprim, comp. 400/80 mg	Oui Oui	Le chloramphénicol ou l'ampicilline peuvent aussi être utilisés
		Degré 2	Adultes	sulfaméth(oxazole)/triméthoprim, comp. 400/80 mg	Oui	
			Enfants	benzylpénicilline, inj. 1 méga - UI et diriger le patient vers un centre hospitalier	Oui	
		Toutes catégories	paracétamol, comp. 500 mg	Oui		

ÉTAPE 4 : CLASSER LES MÉDICAMENTS SÉLECTIONNES PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE ET PAR CATÉGORIE THÉRAPEUTIQUE

Les données fournies en exemple dans le tableau 4.5 ne concernent qu'une sélection de problèmes de santé extraits du tableau 4.2, avec les médicaments considérés les plus appropriés pour traiter chacun d'entre eux. En réalité, un tableau complet contiendrait une liste de tous les problèmes de santé recensés pour le niveau de soins concernés, avec les médicaments retenus pour traiter chacun d'entre eux.

Pour établir une liste de médicaments essentiels à partir de ces informations, il suffit de reprendre l'intégralité du tableau et de classer les médicaments retenus par ordre alphabétique. Le tableau 4.6 en fournit un exemple pour le niveau de soins intermédiaire (centre de santé).

Le classement peut aussi être établi par catégorie thérapeutique (voir le tableau 4.7). Pour la commodité des références, un numéro de code est attribué à chaque médicament. Cela n'est pas nécessaire quand les calculs de quantités sont faits à la main, mais c'est indispensable si l'on utilise un ordinateur. S'il existe déjà un système de codification des médicaments dans votre pays, c'est ce système qui doit être utilisé. Le système de codification employé ici est expliqué dans la note au tableau 4.7.

Les listes de médicaments essentiels pour le niveau de soins intermédiaire (centre de santé) fournies aux tableaux 4.5 et 4.6 ne sont qu'indicatives. Il ne s'agit pas de listes modèles ou de listes recommandées. Toutefois, elles se fondent sur un examen approfondi de plus de 40 listes de médicaments essentiels de différents pays et peuvent être utilisées comme base de départ pratique pour établir votre propre liste pour les établissements de soins de niveau intermédiaire.

EXERCICE 4.B

Étudiez attentivement la liste des problèmes de santé à traiter au niveau intermédiaire (centre de santé) (résultat de l'exercice 4.A) et opérez une sélection de médicaments pour chacun de ces problèmes de santé. À ce stade, il n'est pas nécessaire de spécifier la posologie ou la durée du traitement. Classez les médicaments retenus par ordre alphabétique et par catégorie thérapeutique. Comparez votre résultat avec la liste modèle des tableaux 4.6 et 4.7.

3. AJOUTER LA TAILLE DES CONDITIONNEMENTS ET LE PRIX PAR CONDITIONNEMENT

Avant de pouvoir utiliser ces listes pour les calculs de quantités et de prix, il faut y ajouter deux autres éléments d'information, à savoir la taille des conditionnements et le prix par conditionnement.

(a) Unités de comptage et conditionnements secondaires

Les **unités de comptage** sont les unités dans lesquelles les médicaments sont décomptés. Elles figurent dans la deuxième colonne du tableau 4.8. En principe ces unités sont un(e) seul(e) comprimé, capsule, suppositoire, pessaire, ampoule ou flacon. Pour les liquides, l'unité de comptage est le millilitre et pour les pommades, c'est le gramme. Toutefois, certains médicaments sont normalement prescrits, en contenant standards d'une certaine capacité, par exemple tube de pommade de 25 g ou flacon de sirop de 100 ml. Pour ces médicaments, le contenant standard peut être utilisé comme unité de comptage.

Lorsque l'unité de comptage est une seule unité ou un contenant standard, des fractions de l'unité peuvent être utilisées pour le calcul des doses individuelles, par exemple un demi-comprimé ou 5 ml de sirop.

Les conditionnements secondaires : sont les emballages dans lesquels les médicaments sont commandés et livrés. La taille du conditionnement est généralement exprimée en nombre d'unités de comptage par conditionnement. La taille des conditionnements est indiquée dans la troisième colonne du tableau 4.8, par exemple boîte de 1 000 comprimés, boîte de 10 ampoules, flacon de 1 000 ml. boîte de 10 tubes de 20 g, etc.

(b) Prix par conditionnement.

Il faut prendre en compte le prix total, y compris la manutention, le fret et l'assurance par emballage, indiqué par le fournisseur pour la commande qui fera suite à la quantification. Si ce prix n'est pas disponible, on utilisera le dernier prix payé en se réservant une marge pour les augmentations de prix éventuelles. Il est aussi utile d'avoir une liste de prix de référence, telle que celle de l'UNICEF, pour pouvoir établir des comparaisons et négocier des réductions avec les fournisseurs.

EXEMPLE :

Le tableau 4.8 donne la liste par ordre alphabétique des médicaments sélectionnés au tableau 4.6, avec indication de la taille des conditionnements et du prix par conditionnement pour chaque médicament et chaque forme pharmaceutique. Les prix cités sont indicatifs.

EXERCICE 4.C

Reportez-vous à la liste de médicaments essentiels que vous avez établie pour le niveau de soins intermédiaire (centre de santé) dans l'exercice 4.B et ajoutez vos propres données concernant la taille des conditionnements et le prix par conditionnement pour chaque médicament et chaque forme pharmaceutique.

Tableau 4.6

Liste indicative (par ordre alphabétique) de médicaments essentiels pour le niveau de soins intermédiaire (Centre de santé)

NOM GÉNÉRIQUE DU MÉDICAMENT	FORME PHARMACEUTIQUE ET DOSAGE	INDICATION (PROBLÈME DE SANTÉ) ET NUMÉRO DE CODE CORRESPONDANT DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES
Acétate d'aluminium	gttes 13 % ml	380.1
Acide acétylsalicylique	comp. 300 mg	380.1 521.0 522.5 714-6 724 728 800-29 830-9 840-8 850-4 870-9 940.9
Acide benzoïque + acide salicylique	pom. tube de 25 mg	110
Acide folique	comp. 1 mg	282-5
Ampicilline	comp. 250 mg	670
Benzathine benzyl-pénicilline	inj. 2,4 UI en flacon (poudre)	090-7 390-8
Benzoate de benzyl	lot. 25 % ml	133-0
Calamine (lotion à la)	lot. ml	052 698
Chloramphénicol	comp. 250 mg	002.2 728
Chloramphénicol	inj. 1 g amp. (poudre)	728
Chlorhexidine	sol conc 5% ml	870-9 879.9 940.9 98
Chloroquine	comp. 150 mg de base	84.00
Chlorphénamine	comp. 4 mg	786.2 989.5
Chlorpromazine	comp. 100 mg	290-9
Dapsone	comp. 50 mg	030
Dextran 70	inj. sol 6% paq 500 ml	459 666
Diazépam	comp. 5 mg	300 780.5
Diazépam	inj. 10 mg/2 ml amp.	345.3 780.3
Diéthylcarbamazine	comp. 50 mg	125.3 125
Eau injectable	flacon de 10 ml	pour diluer les produits injectables en poudre
Epinéphrine	inj. 1 mg/ml amp.	493 995
Ergométrine	inj. 0,2 mg/ml amp.	634-8 650 660-5 666
Fluorescéine	collyre 1% 1 ml	930
Glibenclamide	comp. 4 mg	401-5
Hydrochlorotiazide	comp. 25 mg	401.5
Hydroxyde d'aluminium	comp. 500 mg	535.6
Imipramine	comp. 25 mg	300.4
Insuline-zinc susp. comp.	inj. 40 méga UI/ml fl. 10 ml	250
Ipécacuanha	srp 0,14% ml	960-79
Lidocaine	inj. sol. 1%, fl. 50 ml	132
Lindane	lot. 1% ml	870.9
Métabendazole	comp. 100 mg	126 127.0
Métrifonate	comp. 100 mg	120.0
Métronidazole	comp. 200 mg	006-7 131.0 614
Néomycine et bacitracine	pom. 5 mg & 500 UI tube 20 g	684
Niclosamide	comp. 500 mg	123.3
Nystatine	pes. 100 000 UI	112.1
Paracétamol	comp. 500 mg	055 380.1 381.2 460
Péthidine	inj. 100 mg/2 ml amp.	788
Phénobarbital	comp. 50 mg	345.0 345.1
Phénoxyéthylpénicilline	amp. 250 mg	381.2 463 480-6 522
Phénytoïne	comp. 100 mg	345.1
Praziquantel	comp. 600 mg	120.1 120.2
Probénécide	comp. 500 mg	098.0
Procaine benzylpénicilline	inj. 3 méga UI en flacon (poudre)	098.0 098.4 381.2 46
Prométhazine	comp. 25 mg	786.2 787
Quinine	comp. 300 mg	084
Quinine	inj. 300 mg/ml fl. 2 ml	084
Salbutamol	comp. 4 mg	493
Sels pour réhydratation orale	paquet 1 litre	001 009.2
Séné	comp. 7,5 mg	564.0
Sérum antivenin	inj. IV 100 ml	989.5
Solution de Ringer	sol. 500 ml	009.2
Spectinomycine	inj. 2 g fl.	098.0
Streptomycine	inj. 1 g fl.	011
Sulfaméthoxazole & triméthoprime	comp. 400 mg & 80 mg	001 004 381.2 480.6 595
Sulfate ferreux	comp. 60 mg	280
Sulfate ferreux + acide folique	comp. 60 mg & 0,25 mg	V22-23
Suramine sodique	inj. 1 g fl. (poudre)	125.3
Tétracycline	cap. de 250 mg	001 491-2 514
Tétracycline	pommade 1 % tube 5 mg	076 098.4 930
Thiacétazone & isoniazide	comp. 150 mg + 300 mg	011
Trinitrate de glycéryle	comp. 0,5 mg	401.5
Violet de gentiane	sol. l	528 707.9
Vitamine A (rétinol)	comp. 200 000 UI	264

COMMENT ESTIMER LES BESOINS EN MÉDICAMENTS

Tableau 4.7

Liste indicative de médicaments essentiels pour le niveau de soins intermédiaire (centre de santé), par catégories thérapeutiques

<p>Abréviations: Ad.-adultes, Enf.-enfants, amp.-ampoule, fl.-flacon, cap.-capsule, gtte-goutte, inj.-soluté injectable, lot.-lotion, pom.-pommade, paq.-paquet, pes.-pessaire, sach.-sachet, sol.-solution, sup.-suppositoire, sp.-sirop, comp.-comprimé, g-gramme, mg-milligramme, ml-millilitre, UI-unité internationale</p> <p>Note : un numéro de code pour chaque médicament n'est nécessaire que si on a l'intention d'utiliser un ordinateur pour les calculs.</p> <p>Le système de codification employé dans ce tableau est un système fondé sur les numéros utilisés dans la liste des médicaments essentiels de l'OMS (L'utilisation des médicaments essentiels, rapport du Comité d'experts de l'OMS, Série de rapports techniques No 722, Genève, OMS, 1985). Dans cette liste, les médicaments essentiels sont classés en 27 grandes catégories thérapeutiques qui sont ensuite subdivisées en un nombre de sous-groupes conforme aux besoins. Les deux premiers chiffres indiquent la classe thérapeutique principale, et les deux chiffres suivants le sous-groupe. Par exemple, les anti-infectieux font partie de la classe 06 qui comporte 9 sous-groupes, depuis les anthelmintiques (06 10) jusqu'aux trypanocides (06 90). Ainsi, les quatre premiers chiffres désignent la classe et le sous-groupe. On a étendu ici ce système de codification en numérotant en suivant, au sein de chaque sous-groupe, les médicaments de la liste OMS des médicaments essentiels. Ce numéro correspond à la troisième série de 2 chiffres. La dernière série de 2 chiffres permet de distinguer pour un même médicament plusieurs formes pharmaceutiques et plusieurs dosages. Par exemple, à l'intérieur du sous-groupe des anthelminiques le premier médicament de la liste OMS est le mébendazole qui est désigné par le numéro de code 06 10 01, tandis que le comprimé de 100 mg se voit attribuer un groupe de chiffres complémentaires (01) ce qui donne le numéro de code complet 06 10 01 01. Le second médicament de ce sous-groupe est le comprimé à 100 mg de niclosamide qui reçoit le numéro de code 06 10 02 01. Le troisième médicament est la pipérazine qui est codée 06 10 03 mais, comme il existe deux formes pharmaceutiques, le comprimé dosé à 500 mg reçoit le numéro 06 10 03 01, et le sirop à 500 mg/ml le numéro 06 10 03 02. NB. Bien que ce système de codification se fonde sur le système utilisé dans la liste des médicaments essentiels de l'OMS, il est cité uniquement comme un exemple de système de codification simple. Ce n'est PAS un modèle de système de codification.</p>		
GRUPE THÉRAPEUTIQUE ET NUMÉRO DE CODE DU MÉDICAMENT	NOM GÉNÉRIQUE	FORME PHARMACEUTIQUE ET DOSAGE
<p>01 ANESTHÉSIIQUES</p> <p>01 10 Anesthésiques généraux et oxygène</p> <p>01 20 Anesthésiques locaux</p> <p>01 20 02 01</p>	lidocaïne	inj. 1 %, fl. de 50 ml
<p>02 ANALGÉSIIQUES, ANTIPYRÉTIQUES & ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS</p> <p>02 10 Non opioïdes</p> <p>02 10 01 01</p> <p>02 10 05 01</p> <p>02 10 07 01</p> <p>02 20 Analgésiques opioïdes</p> <p>02 20 03 01</p>	<p>acide acétylsalicylique</p> <p>paracétamol</p> <p>probénécide</p> <p>péthidine</p>	<p>comp. 300 mg</p> <p>comp. 500 mg</p> <p>comp. 500 mg</p> <p>inj. 50 mg/ml, amp. 2 ml</p>
<p>03 ANTIALLERGIQUES</p> <p>03 00 01 01</p>	chlorphénamine	comp. 4 mg
<p>04 ANTIDOTES ET AUTRES SUBSTANCES UTILISÉS POUR LE TRAITEMENT DES INTOXICATIONS</p> <p>04 10 antidotes généraux</p> <p>04 10 02 01</p> <p>04 20 antidotes spécifiques</p>	<p>ipécacuanha</p> <p>sérum antivenimeux voir 19 20</p> <p>sérum et immunoglobulines</p>	<p>sp. 0,14 %</p> <p>à suivre</p>

Tableau 4.7 (suite)

CLASSE THÉRAPEUTIQUE ET NUMÉRO DE CODE DU MÉDICAMENT	NOM GÉNÉRIQUE	FORME PHARMACEUTIQUE ET DOSAGE
05 ANTIÉPILEPTIQUES		
05 00 01 01	diazépam, inj. 10 mg/2 ml en amp. de 2 ml - voir le groupe 24	
05 00 03 01	phénobarbital	comp. 30 mg
05 00 03 02	phénobarbital	sp 15 mg/5 ml
06 ANTIINFECTIEUX		
06 10 Anthelminthiques		
06 10 01 01	mébendazole	comp. 100 mg
06 10 02 01	niclosamide	comp. 500 mg
06 10 03 01	pipérazine	comp. 500 mg
06 10 03 02	piperazine	sp 500 mg/5 ml
06 20 Anti amibiens		
06 20 01 01	métrodinazole	comp. 200 mg
06 30 Antibactériens		
06 31 Pénicillines		
06 31 01 01	ampicilline	comp. 250 mg
06 31 01 02	ampicilline	sp 125 mg/ml
06 31 02 01	benzathine benzylpénicilline	inj. 2,4 mega UI/5 ml
06 31 05 01	phénoxyméthylpénicilline	comp. 250 mg
06 31 05 02	phénoxyméthylpénicilline	sp 250 mg/ml
06 31 06 01	procaine benzylpénicilline	inj. 3 mega UI en fl
06 32 Autres antibactériens		
06 32 01 01	chloramphénicol	comp. 250 mg
06 32 07 01	sulfamidine	comp. 500 mg
06 32 08 01	sulfaméthoxazole + triméthoprime	comp. 400 mg + 80 mg
06 32 10 01	tétracycline	comp. 50 mg
06 33 Antilépreux		
06 33 02 01	dapsone	comp. 100 mg
06 34 Antituberculeux		
06 34 05 01	streptomycine	inj. 1 ml en fl
06 34 06 01	thiocétazone + isoniazide	comp. 50 mg + 100 mg
06 40 Antifilariens		
06 40 01 01	diéthylcarbamazine	comp. 50 mg
06 40 02 01	suramine sodique	inj. 1 g en fl.
06 50 Antifongiques		
06 50 03 01	nystatine	pes 100 000 UI
06 60 Leishmaniacides		
06 70 Antipaludiques		
06 70 01 01	chloroquine	comp. 150 mg
06 70 01 02	chloroquine	sp 50 mg/5 ml
06 70 03 01	quinine	comp. 300 mg
06 70 03 02	quinine	inj. 300 mg/ml en amp. de 2 ml
06 80 Schistosomicides		
06 80 01 01	métrifonate	comp. 100 mg
06 80 03 01	praziquantel	comp. 600 mg
06 90 Trypanocides		
	suramine sodique - voir 06 40 ci-dessus, antifilariens	

à suivre

COMMENT ESTIMER LES BESOINS EN MÉDICAMENTS

Tableau 4.7 (suite)

CLASSE THÉRAPEUTIQUE ET NUMÉRO DE CODE DU MÉDICAMENT	NOM GÉNÉRIQUE	FORME PHARMACEUTIQUE ET DOSAGE
07 ANTIMIGRAINEUX - -	- -	
08 ANTINÉOPLASTIQUES ET IMMUNOSUPPESSEURS - -	- -	
09 ANTIPARKINSONIENS - -	- -	
10 SANG (MÉDICAMENTS AGISSANT SUR LE) 10 10 Antianémiques 10 10 01 02 10 10 02 01 10 10 04 01 10 20 Anticoagulants et antagonistes - -	sel ferreux acide folique sulfato ferreux + acide folique - -	sol. 15 mg de fer équivalent/0,6 ml comp. 1 mg comp. 60 mg + 0,20 mg
11 DÉRIVÉS ET SUCCÉDANÉS DU SANG 11 10 Succédanés du plasma 11 10 01 01 11 20 Fractions plasmatiques - -	dextran 70 - -	sol. inj. 6% sol
12 MÉDICAMENTS DE L'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE 12 10 Anti angoreux 12 10 01 01 12 20 Anti dysrythmiques - - 12 30 Antihypertenseurs 12 30 02 01 12 40 Glycosides cardiaques - - 12 50 Médicaments utilisés contre le choc ou l'anaphylaxie 12 50 02 01	Trinitrate de glycéryl - - hydrochlorothiazide - - épinéphrine (adrénaline) dextran 70 - voir sous 11 10 succédanés du plasma	comp. 0,5 mg comp. 50 mg inj. 1 mg/ml amp. de 1 ml
13 MÉDICAMENTS DERMATOLOGIQUES 13 10 Antifongiques 13 10 01 01 13 20 Antiinfectieux 13 20 02 01 13 30 Antiinflammatoires & antiprurigineux 13 30 02 01 13 30 03 01 13 40 Astringents 13 40 01 01 13 50 Kératoplastiques & kératolitiques - - 13 60 Scabicides & pédiculicides	acide benzoïque & acide salicylique néomycine & bacitracine lotion à la calamine hydrocortisone acétate d'aluminium - -	pom. 6% et 3% pom. 5 mg & 500 UI tube de 20 mg lot pom. 1% en tube de 15 mg sol. 13% pour dilution

à suivre

COMMENT ESTIMER LES BESOINS EN MÉDICAMENTS

Tableau 4.7 (suite)

CLASSE THÉRAPEUTIQUE ET NUMÉRO DE CODE DU MÉDICAMENT	NOM GÉNÉRIQUE	FORME PHARMACEUTIQUE ET DOSAGE
19 PRÉPARATIONS IMMUNOLOGIQUES 19 10 Produits à usage diagnostique - - 19 20 Sérums et immunoglobulines 19 20 03 01 19 30 Vaccins	- - sérum antivenimeux couverts par le programme élargi de vaccination	
20 MYORELAXANTS (PÉRIPHÉRIQUES) ET INHIBITEURS DE LA CHOLINESTÉRASE - -	- -	
21 PRÉPARATIONS OPHTALMOLOGIQUES 21 10 Anti-infectieux 21 10 03 01 21 20 Anti-inflammatoires - - 21 20 Anesthésiques locaux - - 21 40 Myotiques et antiglaucmateux - - 21 50 Mydriatiques 21 50 01 01	pommade ophtalmique à la tétracycline 1% en tube de 5 mg - - - - - - fluorescéine (collyre)	1%
22 OCYTOCIQUES 22 00 01 01 22 00 01 02	ergométrine ergométrine	comp. 0,2 mg inj. 0,2 mg/ml, amp. de 1 ml
23 SOLUTION POUR DIALYSE PÉRITONÉALE - -	- -	
24 PSYCHOTROPES 24 10 02 01 24 00 02 02 24 00 03 01	chlorpromazine chlorpromazine diazépam diazépam	comp. 100 mg sp 2 mg/ml comp. 5 mg inj. 10 mg/2 ml, amp. de 2 ml
25 MÉDICAMENTS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE 25 10 Anti asthmatiques 25 10 03 01 25 10 03 02 25 20 Antitussifs - -	salbutamol salbutamol voir épinéphrine (adrénaline) - -	comp. 4 ml sp 2 mg/ml, amp. de 1 ml 12 50 Médicaments utilisés contre le choc ou l'anaphylaxie
26 SOLUTIONS DESTINÉES À CORRIGER LES PERTURBATIONS DE L'ÉQUILIBRE HYDRIQUE, ÉLECTROLYTIQUE ET ACIDO-BASIQUE 26 10 Pour la voie orale 26 20 Pour la voie parentérale 26 20 01 01 26 30 Divers 26 30 09 01	voir SRD 17 62, solution de remplacement solution de Ringer (solution de lactate de sodium composée) eau injectable	iv. 500 ml amp. de 10 ml
27 Vitamines et sels minéraux 27 00 05 01	rétinol (vitamine A)	comp. 60 mg

Tableau 4.8

Liste indicative (par ordre alphabétique) de médicaments essentiels pour le niveau de soins intermédiaire (centre de santé), avec la taille du conditionnement secondaire et le prix indicatif

NOM GÉNÉRIQUE DU MÉDICAMENT	FORME PHARMACEUTIQUE ET DOSAGE	TAILLE DU CONDITIONNEMENT	PRIX PAR CONDITIONNEMENT (US \$)
Acétate d'aluminium	gttes 13% ml	flacon de 1000 ml	3,00
Acide acétylsalicylique	comp. 300 mg	boîte de 1000 comp.	0,94
Acide benzoïque, et salic.	pom. 6% et 3% mg	pot de 1 kg	3,61
Acide folique	comp. 1 mg	boîte de 1000 comp.	0,58
Ampicilline	gél. 250 mg	boîte de 1000 cap.	20,86
Benzath. benzylpénicill.	inj. 2,4 MU/fl (poudre)	flacon de 2,4 méga UI	0,18
Benzoate de benzyle	sol. 25% ml	flacon de 1000 ml	1,57
Calamine, (lotion à la)	lot. ml	flacon de 500 ml	1,28
Chloramphénicol	cap. 250 mg	boîte de 1000 cap.	9,80
Chloramphénicol	inj. 1 g amp. (poudre)	flacon de 1 g	0,27
Chlorhexidine	sol. conc. 5% ml	flacon de 100 ml	0,93
Chloroquine	comp. 150 mg base	boîte de 1000 comp.	5,95
Chlorphénamine	comp. 4 mg	boîte de 1000 comp.	0,88
Chlorpromazine	comp. 100 mg	boîte de 100 comp.	0,67
Dapsone	comp. 50 mg	boîte de 1000 comp.	0,66
Dextran 70	inj. sol. 6% 500 ml	flacon de 500 ml	0,14
Diazépam	inj. 10 mg/2 ml fl.	boîte de 10 amp.	0,12
Diazépam	comp. 5 mg	boîte de 1000 comp.	3,00
Diéthylcarbamazine	comp. 50 mg	boîte de 1000 comp.	1,15
Eau ppi	10 ml amp.	amp. de 10 ml	0,03
Epinéphrine	inj. 1 mg/ml amp.	boîte de 10 amp.	0,37
Ergométrine	inj. 0,2 mg/ml amp.	boîte de 10 amp.	0,41
Fluorescéine	collyre 1% 1 ml	flacon de 10 ml	0,50
Gilbenclamide	comp. 4 mg	boîte de 1000 comp.	1,50
Hydrochlorothiazide	comp. 25 mg	boîte de 1000 comp.	2,18
Hydroxyde d'aluminium	comp. 500 mg	boîte de 1000 comp.	1,00
Imipramine	comp. 25 mg	boîte de 1000 comp.	3,00
Insuline zinc comp. susp.	inj. 40 UI/ml, 10 ml	flacon de 10 ml	0,35
Ipécacuanha	sp 0,14% ml	flacon de 100 ml	0,33
Lidocaïne	inj. sol. 1% 50 ml	flacon de 50 ml	0,25
Lindane	lot. 1% ml	100 tubes	30,00
Métabendazole	comp. 100 mg	boîte de 100 comp.	0,61
Métrifonate	comp. 100 mg	boîte de 1000 comp.	10,00
Métronidazole	comp. 250 mg	boîte de 1000 tab	5,39
Néomycine, bacitracine	pom. 5 mg + 500 UI, 20 g	tube de 20 g	0,16
Nicosamide	comp. 500 mg	boîte de 100 comp.	1,41
Nystatine	pess. 100 000 UI	boîte de 15 pess.	1,09
Paracétamol	comp. 500 mg	boîte de 1000 comp.	2,60
Péthidine	inj. 100 mg/2 ml amp.	boîte de 10 amp.	1,00
Phénobarbital	comp. 50 mg	boîte de 100 comp.	0,36
Phénoxy-méthylpénicill.	comp. 250 mg	boîte de 1000 comp.	7,51
Phénythoïne	comp. 100 mg	boîte de 100 comp.	0,55
Praziquantel	comp. 600 mg	boîte de 1000 comp.	376,47
Probénécide	comp. 500 mg	boîte de 30 comp.	1,50
Proc. benzylpénicill.	inj. méga UI fl. (poudre)	flacon de 3 méga UI (3 g)	0,24
Prométhazine	comp. 25 mg	flacon de 100 comp.	0,34
Quinine	comp. 300 mg	boîte de 100 comp.	3,60
Quinine	inj. 300 mg/ml fl. de 2 ml	boîte de 10 flacons	0,88
Salbutamol	comp. 4 mg	boîte de 100 comp.	1,92
Sels réhydr. or.	sach. 1 l	paquet de 1 litre	0,04
Séné	comp. 7,5 mg	paquet de 100 comp.	2,55
Sérum antivenin	inj. IV 100 ml	1 flacon de 100 ml	15,00
Solution de Ringer	sol 500 ml	flacon de 500 ml	0,33
Spectinomycine	inj. 2 g fl.	boîte de 10 flacons	1,00
Streptomycine	inj. 1 g fl.	flacon de 1 g	0,10
Sulfaméth/triméthopr.	comp. 400 mg et 80 mg	boîte de 1000 comp.	17,00
Sulfate ferreux	comp. 60 mg	boîte de 1000 comp.	0,82
Sulfate ferreux et acide fol.	comp. 60 mg et 0,25 mg	boîte de 1000 comp.	0,76
Suramine sodique	inj. 1 g fl. (poudre)	boîte de 10 flacons	5,00
Tétracycline	cap. de 250 mg	boîte de 1000 cap	7,90
Tétracycline	pom. oc. 1% tube 5 g	tube de 5 g	0,07
Thiacétazone/INH	comp. 150 mg + 300 mg	boîte de 1000 comp.	6,82
Trinitrate de glycéryle	comp. 0,5 mg	boîte de 100 comp.	0,73
Violet de gentiane	sol. ml	boîte de 25 g (=1000 ml)	0,61
Vitamina A (rétinol)	cap. 200 000 UI	boîte de 1000 cap.	2,00

