



## EDITORIAL

**"Le pharmacien est le premier responsable"**

**E**n ma qualité de doyen d'âge des pharmaciens du Mali, je m'en voudrais si je ne donnais pas mon point de vue sur le "médicament de la rue". Au Mali, pendant la période de "l'autonomie et des premières années de l'indépendance", certains médicaments étaient détenus et vendus par les commerçants ruraux au même titre que le mil, le riz, le sucre, le sel, etc.

C'était la "politique" de l'époque pour faciliter les approvisionnements des populations. De même, les infirmiers étaient les chefs des centres de santé. Malheureusement, dans tous les domaines de la vie publique, les "ayant fait fonction" ont continué leurs actions au détriment des personnels qualifiés formés après pour ces fonctions. En matière de pharmacie, les officinaux ayant mis plus l'accent sur l'aspect commercial, cela a tué la profession. C'est pourquoi j'ai toujours soutenu que le pharmacien est le premier responsable de la situation actuelle. Combien de pharmaciens aujourd'hui, se soucient des conditions de conservation inscrites sur les emballages des médicaments et de la température qui règne dans leur officine?

Aussi, je suis parfaitement d'accord avec Carine Baxerres (1) pour dire que : « *Face au pragmatisme des populations et à leur expérience quotidienne de quête de santé, les messages de sensibilisation destinés à la lutte contre le médicament de la rue sont parfois l'illustration de nos propres insuffisances* ». Dans ces cas, comment convaincre nos concitoyens et nos autorités du rôle scientifique et social de notre profession? L'environnement de pauvreté et de course effrénée à l'argent de notre époque ne devrait pas nous faire oublier notre serment. Notre salut au Mali est dans la formation continue obligatoire (ou le retrait du diplôme) et le changement de comportement en faveur des actions crédibilisant la profession. Les premiers étudiants devenus ministres quand ils étaient rentrés pour soutenir le pays ont ouvert le chemin en se donnant la qualification de professeurs titulaires. Les "ayant fait fonction à cette époque" méritaient une récompense. Mais aujourd'hui, que des assistants deviennent des professeurs titulaires sans travaux ni publications parce qu'ils ont dix ans d'ancienneté, c'est très grave. Mieux, après deux échecs au concours du CAMES (concours d'agrégation), on les nomme par décret !!! Mes interventions lors de mes conférences sur l'avenir de la profession n'ont pas atteint leur objectif. Laissez le "vieux" dire ce qu'il veut : voilà leur réaction. L'égoïsme a atteint son maximum. Plus de solidarité dans la profession, plus de respect pour les maîtres! Enfin, je me crois dans un autre monde ■ **Pr. Mamadou Koumaré**

.....

1- Baxerres C. "Le marché informel du médicament : une réalité méconnue par les habitants de Cotonou!" ReMeD, avril 2007 ; 34 : 3.

## DOSSIER

**L'asthme :  
une épidémie silencieuse**

*De 100 à 150 millions de personnes dans le monde souffrent d'asthme et leur nombre est en augmentation. Au niveau mondial, on enregistre plus de 180 000 décès par an dus à cette affection. L'asthme n'est pas un problème de santé publique propre aux pays développés, mais dans les pays en développement l'incidence de la maladie varie considérablement. Au niveau mondial, on estime que les coûts associés à l'asthme dépassent ceux de la tuberculose et de l'infection à VIH/sida réunis. Une enquête ReMeD-L'Union (a) dédiée aux antiasthmatiques dans les pays en développement, et présentée lors de la table ronde ReMeD en novembre 2006, offre l'occasion d'un dossier pratique et complet sur cette maladie trop souvent négligée.*

Suite page 3

**Centrales d'achats :  
réunion au sommet**

Synthèse du rapport général de la conférence internationale ACAME / partenaires et bailleurs de fonds

**L**e mardi 19 juin 2007 s'est tenue à Ouagadougou au Burkina Faso, la conférence internationale ACAME (Association des centrales d'achats de médicaments essentiels) (a) / partenaires et bailleurs de fonds. Cette conférence faisait suite à la Déclaration de Dakar des directeurs généraux de l'ACAME (1). Les directeurs généraux ont réaffirmé leur disposition en vue de créer un cadre concerté permettant de renforcer les capacités locales afin de pérenniser les systèmes nationaux d'approvisionnement. Les objectifs assignés à cette réunion étaient de débattre de l'implication des centrales dans la gestion des programmes de lutte contre les maladies prioritaires (VIH/sida, paludisme et tuberculose), des grandes lignes du plan de développement stratégique des centrales d'achats et d'examiner les meilleures possibilités d'appui de la mise en œuvre de ce plan, et de l'opportunité d'implication des partenaires au sein d'un comité de suivi des centrales d'achats.

Suite page 11

# SOMMAIRE

## EDITORIAL

Le pharmacien est le premier responsable.....1

## DOSSIER

L'asthme : une épidémie silencieuse.....1, 3-9

L'asthme : qu'est-ce que c'est ? J. André.....3-4

La prise en charge de l'asthme, J. André.....4-6

L'accès aux antiasthmatiques essentiels dans les pays d'Afrique francophone : quelle réalité dans le secteur public ? J. André.....5, 7-9

## VIE DU RESEAU

Lutte contre le marché illicite de médicaments...10

Centrales d'achats : réunion au sommet...1, 11-12

## LU POUR VOUS

Structures sanitaires de premier niveau : comment gérer leur approvisionnement?.....13

## @ QUOI DE NEUF SUR E-MED?

Abbott attaque Act-Up Paris, Abdoul Karim Ben Wahab.....13

## CAHIER D'ARTICLES SCIENTIFIQUES

Évaluation de l'accessibilité des médicaments essentiels génériques dans les structures publiques de santé au Togo en 2004, T.N. Agbokpe, A. Nyansa, D. Haudréchy.....14-18

## POLITIQUE PHARMACEUTIQUE

Fiscalité des médicaments, consommables, équipements médicaux dans les États membres de l'UEMOA, C. Traoré, G. Foulon.....19-20

## A vos agendas!

XIIIe actualités du Pharo à Marseille du 6 au 8 septembre 2007 : "Vaccinologie tropicale".

Congrès international de phytothérapie de Ouagadougou du 8 au 11 octobre 2007

La table ronde ReMeD 2007 aura lieu le 12 novembre à la faculté de Paris V.



Vous souhaitez bénéficier d'un réseau d'informations en santé publique ?  
Vous souhaitez partager votre expérience avec 2000 professionnels de 70 pays ?

### Adhérez à ReMeD !

OUI, je souhaite adhérer à ReMeD et être informé des différentes formations professionnelles dispensées par les experts du réseau, m'inscrire au forum E-MED et recevoir la newsletter et le journal de l'association.

Nom, prénom : ..... Profession : .....

Adresse complète : .....

Tel : ..... Fax : ..... E-mail : .....

Montant des cotisations : Cotisations des personnes physiques : France et Union Européenne : 40 €

Pays en développement (hors expatriés) : 10 € - Étudiants, jeunes diplômés, chômeurs : 10 € - Dons : ....€

Souscriptions des personnes morales : 100 € - Associations : 80 € - Soutien financier : 450 €

Bulletin-réponse à adresser à :

ReMeD  
35, rue Daviel  
75013 Paris

ou

remed@remed.org

Directeur de la publication : Pierre Touré - Rédaction : Carinne Bruneton - Secrétaire de rédaction : Mathilde Chosseler

Remerciements à J. André, S. Barbereau, P. Bouscharain, G. de Lemos, J.-L. Rey, J.-Y. Videau

Composition : Mathilde Chosseler - Impression : AKOA

ReMeD : 35, rue Daviel 75013 Paris - remed@remed.org - www.remmed.org



## L'asthme : une épidémie silencieuse

Suite de la page 1

## Partie 1

## L'asthme : qu'est-ce que c'est ?

Judith André, pharmacien, ReMeD

L'asthme est une inflammation chronique des bronches qui entraîne une hyperréactivité à de nombreux stimuli (allergènes, infections, aspirine, tabac, etc.). Une bronchoconstriction peut être observée lorsque les voies aériennes sont exposées à différents facteurs déclenchants. Elle se manifeste par des **épisodes récurrents de sifflements, de sensations de gêne respiratoire, d'oppression, et de toux**. Sa sévérité peut varier et conduire à adapter le traitement (b).

La **crise d'asthme** est une exacerbation épisodique de l'inflammation permanente des voies aériennes. Sa durée et sa gravité sont variables et imprévisibles.

La fréquence des crises d'asthme au cours des mois qui précèdent la consultation définit la sévérité de l'asthme : **asthme intermittent** ou **asthme persistant**.

L'inflammation chronique entraîne des modifications anatomopathologiques des bronches qui peuvent être **irréversibles**. Les études récentes ont montré, chez les patients décédés d'asthme, une inflammation aiguë et chronique des voies aériennes.

## L'asthme est-il d'origine allergique ?

L'**atopie** (prédisposition génétique aux allergies) est le facteur le plus important prédisposant à l'asthme. Elle est reflétée par la faculté de produire une quantité anormalement élevée d'immunoglobuline E (IgE) en réponse à l'exposition à des substances de l'environnement.

Il faut rechercher des allergènes présents au domicile et sur le lieu de travail. De façon schématique, la crise survient 15 minutes après le contact allergique, s'atténue, et réapparaît quatre à six heures plus tard.

## Les causes

Certaines substances sont capables de stimuler et d'entraîner la réaction du système immunitaire avec une production d'anticorps spécifiques de type IgE. Ce sont les allergènes qui seront responsables des symptômes :

- **allergènes classiques** : les acariens se trouvant dans la poussière des maisons, les moisissures qui se développent dans les lieux sombres et humides, les animaux, les pollens.
- **les substances dans le milieu professionnel** d'origine chimique ou contenues dans les poussières.
- **certaines médicaments** : AAS, AINS.

## Les facteurs aggravants

Parallèlement aux facteurs causaux, interviennent **les facteurs aggravants**, susceptibles d'aggraver un asthme ou d'expliquer sa persistance malgré un traitement bien suivi.

## Facteurs aggravants

Reflux gastro-oesophagien : fréquent

Manifestations ORL : elles accompagnent 60 à 80 % des asthmes

Tabac : 30 à 40 % des asthmatiques fument

Les irritants, polluants atmosphériques : fumée de bois, aérosols ménagers, NO<sub>2</sub>, SO<sub>2</sub>, ozone.

Infections virales et bactériennes

Médicaments responsables de bronchospasme : AAS, AINS, β-bloquant, cocaïne, héroïne, etc.

Les hormones : apparition d'asthme pendant la grossesse, les périodes menstruelles ou la ménopause

L'obésité

L'effort

Les changements de temps : refroidissement, brouillard, humidité

Le stress, les émotions violentes

La proximité des animaux : chats, chiens, etc.

## Comment faire le diagnostic ?

Doit être suspecté d'asthme tout patient se présentant dans un service de santé ou à la pharmacie avec des symptômes respiratoires de **toux, gêne respiratoire** et/ou **sifflements thoraciques à prédominance nocturne**, intermittents, variables d'un jour à l'autre, qui le réveillent et l'obligent parfois à se lever la nuit (1).

## Quelques questions pertinentes pour le diagnostic d'un asthme

Le patient a-t-il des épisodes de sibilances (sifflements respiratoires) ?

Le patient tousse-t-il la nuit ?

Le patient a-t-il des sibilants ou une toux lors de l'exercice ?

Le patient a-t-il des épisodes de dyspnée, toux ou sibilances lors de contacts avec des allergènes ou irritants ?

Les symptômes sont-ils améliorés par un traitement antiasthmatic ?

Le degré de sévérité de la maladie s'exprime par quatre stades en fonction de quatre critères : les symptômes, les crises, l'asthme nocturne et le **DEP (débit expiratoire de pointe)** ou le **VEMS (volume expiratoire maximum seconde)** (voir tableau 2, partie 2, page 4).

## L'asthme: une épidémie silencieuse

### Comment confirmer l'asthme ?

Des examens respiratoires s'imposent chez toute personne suspecte d'asthme. Dans la plupart des cas, le diagnostic est confirmé par les mesures du DEP en utilisant un simple débitmètre. Le DEP permet de mesurer l'obstruction bronchique. Il est corrélé avec la détermination du VEMS mesuré lors d'une spirométrie ■

.....

a- Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires 68 boulevard Saint Michel 75006 Paris - France 01.44.32.03.60 / www.iauatl.org

b- définition proposée par GINA (*Global initiative for asthma*).

1- L'Union, *Guide pour la prise en charge de l'asthme*, Ed 2005.

## Partie 2

### La prise en charge de l'asthme

Judith André, pharmacien, ReMeD

Le traitement antiasthmatique est un traitement **au long cours**. L'asthme ne se guérit pas, mais se soigne. Les objectifs du traitement doivent être expliqués au malade et/ou à sa famille dès le début de sa prise en charge : diminution voire disparition totale des symptômes, surtout nocturnes, absence de recours aux urgences et absence de limitation des activités, DEP normale ou  $\geq 80\%$  du DEP théorique, besoin occasionnel de bronchodilatateurs.

### La prise en charge médicamenteuse

Tableau 1 : les médicaments essentiels de l'asthme (1)

Médicaments	Dénomination commune	Mode d'administration et dosage
<b>Anti-inflammatoires</b>		
Corticoïdes	Béclométasone Prednisolone	Aérosol : 250 mg/ bouffée Comprimés 5 mg
<b>Bronchodilatateurs</b>		
Béta-2-sympathomimétiques à action immédiate	Salbutamol	Aérosol : 100 mg/ bouffée

Selon les recommandations internationales, la prise en charge de l'asthme doit suivre une approche standardisée du diagnostic et du traitement en quatre paliers (a). Le dosage des médicaments est ajusté selon les symptômes et la fonction respiratoire. Les malades réagissant bien au traitement peuvent contrôler leur asthme en utilisant moins de médicaments.

Tableau 2 : traitement de fond de l'asthme selon son degré de sévérité (2) (3)

Degré de sévérité	Traitement
<b>Asthme intermittent (stade 1)</b>  < 1 crise/ semaine < 2 réveils nocturnes / mois asymptomatique entre les crises VEMS ou DEP $\geq 80\%$	<b>Pas de traitement de fond</b>  Salbutamol 100 µg / bouffée inhalée au moment des symptômes.
<b>Asthme persistant</b>	
<b>Asthme léger (stade 2)</b>  > 1 crise / semaine < 1 crise / jour > 2 réveils nocturnes / mois asymptomatique entre les crises VEMS ou DEP $\geq 80\%$	Béclométasone 250 µg / bouffée inhalée : 1 bouffée par jour. Salbutamol 100 µg / bouffée inhalée : au moment des symptômes (pas plus de 3 à 4 bouffées par jour).
<b>Asthme modéré (stade 3)</b>  Symptômes tous les jours > 1 crise nocturne / semaine retentissement sur l'activité diurne et le sommeil VEMS ou DEP compris entre 60 à 79 %	Béclométasone 250 µg / bouffée inhalée : 2 bouffées par jour. Salbutamol 100 µg / bouffée inhalée : au moment des symptômes (pas plus de 3 à 4 bouffées par jour).
<b>Asthme sévère (stade 4)</b>  crise quotidienne limitation des activités VEMS ou DEP < 60 %.	Béclométasone 250 µg / bouffée inhalée : 4 bouffées par jour. Prednisolone : 0,5 mg/kg/jour Salbutamol 100 µg / bouffée inhalés : Pas plus de 3 à 4 bouffées par jour

### Comment éviter l'aggravation de l'asthme ?

Les mesures de prévention consistent à éviter ou à contrôler aussi bien les facteurs causaux de l'asthme (acariens, animaux, moisissures, etc.) que les facteurs aggravant les symptômes (tabac, pollution, AAS, etc.). Des conseils d'éviction concernant les différents agents potentiellement responsables d'une majoration de l'inflammation bronchique (tabac, irritants et polluants non spécifiques professionnels) sont donnés au malade. Les foyers infectieux ainsi qu'un éventuel reflux gastro-oesophagien doivent être traités.

#### Questions-clés quand l'asthme ne s'améliore pas ou s'aggrave (4)

Y a-t-il un problème d'environnement domestique ou professionnel ?

Le traitement est-il adapté au cas du malade ?

Le malade utilise-t-il correctement ses aérosols ?

L'éducation a-t-elle été faite ?

Le malade est-il observant ?

Le malade est-il un mauvais percepteur de l'obstruction bronchique ?

Y a-t-il autre chose que l'asthme ?

## L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge des maladies chroniques, dont l'asthme. Elle permet l'amélioration du contrôle de l'asthme, la diminution des exacerbations, la réduction des hospitalisations et l'amélioration de la qualité de vie. Elle vise pour le patient à mieux comprendre les mécanismes de son asthme et ses traitements, savoir gérer les crises et les aggravations, savoir aménager son environnement et partager son vécu avec d'autres patients (voir fiche pratique V, page 6) ■

.....

a- définition proposée par GINA (*Global initiative for asthma*, [www.ginasthma.com](http://www.ginasthma.com)).

1- Ait-Khaled N., Enarson D., 2005 et Block L. et coll., 2006.

2- L'Union, *Guide pour la prise en charge de l'asthme*, Ed 2005.

3- Médecins Sans Frontières, *Médicaments essentiels, guide pratique d'utilisation*, 4ème édition, octobre 2005.

4- Berlow B.A. et al. "Eight key Questions to ask when your patient with asthma doesn't get better." *Am Fam Physician* January 1997;183-9.

5- ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), Juin 2001.

## Partie 3

### L'accès aux antiasthmatiques essentiels dans les pays d'Afrique francophone : quelle réalité dans le secteur public?

Étude dans 13 pays d'Afrique

Judith André, pharmacien, ReMeD

L'Union (a) travaille à l'élaboration d'un nouveau dispositif d'approvisionnement en médicaments, l'*Asthma Drug Facility* (ADF), permettant de garantir l'accès aux médicaments essentiels (ME) de qualité, à des prix abordables. Grâce au Réseau Médicaments et Développement (ReMeD), une enquête sur l'approvisionnement en anti-asthmatiques a été effectuée. Notre objectif était d'établir un état des lieux de la disponibilité des différentes classes d'antiasthmatiques, et plus particulièrement des médicaments essentiels dans les pays d'Afrique francophone.

### Méthode de l'enquête

Un questionnaire a été élaboré à l'attention des directeurs de centrales d'achat et/ou des directeurs nationaux des pharmacies contenant les items suivants : la présence des médicaments anti-asthmatiques sur les listes nationales en médicaments essentiels

Suite à la page 7

#### FICHE PRATIQUE I : mesure du débit expiratoire de pointe (DEP)

##### Matériel

Débitmètre et embouts buccaux en carton (à jeter) ou en plastique (à nettoyer) après chaque usage.

##### Pour mesurer le DEP d'un malade en l/min

1. Placer l'embout à l'extrémité du débitmètre, et ramener le curseur à zéro.
2. Le malade étant debout, il tient le débitmètre horizontalement. Il doit prendre le débitmètre en main par l'extrémité opposée à celle de l'embout, et de façon à ne pas gêner le mouvement du curseur.
3. Expliquer au malade les gestes et mouvements à faire : inspirer profondément, serrer les lèvres autour de l'embout et expirer aussi rapidement que possible, d'un seul coup sec. Le curseur monte à un certain niveau : noter le résultat qui est donné en l/min par la position du curseur.
4. Recommencer encore deux fois la manœuvre : le résultat le plus élevé parmi les trois résultats obtenus sera retenu et enregistré.



Atelier ReMeD novembre 2006 - photo ReMeD

#### FICHE PRATIQUE II : les antiasthmatiques

##### BECLOMETASONE

Corticoïdes très utilisés en raison de leur action anti-inflammatoire locale puissante sur l'inflammation bronchique

**Effets indésirables** : irritation locale transitoire (gêne pharyngée, toux, raucité de la voix), candidoses oro-pharyngées nécessitant l'arrêt du traitement jusqu'à leur guérison par un antifongique adapté

**Précaution d'emploi** : grossesse au 1<sup>er</sup> trimestre et allaitement

**Contre-indications** : tuberculose pulmonaire, ulcère gastro-duodéal évolutif

##### PREDNISOLONE

Corticoïdes de synthèse utilisés pour leur effet anti-inflammatoire, antiallergique, et immunosuppresseur.

**Effets indésirables** :

Troubles métaboliques : rétention hydrosodée, hypokaliémie

Troubles endocriniens : atrophie corticosurrénale secondaire, irrégularités menstruelles. Troubles digestifs : risque d'ulcère gastro-duodéal.

Troubles psychiques : excitation, insomnie, etc.

Réveil des infections.

**Précaution d'emploi** : régime et traitement associés

**Contre-indications** : certaines viroses (herpès et zona oculaires, hépatites virales aiguës), grossesse

##### SALBUTAMOL

Agoniste spécifique des récepteurs bêta-2 adrénergiques des muscles lisses des bronches (bronchodilatation)

**Effets indésirables** : exceptionnel à dose thérapeutique.

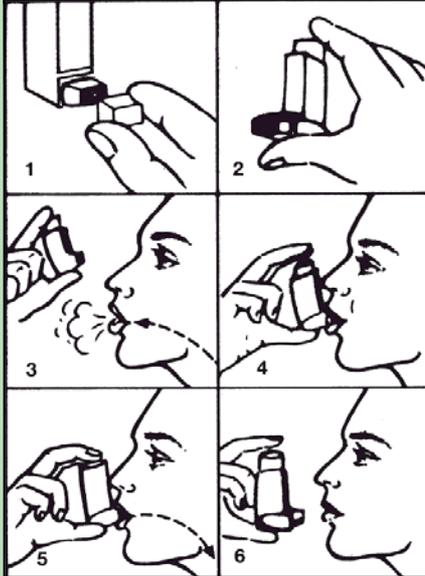
**Précaution d'emploi** : traiter toute surinfection bronchique associée

## L'asthme: une épidémie silencieuse



### FICHE PRATIQUE III : comment utiliser un aérosol doseur? (2)

1. Retirer le capuchon protecteur.
2. Bien agiter le flacon aérosol.
3. Souffler à fond pour vider les poumons.
4. Insérer l'embout dans la bouche et resserrer les lèvres.
5. Aspirer à fond tout en appuyant sur le fond de la cartouche pour faire pénétrer l'aérosol profondément dans les bronches.

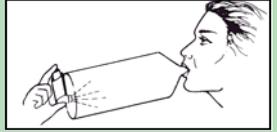


6. Retirer l'aérosol et retenir sa respiration pendant dix secondes, sans expirer.
7. Expirer puis respirer normalement.

### FICHE PRATIQUE IV : comment fabriquer et utiliser une chambre d'inhalation? (2)

#### La fabrication de la "bouteille d'inhalation" :

1. Enlever le capuchon de l'aérosol et placer l'embout de l'aérosol sur le fond d'une bouteille en plastique d'un litre propre et vide (l'embout de l'aérosol doit être bien en face de la bouteille).



2. Dessiner la forme de l'embout sur le fond de la bouteille.
3. Découper le fond de la bouteille exactement selon la forme de l'embout (l'orifice doit être juste suffisant pour pouvoir introduire l'embout de l'aérosol sans qu'il n'y ait aucune fuite en l'utilisant). Si le fond de la bouteille est trop dur, on peut le percer en utilisant un instrument chauffé au rouge et introduire l'embout dans le plastique ramolli.

#### L'utilisation de la bouteille d'inhalation

1. Agiter l'aérosol et introduire son embout à l'intérieur de l'ouverture pratiquée à cet effet dans le fond de la bouteille.
2. Expirer à fond pour vider vos poumons.
3. Prendre le goulot dans la bouche.
4. Appuyer sur le fond de la cartouche afin de faire diffuser le produit dans la bouteille.
5. **Respirer par la bouche** l'air et le produit se trouvant dans la bouteille : respirer à votre rythme aussi profondément que possible pendant une dizaine de secondes.
6. Enlever la bouteille de votre bouche, expirer à fond puis respirer normalement.

### FICHE PRATIQUE V : exemple de fiche de recommandation d'éducation thérapeutique (5)

#### L'évaluation de l'asthme et la compréhension de la maladie

1. Percevoir la présence de symptômes indiquant l'évolution de son état respiratoire vers la crise d'asthme :
  - Reconnaître les signes annonciateurs d'une aggravation de l'asthme.
  - Interpréter une gêne respiratoire
2. Mesurer correctement son DEP.
3. Exprimer ses représentations et son vécu sur la maladie et son traitement.
4. Réagir en décidant de faire appel à un médecin en temps opportun selon des critères préétablis de détérioration de l'état respiratoire.

#### Le traitement pharmacologique

1. Expliquer l'action des médicaments en s'aidant éventuellement des mécanismes de l'asthme :
  - Différencier l'action du traitement de fond et du traitement de la crise.
  - Différencier une inflammation des bronches et un bronchospasme
2. Utiliser correctement un aérosol doseur
3. Interpréter la valeur observée du DEP et des symptômes ressentis.

- Noter sur un carnet de suivi les résultats de son DEP et les événements, le contexte dans lequel surviennent les crises d'asthme.
- 4. Adapter son traitement en tenant compte du plan de traitement écrit et défini avec le médecin, en cas d'exacerbation.
- 5. Adapter son traitement en fonction des risques présents dans son environnement personnel, social et lors d'un changement de contexte.
- 6. Expliquer à l'entourage la maladie et la conduite à tenir lors d'une crise d'asthme.

#### Le contrôle de l'environnement

1. Agir sur la présence de facteurs asthmogènes dans son environnement domestique, sa vie sociale et professionnelle :
  - Identifier la présence d'allergènes dans son environnement
  - Identifier les situations asthmogènes afin d'adopter une attitude de prévention
2. Adapter ses activités quotidiennes et de loisirs en fonction de la pollution atmosphérique.
3. Programmer avec l'aide du médecin un arrêt du tabac :
  - Reconnaître les méfaits du tabac sur son état respiratoire.
  - Limiter la quantité de cigarettes consommées et les occasions de fumer.

#### La pratique de l'exercice physique

1. Pratiquer de l'exercice physique en fonction de sa tolérance à l'effort.

## L'asthme: une épidémie silencieuse

### Suite de la page 5

(LNME), leur disponibilité dans les centrales d'achats, le prix de vente aux formations sanitaires, le prix de vente aux malades, la marge de la pharmacie centrale et la marge pour la vente dans les services publics.

19 pays ont été ciblés : le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Cameroun, la Centrafrique, les Comores, le Congo, la République Démocratique du Congo (RDC), la Côte d'Ivoire, le Gabon, la Guinée Conakry, Madagascar, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Rwanda, le Sénégal, le Togo et le Tchad.

Les directeurs des centrales d'achats et/ou les directeurs des pharmacies ont été contactés directement par téléphone, courrier électronique ou fax (données de l'année 2005).

### Résultats de l'enquête

Nous avons obtenu 13 réponses sur les 19 pays ciblés : Bénin (CAME), Burkina-Faso (CAMEG), Congo (COMEG), Côte d'Ivoire (PSP), Gabon (CAMEG), Madagascar (SALAMA), Mali (PPM), Mauritanie (CAMEC), Niger (ONPPC), RDC (ASRAMES), Rwanda (CAMERWA), Sénégal (PNA), Togo (CAMEG-TOGO).

### Disponibilité des antiasthmatiques essentiels

#### Présence des médicaments essentiels antiasthmatiques sur les LNME

Trois pays ont inscrit les deux médicaments, le Béclométa-sone inhalé, 250 µg/bouffée et le Salbutamol inhalé 100 µg/bouffée, sur leur LNME : Madagascar, le Togo et le Rwanda. Le Salbutamol seul est présent sur les listes du Bénin, du Mali, du Congo et du Gabon. La RDC et le Sénégal n'ont inscrit aucune de ces molécules sur leur liste.

On peut signaler que le Béclométa-sone inhalé, 250 µg/bouffée, et le Salbutamol inhalé, 100 µg/bouffée figurent sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS.

#### Disponibilité des médicaments essentiels dans les centrales d'achat

Le Salbutamol inhalé 100 µg / bouffée est disponible dans huit centrales d'achat des treize pays interrogés alors que le Béclométa-sone 250 µg / bouffée ne se retrouve qu'au Niger et au Rwanda. D'autres formes de bêta-2-mimétiques sont disponibles au Rwanda (Budesonide, Fluticasone 125 µg et Béclométa-sone 50 µg) et au Bénin (Fluticasone 50 µg).

Les centrales d'achats de RDC, du Togo, de Côte d'Ivoire, de Mauritanie et du Sénégal ne disposent ni de bêta-2 mimétiques, ni de corticoïdes inhalés aux doses recommandées (données indicatives pour 2005).

Tableau 1 : disponibilité du Salbutamol 100 µg / bouffée et du Béclo-metasone 250 µg / bouffée (2005)

Pays	Salbutamol 100 µg / bouffée		Beclometasone 250 µg / bouffée	
	Disponibilité	LNME	Disponibilité	LNME
Bénin				
Burkina Faso				
Congo				
Côte d'Ivoire				
Gabon				
Madagascar				
Mali				
Mauritanie				
Niger				
RDC				
Rwanda				
Sénégal				
Togo				
<b>TOTAL</b>	<b>8/13</b>	<b>7/13</b>	<b>2/13</b>	<b>7/13</b>

Grisé : présent / Blanc : absent

#### Proportion de médicaments essentiels antiasthmatiques disponibles sur l'ensemble des antiasthmatiques

Tableau 2 : pourcentage de médicaments essentiels antiasthmatiques disponibles sur l'ensemble des antiasthmatiques

Pays	ME antiasthmatiques		Autres antiasthmatiques
	Nombre de ME disponibles	Pourcentage de ME sur l'ensemble des antiasthmatiques	Nombre d'autres antiasthmatiques disponibles
Bénin	1	17	6
Burkina Faso	1	25	4
Congo	1	25	4
Côte d'Ivoire	0	0	5
Gabon	1	20	5
Madagascar	1	20	5
Mali	1	17	6
Mauritanie	0	0	2
Niger	2	5	4
RDC	1	17	6
Rwanda	2	33	6
Sénégal	0	0	4
Togo	0	0	4

Les médicaments essentiels représentent en moyenne 17 % des spécialités anti-asthmatiques disponibles dans les centrales d'achats ayant répondu à notre enquête. Les autres molécules sont

## L'asthme: une épidémie silencieuse

constituées essentiellement de bêta-2-mimétiques (Salbutamol) et de théophyllines (Aminophylline) injectables ou *per os*. Ces traitements sont utilisés en urgence dans la crise d'asthme mais n'interviennent pas dans le traitement de fond.

### Gestion des antiasthmatiques

#### Dépenses globales

Tableau 3 : dépenses globales des centrales d'achats en antiasthmatiques

Pays	Dépenses globales en antiasthmatiques des formations sanitaires (USD)	Dépense globale en antiasthmatiques des malades(40 USD)
Bénin	9898	15216
Burkina	0	0
Congo	4081	4897
Côte d'Ivoire	53057	58320
Gabon	17776	0
Madagascar	35735	48243
Mali	19130	22963
Mauritanie	0	0
Niger	52645	80047
RDC	8797	10292
Rwanda	4864	6566
Sénégal	0	0
Togo	2360	3595

Le tableau 3 indique les dépenses des formations sanitaires au cours de l'année 2005 pour toutes les molécules antiasthmatiques (ME et autres) fournies par les centrales d'achats des pays ayant répondu à notre enquête. Ces tarifs incluent la marge appliquée par la centrale d'achats. La moyenne des dépenses globales des formations sanitaires en anti-asthmatiques est de 16 026 USD (dollars US) et s'échelonnent entre un minimum de 2360 USD et un maximum de 53 000 USD.

Les dépenses globales des malades indiquent les sommes dépensées en anti-asthmatiques par les patients dans les centres de santé au cours de l'année 2005 et donnent une indication des marges appliquées par les formations sanitaires.

On peut signaler le cas particulier du Gabon où l'Office pharmaceutique national distribue gratuitement les médicaments aux formations sanitaires du secteur public, à l'exception de cinq centres hospitaliers régionaux (budget propre) et de quelques clients du secteur privé et parapublic à but non lucratif, permettant ainsi la gratuité des soins aux malades.

#### Marges appliquées par les formations de santé

Les marges appliquées par les centrales d'achats et par les formations de santé sont à prendre en compte dans l'estimation du prix de vente aux malades à partir du prix de vente aux centrales d'achats. Dix pays sur les treize interrogés nous ont communiqué les marges appliquées par les formations de santé. La moyenne de ces marges est de 1,35 avec un minimum de 1,2 (+ 20 %) et un maximum de 1,5 (+ 50 %).

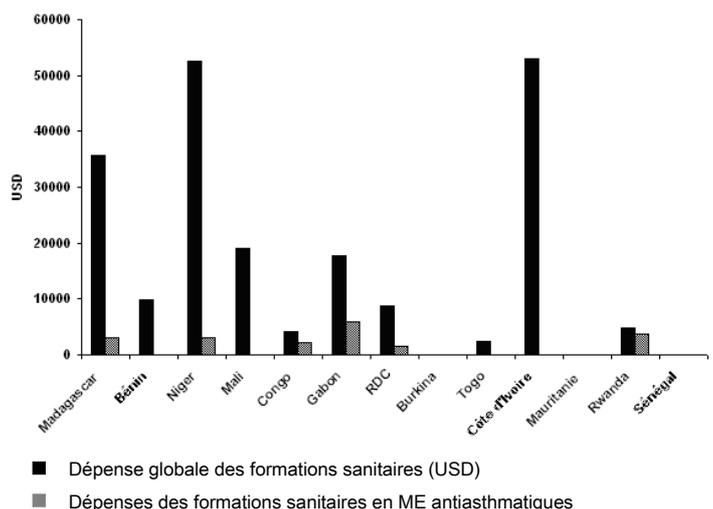
Tableau 4 : marges appliquées par les formations de santé pour la vente des antiasthmatiques aux patients (ci-contre)

Pays	Marges Appliquées (en %)
Bénin	1,5
Congo	1,2
Côte d'Ivoire	1,1
Madagascar	1,35
Mali	1,2
Mauritanie	1,6
Niger	1,5
RDC	1,2
Rwanda	1,4
Togo	1,5

#### Pourcentage des dépenses en médicaments essentiels antiasthmatiques sur les dépenses totales au niveau des centrales d'achats

Excepté au Rwanda (76 %), au Congo (51 %) et au Gabon (33 %), les dépenses consacrées aux antiasthmatiques essentiels sont inférieures à 20 % et proche de 0 % pour cinq pays disposant de ces molécules dans leurs centrales d'achats. La figure 1 met en évidence, d'une part, des budgets consacrés aux antiasthmatiques faibles ou inexistants (Congo, Burkina Faso, Togo, Mauritanie, Sénégal), d'autre part, un faible pourcentage des sommes consacrées aux antiasthmatiques essentiels malgré un budget global conséquent dans certaines centrales (Madagascar, Niger, Côte d'Ivoire).

Figure 1 : pourcentage des dépenses en Salbutamol (100 µg / bouffée) et en Bécloметасone (250 µg / bouffée) sur les dépenses totales des centrales d'achats.

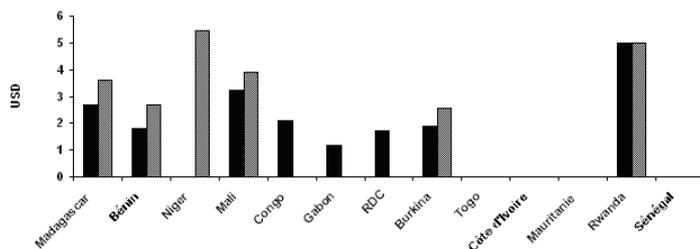


## L'asthme: une épidémie silencieuse

## Prix des médicaments essentiels antiasthmatiques

## Prix d'un aérosol de Salbutamol 100 µg / bouffée

Figure 2 : prix de vente d'un aérosol de Salbutamol 100 µg / bouffée dans les 13 pays interrogés



- Prix d'un aérosol Salbutamol 100 mcg / bouffée : prix de vente des centrales d'achat aux formations sanitaires
- Prix d'un aérosol Salbutamol 100 mcg / bouffée : prix de vente des formations sanitaires aux malades

Tableau 5 : fournisseur des aérosols de Salbutamol 100 µg / bouffée

Pays	Spécialité / générique	Fournisseur
Bénin	générique	Pharmamed
Burkina	générique	Mission Pharma, IDA
Congo	générique	IDA
Gabon	générique	CIPLA
Madagascar	générique	non communiqué
Mali	générique	CIPLA
Niger	Ventoline®	GSK
RDC	générique	CIPLA
Rwanda	générique + Ventoline®	Sinochem-Ningbo, GSK

Le prix moyen d'un aérosol de Salbutamol (100 µg / bouffée) générique est de 2,1 USD avec un minimum de 1,2 USD (Gabon) et un maximum de 3,2 USD (Mali). Le prix de la spécialité Ventoline® (GSK) est d'environ cinq USD par aérosol.

Le prix le plus bas est observé au Gabon où une politique nationale de prise en charge des traitements est instaurée.

## Prix d'un aérosol de Béclométhasone 250 µg / bouffée

Comme l'indique le tableau 1, seul le Niger et le Rwanda disposent d'aérosol de Béclométhasone 250 µg / bouffée. Son prix de vente au malade est de 17,4 USD au Niger et de 7,3 USD au Rwanda, dans les deux cas, sous sa forme spécialité Bécotide®. Les autres formes de corticoïdes inhalés disponibles au niveau des centrales d'achats du Rwanda sont vendues à un prix supérieur.

## Conclusion de l'enquête

L'amélioration du rapport coût/bénéfice par l'utilisation du Salbutamol et de corticoïdes inhalés a été mise en évidence par la pratique dans les pays industrialisés et soulignée par les organismes internationaux.

Comme le confirme cette enquête, les antiasthmatiques essentiels sont peu disponibles dans les pays d'Afrique francophone.

La première partie de notre étude montre que, malgré les recommandations internationales, ces médicaments antiasthmatiques sont rarement inscrits sur les LNME. Par ailleurs, les médicaments antiasthmatiques disponibles dans les centrales d'achats ne respectent pas toujours les médicaments de la LNME. Il semble que le principal obstacle à l'acquisition de ces médicaments réside dans leurs coûts élevés, particulièrement ceux des corticoïdes inhalés.

La deuxième partie de notre étude met en évidence la variabilité des budgets consacrés aux antiasthmatiques et la faible proportion revenant à l'achat des médicaments essentiels.

Forts de ces nombreux arguments, venant confirmer les études préalables concernant l'accessibilité aux médicaments essentiels, une des premières perspectives envisageables serait d'inciter les gouvernements nationaux à inscrire ces médicaments à leur LNME. Par ailleurs, une information des professionnels du médicament, notamment au niveau des centrales d'achats, parallèlement à la mise sur le marché de traitements à meilleur coût (programme ADF, L'Union), permettrait d'améliorer l'orientation des achats en faveur des médicaments essentiels et de rendre accessible des traitements efficaces pour un plus grand nombre de patients asthmatiques ■

.....  
a- Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires 68 boulevard Saint Michel 75006 Paris - France 01.44.32.03.60 / www.iautld.org  
Ait-Khaled N., Enarson D. *Guide pour la prise en charge de l'asthme*. UITMR. 2005 (2<sup>ème</sup> édition).

Ait-Khaled N., Enarson D.A. "Management of asthma: the essentials of good clinical practice." *Int J Tuberc Lung Dis*. 2006 Feb; 10(2): 133-137.

Block L. et coll., *Guide clinique et thérapeutique*. MSF. 2006 (7<sup>ème</sup> édition).

Laforest L. et coll., "Quality of asthma care : results from a community pharmacy based survey." *Allergy*. 2005; 60: 1505-1510.

**Remerciements à tous les responsables des centrales d'achats et directions de la pharmacie et du médicament qui ont participé à l'enquête, et plus particulièrement à Dr Arthur Katavali, Dr Tahina Andrianjafy, Dr Yattassaye Guindo, Dr Dah Hadj Sidi, Dr Jean-Christophe Pélessier, Dr Léon Fundira, Dr Daouda Diop, Dr Sonia Akemakou, Dr Assih Mamessilé, Dr Crépin Akenande, Dr Souare Doussou, Dr Carinne Bruneton, Pr. Nadia Ait Khaled, Karen Bissell.**

Pour en savoir plus :

[www.respir.com](http://www.respir.com)

[www.iautld.org/pdf/final\\_asthma\\_guide\\_fre\\_16-05-06.pdf](http://www.iautld.org/pdf/final_asthma_guide_fre_16-05-06.pdf)

## Lutte contre le marché illicite de médicaments

Extrait des recommandations du 8ème forum pharmaceutique international - 6-8 juin 2007, Hôtel 2 février 2007, Lomé, Togo

**L**a conférence du 8ème Forum Pharmaceutique International de Lomé a rassemblé plus de 400 pharmaciens et professionnels de la santé. A l'issue des travaux, les participants ont recommandé :

### aux États

1. Réactiver les rencontres annuelles des ministres africains de la santé pour une mise à jour et un suivi effectif du protocole signé à Libreville en 1998 en vue d'harmoniser la législation pharmaceutique et protéger les systèmes nationaux d'approvisionnement, notamment les centrales d'achats face aux initiatives internationales d'appui à des programmes spécifiques de lutte contre des maladies telles que le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose.

2. Créer des comités nationaux et régionaux de lutte contre la vente illicite de médicaments.

3. Engager des procédures de flagrant délit pour les acteurs du marché illicite dans les pays où les textes législatifs et réglementaires existent et les mettre en place dans les pays où ces textes n'existent pas.

4. Créer une structure de répression spécifique pour le marché illicite du médicament.

5. Institutionnaliser la journée de lutte contre le marché illicite du médicament au niveau des États.

6. Remplacer le terme de "délivrance" par le terme de "dispensation" dans tous les textes législatifs

7. Affecter des pharmaciens aux postes frontières qui sont les portes d'entrée des médicaments.

### aux directions de la pharmacie, ordres, syndicats des pharmaciens

1. Élaborer un plan de lutte réaliste dans chaque pays, sur plusieurs années.

2. Exiger l'exercice personnel du pharmacien et ériger des enseignements post-universitaires aux pharmaciens.

3. Susciter l'implication des directeurs de la pharmacie et du médicament dans l'organisation des forums pharmaceutiques et développer des thématiques sur lesquelles les ministres de la santé peuvent être sensibilisés.

4. Organiser avant la tenue de chaque forum pharmaceutique une rencontre entre les Directions de la pharmacie, l'Inter Ordre des pharmaciens d'Afrique (IOPA), l'Inter syndicale des pharmaciens d'Afrique (ISPHARMA) et l'Association des centrales d'achats de médicaments essentiels (ACAME).

5. Élargir les partenariats institutionnels dans l'organisation des forums (ordre des médecins et des chirurgiens dentistes).

6. Assurer la formation continue des partenaires engagés dans la lutte (douane, police, gendarmerie, justice, etc.).

### aux organismes internationaux

1. Respecter et renforcer les systèmes nationaux de la santé des pays en développement, notamment le système de recouvrement de coût et le système d'approvisionnement des centrales d'achats de médicaments essentiels dans la mise en œuvre de programme d'appui aux pays, en matière entre autres, de vaccins, d'antirétroviraux, d'antipaludiques, etc., en évitant la mise en place de systèmes parallèles qui remettent en cause la viabilité de ces systèmes de santé.

2. Aider et faciliter la mise en œuvre des plans d'action de lutte contre le marché illicite du médicament [...] ■

[Lire la suite sur www.remed.org](http://www.remed.org)



Forum de Lomé juin 2007 photo ReMeD

Un grand merci à tous les pharmaciens qui ont participé à la campagne de lutte contre le marché illicite 2007 ! ReMeD



Forum de Lomé juin 2007 photo ReMeD

## Centrales d'achats : réunion au sommet

Suite de la page 1

Cette conférence a regroupé les 19 pays membres de l'ACAME, les représentants des partenaires techniques et financiers et les bailleurs de fonds (b). Ont également pris part à cette réunion diverses organisations ou associations professionnelles impliquées dans l'approvisionnement en médicaments, dans la prise en charge de maladies, ainsi que des associations représentant les malades (c).

Après les discours d'ouverture de Bedouma Alain Yoda, ministre d'État et ministre de la Santé du Burkina Faso, Lazare Banssé, directeur général de la CAMEG (Centrale d'achats de médicaments essentiels génériques du Burkina) et secrétaire permanent de l'ACAME, Moustapha Yacouba, directeur de la CPA (Centrale pharmaceutique d'achats) du Tchad et président de l'ACAME et Monsieur le Préfet Jean Dussourd, conseiller spécial d'Unitaid, les travaux ont débuté par la lecture de la Déclaration de Dakar. Ont ensuite été rappelés les raisons qui ont poussé à la création de l'ACAME, ses objectifs, ses priorités, et son plan de développement stratégique. A travers l'exemple de la CAMEG, ont été présentées l'évolution et les perspectives d'une centrale d'achats de médicaments essentiels, ainsi que les moyens d'impliquer efficacement les centrales d'achats dans la gestion d'un programme. La Salama de Madagascar a également exposé son plan de développement stratégique.

Après les présentations s'en est suivie une série de discussions et de débats axés autour de quatre grands points principaux.

### Le statut des centrales d'achats

Il existe plusieurs statuts qui ont tous des avantages et des inconvénients. La CAMEG a démontré les avantages apportés à une centrale d'achats par des statuts d'association à but non lucratif : l'autonomie de gestion et l'autonomie financière, la nomination de ses dirigeants, l'efficacité au niveau du recrutement et de la gestion du personnel, la réactivité sur le marché international, la facilité d'adaptation à l'évolution de l'environnement dans lequel la centrale évolue, la représentation des tutelles techniques et financières, ainsi que des bénéficiaires et des partenaires de l'action au sein des organes de contrôle. Les débats ont ensuite porté sur la différence entre les EPIC (Établissement public à caractère industriel et commercial) et les Associations à but non lucratif (ASBL). **Les pays membres de l'ACAME doivent convenir dans la charte des principes directeurs permettant de créer un cadre statutaire idéal de travail.**

### Les procédures d'approvisionnement

Les intervenants ont abordé les problèmes des achats globalisés. Ils doivent permettre de bénéficier des meilleurs prix et non de créer un système d'approvisionnement parallèle. Cependant, **les mécanismes permettant la mise en œuvre pratique de ces achats doivent être clairement définis.**

### La substitution des centrales par les partenaires

Les centrales d'achats n'ont pas le même degré d'intervention dans les différents programmes. C'est dans ce cadre que les directeurs généraux des centrales d'achats ont successivement pris la parole pour expliquer les rôles joués par leurs centrales d'achats dans l'exécution des programmes du Fonds mondial. La plupart des centrales d'achats sont utilisées pour jouer un rôle de stockage et de distribution, sans contrepartie de frais de gestion et sans avoir été suffisamment informées des programmes d'approvisionnement.

Les directeurs généraux des centrales d'achats ont exposé les difficultés, insuffisances ou incohérences qu'ils ont remarquées dans leurs pays lorsque des structures se sont substituées à leurs centrales. Cependant, tous souhaitent une implication totale des centrales d'achats dans les différents programmes et sur tout le cycle logistique d'approvisionnement (sélection, quantification, acquisition, distribution et usage rationnel).

### Le renforcement des capacités des centrales par les bailleurs de fonds

Les partenaires ont insisté sur la nécessité de rationaliser et d'harmoniser le processus d'évaluation des centrales d'achats en les impliquant davantage pour plus de concertation. Il est également nécessaire d'apporter aux centrales d'achats un *feed-back* sur les résultats de ces évaluations. D'autre part, en cas d'identification de problèmes ou de constats d'insuffisances, les partenaires doivent prendre les mesures pour accompagner les centrales dans leurs efforts de redressement. A cet égard, le programme d'appui au développement des capacités des centrales d'achats d'Afrique de l'Ouest, financé par l'Union Européenne dans le cadre du projet PRSAO (Programme régional de santé en Afrique de l'ouest), a été fortement salué.

En réponse aux questions et problèmes soulevés par les directeurs généraux, les représentants des partenaires et bailleurs de fonds ont salué l'initiative de l'ACAME pour la tenue d'une telle réunion et ont noté la qualité des débats et discussions, et spécifiquement le franc-parler avec lequel les problèmes ont été abordés. Ils ont ainsi eu à éclairer les participants sur le rôle et les principales interventions de leurs programmes. Ils ont apporté des informations sur les motivations des systèmes de globalisation des achats, le taux maximum de frais de gestion versé aux organisations des Nations Unies (ONU). Ils ont, en outre, relevé certains problèmes de communication aussi bien entre les partenaires financiers et techniques et les centrales d'achats qu'entre les différents intervenants des parties nationales. Ils ont affirmé la nécessité de la représentation des centrales d'achats au sein des conseils nationaux de coordination du Fonds mondial et surtout la nécessité pour les autorités de tutelles des pays d'apporter leur soutien aux centrales d'achats nationales, en vue de leur permettre d'acquiescer les moyens nécessaires leur garantissant de remplir leur mission. Le représentant d'Unitaid, tout en justifiant le principe de la globalisation des

achats pour l'obtention de meilleurs prix et le lancement de productions spécifiques auprès des fabricants, a expliqué qu'après la phase de démarrage réalisée dans un certain degré d'urgence, il s'agissait désormais de développer une collaboration accrue avec les centrales d'achats, et comptait sur l'ACAME pour y parvenir. Le représentant du Fonds mondial s'est montré ouvert à toute proposition visant une meilleure implication des centrales d'achats dans la gestion des programmes d'approvisionnement en médicaments contre les maladies prioritaires. Il a insisté sur le développement de la communication entre d'une part le Fonds mondial et le PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement) ou les agences de l'ONU, mais également entre les autorités et les différents intervenants au niveau des pays.

## Résolutions

### Résolution sur les statuts juridiques des centrales d'achats

L'ACAME prend la résolution de faire un plaidoyer auprès des autorités nationales respectives afin de doter chaque centrale d'achats de médicaments essentiels de statuts juridiques adéquats : lui accordant davantage d'autonomie de gestion et davantage d'autonomie financière, lui permettant de s'adapter aux nouveaux enjeux représentés notamment par l'approvisionnement des programmes de lutte contre les maladies prioritaires.

### Résolution sur les réformes à engager pour les centrales d'achats

L'ACAME s'engage, en collaboration avec les autorités nationales respectives, à appuyer les centrales d'achats membres dans l'amélioration des capacités des ressources humaines, notamment sur le plan managérial, la mise aux normes internationales de leurs infrastructures de stockage, tout en anticipant l'augmentation des volumes nécessaires, aussi bien dans la capitale que dans les régions, la mise à disposition d'une logistique de distribution performante et adaptée aux exigences de l'assurance qualité des produits, et l'utilisation optimale de la gestion informatique.

### Résolution sur la création d'un comité de suivi

L'ACAME demande à chacune des centrales membres de créer un comité de suivi de la gestion de l'approvisionnement des programmes cités précédemment, ouvert aux entités suivantes : l'État, représenté par la tutelle technique et la tutelle financière, les partenaires au développement sanitaire, la société civile.

## Propositions de l'ACAME aux partenaires

L'ACAME invite les partenaires au développement à associer les centrales d'achats de médicaments essentiels depuis la conception des programmes d'approvisionnement jusqu'à leur mise en œuvre.

L'ACAME propose la création d'un groupe de travail qui comprend des représentants de l'ACAME et des partenaires, qui sera chargé d'assurer le suivi des résolutions prises lors de la conférence de Ouagadougou.

L'ACAME demande aux bailleurs de fonds d'appuyer techniquement et financièrement le plan de développement stratégique de chaque centrale d'achats membre.

L'ACAME propose la création d'un groupe d'experts formé de représentants de l'ACAME et des partenaires, et dont la fonction sera d'harmoniser les procédures de validation des centrales selon des critères objectivement vérifiables et prenant en compte l'ensemble du cycle d'approvisionnement, notamment la collecte et le traitement des données, de définir des mécanismes visant à impliquer les centrales d'achats dans la gestion des programmes en fixant de manière précise la responsabilité des différents acteurs et de définir des procédures d'évaluation de l'ensemble des activités du programme d'approvisionnement

## Conclusion

Les partenaires ont reconnu le rôle fondamental joué par les centrales d'achats dans le système d'approvisionnement des pays et ont unanimement pris l'engagement d'appuyer ces centrales dans l'accomplissement de leur mission et d'adhérer à la mise en œuvre de leurs plans de développement stratégique.

L'ACAME s'est engagée dans la prise de mesures prioritaires de nature à améliorer la performance de ses membres et à gagner la confiance des partenaires. Cette conférence internationale de l'ACAME, des partenaires et bailleurs de fonds, en laissant une large part aux échanges, a donc permis aux deux parties de lever le déficit d'informations, source d'incompréhension et d'absence de dynamisme dans les relations de partenariat. Les deux parties se sont séparées avec la ferme intention d'unir leurs efforts pour une meilleure implication des centrales dans la gestion des programmes de lutte contre les maladies prioritaires ■

.....

a- ACAME 01 BP 4877 Ouagadougou Burkina Faso Tel : 226 50 37 37 50 / Fax : 226 50 37 37 57 cameg@cameg.bf / www.acame.org.

b- Unitaïd, le Fonds mondial, l'Union Européenne (UE), la Coopération française, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Onusida, l'Unicef, *Global drug facility* (GDF), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), la Banque mondiale, l'Organisation ouest africaine de la santé (OOAS), le Programme régional de santé en Afrique de l'ouest (PRSAO), *United Nations populations fund* (UNFPA), l'Union économique et monétaire Ouest africaine (UEMOA), la Coopération suédoise, la Coopération belge.

c- la Fondation Clinton, Médecins Sans Frontières France, Pharmaciens Sans Frontières comité international, ReMeD, le Centrale humanitaire medico-pharmaceutique (CHMP), GIP ESTHER, REV+ / Burkina Faso, Réseau accès aux médicaments essentiels (RAME / Burkina Faso), Réseau africain jeunesse santé (RAJS / Burkina Faso).

1- Millot G. "Les directeurs généraux de l'ACAME lancent la "Déclaration de Dakar"." ReMeD, avril 2007 ; 34 : 16.

[www.acame.org](http://www.acame.org)



## Structures sanitaires de premier niveau : comment gérer leur approvisionnement?

*Manuel de gestion de l'approvisionnement dans les structures sanitaires de premier niveau* - 1<sup>ère</sup> version, à adapter dans chaque pays  
OMS, EPN, IDA, JSI, MSH, UNICEF, USAID, 2006, 83 pages.

Toutes les structures sanitaires de premier niveau, c'est-à-dire les centres de soins de santé primaires ou les services externes des hôpitaux de district, ont besoin de médicaments et de produits pharmaceutiques. La gestion de ces produits nécessite un travail d'équipe et concerne tous les membres du personnel : pharmaciens, médecins, infirmiers, agents de santé et responsables des dépôts de médicaments. Ceci est particulièrement vrai pour les petits centres de santé où ne travaillent qu'un ou deux agents de santé. Chaque membre du personnel doit savoir gérer correctement tous les stocks de l'établissement.

Le manuel de gestion de l'approvisionnement dans les structures sanitaires de premier niveau décrit toutes les activités majeures de la gestion de l'approvisionnement pharmaceutique (aménagement du local de pharmacie, rangement des produits, tenue des documents de gestion, élaboration d'une commande, notamment celle des antirétroviraux (ARV), et réception de la commande) appelées procédures standard de gestion de l'approvisionnement pharmaceutique dans les structures sanitaires de premier niveau. Chaque chapitre aborde l'une de ces activités majeures, sa place dans le processus de maintien d'un approvisionnement continu en médicaments et les procédures standard qu'il est recommandées d'utiliser. Des annexes réunissent différentes listes récapitulatives d'évaluation et des fiches et formulaires modèles qui peuvent être introduits dans votre établissement, selon les besoins.

Ce manuel fait partie d'un ensemble de documents utilisés dans une approche intégrée de formation et de renforcement des capacités humaines au niveau des structures sanitaires de premier ni-

veau. Il peut être utilisé en association avec la stratégie de prise en charge Intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) développée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce manuel peut très bien être utilisé dans le cadre de formations de base indépendantes de la formation PCIMAA.

Après leur formation, les agents de santé doivent expliquer à leur équipe les procédures standard de gestion de l'approvisionnement en médicaments. Tous les membres du personnel doivent se rendre à tour de rôle à la pharmacie et dans la salle de dispensation pour y apprendre ces procédures de façon à ce que le stock soit géré correctement. L'idéal serait que la formation soit suivie de visites de supervision structurée. Ces visites peuvent faire partie de supervision de routine et de supervision d'appui pour s'assurer que le personnel de santé formé met correctement en pratique ce qu'il a appris lors de la formation. Pendant ces visites de suivi, le personnel de santé formé bénéficie d'un soutien pour améliorer ses pratiques de gestion de l'approvisionnement.

Le mode de gestion de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments et produits pharmaceutiques varie d'un pays à l'autre. Certaines procédures décrites dans ce manuel peuvent être légèrement différentes de celles suivies dans différents pays. En outre, certaines modalités décrites dans ce manuel peuvent ne pas être pertinentes dans certaines structures de premier niveau. En cas de doute sur les procédures décrites dans ce manuel, il faudra contacter les coordinateurs ou superviseurs des programmes nationaux ou de district, afin d'obtenir des informations complémentaires. Ce manuel doit être utilisé en complément des directives nationales de gestion des approvisionnements ■

Télécharger ce document sur [www.remed.org](http://www.remed.org) et <http://www.who.int/hiv/amds/HandbookFrench.pdf>

ReMeD

## @ QUOI DE NEUF SUR E-MED?

### Abbott attaque Act-Up Paris

**Le laboratoire pharmaceutique Abbott a mis fin à la commercialisation du Kaletra® en Thaïlande à la suite d'une procédure de licence obligatoire engagée par le gouvernement thaïlandais. Le 26 avril 2007, Act-Up Paris s'est mobilisé pour saturer le site Internet d'Abbott, ce qui a conduit le laboratoire à porter plainte contre l'association française.**

*Message de Abdoul Karim Ben Wahab du 14 juin 2007*

Je pense que toute initiative en la matière ne sera pas de trop. Pour moi qui vient de Tombouctou au nord du Mali et qui par

naïveté me faisait encore des illusions sur la nature humaine, je considère que c'est un scandale de mettre les intérêts financiers en priorité dans le cadre de la lutte contre la pandémie du sida, même si cela vient d'une firme pharmaceutique qui par essence est basée sur le profit. Aujourd'hui, à l'évidence, le VIH/sida n'est plus une simple maladie, mais un problème de développement tout court qui s'est inscrit au regard des statistiques actuelles, dans la durée tout en gardant son caractère urgent. Je suis à la fois indigné et révolté indigné par le manque de scrupule et de considération pour les malades et,

révolté par la cupidité de ces firmes qui à la limite se frottent les mains chaque fois que des données alarmantes sont publiées. Je suis solidaire de toute initiative respectant les conventions internationales et tendant à faire reculer les firmes pharmaceutiques dans leur avidité. En ces instants d'indignation et de révolte, mes pensées vont aux malades de mon pays, le Mali, et à toutes les personnes infectées et affectées à travers le monde. Le sida n'est pas une fatalité et la mobilisation de tous est nécessaire pour le vaincre ■

ongtkh@yahoo.fr

## Évaluation de l'accessibilité des médicaments essentiels génériques dans les structures publiques de santé au Togo en 2004

**T.N. Agbokpe**, pharmacien, faculté de pharmacie de Lomé, **A. Nyansa**, directeur de la DPLET (Direction des pharmacies, laboratoires et équipements techniques), **D. Haudréchy**, pharmacien et conseiller au ministère de la Santé

### Résumé

L'étude destinée à évaluer les stratégies mises en place par le gouvernement togolais pour améliorer l'accès de tous aux médicaments essentiels a montré que les indicateurs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se trouvent au niveau des valeurs trouvées en général dans les pays africains. Le nombre moyen de médicaments par ordonnance est de 3,18 ; le pourcentage de médicaments faisant partie de la liste nationale de 87,7 % ; le pourcentage de génériques de 80,5 %, avec de grandes variations entre le nord et le sud où sont concentrés les grossistes, les officines privées et les visiteurs médicaux. Le prix moyen des ordonnances prescrites est de 2 905 F CFA (franc CFA) et celui des médicaments achetés de 1 584 F CFA, le pourcentage de médicaments achetés en valeur était de 54,5 %. Il est donc nécessaire de poursuivre les efforts et de faire participer toute la société civile.

Mots clefs : médicaments essentiels, accessibilité, génériques, Togo, Afrique de l'ouest.

### Introduction

L'engagement politique du Togo pour améliorer la situation sanitaire des populations s'est traduit par la création en 1967 d'un organisme étatique à caractère social, Togopharma, avec pour mission d'assurer l'approvisionnement et la distribution à prix coûtant des médicaments par des pharmacies d'État couvrant l'ensemble du territoire national. Avec la création du secteur privé, Togopharma perd son caractère monopolistique et doit faire face à la concurrence à partir de 1990. La dévaluation du franc CFA et la mauvaise gestion de la société conduira au dépôt de bilan en 1995, privant les populations d'une source de médicaments "bon marché".

Face à tous ses problèmes, l'État décide en 1996 la création d'une cellule d'achat de médicaments essentiels génériques (MEG), avec l'aide d'organismes de coopération multilatéraux (Banque mondiale, Banque africaine de développement) et bilatéraux (Coopération française). Cette cellule deviendra en 1998 la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG), de type association sans but lucratif. Dans la foulée, la politique pharmaceutique nationale est adoptée par le gouvernement en 1997 et la loi-cadre sur le médicament et la pharmacie est votée par le parlement en 2001.

Il est apparu intéressant de faire une étude pour évaluer l'impact de ces mesures sur l'accès aux médicaments pour la population du Togo.

Les objectifs de l'étude sont d'évaluer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels génériques dans les structures de santé publique du Togo et d'évaluer ainsi l'efficacité des mesures prises par les autorités sanitaires.

Petit pays d'Afrique de 56 600 km<sup>2</sup>, situé dans le golfe de Guinée, le Togo est partagé entre deux zones climatiques, sub-équatorial au sud et soudanien au nord, qui ont une influence différente sur les problèmes de santé du pays (1). Il apparaît comme un étroit couloir avec une façade maritime de 50 km et une frontière septentrionale située à plus de 600 km. La population est estimée à 4 970 000 habitants au 1er juillet 2003 dont 2 485 000 enfants de moins de 15 ans. La densité moyenne de population est de 88 habitants au kilomètre carré, soit la plus élevée des pays de la sous-région. Plus des deux tiers de la population habitent en zone rurale, mais en 2020 un habitant sur deux vivra en milieu urbain.

### Méthodes (2)

Nous avons procédé à une enquête menée par interview structurée à l'aide de questionnaires pré-établis, selon les méthodes recommandées par l'OMS (2) (3).

L'enquête s'est déroulée du 7 décembre 2004 au 26 janvier 2005 dans les structures de soins publiques de l'ensemble du pays.

### Choix des structures enquêtées dans les six régions sanitaires du Togo

L'ensemble des centres hospitaliers et hôpitaux de district (HD) est concerné par l'enquête.

Parmi les centres hospitaliers préfectoraux (CHP) existant, 15 sur 30 sont tirés au sort pour participer à l'enquête, soit trois CHP pour cinq régions sanitaires (hors Lomé commune qui n'a pas de CHP).

Parmi les unités de soins périphériques (USP) existantes, 72 sur 400 sont tirées au sort dans les régions sanitaires soit douze USP par région sanitaire.

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

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

### Choix des médicaments

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

Dans les hôpitaux, dix patients munis d'une ordonnance d'un service de l'hôpital se présentant à la pharmacie ont été interrogés. Pour les USP situées dans les villes, le nombre de patients interrogés était de cinq et de trois pour les USP situées en zone rurale. L'échantillon était défini par rapport au taux de fréquentation des FS par niveau de soins, mais surtout en fonction des moyens financiers limités. Pour les USP, en l'absence d'ordonnances, le carnet de santé ou le registre de consultation ont été des outils de recueil d'information.

### Recueil et analyse des données

Le pharmacien responsable ou le préposé à la vente des médicaments de chaque structure enquêtée est interviewé par l'enquêteur. Au cours de l'entretien d'environ une heure, un questionnaire standardisé est complété et a permis de recueillir des données concernant l'approvisionnement, la disponibilité et les prix des MEG.

Les indicateurs de prescription sont : le nombre moyen de médicaments par ordonnance, le pourcentage de médicaments faisant partie de la liste des médicaments essentiels et le prix moyen de l'ordonnance prescrite. Les indicateurs de dispensation sont le pourcentage de médicaments achetés et le prix moyen de ces médicaments achetés, ainsi que le prix moyen d'un paquet minimum de médicaments appelés "panier de la ménagère" selon l'origine du fournisseur. Le contenu de ce panier selon la structure, hôpital provincial, hôpital de district ou centre de santé, est fourni en annexe.

Après révision, tous les questionnaires ont été saisis sur le Logiciel Epi Info version 3.3. Les données traitées sous Epi Info ont été exportées sur Excel pour exploitation.

## Résultats

### Situation sanitaire du pays

Depuis 1988, le nombre de formations sanitaires dans le pays croît régulièrement ; de 394 en 1988, le nombre de formations sanitaires publiques est passé à 632 en 2003 (1), soit une augmentation de plus de 50 % en l'espace de 15 ans. Mais le taux de fréquentation a connu une baisse, passant de 60,2 % à 25,7 % au cours de la même période.

Tableau I : ratios population par personnels techniques de santé

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

Le budget alloué pour la santé en 2003 représente 5,2 % du budget général du pays contre 12,3 % en 1999.

Le développement de la politique pharmaceutique depuis 1997 qui s'inscrit dans les réformes du secteur sanitaire et à laquelle s'associe l'ensemble des bailleurs de fonds intervenant dans le secteur de la santé est centré sur :

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

### L'échantillon étudié

Au total, il y a eu 98 formations publiques enquêtées et 508 ordonnances recueillies puis analysées (tableau II). Seuls quatre centres tirés au sort n'ont pas pu être enquêtés parce qu'au moment de l'enquête aucun personnel n'y était affecté.

Tableau II : nombre des différentes structures de soins enquêtées selon les régions

	CHU + CH régionaux	Préfectures Districts	Unités soins primaires	Total structures	Nombre ordonnances
Lomé ville	3	2	12	17	108
Maritime	1	3	12	16	83
Plateaux	1	3	12	16	84
Centrale	1	3	10	14	65
Kara	2	3	11	16	91
Savanes	1	3	11	15	77
total	9	17	68	94	508

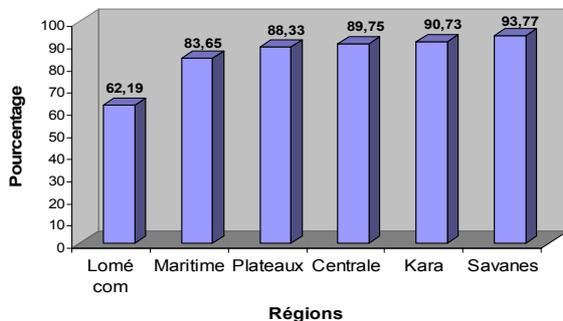
### Indicateurs de prescription

Le nombre moyen de médicaments par ordonnances était de 3,18. Le pourcentage d'ordonnances avec plus de trois médicaments était de 37,2 % sur toute l'étendue du territoire, avec des extrêmes de 30,8 % à 44,4 %.

Le pourcentage de médicaments prescrits faisant partie de la liste nationale des médicaments essentiels était de 87,7 %. Ont été considérés comme faisant partie de la liste, les spécialités et les médicaments génériques contenant le principe actif présent dans la liste sous la même forme galénique.

La prescription de MEG représentait 83,0 % des prescriptions, avec des variations allant de 62,2 % dans la région Lomé commune à 93,8 % dans la région des Savanes (figure 1).

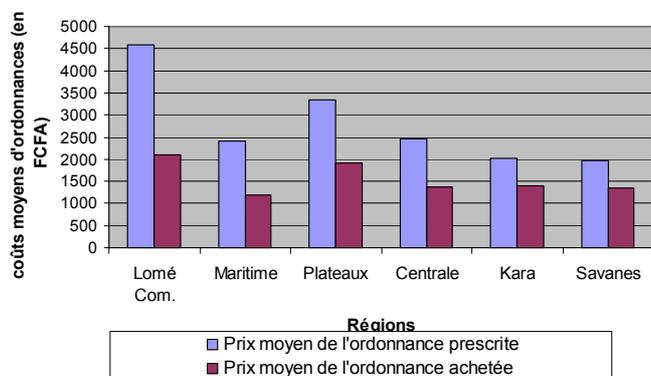
Figure 1 : pourcentage de MEG prescrits par régions



### Indicateurs économiques

Le prix moyen de l'ordonnance prescrite était de 2 905 FCFA et le prix moyen de l'ordonnance achetée de 1 584 FCFA. Ces prix variaient d'une région à une autre. Le prix moyen de l'ordonnance si la prescription avait été faite en MEG était évalué à 2 143 FCFA. Environ un tiers (28,9 %) des ordonnances prescrites avaient un prix moyen compris entre 1000 et 2 000 FCFA, tandis que 37,9 % des médicaments achetés ne dépassaient pas 1000 FCFA.

Figure II : comparaison des prix moyens des ordonnances achetées et des ordonnances prescrites par région



### Indicateurs de dispensation

Le pourcentage d'ordonnances achetées, en valeur de médicament (rapport entre valeur de l'ordonnance achetée sur celle de l'ordonnance prescrite) était de 54,5 % avec des écarts de 45,5 % à Lomé commune à 68,9 % dans la région de la Kara. Le pourcentage des MEG achetés par rapport au nombre de MEG prescrits était de 78,8 %.

Concernant les raisons de non achat leur répartition variait selon la région comme le montre le tableau III. L'achat total concernait les ordonnances pour lesquelles tous les produits prescrits ont été achetés. Le pourcentage d'achat total augmentait du sud vers le nord, alors que les ruptures de stock avaient tendance à diminuer.

La fréquence de rupture de stock invoquée était similaire dans toutes les régions.

Tableau III : pourcentage d'achat des ordonnances en valeur des médicaments selon les régions

	Achat total	Achat partiel pour manque d'argent	Achat partiel pour rupture de stock	Achat partiel pour autres raisons
Lomé commune	34,2	20,4	42,6	2,8
Maritime	47,0	26,5	22,9	3,6
Plateaux	53,6	16,7	25,0	4,8
Centrale	64,6	13,8	21,5	0
Kara	57,1	19,8	20,9	2,2
Savanes	75,3	14,3	9,1	1,3

### Indicateurs de disponibilité

#### L'approvisionnement

La CAMEG représentait le principal fournisseur en MEG. Les achats étaient faits à la CAMEG seule dans 54 % des cas, à la CAMEG plus grossistes privés dans 30 % des cas, à la CAMEG plus autres fournisseurs dans 11 % des cas, à d'autres fournisseurs seuls dans 5 % des cas.

#### Disponibilité géographique

Elle est résumée dans le tableau IV.

Tableau IV : pourcentage des MEG du panier de la ménagère disponibles par niveau de soins et par région

	CHU Hôpitaux régionaux	Hôpitaux préfectoraux et de district	Unités de soins primaires
Lomé commune	75,7 %	59,1 %	65,1 %
Maritime	68,2 %	83,3 %	53,0 %
Plateaux	90,9 %	87,9 %	48,5 %
Centrale	81,8 %	86,4 %	64,5 %
Kara	70,4 %	81,8 %	52,1 %
Savanes	81,8 %	71,2 %	49,6 %

#### Disponibilité financière

Une majorité (85,7 %) des produits contrôlés dans toutes les formations sanitaires affichait un prix de vente supérieur au prix de vente au public défini par la CAMEG. Les prix étaient fixés dans 44,7 % des centres de santé par un comité de gestion.

## Discussion

Par rapport à deux études similaires réalisées en 1998 et en 2000 (4), il est constaté que le nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance a augmenté : 3,18 en 2004 contre 2,42 en 1998 et 2,60 en 2000. Cette moyenne était plus élevée dans la région Lomé commune (3,38).

Néanmoins ce chiffre de 2,48 est voisin de celui trouvé dans d'autres pays africains : 3,4 dans les formations sanitaires publiques d'Abidjan en 1995 (5), 2,3 médicaments dans trois districts ruraux du Burkina Faso en 1999 (6), 3,2 en 2004 à Kinshasa (7), 2,4 en 2005 au Burkina Faso (8), 2,96 au Niger en 1999 (9) et 3,45 en Centrafrique en 2002 (10).

L'analyse du nombre de médicaments par ordonnance a montré que la poly prescription (ordonnances de quatre lignes de prescription et plus) concernait 37,2 % des ordonnances. Elle était plus élevée dans la région Lomé commune (44,4 %) et faible dans la région septentrionale (30,8 %). Ce pourcentage élevé dans la région Lomé commune est vraisemblablement dû à la formation reçue par les prescripteurs et à une plus grande disponibilité des médicaments. Le prescripteur est en effet fortement influencé par les laboratoires pharmaceutiques. Les habitudes de prescription de spécialités et la pression de leurs promoteurs sont anciennes (11). En effet, les représentants des laboratoires pharmaceutiques sont exclusivement basés dans la région Lomé commune qui de plus concentre également tous les grossistes privés et 87 % des officines de pharmacie privées du pays.

Il est à noter par ailleurs que 94,2 % des prescripteurs d'unités de soins primaires interrogés n'avaient pas reçu de formation sur les MEG depuis deux ans et ceux de la région Lomé commune étaient plus souvent visités par des délégués médicaux. L'étude réalisée à Kinshasa en 2004, a montré que parmi les facteurs influençant la prescription, le plus déterminant s'avère être la formation (7).

### La prescription de MEG

La prescription des médicaments essentiels a été évaluée en référence à la liste nationale des médicaments essentiels. Elle était de l'ordre de 87,7 % des lignes de prescription. Ce taux était en légère hausse par rapport à 2000 (86,7 %) et 1998 (81,6 %). Cette hausse pourrait s'expliquer par l'adoption de la liste nationale des médicaments essentiels génériques en juillet 2001 et parce que 76,8 % des prescripteurs des unités de soins primaires avaient à leur disposition soit la liste nationale des médicaments essentiels, soit le guide des MEG ou le guide thérapeutique national proposant des traitements standardisés.

Ce chiffre de 87,7 % confirme une enquête du Réseau Médicament et Développement (ReMeD) qui a montré que les médicaments essentiels dépassaient 80 % des lignes de prescription en 1998 (8).

Les MEG étaient plus prescrits dans les régions septentrionales,

le pourcentage de prescription y était très élevé : 93,8 % dans la région des Savanes et 90,7 % dans la région de la Kara. Ce pourcentage chutait à 62,2 % dans la région Lomé commune ce qui pouvait être mis en parallèle avec la présence de 113 officines de pharmacie privées et de tous les grossistes répartiteurs privés dans la région Lomé commune.

### Analyse du coût de la prescription

Ce coût est passé de 1 795 F CFA en 1998 à 2 905 F CFA en 2004 soit une augmentation de 61,8 % entre 1998 et 2004 alors que les salaires sont bloqués depuis la dévaluation du franc CFA en 1994. Il était descendu à 1 344 F CFA en 2000.

Une comparaison par régions montrait une diminution du prix moyen de l'ordonnance prescrite du Sud au Nord, en parallèle avec l'augmentation du taux de prescription de MEG. Dans la région Lomé commune, le prix moyen de l'ordonnance prescrite était de 4 592 F CFA avec un pourcentage de MEG prescrits de 62,2%. Par contre dans la région des Savanes, il était de 1 982 F CFA avec 93,8% de prescription de MEG. Si on calcule le prix moyen de l'ordonnance en remplaçant les spécialités par des génériques nous avons constaté que le prix moyen de l'ordonnance passait de 2 905 F CFA à 2 143 F CFA, soit une diminution de 26,2%. Dans la région Lomé commune, ce prix moyen chutait de 4 592 F CFA à 2 738 F CFA soit une diminution de 40,4%.

### Analyse des achats sur ordonnance

Le prix moyen des produits réellement achetés a augmenté de 743 F CFA en 2000 à 1 584 F CFA en 2004. En revanche le pourcentage moyen de l'ordonnance achetée en valeur a considérablement chuté, passant de 87,5 % en 2000 à 54,5 % en 2004, ainsi que celui de l'ordonnance achetée en nombre de médicaments qui passe de 87,5 % en 2000 à 72,3 % en 2004, ce qui montre la régression de l'accès aux soins, directement lié à la baisse du pouvoir d'achat. Cependant l'achat sur ordonnance est plus aisé si la prescription est en MEG, en effet, le pourcentage des MEG achetés par rapport aux MEG prescrits était de 78,8 %.

Ces constats montraient une mauvaise accessibilité financière du médicament, sur le plan national, sauf dans la région septentrionale en raison du fort taux de prescription de MEG et par conséquent du coût plus faible des ordonnances prescrites.

Une étude de Maiga (12) en 2001 au Mali a montré que le pourcentage de médicaments achetés en valeur, en rapport avec les prescriptions était de 88,6 % dans le secteur public. L'achat partiel sur ordonnance concernait de ce fait 11,4 %. Dans notre étude l'achat partiel sur ordonnance concernait 46,1 % des ordonnances, ce qui expliquait le faible pourcentage de médicaments achetés en valeur (54,5 %).

Les ruptures de stock de médicaments dans les centres de santé constitueraient également des raisons de la baisse de l'achat des ordonnances prescrites. En effet les ruptures représentaient 24,4 % des achats partiels ; le pourcentage des ordonnances servies par-

tiellement par manque d'argent était de 17,7 %. Ces deux motifs ont également été individualisés lors d'une enquête menée en février 1998 dans six pays choisis pour leur diversité : Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Mali, Togo (13). Il a été montré que l'achat partiel des ordonnances concernait 27 % à 46 % des ordonnances.

Ceci est confirmé par une étude de Matsika sur l'usage des médicaments à l'Hôpital Général de N'Djamena au Tchad (14), réalisée en 2000, où le pourcentage d'ordonnances délivrées partiellement pour rupture de stock était de 15 % chez les malades hospitalisés, tandis que celui d'ordonnances délivrées partiellement pour raisons financières était de 10 %. Guessan Bi et Portal (5) ont remarqué en 1996 que 20,8 % des médicaments prescrits dans les formations sanitaires publiques d'Abidjan n'étaient pas achetés en raison du manque d'argent.

### Analyse du prix de vente des MEG

Le prix de vente des MEG dans toutes les formations sanitaires était élevé par rapport au prix public fixé par la CAMEG. Selon l'arrêté interministériel fixant la structure des prix des MEG (4), la marge bénéficiaire du détaillant était de 60 % ; le prix public était donc obtenu en appliquant un taux de 1,6 au prix grossiste. L'enquête a révélé que dans 44,7 % des formations sanitaires, les prix étaient fixés arbitrairement par un comité de gestion (COGES). Le taux appliqué au prix grossiste de certains produits s'élevait jusqu'à 2,5 dans certaines structures, rendant le médicament moins accessible aux populations.

### Accessibilité géographique des médicaments

La disponibilité des MEG était acceptable, bien qu'imparfaite dans les hôpitaux où nous avons noté en moyenne la présence de plus de 75 % des MEG du "panier de la ménagère". En revanche, elle était mauvaise dans les USP avec un pourcentage moyen de 51,5%. Les ruptures de stocks étaient fréquentes. Nous avons noté une faiblesse dans la gestion des stocks de médicaments dans les unités de soins primaires car elle est confiée à un personnel non qualifié. Seules les pharmacies des trois CHU et des deux CHR (Atakpamé et Sokodé) étaient dirigées par un pharmacien. En outre, 85,1 % des responsables des pharmacies publiques n'ont pas eu de formation sur les MEG depuis deux ans. Le plus souvent les établissements ne connaissaient pas leur consommation moyenne et ne pouvaient donc pas définir un stock de sécurité.

Par comparaison on notera que dans l'étude de Guessan Bi les médicaments essentiels étaient disponibles dans les deux tiers des pharmacies des formations médicales publiques d'Abidjan (5).

### *Conclusion*

Une stratégie cohérente de rationalisation de la prescription et de l'usage des MEG est donc nécessaire pour modifier l'attitude et la pratique des prescripteurs par rapport des MEG (15). Les réformes

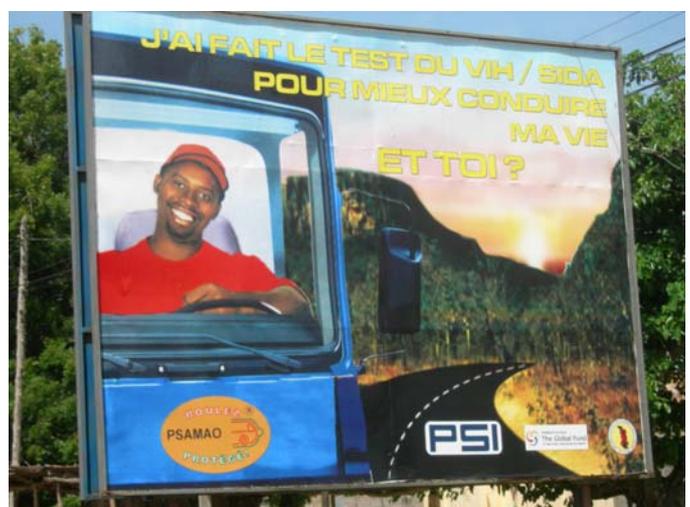
en place par les autorités portent des fruits mais les inégalités sont encore importantes selon les régions ou le type de structure. L'offre joue un grand rôle dans les prescriptions "discutables" il serait utile de contrôler et canaliser les interventions des grossistes et des visiteurs médicaux et de trouver les moyens pour que les officines privées jouent un plus grand rôle dans l'accès aux médicaments essentiels ■

- .....
- 1- Annuaire des statistiques sanitaires du Togo, Année 2003. Division Informations Statistiques. Études et Recherches. Ministère de la Santé, Lomé. Octobre 2004.
  - 2- OMS - Indicateurs pour le suivi des politiques pharmaceutiques nationales. WHO / DAP / 94.12. Genève 1994
  - 3- OMS -- Comment étudier l'utilisation des médicaments dans les centres de santé ? WHO/DAP/93. 1. Genève 1993, 95 p.
  - 4- Nimon E., Assih P., Nyansa A. *Rapport final de l'enquête prescription et dispensation des médicaments essentiels génériques au Togo*. Octobre - Novembre 2000. Ministère de la santé Lomé.
  - 5- Guessan Bi G.B., Portal J.L. "Accessibilité aux soins et aux médicaments à Abidjan, deux ans après la dévaluation du FCFA." in *Projet Santé Abidjan 1996*. www.isisphyt.ci/ivoir\_ct/sante/psa/f3.htm
  - 6- Krause G. et al. - "Rationality of drug prescriptions in rural health centres in Burkina Faso." *Health Policy and Planning* 1999 ; 14 (3) : 291-298.
  - 7- Sibille B. "Enquête sur la prescription." *ReMed* 2004 ; 29 : 13-14.
  - 8- Ridde V., Nitiema A.P., Dadjoari M. "Améliorer l'accessibilité des médicaments essentiels génériques aux populations d'une région sanitaire du Burkina-faso." *Santé* 2005 ; 15(3) : 175-182.
  - 9- Mallet H.P., Njikam A., Scouffaire S.M. "Évaluation des habitudes de prescription et de l'usage rationnel des médicaments au Niger. Enquêtes successives dans 19 centres de santé intégrés de la région de Tahoua." *Santé* 2001 ; 11(3):185-93.
  - 10- Mouala C., Abeye J., Gomba A. *Évaluation de l'utilisation des médicaments essentiels génériques dans le District Sanitaire de MAMBERE - KADEI (Centrafrique)*. http://cerdi.org/ColloqueFSPD2005
  - 11- Wazana A. "Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift ?" *JAMA* 2000 ; 283 (3) : 373-380.
  - 12- Maiga D. *Rapport d'évaluation de la qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments au Mali*. 2001. www.md.ucl.ac.be/stages/semspi/travaux%202004/Maiga1.htm
  - 13- Fontaine D. et al. "Prescription et dispensation des médicaments essentiels et génériques : Enquête dans 6 pays d'Afrique". *ReMed* 1998 ; 20 : 1, 3-6.
  - 14- Matsika M.D., Chastanier H. Étude sur l'usage des médicaments à l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djaména, Tchad. in *Colloque International Anthropologie du Médicament 2002 mars*. www.amades.net.actualites/commaix.htm
  - 15- Laing R., Hogerzeil H.V., Ross-Degnan D. "Dix recommandations pour améliorer l'usage des médicaments dans les pays en développement". *Health Policy and Planning* 2001 ; 16 : 13-20.

Article reçu le 13 mars 2007 et accepté le 23 mai 2007.

Annexe "composition du panier de la ménagère en médicaments" disponible à la demande.

Thèse dans son intégralité à télécharger sur le site Internet de ReMed : [www.remed.org](http://www.remed.org).



Sur la route Lomé-Cotonou juin 2007 - photo ReMed

## Fiscalité des médicaments, consommables et équipements médicaux dans les États membres de l'UEMOA

**C. Traoré**, médecin, directeur de la santé, de la protection sociale et de la mutualité – département du développement social - commission de l'UEMOA, **G. Foulon**, économiste et conseiller à l'UEMOA.

**D**ès la création de l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), les huit États membres de l'Union (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée Bissau, Mali, Niger, Sénégal et Togo) ont été soucieux de réduire les taxes à l'importation des médicaments, consommables et équipements médicaux (MCEM). Les dispositions fiscales et douanières prises ces dernières années pour construire l'Union, tiennent compte de cette recommandation : le Règlement 02/1997/CM/UEMOA portant adoption du tarif extérieur commun (TEC) classant les médicaments dans la catégorie tarifaire la plus faible, la Directive 02/1998/CM/UEMOA définissant le régime harmonisé de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et exonérant les médicaments de cette taxe (article 21), ainsi que la Directive 06/2002/CM/UEMOA établissant une liste de médicaments, produits pharmaceutiques, matériels et produits spécialisés pour les activités médicales exonérés de la TVA à l'importation.

Par ces mesures, les médicaments sont désormais exonérés de droits de douane et de TVA à l'importation. Les seules taxes qui persistent sont : le prélèvement communautaire de solidarité (PCS) de 1 % au profit de l'UEMOA, le prélèvement communautaire (PCC) de 0,5 % au profit de la Communauté économique des États d'Afrique de l'ouest (CEDEAO), la redevance statistique (RSTA) de 1 % pour financer le fonctionnement du système de contrôle douanier.

La commission de l'UEMOA a décidé d'évaluer les conditions de mise en œuvre de ces dispositions communautaires en 2005. L'évaluation a été conduite en deux temps. Un consultant a réalisé une mission dans les huit États membres entre février et juin 2005 pour procéder à un état des lieux. Un atelier régional a été organisé en septembre 2005 avec des représentants de la douane, des Impôts et de la pharmacie, désignés par les ministres chargés des Finances et de la Santé des États membres, pour valider le rapport du consultant et formuler des recommandations. Ce travail a été réalisé avec l'appui technique et financier du ministère français des Affaires étrangères dans le cadre du FSP (Fonds de solidarité prioritaire) 2002-45 "appui à l'intégration régionale". L'étude a porté sur les années 2003 et 2004. Le consultant a identifié dans la nomenclature tarifaire du tec (tarif extérieur commun) 195 positions tarifaires correspondant à des importations de MCEM et a noté, pour chacune d'elle, les valeurs FOB (a) et CAF (b), le montant des taxes perçues et la provenance des produits (pays exportateur). L'étude ne porte que sur sept pays car il n'a pas été possible d'accéder aux statistiques douanières de la Côte d'Ivoire.

### *Les importations de MCEM sont largement exonérées de droits de douane et de TVA*

Sur 195 positions tarifaires correspondant à des MCEM dans le TEC :

- 70 positions tarifaires sont effectivement exemptes de droits de douane et de TVA dont tous les produits pharmaceutiques, les milieux de culture, les réactifs de diagnostic ou de laboratoire, les poches d'urines, les préservatifs, les gants pour chirurgie, les moustiquaires imprégnées, les fauteuils roulants, les articles et appareils d'orthopédie,

- 46 positions tarifaires sont encore soumises à des droits de douane compris entre 5 à 20 %, auxquels s'ajoutent parfois la TVA (18 %). Il s'agit

essentiellement de consommables et équipements médicaux de laboratoire ou de radiologie. Parmi les dix positions tarifaires les plus fortement taxées figurent les biberons, (39 à 44 %), les gants d'examen non chirurgicaux (37 %), les accessoires de fauteuils pour invalides (33 %), la lunetterie (32 %) et les savons à usage médical (29 %).

- 79 positions tarifaires des chapitres 28 et 29, correspondant à des intrants pour la production locale de médicaments, sont toujours soumis à un droit de douane de 5 %, ce qui constitue un handicap pour l'industrie locale.

### Impact financier de la suppression des taxes à l'importation de MCEM

La valeur CAF des importations de MCEM représente 159 milliards de francs CFA (Mds CFA) en 2004, soit 3,4 % des importations de biens et services. 85 % des importations de MCEM sont concentrées sur les huit positions tarifaires suivantes : les médicaments, les instruments médicaux, les vaccins humains, les antibiotiques, les seringues et aiguilles, les réactifs de laboratoires, les consommables, les préservatifs et les équipements médicaux.

Les taxes perçues en 2003 – 2004 à l'importation des MCEM représentent 9,526 Mds CFA, soit 2,86 % de la valeur caf importée, pourcentage très voisin des 2, 5 % attendus. La moitié des taxes perçues 4,95 MDCFA sont des prélèvements communautaires (3,3 Mds CFA pour l'UEMOA et 1,65 MDCFA pour la CEDEAO. La taxe statistique représente une grande partie du solde (3,3 Mds CFA).

Les dispositions prises par l'UEMOA ont fait passer les prélèvements fiscaux et douaniers sur les MCEM d'un montant théorique de 85,6 MDCFA à un montant observé de 9,52 Mds CFA. Les sept États membres de l'UEMOA ont ainsi renoncé à 76,04 Mds CFA de recettes fiscales et douanières.

### Insuffisances de la nomenclature tarifaire

Au delà de ces aspects financiers, l'étude a fait apparaître les insuffisances pour les pharmaciens de la nomenclature tarifaire et statistique. En effet, la nomenclature tarifaire ne permet pas de distinguer les flux de génériques et de spécialités ; la seule distinction retenue par la nomenclature fait référence au conditionnement. Les médicaments sont distingués selon qu'ils sont ou ne sont pas "présentés sous forme de doses ou conditionnés pour la vente au détail". Par ailleurs, la plupart des médicaments importés sont déclarés en douane à la sous position "autres médicaments", selon qu'ils sont ou ne sont pas "présentés sous forme de doses ou conditionnés pour la vente au détail". En outre, certains équipements médicaux indispensables au fonctionnement des hôpitaux (tables d'accouchement, tables d'examen) ne sont cités, ni dans la nomenclature du TEC, ni dans la Directive 06/2002. Ils sont de ce fait soumis à un droit de douane de 5 % et assujettis à la TVA. De même, le petit matériel médical (thermomètres, balances, toises, ciseaux, plateaux) est classé aux positions 9018 à 9023 sans qu'il soit possible de le distinguer d'objets similaires à usage non médical. Il est de ce fait soumis à un droit de douane de 5 %.

### *Les États font des efforts*

Globalement, la plupart des MCEM importés dans l'Union sont exonérés de la TVA et de droits de douane. Les seules taxes qui persistent sont les prélèvements communautaires de l'UEMOA (1 %) et de la CE-

## Fiscalité des médicaments, consommables et équipements médicaux dans les États membres de l'UEMOA

DEAO (0,5 %) et la redevance statistique (1 %), pour financer le fonctionnement du système de contrôle douanier. Désormais, sur 9,52 Mds CFA de taxes encore perçues sur les MCEM en 2003-2004, la moitié, soit 4,95 Mds CFA, correspond à des taxes régionales destinées à l'UEMOA et à la CEDEAO. A noter que la taxe statistique représente un prélèvement de 3,3 Mds CFA, ce qui justifierait une utilisation plus importante des outils développés par les douanes et les directions de la pharmacie et du médicament pour un meilleur suivi des importations de MCEM.

Les dispositions communautaires ont eu un effet indéniable sur le prix caf des MCEM. L'effort consenti par les États représente 20 à 39 % de la valeur caf selon le taux de TVA et la position tarifaire de la marchandise. Mais l'impact de ces mesures sur le prix des MCEM pour le consommateur final doit être relativisé, car des charges importantes continuent à peser sur la formation du prix du médicament, notamment les coûts de transport (7 à 10 % de la valeur FOB selon le taux observé au Burkina Faso, au Niger et au Sénégal en 2003 et 2004), les marges de distribution intérieure (environ 50 % de la valeur CAF qui est le résultat de la marge cumulée de l'importateur, plus celle de l'intermédiaire régional et du dépôt périphérique), auxquelles s'ajoutent les marges du recouvrement de coûts (environ 30 % du prix des dépôts).

Du fait de l'importance de la marge intérieure de distribution, la comparaison de la situation présente à une situation théorique antérieure à la mise en place des dispositions communautaires, montre que pour le consommateur final, le prix d'un MCEM dont la valeur fob serait de 100 CFA, est passée de 246 à 214 CFA, soit une baisse de prix de 13 %.

Les taxes perçues sur les équipements médicaux, représentent 41 % du total des taxes attendues. Ce déficit est dû aux exonérations accordées par les États aux partenaires au développement dans le cadre de projets. Ce déficit est moindre pour les consommables : les taxes perçues représentent 72 % des taxes calculées.

Il serait opportun de développer la partie statistique de la nomenclature tarifaire, prévue dans le tarif douanier "à des fins de statistiques commerciales", afin de pouvoir suivre plus en détail et contrôler plus efficacement les flux de MCEM.

Depuis la mise en place du TEC en 2000, l'Union n'a pas encore développé la nomenclature statistique pour suivre les importations de MCEM. La possibilité de codification offerte aux importateurs pour la déclaration en douane est limitée à six chiffres du système harmonisé de l'OMD (Organisation mondiale des douanes).

Le renforcement de la collaboration entre la douane et les directions de la pharmacie et du médicament et l'adaptation de la procédure de saisie de l'information au niveau du cordon douanier, vont de pair avec ces deux mesures qui valoriseraient l'outil statistique des douanes.

### Que reste-t-il à faire ?

Les États membres de l'UEMOA sont parvenus, pour l'essentiel, à défiscaliser les MCEM. Ce résultat a été obtenu par une action régionale, menée de façon concertée, qui a permis d'atteindre l'objectif que s'étaient fixé les ministres de la Santé à Libreville en 1998.

La TVA (15 à 19 %) est effectivement supprimée sur tous les médicaments et quasiment tous les autres MCEM. Les droits de douane sont également supprimés sur tous les médicaments et sur certains consommables et équipements. Il faudra statuer sur le maintien ou la suppression

des prélèvements qui persistent : les taxes régionales et la taxe statistique. La perte fiscale résultant de ces deux mesures est importante. Il faudrait également tenir compte des exonérations accordées aux partenaires au développement en vertu d'accords de coopération, pour les importations d'équipements médicaux et de consommables. Tous ces allègements fiscaux et douaniers, vivement encouragés par les partenaires au développement, ne sont comptabilisés nulle part. Il s'agit pourtant de mesures sociales qui devraient être prises en considération dans le cadre des négociations avec les partenaires concernant les équilibres budgétaires.

En l'absence de nomenclature statistique, le suivi des importations de MCEM ne peut être fait correctement. Dans l'état actuel des choses, il n'est pas possible de repérer quels MCEM font partie de la liste des médicaments essentiels ; il n'est pas possible non plus de distinguer les spécialités des génériques ; il n'est pas possible de connaître la valeur CAF des importations de produits tels que les vaccins, les antirétroviraux (ARV), les antipaludéens, etc. Il n'est pas possible de suivre les importations d'équipements médicaux chirurgicaux.

Les mesures proposées sont classées en trois catégories : mesures à court terme (moins d'un an, mesures techniques sans incidence financière), mesures à moyen terme (plus d'un an) entraînant un coût financier, mesures à long terme (plus de cinq ans) requérant une décision politique.

#### Mesures à court terme :

- mettre à jour le tarif douanier, en créant des lignes pour les équipements médicaux n'apparaissant pas dans la nomenclature tarifaire,
- développer la nomenclature statistique,
- mettre en place un mécanisme de suivi des importations de MCEM en intégrant les systèmes statistiques des DPM et des douanes au niveau des États et au niveau communautaire.

#### Mesures à moyen terme :

- supprimer la fiscalité résiduelle (TVA et droits de douane) sur les MCEM,
- adapter la fiscalité sur les intrants, dans le but de favoriser la production locale de MCEM.

Ces deux mesures représentent une dépense fiscale pour les États qu'il convient d'apprécier par une étude préalable.

#### Mesures à long terme :

- redéfinir le contenu de certaines sous positions du tarif douanier ■

.....

a- À l'exportation, la valeur statistique des marchandises est égale à la valeur des marchandises au lieu et au moment où elles quittent le territoire statistique de l'État membre exportateur. Il s'agit de la valeur FOB.

b- À l'importation, la valeur statistique est égale à la valeur en douane ou à une valeur déterminée par référence à la notion de valeur en douane (dans le cas, par exemple, des importations en provenance d'autres États membres). Il s'agit de la valeur CAF.

Guimier J.M., Candau D., Garenne M., Teulière L., "Pourquoi le prix des médicaments est élevé dans les pays d'Afrique subsaharienne. Analyse de la structure des prix : l'exemple du Sénégal." Cahiers Santé, 15 (1), janvier-février-mars 2005.

Knippenberg R., Allihonou E., Soucat A., Oyegbite K., Calivis M., Hopwood I., Niimi R., Diallo M.P., Conde M., Ofosu-Amaah S., "Implementation of the Bamako Initiative: strategies in Benin and Guinea." Int J Health Plann Manage. 1997 June;12 Suppl 1:S29-47.

Maiga F.I., Haddad S., Fournier P., Gauvin L., "Public and private sector responses to essential drugs policies: a multilevel analysis of drug prescription and selling practices in Mali." Soc Sci Med. 2003 Sep; 57 (5):937-48.

Meuwissen L.E., "Problems of cost recovery implementation in district health care: a case study from Niger." Health Policy. 2002 Sep;17(3):304-13.

Ridde V., "Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative." Bull World Health Organ. 2003;81(7):532-8.