

# ACCESSIBILITE FINANCIERE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS EN PREMIERE LIGNE DANS LE CERCLE DE KAYES AU MALI

SAMOU DIARRA<sup>1</sup>, MODIBO DOUMBIA<sup>2</sup>, AWA DIALLO<sup>4</sup>, MOHAMED DIABATE<sup>3</sup>, MOHAMED CISSE<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Centre de Santé de Référence (CSREF) de Kayes,

<sup>2</sup>Hôpital mère-enfant le Luxemburg, Hamdaye, Bamako, Mali

<sup>3</sup>Médecin à la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique, Bamako, Mali

<sup>4</sup>Médecin / ancien thésard du service de néphrologie du CHU du Point G, Bamako, Mali

<sup>5</sup>Médecin au Centre de Santé Communautaire de Diamou, Région de Kayes

Auteur correspondant : Samou DIARRA, Centre de santé de référence de Kayes, quartier Lafiabougou,  
Tel : 75 16 60 07 / 62 91 46 46, E-mail : [samoudiarra85@yahoo.fr](mailto:samoudiarra85@yahoo.fr)

## Résumé

L'accessibilité financière aux médicaments est un pilier prépondérant de la politique sanitaire du Mali qui a établi un schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels servant de référence. La présente étude a porté sur l'application du coefficient multiplicateur dans cinq centres de santé. L'approche utilisée a été la recherche-action. Ses limites ont concerné la difficulté d'extrapolation des résultats, la restriction du nombre de cycle de l'approche utilisée. Le coefficient multiplicateur était appliqué dans l'ensemble des centres mais à des proportions différentes : A la phase I, 60% des centres avaient un taux d'application oscillant entre 43 et 59%. A la phase II, 80% des centres avaient un taux d'application du coefficient multiplicateur au-dessus de 56%. Quatre centres sur cinq s'étaient approvisionnés au DRC, un chez les fournisseurs privés à la phase I ; contre cinq à la deuxième phase. Les déterminants de l'application du coefficient multiplicateur évoqués ont été : le déficit de capacité du DRC à exécuter la totalité des commandes, certaines incompréhensions entre le gérant DRC et ses clients, le non versement de commission (10%) aux acheteurs des médicaments par le DRC. L'étude a permis d'améliorer l'application du coefficient multiplicateur, le respect du circuit d'approvisionnement.

**Mots-clés :** Accessibilité aux services de santé, Kayes, Mali

## Abstract

Financial accessibility to drugs is a major pillar of Mali's health policy, which has established a master plan for the supply and distribution of essential drugs serving as a reference. The present study focused on the application of the multiplier coefficient in five health centers. The approach used was action research. Its limits concerned the difficulty of extrapolating the results, the restriction of the number of cycles of the approach used. The multiplier was applied in all centers but in different proportions: In phase I, 60% of the centers had an application rate of between 43 and 59%. In phase II, 80% of centers had a multiplier application rate above 56%. Four out of five centers procured supplies from DRC, one from private suppliers in phase I; against five in the second phase. The determinants of the application of the multiplier coefficient mentioned were: the lack of capacity of the DRC to execute all the orders, certain misunderstandings between the DRC manager and its customers, the non-payment of commission (10%) to drug buyers by the DRC. The study made it possible to improve the application of the multiplier coefficient and respect for the supply circuit.

**Keywords:** Availability of Health Services, Kayes, Mali

## 1. Introduction

Au Mali, la politique sectorielle de santé et de population a été adoptée par le gouvernement en 1990. Fondée sur les principes des soins de santé primaires (SSP) et de l'initiative de Bamako adoptée en 1987, elle définit les grandes orientations du développement sanitaire du pays.

Pour atteindre les objectifs, différentes stratégies ont été énoncées parmi lesquelles on retient la garantie de la disponibilité et de l'accessibilité aux médicaments essentiels, la rationalisation de leur distribution et de leur prescription à travers la mise en œuvre de la réforme du secteur pharmaceutique (Côté Thibault, 1991).

C'est dans ce sens que le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME) a été mis en place. C'est un mécanisme qui décrit les mesures pratiques et fonctionnelles devant permettre la mise en œuvre du volet approvisionnement en médicaments essentiels (ME) (Ministère de la Santé et de l'Hygiène. PRODESS, 2014) et une décision rendant son application obligatoire a été prise. Des insuffisances ont été constatées dans sa mise en œuvre au niveau des points de vente de médicaments parmi lesquelles le non-respect du coefficient multiplicateur (CM) 1,8 à 1,9 (pour un maximum de 1,3) (Ministère de la Santé et de l'Hygiène. SDADME, 2010). Le non-respect du CM contraste avec les données de bien-être économique au Mali rapportées par l'EDS V (Ministère de la Santé et de l'Hygiène, EDS V, 2012).

En effet, selon l'EDS V, la majorité de la population malienne vit en milieu rural (78 %) où 76,6% de la population ont un indice de bien-être allant de plus bas à moyen et 25,5 % ont l'indice le plus bas. Dans la région de Kayes, 70,8% de la population ont un indice de bien-être allant de plus bas à moyen et 17,2% l'indice de bien être le plus bas. Ces données montrent que la non-application du CM nuit aux efforts d'amélioration de la santé des populations.

Aussi en 2005, une étude intitulée « *Les prix des médicaments : une nouvelle approche pour les mesurer* » (Ministère de la Santé et de l'Hygiène. 2005), menée au Mali a pointé du doigt la non-application du CM. On peut constater que les documents qui ont fait état de son déficit d'application ne font pas cas de ses déterminants. Il s'agira ici de contribuer à l'application du CM en première ligne dans le district sanitaire de Kayes, avec comme conséquence de disposer de données actualisées et de formuler des recommandations pertinentes. La nouveauté réside dans l'adaptation d'une démarche de recherche (recherche-action) qui est beaucoup plus utilisée en science sociale.

## 2. Matériel et Méthode

La méthodologie utilisée était de la recherche-action. Notre démarche s'est inspirée de la thèse de Denise Côté Thibault (*Développement d'un protocole de recherche-action pour le praticien en éducation*) (Côté-Thibault, 1991).

## **2.1 Les phases de l'étude**

### **2.1.1 Phase 1 : Identification des problèmes et mise en place du groupe de recherche-action**

Le problème à l'origine de l'étude a été identifié à travers des documents officiels (Côté-Thibault, 1991 ; Ministère de la Santé et de l'Hygiène. PRODESS, 2014). Certaines études (Ministère de la Santé et de l'Hygiène, 2005 ; RIDDE, 2004) et l'expérience professionnelle du chercheur. Il s'agit du déficit d'application du CM en première ligne ou base de la pyramide sanitaire.

Le groupe de recherche-action a été constitué par les différents participants des centres de santé inclus que nous avons appelés acteurs de terrain (AT). Ils étaient au nombre de 15 soit 3 personnes par centre.

Quatre CSCom ont été inclus et afin de garder l'anonymat, ils ont été appelés centre A,B,C,D et E. Les critères d'inclusion ont porté sur les considérations suivantes :

- une distance importante du CSCom au Dépôt Répartiteur du Cercle (DRC). Le CSCom C a été ainsi inclus. Il est à 150 Km du DRC. Aussi, le CSCom le plus proche a été inclus soit le CSCom E (à 2 km du DRC) ;
- le grade du responsable technique du centre (RTC) : les RTC des Centres C et E étant des médecins ; nous avons inclus celui du centre D dont le RTC était un technicien de santé.

Le CSCom C est situé à 150 Km du DRC. La participation de la RTC du CSCom du centre A (7 Km du DRC) a permis d'intégrer une RTC paramédicale amenant à deux cette catégorie. Le centre B a été inclus compte tenu de son rôle en première ligne (premier niveau de référence, rôle d'appui des activités des CSCom). Les participants étaient repartis en deux groupes :

#### **Les acteurs de terrain**

Ce sont : le RTC, le gérant du DV, le président du comité de gestion du CSCom au niveau de chaque centre de santé inclus.

Ils ont été choisis pour les raisons suivantes :

- RTC : responsable du suivi de l'application du SDADME dans le centre
- le président du comité de gestion : le comité de gestion du CSCom se charge de remettre les fonds pour l'achat des médicaments.
- le gérant du DV : il effectue l'achat des médicaments.

#### **Les acteurs de directions**

- le Directeur Régional de la Santé, représenté par le pharmacien régional
- le médecin chef du district sanitaire (MCD) de Kayes
- le pharmacien du district
- le chef du département régional de la PPM (Pharmacie Populaire du Mali)
- le gérant du DRC

Une première collecte de données a fait l'objet d'analyse. Les résultats ont été présentés aux participants lors d'une première rencontre afin d'identifier les goulots d'étranglement et mettre en place un plan d'actions. Une autorisation auprès du médecin chef a été obtenue pour mener l'étude dans le district. Les données collectées ont été saisies, analysées par les logiciels Word 2007 et Epi Info version 3.3.2.

### 2.1.2 Phase 2 : Evaluation du plan d'action

Cette phase a consisté à une seconde enquête pour évaluer l'application du plan d'actions établi. L'étude s'est déroulée de mai à novembre 2016.

**Aspect éthique :** l'obtention du consentement éclairé des personnes requises a été préalable à l'enquête et l'anonymat a été observé. Un document attestant du consentement éclairé de chaque participant a été signé préalablement à l'enquête.

## 3. Résultats

### 3.1 Application du CM

Il a été constaté que tous les centres inclus appliquaient le CM. Cependant, son taux d'application variait d'un centre à l'autre. Le taux le plus élevé a été de 73,68% et le plus bas a été de 6,25 %.

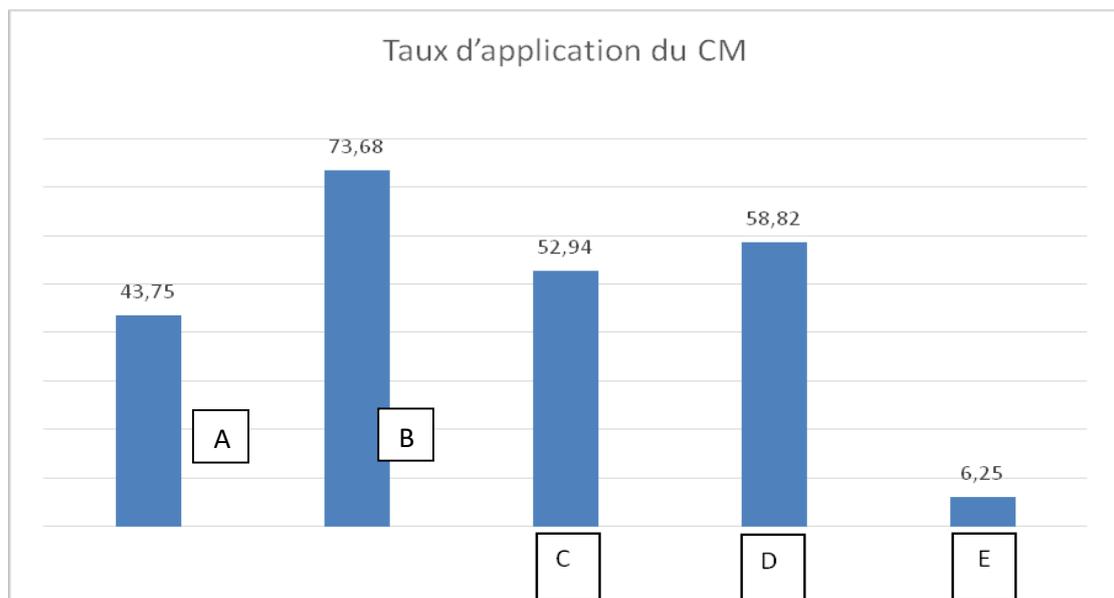


Figure 1 : taux d'application du CM en fonction des centres de santé

### 3.2 Application du CM en fonction de certaines variables

#### 3.2.1 Taux d'application du CM en fonction du grade du RTC

Le taux d'application du CM le plus élevé a été constaté dans le centre B où le RTC était médecin. Il en a été de même pour le plus bas taux d'application.

### **3.2.2 Taux d'application du CM en fonction du niveau d'instruction du gérant**

Il a été constaté qu'au taux le plus élevé d'application du CM correspondait le niveau le plus élevé des gérants de DV (technicienne de laboratoire et de pharmacie) ; à celui le plus bas correspondait le niveau le plus bas de gérant (niveau matrone).

### **3.2.3 Taux d'application du CM en fonction du niveau d'instruction du président du comité de gestion du CSCoM**

Les taux d'application du CM le plus élevé et le plus bas étaient dans les centres dont les présidents de comité de gestion avaient les niveaux d'instruction les plus élevés (niveau universitaire)

### **3.2.4 Taux d'application du CM en fonction de la distance entre le DRC et le centre**

Le centre C qui est à une distance 75 fois plus longue du DRC que le centre E a un taux d'application du CM plus élevé que celui de ce dernier. Le centre D qui est à une distance du DRC 2 fois plus longue par rapport à celle du centre A a un taux d'application plus élevé que celui de ce dernier. Le centre B qui est contigu au DRC a le taux d'application le plus élevé par rapport à l'ensemble des centres.

### **3.2.5 Taux d'application du CM en fonction de la source d'approvisionnement**

Il a été constaté que le centre E qui s'approvisionnait chez les fournisseurs privés a le plus bas taux d'application du CM.

### **3.2.6 Taux d'application du CM en fonction de sa connaissance par le RTC**

Le centre B qui a le taux d'application le plus élevé avait son RTC qui ignorait le CM. De même le centre E dont le RTC connaissait le CM avait le taux le plus bas. Il a été aussi constaté que sur 3 centres dont les RTC connaissaient le coefficient à appliquer ; 2 avaient les plus bas taux d'application du CM.

### **3.2.7 Taux d'application du CM en fonction de sa connaissance par le président du comité de gestion du CSCoM**

Le centre E avec le plus bas taux d'application, avait son président de comité de gestion qui connaissait le CM.

### **3.2.8 Taux d'application du CM en fonction de sa connaissance par le gérant**

Le centre avec le taux d'application le plus élevé avait sa gérante qui ignorait la valeur du CM. Il en a été de même pour le centre avec le plus bas taux. Ces constats ne nous ont pas permis d'établir une relation directe entre le taux d'application du CM et les grades ou niveaux d'instruction des AT. Il en a été de même pour le genre, la distance entre le DRC et les centres de santé, la connaissance du CM.

### **3.3 Déterminants du respect ou du non respect du SDADME (approvisionnement, application du CM)**

#### **3.3.1 Approvisionnement en ME**

Selon les bordereaux de livraison du mois précédant l'enquête, 4 centres (A, B, C, et D) s'étaient approvisionnés au DRC tandis qu'un centre (E) s'était approvisionné chez les fournisseurs privés.

#### **3.3.2 Les raisons de non approvisionnement au DRC**

**La cherté des médicaments du DRC par rapport aux fournisseurs privés :** Cet argument a été analysé en comparant les prix de cession du DRC à ceux du fournisseur privé du centre E où cette affirmation a été tenue.

Le constat était que 13 médicaments sur 18 étaient moins chers chez le fournisseur du centre E qu'au DRC. Cependant, il est important de savoir que le fournisseur privé n'est pas au même niveau que le DRC dans la chaîne d'approvisionnement en ME. Selon le SDADME, les fournisseurs privés approvisionnent les dépôts privés et les officines en ME tout comme la PPM qui approvisionne les DRC, officines et dépôts privés. Les fournisseurs privés sont donc au même niveau que la PPM régionale. Si un CSCoM s'approvisionnait directement à la PPM, le médicament lui reviendrait moins cher car, il sera acquis sans que la marge du DRC (1,15) soit appliquée. Dans tous les cas, selon le SDADME, la seule source d'approvisionnement des CSCoM en ME demeure le DRC.

Un AT a rapporté que l'approvisionnement au DRC en oméprazole gélule 20 mg, l'hydroxyde d'aluminium et de magnésium faisait qu'ils reviennent plus chers comparativement aux officines privées. Le risque selon lui était une mévente mettant en danger la viabilité du centre d'autant plus que les bénéficiaires servaient à éponger une grande partie des salaires. Son option était de respecter le SDADME à condition que les prix soient moins élevés.

De ce fait, nous nous sommes informés des prix des médicaments et consommables de notre échantillon dans 5 officines y comprises celles jouxtant de part et d'autre le centre E. La comparaison des prix a permis de constater que le centre E, n'appliquant le CM que pour un médicament sur 19 et ne s'approvisionnant pas selon les normes n'était absolument moins cher que les officines que pour 4 médicaments. En ne s'approvisionnant pas selon le SDADME mais en respectant le CM, 13 médicaments sur 19 au centre E allaient être absolument moins chers que dans les officines.

Si le centre E s'approvisionnait au DRC et appliquait le CM, 13 médicaments sur 19 allaient être absolument moins chers que dans les officines privées avec davantage de baisse de prix. Ces constats ont permis de conclure que les prix des médicaments sont élevés au centre E à cause de la non-application du CM, et également à cause du non-respect du circuit d'approvisionnement.

Aussi, il reste étonnant que sur 19 médicaments issus de l'échantillon, l'approvisionnement étant fait selon le SDADME, le CM étant appliqué ; 6 soient autant chers ou plus chers que dans certaines officines. Pour ce qui concerne l'oméprazole gélule 20 mg, le prix de cession du DRC (575 FCFA) était au-delà du prix de vente dans toutes les officines (500 FCFA pour quatre officines et 475 FCFA pour une officine). Ce fait était encore plus étonnant que le CM

des officines (1.5) est plus élevé que celui du DRC (1.15), les charges (impôts, salaire du personnel, eau, électricité, location, etc.) y étant plus élevées que dans le secteur public. Ces faits posent des questions : pourquoi autant de médicaments du DRC reviennent plus chers, est-ce que le DRC respecte-il le SDADME, quant aux officines, comment s'approvisionnent-elles, respectent-elles les normes ?

Autant d'hypothèses que nous ne pouvions vérifier pendant cette étude. Pour ce qui est du respect du SDADME, nous avons demandé au DRC le bordereau de livraison de sa dernière commande afin de nous enquérir des prix de cession des médicaments et de la source d'approvisionnement. Pour les achats effectués au mois de juillet 2016, le DRC s'était approvisionné à la fois à la PPM et chez un fournisseur privé alors qu'au même moment certains produits acquis chez le fournisseur privé se trouvaient à la PPM. Pour les médicaments acquis à la PPM (2 sur notre liste), les CM étaient au-delà de 1,15 soit 1.58 et 1.59.

Ensuite, du bordereau du fournisseur privé, les prix unitaires des médicaments et consommables de notre échantillon ont été déduits. Sur 16 médicaments, le DRC n'avait appliqué le CM que pour 2 médicaments soit un taux d'application de 12,5%. Un autre constat était que sur 16 médicaments, le fournisseur privé était à égalité de prix de cession avec la PPM pour 5 médicaments. Il était plus cher pour 7 médicaments. La PPM était également plus chère que le fournisseur privé pour 4 médicaments. Ces constats posent des questions à savoir les raisons qui font que le DRC préfère s'approvisionner chez un fournisseur privé sachant qu'il égale la PPM ou en est plus cher pour 12 médicaments sur 16.

Selon le DRC, le non-respect du CM était dû à la reconduction des prix de l'année 2015. Il s'était engagé à réviser les prix pour qu'ils soient conformes aux normes en 2017. Lesdits prix ont été révisés en fin décembre 2016. On peut constater que l'omeprazole gélule 20 mg, qui était cédé à 575 FCFA l'était désormais à 345 FCFA soit une remise de 230 FCFA.

### **Remises de 10% sur les prix des médicaments et octroyer par les fournisseurs aux clients**

Le fait que le DRC ne se soit pas inscrit dans cette logique constituerait pour certains AT une raison de non-approvisionnement. A ce sujet, nous avons pris l'avis de la Direction Régionale du Commerce et de la Concurrence de Kayes pour la licéité du versement en question. Au regard de la loi selon cette dernière, ladite remise n'est pas en phase avec la légalité (Secrétariat du gouvernement, 2017).

### **La difficulté pour le DRC à satisfaire la totalité des commandes**

L'enquête n'a pu vérifier cette affirmation, car il aurait fallu procéder à la comparaison des bons de commande aux bons de livraison des centres énonciateurs.

### **3.3.3 Les raisons à l'origine de l'approvisionnement au DRC**

Le respect de la politique sanitaire ; la qualité, l'efficacité et la sûreté des médicaments ont été les raisons évoquées.

### 3.4 Application du CM

#### 3.4.1 Raisons de non application du CM

Aucune raison n'a été avancée car tous ont affirmé l'appliquer. Cependant le taux d'application du CM était dans 3 centres sur 5 inférieur à 59%. Et un seul centre était à 73,68 %.

#### 3.4.2 Raisons d'application du CM

Le respect du SDADME a été le plus cité (12 fois) puis l'accessibilité financière des médicaments.

**Tableau 1** : Plan d'actions issu des constats de la phase 1

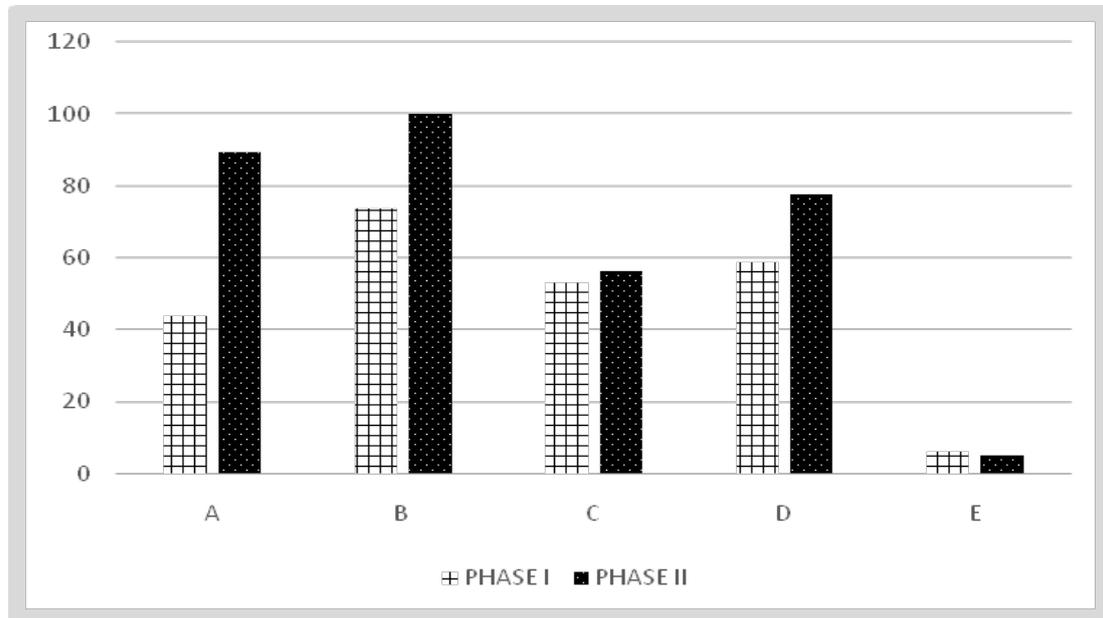
N°	PROBLEMES	SOLUTIONS	RESPONSABLES	ECHEANCE	SUIVI
1.	Insuffisance dans l'application du coefficient multiplicateur	DRC : établir une liste de médicaments comprenant les prix de cession et vente des médicaments en appliquant les CM, supervision de l'application du SDADME dans les cscm	Pharmacien du district/ Gérant DRC	02/11/2016	MCD
		CENTRES DE SANTE : corriger les prix des médicaments se trouvant dans les DV en respectant les CM	DTC/Gérant DV	02/11/2016	Président du comité de gestion
2.	Insuffisance dans l'approvisionnement (rupture) en ME selon le SDADME au DRC et centres de santé	DRC : Rendre disponible et accessible les ME	MCD/Président du conseil de gestion	02/11/2016	Les Gérants DV
		CENTRES DE SANTE : respect strict du circuit d'approvisionnement selon le SDADME	Gérants de DV	02/11/2016	RTC/Président du comité de gestion
3.	Approvisionnement des CSCoM par la PPM	Arrêt de l'approvisionnement des CSCoM par la PPM	Directeur de la PPM	02/11/2016	DRS

### 3.5 Evaluation de l'application du plan d'action

#### 3.5.1 Insuffisance dans l'application du CM

Tous les centres ont révisé la liste des ME dans leurs DV. Cependant des erreurs d'approximation ont fait que le CM était au-delà des normes dans les centres A, C et D. En effet, pour les médicaments qui se vendent par unité (exemple : ampoule de quinine, seringue), l'arrondissement peut sur le prix unitaire.

Par contre les médicaments qui se vendent par plusieurs unités comme le paracétamol comprimé 500 mg en vrac, l'amoxicilline gélule 500mg en vrac ; l'arrondissement n'intervient qu'en faisant la somme des prix unitaires. Pour le centre E, l'échéance était arrivée avant que la révision des prix des médicaments ne finisse.



**Figure 2 :** Taux d'application du CM aux phases I et II

Les taux d'application ont été les suivantes :

**Centre A :** le CM a été appliqué à 17 médicaments sur 19 soit 89,44%. Il a oscillé entre 1,1 et 3,33.

**Centre B :** le CM a été appliqué à 19 médicaments sur 19 soit 100%. Il a oscillé entre 1,19 et 1,2.

Il faudrait cependant prendre en compte l'ajout du prix de l'emballage aux prix des médicaments par la gérante ; ce qui n'est pas normal.

**Centre C :** le CM était appliqué à 9 médicaments sur 16 soit 56,25%. Il a oscillé entre 1,3 et 2,22.

**Centre D :** Le CM a été appliqué à 14 médicaments sur 18 soit 77,77 %. Il a oscillé entre 1,11 à 2,22.

**Centre E :** le CM a été appliqué à 1 médicament sur 19 soit 5,2%. Il a oscillé entre 1,11 à 3. Aussi, il a été constaté que 80% des centres avaient un taux d'application du CM au-dessus de 56% et un centre était à 100%. Cependant le centre E n'a pas progressé dans l'application du CM, elle a même régressé (6,25% à la phase I contre 5,2% à la phase II).

### **3.5.2 Insuffisance dans l'approvisionnement**

#### **Centres de santé**

A cette phase, tous les Cscm ont fait leurs approvisionnements au DRC soit un taux de respect de 100% du circuit d'approvisionnement. Cependant, le centre E a aussi passé une commande avec les fournisseurs privés.

#### **PPM**

Elle a affirmé avoir approvisionné un cscm en CTA sur la demande de la direction régionale de la santé. En effet, à cause de la quantité élevée de CTA (combinaison thérapeutique à base de l'arthémisinine) commandé par le cscm en question, le DRC n'a pu exécuter la commande entraînant l'implication de la direction régionale de la santé.

### **4. Discussion**

Notre étude a concerné 5 centres de santé dans le district sanitaire de Kayes avec 19 participants. Elle a permis d'étudier la question du CM dans les cinq centres inclus, d'identifier certains déterminants de son application en contribuant à l'amélioration du taux d'application du CM et de la connaissance du SDADME. Elle a été aussi à l'origine d'une décision administrative invitant l'ensemble des RTC du district à l'application rigoureuse du CM. En effet, le Médecin chef du district sanitaire s'est inspiré de l'étude pour adresser une lettre aux directeurs techniques des CSCom pour les informer des constats de l'étude en les appelant à prendre toute disposition qui s'impose. Une des limites de l'étude a résidé dans la non-représentativité de notre échantillon (5 centres sur 45) rendant impossible toute extrapolation.

#### **4.1 Coefficient multiplicateur**

L'étude a permis de constater que le CM était appliqué dans 100% des centres et son taux d'application a fluctué entre 5,2 et 100%. Il a été aussi constaté que le CM n'était pas soit appliqué à l'ensemble des médicaments, soit la norme était dépassée rendant le médicament plus cher qu'il ne le devrait. Les résultats de l'étude « les prix des médicaments, une approche pour les mesurer » (Ministère de la Santé et de l'Hygiène. 2005) semblent aller dans le même sens car a-t-elle remarqué que des prix médians des médicaments étaient légèrement élevés ; mais surtout qu'il y avait un intervalle interquartile assez étendu. Aussi, dans le PRODESS III, il a été évoqué le non-respect du CM dans les CSCom avec un coefficient oscillant entre 1.8 et 1.9. (Ministère de la Santé et de l'Hygiène. PRODESS, 2014)

Au niveau du DRC, nous avons également constaté que le CM qui est de 1.15 était dépassé. Sur 18 médicaments, le CM n'était respecté que pour deux médicaments. Valéry RIDDE a rapporté des constats similaires dans certains pays comme le Burkina Faso et le Sénégal où les prix des médicaments pouvaient parfois être élevés et ainsi réduire les capacités des populations à accéder aux traitements (RIDDE, 2004).

#### **4.2 L'approvisionnement selon le SDADME**

Au départ, sur la base des bordereaux de livraison, nous avons constaté que 4 centres sur 5 soit 80% s'approvisionnaient au DRC tandis qu'un (20%) s'approvisionnait chez les

fournisseurs privés. A la deuxième phase, le même centre a continué à s’approvisionner tantôt au DRC, tantôt chez les fournisseurs privés.

Au niveau du DRC, le SDADME n’était pas respecté en matière d’approvisionnement. Le DRC a affirmé que ce fait était dû à la proportion élevée des commandes insatisfaites au niveau de la PPM faisant écho à une insuffisance de capacité de la PPM à couvrir les besoins des clients. Ce fait semble reconnu par la PPM car on peut lire dans le document de plan stratégique 2015-2019 (Ministère de la Santé et de l’Hygiène. Plan stratégique PPM, 2014) de la PPM qu’elle ne couvre que moins de 50% des besoins de ses clients. Aussi, la PPM a affirmé que la non maîtrise des besoins des DRC ne permettait pas de lancer des commandes de proportion élevée au risque de connaître des péremptions des médicaments.

Le rapport de supervision formative des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du SDADME (juin 2016) a rapporté des approvisionnements à travers des fournisseurs privés aux CSRéf de Bafoulabé (Kayes), Yorosso (Sikasso) et à l’hôpital régional de Mopti (Ministère de la Santé et de l’Hygiène. Rapport de supervision sur la mise en œuvre SDADME, 2016).

Durant cette étude, nous avons constaté que la PPM a approvisionné certains CSCoM ; ce qui est antagoniste au SDADME. On peut constater dans le plan stratégique 2015-2019 de la PPM ainsi que dans le contrat-plan N°7 Etat-pharmacie populaire du Mali 2014-2016 (Ministère de la Santé et de l’Hygiène. Contrat Plan N°7 PPM, 2015) que tantôt les CSCoM s’y approvisionnent tantôt il fait référence au SDADME laissant planer des nuances.

Le constat général par rapport à l’approvisionnement en ME est le non-respect du SDADME que ce soit le niveau CSCoM ou DRC. Ce fait est dommageable à l’accessibilité financière aux ME. Aussi, nous avons une forte impression que certains AT ne respectent pas le circuit d’approvisionnement à cause des remises qui leur sont versées par certains fournisseurs privés.

### **4.3 Un cas d’école**

Les faits dans le centre E vis-à-vis des textes qui conceptualisent l’approche du système de santé au Mali (Ministère de la Santé et de l’Hygiène, Loi d’orientation, 2020), soins de santé primaire (OMS, 1978), Stratégie africaine de développement sanitaire, etc.), revêtent l’aspect d’un cas d’école qui amène à se poser d’innombrables questions.

A la première phase, le RTC et le président du comité de gestion connaissaient les normes quant à l’approvisionnement et le CM ; seule la gérante ne les connaissait pas. Malgré cette connaissance des normes, le CM n’était appliqué qu’à 1 seul médicament sur 16 et les bordereaux de livraison référaient à des fournisseurs privés.

Après la phase I, lors d’une réunion avec le président du comité de gestion du centre E, il a soutenu que l’application systématique du CM entrainera un impact négatif sur les recettes du centre d’autant plus que la pression salariale était plus élevée. Secundo, il argua qu’en appliquant le CM à certains médicaments, ces derniers reviendraient plus chers par rapport aux officines privés. Ce qui pourrait être source de mévente. Pour lesdits médicaments, il n’était pas prêt à respecter le SDADME.

Au terme de la réunion, sa position était d'appliquer le CM de façon sélective. Plus de deux semaines après l'échéance de l'application du plan d'action de la rencontre I, au centre E, le CM n'avait concerné qu'un médicament sur 19.

Nous avons demandé l'avis du RTC sur la question. Selon les explications de ce dernier, les raisons de la non-acceptation du CM seraient ailleurs et se situeraient au niveau des intérêts qu'implique cette absence d'application. Il faut aussi ajouter qu'au niveau du centre E, les prix des médicaments étaient arbitrairement augmentés la nuit.

Au regard de ce qui vient d'être narré, différentes questions s'imposent : pourquoi un représentant de la communauté refuse que soit appliquée une mesure légale qui soit de l'intérêt de la communauté ? Quelle est la perception des acteurs communautaires du service public et de la responsabilité qui en découle ? Pourquoi le RTC qui est techniquement responsable du respect du SDADME dans le centre hésite ? S'il en est ainsi, qu'en est-il des soins, qu'en est-il des structures de supervision et de contrôle des CSCoM, où s'arrêtent les prérogatives des uns et des autres ? Les réponses à ses questions convergent tous vers ce que Valéry RIDDE a appelé dysfonction (*l'initiative de Bamako, 15 ans après, un agenda inachevé*). Cette dysfonction mise en évidence ici nous paraît symptomatique du malaise généralisé qui parasite le système de santé en sa base. Dans ce cas, qu'est-ce qui reste de l'adéquation entre l'esprit des soins de santé primaires, de la loi sectorielle de la santé et de l'offre de service de santé dans les CSCoM ? Il faudrait ausculter à l'heure actuelle la base de la pyramide sanitaire pour apporter la thérapeutique adaptée afin que se développent des composantes comme la justice sociale, l'équité dans les soins.

## 5. Conclusion

Au regard des résultats, l'étude a permis d'améliorer l'application du coefficient multiplicateur et le respect du SDADME dans les centres inclus. L'innovation a consisté en l'utilisation d'une méthodologie de recherche action dans l'identification des problèmes et leurs solutions dans un processus participatif impliquant divers acteurs. Ce qui a permis un débat fructueux autour d'un sujet sensible qu'est l'accessibilité aux médicaments dans le système de santé.

## Références

Côté-Thibault Denise (1991). Développement d'un protocole de recherche-action pour le praticien en éducation. Thèse. Montréal, Université de Montréal, Sciences de l'éducation, 327 pages.

Ministère de la santé et de l'hygiène publique : Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) 2014-2023. 97 pages.

Ministère de la santé et de l'hygiène Publique : Manuel du schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels : 2010. 97 pages.

Ministère de la Santé et de l'hygiène publique : Programme de développement socio-sanitaire (PRODESS III) 2014-2018. 234 pages.

Ministère de la santé et de l'hygiène publique : EDS V : Enquête démographique et de santé (EDSM-V) 2012-2013. 577 pages.

Ministère de la santé : Les prix des médicaments : Une nouvelle approche pour les mesurer. Rapport d'étude de cas au Mali. Organisation mondiale de la santé/Health action international. Janvier 2005. 41 pages.

Ministère de la santé et de l'hygiène publique : Pharmacie populaire du Mali. Plan stratégique 2015-2019. Octobre 2014. 64 pages.

Ministère de la santé et de l'hygiène publique : Rapport de supervision formative des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels (SDADME). Juin 2016. 129 pages.

Ministère de la santé et de l'hygiène publique : contrat-plan N°7 Etat-Pharmacie populaire du Mali 2014-2016. Mai 2015. 12 pages.

OMS : Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. 88 pages.

République du Mali. Loi n ° 02 – 049 du 22 juillet 2002. Portant loi d'orientation sur la santé. 6 pages.

Secrétariat du gouvernement : Ordonnance N°07-025/PRM du 18 juillet 2017 portant organisation de la concurrence.

Valéry RIDDE. Initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé, octobre 2004, 54 pages.