

Santé : une occasion manquée ?

Le Mali et "l'initiative de Bamako"

*Joseph Brunet-Jailly**

Ce qu'il est convenu d'appeler "l'Initiative de Bamako" constitue une stratégie visant à améliorer durablement la situation sanitaire des pays en voie de développement, notamment par une meilleure diffusion, auprès des groupes sociaux les moins favorisés, des médicaments dits essentiels. Elle repose sur l'idée qu'il convient de mettre en place des circuits de distribution viables, impliquant les populations concernées tant sur le plan de la gestion que sur celui du financement.

Il paraissait intéressant de se demander ce qu'il était advenu de cette initiative dans le pays qui l'avait vue naître. A travers l'article de J. Brunet-Jailly, centré sur le Mali mais exemplaire par bien de ses aspects, le lecteur découvrira quelques réalités surprenantes - parce que l'information générée au Nord sur la santé dans les pays du Sud est fortement biaisée -, il prendra une meilleure conscience des multiples éléments à considérer lorsqu'il s'agit d'élaborer une politique de développement dans un domaine fondamental, et conviendra finalement, avec l'auteur, que les meilleures idées du monde valent peu si elles ne sont pas appuyées sur une solide connaissance des logiques sociales.

**Afrique
contemporaine**

N° 162
2^{ème} trimestre 1992

études

3

* Economiste, ORSTOM/Institut national de recherche en santé publique (INRSP), Bamako

Trois principes : décentralisation, prix le plus bas, autofinancement

"L'Initiative de Bamako" est un programme des agences internationales intervenant dans le domaine de la santé dont les principes ont été présentés, discutés et adoptés au cours d'une réunion du comité régional pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en septembre 1987 à Bamako (1). Ses objectifs sont au nombre de trois :

- "encourager les initiatives de mobilisation sociale visant à promouvoir la participation de la collectivité aux décisions relatives aux médicaments essentiels et à la santé maternelle et infantile au niveau du district"

- "assurer un approvisionnement régulier en médicaments essentiels de bonne qualité, au prix le plus bas, pour appuyer la mise en oeuvre de la stratégie des soins de santé primaires"

- "concevoir et mettre en place un mécanisme d'autofinancement des soins de santé primaires au niveau du district, grâce en particulier à la création d'un fonds autorenouvelable pour les médicaments essentiels." (2)

Le premier objectif vise à instaurer une décentralisation des décisions relatives aux médicaments essentiels et aux soins maternels et infantiles (ce qui est beaucoup, en matière de soins de santé primaires, au moins dans les pays les plus pauvres), pour qu'elles soient prises au niveau du district (3), c'est-à-dire de circonscriptions de 100.000 à 200.000 habitants, dans lesquelles tous les problèmes de santé sont placés sous la responsabilité d'un ou deux médecins seulement, en particulier dans les pays sahéliens. Or, prendre une décision au niveau du district, c'est déposséder le niveau régional ou le niveau central d'une partie de son pouvoir.

L'Initiative de Bamako envisage donc que le financement de toutes les activités de soins de santé primaires (y compris l'hospitalisation) existantes ou à mettre en place au niveau du district puisse être laissé à la gestion des collectivités concernées, et à elles seules, pourvu qu'elles soient effectivement approvisionnées en médicaments au prix le plus bas, et aidées à constituer un fonds de médicaments (le premier stock leur serait donné gratuitement par l'aide internationale) qu'elles vendront à des prix permettant le renouvellement du stock et le financement des autres charges récurrentes. Mais l'on notera que l'objectif d'autofinancement des soins de santé primaires est placé en troisième position, après la participation et l'approvisionnement au meilleur prix.

Sait-on ce que coûte la santé ?

L'étude des coûts de la santé et de leur financement a été menée dans une perspective de comparaison internationale, sur la suggestion de l'OMS qui coordonnait le travail entrepris en 1987 dans trois pays (Mali, Costa Rica et Jamaïque) (4).

(1) Nations Unies, Conseil économique et social, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, comité du programme, session de 1988 : recommandation au conseil d'administration pour la coopération au programme 1989-1993 "L'Initiative de Bamako", E/ICEF/1988/P/L.40.

(2) Résolution AFR/RC37/R.1, paragraphe 4.

(3) Correspondant, au Mali, aux "cercles".

(4) B. Abel-Smith, A. Creese (eds) : *Recurrent Costs in the Health Sector, Problems and Policy Options in Three Countries (Costa Rica, Jamaica, Mali)*, World Health Organization, Geneva, USAID, Washington, D.C., 1989, 165 p. (WHO/SHS/NHP/89.8).

Dans le cas du Mali, il est apparu indispensable de commencer par la construction d'un tableau d'ensemble des financements consacrés à la santé, et de mener en même temps un certain nombre d'études de cas, dans des formations sanitaires sélectionnées, pour recueillir les données de base sans lesquelles la réflexion est impossible.

Il était en effet apparu que seuls sont connus, dans leurs grandes masses, les financements publics, alors que certains observateurs avaient l'intuition que les dépenses de santé des ménages, au moins en ce qui concerne les coûts de fonctionnement, étaient plus importantes.

Autre difficulté : les coûts unitaires enregistrés dans la plupart des formations sanitaires étaient inutilisables pour une projection des dépenses futures, notamment parce que la productivité du travail et la qualité du service sont beaucoup trop faibles. Pour ces raisons, un enquêteur a été envoyé dans chaque région, dans chaque chef-lieu de cercle, dans chaque direction nationale, dans chaque service rattaché, dans la plupart des représentations des coopérations bilatérales, des institutions internationales et des organisations non gouvernementales. Il était chargé de relever les données disponibles concernant les années 1983 à 1987, relatives aux activités des formations sanitaires et à leur financement : montant des principales ressources par origine et dépenses par nature et source de financement (5).

Parallèlement, étaient entreprises des études de cas sur le financement des services de santé, l'activité et la rémunération des aides soignants, hygiénistes-secouristes et matrones, l'hospitalisation dans des hôpitaux secondaires, régionaux ou nationaux, l'activité et le coût de laboratoires hospitaliers (6).

Des dépenses privées trois fois supérieures aux dépenses publiques

Coûts récurrents de la santé au Mali en 1986 (en millions de FCFA)

Financement public	
Etat (budget national + budgets régionaux)	4.200
Autres sources publiques	90
Opérations de développement	8
Institut national de prévoyance sociale (INPS)	380
Total public	4.678
Budgets familiaux	
Tarifcation	236
Médicaments modernes	12.000
Médecine traditionnelle	2.000
Honoraires privés clandestins	500
Transports pour raison de santé	300
Total ménages	15.036
Aide extérieure	542
Total général	20.256

(5) Cf. J. Brunet-Jailly, S.O. Coulibaly, K. Diarra, A. Koita : *Le financement des coûts récurrents de la santé au Mali*, document WHO/SHS/NHP/89.10, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1989, 121 p. + annexes. K. Diarra, S.O. Coulibaly : *Financing of recurrent health costs in Mali*, *Health Policy and Planning*, 5, 2, 126-138 (1990). Mamadou Mariko : *Prescrire mieux et moins cher !* Forum mondial de la santé, 12, 38-42 (1991).

(6) J. Brunet-Jailly : *Etudes de cas sur le fonctionnement du système de santé au Mali*, INRSP, janvier 1989, 186 p.

Un tableau d'ensemble du financement de la santé, dont on trouvera ci-dessus l'essentiel pour 1986, a pu ainsi être construit à partir des informations recueillies auprès des administrations (publiques et privées, nationales ou étrangères), informations vérifiées chaque fois que possible. Il utilise également les données provenant d'enquêtes directes auprès des ménages.

Ce tableau fixe les ordres de grandeur des principaux flux financiers du secteur de la santé. De plus, il éclaire quelques points particuliers, généralement passés sous silence à l'époque dans les débats relatifs à la politique de santé : le rôle effectif de l'Etat, la généralisation de la tarification des prestations, le coût réel du médicament, le financement de l'investissement.

La gratuité des soins : une fiction

15 milliards FCFA pour les ménages, moins de 5 pour les administrateurs. Dès 1986, c'étaient donc les familles qui supportaient les trois quarts des dépenses de santé, qui atteignaient probablement 2700 FCFA par tête en moyenne annuelle. La gratuité des soins de santé n'était déjà qu'une fiction.

Le principal poste est, de loin, celui des achats de produits pharmaceutiques, qui pèsent sur les budgets privés beaucoup plus qu'on l'imagine généralement. Alors que la valeur des ventes était officiellement de l'ordre de 6 milliards FCFA (en 1986 et en 1987), ce qui correspond à environ 800 FCFA par habitant, les enquêtes directes auprès de la population donnaient une dépense pharmaceutique par tête bien supérieure : plus du double. Les enquêtes anciennes aboutissent même à des valeurs quatre à huit fois supérieures aux chiffres officiels et les plus récentes, à un rapport de deux à trois. L'estimation présentée ici serait donc plutôt au-dessous de la réalité.

Ces écarts entre chiffre d'affaires officiel et montant des dépenses des familles s'expliquent par plusieurs phénomènes, parfaitement identifiés : vente des produits pharmaceutiques dans les officines de la Pharmacie populaire du Mali (PPM, alors seul distributeur en pratique) à des prix supérieurs à leurs prix officiels ; vente de produits importés clandestinement de plusieurs pays voisins ou européens ; vente au public de produits appartenant à la dotation en nature des formations sanitaires publiques ou des projets.

Quel que soit le mécanisme en cause, il aboutit toujours à faire payer le médicament par le malade ou sa famille, soit, en 1986 ou 1987, au moins 12 milliards FCFA pour les médicaments modernes, prescrits ou autoconsommés.

Médecine traditionnelle : révision des évaluations à la baisse

Le second poste important, mais très loin derrière les médicaments modernes, est celui de la médecine traditionnelle. Certains chiffres avancés à ce sujet dans les travaux antérieurs semblent plus traduire la faveur dont elle bénéficie auprès des politiciens et de certains experts - au moins tant qu'elle ne demande à l'Etat que de bonnes paroles - que le souci d'une évaluation réaliste. En utilisant les rares enquêtes directes auprès de la population, il a pu être estimé que les dépenses liées à la médecine traditionnelle ne dépassaient pas 2 milliards FCFA annuellement (7).

Les autres postes sont de taille plus modeste : environ 500 millions FCFA pour la pratique privée clandestine de la médecine, environ 236

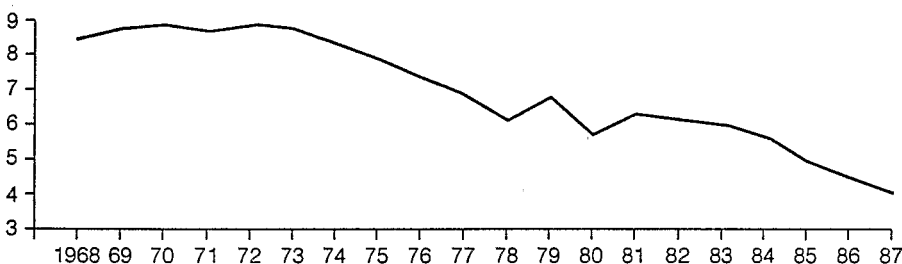
millions au titre de la tarification pratiquée par l'ensemble des formations sanitaires (estimation d'après une enquête auprès de toutes les formations sanitaires), environ 300 millions pour les dépenses de transport liées à la santé.

Baisse de moitié du financement public en 20 ans

Il n'est pas possible de savoir quelle était exactement la contribution de l'Etat au financement des dépenses de santé il y a vingt ou trente ans. Ce qui est sûr, c'est que l'effort de l'Etat n'a cessé de s'affaiblir depuis 1970 : un examen détaillé des données disponibles concernant le budget du ministère de la Santé publique (8) conduit à conclure que la santé représentait presque 9 % du budget national au début des années 1970, et que cette part relative a diminué de moitié depuis lors. Seules des présentations artificieuses permettent de masquer cette situation, que résume le graphique ci-dessous.

Part de la santé dans le budget d'Etat

Pourcentage



Cette évolution explique que l'Etat n'ait plus qu'une participation symbolique au financement des investissements qui sont réalisés dans le secteur de la santé (9 % en 1987, contre 24 % en 1984 et 52 % en 1983), et qu'il ait grand peine à maintenir sa contribution (d'environ 40 %) aux dépenses récurrentes. En pratique, l'Etat se limite au paiement des (très faibles) salaires de ses fonctionnaires travaillant dans la santé, et à un concours financier de principe à certaines autres dépenses courantes : les formations sanitaires ne reçoivent plus, depuis des années, les crédits de fonctionnement qui leur permettraient de mener leurs activités normales. Plus grave, les salaires n'ont été payés, depuis 1986 et jusqu'en avril 1991, qu'avec des retards de plusieurs mois.

Le rôle de la tarification

Les services de santé étaient donc inexorablement gagnés par l'asphyxie, et n'ont dû de survivre, fort médiocrement, qu'à la mise en oeuvre d'une tarification des prestations. Un décret de 1983 (9) a en effet édicté une tarification des actes des hôpitaux, servant également de référence pour les centres de santé dont les tarifs, fixés par leurs conseils de gestion, ne doivent pas dépasser ceux des hôpitaux. Toutes les formations qui ont conservé une activité le doivent donc, en réalité, aux contributions

(8) J. Brunet-Jailly : *Etudes de cas...*, op.cit., pp. 181-186.

(9) Décret 243/PG.RM du 19 septembre 1983.

des malades ou de leurs familles. Bien entendu, la complexité des tarifs et celle des critères de gratuité, les retards de salaire, le poids des relations personnelles, la rareté des compétences en gestion dans le secteur public, font que le coût des soins pour les malades est totalement aléatoire et que l'utilisation des sommes recouvrées ne peut pas être décrite.

La pratique du paiement des actes médicaux est cependant entrée dans les habitudes, et seuls quelques politiciens - ou administrateurs en service commandé - feignent de l'ignorer.

Dans certaines régions (celles de Tombouctou et Gao depuis 1985, une partie de celle de Mopti depuis 1986 et sa totalité depuis juin 1989, une partie de celle de Kayes depuis 1985, l'ensemble de celle de Koulikoro depuis 1988), la tarification est liée à des tentatives de relance ou de développement des services de santé. Dans beaucoup d'autres cas, la tarification existe tout autant et permet de financer le fonctionnement courant des formations sanitaires. Partout, enfin, la règle officielle - gratuité ou tarification - se combine avec des pratiques privées de recouvrement d'honoraires illicites.

**Afrique
contemporaine**

N° 162

2^{ème} trimestre 1992

L'initiative de
Bamako au Mali

8

Fausse solutions et perspectives d'avenir

Le financement public de la santé étant donc durablement insuffisant et irrégulier, il convenait d'examiner les idées qui avaient été avancées pour faire face à la crise. Certaines d'entre elles, intéressantes au premier abord, constituent dans le cas du Mali autant de fausses solutions. Il est apparu aussi qu'il y avait incontestablement, dans l'Initiative de Bamako, une opportunité à saisir, à condition que soient respectées certaines conditions.

Les perspectives d'évolution de la structure de l'économie malienne et de ses finances publiques sont telles que des solutions comme l'assurance maladie, la mutualité et le financement public décentralisé, ne sont pas à la mesure du problème.

L'assurance maladie et la mutualité ne peuvent, en pratique, concerner que des salariés. L'Etat a, sur le papier, pris vis-à-vis des formations sanitaires publiques des engagements qui constituent, notamment en cas d'hospitalisation, une forme d'assurance maladie pour les fonctionnaires et les militaires : l'Etat devrait payer pour ces agents et leur famille 80 % des frais d'hospitalisation. Mais ces engagements ne sont pas tenus, et l'on ne voit pas comment ils pourraient l'être dans les années à venir. Quant aux salariés autres que les fonctionnaires et militaires, leur nombre ne dépasse pas 100 000 et n'augmentera pas significativement au cours des dix prochaines années. L'assurance maladie et la mutualité peuvent donc assurer une couverture pour 500 000 à un million de personnes (salariés et leur famille) : il peut être indiqué d'organiser la mutualité pour les groupes concernés, mais ce n'est pas une solution d'ensemble pour la population. En outre, les conditions actuelles de la gestion de l'Institut national de prévoyance sociale (INPS) interdisent tout développement de ses activités dans le domaine de la santé, puisque plus de la moitié des cotisations est engloutie en charges administratives, notamment salariales. Même si l'on parvenait à économiser environ deux milliards sur les frais de gestion de l'INPS, ce qui est parfaitement possible, ce gain ne reviendrait pas à la seule assurance maladie. Enfin il doit être clair, en l'état actuel de la société malienne, qu'instaurer des régimes d'assurance maladie ou de mutualité pour les indépendants et les paysans reviendrait à créer un impôt nouveau sans contrepartie pour les assujettis.

Financements publics décentralisés : des limites évidentes

Le recours à des financements publics décentralisés a déjà été longuement expérimenté au Mali, avec le rôle dévolu notamment, à certaines époques, aux associations de parents d'élèves, fédérations de groupements ruraux, et comités d'action coopérative ; avec également les engagements pris dans les années 1985 par certains comités de développement. Ces expériences ont toutes tourné court.

En 1988, la création d'une taxe unique de développement régional et local s'est accompagnée de l'ouverture au budget de l'Etat d'un compte d'affectation spéciale, ce qui signifiait que les fonds devaient être gérés depuis Bamako. En outre, il est interdit d'imputer au fonds de développement régional et local des dépenses relatives au paiement de traitements ou indemnités à des agents de l'Etat, ou des collectivités, établissements ou entreprises publiques (10). Enfin, les sommes qui pourraient être consacrées à la santé seront nécessairement limitées : avec un impôt moyen de 1600 FCFA par imposable, un nombre d'imposables égal à 35 % de la population totale, et un taux de recouvrement de l'impôt de 70 %, le produit de la taxe sera de l'ordre de 3 milliards et l'on ne peut imaginer que les comités de développement en consacrent plus de 10 % à la santé. Le financement public décentralisé pourrait donc peut-être apporter une contribution au financement de certaines dépenses de fonctionnement, mais il n'est pas organisé dans l'esprit de l'Initiative de Bamako et ne constitue pas une solution au problème d'ensemble qu'affronte le système de santé.

Le secteur privé : une solution pour les seuls privilégiés

La privatisation de l'exercice de la médecine, dans les conditions réglementaires actuelles, est clairement incapable de décharger les services de santé publics. Le tarif fixé fin 1986 (11) pour la consultation de généraliste, par exemple, représente environ 8 % du produit national brut par habitant (environ 4 000 FCFA par rapport à 54 000), alors que le tarif en vigueur en France, où plus de 90 % de la population est couverte par un régime d'assurance maladie, n'atteint que 2 pour 1000 du PNB par habitant (environ 120 FF et 65 000). La médecine privée malienne s'est donc organisée en pensant à une frange de Maliens exceptionnellement riches par rapport à l'ensemble de leurs compatriotes. Ces positions corporatistes initiales n'ont pas encore été infléchies par la réalité.

Quant à la privatisation de l'importation et de la distribution pharmaceutiques, elle n'aura d'intérêt pour la santé publique que le jour où il sera prouvé que le coût de la distribution privée est plus faible que le coût de la distribution publique : avec les marges fixées officiellement, après consultation (sous la dictée ?) des intéressés (12), il est clair que cette démonstration sera difficile. La privatisation a donc pour objectif de créer des rentes au profit de ceux qui pourront investir dans un commerce concédé.

Réduire les coûts

Enfin, le "recouvrement des coûts", c'est-à-dire en pratique la généralisation de la tarification et l'élévation des tarifs, est incapable, même si l'on triplait le niveau des

(10) Loi 88-65, art. 12.

(11) Arrêté interministériel 3344/MFC-MSPAS du 15 décembre 1986.

(12) Arrêté interministériel 5024/MFC-MSPAS.

tarifs, de produire plus d'un milliard de FCFA, compte tenu des niveaux extrêmement faibles de la fréquentation des formations sanitaires. Il est si évident qu'un triplement des tarifs par rapport à leur niveau actuel est socialement impossible qu'on doit se rendre à l'évidence : *aujourd'hui, au Mali, la solution n'est pas dans le recouvrement des coûts ; elle est d'abord dans leur réduction.*

Une opportunité à saisir

Au moment où était élaborée l'Initiative de Bamako, on mettait facilement en évidence l'ampleur du gain à attendre, pour la population malienne, d'une politique pharmaceutique fondée sur les médicaments essentiels achetés en dénomination commune internationale -DCI- (13) et par appel d'offres sur le marché international.

Les expériences menées au Mali depuis plusieurs années, notamment dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao, sont en effet beaucoup plus vastes et plus anciennes que celles sur lesquelles l'UNICEF s'est fondée pour démontrer la viabilité de l'Initiative de Bamako. Leur analyse montre que l'approvisionnement pharmaceutique par la Pharmacie populaire du Mali -PPM-, société d'Etat ayant jusqu'au début 1989 disposé du monopole d'importation et en pratique distributeur unique, était extrêmement onéreux. En effet, sa préférence pour les spécialités et pour les achats de gré à gré, coûtait au Mali environ quatre fois ce que ce pays y aurait consacré s'il avait appliqué effectivement une stratégie des médicaments essentiels et utilisé la procédure des appels d'offres sur le marché international. Le choix des produits explique environ la moitié de la différence, et les écarts de prix l'autre moitié (14).

Ces expériences montrent également que la disponibilité des médicaments prescrits est sans doute le moyen le plus efficace de lutter contre la désaffection dont souffrent les services de santé.

Lorsque les médicaments essentiels sont disponibles, les taux de fréquentation des services de santé retrouvent des valeurs qui, tout en restant faibles, sont sensiblement supérieures à celles qu'on a constatées depuis une décennie.

Une telle augmentation de la fréquentation a un intérêt évident, étant donné qu'à son niveau actuel, les besoins ne sont visiblement pas pris en charge : pour les 4,8 millions d'habitants des cercles ne disposant pas d'un hôpital, on a dénombré un peu plus de 700 000 consultants, ce qui correspond à un taux de fréquentation des consultations de 15 % ; pour les 2,8 millions d'habitants des cercles disposant d'un hôpital, le chiffre passe à un peu plus de 1,5 million de consultations, soit un taux de 55 % ; quant au taux d'hospitalisation, il ne dépasse pas 1,4 pour cent. Au total, moins d'un Malien sur trois a aujourd'hui un contact avec les services de santé dans l'année. Cette proportion était supérieure à un sur deux en 1974. L'augmentation de la fréquentation doit donc désormais être considérée comme un objectif de santé publique.

A coûts moindres, fréquentation plus élevée

Ces constatations ont conduit à tenter d'évaluer les niveaux de fréquentation et d'activité (et corrélativement les niveaux d'équilibre financier) qui pourraient être atteints s'il était décidé d'appliquer au Mali l'Initiative de Bamako. Pour répondre à ces occupations un modèle a été construit, dont un état est reproduit en annexe 1.

(13) C'est-à-dire sous leur nom scientifique, comme les "médicaments génériques" par opposition aux "spécialités pharmaceutiques" des laboratoires vendues sous un nom de marque.

(14) J. Brunet-Jailly, S.O. Coulibaly, K. Diarra, A. Koita, op. cit., pp. 45-47.

Les principaux résultats de cette approche, très significatifs, sont les suivants :

- à partir du moment où les malades seraient assurés de trouver des médicaments à prix abordable, les taux de fréquentation des centres de santé d'arrondissement devraient pouvoir être triplés, ceux des centres de santé de cercle augmentés de moitié, ceux des hôpitaux multipliés par deux (il s'agit d'ordre de grandeur, concernant la population hors de Bamako) ;

- le coût de l'approvisionnement en médicaments, aux prix des magasins santé (MS) installés au Mali correspondant à cette activité sensiblement augmentée, ne dépasserait pas 40 % du coût actuel des médicaments pour la population ;

- la création d'un secteur privé de distribution des spécialités demandées par la prescription privée ou l'automédication ne présente aucun intérêt économique : c'est pour la population malienne une dépense supplémentaire de 4 milliards FCFA, pour le pays une dépense identique en devises, au seul profit des firmes pharmaceutiques étrangères fabriquant les spécialités, et des détaillants maliens ; mais qui peut prétendre que cette privatisation a, au Mali, un intérêt de santé publique ?

- dans les conditions d'un approvisionnement aux prix des magasins santé, le coût total de la santé ne dépasserait pas, pour une activité sensiblement plus forte assurant une prise en charge meilleure des besoins réels de la population, environ 10 milliards FCFA, alors que le pays y consacrait en 1986 plus de 17 milliards (secteur moderne : services et médicaments).

● **7 milliards d'économies pouvant être réaffectés...**

Il était donc possible d'envisager, grâce à une politique effectivement inspirée de l'Initiative de Bamako, une modification très sensible du niveau quantitatif et qualitatif de l'activité sanitaire, en réaffectant les moyens financiers que la population du Mali y consacre déjà. Cette stratégie impliquait : réduction du coût des médicaments par l'adoption effective de la politique des médicaments essentiels comme seule politique nationale d'approvisionnement, et affectation des sommes ainsi économisées à des dépenses telles que l'entretien, le fonctionnement courant des formations sanitaires, et les salaires du personnel sanitaire, désormais assuré d'une rémunération décente et ... honnête.

Les conditions techniques du succès

Les principes de l'Initiative de Bamako étaient adaptables à la situation du Mali, sous les modalités suivantes concernant la politique pharmaceutique :

- La PPM devait conserver son monopole d'importation. Le Mali est, sur les marchés internationaux, un petit client avec ses 7 à 8 millions d'habitants et multiplier les importateurs serait multiplier rentes et profits. Mais il convenait d'imposer à la PPM de ne s'approvisionner que par appels d'offres, et, en ce qui concerne les médicaments essentiels, en DCI. Ceci impliquait que la PPM serait capable de se comporter en acheteur averti des procédures du marché international, de contrôler la qualité des offres, et de se décider régulièrement, à qualité donnée, en faveur du moins disant.

- En ce qui concerne les médicaments essentiels, des exceptions au monopole d'importation reconnu à la PPM seraient accordées à des ONG, pour des opérations allant par exemple jusqu'à 20 % du volume total des importations de ces médicaments. Les ONG bénéficiant de cette dérogation communiqueraient au ministère de la Santé

les conditions de leurs achats, de façon à ce que ce dernier dispose d'une information diversifiée sur les conditions du marché international.

- La PPM retirerait de son catalogue toute spécialité équivalente en terme de principe actif, à un médicament essentiel importé en DCI et par appel d'offres (15).

- La PPM approvisionnerait en médicaments essentiels des magasins santé situés au sein ou à proximité des formations sanitaires, et gérés soit par des agents spécialement recrutés, soit par le personnel du service public de santé. Le prix de vente des médicaments par la PPM aux magasins serait fixé, à partir du prix CAF/Bamako, à l'aide d'un coefficient choisi par les autorités sanitaires. Chaque transaction se ferait au comptant et donnerait lieu à versement, par la PPM, d'un pourcentage convenu à la formation sanitaire la plus proche du magasin.

Autonomie de gestion

Ces magasins bénéficieraient d'une totale autonomie de gestion, quel que soit leur statut. Ils pourraient même être tenus par des commerçants agréés par les autorités sanitaires locales. Leur seul engagement, donnant lieu à contrôle public, serait de ne vendre que des produits prescrits par un agent autorisé et figurant sur une liste établie par les autorités sanitaires locales. Les prix de vente seraient libres, et, à l'initiative des autorités sanitaires locales, le nombre de magasins santé pourrait toujours être augmenté pour accroître la concurrence.

- Les sommes versées par la PPM aux formations sanitaires seraient gérées par le comité de gestion de chaque formation concernée ; celui-ci disposerait d'une caisse ou d'un compte en banque distinct de ceux de l'administration. Les recettes provenant de la vente des médicaments pourraient servir à couvrir des dépenses de fonctionnement ou de rénovation, des achats de matériel ou le versement de compléments de salaire au personnel de la formation. Seule restriction : les "primes" ne pourraient être fondées que sur le niveau et la qualité professionnelle de l'activité des agents de la santé, sous peine de poursuites pour détournement de fonds.

Le médecin-chef serait le "pouvoir exécutif" du comité de gestion et le supérieur hiérarchique de tous les agents publics de santé de sa circonscription, jusque et y compris en matière d'appréciation de leur mérite (et de fixation des primes correspondantes).

Un comptable public serait chargé du contrôle a posteriori de la gestion des fonds.

Des propositions économiquement viables ?

La stratégie ainsi définie était-elle réalisable ? Etait-il possible de comprimer le chiffre d'affaires et donc les marges sans affecter la viabilité d'un réseau de distribution desservant au moins tous les cercles, condition nécessaire de la disponibilité du médicament essentiel ? En particulier, ne risquait-on pas de compromettre l'équilibre de la gestion de la PPM ? Pour répondre à ces interrogations, il était nécessaire d'approfondir plusieurs points importants (16).

(15) De fait, une première version d'un projet de contrat-plan entre la PPM et l'Etat prévoyait à l'époque des dispositions de ce genre pour une soixantaine de médicaments essentiels.

(16) Cf. J. Brunet-Jaïlly : *La Pharmacie populaire du Mali dans le contexte de l'Initiative de Bamako*, INRSP, juin 1990, 137 p. ; Seko Sadibou Kanta : *Les conséquences de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako sur la Pharmacie populaire du Mali et sur la population*, thèse pharmacie, Bamako, 1991, 102 p. Labasse Koureissi : *Les officines dans le contexte de l'Initiative de Bamako*, thèse pharmacie, Bamako, 1991, 84 p.

Quels médicaments essentiels ?

Sur ce point, on a commencé par un examen critique de la liste établie par le ministère de la Santé (dite liste ad hoc dans la suite), et présenté une contre-proposition, plus cohérente sans doute sur le plan de la stratégie des médicaments essentiels. Mais le choix, de l'une ou l'autre liste n'avait pas de conséquences économiques appréciables, ce qui signifiait qu'on pouvait, pour gagner du temps, mettre en oeuvre l'Initiative de Bamako en utilisant au départ la liste ad hoc.

Quelles spécialités retirer du catalogue de la PPM ?

L'expérience du milieu des années 1980, dite de la "réforme pharmaceutique", avait appris à tout un chacun, au Mali et à l'étranger, que l'une des conditions sine qua non de succès de l'introduction des médicaments essentiels était que ces derniers ne devaient pas se trouver en concurrence, dans les officines ou dépôts, avec les spécialités auxquelles ils doivent se substituer.

Oublier cette condition, c'est-à-dire négliger le poids des habitudes de prescription, le rôle des visiteurs médicaux et le jeu des intérêts commerciaux, c'était condamner les médicaments essentiels à rester sur les étagères alors que les mêmes produits, sous un autre nom, seraient vendus avec profit pour les professionnels de santé et perte pour le malade.

C'est pour cette raison que l'on a choisi de proposer le retrait de l'autorisation d'importer pour les spécialités qui seraient remplacées par les médicaments essentiels. Deux variantes ont été étudiées :

- le remplacement pourrait concerner environ 150 spécialités strictement identiques à un médicament essentiel de la liste de l'Initiative de Bamako (même composition chimique, même forme, même dosage, les deux produits ne différant donc que par le nom et l'emballage) ;
- environ 200 spécialités supplémentaires, pour lesquelles les différences de forme ou dosage étaient, en toute rigueur scientifique, négligeables, pouvaient être également retirées si l'on voulait s'engager plus avant dans un effort (bien nécessaire) de rationalisation des prescriptions.

Les conséquences sur le chiffre d'affaires de la PPM

Il est évident qu'une politique des médicaments essentiels entraîne une réduction de la valeur des achats, et donc qu'elle a des conséquences sur la gestion des sociétés importatrices et de distribution. A donc été réalisé, pour les années 1988 et 1989, un fichier par produit des sorties de stocks, des prix d'achat et de vente, et, pour les spécialités qui pouvaient être remplacées par des médicaments essentiels, des prix d'achat auprès de *International Dispensary Association* (IDA), organisation non gouvernementale spécialisée dans l'approvisionnement des ONG en médicaments et fournitures médicales.

Sur cette base, il apparaissait que le remplacement au sens strict (150 spécialités) représenterait une diminution de la valeur des importations de 800 millions environ par an, et le remplacement au sens large (350 spécialités) une réduction de près de 1,2 milliard (soit environ le tiers de la valeur des achats des années 1988 ou 1989).

Accessoirement, l'étude mettait en évidence que le conditionnement (hôpital ou

public) des médicaments avait bien moins d'importance, dans la détermination du coût d'une commande achetée par appel d'offres, que le professionnalisme des acheteurs (qualité de leur information sur la situation du marché mondial, qualité de leur appréciation).

Les conséquences pour l'Usine malienne de produits pharmaceutiques (UMPP)

Le Mali dispose d'une usine de production, équipée et cogérée par la Chine, fabriquant une trentaine de produits qui ne sont pas tous des médicaments essentiels. Cette capacité de production nationale pouvait-elle jouer un rôle dans une telle stratégie ?

Malgré les difficultés de l'analyse (insuffisance des données relatives aux coûts de production), deux résultats importants ont été mis en évidence. Le premier est que tout achat à l'UMPP coûte approximativement deux fois plus cher à la PPM, et donc au malade, qu'un achat sur le marché mondial. Le second, que la capacité de production de l'UMPP permet théoriquement de satisfaire la totalité des besoins de la PPM dans les médicaments essentiels que fabrique l'usine.

Sur le plan pratique, ces résultats impliquaient que l'on envisageât sérieusement la suppression, au bénéfice des malades, du monopole de l'UMPP (qui peut vendre sa production à la PPM sans avoir ni à entrer dans la concurrence ni à justifier ses prix de revient). Le surcoût qui en résulte actuellement se noie dans la masse des achats de la PPM, la part que représentent les produits fabriqués par l'UMPP dans le total des approvisionnements étant faible. Mais, dans la perspective d'une stratégie des médicaments essentiels, le surcoût imposé aux malades par ce privilège augmenterait puisque la PPM ne s'approvisionnerait plus en spécialités concurrentes importées. Ceci impliquait également que l'on se préoccupe de la productivité et des prix de revient réels de l'UMPP avant que celle-ci s'engage dans de nouvelles fabrications (17).

Diminuer les charges de la PPM ?

La PPM supportait des charges non négligeables pour entretenir des centres de santé ouverts au public (et à une pratique privée) et dont la gestion était à l'abandon. Elle n'avait pas vocation à gérer de tels centres, encore moins à faire payer aux malades le déficit d'activités qui, selon toute apparence, ne bénéficiaient qu'aux cadres de l'administration. La suppression de ces activités pouvait alléger ses charges d'environ 125 millions FCFA par an.

Par ailleurs, la PPM conservant un personnel pléthorique, tant dans ses services administratifs que dans ses officines et succursales, elle devait envisager sérieusement, à terme de deux ou trois ans, de réduire d'un tiers ses effectifs, et d'élever sensiblement la qualification et les performances de ceux qui seraient conservés : la diminution de charges qui devrait résulter de cet indispensable effort fut chiffrée à environ 180 millions.

On pouvait enfin penser que les dépenses supplémentaires permettant d'améliorer la gestion des stocks, de rationaliser les achats, d'accélérer le rythme des livraisons seraient plus que compensées par les marges supplémentaires qu'elles autoriseraient ; mais l'accroissement de charges pourrait atteindre 100 millions. Les décisions dans ces divers domaines étaient évidemment difficiles à prendre, mais il apparaissait clairement, au début de 1990, que la PPM était condamnée si elle

(17) Il était envisagé à l'époque la production de metronidazole, cotrimoxazole, gentamycine injectable et chloramphénicol injectable.

persévérait dans ses pratiques passées. Déjà la concurrence était présente, et toute part de marché gagnée par les officines privées réduisait les chances de survie de la PPM, alors que celle-ci constituait un élément irremplaçable de la stratégie.

Sauf à brader les officines de la PPM, il paraissait peu probable que la privatisation se poursuive autrement que comme elle avait commencé depuis le début de 1989, c'est-à-dire par la création de petites officines qui concurrenceraient la PPM là où ce serait rentable. La PPM ne devait aucunement compter sur les recettes exceptionnelles provenant de la cession de ses officines mais plutôt voir diminuer encore - et rapidement - sa part dans les ventes au public, donc ses marges de distributeur, élément pourtant essentiel de son équilibre de gestion.

Quelles alternatives réalistes en matière de distribution du médicament au Mali ?

Au début de 1990, compte tenu des décisions politiques antérieures et du contexte, il s'agissait en fait de concilier les intérêts privés médicaux et pharmaceutiques avec ceux de la population en matière d'accessibilité géographique et financière des médicaments.

Mais il était illusoire d'attendre de l'initiative privée qu'elle rende le médicament disponible dans les cercles : la rentabilité exigée d'un investissement privé ne pouvait pas être atteinte dans nombre d'entre eux, et a fortiori dans la plupart des arrondissements. Et ce d'autant plus que la stratégie des médicaments essentiels réussirait ... Si donc l'on voulait rendre le médicament essentiel effectivement disponible dans les chefs-lieux de cercle, il fallait absolument conserver le réseau PPM, en totalité hors de Bamako, et en grande partie dans la capitale.

En outre, s'il était techniquement possible de rendre les médicaments essentiels disponibles dans tous les arrondissements comme le prouvaient certaines expériences passées, il était évident que le coût de la distribution serait, dans un certain nombre d'arrondissements, supérieur à la marge du distributeur. Il convenait donc de prévoir une subvention versée par les échelons supérieurs du système aux échelons périphériques afin d'établir une péréquation des charges.

La question de savoir s'il valait mieux confier la distribution dans les arrondissements à la PPM ou à des communautés diverses ne pouvait pas être traitée d'un simple point de vue économique. La PPM n'avait pas montré dans le passé qu'elle était capable de surveiller ses gérants, et on devait encore lui imposer un effort considérable sur ce point. Il n'était évidemment pas raisonnable de lui demander en même temps de créer 230 succursales nouvelles. On devait donc préférer une solution pragmatique et décentralisée consistant à confier au médecin-chef de cercle la responsabilité d'organiser la distribution dans les arrondissements, en s'appuyant sur les communautés et groupements publics ou privés capables de s'organiser à cette fin. Quant aux intérêts privés, on envisageait que leur recherche de bénéfices soit cantonnée au marché des spécialités autorisées à l'importation, qui resterait important en particulier dans les milieux urbains aisés. Ainsi règnerait une saine concurrence entre la PPM et les officines privées.

Diverses voies possibles

Une simulation a été tentée pour étudier les conséquences des divers choix qui se présentaient aux pouvoirs publics sur les multiples points évoqués précédemment. La conclusion que ce modèle (cf annexe II) permettait de tirer était claire et nette : il existait de multiples façons de rendre effective l'Initiative de Bamako — mettre à

disposition du plus grand nombre des médicaments essentiels —, en préservant les résultats d'exploitation de la PPM, en apportant aux malades un allègement très significatif du coût des médicaments, et éventuellement en laissant au secteur privé le rôle qui lui avait été promis.

L'échec

On sait aujourd'hui que l'Initiative de Bamako ne sera pas réalisée au Mali. Dès janvier 1990, lors d'une conférence des cadres convoquée par le ministre de la Santé, il était clairement apparu qu'elle n'était pas soutenue par les professionnels de la santé, et que l'administration, où les partisans de cette stratégie étaient très minoritaires, n'y voyait en réalité qu'un moyen d'obtenir une aide extérieure supplémentaire pour donner l'illusion d'une amélioration des services. Dans les mois qui suivirent, effectivement, des fonds destinés à d'autres activités, mais disponibles chez les bailleurs, ont été libérés précipitamment par ces derniers, toujours contraints de donner l'impression qu'ils réussissent dans l'exécution de leurs programmes : on a acquis des médicaments essentiels pour quelques centaines de millions de FCFA, par appels d'offres.

Lorsque ces médicaments sont arrivés, ils ont été distribués aux formations sanitaires, à charge pour elles de les vendre dans des conditions qui leur interdisaient de renouveler leur dotation : sous le nom d'Initiative de Bamako, on continuait simplement à dilapider l'aide extérieure, au point qu'on a bientôt pu faire acheter par la PPM des médicaments essentiels à des prix ouvertement supérieurs à ceux des appels d'offres en tirant évidemment un profit personnel...

A partir de mai 1990, le principal souci de la direction de la PPM a donc été d'organiser l'attribution des officines à certains salariés, sans doute méritants à ses yeux, mais non pharmaciens, alors que de jeunes diplômés restaient sans emploi.

Dans le même temps, le ministère de la Santé donnait son accord à toute demande d'ouverture d'une officine privée. Il en existe une centaine aujourd'hui, dont plus de 60 à Bamako, qui compte environ 800 000 habitants, soit le dixième de la population totale du pays.

En octobre 1990, lors des négociations sur le second projet "Population, santé et hydraulique rurale" préparé par la Banque mondiale, et à la surprise générale, le chef de la délégation malienne est allé bien au-delà, en ce qui concerne la libéralisation de l'importation et de la distribution des médicaments, de ce que demandaient les experts de la Banque mondiale. Tous ceux pour qui la maladie doit être, sous le couvert d'un discours humanitaire ou scientifique, d'abord et avant tout une source de profits privés avaient gagné la partie. Et pour l'opinion publique, tout sera mis sur le compte des conditions imposées par le FMI et la Banque mondiale.

Fin octobre et début novembre 1990 ont été publiés les textes qui désarticulaient le dispositif dont on a montré ci-dessus qu'il était indispensable à la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako au Mali : l'importation est libre, les prix des médicaments sont libres, la PPM est dépouillée de son réseau de distribution et sera confinée dans la vente de médicaments essentiels aux formations publiques, qu'on sait exsangues. Les missions d'experts continuent : l'une d'entre elles a traité, sans rire, du "marketing du médicament essentiel" devant un auditoire qui fit mine de prendre encore le problème au sérieux...

Autre référence

Ministère de la Santé publique et de la Population du Mali, Cabinet :
Plan de relance des SSP, Initiative de Bamako, Cadre conceptuel, août 1989, 39 p.

Annexe I

Tableau 2

Impact prévisible d'une politique pharmaceutique

1/ Paramètres	Effectif			Effectif	
Population du district (PB)	700.000		Population rurale (PR)	5.300.000	
Population urb. hors BKO (PU)	1.600.000		Population totale	7.600.000	
Paramètres de fréquentation	Taux actuels	Taux majorés	Coûts unitaires	Coûts PPM	Coûts MS
Accessibilité des HS et AS	,25	,25	Médec/hab. village	100	15
Fréquentation des consult. CSA	,10	,20	Presc/consult. arrond.	1000	400
Fréquentation des consult. CSC	,20	,40	Automed/hab. PR	800	300
Fréquentation des consult. District	,60	,75	Presc/consult. CSC	2500	400
% Consultations payantes District	,36		Automed/hab. PU	2600	800
% Acheteurs de médic. District	,60		Prix cons. privée BKO	1600	1600
Fréquentation hospitalière PR	,002	,005	Coût moyen ordon.	5000	1250
Fréquentation hospitalière PU	,011	,030	Coût médic/hospit.	20000	7000
Fréquentation hospitalière PB	,024	,030	Coût examen labo	200	
Examen labo par hospitalisé	2				
Examen labo par consultant	,10				
Durée moyenne de séjour	10	10	Taux de gratuité	,40	,15
2/ Coûts totaux		Activité actuelle	Activité actuelle	Activité actuelle	Activité majorée
		+ prix PPM	+ prix MS	+ prix MS	+ prix MS
				et secteur privé	
Village ou secteur					
Médicaments		132.500.000	19.875.000	132.500.000	19.875.000
Arrondissements					
Médicaments prescrits par les formations		530.000.000	212.000.000	212.000.000	424.000.000
Prescription privée et automédication		3.337.500.000	1.590.000.000	3.337.500.000	1.590.000.000
Cherfs-lieux de cercle					
Médicaments prescrits par les formations		800.000.000	128.000.000	128.000.000	256.000.000
Prescription privée et automédication		4.200.000.000	1.280.000.000	4.200.000.000	1.280.000.000
District					
Honoraires pratique privée		241.920.000	241.920.000	241.920.000	302.400.000
Médicaments prescrits et automédication		2.100.000.000	525.000.000	756.000.000	525.000.000
Hospitalisation					
Coût des médicaments		900.000.000	315.000.000	315.000.000	668.500.000
Laboratoire					
Coût des examens		32.800.000	32.800.000	32.800.000	32.800.000
Charges fixes actuelles					
Salaires secteur public		3.000.000.000	3.000.000.000	3.000.000.000	3.000.000.000
Fonctionnement (hors médicaments)		1.500.000.000	1.500.000.000	1.500.000.000	1.500.000.000
Total coûts récurrents		16.774.720.000	8.844.595.000	13.855.720.000	9.598.575.000
3/ Financement	Tarifs	Activité actuelle	Activité actuelle	Activité actuelle	Activité majorée
		+ prix PPM	+ prix MS	+ prix MS	+ prix MS
				et secteur privé	
Recouvrement des coûts					
Consultations					
Arrondissement	100	31.800.000	31.800.000	31.800.000	63.600.000
Centre de santé de cercle	500	96.000.000	96.000.000	96.000.000	192.000.000
District	500	126.000.000	126.000.000	126.000.000	157.500.000
Pratique privée (Bamako)		241.920.000	241.920.000	241.920.000	302.400.000
Laboratoire		32.800.000	32.800.000	32.800.000	32.800.000
Hospitalisation					
Hôpitaux rég. et sec.	250	37.460.000	37.460.000	11.750.000	
Hôpitaux nationaux	1500	151.200.000	151.200.000	151.200.000	189.000.000
Paiement des médicaments		12.000.000.000	4.069.875.000	9.081.000.000	4.763.375.000
Etat					
Salaires		3.000.000.000	3.000.000.000	3.000.000.000	3.000.000.000
Fonctionnement (hors médicaments)		1.500.000.000	1.500.000.000	1.500.000.000	1.500.000.000
Total recettes		17.217.180.000	9.287.055.000	14.298.180.000	10.312.425.000

**Afrique
contemporaine**

N° 162
2^{ème} trimestre 1992

études

17

Tous les paramètres (partie supérieure du tableau) peuvent être modifiés ; ils permettent d'étudier plusieurs variantes concernant le niveau de l'activité (actuel ou majoré), l'approvisionnement pharmaceutique (prix de la PPM ou prix des magasins santé MS, et même l'importance d'un secteur privé de distribution pharmaceutique). La troisième partie du tableau calcule les recettes attendues dans chaque combinaison d'hypothèses. Pour plus de précisions, voir J. Brunet-Jailly, S.O. Coulibaly... op.cit., pp 91-107

Annexe II

La simulation portait sur les questions suivantes :

- liste des médicaments essentiels (150 ou 350 ?)
- privilège de l'UMPP
- maintien de la réglementation douanière, ou limitation des exonérations de droits aux seuls médicaments en DCI ?
- part des officines privées
- réduction des charges de la PPM
- amélioration des livraisons de la PPM
- subvention des dépôts d'arrondissement déficitaires
- coefficient à appliquer aux médicaments en DCI ?
- coefficient à appliquer aux spécialités ?

Les réponses à ces questions définissent un très grand nombre de politiques. Pour chaque jeu de choix du décideur - partie supérieure gauche -, le modèle calcule la valeur facture des achats, la valeur TTC Bamako des achats, les droits de douane, la valeur de détail des ventes, la marge revenant à la PPM, les charges de la PPM, le résultat, ainsi que la réduction de coût pour les malades.

Tableau 3
Modèle pour une simulation

Choix du décideur		Nom de l'essai..... z1																										
Extension du remplacement (1 = restreinte ; 2 = étendue)	1	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Paramètres fixes Spécialités DCI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Transport</td> <td>10,00 %</td> <td>33,00 %</td> </tr> <tr> <td>Douane</td> <td>22,00 %</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Marge détail</td> <td>25,52 %</td> <td>25,52 %</td> </tr> <tr> <td>% Pertes</td> <td>20,00 %</td> <td>20,00 %</td> </tr> <tr> <td>Maximum</td> <td>300 millions</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coût</td> <td>50 millions</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coût</td> <td>100 millions</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Paramètres fixes Spécialités DCI			Transport	10,00 %	33,00 %	Douane	22,00 %		Marge détail	25,52 %	25,52 %	% Pertes	20,00 %	20,00 %	Maximum	300 millions		Coût	50 millions		Coût	100 millions	
Paramètres fixes Spécialités DCI																												
Transport	10,00 %				33,00 %																							
Douane	22,00 %																											
Marge détail	25,52 %				25,52 %																							
% Pertes	20,00 %				20,00 %																							
Maximum	300 millions																											
Coût	50 millions																											
Coût	100 millions																											
Privilège de l'UMPP OUI ou NON	OUI																											
Exonération douanière (1 = actuelle ; 2 = limitée aux DCI)	2																											
Part des officines privées en pourcentage des ventes)	45																											
Réduction des charges (en millions FCFA)	25																											
Accélération des livraisons	OUI																											
Coefficient sur DCI	3																											
Coefficient sur autres produits	3																											
Subvention dépôts arrondissement	OUI																											
Résultats	DCI	Autres remplaçables	Spécialités et autres	Total																								
Valeur facture des achats	500	475	2075	3050																								
Valeur TTC Bamako des achats	570	637	2785	3992																								
Droits de douane	0	115	502	617																								
Valeur de détail (PPM + privé)	1368	1530	6683	9581																								
Marge revenant à la PPM	192	215	938	1345																								
Charges de la PPM (hors douane et transport international)				1203																								
Résultat PPM				142																								
Réduction de coût pour les malades				-38,85 %																								