

L'approvisionnement en médicaments dans les pays en voie de développement Il faut sauver les centrales d'achats publiques de médicaments en Afrique

Medicine supplies in developing countries: Saving public medicine procurement bodies in Africa

Barbereau S.

Consultant indépendant. Ancien directeur général de Pharmaciens sans frontières. Ancien vice-président de ReMeD. 20, rue des Bergéronnettes 85460, La Faute-sur-Mer

Résumé. Quel avenir pour les centrales d'achats en médicaments du secteur public en Afrique ? Qui veut leur survie ? Qui veut leur mort ? Veut-on des établissements pharmaceutiques ou bien des plateformes logistiques ?

Mots clés : centrale d'achats, secteur pharmaceutique public, médicaments essentiels.

Abstract. What is the future for public medicine procurement bodies in Africa? Who wants them to survive? Who wants them to die? Do we want pharmaceutical businesses or logistic platforms?

Key words: *procurement bodies, public pharmaceutical sector, essential medicines.*

Correspondance : serge.barbereau@wanadoo.fr

Historique et définitions

Depuis près de vingt ans, la question reste posée de l'approvisionnement du secteur public en médicaments essentiels dans les pays en développement.

L'une des réponses essentielles était la création des centrales publiques d'achats (CA). La mission de ces centrales était d'assurer la disponibilité des médicaments de qualité à toute la population en complémentarité avec le secteur privé.

Les politiques actuelles s'orientent vers leur suppression, soit directement, soit indirectement – en décidant de ne pas les soutenir, ce qui les condamne à terme.

Les CA sont des structures plus ou moins étatiques qui ont la charge de passer les commandes en produits de santé destinées au secteur public ou privé non lucratif, puis de distribuer ces produits à toutes ces structures de santé. Les CA sont le principal outil d'approvisionnement des structures de santé en produits de santé.

Une question reste à résoudre, pour décider des interventions à envisager : ces CA sont-elles des établissements pharmaceutiques – avec comme corollaire les bonnes pratiques de distribution – ou bien de simples plateformes logistiques ? Les divers partenai-

res impliqués poussent soit dans un sens, soit dans l'autre, empêchant les États de trancher.

La nécessité existe pourtant d'une complémentarité entre secteur privé et secteur public, afin de couvrir tous les besoins. Force est de constater que, chaque fois qu'une crise affaiblit le secteur public d'approvisionnement en médicaments d'un pays, ce n'est pas le secteur privé qui comble le vide mais le secteur illicite. C'est ainsi que prolifèrent des médicaments de qualité douteuse, qui, paradoxalement coûtent très cher aux populations les plus pauvres ainsi qu'aux systèmes de santé, pour des résultats portant atteinte à la santé publique.

Le constat

Des contraintes, extrêmement nombreuses, nuisent au bon fonctionnement de ces centrales. Sans prétendre être exhaustifs on peut citer les suivantes.

- la complexité des systèmes d'approvisionnement et de distribution dans les pays, liée au nombre important d'acteurs intervenant dans la chaîne d'approvisionnement (*annexe 1*).

- L'absence de coordination entre les acteurs, qui aggrave cette complexité. Ce manque de coordination est de la responsabilité des bailleurs, qui veulent

chacun marquer leur territoire, ainsi que des ministères de la Santé, dans l'incapacité d'imposer une coordination entre acteurs. Cette situation est aggravée par la part excessive d'actions menées dans des conditions d'urgence, lesquelles permettent de se soustraire à certaines contraintes techniques ou réglementaires.

- Le manque d'autonomie administrative et financière des CA, qui ne leur permet pas de faire des choix conduits par les seules raisons techniques. Ainsi, l'application du code des marchés publics pour les achats (y compris pour certaines qui ont un statut d'association sans but lucratif) leur interdit de choisir certains fournisseurs, préférables du point de vue technique bons, ou, mieux, de suivre la politique de préqualification de l'OMS.

Ainsi les considérations financières prennent-elles le dessus, dans les commissions chargées de l'ouverture des plis, sur les arguments techniques. Les procédures des marchés publics manquent de souplesse, et le pharmacien doit souvent se résoudre à avoir des lignes infructueuses ou à relancer un appel d'offres – et en ce cas à enregistrer une très longue rupture de stock.

Le secteur public est par ailleurs contraint à effectuer ses achats sur la base d'une évaluation des besoins, et avec un financement restreint – quand le secteur privé achète ce qu'il vend : il valide un fournisseur et lui passe commande en fonction de ses besoins. Il assure ainsi au fournisseur et au producteur de matières premières une continuité d'achats.

Les dons non sollicités, ne respectant pas les principes directeurs de l'OMS, compliquent et entravent le bon fonctionnement des CA. Le comble est atteint quand ces dons viennent des institutions internationales pourtant signataires.

Globalement, les CA doivent fonctionner comme des entreprises – or, la majorité de leurs clients sont insolvables, les structures de santé n'ayant pas la capacité de faire rentrer suffisamment d'argent pour cela.

Les causes du mal

Trois raisons principales expliquent cette situation.

L'insuffisance du financement des médicaments

Cette insuffisance concerne aussi bien les financements venus de l'État que ceux des partenaires ou des populations. La tendance, depuis vingt ans, est de sous-estimer les coûts des médicaments, ceux-là ayant baissé grâce aux génériques et à la concurrence. Néanmoins, ce coût ne peut plus être réduit sans risquer de faire baisser la qualité.

Un aspect essentiel est de définir quelle doit être la participation de chacun.

Il faut rappeler que c'est la nécessité de « financements complémentaires » qui a amené à l'Initiative de Bamako.

Si l'on revient progressivement vers « la gratuité », il faut se poser la question des financements pour le système de santé et pour les médicaments – et donc se demander ce que sera la participation financière des populations, et sous quel mode : directe ou indirecte ?

Une CA, comme toute entreprise, a besoin d'atteindre un seuil de rentabilité. Une fois ce seuil atteint, une baisse de la marge commerciale peut être envisagée, la centrale se trouvant

ainsi à même de remplir sa mission de service public qui est de mettre à disposition des médicaments de qualité à des prix abordables.

La non-utilisation du système national d'approvisionnement et de distribution par les partenaires

Une majorité des partenaires ne font que de l'urgence. L'exemple le plus marquant est le Fonds mondial, pour lequel des actions en urgence étaient justifiées, historiquement, dans le cadre de la lutte contre le sida, mais qui a conservé ce mode de fonctionnement lorsqu'il a élargi son champ d'intervention au paludisme et à la tuberculose, au lieu de se réformer. Quelle sera l'étape suivante ?

L'Unicef pour les enfants, le FNUAP pour la santé de la reproduction, le PNUD souvent pour du matériel médical, etc. : chacun cherche une solution, mais ne fait que répondre à l'urgence des problèmes.

Or, chacune de ces actions d'urgence a pour conséquence de bloquer le développement des CA en cours, voire de les faire régresser.

Toutes ces interventions sont mises en place pour une seule raison : les malades. Or, ceux-là semblent parfois oubliés. Ainsi la gratuité est-elle actuellement ciblée : les médicaments gratuits sont réservés à une pathologie ou une tranche d'âge. Que penser de ce mode de fonctionnement ? La mère d'un enfant malade doit-elle faire le diagnostic elle-même, avant de l'amener dans la structure de soins, pour savoir si le traitement sera payant ou gratuit ?

Le manque d'autonomie

Une CA doit disposer d'une véritable autonomie. Ainsi est-il nécessaire que son financement soit principalement assuré par la vente de médicaments, et non par des subventions ou des dons. Or, les CA sont en permanence confrontées à l'insolvabilité de certains clients, d'une part, et d'autre part à des dons – qui paradoxalement posent de nombreux problèmes de gestion.

Il y a un manque de compatibilité, lors des appels d'offres, entre l'application du code des marchés publics et la disponibilité internationale des médicaments. Les deux ne peuvent fonctionner à la même vitesse.

La chaîne d'approvisionnement doit tenir compte de la totalité de la chaîne à partir de la matière première. Or les laboratoires pharmaceutiques n'ont pas de stocks de réserve. Ça n'est le plus souvent que lorsqu'un fournisseur gagne un appel d'offres, qu'il passe commande des matières premières ; il ne lui est ainsi pas possible de livrer dans les délais impartis.

Ce problème concerne aussi l'industrie locale. La majorité des matières premières vient d'Inde ou de Chine.

Comment faire passer le secteur pharmaceutique public vers un système de développement pérenne ?

Il faut :

- assurer l'indépendance technique et financière,
- sortir des procédures des marchés publics (les recettes doivent venir des ventes de médicaments),

- assurer les financements en solvabilisant les acheteurs,
- augmenter le chiffre d'affaires pour diminuer les marges et faire baisser les prix pour les patients,
- supprimer les circuits parallèles.

Un exemple : la Camebu au Burundi

Créée en mars 2000, la Camebu a bénéficié du transfert de patrimoine du Dépôt pharmaceutique du Burundi. Elle est dotée d'un statut d'administration personnalisée de l'État (APE), et est fonctionnelle depuis le 1^{er} janvier 2001.

Elle rencontre dans son fonctionnement de nombreux obstacles :

- ses statuts APE la rendent dépendante des procédures des marchés publics, souvent incompatibles avec le marché international du médicament (lenteur et procédures de paiement). Il faut, au mieux, un an pour réaliser un appel d'offres et recevoir les médicaments.

Il est impossible dans de telles conditions d'ajuster les commandes en fonction des besoins et d'avoir une continuité. Ses principaux acheteurs sont des structures de l'État et les paiements ne se font qu'avec beaucoup de retard. Le circuit financier qui accompagne le circuit de distribution ne fonctionne pas. (Problème de distribution de médicaments « gratuits » ou subventionnés.)

- La Camebu, qui devait devenir une centrale d'achat (établissement pharmaceutique) à sa création, est toujours considérée comme un dépôt pharmaceutique. Elle se trouve ainsi à gérer des dons ; cela a un coût, qui l'affaiblit financièrement.

Pour une pérennité, il faut construire un réseau de distribution accompagné d'un circuit financier et d'un circuit d'information en tenant compte des contraintes et de la spécificité « gratuité » de la mesure présidentielle.

Quelles solutions pour en finir avec les ruptures de stock ?

- Opter pour une intégration de la gestion des produits de santé dans une filière unique.
- Solvabiliser les acheteurs en passant du financement de l'offre à celui du financement de la demande. *Cela doit être le principal objectif du gouvernement et des partenaires.*

Dès que la clientèle est « viabilisée », il n'y a plus de retard de paiement significatif.

La pérennisation par un fonds « gratuité » viabilisant financièrement les structures sanitaires clientes de la Camebu

L'idée du fonds gratuité, destiné au paiement des structures délivrant la gratuité dans le cadre de la mesure présidentielle, a

été reprise et appuyée par un financement de la Banque mondiale.

En avril 2009, la Camebu a cessé de délivrer gratuitement les médicaments destinés aux structures sanitaires. Le ministère de la Santé a accéléré les remboursements des factures transmises par les structures sanitaires permettant à celles-ci le paiement comptant des médicaments achetés à la Camebu. L'effet a été immédiat. Le chiffre d'affaires de la Camebu a ainsi doublé entre 2007 et 2009. Les fonds propres de la Camebu ont été reconstitués, et un appel d'offres a été réalisé dès janvier 2010, d'un montant de 10 millions de dollars, pour couvrir l'année 2010 et le début de 2011. La progression continue, et le chiffre d'affaires pour 2012 est de 8 milliards de FBU pour un chiffre d'affaires 2006 de 2 milliards. La marge de fonctionnement de la Camebu a été baissée de 25 à 15 % avec une répercussion immédiate sur le prix de vente aux structures sanitaires et de fait au niveau des malades.

À ce jour :

- la Camebu gère ses appels d'offres sur fonds propre. Cela se fait par bons de commande, en fonction des besoins, sur une période de un an.
- la Camebu est aussi rémunérée pour la gestion de tous les dons (ce qui ne fait que reprendre les principes directeurs applicables aux dons de médicaments de l'OMS datant de 1999).

Les coûts des transports locaux et internationaux, de l'entreposage, du dédouanement, du stockage et de la manutention dans de bonnes conditions devront être à la charge de l'organisme donateur, à moins qu'il en ait été décidé autrement en accord avec le bénéficiaire.

Discussion

Il nous semble que l'aide internationale doit réellement travailler dans une perspective de développement en accord avec ses discours. En ce sens, concernant les médicaments, elle doit accompagner les États dans les remboursements des médicaments prescrits aux malades les plus pauvres.

Les dons de médicament sont très souvent inefficaces à long terme. C'est uniquement une réponse d'urgence. Si c'était la solution, il n'y aurait plus de problèmes dans la distribution des médicaments depuis longtemps. Toutes les centrales d'achat ont connu des dons inappropriés qui sont alors stockés en attendant la péremption et leur destruction – ce qui, de surcroît, génère des coûts.

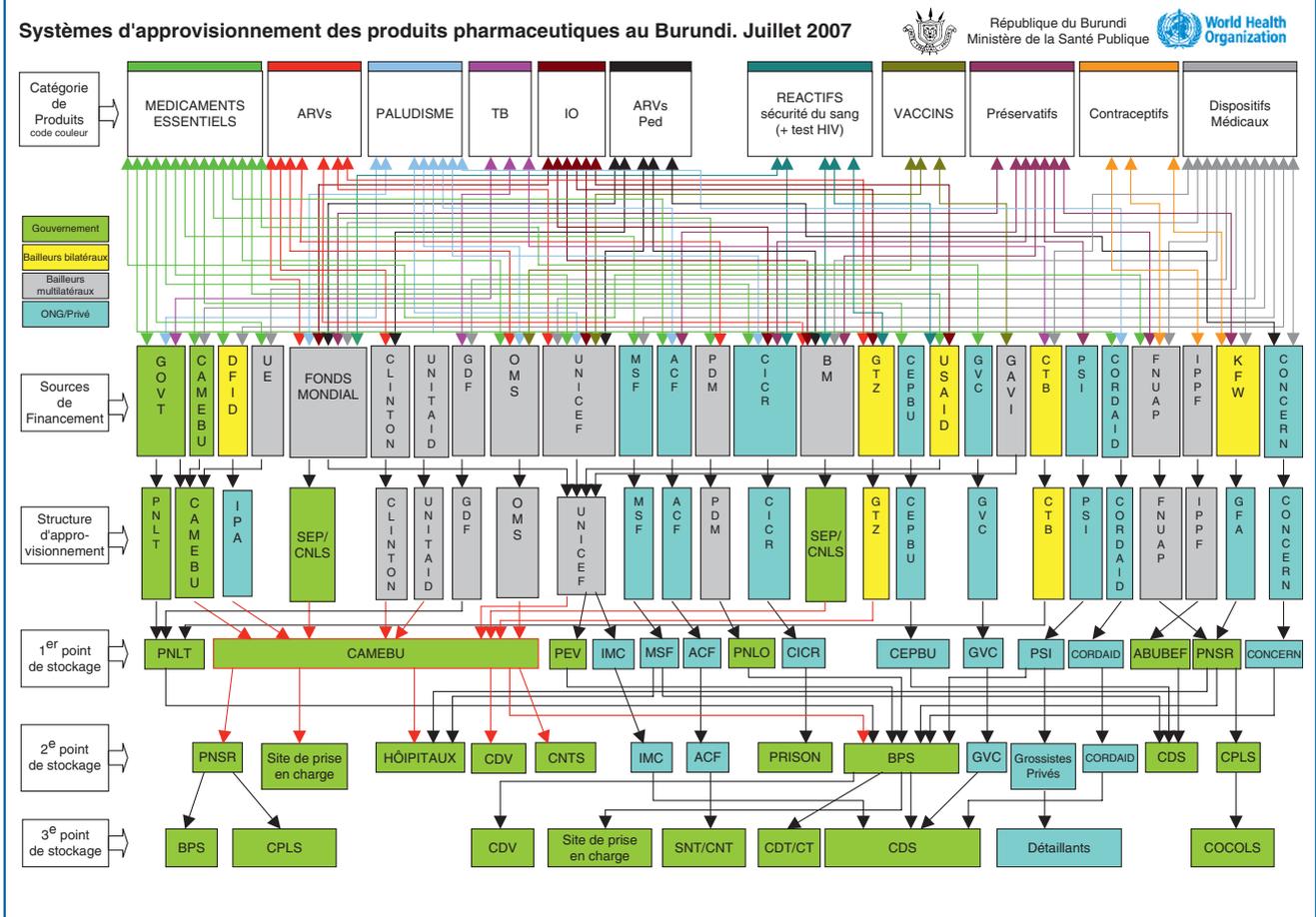
Concernant les circuits de distribution, comme dans le secteur privé, un médicament délivré doit être payé.

C'est souvent l'absence d'un circuit financier d'achat/vente qui paralyse et qui provoque les ruptures.

Conflits d'intérêt : aucun.

Annexe 1

OMS : cartographie/évaluation approfondie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques de onze pays : Cameroun, Sénégal, Rwanda, Burundi, Mali, Congo-Brazzaville, République démocratique du Congo, Ghana, Nigéria, Tanzanie et Zambie.



Liste des abréviations

- ACF : Action contre la faim
- BPS : bureau provincial de santé
- CAMEBU : Centrale d'achat de médicaments essentiels du Burundi
- CDS : centre de santé
- CDT : centre de dépistage et de traitement
- CDV : centre de dépistage volontaire
- CEPBU : Communauté des Églises de Pentecôte au Burundi
- CICR : Comité international de la Croix-rouge
- CNT : centre de nutrition thérapeutique
- CNTS : Centre national de transfusion sanguine
- COCOLS : comité communal de lutte contre le sida
- CORDAID : Catholic Organization for Relief and Development Aids
- CPLS : comité provincial de lutte contre le sida
- CT : centre de traitement
- CTB : Coopération technique belge
- DFID : Department For International Development

- Gavi : Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation
- GDF : Global Drug Facility
- GFA Medica : bureau de consultance
- GVC : groupe de volontariat civil
- GTZ : Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Coopération Technique Allemande)
- IMC : International Medical Corps
- IO : infections opportunistes
- IPA : International Procurement Agency
- IPPF : International Planned Parenthood Federation (Fédération internationale de planification familiale)
- IST : infections sexuellement transmissibles
- KfW : Kreditanstalt Für Wiederaufbau
- MSF : Médecins sans frontières
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- PDM : Programme de donateur du Mectizan
- PEV : programme élargi de vaccination
- PNLO : Programme national de lutte contre l'Onchocercose
- PNLT : Programme national de lutte contre la Lèpre et la Tuberculose
- PNSR : Programme national de la santé de la reproduction
- PSI : Population Services International
- SEP/CNLS : secrétariat exécutif permanent du Conseil national de lutte contre le sida
- SNT : service de nutrition thérapeutique
- UE : Union européenne
- UNFPA : Fonds des Nations unies pour la population
- Unicef : Fonds des Nations unies pour l'enfance
- USAID : Agence de développement international des Etats-Unis



Rue de Bamako (Mali) © R. Michel