



HAL
open science

L'accès aux médicaments essentiels : une composante incontournable dans les politiques sanitaires des pays d'Afrique francophone : exemple du "projet d'appui à la santé du nord" au Cameroun

Claude Borreau

► **To cite this version:**

Claude Borreau. L'accès aux médicaments essentiels : une composante incontournable dans les politiques sanitaires des pays d'Afrique francophone : exemple du "projet d'appui à la santé du nord" au Cameroun. Sciences pharmaceutiques. 1998. dumas-01578654

HAL Id: dumas-01578654

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01578654>

Submitted on 29 Aug 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



2^e exemplaire

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année 1998

N° D'ordre 7023

**L'ACCES AUX MEDICAMENTS ESSENTIELS :
UNE COMPOSANTE INCONTOURNABLE
DANS LES POLITIQUES SANITAIRES
DES PAYS D'AFRIQUE FRANCOPHONE.
EXEMPLE DU « PROJET D'APPUI A LA SANTE DU NORD »
AU CAMEROUN**

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN PHARMACIE

DIPLOME D'ETAT

Claude BORREAU

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 JUIN 1998 A 17 H 30
DEVANT LE JURY COMPOSE DE
Madame le Docteur DELETRAZ - DELPORTE Martine Président du jury
Monsieur le Docteur TROUILLER Patrice
Madame le Docteur GIROD Anne Marie

**UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE**

Année 1998

N° D'ordre

7023

**L'ACCES AUX MEDICAMENTS ESSENTIELS :
UNE COMPOSANTE INCONTOURNABLE
DANS LES POLITIQUES SANITAIRES
DES PAYS D'AFRIQUE FRANCOPHONE.
EXEMPLE DU « PROJET D'APPUI A LA SANTE DU NORD »
AU CAMEROUN**

THESE

PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN PHARMACIE

DIPLOME D'ETAT

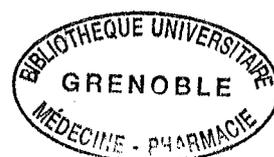
Claude BORREAU

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 JUIN 1998 A 17 H 30

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Madame	le Docteur DELETRAZ - DELPORTE Martine	Président du jury
Monsieur	le Docteur TROUILLER Patrice	
Madame	le Docteur GIROD Anne Marie	



ERRATA

Page 8 : Au niveau de la note de page, deux erreurs ont été commises dans la liste des pays d'Afrique francophone : la Guinée Equatoriale a été oubliée, et Madagascar a été mentionné par erreur

Page 86 : La référence bibliographique est [44] et non [43]

SOMMAIRE

Introduction	4
Première partie : Le médicament dans le contexte socio-économique des pays d'Afrique francophone	6
1. Situation du médicament en Afrique francophone	7
1.1 Le marché pharmaceutique international	8
1.1.1 Consommation et production mondiales : position de l'Afrique francophone	8
1.1.2 Le médicament générique	12
1.2 Quelle offre aux populations face aux défaillances du secteur pharmaceutique public ?	15
1.2.1 Le secteur privé	16
1.2.2 Le secteur informel	19
1.3 Quand le médicament est victime de problèmes de qualité	21
1.3.1 Malfaçon et contrefaçon : quelles différences ?	22
1.3.2 Conséquences d'une mauvaise qualité du médicament sur la santé	24
1.3.3 Estimations de l'ampleur du problème de la qualité sur le marché pharmaceutique africain	26
2. Pour une politique pharmaceutique orientée vers le médicament essentiel	28
2.1 Médicament essentiel : définition et objectifs	29
2.2 Médicaments essentiels et politique nationale de santé	31
2.2.1 Les Soins de Santé Primaires	31
2.2.2 L'initiative de Bamako	33
2.3 Médicaments essentiels et approvisionnement : redynamisation du secteur sanitaire pharmaceutique public	35
2.3.1 Stratégies d'achat	36
2.3.2 L'assurance qualité	37
2.3.3 La distribution	40
2.4 Médicaments essentiels génériques et secteur pharmaceutique privé	41

Deuxième partie : Le Projet d'Appui à la Santé du Nord au Cameroun	43
1. Le cadre sanitaire du Cameroun	44
1.1 Le système de santé : organisation et structures	45
1.2 Le secteur pharmaceutique	46
1.2.1 Le secteur public	47
1.2.2 Le secteur privé	48
1.3 Politique de santé et politique pharmaceutique	50
1.3.1 La politique nationale de santé	50
1.3.2 La politique nationale pharmaceutique	51
1.3.3 Mesures suite à la dévaluation du franc CFA	52
2. Le projet d'Appui à la Santé du Nord	53
2.1 Mise en œuvre	55
2.1.1 Le volet SSP au niveau des districts de santé	56
2.1.2 Le volet hôpital provincial de Garoua	58
2.1.3 Le volet Centrale d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques	60
2.1.4 Le volet délégation provinciale de la santé	64
2.2 Présentation des résultats : analyses et perspectives	65
2.2.1 Au niveau des activités de SSP dans les districts de santé	66
2.2.2 Au niveau de l'hôpital provincial de Garoua	74
2.2.3 Au niveau de la Centrale d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques	79
2.2.4 Au niveau de la délégation provinciale de la santé	82
Conclusion	85
Bibliographie	87
Liste des annexes	90

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

ADPIC	Aspects sur les Droits à la Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
BPF	Bonnes Pratiques de Fabrication
CAF	Coût Assurance Fret (Incoterm utilisé dans le domaine du transport maritime de marchandises. Signifie que le vendeur supporte tous les frais nécessaires au transport de la marchandise jusqu'au lieu de destination convenu (y compris l'assurance)
CAPP	Centrale d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutique (Cameroun)
CCP	Certificat Complémentaire de Protection
CEE	Communauté Economique Européenne
CENAME	Centrale Nationale de Médicaments Essentiels (Cameroun)
CHMP	Centrale Humanitaire Médico Pharmaceutique (Centrale d'achat de Pharmaciens Sans Frontière)
CIAME	Centrale Intermédiaire d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (Cameroun)
COGE	Comité de Gestion (Cameroun)
COSA	Comité de Santé (Cameroun)
CSP	Code de la Santé Publique (France)
DCI	Dénomination Commune Internationale
FAC	Fond d'Aide à la Coopération (financement du ministère de la Coopération Française dans le cadre de projets de développement)
F CFA	Franc « Communauté Financière Africaine » = 0,01 Franc Français
FMI	Fonds Monétaire International
FOB	Free On Board (Incoterm utilisé dans le domaine du transport maritime de marchandises. Signifie que le vendeur place la marchandise à bord du navire, le reste (acheminement à destination) étant à la charge de l'acheteur)
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade, ou Accord Général sur les Tarifs douaniers et le Commerce
IDA	International Dispensary Association (Centrale d'achat hollandaise)
MSF	Médecins Sans Frontière
OMC	Organisation Mondiale du Commerce
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAME	Programme d'Action pour les Médicaments Essentiels
PAS	Prêt d'Ajustement Structurel (prêt accordé par la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International, dans le cadre de programmes d'ajustement structurel)
PED	Pays en développement
PEV	Programme Elargi de Vaccination (concerne la vaccination de 6 maladies : coqueluche, diphtérie, poliomyélite, rougeole, tétanos néonatal et tuberculose)
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNB	Produit National Brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSF	Pharmaciens Sans Frontière
SNIP	Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique (France)
SSP	Soins de Santé Primaires
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

INTRODUCTION

Les progrès de la science médicale au niveau des connaissances et des moyens techniques, leur meilleure utilisation, et une plus grande efficacité dans la lutte contre les maladies infectieuses, surtout en matière d'hygiène du milieu et de vaccination, sont les principaux facteurs qui ont permis, et permettront encore d'améliorer la santé de l'Homme. Nous pouvons aujourd'hui prévenir et guérir de nombreuses maladies. Il en résulte un abaissement important de la mortalité infantile (les moins de 5 ans) et un allongement de la moyenne mondiale de l'espérance de vie à la naissance, qui est passée de 48 ans, en 1955, à 65 ans, de nos jours [1].

Cependant, l'amélioration de la situation sanitaire mondiale n'a pas connu la même progression à travers le monde. Si la moyenne de l'espérance de vie est de 77 ans dans les pays industrialisés, elle est de 51 ans dans les pays en développement (PED), où la mortalité infantile reste très élevée, avec une moyenne de 112 décès pour 1 000 naissances, contre 7 pour 1 000 dans les pays industrialisés. 93 % des décès, au niveau mondial, sont directement liés à des maladies, dont près de la moitié sont des maladies infectieuses ou parasitaires qui représentent la première cause de mortalité dans les PED [2] [3]. Ainsi, sur les 50 millions de décès enregistrés en 1993 dans le monde, les 4/5^{ème} sont survenus dans les PED [2]. Face à une couverture vaccinale mondiale qui est en moyenne de 80 %, celle des PED reste insuffisante, atteignant tout juste les 60 à 70 % dans le meilleur des cas, en ayant tout de même largement progressé en 20 ans, puisqu'elle était de 5 % en 1974. Ceci est dû au lancement en 1974, par l'UNICEF et l'OMS, du programme élargi de vaccination. Cette couverture reste cependant inférieure à 50 % dans certains pays d'Afrique pour le vaccin anti-rougeoleux, alors que cette maladie est responsable du plus fort taux de mortalité dans ces régions [4].

Ainsi, à l'aube de l'an 2000, les nombreuses iniquités en matière de santé ont creusé un écart considérable entre les pays industrialisés et les pays en développement. Les moyens scientifiques et techniques ne sont pas répartis également parmi l'humanité, et une fraction encore importante de la population mondiale n'a qu'un accès limité aux soins de santé. Parmi ces moyens, figure le médicament, qui a une place importante, car s'il ne constitue pas à lui seul la solution à une meilleure santé, il participe cependant à l'efficacité des autres facteurs de soin et à la qualité des soins délivrés. L'accessibilité aux médicaments constitue donc un facteur clé pour l'amélioration de la santé.

Or selon l'OMS, près de 25 % des PED se situent dans le groupe des pays à faible couverture pharmaceutique, c'est à dire où moins de 30 % de la population a un accès régulier aux médicaments. Les pays d'Afrique francophone se trouvent dans ce groupe [5].

Dans la première partie, nous tenterons de faire le point sur la situation du médicament en Afrique, en particulier au niveau des pays d'Afrique francophone. Nous pourrions ainsi apprécier la diversité des problèmes rencontrés par les populations en terme d'accessibilité aux médicaments, problèmes liés au contexte socio-économique défavorable de ces pays, mais aussi au contexte international. Nous verrons ensuite que des actions sont proposées dans le cadre de l'élaboration et de la mise en place d'une politique nationale de santé dans laquelle s'inscrit la politique pharmaceutique, cet ensemble tenant compte des besoins des pays selon une approche à la fois sanitaire, sociale et économique.

Dans la deuxième partie, nous présenterons le « projet d'appui à la santé du Nord », qui est un projet de développement de la santé au Cameroun. Nous tenterons de démontrer dans quelles mesures, et à quelles conditions, la mise en œuvre de ces directives proposées peut apporter une amélioration de la situation sanitaire pour les populations, et le rôle joué par le médicament dans un tel système.

PREMIERE PARTIE

-

**LE MEDICAMENT DANS LE CONTEXTE
SOCIO-ECONOMIQUE DES PAYS D'AFRIQUE
FRANCOPHONE**

1. Situation du médicament en Afrique francophone

La crise internationale survenue au début des années 70 a engendré la dégradation progressive du contexte socio-économique des pays africains. A la chute des exportations, en valeur et en volume, s'ajoute l'accumulation des dettes extérieures. Au début des années 80, la mise en place de programmes d'ajustement structurel, imposés par la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International, conduisent les Etats africains à opérer des restrictions budgétaires de plus en plus sévères pour limiter les dépenses [6].

Il en résulte un désengagement progressif des Etats dans tous les secteurs, dont celui de la santé. Ainsi, les Etats allouent actuellement moins de 5 % de leur budget total à la santé, l'OMS recommandant un minimum de 10 % [2]. D'autre part, ces restrictions budgétaires n'ont pas respecté les priorités. Afin de pouvoir préserver les dépenses liées aux charges salariales, qui constituaient encore, en 1990, de 70 à 90 % des budgets de fonctionnement des ministères de la Santé, les réductions ont été effectuées sur les investissements et sur les frais nécessaires au fonctionnement des structures sanitaires publiques [7].

Depuis l'accès à l'indépendance jusqu'au milieu des années 70, la fourniture des médicaments s'appuyait presque exclusivement sur le secteur public, qui les dispensait généralement gratuitement. L'affaiblissement progressif de ce secteur a conduit à un marché pharmaceutique qui est maintenant largement dominé par un secteur privé, dont les intérêts commerciaux ne vont pas toujours de paire avec la logique sociale de satisfaction des besoins sanitaires des populations, dont les revenus régressent de plus en plus pour une grande majorité.

Les systèmes de protection sociale, lorsqu'ils existent, couvrent moins de 5 % de la population (contre 70 à 80 % dans la plus part des pays industrialisés) et sont généralement limités à des prestations type famille et vieillesse [8]. Les populations sont donc contraintes d'assumer elles mêmes les dépenses qui incombent à leur santé. Et avec un pouvoir d'achat qui généralement ne cesse de baisser, leur possibilité d'accéder à des soins de qualité est de plus en plus limitée.

Enfin, la faiblesse des Etats entraîne des insuffisances en matière de réglementation et de contrôles du secteur pharmaceutique. Cela se traduit par une qualité du médicament qui peut être parfois incertaine, ce problème étant accentué par la présence d'un secteur informel de distribution qui répond, par ses prix bas, à une grande demande de la population.

1.1 Le marché pharmaceutique international

1.1.1 Consommation et production mondiales : position de l'Afrique francophone

1.1.1.1 Consommation mondiale

En 20 ans, la consommation mondiale a été multipliée par 6, passant de 43 milliards de \$ US en 1975 à environ 283 milliards en 1995 (ces valeurs étant exprimées en prix à la production et au taux de change actuel).

Mais si cette consommation a considérablement augmenté durant cette période, la part des PED n'a cessé de baisser en valeur, passant de 23 % en 1975 à 15 % en 1990, sachant de plus que la population de ces pays représente plus de 75 % de la population mondiale. Ce qui revient aussi à dire que les 25 % de la population des pays industrialisés consomment actuellement 85 % des médicaments [5] [9].

Ces disparités sont en réalité encore plus importantes, puisque au niveau des PED, 43 % de la consommation revient à l'Asie, 33 % à l'Amérique Latine et 26 % pour l'Afrique.

Et si la part du continent africain ne représente que 1,2 % de la consommation mondiale, la répartition reste là aussi inégale au sein de ce continent, où plus de 75 % de ce marché est partagé entre le Maghreb, l'Afrique du Sud et l'Egypte (tableau n° I).

Aussi, les pays de l'Afrique francophone ne représentent pas plus de 7 % du marché africain, et 0,2 % du marché mondial ¹.

Tableau n° I : Répartition de la consommation pharmaceutique sur le marché africain en 1994 [9]

Pays	Part du marché en %
Maghreb	32
Afrique du Sud	26
Egypte	19
Afrique francophone	7
Reste de l'Afrique	16

¹ Les pays d'Afrique francophone concernés dans le cas présent sont : Bénin, Burkina-Faso, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Congo, Gabon, Madagascar, Mali, Niger, République Centrafricaine, Sénégal, Tchad, Togo.

1.1.1.2 La production

- **La répartition entre les pays industrialisés et les PED**

La part des PED dans la production pharmaceutique mondiale reste inférieure à 20 %, comme le montre le tableau n° II ci-dessous. Si l'OMS estime à plus de 10.000 le nombre de firmes internationales produisant des médicaments, 70 % de la production mondiale est assurée par les 100 premières, situées en Europe (Allemagne, Angleterre, Suisse, Italie, France, Suède), aux Etats-Unis et au Japon [5].

Le tableau n° II nous montre également qu'au niveau de la production locale des PED, les disparités sont là aussi importantes. Si l'Amérique Latine et l'Asie ont une production relativement bien développée, permettant de couvrir 70 % de la consommation pour l'Amérique Latine (le Brésil produit même 99 % de ses besoins) et 60 % pour l'Asie, il n'en est pas de même pour les pays d'Afrique qui ne satisfont au mieux que 10 à 15 % de leurs besoins, exception faite de l'Egypte et du Maroc qui couvrent respectivement 70 et 80 % de leur consommation [5].

Néanmoins, cette production locale reste généralement dépendante de l'extérieur puisqu'elle est le plus souvent issue de l'implantation de sociétés multinationales occidentales, dont les parts de marché peuvent représenter de 30 % en Egypte, à près de 100 % dans un grand nombre de pays africains (en passant par 50 % en Argentine, 70 % en Inde et 78 % au Brésil). En fait, la situation économique des PED ne leur permet pas toujours de disposer des grands complexes chimico-pharmaceutiques nécessaires à la production des substances actives de base, et ces dernières sont donc importées, les producteurs locaux n'intervenant généralement que dans le domaine de la formulation et du conditionnement. Dans ce contexte, la production locale peut être fragilisée par les fluctuations économiques et la difficulté à obtenir les devises étrangères nécessaires à l'achat des matières premières [5].

Tableau n° II : Répartition de la production pharmaceutique mondiale en 1990 [9]

Pays	Part de la production mondiale en %
Pays à économie de marché développée	73,0
Europe de l'Est et Russie	8,6
Pays en développement	18,4
- Amérique Latine et Caraïbes	7,9
- Asie	9,7
- Afrique	0,8
dont Afrique du Nord	0,4
Total en milliards de \$ US	150,3

• Les nouveaux accords internationaux sur le commerce : conséquences pour les PED

Certains PED ont pu développer en partie leur production locale en ne reconnaissant pas certains accords du GATT (Accord Général sur les Tarifs douaniers et le Commerce), ce traité ne comportant aucun accord à caractère obligatoire pour les parties contractantes ² [10].

Dans le cas présent, nous retiendrons deux accords qui sont la reconnaissance du droit à la propriété industrielle, et le principe de la non-préférence nationale :

- Tout producteur qui invente un produit, ou un procédé de fabrication, peut demander des droits de propriété intellectuelle (brevet de produit ou de procédé de fabrication) qui lui permettent d'avoir l'exclusivité de l'exploitation de son produit (ou de son procédé de fabrication) sur une période limitée. Ce droit porte également sur l'exploitation d'une marque.

Or, dans le domaine du médicament, certains pays ne reconnaissent pas les droits de propriété intellectuelle, et peuvent de ce fait copier légalement des médicaments protégés par l'un de ces droits. C'est le cas notamment en Argentine, au Brésil, en Inde, en Thaïlande et même en Italie jusqu'à la fin des années 70 [11]. Cette production permet à ces pays de développer leur production locale, mais aussi et surtout de rendre ces médicaments moins chers, donc plus accessibles pour les populations (la situation de monopole engendrée par le brevet augmente le prix du médicament). Ces copies sont généralement réalisées dans les meilleures conditions afin d'en respecter la qualité. Elles sont réalisées dans l'intérêt économique du pays [11]. D'autres pays, qui ne reconnaissent pas le droit à la propriété intellectuelle, peuvent importer ce type de médicaments moins chers, ce qui constitue un avantage dans la mesure où la qualité des produits est respectée.

- D'autre part, des pays comme ceux du Maghreb ont mis en place des systèmes de préférence nationale, par l'intermédiaire de droits de douane appliqués au niveau des médicaments importés, afin de favoriser leur production locale, en évitant que celle-ci ne se fasse écraser par les firmes étrangères.

Néanmoins, ces pratiques seront amenées à disparaître, suite à la création de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC), qui a pris ses fonctions le 1^{er} janvier 1995. Ce qui pourrait perturber la production nationale des PED car, avec l'OMC les différents accords du GATT deviennent obligatoires pour tout pays membre de cette organisation. Les principaux organisateurs de ce changement sont les grandes industries, qui ont vu, dans la pratique de certains pays, une forme de concurrence déloyale. Si l'application a pris effet au 1^{er} janvier 1996 pour les pays industrialisés (soit un an après l'entrée en fonction de l'OMC), une période de transition a été accordée aux PED, jusqu'au 1^{er} janvier 2005, pour leur permettre de pouvoir s'adapter. [10].

Il en ressort notamment l'application des nouveaux accords sur les Aspects sur les Droits à la Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce (ADPIC), qui obligent tous les pays membres à reconnaître le droit à la propriété intellectuelle, et qui fixent la durée de protection à 20 ans [10]. Il va de soi que cela aura une répercussion non négligeable sur la production

² Le GATT, adopté en 1947, est un ensemble d'accords destinés à réduire les obstacles aux échanges mondiaux, et à mettre en place un système de commerce international harmonieux, fonctionnant sur le principe de la libre concurrence, tout en préservant cependant certains aspects, comme celui du droit à la propriété intellectuelle. Il est question de réciprocité et avantages mutuels dans les échanges internationaux [10].

locale de certains PED, mais également sur le fait que les médicaments brevetés, s'ils ne peuvent plus être copiés, devront être importés par ces pays, devenant de ce fait moins accessibles financièrement pour les populations.

Nous pouvons faire une remarque sur le fait que le droit à la licence obligatoire est maintenu, à condition qu'il soit utilisé dans un intérêt public (de santé dans le cadre du médicament)³ [10]. Cependant, ce droit risque de ne pas pouvoir être exploité facilement par les PED (comme auparavant d'ailleurs) en raison des négociations qui sont souvent difficiles avec les industriels détenteurs du droit à la propriété intellectuelle (comme par exemple le montant élevé des royalties demandées).

Une autre conséquence de ce changement réside dans le fait que la politique de préférence nationale ne pourra plus être appliquée, ce qui risque de fragiliser la production locale de certains pays comme ceux du Maghreb.

- **Les pays africains, majoritairement importateurs**

Avec une production locale très limitée, la plupart des pays africains sont contraints d'importer 80 à 90 % de leurs médicaments.

Ils représentent ainsi le plus grand marché des exportations de produits finis vers les PED (environ 43 %). 95 % des importations effectuées par l'Afrique proviennent de l'Europe, et paradoxalement, ce marché ne représente que 6 % des exportations européennes. La France arrive en tête, puisque 61,5 % des exportations de l'Europe vers l'Afrique sont françaises. Le marché des PED représentant d'ailleurs 34 % de ses exportations, dont 76 % sont destinées à l'Afrique. Si l'on se limite aux pays francophones, 90 % de leurs importations sont françaises [12].

Ainsi, l'on peut constater que les anciens rapports coloniaux ont influencé le commerce entre PED et pays occidentaux, ces derniers ayant apporté, en plus de la langue, des modèles d'organisations administratives et réglementaires, des formations médicales qui favorisent les échanges.

En l'absence de moyens suffisants pour développer de manière plus importante leurs activités locales de production, les pays d'Afrique francophone restent donc très dépendants de l'extérieur. Et la place marginale qu'ils occupent sur la scène internationale du marché pharmaceutique ne leur permet pas de disposer de grandes capacités de négociations pour obtenir des prix compétitifs.

Cette situation fait que les marchés pharmaceutiques des pays africains sont bien souvent largement influencés par la logique commerciale des pays industrialisés dont ils dépendent. Or, ce type de logique ne prend pas toujours en compte l'aspect économique du médicament, et n'est donc pas forcément adaptée au contexte des pays africains, contexte dans lequel le médicament, sous sa forme générique, devrait avoir la priorité.

³ Licence obligatoire : un pays peut obliger un producteur, détenteur d'un droit à la propriété intellectuelle pour un médicament, à ce qu'un producteur local puisse fabriquer ce même médicament (qui aura donc un prix de revient inférieur pour le pays et pour les populations), lorsque l'intérêt de la santé publique l'exige.

1.1.2 Le médicament générique

1.1.2.1 Définition du médicament générique

Lorsqu'un industriel met au point un nouveau médicament, il peut déposer une demande de protection industrielle (brevet) lui permettant d'avoir l'exclusivité pour l'exploitation de son produit sur une durée déterminée, qui est de 20 ans en France, sachant qu'il faudra 8 à 10 ans de développement avant que ce nouveau médicament n'obtienne son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)⁴. En Europe, le « certificat complémentaire de protection », adopté par la communauté européenne en 1992, peut permettre, sous conditions, de prolonger de 5 ans la protection apportée par le brevet (sans toutefois dépasser 15 ans à partir de la date de l'AMM) ; le titulaire du brevet doit en faire la demande, et cette demande doit être justifiée (comme par exemple un retour sur investissement qui n'a pu se faire durant la période du brevet) [12] [13].

Le médicament générique est une copie du produit original dont le brevet, arrivé à expiration, est tombé dans le domaine du public. En France, l'article L.601-6 du Code de la Santé Publique (CSP) définit cette copie comme « une spécialité qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique, et dont la bioéquivalence avec l'autre spécialité a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité⁵. Pour l'application du présent article, les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique. ».

Notons que pour l'OMS, cette notion est plus extensive, puisque l'on parle de produit pharmaceutique multisource, pour lequel des variantes sont possibles au niveau du principe actif (sel ou ester), du ou des excipients, et dans le procédé de fabrication [13] [14] [15].

Selon l'article R-5133 du CSP français, le médicament générique peut bénéficier d'un dossier allégé pour l'obtention de l'AMM : droits d'enregistrement minorés, et du fait qu'il s'agit d'une molécule déjà connue, les essais cliniques peuvent ne plus être nécessaires et les analyses toxicologiques, pharmacologiques ne sont généralement pas demandées. Seul le dossier pharmaceutique est complet [13].

Ainsi, à qualité égale, la copie peut présenter, par rapport à l'original, des coûts de fabrication et de commercialisation inférieurs.

⁴ L'AMM est un document qui est délivré par l'autorité compétente du pays concerné (l'Agence du Médicament pour la France). En France, l'AMM est définie par l'article L.601 du CSP comme suit: « l'autorisation est refusée lorsqu'il apparaît que le médicament ou le produit est nocif dans les conditions normales d'emploi, ou qu'il n'a pas la composition qualitative déclarée, ou que l'effet thérapeutique annoncé fait défaut ou est insuffisamment justifié par le demandeur. Elle est également refusée lorsque la documentation et les renseignements fournis ne sont pas conformes au dossier qui doit être présenté à l'appui de la demande et dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat. »

⁵ L'on considère qu'il y a bioéquivalence si la vitesse d'absorption et la quantité absorbée ne diffèrent pas de plus ou moins 25 % des valeurs moyennes obtenues avec le produit princeps et ce chez plus de 75 % des sujets sains étudiés.

Il existe 2 types de génériques :

- Le « générique de marque » qui, comme la spécialité, est désigné par un nom de marque destiné à fidéliser l'utilisateur. L'intérêt est commercial et économique lorsque la différence de prix avec la spécialité est significative.
- Le « générique vrai », qui est désigné par la Dénomination Commune Internationale (DCI), suivie du nom du fabricant. Il revêt un aspect purement économique. Principalement fabriqué pour répondre aux besoins des PED, il est le plus souvent conditionné en vrac. [13].

1.1.2.2 Place du générique sur le marché commercial

A l'échelle internationale, la place du médicament générique reste assez faible. Si elle atteint, au niveau des prescriptions, un maximum de 17 % au Danemark, 16 % en Allemagne ou 10 % aux Etats-Unis [13], la raison principale est que dans ces pays, les prix sont libres [14]. Par conséquent, ils sont élevés pour les spécialités, et la différence de prix du générique est significative. Sa production et sa commercialisation sont alors rentables, puisqu'il présente un véritable intérêt commercial et économique.

Dans les pays qui pratiquent une politique de fixation des prix (France, Espagne, Italie), le générique constitue moins de 2 % du marché. Les prix étant relativement bas, les différences entre génériques et spécialités correspondantes ne sont pas suffisantes pour motiver le marché⁶ [13].

Mais il y a d'autres facteurs qui peuvent freiner le marché du générique :

- Les médicaments ne sont pas tous « généricables » après expiration de leur brevet, la faisabilité technique n'étant pas toujours possible en terme de biodisponibilité ou de forme galénique.
- Si le certificat complémentaire de protection doit permettre aux industriels détenteurs d'un brevet de compenser un peu mieux les efforts qu'ils ont investi, cela repousse en contre partie le moment où le médicament sera « généricable ».
- Le droit de substitution, pour le pharmacien, n'est pas autorisé dans tous les pays. Or ce droit, lorsqu'il existe, stimule la demande de médicaments génériques. C'est le cas notamment aux Etats-Unis et en Allemagne, avec cependant un droit d'opposition pour le prescripteur, notamment lorsque le médicament a une marge thérapeutique étroite (l'écart de bioéquivalence autorisé peut nécessiter la modification de la posologie) [5] [15].
- Enfin, le médicament générique ne rencontre pas toujours un franc succès auprès des prescripteurs, généralement plus habitués aux spécialités et voulant garder leur liberté de prescription, et auprès des consommateurs qui, souvent mal informés, considèrent ce produit comme une vulgaire copie au rabais.

⁶ De plus, la France accorde le remboursement d'un générique lorsque son prix n'est inférieur qu'au minimum de 10 % par rapport à celui de la spécialité.

Ainsi, la place encore marginale du médicament générique sur le marché des pays industrialisés (en particulier pour la France) fait que ce type de produit occupe également une faible place sur les marchés africains, ces derniers fonctionnant, comme nous l'avons vu, selon le même principe que ceux des pays industrialisés.

Or le coût du médicament a une importance particulière pour les pays africains, au niveau desquels, un coût trop élevé constitue un obstacle majeur pour le secteur sanitaire public, en terme de disponibilité, et d'une manière générale pour les populations, en terme d'accessibilité. Le médicament générique (surtout le vrai) peut donc jouer un rôle déterminant dans l'amélioration de ces situations.

S'il peut représenter 60 à 65 % du marché du secteur public africain (résultant des politiques basées sur le médicament essentiel), sa part ne dépasse pas les 7 % dans le secteur privé [9]. Or, comme nous allons le voir maintenant, le secteur privé domine largement les marchés pharmaceutiques des pays d'Afrique francophone.

1.2 Quelle offre aux populations face aux défaillances du secteur pharmaceutique public ?

Le secteur public est relativement faible, n'excédant généralement pas 20 % du marché. Les carences budgétaires des Etats ont entraîné une disponibilité largement insuffisante en médicaments. Si sa redynamisation commence à voir le jour à travers différents projets, elle reste cependant encore très localisée. Cela sera l'objet du deuxième chapitre de cette partie.

A coté de ce secteur public, existe le secteur privé commercial qui comprend le secteur officiel et le secteur informel.

Le secteur privé officiel s'est développé de manière importante à partir du milieu des années 80, sans cependant offrir les alternatives souhaitées à la carence du secteur public. Ses activités suivent une logique commerciale, et il en découle une répartition géographique inégale, privilégiant les zones urbaines, et la dispensation de prestations onéreuses, dont ne peuvent bénéficier pleinement que les populations disposant d'un pouvoir d'achat conséquent.

Le secteur informel s'est installé en profitant des défaillances des Etats à pouvoir contrôler efficacement le marché du médicament. Il constitue bien souvent le seul recours aux populations démunies, face aux insuffisances du secteur public, et à un secteur privé trop cher, les prix de vente étant bien inférieurs à ceux des pharmacies privées.

Notons que pour éviter toute confusion par la suite, « le secteur privé » désignera uniquement le secteur privé officiel.

1.2.1 Le secteur privé

Le système de distribution du secteur privé commercial est constitué par les grossistes importateurs, les pharmacies privées, et les dépôts pharmaceutiques. Il domine largement le marché du médicament des pays d'Afrique francophone puisqu'il le couvre bien souvent à 80 %, en valeur, à l'exception de quelques pays comme le Niger (20 %) et le Mali (50 %) [16].

1.2.1.1 Son émergence

Il faut remonter au début des années 80 pour assister à la réelle émergence de ce secteur qui, à partir de cette période, s'est développé très rapidement. Auparavant, l'existence ou non de ce secteur dépendait du type de politique plus ou moins monopoliste des Etats. Ainsi, si au Cameroun et au Sénégal (politique libérale dominante), il était présent depuis la période coloniale, il était quasi inexistant dans des pays comme le Bénin (monopole de l'Etat sur l'importation) ou le Mali et le Niger (monopole étatique sur l'importation et la distribution) [9].

Deux facteurs importants, issus des programmes d'ajustement mis en place par les gouvernements dès la fin des années 70, ont permis son développement accéléré : la privatisation de nombreux secteurs, dont le secteur pharmaceutique lorsqu'il ne l'était pas ou seulement partiellement, et le blocage du recrutement par l'Etat du personnel de santé (alors que le nombre de pharmaciens formés a continué d'augmenter). Avec des aides financières d'origines diverses (publiques, capitaux étrangers et même familiales), de nombreux pharmaciens ont pu ainsi s'installer à leur compte [9]. (voir tableau n° III ci-dessous)

Ce développement a été plus lent pour le Mali et le Niger, où la privatisation s'est faite plus tardivement : en 1988 pour les pharmacies et 1992 pour l'importation au Mali, l'Etat ayant conservé le monopole de l'importation au Niger, ce qui explique sa faible extension. Au Bénin, l'essor s'est fait de 1980 (levée du monopole de l'Etat sur l'importation) à 1988, puis il a été freiné par le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens particulièrement actif, réagissant à la saturation des grandes villes (Cotonou et Porto-Novo). Car, comme nous allons le voir, les officines sont installées en grande majorité dans les capitales et les grandes villes régionales des pays.

Tableau n° III : Croissance du nombre de pharmacies privées de 1988 à 1994 [9]

	Bénin	Cameroun	Mali	Niger	Sénégal
1988	76	188	4	1	159
1990	80				
1992	85		126	1	214
1994	87	308	152	16	240
Croissance en %	13	39	98	94	34

Si le développement de ce secteur a donc connu un «boom» important à partir des années 80, l'on peut se demander si son organisation (répartition et prestations offertes aux populations) est adaptée au contexte socio-économique de ces pays.

1.2.1.2 Quelle accessibilité pour les populations ?

Si la disponibilité des médicaments est plus que satisfaisante dans le secteur privé (contrairement d'ailleurs à ce qu'il est souvent dit ⁷), leur accessibilité, définie selon des critères géographiques et financiers, peut poser un réel problème aux populations [9].

• L'accessibilité géographique

Le dysfonctionnement dans l'application de la réglementation sur l'implantation a incité les pharmaciens à s'installer là où l'activité est la plus rentable (grands hôpitaux, médecins, population plus concentrée et ayant un pouvoir d'achat un peu plus élevé, approvisionnement plus facile auprès des grossistes).

De ce fait, les créations de pharmacies se sont faites en majorité dans les capitales (de 50 à 75 %, voir même 15 sur 16 au Niger) et dans les grandes villes. A titre d'exemple, au Cameroun, 50 % des nouvelles créations se sont faites à Douala et Yaoundé, de 1988 à 1994 [9]. Cette concentration urbaine a exclu, plus ou moins complètement, de nombreuses zones rurales.

Il apparaît donc que l'accessibilité géographique du médicament est un problème, même si durant ces dernières années, la saturation des grandes villes et les pressions de plus en plus fortes exercées par les organismes professionnels (conseil de l'ordre, syndicats) font que la création d'officines privées se fait de plus en plus en dehors des grandes villes (c'est le cas au Bénin, au Cameroun et au Sénégal) [9]. Ainsi, si en France par exemple, la réglementation impose une pharmacie pour 2 000 habitants, pour ces pays, l'on compte en moyenne une pharmacie pour plus de 50 000 habitants (voir même 1 pour 550 000 au Niger), sachant que dans les capitales, ce chiffre est ramené à 1 pour 10 000 habitants, contre 1 pour 500 000 habitants pour les régions les plus dépourvues ⁸ [9].

Mais au problème de la répartition géographique irrégulière, excluant ainsi de nombreuses zones principalement rurales, s'ajoute celui de l'accessibilité financière.

• L'accessibilité financière

Les médicaments que l'on retrouve dans les pharmacies sont généralement des spécialités, et de ce fait coûtent chers (rappelons que la part des génériques est inférieure à 7 %). De plus, ce sont des produits importés, pour plus de 80 %, qui nécessitent pour les grossistes importateurs

⁷ L'enquête, effectuée par REMED, a porté sur les 20 médicaments essentiels les plus couramment utilisés. Ces médicaments sont disponibles à plus de 90 % dans les officines privées (à l'exception du Mali où cette disponibilité est de l'ordre de 50 %).

⁸ Ces moyennes ont été calculées à partir de données de l'enquête de REMED. Les pays retenus pour ces calculs sont le Bénin, le Cameroun, la Guinée Conakry, le Mali, le Niger et le Sénégal.

des frais supplémentaires, liés au transport, taxes et droits de douanes, soit une majoration de 10 à 20 % du prix grossiste hors taxe du pays d'origine [7].

Les marges appliquées par les grossistes et pharmaciens sont relativement élevées, la moyenne étant, avant la dévaluation du F CFA de janvier 1994, de 18 % pour les grossistes et 33 % pour les pharmaciens (cela est néanmoins approximatif car elles sont variables d'un pays à l'autre), ce qui, pour les deux cumulés, représentait une marge commerciale de 45 %, contre une moyenne de 27 % dans les pays de la CEE [7]. Ainsi, ces médicaments peuvent même parfois être plus chers qu'en France par exemple, et si l'on se place par rapport aux pouvoirs des populations locales (souvent inférieur à 500 Francs français par mois), ils peuvent devenir alors de véritables produits de luxe. D'autant que la dévaluation du F CFA, de 50 % par rapport au Franc français, a entraîné une hausse des prix, rendant les médicaments encore plus chers, même si cette hausse a cependant pu être limitée par des mesures prises par les gouvernements et consistant à diminuer la marge commerciale des distributeurs (les prix ont ainsi augmenté seulement, si l'on peut dire, de 46 à 70 % selon les pays) [17].

Enfin, nous ferons une remarque sur le fait que ces marges bénéficiaires sont établies selon un système *ad valorem*. Cela n'incite pas le pharmacien à vendre le médicament le moins cher, donc le générique. Et s'il existe des listes de médicaments sociaux (Cameroun, Mali et Sénégal par exemple), pour lesquels les marges sont plus faibles (de 2 fois pour les grossistes, à 3 à 5 fois pour les pharmaciens), le faible rendement qu'ils procurent fait que les distributeurs privés s'en désintéressent [7] [9] [17].

Par conséquent, si le secteur privé domine largement le marché pharmaceutique des pays d'Afrique, son implantation géographique et les prestations onéreuses qu'il offre font qu'il ne répond qu'aux besoins d'une clientèle principalement urbaine et relativement aisée. Cette clientèle oriente la demande et donc le marché.

Cet effet minimise l'accessibilité du médicament, car si le secteur public ne peut satisfaire les besoins des populations démunies (ce qui est généralement le cas), celles-ci n'auront bien souvent comme choix de n'acheter qu'une partie du traitement et/ou de s'adresser au secteur informel, sachant que les prix pratiqués dans les pharmacies sont généralement 3 à 6 fois supérieurs à ceux du secteur public ou du secteur informel [9].

1.2.2 Le secteur informel

Son développement est important, mais son ampleur est difficilement mesurable de part son caractère illégal. Néanmoins, il pourrait représenter de 20 à 50 % du marché pharmaceutique, dans la plus part des pays d'Afrique [9].

La place importante de cette activité est la conséquence de deux faits :

- Face à l'insuffisance du secteur public et aux prix élevés du secteur privé, cette activité s'avère être très rentable, répondant ainsi à une demande de plus en plus grande de personnes aux ressources financières limitées.
- Les gouvernements sont dépassés par ce fléau, les moyens de lutte étant bien trop insuffisants pour démanteler un tel système qui par ailleurs est très bien organisé, ayant souvent à sa tête de puissants commerçants « aux bras longs » [18].

Aussi, cette activité illégale se fait à visage complètement découvert, et il existe habituellement 3 types de points de vente :

- Fixes, ce sont les boutiques que l'on trouve généralement à l'entrée des marchés (pour être plus visibles)
- Semi-fixes, ce sont les étalages démontables qui se positionnent aux coins des rues, à des endroits stratégiques (sorties des hôpitaux, des administrations, gares ferroviaires et routières, etc.)
- Mobiles, ce sont les marchands qui déambulent à pied ou à vélo.

Ce marché dispose d'une multitude de sources d'approvisionnement : entrées illégales (souvent au départ du Nigeria et de la Gambie), ceci étant facilité par la « perméabilité des frontières », détournements issus de vols dans les ports, les aéroports, et parfois dans les pharmacies par les employés [9] [18].

Les conséquences de ce système informel sont d'ordre économique, par un manque à gagner pour l'Etat et les professionnels pharmaceutiques, et surtout d'ordre sanitaire pour diverses raisons [18] [19] :

- Le caractère illégal de cette activité fait que les médicaments ne font l'objet d'aucun contrôle permettant de garantir leur qualité. D'autre part, ils sont conservés dans des conditions précaires, étant bien souvent déconditionnés et exposés au soleil du matin au soir.
- L'on trouve sur ces marchés toutes sortes de médicaments, allant des produits dits « de confort » aux neuroleptiques, en passant surtout par les antibiotiques.
- Les vendeurs n'ont qu'un savoir très limité dans le domaine du médicament et du médical. Et si, avec l'expérience, ils arrivent à connaître quelques indications majeures, ils en ignorent les posologies correctes, les effets indésirables et les contre indications. Outre la

délivrance d'ordonnances, ils font beaucoup de conseils, car les populations qu'ils touchent évitent souvent de consulter un médecin, n'ayant bien souvent pas les moyens.

S'il paraît indispensable de pouvoir engager des actions de répression plus efficaces pour enrayer ce phénomène, ce ne sont cependant pas là les seules à mener. Il semblerait en effet plus judicieux de pouvoir d'abord proposer dans les secteurs officiels la disponibilité de médicaments à moindre coût. Ainsi, si les secteurs public et privé peuvent répondre efficacement aux besoins des populations, le secteur informel pourrait progressivement être amené à disparaître de lui-même.

Mais si la question de l'accessibilité des médicaments se pose en terme de coût pour les populations, ces dernières peuvent également être confrontées à des problèmes de qualité des médicaments. Car, comme nous allons le voir maintenant, la qualité des médicaments circulant sur le marché international n'est quelquefois pas toujours respectée, et il convient aux différents pays d'être particulièrement vigilant.

1.3 Quand le médicament est victime de problèmes de qualité

Comme nous le verrons, le commerce pharmaceutique international est encore caractérisé par une faible standardisation de sa réglementation concernant la qualité des médicaments. En dehors des règles organisant les échanges entre les Etats-Unis, l'Union Européenne et le Japon, il n'existe avec les PED que le système de certification de la qualité. Si ce système permet de garantir la qualité des médicaments entrant dans le commerce international, son utilisation reste cependant non obligatoire (Ce système de certification de la qualité, élaboré en 1975 par l'OMS, fera l'objet d'une description détaillée dans le chapitre 2 de cette première partie). Aussi, chaque pays applique sa propre législation.

Or, le commerce pharmaceutique international fonctionne sur le principe de la libre concurrence, et le nombre de fabricants croît de manière importante. Si cela permet une tendance à la baisse du prix des médicaments génériques, les incertitudes relatives à la qualité du médicament augmentent. Celui-ci se retrouve confronté aux problèmes de la contrefaçon et de la malfaçon, comme tout autre bien de consommation, avec des conséquences d'ordre économique, mais surtout d'ordre sanitaire.

1.3.1 Malfaçon et contrefaçon : quelles différences ?

1.3.1.1 La malfaçon

Il s'agit d'une non conformité à la qualité annoncée d'un médicament, résultant d'un non respect, souvent involontaire, des normes officielles de fabrication.

Les normes officielles de fabrication sont définies par les règles de bonnes pratiques de fabrication (BPF), votées par l'Assemblée Mondiale de la Santé en 1975. Ces règles, qui ont été transposées en droit interne dans la plupart des pays industrialisés, visent à garantir la qualité tout au long des différentes étapes de la fabrication du médicament. Elles prennent en compte non seulement les conditions de fabrications mais aussi la conformité des locaux et des équipements, la compétence du personnel et son nombre suffisant, le respect des procédures et la réalisation des analyses de contrôles de qualité (applicables sur les intrants, lors des différentes étapes de la fabrication, et sur le produit fini) [11].

Lorsque les moyens techniques et financiers, et/ou les compétences, sont insuffisants, les BPF ne peuvent être respectées ; la qualité du médicament s'en retrouve négligée : présence de produits de dégradation ou de produits non identifiés, défauts de fabrications, tels que l'absence d'unité de masse, temps de désagrégation supérieur à la normale, sur ou sous dosage en principe actif, etc. [20].

L'existence de la malfaçon résulte, bien souvent, de l'insuffisance réglementaire, car pour de nombreux pays, la réglementation visant à contrôler le respect des BPF est incomplète [12] [11] :

- Pour l'Europe, la directive 89/341/CEE (adoptée en 1989) par les communautés européennes stipule que tout médicament destiné à l'exportation doit avoir été fabriqué dans une usine qui a une autorisation de fabrication, cette usine devant de ce fait respecter les B.P.F. au même titre que la production destinée au marché national. Ces unités de fabrication doivent être inspectées régulièrement⁹. Cependant, la fréquence des inspections n'est pas réglementée, et pour de nombreux pays, les contrôles sont peu fréquents¹⁰.
- D'autre part, il n'existe pas une réglementation standard, au niveau international, pour l'exportation de médicaments sans AMM (qui garantit entre autre le respect des BPF), et de nombreux pays exportent sans restriction ce type de médicaments. Les risques de mauvaise qualité peuvent être possibles par la transgression de la directive 89/341/CEE si le producteur n'est pas inspecté régulièrement¹¹.

⁹ Cette directive du 3 mai 1989 succède à la directive 75/319/CEE du 20 mai 1975 (article 28 bis).

¹⁰ La France a lancé, en 1995, un programme de contrôle des producteurs de génériques sans AMM, devenu systématique dès 1996 [12].

¹¹ La France applique pour toute exportation de médicament sans AMM l'article L. 603 du CSP (attestation d'exportation) qui impose, d'une part, le respect des normes de BPF, et d'autre part, un rapport bénéfice/risque qui soit comparable à celui accepté pour le marché français. Cette attestation est délivrée pour les médicaments dont l'AMM n'a pas été demandée (produits destinés aux marchés des PED : médicaments génériques et/ou visant les pathologies tropicales) [13].

Face à cela, il convient donc aux pays importateurs d'être vigilants.

1.3.1.2 La contrefaçon

La contrefaçon concerne les médicaments protégés par un brevet (brevet de produit ou de procédé de fabrication) ou par une marque. Il s'agit de la reproduction frauduleuse (donc volontairement) de ces médicaments, sans l'accord du titulaire du brevet ou de la marque. La copie porte soit sur la composition (et est vendue sous un autre nom), soit sur l'ensemble du produit (composition, forme, nom commercial, emballage) [20].

Nous pouvons ouvrir une parenthèse sur le fait que, dans le cadre des nouveaux accords sur l'ADPIC, les pays qui ne reconnaissent pas le droit à la propriété intellectuelle (brevet, marque), et qui de ce fait fabriquent des médicaments protégés par ce droit, ne pourront plus exercer ce type d'activité au delà de la période de transition qui leur est accordée, sous peine d'être sanctionnés par les autres pays membres de l'OMC pour contrefaçon. Rappelons que le but principal est souvent de pouvoir, d'une part développer l'activité économique locale, et d'autre part, permettre une meilleure accessibilité financière pour les populations.

Il est important de noter que dans le cadre de la contrefaçon, la qualité des médicaments n'est pas forcément remise en question, le but du fabricant pouvant être de s'approprier des parts de marché avec un médicament contrefait de bonne qualité (respect des BPF et des contrôles analytiques). Cependant, les contrefaçons de bonne qualité nécessitent un niveau élevé de compétences et d'équipement.

Aussi, la qualité des produits contrefaits est le plus souvent mise en cause, et on peut trouver ainsi différentes sortes de contrefaçon de mauvaise qualité [20] :

- le principe actif a été remplacé par un composant inerte
- le principe actif a été sous dosé
- la nature du principe actif ou des excipients diffère plus ou moins
- existence des défauts de fabrication, sachant que chacun des problèmes cités ci-dessus peuvent y être associé.

Lorsque la qualité du médicament n'est pas altérée (contrefaçons de bonne qualité), la santé du malade n'est pas mise en danger, et le préjudice causé est uniquement économique et commercial, entraînant un manque à gagner pour l'industrie pharmaceutique. Notons que cela peut avoir des répercussions sur la recherche et le développement, dont les retours sur investissements sont principalement assurés par la commercialisation des médicaments [11].

Mais lorsqu'il s'agit de malfaçon, ou de contrefaçon de mauvaise qualité, le préjudice causé est bien plus grave, puisqu'il y a une répercussion sur la santé du malade, et le danger encouru par ce dernier sera variable en fonction de la nature de la non conformité.

1.3.2 Conséquences d'une mauvaise qualité du médicament sur la santé

Ces conséquences peuvent être diverses en fonction de la nature de la non conformité de la qualité du médicaments. Cela peut aller de l'effet nul à la mort par intoxication dans les cas les plus extrêmes.

Les cas observés à travers le monde sont nombreux, et les quelques exemples, ci-dessous, démontrent la diversité des anomalies et des risques encourus.

⇒ Malfaçons, avec modification des excipients :

Entre novembre 1995 et juin 1996, 76 enfants sont morts, en Haïti, empoisonnés par un sirop de paracétamol fabriqué localement, et contenant du diéthylène glycol (au lieu du polyoxyéthylène glycol). Ce produit toxique provenait de la glycérine utilisée pour sa fabrication, cette glycérine provenant d'une firme allemande qui l'avait elle-même achetée à une firme chinoise. L'enquête n'a pas démontré qui, des allemands ou des chinois, étaient en cause, mais la faute revient également au fabricant haïtien qui n'a pas contrôlé la qualité du produit fini, ni celle des intrants. En septembre 1990, le même phénomène s'était produit au Nigeria, où 109 enfants avaient trouvé la mort. Ce sirop était fabriqué dans un hôpital qui, sans doute par manque de moyens, avait négligé les contrôles de qualité [21].

⇒ Contrefaçons, avec substitution du principe actif :

- Au printemps 1995, suite à une épidémie de méningite au Nigeria, les équipes de Médecins Sans Frontières se sont aperçues que certains vaccins utilisés (60 000 doses sur un total de 650 000 vaccinés) étaient des copies de vaccins de Pasteur et Merck, et ne contenaient que de l'eau. La conséquence a été un nombre inconnu de personnes (plusieurs centaines) qui sont décédées, croyant être immunisées [11].
- En 1990 au Mexique, 15 000 flacons, vendus pour soigner les brûlures, ont été saisis car ils provoquaient en réalité des infections aiguës cutanées sévères. Les analyses ont démontré qu'ils ne contenaient que de la sciure et du café [22].

⇒ Contrefaçons, avec sous dosage du principe actif :

- Aux Etats-Unis, au milieu des années 80, un million de fausses pilules contraceptives sous dosées, ont été retrouvées sur le marché. Le nombre de grossesses pouvant être attribuées à cette contrefaçon est cependant inconnu [23].
- Au Bénin, en 1990, les échecs thérapeutiques et effets secondaires (rash cutanés) plus importants que d'ordinaire, suite à l'utilisation de comprimés de Chloroquine vendus sur les marchés sous le nom de Nivaquine®, ont conduits une équipe de chercheurs à analyser ces comprimés qui se sont avérés ne contenir que 15 à 20 mg de principe actif (au lieu de 100 mg) et de nombreuses impuretés [24].

Les conséquences peuvent être également variables selon la famille thérapeutique. Prenons l'exemple d'un antalgique et d'un problème de sous dosage du principe actif, ou de sa substitution par une substance inerte. L'effet thérapeutique nul qui en découle fera que le malade, au pire, continuera à souffrir.

Si l'on prend maintenant l'exemple des antibiotiques ou des antiparasitaires, non seulement la maladie s'aggrave, mais de plus, l'agent infectieux ou le parasite va acquérir une résistance qu'il développera par la suite face aux vrais médicaments, qui ne seront plus efficaces. Cela entraîne un préjudice sanitaire qui n'est plus seulement individuel, mais qui peut toucher toute une population. Ainsi, dans le cas des faux médicaments de Nivaquine ® observés au Bénin, certains chercheurs ont avancé l'hypothèse que ces produits pourraient être en partie à l'origine de la chloroquino-résistance du *Plasmodium falciparum* qui a émergé brutalement dès 1986 [24].

Face à la gravité de certaines conséquences liées à la mauvaise qualité des médicaments, l'on peut se demander qu'elle est l'ampleur d'un tel phénomène dans des pays où la conjoncture économique (entre autre) ne permet pas souvent de pouvoir exercer un haut niveau de vigilance pourtant indispensable.

1.3.3 Estimations de l'ampleur du problème de la qualité sur le marché pharmaceutique africain

Selon le Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique, le marché de la contrefaçon (associée ou non à un problème de qualité) pourrait représenter 6 % du marché mondial pharmaceutique [20]. Les produits les plus contrefaits sont les antibiotiques, les anti-inflammatoires et les médicaments à visée cardiologique. Il s'agit là de produits dont la valeur commerciale est élevée [11].

Si le problème de la contrefaçon est d'ampleur internationale, les PED sont plus touchés en ce qui concerne le problème de la mauvaise qualité du médicament (malfaçon, contrefaçon). Mais l'importance de ce phénomène reste assez peu connue, et si les médias annoncent souvent qu'en Afrique, « un médicament sur deux est d'origine douteuse », ou « 70 % des médicaments sont contrefaits », quelques enquêtes faites par des professionnels dans différents pays permettent d'y voir un peu plus clair [25].

C'est le cas de l'étude qui a été effectuée par REMED, à la demande de l'OMS, d'octobre 1993 à mai 1994, dans trois pays d'Afrique : Cameroun, Madagascar et Tchad. Les échantillons ont été prélevés dans les différents secteurs de distribution : public (10 %), privé (30 %) et illicite (60 %). Sur un total de 429 échantillons analysés, 77 se sont révélés non conformes, soit 18 % [26].

Cependant, REMED précise que ces résultats n'ont pas de valeur statistique, les conditions de prélèvements n'ayant pu être effectuées de manière homogène dans chaque pays (les quantités d'échantillons prélevés diffèrent d'un pays à l'autre selon les familles thérapeutiques et le lieu de prélèvement). D'autre part, le choix des lieux a été parfois aléatoire et ne représente pas forcément la situation générale de chaque pays (ce qui démontre par ailleurs toute la complexité d'une telle enquête).

Néanmoins, il est constaté, dans cette étude, que la non conformité touche tous les secteurs, dans une proportion similaire. Elle concerne majoritairement les antibiotiques (sous dosés pour 60 % d'entre eux). Viennent ensuite les antiparasitaires, les antalgiques et anti-inflammatoires. La nature de non conformité la plus observée est le sous dosage (53 %), puis le défaut de fabrication (25 %) et la substitution (22 %). Enfin, la proportion est plus élevée pour les produits distribués en vrac, d'origine inconnue.

D'autres enquêtes, menées dans différents pays d'Afrique, montrent également des similitudes quant aux résultats : la non-conformité est généralement de l'ordre de 20 à 30 %, avec une proportion plus importante pour les antibiotiques sous dosés [26].

Il faut cependant rester prudent qu'en à l'interprétation des résultats de ces différentes enquêtes, les stratégies employées étant diverses et non homogènes au sein de chaque études et entre ces études (natures et tailles des échantillons analysés, lieux de prélèvement, etc.).

Mais si les résultats de ces enquêtes ne sont pas vraiment représentatifs de la situation pharmaceutique générale des pays africains, ils démontrent que la question de la mauvaise qualité des médicaments est bien réelle, sans être cependant dans les proportions démesurées annoncées bien souvent par les médias, ce qui ne veut pas dire que ce problème doit être minimisé, bien au contraire.

Aussi, dans un contexte économique défavorable, où s'ajoute une activité commerciale pas toujours très bien réglementée au niveau international, les pays africains ont bien souvent du mal à pouvoir assurer la qualité des médicaments qui circulent sur leur marché, le terrain étant principalement marqué par une réglementation insuffisante. En effet, celle-ci ne peut contrôler efficacement :

- les produits circulants, car les commissions qui enregistrent les produits entrant sur le marché fonctionnent avec trop peu de moyens (financiers et humains). D'autre part, la perméabilité des frontières favorise les entrées illégales
- les réseaux de distribution, car là aussi, les moyens disponibles pour les services d'inspection pharmaceutique s'avèrent trop insuffisants.

Nous avons tenté de démontrer, dans cette partie, la nature des difficultés auxquelles se heurtent les pays d'Afrique francophone dans le domaine pharmaceutique. Nous allons voir maintenant, dans le chapitre qui suit, dans quelles mesures et à quelles conditions une politique orientée vers le médicament essentiel générique peut permettre à ces pays d'œuvrer dans le sens d'une amélioration de cette situation, le médicament constituant une des pièces maîtresses de toute politique de santé.

2 Une politique pharmaceutique orientée vers le médicament essentiel

Dans le cadre d'une politique nationale de santé pertinente, il est important que le médicament soit considéré selon un double aspect : sanitaire, garantissant les impératifs de santé publique, et économique, car les ressources financières des PED étant limitées, il est primordial de pouvoir utiliser au mieux les moyens disponibles.

Sur le plan sanitaire, le choix doit se faire, d'une part en fonction des besoins pharmaceutiques, et d'autre part, en fonction des garanties de qualité et de sécurité offertes, sachant que des médicaments, ayant la même visée thérapeutique, peuvent se différencier de part leur efficacité, leur innocuité et leur qualité de fabrication. Il faut donc éviter les médicaments inutiles et/ou dangereux.

Sur le plan économique, outre le fait que les produits inutiles et dangereux entraînent des gaspillages, des médicaments équivalents peuvent se différencier de part leur prix.

Ces principes doivent donc être adoptés dans toute politique du médicament, en prônant l'utilisation et la disponibilité de médicaments dits essentiels. Cela constitue une des priorités de la redynamisation du secteur sanitaire public des pays africains.

Mais pour que la couverture pharmaceutique soit la meilleure possible pour les populations, celles-ci devraient également pouvoir compter sur l'engagement du secteur pharmaceutique privé, qui, s'il dispose de médicaments essentiels, comme nous l'avons vu précédemment, devrait d'avantage prendre en compte la question de l'accessibilité financière.

2.1 Le médicament essentiel : définition et objectifs

Le concept du « médicament essentiel » a été élaborée par l'OMS en 1975 pour permettre de sélectionner les médicaments en fonction des critères suivants [9]:

- rapport bénéfice/risque : efficacité thérapeutique et innocuité démontrées par des études sûres
- qualité et stabilité du produit dans les conditions prévisibles de stockage et d'utilisation
- formulation à principe actif unique, sauf lorsque l'association de plusieurs principes actifs présente un avantage thérapeutique
- coût : lorsque deux médicaments sont équivalents, le moins cher sera préféré (prise en compte du coût unitaire, mais aussi du coût global du traitement).

Si l'intérêt du médicament générique est seulement d'ordre économique, celui du médicament essentiel est à la fois économique et sanitaire. Aussi, les médicaments essentiels ne sont pas tous des génériques (certains sont encore sous couvert d'un brevet, ou ne sont pas « généricables ») et tous les produits génériques ne sont pas forcément essentiels [27].

L'OMS a élaboré une liste modèle de médicaments essentiels, dont la première a été publiée en 1977. Régulièrement révisée, nous en sommes actuellement à la 8^{ème} édition, qui comprend environ 260 molécules et 380 formulations, devant ainsi permettre de traiter 95 % de tous les états et symptômes réagissant aux médicaments ¹² [7] (cf. composition de cette liste en annexe n°1). La notion de coût n'est pas prise en compte dans cette liste qui a pour objectif d'aider les PED à sélectionner les médicaments dont l'intérêt thérapeutique a été démontré (efficacité et sécurité d'utilisation) [27].

A partir de cette liste, chaque pays se doit d'adapter sa propre liste, en fonction de ses besoins. Si pour de nombreux PED, cette liste n'existe officiellement que depuis la fin des années 80, pour d'autres, il a fallu attendre le début des années 90. A titre d'exemple, le Cameroun a publié pour la première fois une liste nationale en juillet 1991, et celle-ci n'a été officialisée, par arrêté ministériel, qu'en juin 1993 [9].

En 1981, a été lancé par l'OMS le Programme d'Action pour les Médicaments Essentiels (PAME) dont l'objectif général est d'aider les Etats membres de l'OMS à mettre en place une politique pharmaceutique adéquate. Cette politique doit viser à instaurer des systèmes d'approvisionnement pharmaceutique et à améliorer ceux qui existent déjà, et à garantir l'utilisation de médicaments et vaccins sûrs, efficaces, de qualité, et au prix le plus bas possible [28].

¹² Cette liste doit être régulièrement révisée en fonction des évolutions concernant la recherche et le développement, les retraits de médicaments pour des problèmes de santé publique, mais aussi par rapport à l'efficacité thérapeutique des médicaments, face à des agents pathogènes qui peuvent développer des chimiorésistances (antibiotiques, antiparasitaires).

Ces recommandations du PAME permettent aux PED de mettre en place une politique du médicament qui puisse accompagner efficacement leur politique nationale de santé.

2.2 Médicaments essentiels et politique nationale de santé

2.2.1 Les Soins de Santé Primaires

En 1973, suite à une étude approfondie de la situation sanitaire mondiale, l'Assemblée mondiale de la santé a conclu que les systèmes sanitaires de nombreux pays échouaient dans leur tentative d'améliorer la santé des populations. Parmi ces pays, figuraient en première position les pays africains, dont l'organisation, développée selon le modèle occidental, était bien souvent sans rapport avec les besoins des populations. L'accent avait été mis sur des installations de soins médicaux souvent hautement techniques, dont le développement s'est fait en priorité dans les grandes zones urbaines plus riches. Ces services de santé ne correspondaient pas à la réalité socio-économique de ces pays. En pesant de plus en plus lourd dans le budget déjà limité des Etats, ils se sont progressivement dégradés, faute de moyens suffisants pour les entretenir. De plus, ils se sont développés au détriment de l'équipement des zones rurales, ce qui a conduit à l'exclusion d'une grande majorité des populations. Enfin, ces services étaient dispensés d'une manière essentiellement curative et isolée, excluant les soins préventifs au niveau de l'individu, mais surtout au niveau de la communauté [29].

L'année 1977 est marquée par l'adoption, par tous les Etats membres de l'OMS, d'un nouveau concept, qui est « la santé pour tous d'ici l'an 2000 ». Une nouvelle stratégie est proposée, lors de la conférence d'Alma Ata organisée en 1978 par l'UNICEF et l'OMS, pour réorienter les systèmes de soins. Il s'agit des « Soins de Santé Primaires » qui ont été définis comme :

« des soins essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque étape de leur développement, dans un esprit d'autosuffisance. Ils font partie intégrante aussi bien du système de santé national, dont ils constituent le pilier, que du développement économique et social global de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. » [29]

Les Soins de Santé Primaires doivent permettre de rationaliser les systèmes de santé, et d'atteindre les communautés défavorisées des zones rurales et urbaines. Pour cela, tout système de santé doit, à la base, être en mesure de dispenser un « paquet minimum » de soins complets reposant sur des activités préventives et curatives.

Les soins curatifs concernent le traitement de maladies aussi répandues que les affections aiguës des voies respiratoires, la diarrhée ou les maladies parasitaires (paludisme, bilharziose, filariose, etc.). Ces soins doivent s'appuyer sur l'utilisation des médicaments essentiels, selon des schémas thérapeutiques précis, ceci afin d'optimiser l'efficacité de ces soins, tout en limitant le plus possible les coûts. Selon le principe de la pyramide sanitaire, ces soins

dispensés à la base peuvent être complétés, si besoin est, par des soins d'hospitalisation plus poussés au niveau des structures de référence ¹³.

Les soins préventifs doivent s'orienter en priorité vers les populations à risque qui sont la mère et l'enfant en bas âge, dans le cadre de programme de protection maternelle et infantile. Ces activités concernent le suivi de ces populations (dépistage des grossesses à risque, prévention de l'anémie, surveillance nutritionnelle de l'enfant, hygiène) et la vaccination ; les activités de vaccination reposent sur des programmes élargis de vaccination qui, au travers de stratégies avancées, permettent d'optimiser la couverture vaccinale (une équipe de la formation sanitaire vaccine dans les villages).

Un autre point important des Soins de Santé Primaires est la participation des populations au développement de la santé. Elles doivent pouvoir se responsabiliser face à leurs propres problèmes de santé. Aussi, la constitution de comités de santé au sein de la communauté peut permettre de développer, en collaboration avec le personnel de santé, des animations éducatives et préventives, destinées à aider les gens à adopter un comportement permettant d'améliorer leur santé. La sensibilisation sur l'importance de la nutrition, de l'hygiène quotidienne, de la vaccination (en particulier pour la mère et l'enfant) doivent ainsi pouvoir se faire en complément des activités classiques de prévention menées au niveau des formations sanitaires. Des activités peuvent également être menées pour améliorer le milieu environnemental (latrines, systèmes d'évacuation des eaux usagers, approvisionnement en eau potable, etc.) [30].

Dès le début des années 80, de nombreux PED se sont lancés dans la mise en œuvre de la stratégie des Soins de Santé Primaires, avec l'appui de la coopération internationale. Cependant, ces pays restaient confrontés à des difficultés financières, les budgets alloués par les Etats au secteur Santé restant trop insuffisants pour garantir la pérennité des projets. Ainsi, au manque de moyens nécessaires au fonctionnement des formations sanitaires, s'ajoutait une pénurie en médicaments essentiels.

Les Etats ne pouvant assurer seuls le coût de ces systèmes de santé, il a fallu trouver de nouvelles sources supplémentaires de financement, de manière à pouvoir redynamiser les Soins de Santé Primaires.

Dans le but de redynamiser les programmes de Soins de Santé Primaire, un nouveau concept est adopté en 1987, à l'occasion d'une conférence organisée à Bamako par l'OMS et l'UNICEF. Ce concept, nommé «l'initiative de Bamako», met en avant le principe de la participation communautaire au recouvrement des coûts.

¹³ La pyramide sanitaire s'appuie généralement sur le découpage administratif. En partant du sommet, l'hôpital central de la capitale constitue la structure nationale de référence. Viennent ensuite les hôpitaux régionaux, les hôpitaux de district (ou départementaux), et à la base, les centres de santé des zones rurales et urbaines. Pour une couverture sanitaire adéquate, un centre de santé couvre, en moyenne, une population de 10 000 habitants [29].

2.2.2 L'initiative de Bamako

2.2.2.1 Objectifs

La participation communautaire au recouvrement des coûts, ou financement communautaire, se fait par le paiement des actes médicaux et des médicaments au niveau des formations sanitaires. Un coefficient de majoration est appliqué sur le prix d'achat, de manière à pouvoir générer des bénéfices qui permettent la mise en place de mécanismes d'autofinancements. Ces mécanismes visent le réapprovisionnement en médicaments essentiels et la couverture partielle des charges liées au fonctionnement de la formation sanitaire. Ce recouvrement des coûts permet donc, au niveau des centres de santé, une disponibilité permanente de médicaments, et assure de plus une partie du fonctionnement local du centre. Mais ce recouvrement ne peut prendre en charge tous les coûts de fonctionnement, et si l'Etat peut ainsi limiter ces dépenses, cela ne doit pas entraîner son désengagement, sachant qu'il reste cofinancier (salaire du personnel fonctionnaire, infrastructures).

Afin de pouvoir intéresser pleinement la population à cette participation, la gestion financière des fonds reste sous le contrôle de la communauté (décentralisation). Cette gestion est assurée par un comité incluant des membres de la communauté. Le suivi de la trésorerie, ainsi que les décisions concernant l'utilisation des bénéfices générés, lorsque toutes les charges définies ont été recouvertes, incombent à ce comité qui définit les priorités (investissements au profit de la communauté, programmes d'aide sociale, attribution de primes de motivation au personnel de santé, etc.).

La pérennité des projets repose sur la qualité des prestations de service offertes par les formations sanitaires (qualité des soins de santé, disponibilité des médicaments) et sur la participation complète de la communauté dans le suivi des activités du centre de santé. Dans ce cadre, des supervisions doivent être menées régulièrement par les autorités sanitaires supérieures, en collaboration avec le comité de santé et le personnel du centre. Ce suivi permet d'analyser la viabilité financière de la formation sanitaire, et étudie la pertinence des activités menées par rapport aux besoins de la communauté.

Actuellement, ce principe de recouvrement des coûts ne se limite plus aux seules activités de Soins de Santé Primaires dispensées au niveau des centres de santé. Il s'étend au niveau des formations sanitaires des niveaux supérieurs, de manière à leur permettre d'améliorer la qualité des soins délivrés et la disponibilité de médicaments essentiels.

Cependant, si ce système constitue un moyen permettant de pallier le manque de ressources financières publiques, il comporte certaines limites dans le contexte des PED.

2.2.2.2 Les limites de ce système

Tout d'abord, peut se poser le problème, pour le malade, de la disponibilité des ressources financières au moment où il en a besoin. En l'absence de tout système d'assurance maladie, il n'y a pas de partage du risque maladie entre les personnes en bonne santé et les malades. Le principe du recouvrement des coûts, avec un paiement à l'acte, fait que l'individu paye au moment où il a besoin de soins. Or, de nombreux ménages n'ont pas de salaire fixe, à l'exemple des agriculteurs qui n'ont des entrées d'argent qu'à l'issue de la vente des récoltes,

ou des personnes ne vivant que de «petits boulots». Ainsi, les moyens ne sont pas toujours là au moment voulu. Face à cela, les systèmes de cotisations régulières peuvent être une solution, garantissant l'accès aux soins à tout moment. Des expériences de création de mutuelles privées ont déjà été menées avec des succès mitigés. Et bien souvent, il semblerait que le problème ne vienne pas forcément du prix à payer, mais plutôt d'un état d'esprit : certaines personnes restent réticentes au fait qu'il s'agit de payer pour un besoin futur qui est incertain, d'autres pensent que donner de l'argent pour être pris en charge en cas de maladie attirera sur eux la maladie [31] [32].

D'autre part, ce système de recouvrement des coûts exclu les indigents qui, en raison de leurs revenus trop faibles, voir inexistant, ne peuvent accéder à l'offre de soins. Face au manque de ressources de l'Etat, il semblerait possible que la prise en charge de ces personnes, préalablement identifiées par la communauté, puisse s'opérer par des actions de solidarité menées au niveau de la communauté, en créant par exemple un fond de solidarité prélevé sur les recettes des formations sanitaires, lorsque la trésorerie le permet. Mais cette faisabilité n'est pour l'instant pas encore véritablement démontrée, principalement au niveau de la viabilité financière des formations sanitaires.

Le système d'assurance maladie, à l'échelle nationale, semble être le meilleur moyen pour accéder à des soins de santé sans être limité au moment venu par une insuffisance de ressources financières. Cependant, si ce type de dispositif existe déjà dans de nombreux pays, il ne couvre qu'une très faible partie de la population (moins de 5 %), le système d'imposition ne prenant généralement pas en compte la couverture des soins pour la majorité des contribuables. De plus, un grand nombre de personnes ne dispose pas de travail stable, d'où une réelle difficulté à mettre en place ce type de système.

De nombreux projets de réorientation des Soins de Santé Primaires, avec recouvrement des coûts, ont été menés dans plusieurs PED, avec l'aide internationale, notamment dans différentes régions d'Afrique.

Si tous n'ont pas connu, à terme, le même succès, il en ressort néanmoins un point globalement positif, à savoir que les populations ont généralement accepté le principe du financement communautaire, avec cependant le problème de l'indigence qui persiste bien souvent. Sur ce dernier point, les pistes qui pourraient avoir recours à la solidarité communautaire commencent à être envisagées [33].

Et d'une manière générale, les succès qu'ont connus certains projets ont permis de redynamiser les services de santé public, par une amélioration de l'offre de soins, dont la disponibilité en médicaments. L'importance de cette disponibilité est double, puisqu'elle conditionne, d'une part, l'efficacité des soins délivrés, et d'autre part, le recouvrement des coûts. Il importe donc que la qualité du système d'approvisionnement des médicaments soit optimale pour permettre leur disponibilité en terme de qualité et de prix.

2.3 Médicaments essentiels et approvisionnement : redynamisation du secteur pharmaceutique public

Le système d'approvisionnement constitue un des éléments clés d'une politique nationale de santé basée sur les Soins de Santé Primaires et le recouvrement des coûts. Ce système, dont la centrale d'achat constitue le point de départ, doit garantir la disponibilité permanente de produits sûrs, correspondant aux besoins des programmes de santé développés (conformément à la liste nationale de médicaments essentiels), et ce, au prix le plus bas possible (priorité aux médicaments génériques).

Pour remplir au mieux ces conditions, les techniques d'approvisionnement doivent être performantes au niveau des stratégies d'achats et de l'assurance de la qualité. Et cela n'est pas toujours facile sur le marché pharmaceutique international, où avec la libre concurrence, le nombre de producteurs est en constante augmentation, surtout dans le domaine du générique.

Il faut donc pouvoir choisir le fournisseur qui présentera les meilleures conditions, en terme de prix, de prestations de service, mais aussi et surtout en terme de qualité des produits qu'il propose, car si le prix des médicaments est déterminant dans le choix du fournisseur, la qualité ne doit pas pour autant être négligée, sachant qu'elle a tout de même un coût. L'acheteur doit pouvoir s'assurer de cette qualité.

D'autre part, le système d'approvisionnement pharmaceutique doit également permettre la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires.

La qualité des activités sanitaires menées repose donc en grande partie sur la qualité de l'organisation de ce système.

2.3.1 Stratégies d'achat

Dans le contexte du marché pharmaceutique international, le système d'appel d'offres permet d'y voir plus claire.

Outre la possibilité d'obtenir des prix compétitifs par la mise en concurrence des différents fournisseurs, le système d'appel d'offre permet d'identifier ces derniers en acquérant à leur sujet les renseignements administratifs (comme l'existence officielle de l'établissement), et techniques (autorisation d'ouverture, assurance de la qualité des médicaments). Cet ensemble d'informations constitue ainsi des garanties pour l'acheteur. La demande d'échantillons peut permettre de confirmer la qualité annoncée, par l'intermédiaire de contrôles analytiques et d'examen visuels des produits. De plus, si les clauses du contrat sont bien définies et précises, cela permet d'éviter tout litige ultérieur, dans le cas où l'une des deux parties ne respecterait pas ses engagements [34].

Plus l'appel d'offres est large, et meilleure est son efficacité. Cependant, il faut pour cela des moyens, qui devront être d'autant plus importants que la procédure est large (moyens humains, supports de publication : chaînes de télévisions, radios, journaux, ambassades, etc.).

Face aux problèmes des ressources limitées, accentués par la dévaluation du F CFA, et aux incertitudes qui pèsent sur le marché pharmaceutique, les PED ont de plus en plus recours aux systèmes d'appel d'offres internationales, devenus même obligatoires dans certains pays pour les achats publics. Des commissions d'appel d'offres ont été créées pour la constitution des dossiers, leur distribution et le dépouillement des offres. Cependant, beaucoup de pays sont limités quant aux possibilités d'informer les fournisseurs, les moyens mis à la disposition des commissions étant insuffisants. Les appels d'offres s'en retrouvent réduits. D'autres pays font une sélection préalable des fournisseurs, de manière à alléger les procédures (Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal) [34].

L'idée d'un regroupement régional des pays a été émise par certains, de manière à augmenter les moyens nécessaires à de telles procédures, et avoir un poids plus important auprès des fournisseurs. Cela nécessite toute fois une bonne coordination entre les pays concernés [17].

2.3.2 L'assurance de la qualité

L'assurance de la qualité du médicament revêt toute son importance dans le contexte actuel du marché pharmaceutique international. Aussi, l'acheteur doit pouvoir disposer de systèmes qui permettent de garantir cette qualité.

2.3.2.1 L'enregistrement au niveau national des médicaments

Cette procédure administrative constitue la meilleure des garanties de la qualité du médicament, au travers de l'examen des dossiers bibliographique et de l'exécution d'analyse de contrôle.

Cependant, les pays d'Afrique francophone restent confrontés à un manque de moyens qui ne permet pas d'effectuer ces procédures d'enregistrement dans les meilleures conditions.

Les commissions chargées de leur exécution ne se réunissent que trop peu souvent, et peu de dossiers sont traités [9] [12]. D'autre part, ces procédures sont souvent incomplètes, dans la mesure où la réalisation des contrôles analytiques reste tributaire des moyens disponibles. Ainsi, sur 26 pays d'Afrique, un laboratoire national n'existe que dans 10 pays. Et seulement 5 d'entre eux sont suffisamment équipés pour effectuer les analyses nécessaires (les laboratoires du Cameroun et du Niger sont même reconnus par l'OMS comme structures de référence régionale) Mais ces laboratoires disposent de trop peu de subventions pour pouvoir fonctionner normalement, les analyses à effectuées étant coûteuses ¹⁴ [12] [20]. De ce fait, leurs activités restent généralement encore assez faibles (surtout pour celui du Cameroun). Pour les autres, certains sont juste en mesure d'effectuer les tests simplifiés préconiser par l'OMS, par ailleurs insuffisants ¹⁵ [20].

Ainsi, même si les procédures d'enregistrement ont un caractère obligatoire dans la grande majorité des PED, de nombreux médicaments non enregistrés circulent sur leur marché.

Pour aider les pays dont les moyens sont limités pour contrôler les médicaments importés, l'OMS a créé en 1975 un système qui permet de garantir la qualité des médicaments entrant dans le commerce international [12].

¹⁴ Ces analyses portent sur l'identification des principes actifs, leur dosage, la recherche de produits de dégradation connus, le temps de désintégration et de dissolution pour les formes sèches, la stérilité et la recherche de pyrogènes pour les formes stériles et le pH pour les solutions [20].

¹⁵ Ces tests permettent seulement de confirmer l'identité d'un principe actif et signalent sa dégradation importante. S'ils représentent déjà un certain avantage (simple et nécessitant peu de matériel), ils ne peuvent pas cependant remplacer les analyses classiques [20].

2.3.2.2 Le système OMS de certification de la qualité

Ce système fonctionne sur la base d'un échange d'informations sûres, données par l'exportateur à la demande de l'importateur [12].

Il est composé de trois certificats [11] (cf. annexe n°2) :

- Le « certificat de produit pharmaceutique » qui indique :
 - ⇒ Si le médicament a une AMM dans son pays d'origine, et si ce n'est pas le cas, les raisons de son absence (non exigée, non demandée, en cours, ou refusée).
 - ⇒ Si l'usine qui a fabriqué ce médicament respecte les règles de bonnes pratiques de fabrication, et est soumise à des inspections régulières de la part des autorités.
 - ⇒ Si les informations (notice, étiquette) sont conformes à la législation du pays d'origine, car il peut arriver parfois que ces informations divergent, avec notamment de fausses indications thérapeutiques, ou des risques minorés.
- La « déclaration concernant le statut d'AMM » pour les médicaments ayant cette autorisation dans leur pays d'origine.
- Le « certificat de lot » qui mentionne les caractéristiques du produit final, ainsi que les résultats de l'analyse complète du lot qui a été effectuée.

Ainsi, le pays importateur peut disposer d'un ensemble de données qui garantissent le médicament sur trois points essentiels : situation du médicament dans son pays d'origine par rapport à l'AMM, qualité de fabrication, par le respect des BPF, et conformité du produit fini, par le contrôle analytique du lot.

Cependant, ce système de certification de la qualité démontre quelques faiblesses [12] :

- Il est basé sur la participation volontaire des pays exportateurs et importateurs, et n'a bien souvent aucun caractère obligatoire. Et si certains pays exportateurs ne l'utilisent pas, de nombreux PED ne le demandent pas, ou peu.
- Il ne constitue qu'un échange d'informations. Face aux problèmes de corruption rencontrés dans certains pays, la crédibilité de ce document peut être mise en doute.
- En ce qui concerne le statut de l'AMM, il comporte des imprécisions concernant les raisons du refus de l'AMM, qui ne sont pas indiquées. Or, ce refus peut être dû à des problèmes de santé publique, ou un manque d'efficacité. Et, comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, de nombreux pays n'appliquent aucune restriction pour l'exportation de médicaments dépourvus d'AMM. En Europe, seuls l'Autriche, l'Espagne, la Finlande, la France (art. L 603), la Grèce et le Portugal interdisent l'exportation de médicaments dont l'AMM fait défaut pour des raisons de santé publique. Pour l'Allemagne, celle-ci n'est autorisée que si le pays importateur en fait la demande, en connaissance de cause.

Si ce système de certification peut être utilisé par l'acheteur comme moyen palliatif, et devrait à ce titre être utilisé plus souvent lorsque les autres moyens font défaut, il ne peut cependant remplacer les procédures d'enregistrement.

Aussi, le renforcement des capacités des commissions d'enregistrement reste indispensable. Celles-ci devraient pouvoir se réunir plus fréquemment. D'autre part, il serait essentiel de pouvoir réhabiliter les différents laboratoires en mettant un accent prioritaire sur les structures de références régionales, où les pays de la sous région, en participant collectivement à cette réhabilitation, pourraient en solliciter les services. Enfin, la priorité des commissions d'enregistrement devrait systématiquement porter sur les médicaments génériques, au niveau desquels les dossiers allégés simplifient les procédures d'enregistrement.

2.3.3 La distribution

La distribution, ayant pour point de départ la centrale nationale d'approvisionnement, nécessite la mise en place d'intermédiaires. Ils doivent cependant être limités le plus possible en nombre, ceci afin de limiter les coûts qui se répercutent sur les prix de vente des médicaments au public, car chaque élément de la distribution implique le recouvrement des coûts. Le minimum est tout de même une centrale de distribution pour chaque région du pays, qui approvisionne les différentes formations sanitaires de sa région. Bien souvent, le nombre d'intermédiaires est conditionné par le terrain (superficie de la région, enclavement de certaines formations sanitaires par l'éloignement et/ou par un terrain accidenté).

Lors de l'initialisation d'un projet, les consommations antérieures des formations sanitaires sont généralement mal connues, et lorsqu'elles le sont, elles s'avèrent fausses par défaut, en raison des problèmes d'indisponibilité des médicaments. Aussi, le premier approvisionnement des formations sanitaires peut se faire par un système de kits, élaboré par l'OMS. La composition qualitative et quantitative de ces kits, en médicaments essentiels et matériel médical consommable, représente la consommation moyenne, sur trois mois, pour un centre de santé couvrant une population de 10 000 habitants [35]. Le nombre de kits, initialement distribués pour toutes les formations sanitaires, constitue quantitativement la valeur du stock initial dont doit disposer le niveau central pour permettre un premier réapprovisionnement. Par la suite, les consommations périphériques sont mieux connues et le stock de la centrale d'achat peut être réajusté en fonction de l'évolution du projet.

Au niveau de la dispensation des traitements aux malades, se pose le problème de la présentation des médicaments (sous forme de comprimés et de gélules) qui, par souci d'économie, sont conditionnés sous la forme hospitalière (boîtes de 1 000 comprimés). Aussi, leur délivrance nécessite un reconditionnement (sachet ou papier) qui peut présenter des inconvénients relatifs à l'hygiène et au risque d'erreur. La solution du conditionnement individuel (blisters) permet d'éviter ces risques, mais augmente cependant le prix des médicaments qui peuvent alors devenir inaccessibles pour les populations les plus démunies.

Depuis ces dernières années, de nombreuses centrales d'approvisionnement en médicaments essentiels, nationales ou régionales, ont été réhabilitées dans différents pays d'Afrique, et ce dans le cadre de programmes de réorientation des systèmes de santé. Si le recul reste insuffisant pour confirmer la pérennité de ces projets dans leur globalité, il en ressort que les systèmes d'approvisionnement en médicaments essentiels sont autonomes sur le plan financier, et de ce fait, ne dépendent plus des problèmes de trésorerie de l'Etat.

Suite à la dévaluation du F CFA, les ministres de la Santé des pays d'Afrique francophone, et quelques autres pays hors zone, se sont rencontrés à Abidjan, en 1994, et à Bruxelles, en 1995, pour relancer le débat sur la politique pharmaceutique nationale et adopter les stratégies visant à assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels [16].

A l'issue de ces deux sommets, la question du secteur pharmaceutique privé a également fait l'objet d'une relance, car face à l'évolution des systèmes de santé et du contexte économique des pays d'Afrique francophone, l'importance de l'introduction des médicaments essentiels génériques apparaît au grand jour [24] [36].

2.4 Le médicament essentiel générique et le secteur pharmaceutique privé

Jusqu'au milieu des années 90, la notion de médicament essentiel générique n'était pensée que dans le cadre de la redynamisation du secteur sanitaire public, le secteur privé se portant relativement bien dans son ensemble [17] [36].

Cependant, dans le cadre de la redynamisation du secteur public, commence à apparaître le problème de la mise en concurrence entre les pharmacies privées et les formations sanitaires publiques, lorsque ces deux structures sont proches l'une de l'autre. Aussi, au Cameroun par exemple, le ministère de la Santé a mis en place, à la demande des pharmaciens privés, une réglementation qui supprime toute forme de concurrence. Cette réglementation n'autorise la vente de médicaments, pour la formation sanitaire publique, qu'aux malades hospitalisés, lorsqu'il y a une pharmacie privée dans un rayon délimité (3 à 5 km). Et de part la faible disponibilité des médicaments génériques dans les pharmacies privées, se pose alors le problème des malades ambulatoires qui, lorsque leurs ressources sont limitées, ne peuvent accéder aux médicaments des pharmacies privées.

Mais le véritable catalyseur est en réalité la dévaluation du F CFA, puisque le secteur privé s'est retrouvé confronté à de nombreuses difficultés : un prix d'achat des médicaments multiplié par deux (les importations étant majoritaires) et une baisse des marges imposée par les Etats afin de limiter la hausse des prix. A cela, s'est ajoutée la diminution générale du pouvoir d'achat des populations.

L'introduction en masse des médicaments essentiels sous la forme générique devient donc une urgence pour l'intérêt des populations, mais aussi pour celui des pharmaciens privés.

Mais celle-ci se heurte encore à de nombreux problèmes. Si, pour la plus part des pays, certains points ont pu trouver un accord, comme le droit à la substitution pour le pharmacien, le système de marges incitatives pour les génériques, il reste cependant de nombreuses questions qui alimentent les débats d'aujourd'hui, entre les acteurs de la redynamisation du secteur public et ceux du secteur privé [36]:

- Faut-il instaurer ou non une concurrence, sachant que la non-concurrence peut avoir une conséquence sur le recouvrement des coûts des formations sanitaires publiques, surtout s'il s'agit de centres de santé périurbains, où le nombre de malades hospitalisés est faible ?
- S'il y a concurrence, doit-elle et peut-elle se faire sur la base de prix identiques, sachant que les intérêts ne sont pas forcément les mêmes ?
- Les sources d'approvisionnement peuvent-elles être les mêmes ?

D'autre part, il semblerait que cette introduction massive du médicament générique ne plaise pas à tout le monde. Dans pratiquement tous les pays d'Afrique francophone, la distribution en gros des médicaments est majoritairement le fruit de deux ou trois grossistes privés, au niveau desquels, les grandes firmes internationales productrices et/ou distributeurs de médicaments sous formes de spécialités, ont des parts relativement importantes. La politique du médicament essentiel générique constitue une concurrence qui ne leur est pas avantageuse. Cela constitue-t-il un frein à la mise en place de cette politique ?

Nous avons pu voir, à travers ce deuxième chapitre, les actions qui peuvent être menées pour permettre d'améliorer la situation difficile du médicament dans les pays d'Afrique francophone. La mise en place d'une politique pharmaceutique basée sur le principe du médicament essentiel a pour cadre une politique nationale de santé où l'offre de soins proposée correspond aux besoins sanitaires et aux réalités socio-économiques du pays.

Aussi, de nombreux PED ont, depuis quelques années, commencé à œuvrer dans ce sens, avec l'appui de l'aide internationale. Le projet d'appui à la santé mis en place dans le Nord du Cameroun, que nous allons maintenant présenter, en est un exemple.

DEUXIEME PARTIE

-

LE PROJET D'APPUI A LA SANTE DU NORD AU CAMEROUN

1. Le cadre sanitaire du Cameroun ¹⁶

Si durant la période coloniale jusqu'à la fin des années 70, le Cameroun a connu une croissance économique favorable, cet essor s'est interrompu au milieu des années 80, suite à la chute des valeurs des exportations sur le marché international et à un surendettement de l'Etat. En 1988, le Fonds Monétaire International et la Banque Mondiale ont imposé au Cameroun une succession de plans d'ajustement structurel, face aux quels l'Etat a dû engager des restrictions budgétaires qui ont touché tous les secteurs [38].

Si la part Santé allouée par l'Etat est toujours restée proportionnellement identique dans le budget national, elle n'a cependant jamais dépassé les 5 %, étant en 1996 de 3,9 %, ce qui est insuffisant par rapport aux recommandations de l'OMS (préconisant un minimum de 10 %). Et elle a diminué en valeur avec les restrictions budgétaires, sachant de plus que les charges salariales englobent 80 % du budget du ministère de la Santé. La participation de l'aide extérieure a quant à elle augmenté, passant de 153 millions de \$US en 1985 à 500 millions en 1991 [9].

A cela, il faut ajouter la diminution de salaire des fonctionnaires, imposée durant l'année 1993, lors du dernier programme d'ajustement structurel (pour éviter les licenciements). Cette diminution est allée de 30 à 70 % ¹⁷. De plus, la dévaluation du F CFA de 50 % par rapport au Franc français, survenue en janvier 1994, a entraîné une diminution supplémentaire du pouvoir d'achat avec la hausse des prix (limitée cependant par l'Etat).

Aussi, la situation sanitaire du Cameroun reste encore très préoccupante, même si elle a pu être améliorée durant les décennies 70 et 80, notamment dans le domaine de la prévention, par l'introduction du Programme Elargi de Vaccination, le planning familiale depuis peu, et les campagnes d'information et d'éducation en matière d'hygiène et de nutrition.

Selon l'UNICEF, seulement 41 % de la population a un accès aux soins de santé, 44 % en milieu urbain et 39 % en milieu rural [9]. Chez les adultes, les principales causes de décès sont le paludisme et les accidents. Pour les enfants de moins de 1 an, la mortalité est due, dans l'ordre décroissant, aux diarrhées, paludisme, infections respiratoires, rougeole et malnutrition. La couverture vaccinale, d'environ 50 %, reste encore largement insuffisante, se situant dans la moyenne des PED [39].

¹⁶ Se reporter en annexe n° 3 pour une présentation plus approfondie du Cameroun.

¹⁷ Le salaire des médecins est passé de 170 000 à 80 000 F CFA, celui des infirmiers de 80 000 à 40 000 F CFA et celui d'un employé de 30 000 à 20 000 F CFA

1.1 Le système de santé : organisation et structures

Sur le plan administratif, l'organisation du système de santé dépendant de l'Etat et comprend trois échelons :

- central (le ministère de la santé)
- provincial (délégations provinciales de la santé, au nombre de 10 du fait du découpage administratif)
- départemental (service départemental de la santé).

Le secteur public est organisé sur la base de la pyramide sanitaire, et se compose de [9] :

- 2 hôpitaux centraux (Yaoundé et Douala) et un centre hospitalo-universitaire (Yaoundé) qui constituent les structures de référence au niveau national (1^{ère} catégorie)
- 8 hôpitaux provinciaux (2^{ème} catégorie)
- 138 hôpitaux d'arrondissement (3^{ème} catégorie)
- 770 centres de santé (4^{ème} catégorie), couvrant normalement une aire de santé d'un rayon de 15 km, soit 5 000 à 20 000 habitants. Ils sont sous la responsabilité d'un personnel infirmier et constituent la base de la pyramide
- 137 PMI, rattachées à une structure hospitalière.

Malgré cette organisation réside le problème de la répartition inégale des structures fonctionnelles. Les zones rurales en sont bien souvent dépourvues.

En ce qui concerne le personnel de santé, le secteur public compte un médecin pour 12 500 habitants et un infirmier pour 1 800 habitants. Et sur les 350 pharmaciens qui exercent, seulement 30 sont dans le secteur public. Les effectifs sont insuffisants et surtout mal répartis, puisque environ 30 % des effectifs sont concentrés dans la province du centre (province de Yaoundé) qui ne représente que 18 % de la population [9].

A côté de ce système pyramidal, existent d'autres structures qui compensent tant bien que mal les carences des structures sanitaires publiques [9] :

- la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale, organisme de protection sociale couvrant moins de 5 % de la population, qui possède un hôpital à Yaoundé et un à Garoua (province du Nord)
- un hôpital militaire à Yaoundé
- le secteur privé, mais qui n'est généralement implanté que dans les villes et offre des prestations relativement chères (15 polycliniques, 60 cliniques et 90 cabinets médicaux)
- les organismes confessionnels qui dispensent 30 % des soins au Cameroun et que l'on retrouve aussi bien en zones urbaines que rurales.

1.2 Le secteur pharmaceutique [9]

Le marché pharmaceutique connaît une régression depuis 1986, avec une baisse des importations de près de 18 % entre 86 et 90. Or, les importations (dont 80 à 90 % sont en provenance de la France) représentent près de 90 % de la consommation nationale. Ce marché se répartit entre le secteur privé (80 %), le secteur public (15 %) et le secteur privé à but non lucratif (5 %). Mais les difficultés économiques que connaît le pays font apparaître depuis quelques années un secteur informel qui occupe une place de plus en plus importante, et pourrait couvrir, selon le ministère de la santé, près de 25 % du marché.

1.2.1 Le secteur public

Ce secteur rencontre de grosses difficultés puisque l'ONAPHARM (Office National Pharmaceutique), qui a remplacé la Pharmacie Centrale d'Approvisionnement en 1986, est en faillite depuis février 1995. Etablissement public, elle comprenait 10 agences provinciales approvisionnant les formations sanitaires publiques. Mais depuis 1988, elle ne recevait plus de subvention de l'Etat, et s'est donc rapidement retrouvée dans l'impossibilité d'assumer son rôle.

Des structures d'approvisionnement ont été mises en place dans quelques régions, dans le cadre de projets de réorientations des SSP, soutenus par l'aide internationale. En janvier 1993, a été mise en place une centrale intermédiaire (la CIAME), financée par la CEE, avec une aide technique de la coopération allemande (la GTZ), mais qui reste provisoire, en attendant la création de la nouvelle Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (la CENAME), financée par l'Union Européenne. Celle-ci, destinée aux formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif, ne devrait pas avoir le monopole, pour laisser l'autonomie aux structures périphériques.

D'autre part, les hôpitaux de Yaoundé et de Douala ont obtenu des autorisations d'importation, dans le cadre de projets de recouvrement des coûts soutenus par les coopérations internationales.

1.2.2 Le secteur privé

Ce secteur se compose de producteurs locaux, de grossistes importateurs et d'officines privées. Très développé au Cameroun, il connaît tout de même une régression depuis 1988, due à la baisse du pouvoir d'achat des populations et à la dévaluation du F CFA.

1.2.2.1 Les producteurs

Le secteur de la production locale est peu développé, ne couvrant que 10 % du marché national. Les principaux producteurs sont au nombre de quatre :

- Cinpharm (Compagnie Industrielle Pharmaceutique) : anciennement Rhône Poulenc Santé Industrie, créé à Douala en 1991 avec des capitaux provenant à 52 % de Rhône Poulenc Rorer (RPSR) et 48 % de pharmaciens camerounais. Ce laboratoire produit quelques 30 produits différents, dont des génériques¹⁸. Devenu Cinpharm en septembre 1994, RPSR est devenu minoritaire, au profit d'actionnaires luxembourgeois. Mais ce changement n'a pas satisfait les actionnaires camerounais, ce qui a provoqué une suspension des activités jusqu'en 1996. En 1993, sa production représentait environ 4 % du marché.
- La SIPP (Société Industrielle de Produits Pharmaceutiques) est une société camerounaise créée en 1989 avec un partenaire belge, actionnaire à 65 %. Elle produit des solutés de perfusion à Yaoundé, et a installé progressivement des agences à Douala (Sud-Ouest), Maroua (Extrême-Nord) et Bafoussam (Ouest). Son activité est en constante augmentation depuis sa création et elle exporte même 10 à 15 % de sa production au Tchad et en République Centrafricaine. Elle représente environ 2,3 % du marché.
- Plantecam-Médicam, repris par les laboratoires Fournier en 1994 : il ne se livre qu'à l'exportation de plantes médicinales et à la fabrication de médicaments à base de plantes, pour des laboratoires français (mais produisait auparavant des solutés injectables pour perfusion, cédé à la SIPP en Juin 1994, et de la Flavouquine ®, sous licence Roussel)
- Sitracel : il s'agit d'une entreprise qui fabrique des ouates, des gazes et des bandes.

1.2.2.2 Les grossistes-importateurs

Malgré la baisse du marché enregistrée ces dernières années, leur nombre a augmenté, passant de 3 en 1986 à 8 en 1994. Cependant, 80 % du marché sont détenus par trois sociétés, dont la première (Laborex) couvre un peu moins de 50 % du marché des importations. Elle est d'ailleurs installée depuis la naissance du secteur privé au Cameroun dans les années 50.

Sur ces 8 sociétés, 6 sont entièrement camerounaises, créées par des groupes de pharmaciens. Pour les deux autres, dont Laborex, il s'agit de multinationales, où les Camerounais sont actionnaires. Dans le cas de Laborex, ceux-ci sont majoritaires à 52 %, et les 48 % restant

¹⁸ Acide Acétyle Salicylique comprimés (100 et 500 mg), Amoxicilline cp. (500 mg) et sirops (250 mg), Ampicilline cp. (500 mg) et sp. (250 mg), Chloroquine cp. (100 mg), cotrimoxazole cp. (480 mg) et sp. (120 mg), Hydroxyde d'aluminium cp. (500 mg), Métronidazole cp. (250 mg) et sp. (125 mg), et Paracétamol cp. (100 et 500 mg).

sont détenus par Eurapharm, une société française qui est implantée au même titre (leader du marché, sous le même nom, Laborex) dans les autres pays de la zone franc.

1.2.2.3 Les pharmacies

Comme nous l'avons vu dans la première partie, la question de l'accessibilité aux médicaments se pose pour les populations. Difficultés liées tout d'abord à la répartition géographique inégale, puisque 70 % des officines sont implantées dans les 9 plus grandes villes (et 50 % à Douala et Yaoundé). Difficultés d'ordre financier ensuite, le Cameroun faisant partie des pays d'Afrique où les marges appliquées par les distributeurs (grossistes et pharmaciens) sont les plus élevées.

1.3 Politique de santé et politique pharmaceutique

1.3.1 La politique nationale de santé [9] [40]

Si le Cameroun a adhéré aux principes des Soins de Santé Primaires et de « l'initiative de Bamako », ce n'est qu'en décembre 1992 qu'une nouvelle politique sectorielle de santé a été adoptée officiellement (suite à un séminaire organisé en 1989), pour une mise en place à l'échelle nationale.

Dans ce sens, ont été instaurées :

- une décentralisation administrative, au niveau provincial, pour la gestion des SSP, les décisions concernant la politique de santé restant au niveau central (ministère de la Santé).
- une décentralisation de la gestion des ressources financières communautaires, dans le cadre du recouvrement des coûts, par l'adoption de deux lois : la loi de décembre 1990, accordant une dérogation spéciale aux formations sanitaires publiques en matières de finances, et la loi de juin 1992, où sont fixées les modalités de la gestion des recettes affectées à ces mêmes formations pour leur fonctionnement.

1.3.2 La politique nationale pharmaceutique

Notons tout d'abord que l'exercice de la profession est réservé aux pharmaciens, selon la loi du 10 août 1990 (production, importation et distribution). L'Ordre National des Pharmaciens, créé en 1980, est sous la tutelle du ministère de la Santé.

Dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le gouvernement a exprimé le souhait de s'engager vers une politique du médicament essentiel disponible et accessible pour l'ensemble de la population. Mais cette politique n'est pour l'instant appliquée que dans le secteur public.

A cette occasion, a été créée en 1989, au sein du ministère de la Santé, la Direction des Services Pharmaceutiques (DSP), divisée en trois services :

- contrôle des importations (une commission spéciale octroie les visas ¹⁹), et inspection (mais ne dispose actuellement que de 6 inspecteurs)
- service chargé de la législation, des stupéfiants et de la pharmacovigilance
- contrôle des approvisionnements

Depuis 1995, les droits d'enregistrement sont reversés directement à la DSP pour son fonctionnement (ils revenaient auparavant au Trésor Public).

La DSP a élaboré la 1^{ère} liste de médicaments essentiels qui a été publiée en 1991, et révisée en 1995. Ainsi, le nombre de spécialités enregistrées a pu diminuer de moitié.

Le Cameroun dispose d'un laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments autorisés sur le marché. Bien équipé, son activité reste néanmoins faible, par manque de moyens, car rattaché à la centrale nationale d'approvisionnement (l'ONAPHARM), cette dernière a fait faillite en 1995.

Suite aux réunions des ministres de la Santé des 14 pays d'Afrique francophone qui se sont déroulées à Abidjan, en mars 1994, et à Bruxelles, en Avril 1995, le Cameroun a adhéré aux conclusions finales portant sur la nécessité de réorienter rapidement la politique du médicament dans les secteurs public et privé, suite à la dévaluation [16].

¹⁹ Les droits d'enregistrement sont de 250 000 F CFA pour un nouveau produit importé (avec une validité de 18 mois), puis 200 000 F CFA pour son extension et 150 000 F CFA pour le renouvellement (durée : 5 ans). Pour les médicaments produits localement, le coût est diminué de 50 000 F CFA pour chaque procédure.

1.3.3 Mesures prises suite à la dévaluation du F CFA [9] [17] [38].

Différentes mesures ont été prises par le gouvernement pour limiter les conséquences de cette dévaluation.

La levée des taxes et droits douaniers, perçus par l'Etat sur les importations, a permis une diminution du prix de revient des produits, celles-ci représentant environ 8 % du prix grossiste hors taxe.

D'autre part, le ministère du Commerce et de l'Industrie (qui détermine les marges et le calcul des prix) a diminué les marges du secteur privé de 30 % en moyenne, de manière à limiter la hausse des prix (qui auraient doublés). Ce qui ramène tout de même l'augmentation des prix à 64 %. Cette augmentation a également été limitée dans le secteur public, à raison de 50 % maximum.

Enfin, le débat, concernant l'introduction des médicaments essentiels et génériques dans le secteur privé a été véritablement lancé. Notons que le droit à la substitution n'est pas encore accordé au pharmacien.

Dans le cadre de la réorientation de sa politique nationale sanitaire, le Cameroun bénéficie de l'appui d'organismes internationaux, d'ONG et structures confessionnelles qui interviennent sur divers projets, cependant encore très localisés [9] [38].

2. Le Projet d'Appui à la Santé du Nord

La province du Nord a une superficie de 65 900 km², pour environ un million d'habitants. Elle se découpe administrativement en 4 départements et 12 arrondissements. Le chef-lieu provincial est Garoua, qui compte plus de 100 000 habitants [37].

Jusqu'en 1991, la province du Nord n'a jamais bénéficié d'aide en matière de santé, et le système de santé du secteur public était devenu quasi inexistant, l'hôpital de Garoua menaçant même de fermer ses portes. Le secteur pharmaceutique reste peu développé : 5 pharmacies pour l'ensemble de la province en 1990, dont 4 à Garoua, le nombre est actuellement de 9, dont 7 à Garoua [9]. Cette province étant frontalière avec le Nigeria, le secteur informel s'est beaucoup développé, touchant de nombreux secteurs dont celui du médicament. Cette activité est omniprésente sur l'ensemble de la région.

En 1991, dans le cadre de la politique nationale de santé du Cameroun, a débuté le « programme d'appui à la santé publique du Cameroun », suite à une convention signée entre le ministère de la Santé camerounais et le ministère français de la Coopération, renouvelée en 1996 pour une durée de trois ans et demi.

Ce programme national se découpe en quatre composantes qui sont des appuis techniques et financiers au niveau [40] :

- du ministère de la Santé, pour la mise en place de la nouvelle politique nationale de santé
- de l'hôpital central de Yaoundé
- de l'hôpital général de Douala
- du projet d'Appui à la Santé Nord.

L'objectif du projet d'Appui à la Santé du Nord est de permettre, dans sa finalité, d'obtenir une couverture sanitaire optimale pour l'ensemble des populations de la province du Nord, en s'appuyant sur tous les niveaux opérationnels de la pyramide sanitaire de cette province : mise en place d'un programme de réorientation des Soins de Santé Primaires à la base, réhabilitation des hôpitaux de district et de l'hôpital provincial, et mise en place à tous les niveaux d'un système d'approvisionnement en médicaments essentiels et de recouvrement des coûts selon le principe de « l'initiative de Bamako ».

Le projet se compose de quatre volets qui sont :

- Un appui au niveau des districts de santé pour la mise en place et le suivi du programme de SSP avec recouvrement des coûts²⁰.
- Un appui à l'hôpital provincial de Garoua, qui constitue la structure sanitaire de référence pour l'ensemble de la province, avec notamment la mise en place du recouvrement des coûts et la réorganisation du circuit d'approvisionnement en médicaments.

²⁰ Un district représente huit à dix aires de santé. Encore mal défini géographiquement, un district peut représenter un arrondissement ou un département.

- Un appui à la mise en place de la Centrale d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques du Nord (la CAPP), desservant l'ensemble des formations sanitaires du système de santé.
- Un appui à la Délégation Provinciale de la Santé Publique du Nord, pour lui permettre de jouer pleinement son rôle managérial dans la mise en place du système et le suivi des opérations.

Notons que parallèlement à ce projet, une ONG américaine (River Blindness Foundation) a lancé en 1992 un programme de lutte contre l'Onchocercose, avec des campagnes de sensibilisation et de distribution gratuite de comprimés d'Ivermectine (cf. paragraphe 2.2.4 du deuxième chapitre de cette partie).

2.1 La mise en œuvre

Ce projet a été scindé en deux phases. La première (1991-1996) a permis la mise en place de l'ensemble du programme. La seconde, qui a débuté en janvier 1997 suite au renouvellement de la convention initiale, est principalement une phase de consolidation des acquis, d'une durée de 42 mois.

Les financements proviennent [40] [41] :

- du Fond d'Aide à la Coopération (FAC), à raison de 14,7 millions FF (M FF) pour la 1^{ère} phase et 8 M FF pour la 2^{ème} phase
- de Prêts d'Ajustement Structurels (PAS), consentis au ministère de la Santé par la Banque Mondiale, pour un montant de 10 M FF (1 M FF en 1992 et 9 M FF en 1994).

Le personnel expatrié intervenant en appui technique est le suivant :

- au niveau de la délégation : 2 médecins, l'un chef de projet et l'autre coordinateur des activités de SSP, et un informaticien
- au niveau de l'hôpital de Garoua : 1 gestionnaire, 2 chirurgiens et 1 anesthésiste
- au niveau des activités de SSP : 4 infirmières détachées par l'Association Française des Volontaires du Progrès, intervenant en appui aux équipes de district
- au niveau de la CAPP : 1 pharmacien (moi-même) de mars 1993 à août 1995.

2.1.1 Le volet réorientation des SSP au niveau des districts de santé

Durant la première phase, la réorientation a concerné, conformément à la carte sanitaire établie, les 65 aires de santé de la province (soit 78 centres de santé et 9 hôpitaux de district), Garoua ville non incluse, la réorientation des aires de santé de Garoua entrant dans la 2^{ème} phase du projet (cf. découpage des aires de santé de la province en annexe n° 4). La réhabilitation de ces aires a été effectuée en trois vagues successives : janvier 1993 (20 aires), janvier 1994 (20 autres) et mars 1995 (les 25 restantes).

Cette réorientation a nécessité, pour chaque aire différentes interventions [40] [42] :

- La formation des formateurs (équipes cadres des districts) sur la politique nationale de réorientation des SSP.
- La réhabilitation des formations sanitaires :
 - Rénovation des locaux nécessaires et équipement en mobilier (table de consultation, table d'accouchement, réfrigérateurs, etc.), matériel médical non consommable (stéthoscopes, tensiomètres, matériel de pansements, etc.), réfrigérateurs pour les vaccins et une moto par centre pour les stratégies avancées du PEV.
 - Formation du personnel, par les équipes cadres, aux activités de Soins de Santé Primaires et à la gestion. Le responsable de la pharmacie de chaque formation sanitaire est un commis qui a été désigné par la population (niveau scolaire de 3^{ème} minimum), et qui a suivi une formation adéquate de 10 jours (formation regroupée à la délégation de la santé). Il est chargé de la délivrance des médicaments prescrits par les médecins et infirmiers, et de la gestion des stocks. N'appartenant pas à la fonction publique, il est payé par la formation sanitaire, dans le cadre du recouvrement des coûts.
 - Mise en place du système de recouvrement des coûts sur la vente des médicaments et sur les actes curatifs et préventifs ²¹ (cf. les tarifs pratiqués, en annexe n° 5). Afin d'instaurer un premier roulement de fond nécessaire au réapprovisionnement, chaque formation sanitaire a bénéficié d'une dotation initiale, pour 6 mois de consommation, en médicaments et petit matériel médical consommable, sous la forme de kits (modèles de l'O.M.S. et de Médecins Sans Frontières), conformément à la liste de médicaments essentiels et matériel médical consommable élaborée pour chaque niveau de la pyramide sanitaire (hôpital de district et centre de santé) (cf. annexe n° 6). Cette dotation, d'une valeur de 1 millions de F CFA pour les centres de santé et 1,5 M F CFA pour les hôpitaux de district, comprenait également des outils de gestion permettant d'assurer le bon fonctionnement des formations sanitaires : gestion des stocks (médicaments et autres consommables), gestion financière de la trésorerie, suivi des malades, recueils des données statistiques sanitaires. Ces outils sont par la suite rachetés grâce au recouvrement des coûts.

²¹ Le recouvrement des coûts porte sur 1) le réapprovisionnement des consommables (médicaments essentiels et petit matériel médical consommables tel que compresses, coton, aiguilles, seringues, etc.), 2) les outils utilisés dans la gestion des stocks et la gestion financière, 3) le carburant pour les stratégies avancées du PEV, pétrole et pièces pour la chaîne du froid, 4) les amortissements de la moto et du réfrigérateur.

- Au niveau communautaire :

Pour chaque aire de santé, les équipes cadre des districts ont effectué la sensibilisation des autorités locales et de la population. A l'issue de cette sensibilisation, a été formé un comité de santé (COSA), composé de cinq personnes. Au sein de ce COSA, a été constitué un comité de gestion (COGE), composé de trois personnes (président, trésorier et secrétaire). Ce COGE est responsable de la gestion financière du centre de santé. Le COGE se réunit chaque fin de mois pour effectuer la clôture des comptes, et ces documents sont ensuite présentés au COSA, toute décision concernant l'utilisation de la trésorerie étant du ressort de ce dernier. Ces comités travaillent en étroite collaboration avec le personnel de santé.

Au niveau de chaque district de santé, est constitué un comité de santé, dont le rôle est de superviser l'activité de l'hôpital de district et les activités menées sur l'ensemble du district. Chaque comité de santé des aires de santé élit deux membres qui les représenteront. Sont également inclus des membres des autorités de district. A partir de ces comités, sera constitué le comité au niveau provincial (cela sera détaillé plus loin). Ainsi, la participation communautaire se fait à tous les niveaux.

- Mise en place d'un système de supervisions mensuelles :

Les activités de supervisions sont effectuées en collaboration avec chaque COSA, au moins une fois par mois par le coordinateur et une fois par trimestre par l'équipe de district (dont le responsable est le médecin chef de district, également responsable de l'hôpital de district). Dans ce but, chaque district sanitaire a été équipé d'un véhicule et d'une moto, pour les activités de supervisions des formations sanitaires.

Les équipes utilisent un rapport mensuel d'activités des formations sanitaires qui permet de recueillir toutes les données nécessaires à leur suivi (activités curatives et préventives, résultats financiers) (cf. exemple de rapport en annexe n° 7). C'est aussi l'occasion de discuter des éventuels problèmes.

Les résultats issus de ces tournées de supervision sont ensuite remis à la délégation provinciale de la santé pour analyse.

2.1.2 Le volet hôpital provincial de Garoua

Avant que ne débute sa réhabilitation, l'hôpital se détériorait progressivement. Avec un plateau technique devenu largement insuffisant, l'hôpital ne pouvait plus assurer de prestations sanitaires de qualité, menaçant même de fermer ses portes, par manque de matériel et de personnel, et une pharmacie pratiquement vide, celle-ci étant approvisionnée par l'ONAPHARM.

Sa réhabilitation a nécessité [41] [42] :

- La réhabilitation de l'ensemble des bâtiments (réfections des circuits d'eau et d'électricité, toitures et charpentes, 80 % des bâtiments ont été repeints), l'agrandissement de certains services, la construction d'un service d'accueil et d'un service des urgences pour améliorer le circuit des malades (mis en service courant 1997), et la mise en place d'une structure d'accueil pour les familles des malades. (cf. plan de l'hôpital en annexe n° 8)
- L'équipement en mobilier (literie, climatiseurs, etc.), en matériel médical (pour les services de laboratoire, de chirurgie, de gynéco-obstétrique et de stomatologie) et en appareillage médical (1 ECG, 1 échographe, 1 défibrillateur, 2 tubes pour l'appareil de radiologie fixe (défaillant depuis 6 ans), 1 appareil de radiologie mobile, 2 blocs dentaires et 4 couveuses). Les services administratifs et d'accueil ont été équipés d'un ordinateur.
- La réorganisation du service administratif et financier, avec l'élaboration d'outils permettant la gestion du recouvrement des coûts mis en place, la gestion du personnel et le suivi des activités de chaque service.
- La formation des médecins (formations médicales et recyclages effectués à l'étranger et au Cameroun, et au niveau de la délégation, une formation de base sur les SSP), formations du personnel administratif et du personnel responsable du circuit pharmaceutique.
- La réorganisation, depuis mars 1993, du système d'approvisionnement en médicaments permettant d'assurer leur disponibilité. Pour le premier roulement de fond, l'hôpital a bénéficié d'une dotation initiale d'une valeur de 45 millions de F CFA et de 10 millions dans le cadre du PAS 94, pour palier aux effets de la dévaluation. (cf. liste des médicaments en annexe n° 9)

L'organisation du système d'approvisionnement est la suivante : la Centrale d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques approvisionne directement la pharmacie de dépôt de l'hôpital, et cette dernière approvisionne d'une part, les différents services de l'hôpital, et d'autre part, la pharmacie de jour et celle de garde qui constituent les deux points de vente, réservés aux malades hospitalisés uniquement ²².

L'équipe est constituée de deux techniciens en sciences pharmaceutiques (infirmier diplômé d'état ayant fait une spécialisation pharmaceutique sur deux ans), responsables de

²² Ceci résultant d'un accord passé entre le ministère de la santé et les pharmacies privées de la ville de Garoua (Ordonnances vertes pour les prescriptions destinées aux malades hospitalisés, qui se distinguent des ordonnances blanches pour les consultations externes).

la pharmacie de dépôt et de la pharmacie de jour, d'un agent de l'Etat qui assiste le responsable de la pharmacie de jour, d'une caissière, sachant que la caisse est physiquement séparée de la pharmacie de jour, des trois commis qui assurent, à tour de rôle, les permanences de la pharmacie de garde (chacun ayant son propre stock). Cette équipe est sous la responsabilité pharmacien de la CAPP.

2.1.3 Le volet Centrale d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques

Mise en place au mois de mars 1993, la Centrale d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques (CAPP) est une structure publique, à but non lucratif, autonome financièrement et juridiquement. Elle est destinée à desservir les formations sanitaires publiques de la province du Nord (hôpital provincial de Garoua, hôpitaux de districts et centres de santé).

Implantée à Garoua, elle occupe les anciens bâtiments de l'ONAPHARM, dans l'enceinte de l'hôpital. Notons que cette installation est normalement provisoire et la construction des nouveaux locaux est en attente de financement, initialement prévu par la CEE qui a dû cependant se désister au dernier moment.

Concernant le premier fond de roulement, la CAPP a rencontré quelques difficultés. La dotation initiale devant instaurer ce fond, financée par la CEE pour un montant de 100 millions de F CFA, était prévue pour février 1993. Or elle n'a été reçue par la CAPP qu'en janvier 1994, soit un an après (les problèmes survenus en ex-Yougoslavie seraient à l'origine de ce retard).

Pour pallier le retard du financeur initial, la CAPP a bénéficié :

- d'une dotation du ministère de la Santé, en mars 1993, pour une valeur de 35 millions de F CFA (en provenance d'un don japonais fait au ministère de la Santé qui l'a ensuite réparti au niveau des centrales provinciales). Cette dotation devra être remboursée au ministère de la Santé.
- d'un financement FAC, en mai 93, de 60 millions de F CFA (non prévu initialement).

D'autre part, dans le cadre du PAS 94, 50 millions de F CFA ont été attribués pour atténuer les effets de la dévaluation, mais ces fonds n'ont été débloqués qu'à la mi 95 (commande reçue en mars 1996 [42]).

2.1.3.1 Le fonctionnement administratif

La CAPP est sous la responsabilité du pharmacien provincial, qui encadre une équipe constituée d'un technicien en sciences pharmaceutiques, appartenant à la fonction publique, et d'un commis employé par la CAPP. Depuis 1996, la CAPP a également engagé une secrétaire comptable.

La gestion financière de la CAPP est sous la responsabilité d'un comité de gestion, composé actuellement du délégué provincial de la santé du Nord (président), du responsable du service administratif et financier de la délégation (trésorier) et du pharmacien (secrétaire). Cette composition n'est que provisoire, car le comité doit inclure des membres de la communauté, mais cela n'est actuellement toujours pas défini par le ministère de la Santé.

2.1.3.2 L'approvisionnement

- **Les achats**

Actuellement, les produits pharmaceutiques achetés par la CAPP sont majoritairement importés :

- d'Europe (la CAPP disposant d'une autorisation d'importation depuis juillet 1994), auprès des centrales d'achat à but non lucratif (Médecins Sans Frontières Logistique, la Centrale Humanitaire Médico Pharmaceutique de Pharmaciens Sans Frontière et la centrale hollandaise International Dispensary Association : IDA)
- mais aussi du Bénin, qui dispose d'une unité de production de génériques de qualité et très compétitive sur le plan international (PHARMAQUICK).

La CAPP s'approvisionne également auprès de fournisseurs camerounais, mais cela se limite à quelques produits :

- La SIPP, pour les solutés de perfusion, qui offre un service de qualité (prix, qualité des produits, prestations de service) et dispose d'une agence à Maroua (à 200 km au nord de Garoua), ce qui permet de limiter les stocks de la CAPP (produits volumineux), les délais de livraisons étant rapides (de 10 à 15 jours)
- Sitracel, pour les gazes, bandes et ouates.

Pour le reste, les possibilités restent limitées, à l'exemple de Cinpharm, qui ne produit que quelques génériques, et qui, d'autre part, a connu des difficultés, entre 1994 et 1996, lors du changement de sa constitution.

Notons que la CIAME offre des prestations de qualité irrégulière, rencontrant de fréquentes ruptures de stocks. Ayant une licence d'importation accordée depuis son ouverture, elle intervient surtout en tant qu'intermédiaire avec les fournisseurs internationaux.

Les achats se font par appels d'offres, l'exception étant faite pour certains achats qui sont directement négociés avec les fournisseurs locaux (solutés de perfusion, bandes, coton médical). Mais ces appels d'offres sont néanmoins restreints, la CAPP n'ayant pas encore les moyens nécessaires pour une publication internationale de l'avis d'appel²³. Les fournisseurs potentiels consultés sont donc préalablement choisis pour leur capacité à répondre de manière satisfaisante à l'appel (renommée internationale). L'analyse des propositions et l'acceptation des dossiers sont effectuées par le comité de gestion.

Les médicaments commandés doivent avoir une AMM délivrée par les autorités camerounaises. A défaut, la certification de qualité (modèle OMS) et le certificat de lot sont demandés, conformément à la réglementation fixée par le ministère de la Santé en décembre 1996 [42].

²³ Il est d'autre part nécessaire, pour ce type de procédure, de pouvoir exercer des contrôles de qualité sur les produits proposés, soit par l'intermédiaire du laboratoire national (non fonctionnel), soit par la création d'un laboratoire local, ce qui représente, pour ce dernier, des moyens financiers qui ne sont pas disponibles pour l'instant au niveau de la CAPP.

Dans le cadre de la planification des commandes, celles-ci sont engagées tous les 6 mois, sachant que le délai de livraison est normalement de 4 mois (par transport maritime), auquel il faut ajouter un stock de sécurité (2 mois) qui permet de pallier d'éventuels problèmes de retard de livraison.

- **La distribution**

La CAPP approvisionne directement l'hôpital de Garoua (une fois par semaine) et les formations sanitaires périphériques (une fois tous les 2 mois). Elle dispose de trois véhicules (dont un prêté par la délégation), desservant les structures du nord, du sud-est, et du sud-ouest [42].

Remarque : Lors du lancement du système, en 1993, trois dépôts intermédiaires avaient été mis en place pour l'approvisionnement des formations sanitaires périphériques: le dépôt de Garoua pour les formations sanitaires du sud-ouest, celui de Tcholliré, pour celles du sud-est, et le dépôt de Guider pour les structures du nord. Mais la viabilité de ces dépôts a été de courte durée puisqu'ils ont cessé d'exister en 1996, leur efficacité ayant été remise en cause. La prise en charge du réapprovisionnement par la CAPP a nécessité une réorganisation du planning des commandes des formations sanitaires, qui étaient réapprovisionnées une fois par mois avec le système des dépôts. La gestion des stocks doit donc être encore plus rigoureuse [42].

2.1.3.3 Le recouvrement des coûts

Le recouvrement se pratique sur la vente des médicaments essentiels et du matériel médical consommable. La CAPP vend également aux formations sanitaires divers articles au prix coûtant car non recouverts par ces dernières : la papeterie (outils de gestion des stocks et financière), achetée à Garoua, des pièces importées pour réfrigérateur (mèches, brûleurs) et moto (câbles, pneus, pièces de moteur).

- **Les charges d'exploitation**

Après le réapprovisionnement des médicaments et du matériel consommable, le recouvrement des coûts au niveau de la CAPP prend en charge :

- les coûts de fonctionnement qui lui sont propres : salaires du commis et du comptable, charges générales (carburant et entretien des trois véhicules, entretien des bâtiments, électricité, poste, téléphone, matériel consommable de bureau) et amortissements des véhicules, des trois réfrigérateurs et de l'ordinateur.
- une partie des frais de fonctionnement de la délégation provinciale depuis avril 1994 (ces coûts étant auparavant pris en charge par le projet) : frais liés aux activités de supervisions mensuelles des équipes de districts, et aux monitoring (indemnités, per-diem et carburant pour les véhicules), ainsi que l'entretien, les réparations et l'amortissement d'une partie du parc automobile de la délégation (5 véhicules et 11 motos).

- **Les prix de vente**

Le prix d'achat rendu Garoua a été fixé, pour chaque produit, à partir des prix pratiqués par la CIAME, ceci en prévision de la création de la CENAME auprès de laquelle la CAPP devrait pouvoir s'approvisionner. Les prix de vente CIAME correspondent aux prix FOB fournisseurs (moyenne faite sur les prix pratiqués par les principaux fournisseurs qui sont MSF logistique, la CHMP de PSF et IDA), aux quels s'ajoutent 28 % correspondant à la marge prise par la CIAME (prix CAF + frais de transitaire + frais liés à son fonctionnement). Il faut ajouter à ce prix de vente CIAME, 4 % pour le transport Douala-Garoua, ce qui nous donne un prix rendu Garoua égal au prix FOB x 1,33.

Pour permettre à la CAPP de recouvrir toutes les charges hors réapprovisionnement (décrites ci-dessus), un coefficient de majoration est appliqué sur le prix rendu Garoua. Ce coefficient est cependant variable d'un produit à l'autre : plus faible pour les traitements chers (du fait du coût du médicament, de la quantité totale d'unité, de la durée du traitement), cela est compensé par un coefficient plus élevé pour les traitements moins coûteux et souvent prescrits.

Ce coefficient moyen théorique était initialement de 1,43 avant dévaluation. Suite à cette dévaluation, il a été ramené à 1,35, et le coefficient multiplicateur de la CAPP sur le prix FOB est passé de 1,902 à 1,796. Cela a ainsi permis de limiter l'augmentation des prix publics à une moyenne générale théorique de 50 %, sachant que certains produits n'ont subi aucune augmentation (traitements chers) et d'autres ont été augmentés de 30, 50 ou 100 %. D'autre part, suite à la fermeture des dépôts, leur coefficient (1,016) a été basculé au profit de la CAPP, dont le coefficient est passé à 1,824 par rapport au prix FOB (soit 1,372 par rapport au prix rendu Garoua).

Les formations sanitaires appliquent une majoration de 36 % (non modifiée suite à la dévaluation). Ce qui représente un coefficient de majoration de 2,481 par rapport au prix FOB.

2.1.4 Le volet délégation provinciale de la santé

Différentes interventions ont été effectuées pour lui permettre d'assurer le suivi de l'ensemble du système de santé [40] [42] :

- Construction des nouveaux bâtiments, terminée en 1996 (les locaux initiaux étant provisoirement prêtés par l'école des infirmiers), équipement des locaux en matériel de bureau, avec notamment un parc informatique, équipement de quatre véhicules pour le suivi de terrain.
- Formations des équipes d'encadrement (formations en santé publique et épidémiologie à l'étranger, formation des équipes de districts sur la réorientation des SSP).
- Mise en place d'un système d'information et de rétro-information permettant à la délégation de recueillir et d'analyser les données provenant des formations sanitaires périphériques.
- Pour renforcer l'efficacité du suivi des activités, un système de monitoring a été mis en place, permettant effectuer des supervisions organisées tous les six mois, par quatre équipes de la délégation, sur une semaine. Ces monitoring bisannuels permettent de faire un bilan général de la situation en évaluant, pour chaque formation sanitaire, le niveau de pertinence des activités menées et leur viabilité financière (accessibilité géographique du système de santé, utilisation des formations sanitaires, qualité des soins, couverture sanitaire, suivi de la gestion des stocks et indicateurs de recouvrement des coûts). Cela se fait en étroite collaboration avec le personnel de santé et les comités de santé. La détection d'éventuels problèmes et de leurs causes permet de proposer des solutions et des actions correctrices.

2.2 Présentation des résultats : analyses et perspectives

Actuellement, le projet est entré dans sa deuxième phase, qui est principalement une phase de consolidation. Celle-ci a démarré suite à une évaluation qui a été effectuée en mars 1995, conjointement par le ministère de la Santé du Cameroun et le ministère de la Coopération française. A l'issue de cette mission, il a été conclu que le bilan des interventions de la première phase était globalement positif, puisqu'une grande partie des objectifs est atteinte sur le plan quantitatif [41].

Cependant, la mission d'évaluation a fait ressortir, dans la conclusion de son rapport, que l'aspect qualitatif du système reste généralement insuffisant. Nous verrons dans quelles mesures cette qualité peut être améliorée, de manière à pouvoir répondre au mieux aux besoins de la population, tout en permettant de préparer la pérennité de ce système. Mais nous verrons également que d'autres facteurs entrent en compte dans l'analyse de la pertinence de ce système.

2.2.1 Au niveau des activités de SSP dans les districts de santé

2.2.1.1 Résultats

Les données chiffrées qui vont suivre ont pour source le 7^{ème} monitoring effectué par les équipes de la délégation en juillet 1996. Elles portent sur les activités préventives (consultations préscolaires et prénatales), sur les soins curatifs et sur le système de financement communautaire [42].

2.2.1.1.1 Les prestations de santé

Il ressort une grande disparité entre les différentes formations sanitaires (cf. approche quantitative des activités à l'issue du 1^{er} trimestre 1996, en annexe n° 10).

• Les consultations préventives

Définition des indicateurs utilisés :

- Disponibilité en vaccins : représente le pourcentage de jours sans rupture de stock de vaccins du PEV.
- Accessibilité : représente le pourcentage de la population cible (enfants de 0 à 1 an et femmes enceintes) vivant dans un rayon de 5 km autour d'un centre de santé ou de 2 km d'un point de stratégie avancée.
- Le taux d'utilisation pour les consultations préscolaires (CPS) : représente le pourcentage d'enfants cibles (0 à 1 an) ayant eu au moins une consultation préscolaire et une dose de vaccin.
- Le taux d'utilisation pour les consultations prénatales (CPN) : représente le pourcentage des femmes cibles (qui ont accouché durant la période évaluée), ayant eu au moins une consultation et une dose de VAT.
- La couverture préventive pour les CPS : représente le pourcentage d'enfants cible complètement vaccinés avant 1 an, avec le respect des intervalles et des âges de vaccination, et avec des vaccins stockés à température correcte.
- La couverture préventive pour les CPN : représente le pourcentage des femmes cibles ayant eu au moins 2 consultations prénatales (dont une au 8^{ème} mois) chez qui les facteurs de risques ont été recherchés, qui ont reçues un traitement prophylactique contre le paludisme (Chloroquine) et l'anémie (le fer) et dont le VAT est à jour.

La disponibilité des vaccins pose parfois des problèmes dans certaines aires. Cette disponibilité reste supérieure à 75 % dans 30 % des aires de santé et inférieure à 50 % dans 50 % des cas.

L'accessibilité est supérieure à 75 % pour 65 % des centres de santé (30 % sont à 100 % et 20 % sont en dessous de 50 %). Il apparaît que l'accessibilité est faible (moins de 50 %) principalement dans les aires de santé où la population est dispersée et éloignée de la formation sanitaire. Les stratégies avancées, plus lourdes dans leur réalisation, manquent encore d'efficacité au niveau de la fréquence et de la couverture des aires.

Les taux d'utilisation restent également faibles, ceci résultant généralement de l'insuffisance des stratégies avancées et de l'utilisation directe des centres par la population.

Il en découle une faible couverture préventive qui est même, pour certaines aires, inférieure à ce qu'elle devrait être compte tenu de l'utilisation. Sur ce dernier point, la raison principale est un manque de suivi des populations cibles qui ne reviennent pas systématiquement aux rendez-vous, les activités préventives étant ainsi incomplètes.

- **Les consultations curatives**

Indicateurs utilisés :

- Le taux d'utilisation : représente le pourcentage de nouveaux cas à la formation sanitaire, par habitant et par an (une utilisation de 100 % signifie qu'en moyenne, chaque habitant utilise le centre une fois au cours de l'année).
- Couverture curative : représente le pourcentage de la population ayant utilisé le centre, ayant reçu le traitement prescrit et payé le prix correct, et ayant été traité selon l'ordinogramme.

60 % des aires de santé ont une disponibilité en médicaments supérieure à 80 %, et pour 30 %, elle est de 100 %.

L'accessibilité géographique a été définie pour un rayon de 5 km. Pour 70 % des aires de santé, 75 % de la population vit dans un rayon de moins de 5 km, et pour environ 17 % des aires de santé, plus de la moitié de la population vit à une distance supérieure à 5 km.

Les taux d'utilisation sont variables d'une aire à une autre. Ce taux est faible là où l'accessibilité est elle-même faible, la distance constituant une limite à l'utilisation du système, dans la mesure où les moyens de déplacement sont bien souvent la marche. Cependant, ce taux est également faible pour bon nombre d'aires de santé où la distance ne pose pas de problème.

La couverture reste globalement faible, cette dernière étant supérieure à 60 % que pour 6 % des aires de santé. Outre le fait qu'elle dépend de l'utilisation des centres, elle dépend également de la qualité des prestations délivrées, puisque là aussi, nous pouvons constater qu'elle n'est pas souvent proportionnelle à l'utilisation.

2.2.1.1.2 Le financement communautaire

La vente des médicaments représente généralement 70 % des recettes effectuées par les formations sanitaires.

Différents indicateurs sont utilisés pour mesurer le financement communautaire :

- Recette moyenne par cas :

Elle représente ce que paye un malade pour un épisode de maladie. Elle est calculée en divisant les recettes totales par le nombre de nouveaux cas enregistrés (consultations curatives et préventives, sont exclues les recettes de CPS).

Ces recettes sont en moyenne aux alentours de 1 300 F CFA (ce qui semblerait abordable pour une majorité de la population). Il y a cependant une grande variation selon les formations sanitaires (de 800 F à 2 400 F), ces recettes étant plus élevées pour les hôpitaux de districts, où les soins sont plus poussés. Néanmoins, certains centres de santé affichent des recettes comprises entre 1 800 et 2 100 F.

- Recouvrement des coûts :

Il est calculé en divisant les recettes par les dépenses, et on distingue :

- Le taux de recouvrement des dépenses incompressibles : indique si la formation sanitaire peut couvrir, à partir de ses recettes, ses dépenses obligatoires (rachat des médicaments et outils de gestion, salaire du commis, carburant pour les stratégies avancées et consommables (mèches, brûleurs, pétrole) pour le réfrigérateur).
- Le taux de recouvrement des dépenses totales : prend en compte les dépenses incompressibles et les amortissements du réfrigérateur et de la moto (26 000 F + 35 000 F par mois)

Il ressort que :

- ⇒ 92 % des formations sanitaires recouvrent leurs dépenses incompressibles.
- ⇒ 33 % recouvrent leurs dépenses totales, et 35 % ont un taux compris entre 0,9 et 1, ce qui démontre qu'il ne suffit de pas grand chose pour qu'elles dépassent la barre de 1.

2.2.1.2 Analyses et perspectives

Tableau n° IV : moyenne générale des activités pour les 40 aires de santé réorientées durant les deux 1^{ères} vagues [42]

	C P S		C P N		S C	
	1994	1996	1994	1996	1994	1996
T.U	27%	59%	23%	36%	32%	34%
C	9%	30%	10%	20%	22%	22%

2.2.1.2.1 Le système répond-il aux besoins des populations ?

Comme nous le montre le tableau, il est constaté une lente progression, pour les centres réorientés depuis le début. Si cette progression reste encore insuffisante pour la moitié de ces aires de santé, elle est plus sensible pour l'autre moitié, avec des progrès constants observés lors des différents monitoring. L'augmentation progressive des taux d'utilisation et de la couverture qu'elles obtiennent est généralement liée à un accroissement de l'intérêt que la population porte au système souvent associé à un certain engagement du personnel de santé [42].

Cependant, même malgré ces progrès, il ressort une insuffisance globale de l'utilisation du système par les populations, et de la couverture sanitaire obtenue, qui est conditionnée par l'utilisation et par la qualité des soins délivrés. Les problèmes identifiés sont multiples et d'intensité variable d'une aire de santé à une autre [42].

- **Qualités des soins délivrés**

Pour tout type d'activité confondue (préventives et curatives), d'une manière générale, la couverture reste inférieure, voir très inférieure, à l'utilisation, ce qui reflète un problème de qualité.

Sur le plan préventif, il ressort que la qualité pourrait être améliorée par un meilleur suivi des populations, suivi qui passe par une bonne utilisation des fiches de suivi des patients (qui ne sont généralement pas classées par mois de rendez-vous) et par une recherche systématique des personnes n'étant pas revenues [42]. Ce suivi doit associer personnel de santé et comité de santé : ainsi, grâce aux fiches, le personnel de santé identifie les personnes, et le comité de santé peut entrer en relation avec elles. D'autre part, une meilleure sensibilisation de la population devrait également permettre d'éviter ce genre de problème [42]. Enfin, une meilleure disponibilité des vaccins par une gestion plus rigoureuse (certains vaccins n'ont pas de fiches de stocks) est un point fondamental.

Sur le plan curatif, la qualité des soins passe par l'amélioration des trois principaux points faibles, qui sont associés ou non :

- L'enregistrement des malades, dans le registre des consultations, est souvent incomplet (détaille du diagnostic, posologies du traitement). Une meilleure utilisation de ces registres permettrait, là où ce problème existe, de mieux apprécier la qualité des soins. Il est dommage de constater ce genre de problème, car cela fausse les résultats par défaut, le résultat étant considéré comme nul alors que l'acte (diagnostic et prescription) est peut-être de bonne qualité.
- L'utilisation des ordigrammes est loin d'être systématique, ce qui pourtant est primordiale, car ils conditionnent l'efficacité du traitement et le coût payé par le malade. Le problème est bien souvent une utilisation encore abusive des antibiotiques et des formes injectables. La nécessité en première intention n'est pas toujours fondée (simple accès de fièvre, diarrhées, toux non fébriles, etc.), et il en ressort un coût élevé pour le malade, avec un risque d'inaccessibilité financière. L'on peut remarquer que les centres qui ont une recette moyenne par cas élevée sont souvent ceux qui utilisent le moins ces ordigrammes (sachant cependant que pour certains, ces recettes élevées proviennent également de la vente de médicaments hors consultations) [42].

Une remarque peut être faite sur l'absence de référence de malades au niveau des structures sanitaires du niveau supérieur [42]. Si ce fait a été constaté, les raisons ne sont pas déterminées. Ainsi, nous pouvons émettre deux hypothèses : 1) le personnel soignant ne sait pas toujours à quel moment il doit conseiller cette référence. Une meilleure utilisation des ordigrammes devrait permettre d'améliorer cela. 2) un manque de moyens du malade, associé ou non à une distance importante, pourrait être également un facteur limitant.

- Enfin, la non-disponibilité des médicaments casse l'efficacité de la couverture. Ce problème se pose encore pour certains centres. La disponibilité insuffisante de certains centres résulte d'une gestion encore peu rigoureuse, le principal problème résidant dans le fait que les sorties quotidiennes, inscrites sur le registre des sorties, ne sont pas systématiquement reportées sur les fiches de stocks, rendant ainsi les stocks faux par excès. Peut également se poser le problème des commandes : estimation des quantités à commandées insuffisante, notion de stock minimum permettant de déclencher la commande pas toujours utilisée [42].

D'un point de vue général, la qualité des prestations (préventives et curatives) pourrait être améliorée par un meilleur engagement du personnel de santé, dont la motivation reste parfois encore insuffisant [42]. Le problème des bas salaires paraît être l'explication la plus évidente. Aussi, un système de motivation financière a été mis en place fin 1996, en accord avec les comités de gestion. Il permet de récompenser les infirmiers, en étant basé sur le volume des activités de qualité menées (nombre de consultations curatives et préventives ayant abouti à une couverture adéquate) [42]. L'absence de données récentes ne nous permet pas d'évaluer l'impact. Il paraît cependant logique de penser que cela ne peut avoir qu'un impact positif sur la qualité des soins dispensés. Néanmoins, la qualité des soins dépend également d'autres facteurs tels que la bonne gestion des stocks pharmaceutiques, rôle accompli par le commis, qui n'est pas concerné par ces primes de motivation.

L'amélioration de la qualité des soins constitue un facteur indispensable à la pérennité du système, puisque d'une part, cela permet de répondre de manière adéquate aux besoins de santé des populations qui utilisent les centres, avec un coût le plus juste possible, et d'autre part, cette qualité peut avoir un effet attractif sur l'ensemble de la population qui aura de plus en plus confiance.

- **L'utilisation par les populations**

Si la qualité des soins délivrés est un facteur indissociable du résultat de la couverture sanitaire, la couverture optimale de l'ensemble de la population ne peut être obtenue sans une bonne utilisation des centres par les populations. Or, il ressort que cette utilisation reste globalement faible [42].

Sur le plan des activités préventives, si les problèmes, identifiés dans l'analyse de la qualité des activités menées, démontrent que leur amélioration doit permettre d'augmenter cette utilisation (meilleurs suivis, meilleure disponibilité des vaccins sont des facteurs importants pour acquérir la confiance des gens), il est indispensable qu'à cela, s'associent une accessibilité maximale (obtenue par l'exécution régulière des stratégies avancées permettant d'atteindre toutes les populations de l'aire, surtout celles qui sont isolées) et une sensibilisation régulière des populations.

Pour les activités curatives, il semble que le problème soit plus complexe. La qualité des soins représente un atout important qu'en à l'attraction exercée sur les populations (respect des ordigrammes permettant des soins de qualité et surtout à un coût peu élevé, disponibilité des médicaments qui, si elle s'avère insuffisante, discrédite le centre aux yeux de la population). Cependant, certains centres arrivent à remplir ces conditions sans pour autant avoir une bonne utilisation. Pour certaines aires, le problème de l'éloignement de la majorité de la population constitue une limite importante. Mais ce n'est pas le cas des autres aires [42].

Nous pouvons alors avancer l'hypothèse de l'existence d'un autre facteur limitatif, à savoir la capacité contributive des populations, sachant que cette capacité n'est pas véritablement connue.

Si les tarifs forfaitaires pratiqués pour les activités préventives sont bas (250 FCFA pour les consultations préscolaires et 500 FCFA pour les consultations prénatales, incluant vaccins et suivi) et ne semblent pas être un obstacle majeur pour la population, cela est moins évident pour les activités curatives, car on ne connaît pas véritablement la proportion de la population pour laquelle la somme qui doit être engagée reste un obstacle majeur.

Il est prévu qu'une enquête soit réalisée, sur un échantillon d'aires de santé, au niveau du personnel de santé, des comités de santé, des utilisateurs des centres de santé et des populations [42]. Cette enquête devrait permettre de mieux évaluer la capacité contributive des populations, ce qui est important pour pouvoir évaluer l'impact et la pertinence de ce système.

D'autre part, il est important que les personnes indigentes puissent être identifiées, pour savoir ainsi, dans quelle proportion leur prise en charge peut être envisagée par les bénéficiaires générés par le recouvrement des coûts. Si cette identification peut être faite dans le cadre de l'enquête, cette tâche incombe avant tout au COSA de chaque aire de santé.

- **La gestion communautaire**

Concernant la participation communautaire aux activités de suivi des SSP, il apparaît que celle-ci est généralement satisfaisante pour le suivi financier, les clôtures mensuelles des comptes étant faites régulièrement et avec généralement beaucoup de rigueur [42].

Cependant, la participation reste encore faible dans le domaine de la promotion de la santé (sensibilisation, recherches actives pour les activités préventives). Par rapport à cela, il est un fait important, à savoir qu'il n'existe pas encore de statut pour les comités de santé permettant de définir leurs véritables rôles en dehors de la gestion du recouvrement des coûts. Les textes officiels ne concernent que ce dernier point [42].

Il est important de remarquer la minorité, voir l'absence totale, des femmes dans les comités de santé [41] [42]. Il serait pourtant essentiel que celles-ci soient intégrées, car leur rôle est primordial dans le développement des activités de promotion de la santé (surtout dans le domaine des soins maternels et infantiles). D'autre part, les femmes, en tant qu'utilisatrices du système de santé doivent pouvoir être intéressées d'avantage à la gestion et aux prises de décisions concernant l'amélioration du système, de manière à favoriser leur motivation et leur confiance.

2.2.1.2.2 Les formations sanitaires sont-elles viables financièrement ?

Compte tenu du taux d'utilisation des formations sanitaires, toutes activités confondues, on peut estimer que les résultats financiers sont plutôt encourageant (concernant le niveau de recouvrement des coûts). D'autre part, il semble que les calculs initiaux sur le coefficient de majoration appliqué sur le prix d'achat (en moyenne 1,36) soient corrects.

Ces résultats ne peuvent être qu'améliorés par une meilleure utilisation par la population, et par une gestion plus rigoureuse, surtout lorsque celle-ci s'avère encore un peu hasardeuse. S'il est dit que le taux reste bas pour les formations sanitaires trop faiblement utilisées, il semble que d'autres facteurs, associés ou non, interviennent dans certains cas :

- Des activités préventives bien plus importantes que les activités curatives peuvent entraîner un recouvrement insuffisant, car les premières sont peu rentables (coûts des médicaments + vaccins + carburants pour les stratégies avancées) et doivent normalement être compensées par des activités curatives [42]. Si les activités préventives sont certes primordiales, il est important que le niveau curatif soit réhaussé.
- Le secteur pharmaceutique informel peut poser un problème de concurrence plus ou moins importante pour certaines formations sanitaires. Lorsque celui-ci arrive à pratiquer des prix plus bas, les populations se soucient un peu moins de la qualité pour pouvoir accéder plus facilement aux médicaments. Une sensibilisation importante de cette population, sur les risques encourus, devrait permettre de changer en partie cette situation.

Mais la viabilité financière doit également aller au-delà des charges définies ci dessus, et prenant en compte l'intégralité des coûts de fonctionnement. Ce qui fait intervenir l'Etat, dont le rôle reste fondamental pour que tous les coûts soient couverts (salaires des fonctionnaires, amortissements des bâtiments et des équipements médicaux).

Dans ce sens, un guide méthodologique d'évaluation du financement et de la gestion des services de santé a été élaboré lors d'un atelier organisé par ReMed en avril 1996. Son intérêt réside dans le fait qu'il prend en compte l'intégralité des coûts liés au fonctionnement de ces services (y compris les charges de l'Etat, les frais de formations et de supervisions incombant au niveau provincial). Cela permet d'analyser la complémentarité des différentes sources de financement (Etat, et financement communautaire).

Ce guide a été testé sur deux centres. Ces centres développent d'importantes activités préventives (taux d'utilisation supérieur à 70 %) et des activités curatives relativement faibles (le taux d'utilisation est de 26 %). Actuellement, leur taux de recouvrement des coûts (comprenant les amortissements moto et réfrigérateur) est de 1,06 et 0,93. En partant du principe qu'ils pourraient améliorer au maximum leurs activités curatives pour amener le taux d'utilisation à 50 % (valeur considérée comme réaliste), ils recouvriraient ainsi près de 70 % du total des charges (tout compris) [42].

Cela démontre qu'il est important que l'Etat puisse assumer son rôle financier, les charges qu'il couvre ne pouvant être assurées par le recouvrement des coûts sans une augmentation importante des prix des prestations qui aboutirait à une inaccessibilité financière pour la population.

2.2.1.2.3 La réorientation des aires de la ville de Garoua

Le système de réorientation des SSP ne pourra être complet sur l'ensemble de la province que par l'intégration des aires de santé de la ville de Garoua, qui ont été définies au nombre de 5. Cette mise en place a démarré au début de l'année 1997, mais les données sur l'avancement des opérations ne sont pas encore disponibles [42].

Nous pouvons cependant nous interroger sur deux points :

- S'il est évident que ce volet permettra, par la mise en place d'activités de SSP, d'améliorer l'accessibilité des prestations, géographiquement et financièrement, pour les populations des différents quartiers de la ville, ces centres de santé vont récupérer une partie importante de la clientèle de l'hôpital provincial. Il faudra donc voir quelles seront les répercutions sur l'équilibre financier de ce dernier.
- D'autre part, les centres pourront-ils vendre les médicaments aux consultants externes ? Et si cette vente est interdite, ces centres pourront-ils être viables financièrement ? A priori, ces questions restent encore en suspens.

2.2.2 Au niveau de l'Hôpital provincial de Garoua

2.2.2.1 Résultats

Les différentes interventions qui ont été menées au niveau de l'hôpital lui permettent maintenant de jouer pleinement son rôle, de part un plateau technique satisfaisant : 275 lits, fonctionnalité de tous les services médicaux, mise à disposition pour les malades hospitalisés de médicaments essentiels accessibles financièrement, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Conformément aux lois de 1990 et 1992, les recettes récupérées par l'hôpital ont deux origines principales :

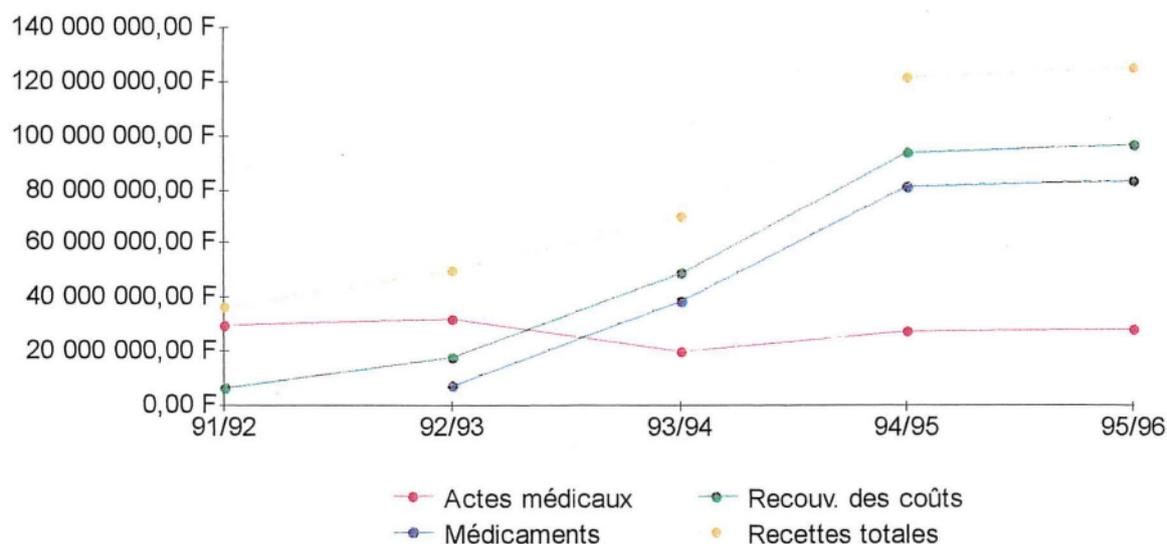
- les recettes provenant des actes médicaux : consultations, hospitalisations, accouchements, opérations chirurgicales, examens de laboratoire, radiologie, soins dentaires, certificats médicaux, et médecine du travail. 65 % de ces recettes sont destinées à l'Etat (35 %) et aux quotes-parts des médecins (30 %).
- les recettes issues du recouvrement des coûts : ventes des médicaments, film de radiologie, échographie et ECG, morgue, couveuses, tickets de propreté ²⁴. L'hôpital récupère 100 % de ces recettes.

Les résultats financiers de l'hôpital sont globalement positifs, bien qu'encore un peu fragiles. A titre d'exemple, le résultat annuel d'exploitation (indiquant la marge bénéficiaire nette) est de 7 millions de F CFA en 1995-96, soit un recouvrement des coûts de 1,06. Toutefois, les amortissements devant être effectués par l'hôpital ne sont pas encore pris en compte (appareillage médical, parc informatique) et seule leur prise en compte permettra d'évaluer si l'hôpital est en mesure de recouvrir tous les coûts qui lui incombent (les crédits de l'Etat prenant en compte les salaires et l'amortissement des bâtiments). Ce travail est actuellement en cours. Néanmoins, son utilisation est encore insuffisante, avec un taux d'occupation des lits qui reste inférieur à 50 %. L'absence de données ne nous permet de comparer ce taux actuel à celui de la période avant projet. D'autre part, le service des statistiques, permettant d'apprécier l'évolution des activités des services, n'est opérationnel que depuis 1997 [41] [42].

Cependant, l'analyse des recettes générées par l'hôpital peut nous donner une idée de l'utilisation de cette structure par la population. (voir figure n° 1 page 75)

²⁴ 100 F CFA par consultation et 500 F CFA par hospitalisation, ce qui permet de payer les 15 agents de l'entretien qui ne sont pas fonctionnaires.

Figure n°1 : Evolution des recettes totales de 1991 à 1996 (en F CFA)



Sources : rapports financiers de l'Hôpital Provincial de Garoua [42].

Sur les recettes des actes médicaux, nous pouvons constater une légère amélioration entre les années d'exercice 1991-92 et 1992-93²⁵. Mais cette augmentation a été brutalement interrompue durant l'année 1993-94 (recettes diminuées d'un tiers). Ceci est la conséquence de la diminution des salaires et de la dévaluation. A cela est venue s'ajouter une grève du personnel médical de près de deux mois, survenue début 1994, qui a été très nuisible à l'hôpital. Suite à cette période, on assiste à une remontée progressive, pour arriver en 1996 au même niveau qu'en 1993. Tous les services ont connu cette évolution, et les hospitalisations et le service de chirurgie ont même connu une reprise plus importante avec, au terme de l'année 1995-96, des recettes multipliées par 3 par rapport à l'année 1991-92 (ayant chuté comme les autres durant la période critique). Ce qui démontre que malgré la dévaluation, l'utilisation de l'hôpital croît progressivement.

En ce qui concerne les recettes provenant du recouvrement des coûts, leur augmentation importante est liée à la mise en place de la vente des médicaments depuis mars 1993. Comme nous pouvons le constater, la vente a plus que doublé entre les exercices 1993-94 et 1994-95, représentant respectivement 55 % et 65 % des recettes totales. Cette brutale augmentation, qui n'a été que légère l'année suivante, est principalement due à la dévaluation. Nous en verrons les raisons dans l'analyse qui va suivre.

²⁵ Notons qu'une année budgétaire débute le 1^{er} juillet et finie le 30 juin.

2.2.2.2 Analyses et perspectives

2.2.2.2.1 Au niveau des prestations offertes : qualité et accessibilité

Les ordinogrammes ne sont pas toujours bien respectés concernant les pathologies courantes, les médecins ayant du mal à les accepter. Si le coût moyen d'une ordonnance se situe aux environs des 2 500 F CFA, ce coût est cependant très variable, pouvant atteindre des montants de plus 30 000 F (prescription pour des actes chirurgicaux où le petit matériel coûte encore cher) [41] [42]. Cependant, pour les prescriptions courantes, ces coûts pourraient être diminués. D'autre part, les prescriptions sous DCI restent encore faibles, ce qui montre qu'un changement dans les habitudes reste à entreprendre.

D'autre part, une enquête, menée en juillet-août 1994 au niveau des consultants internes et externes (environ 150 de chaque), a permis de démontrer que certaines prestations courantes restent chères et sont inaccessibles pour certaines personnes compte tenu de leur pouvoir d'achat [41] :

- ⇒ actes chirurgicaux : le coût moyen (médicaments compris) est de 16 500 F CFA, mais certains actes peuvent coûter plus de 60 000 F, soit plus d'une fois et demi le salaire de base.
- ⇒ radiologie : le coût est de 4 000 F CFA pour une radio pulmonaire.
- ⇒ une césarienne coûte 30 000 F CFA, soit l'équivalent du salaire de base.
- ⇒ hospitalisation : le coût moyen (hors acte médical et médicament) est de 1 800 F CFA, mais cela peut se monter à plus de 50 000 F CFA.
- ⇒ le coût moyen d'un épisode de maladie pour un patient interne (toutes maladies confondues) est de 15 000 F CFA, avec cependant un maximum de 90 000 F CFA.

Ces coûts élevés, cependant courants pour un hôpital, peuvent expliquer en partie la sous utilisation de l'hôpital. Néanmoins, il paraît difficile d'en diminuer le prix sans perturber l'équilibre financier de l'hôpital.

La prise en charge des indigents reste un problème majeur. Cela est actuellement à l'étude pour déterminer le pourcentage qui pourrait être prélevé sur les recettes de l'hôpital, permettant la prise en charge de ces personnes, dont l'identification restera certainement problématique [42].

Le dernier point important, mis en évidence par cette enquête, est que 93 % des patients externes et 83 % des patients internes de l'hôpital sont originaires de Garoua et des ses environs proches. Ce qui démontre que l'hôpital ne joue pas encore son rôle de structure de référence pour les autres formations sanitaires périphériques de la province.

2.2.2.2.2 Au niveau de la gestion et du recouvrement des coûts

La première constatation que l'on peut faire est l'augmentation brutale de la vente des médicaments suite à la dévaluation. On aurait pu penser que cette dévaluation allait avoir une conséquence négative sur la vente des médicaments, car elle a entraîné une augmentation du

prix de vente des médicaments, limitée cependant à une moyenne de 50 %, n'ayant pas été appliquée à tous les médicaments. En fait, cette augmentation des prix s'est également accompagnée d'une augmentation du volume des ventes, et ceci pour deux raisons majeures :

- La diminution des salaires des médecins et des infirmiers a entraîné le démarrage important d'activités privées au sein de l'hôpital, principalement dans le cadre des consultations externes (cela se démontre d'ailleurs par une lente diminution, pour l'hôpital, des recettes issues des consultations depuis 1994). Notons que les prescriptions ne sont pas toujours exécutées par un personnel qualifié.
- Les médicaments sont devenus encore plus chers dans les pharmacies privées (où la disponibilité des génériques reste trop insignifiante), et la vente aux consultants externes est devenue importante, sous la pression insistante des gens auprès des dispensateurs. On peut se permettre de penser que ce n'est finalement pas plus mal ainsi pour les gens disposant de faibles moyens, car il est clair qu'ils ne peuvent accéder aux médicaments des pharmacies privées. Il leur reste alors deux possibilités : le secteur informel ou l'hôpital. Cependant, cela place l'hôpital dans une position d'irrégularité qui ne pourra durer.

L'enquête de juillet-août 1994 a confirmé ce constat (visible à l'œil nu) : 70 % des consultants externes interrogés achetaient au niveau de la pharmacie de l'hôpital.

Un autre point litigieux a été soulevé par cette enquête, à savoir qu'une partie importante des sommes versées par les patients ne rentrent pas dans les caisses de l'hôpital, celles-ci étant directement versées au personnel (consultations, mais aussi certains actes et hospitalisations). Les résultats de l'enquête ont démontré ce fait pour 44 % des patients internes et 47 % des patients externes. D'autre part, il existe des pharmacies parallèles dans certains services. L'activité réelle de l'hôpital est donc sous estimée (manque à gagner qui diminue le recouvrement des coûts de fonctionnement). De plus, les tarifs ne sont ainsi pas toujours appliqués, et certains malades payent plus cher que le prix normal. Ce comportement s'explique par l'organisation défailante du système, par le contexte socio-économique (bas salaires du personnel) mais aussi par un manque d'information à l'égard des patients.

Face à ce problème, l'hôpital doit pouvoir mieux recouvrir le coût de ses prestations. Pour cela, la filière patient doit être améliorée. Cela devrait pouvoir se faire par la mise en service du nouveau service d'accueil, situé à l'entrée de l'hôpital et par une meilleure information destinée aux utilisateurs (procédures de paiement, tarifs officiels mieux affichés, signalisation améliorée au sein de l'hôpital). Il est d'autre part prévu la construction d'une clôture autour de l'hôpital [41] [42].

D'autre part, l'engagement des médecins et des infirmiers, dans la vie de l'hôpital, est là aussi importante. Les systèmes de motivation, permettant de limiter les pratiques privées nuisibles, sont pour l'instant à l'étude [42].

En ce qui concerne la gestion de l'hôpital, celle-ci reste très dépendante de l'assistance technique (gestionnaire et informaticien) du fait de l'absence d'un homologue camerounais pas encore affecté par le ministère de la Santé [42].

Le comité de gestion de l'hôpital est actuellement provisoire, et sa composition (délégué provincial de la santé, directeur de l'hôpital, gestionnaire de l'hôpital et chef de projet)

n'inclut pas pour l'instant la communauté [42]. Ce comité, qui constitue le niveau provincial de la gestion communautaire, reste à organiser (cela sera détaillé plus loin).

Enfin, il reste deux points pour lesquels nous pouvons soulever certaines interrogations :

- Actuellement, la vente des médicaments aux consultants externes constitue une activité importante, et qui reste en marge de la réglementation. Aussi, il est indispensable que les médicaments, sous la forme générique, soient disponibles au niveau des pharmacies privées, afin d'éviter que l'application stricte de l'interdiction de la vente hors du circuit des hospitalisés ne profite au secteur informel (celui si étant déjà installé aux portes de l'hôpital).

Cependant, on ne peut s'empêcher de se demander, lorsque cela sera réalisé, quelles seront les conséquences sur les recettes de l'hôpital, dont la vente de médicaments constitue plus de 65 % des apports ?

- De plus, la mise en place de la réorientation des centres de santé dans la ville de Garoua permettra d'améliorer l'accessibilité financière des SSP, plus chers à l'hôpital. Néanmoins, là aussi, cela aura une conséquence sur l'équilibre financier de ce dernier qui n'assurera que des prestations plus lourdes, donc plus coûteuses, et bien souvent hors de portée du pouvoir d'achat des patients. Peut-il y avoir une véritable complémentarité entre ces deux types de structures ? Serait-il possible de développer plus activement des activités de SSP au niveau de l'hôpital ?

2.2.3 La Centrale d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques du Nord

2.2.3.1 Résultats

L'analyse des résultats porte sur l'exercice 1995-96 pour diverses raisons :

- Ce sont les derniers résultats actuellement disponibles.
- Toutes les aires sont réorientées depuis janvier 1995, en dehors de Garoua ville.
- Ce n'est que depuis juillet 95 (début de l'année budgétaire) que la CAPP supporte tous les frais liés aux monitoring. Sur l'année précédente, seules les indemnités des équipes étaient prises en charge par la CAPP (cf. détail des charges d'exploitation de la CAPP en annexe n° 11).

Les recettes augmentent progressivement, étant de 220 millions de F CFA sur l'année 1994-95, 280 millions en 1995-96, et 174 millions sur la période de juillet à décembre 1996 (6 mois), ceci étant le résultat d'un accroissement progressif de l'utilisation du système provincial par les populations, associé à une augmentation du nombre d'aires réorientées (l'année 1994-95 ne couvrait que 40 aires de santé, et l'année 1995-96 couvre 65 aires de santé) [42].

Le recouvrement des coûts sur les dépenses totales est de 1,0034 ²⁶. Cependant ce recouvrement n'est pas vraiment représentatif, dans le sens où le volume d'achat a été particulièrement important pour rééquilibrer les stocks, dans l'attente de la commande financée par le PAS 94, et reçu fin mars 1996 (donc en fin d'année budgétaire). Ainsi, sur la prochaine année, les achats devraient être stabilisés, et les bénéfices devraient être ainsi augmentés (plus encore grâce au PAS 94). Ce qui laisse penser qu'à charges égales (hors réapprovisionnement), ce recouvrement sera supérieur.

2.2.3.2 Analyses et perspectives

La CAPP constitue le moteur du système, et la réussite du projet dépend de sa capacité à pouvoir jouer pleinement son rôle. Ce rôle est multiple car, elle doit permettre d'une part, d'assurer l'approvisionnement en médicaments essentiels pour l'ensemble des formations sanitaires de la province, et d'autre part, d'effectuer un recouvrement des coûts nécessaires à la prise en charge de son fonctionnement et au suivi des activités menées sur l'ensemble du système sanitaire provincial.

Au niveau de l'approvisionnement, les quelques années de recul dont dispose maintenant la CAPP doivent lui permettre de mieux cerner sa consommation. Face à de produits qui sont majoritairement importés (nécessitant de ce fait des délais de livraison importants), le respect du planning des commandes et la bonne appréciation de la rotation des stocks sont les conditions indispensables pour assurer la disponibilité du médicament. Les commandes d'urgence, jusqu'alors nécessaires aux rééquilibrages des stocks, devraient être amenées à disparaître, à l'exception des cas de surconsommations ponctuelles liées par exemple aux épidémies. De plus, la CAPP a acquis, à la fin de l'année 1996, deux logiciels (gestion des

²⁶ Ce chiffre a été calculé à partir des résultats du compte d'exploitation.

stocks et comptabilité), ce qui permet d'effectuer la gestion dans de bien meilleures conditions que manuellement [42].

Concernant la viabilité financière de cette structure, celle-ci n'est pas complètement démontrée dans les conditions actuelles du système de tarification. Au niveau du recouvrement des coûts, les charges supportées par la CAPP devraient encore augmenter, certaines actions, dont le coût de la prise en charge n'est pas encore défini, restent à entreprendre au niveau provincial, comme nous le verrons à la fin (formations continues au niveau de la délégation, fond provincial de promotion de la santé, intégration de programmes de santé verticaux) [41] [42]. De plus, l'amortissement des véhicules ne concerne pour l'instant que 5 véhicules (devant être amortis sur 7 ans) sur les 13 répartis sur l'ensemble de la province. Avec le terrain accidenté de la province, ces véhicules sont mis à rude épreuve, et devront être, un jour, remplacés.

Nous faisons une parenthèse sur le fait que les locaux actuellement utilisés par la CAPP sont trop petits et certaines pièces sont en mauvais état, ce qui ne permet pas d'avoir de bonnes conditions de stockage (sécurité, conservation, rangement, colisage). Ces locaux doivent être réaménagés et agrandis par la récupération des pièces voisines qui vont être libérées par le déménagement des services de psychiatrie et de kinésithérapie. La prise en charge de ce coût ponctuel reste à définir (PAS, FAC ou CAPP ?).

Il est donc important que toutes les charges de la CAPP soient connues pour se rendre compte de la pertinence du système de tarification. Une révision de ce système était programmée pour juillet 1997, suite à un bilan financier de l'exercice 96/97 [42]. Mais les données, non disponibles actuellement, ne permettent pas de connaître les résultats de cette révision.

Aussi, nous pouvons faire deux remarques :

- Il est important de signaler qu'actuellement, la CAPP achète directement auprès des fournisseurs étrangers. Les bénéfices générés sont donc supérieurs à la théorie, puisqu'ils se font sur un prix rendu Garoua qui est de 15 % supérieur au prix FOB (correspondant au frais du transport maritime (11 %) et terrain Douala-Garoua (4 %), assurance et frais de transitaires compris).

Si la CAPP effectuait ses achats directement à la CIAME comme le calcul initial des prix le prévoyait (avec un prix rendu Garoua est de 33% supérieur au prix FOB), les bénéfices générés seraient inférieurs à ceux qui sont fait actuellement.

Or, la CENAME doit bientôt être opérationnelle (avec des prix de vente au minimum équivalents à ceux de la CIAME), et même s'il n'est normalement pas prévu qu'elle ait le monopole, la CAPP doit envisager de pouvoir bénéficier de ses services, dans le cadre d'une politique pharmaceutique national homogène, d'autant qu'il est prévu de rattacher le laboratoire nationale d'analyse de contrôle à la CENAME. Et les prestations de la centrale nationale auront un coût. L'augmentation des charges que doit recouvrir la CAPP devra donc tenir compte de cela.

- D'autre part, nous pouvons faire une observation sur le coefficient de majoration appliqué sur les médicaments (recettes des ventes / coûts des consommés, calculé sur le prix rendu Garoua). Celui-ci est de 1,287, soit inférieur au coefficient théorique (1,372). Cela vient du fait que l'augmentation des tarifs concernant les produits de consommation courante

(représentant donc le volume de vente le plus important) a été insuffisante suite à la dévaluation. Si cela a permis de freiner l'augmentation des prix de vente, la marge bénéficiaire de la CAPP en a subi les conséquences.

Ces deux faits pourraient faire penser qu'une révision de la tarification à la hausse semble à envisager si l'on veut augmenter de manière sensible les charges de la CAPP. Cependant, une augmentation des prix de vente de la CAPP entraînerait une hausse des prix publics, et pourrait avoir une répercussion négative sur l'accessibilité financière des médicaments pour les populations. Mais si cette augmentation n'est pas trop sensible, elle pourrait probablement être un peu atténuée par un meilleur usage rationnel des médicaments par les prescripteurs.

2.2.4 Au niveau de la délégation provinciale de la santé : perspectives

2.2.4.1 Encadrement du système

Dans le cadre des activités de suivi, les objectifs sont globalement atteints, puisque la délégation provinciale de la santé effectue deux fois par an des monitorings, dont le financement s'effectue intégralement par la CAPP depuis juillet 1995. Il est important de souligner que l'intérêt apporté par la plupart des acteurs est souvent remarquable. Si ces monitoring étaient initialement perçus comme des tournées d'inspection plus qu'autre chose, ces stratégies se sont avec le temps affinées, pour faire place à de véritables échanges. Il faut noter cependant que ces monitoring n'ont, jusque là, concernés que les formations sanitaires périphériques, et il est normalement prévu l'intégration de l'hôpital provincial de Garoua et de la CAPP dans les monitorings à venir [41] [42].

Dans le cadre du recueil des données et de leur analyse, il est prévu que le ministère de la santé fournisse un logiciel qui permettra de traiter informatiquement toutes ces données [42].

Les formations continues du personnel de santé (médecins des hôpitaux de district et de l'hôpital de Garoua) seront planifiées par la mise en place de programmes semestriels au niveau de la délégation. Leurs coûts, principalement liés aux indemnités de déplacement, seront pris en charge par la CAPP. Un thème principal sera retenu à chaque fois (médicaments essentiels et ordigrammes, protection maternelle et infantile, hygiène et asepsie, etc.). Ces formations continues constituent un facteur important de motivation du personnel et d'amélioration de la qualité des soins dispensés. Il est important qu'à partir de ces formations, puissent découler des formations en cascade, faites au niveau de chaque district pour le personnel des formations sanitaires, lors des supervisions effectuées par les équipes de district, sachant que ce point fait encore actuellement défaut [42].

2.2.4.2 La participation communautaire au niveau provincial

Le comité de gestion au niveau provincial reste à constituer. Il sera composé de membres représentant chaque comité de santé de district et de membres des autorités provinciales. Le rôle de ce comité sera de superviser la gestion de l'hôpital provincial de Garoua et celle de la CAPP.

D'autre part, lorsque ce comité sera constitué, il est prévu la création d'un Fond Provincial de Promotion de la Santé du Nord, issu des recettes générées à tous les niveaux des formations sanitaires et de la CAPP (le prélèvement devrait correspondre à 1 ou 2 % des recettes [42]).

Ce fond aura deux utilisations principales :

- Mieux répartir les disparités sur la province en ce qui concerne la rentabilité des formations sanitaires, en aidant financièrement certaines formations en difficulté (disparités dues par exemple au nombre insuffisant de la population pour certaines aires de santé).
- Pouvoir répondre rapidement à des situations d'urgence, comme l'épidémie de choléra survenue en juin 1996 dans la province du Nord, qui a pris fin en novembre (2 224 cas et

189 décès déclarés). La CAPP a pu mettre rapidement à la disposition des formations sanitaires les médicaments nécessaires (solutés de perfusion, SRO et antibiotiques) qui ont été donnés gratuitement, pour permettre une prise en charge précoce des malades et la protection de leur entourage. Cependant, une aide financière, apportée par la coopération française, a été nécessaire au rachat des médicaments pour faire face à l'extension de l'épidémie, et permettre à la CAPP de reconstituer son stock [42]. Le fond provincial devrait permettre de répondre à ce genre de situation sans aide financière extérieure.

2.2.4.3 Intégration de programmes verticaux : SIDA et tuberculose [41] [42]

- **Projet FAC SIDA**

Un projet spécifique SIDA a été mis en œuvre au début de l'année 1997, avec des financements FAC. Il s'agit de mettre en place des activités de prévention et d'éducation vis à vis du personnel de santé des formations sanitaires (se protéger lors des actes médicaux, respecter les règles d'hygiène par l'utilisation d'un matériel à usage unique) et vis à vis des populations (l'information par le biais d'affiches, de réunions organisées par les COSA).

Pour permettre d'effectuer des campagnes de dépistage, des test rapides (Elisa) doivent être mis à la disposition des formations sanitaires et il est normalement prévu que, dans le cadre de campagnes, ces dépistages soient gratuits pour la population. Cela constituera un coût important (une boîte de 100 unités coûterait plus de 300 000 F CFA) que les formations sanitaires devront recouvrir.

Mais la prise en charge des malades atteints du SIDA constitue encore un problème majeur (actuellement, 95 % des traitements antirétroviraux bénéficient à 5 ou 10 % des malades de la planète [43]). La raison principale est le coût beaucoup trop élevé des médicaments actuels (antirétroviraux et inhibiteurs enzymatiques de la protéase), sachant de plus que les données récentes indiquent que la monothérapie doit être proscrite (sauf pour l'AZT dans la réduction de la transmission mère-enfant), ce qui augmente le coût du traitement [43]. Généralement, seuls peuvent être envisagés les traitements contre les affections opportunistes. Cependant, ces traitements ne permettent de prolonger que de quelques mois la survie des malades.

L'objectif du projet reste donc axé sur l'éducation et la prévention, de manière à pouvoir limiter le plus possible l'extension de l'infection. On peut noter que depuis 1993, les préservatifs sont en vente au niveau des formations sanitaires (50 F CFA la boîte de 4), et le volume de vente augmente progressivement d'année en année.

- **Programme national de lutte contre la tuberculose**

La province du Nord a été choisie comme zone pilote pour la mise en place de ce programme, du fait des conditions favorables qu'elle apporte par la réorganisation de son système de santé.

Une mission d'évaluation a été effectuée en juin 1996 par les responsables du ministère de la Santé camerounais. Il ressort de cette évaluation de nombreuses imperfections : le nombre de malades dépistés restent très inférieur au nombre attendu, la connaissance des symptômes révélateurs reste souvent insuffisante, surtout de la part des infirmiers, les examens ne sont

pas souvent réalisés dans les bonnes conditions (matériel inadéquate), et enfin, le suivi des malades est peu effectué (d'autant que le traitement est long et cher en l'absence d'une tarification spécifique).

Avec un financement FAC, un projet de formation du personnel de santé, d'équipement des formations sanitaires en matériel de laboratoire (microscopes, lames et réactifs) et de supervision a démarré en 1997. Pour le traitement intégral, il est prévu de demander un forfait de 5 000 F CFA aux malades, sachant que ce coût est normalement deux fois plus élevé. L'autre partie devrait être prise en charge par la CAPP (les modalités restent à définir : par exemple, une majoration acceptable de produits de grande consommation pour compenser le coût des antituberculeux). Le suivi des malades est primordial dans la réussite du traitement (traitement sur 8 mois, pouvant être dispensé au niveau des centres de santé, sachant que les 2 premiers mois sont en hospitalisation).

- **Le programme de lutte contre l'onchocercose**

Ce programme a été lancé par l'ONG américaine River Blindness Foundation (RBF) en 1992, et repose sur l'utilisation d'un microfilaricide (l'ivermectine, avec la prise unique d'un comprimé une fois par an), ce qui permet ainsi d'éviter, de manière simple et efficace, le risque de cécité qui fait toute la gravité de la maladie. Un recouvrement des coûts, par le paiement de 100 F CFA pour un comprimé, permet le réapprovisionnement. Les activités de supervision du personnel de santé, ainsi que l'approvisionnement et la distribution en ivermectine sont effectués par RBF. Il est prévu que ce programme soit intégré au niveau du système sanitaire provincial : supervisions faites par les équipes de district dans le cadre de leur tournées trimestrielles, approvisionnement de l'ivermectine par la CAPP, pour les formations sanitaires avec une dotation initiale effectuée par RBF à tous les niveaux.

THESE SOUTENUE PAR MONSIEUR BORREAU CLAUDE

TITRE : L'ACCES AUX MEDICAMENTS ESSENTIELS : UNE COMPOSANTE
INCONTOURNABLE DANS LES POLITIQUES SANITAIRES DES PAYS
D'AFRIQUE FRANCOPHONE.
L'EXEMPLE DU « PROJET D'APPUI A LA SANTE DU NORD » AU
CAMEROUN

CONCLUSION

Les pays d'Afrique francophone sont généralement confrontés aux mêmes difficultés en matière de santé. Aussi, si chaque pays a ses caractéristiques qui lui sont propres, la mise en œuvre d'une politique de santé, dans laquelle s'inscrit la politique pharmaceutique, utilise un même schéma directeur. Et les situations qui en découlent sont globalement similaires. Ainsi, pour conclure, nous pouvons, à travers l'exemple du projet d'appui à la santé du Nord au Cameroun, poser une question qui pourrait être applicable à l'ensemble de ces pays : Quelles solutions sont apportées ?

Avant tout, nous avons pu constater que la réalisation de la réorientation d'un système de santé ne peut se faire sans l'aide internationale, en raison des importants moyens financiers nécessaires, moyens qui ne sont généralement pas à la portée des pays en développement. L'exemple du projet d'appui à la santé du Nord au Cameroun le démontre, sachant de plus qu'il ne concerne qu'une des 10 provinces du Cameroun.

Les Soins de Santé Primaires peuvent en grande partie répondre, sur le plan qualitatif et économique, aux problèmes sanitaires des populations. Dans un contexte où l'Etat n'est plus véritablement en mesure de pouvoir assurer efficacement son rôle de prestataire de service, le système de recouvrement des coûts permet la mise à disposition de moyens nécessaires à l'application d'une telle politique. Ainsi, l'amélioration de la situation sanitaire dépend moins des défaillances de l'Etat. Et la pertinence d'une politique pharmaceutique, orientée vers le médicament essentiel, conditionne de toute évidence l'efficacité de cette politique de santé, par la maîtrise du circuit des médicaments (disponibilité, qualité et coût).

Néanmoins, on peut toute fois se demander si, dans la situation actuelle de ces pays africains, un projet, à l'image de celui mis en place au Cameroun, répond de manière complète aux besoins de ces pays et de leurs populations.

Comme le projet d'appui à la santé du Nord au Cameroun le montre, le problème de l'accessibilité financière pose encore des difficultés, en raison de l'absence de système d'assurance maladie, et de systèmes nationaux d'aide sociale pour les plus défavorisés. Aussi, s'il semble possible, pour ces derniers, que la solidarité communautaire permette une prise en charge, sur les bénéfices issus du recouvrement des coûts, dans quelle proportion est-ce réalisable, sans risquer de mettre en péril l'équilibre financier, et donc général, du système ?

Cette question nous amène à souligner le fait que si le bien-fondé de cette politique de santé s'appuie sur des composantes interdépendantes (qualité des activités menées par un engagement de tous les acteurs (personnel de santé, administration et communauté), capacité contributive des populations et rôle de l'Etat en tant que cofinanceur), ces composantes reposent sur des bases encore fragilisées par le contexte socio-économique des pays d'Afrique francophone. Et il est fortement souhaitable que celui-ci puisse connaître une amélioration, ou au pire, rester stable, car toute dégradation supplémentaire pourrait être fortement nuisible à la pérennité des projets, par de nouvelles restrictions budgétaires de l'Etat, une baisse de motivation du personnel de santé et une diminution accrue du pouvoir d'achat des populations, sachant que ce dernier constitue déjà bien souvent une limite à l'accessibilité.

D'autre part, ce système dépend de médicaments qui restent majoritairement importés. Ce qui a pour conséquence de maintenir une dépendance envers les pays industrialisés, et envers les fluctuations économiques mondiales. De ce fait, la production locale de médicaments essentiels génériques devrait pouvoir trouver des possibilités de développement plus poussées.

Sur ce dernier point, il est une piste encore trop faiblement exploitée, qui est celle de la pharmacopée traditionnelle. Les ressources naturelles importantes de ces pays, la connaissance scientifique d'un grand nombre de plantes, les procédures de fabrication moins coûteuses sont autant d'atouts favorables au développement de la pharmacopée traditionnelle. Si elle ne peut se substituer à certains médicaments comme les antibiotiques, elle peut cependant remplacer bon nombre de médicaments dit de « confort » (comme les laxatifs, antitussifs, etc.) qui peuvent, semble-t-il, représenter jusqu'à 50 % des importations du secteur privé [43].

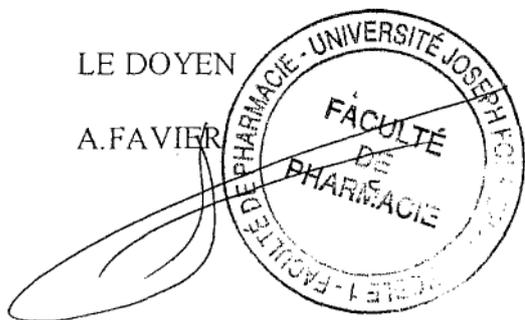
Enfin, dans le contexte actuel, une politique de santé ne peut être optimisée sans que le système pharmaceutique public ne soit complété par l'engagement du secteur privé dans la politique du médicament essentiel générique, condition indispensable pour permettre de satisfaire les besoins de la population, sans que celle-ci ne soit obligée d'avoir recours au secteur informel.

Si de nombreuses conditions restent encore à remplir, les résultats plutôt encourageants constatés dans le cadre d'un projet comme celui du Cameroun permettent d'espérer une amélioration notable de la situation sanitaire des pays d'Afrique francophone, et des pays en développement en général, dans un avenir, souhaitons le, le plus proche possible.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le

LE DOYEN

A. FAVIER



LE PRESIDENT DE THESE

DOCTEUR DELETRAZ MARTINE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS. Rapport sur la santé dans le monde. *OMS*, Genève, 1997.
2. OMS. Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales. Progrès vers la santé pour tous. 3ème rapport de suivi. *OMS*, Genève, 1995.
3. Trouiller P. Recherche et développement pharmaceutique en matière de maladies transmissibles dans la zone intertropicale. *Cahiers Santé*, 1996 : 21-26.
4. Guerin N. La vaccination : succès et interrogations. *REMED*, Paris, janvier 1997. (15) : 1-4.
5. OMS. La situation pharmaceutique dans le monde. *OMS*, Genève, 1990.
6. Hugon P. La crise et l'ajustement structurel en Afrique. In : *Argent et santé : expériences de financements communautaires en Afrique*. Centre International de l'enfance, Ministère de la Coopération Française, UNICEF, OMS, Paris, 1991 : 17-30.
7. Klimek Y., Peter G. Une politique du médicament pour l'Afrique. *Karthala*, Paris, 1995.
8. Rey J.L., Trouiller P. Maladies dominantes de la zone intertropicale, recherche et développement pharmaceutique : les médicaments indigents. *REMED*, Paris, avril 1997. (16) : 8-12.
9. Aschehoug E., Brunneton C., Dallaportan N., et al. Le secteur pharmaceutique privé commercial en Afrique. Ministère de la Coopération Française, OMS, *Rapports d'étude*, Paris, 1996.
10. Velasquez G., Boulet P. Mondialisation et accès aux médicaments. Les implications de l'Accord ADPIC /OMC. WHO/DAP/98/9, *Economie de la santé et Médicaments*, 1998. (7).
11. Mlle Pham. Les fraudes et contre façons dans l'industrie pharmaceutique en 1996 : analyses et perspectives. *Thèse d'exercice en pharmacie*. Faculté de pharmacie Aix Marseille II, 1997.
12. Brunneton C., Naboulet J.P., Van Der Heide B. Les échanges de médicaments entre pays européens et pays en développement : efficacité des systèmes de régulation, problèmes et perspectives. *REMED*, Paris, 1996.
13. Trouiller P. Pays en développement. Elargissement thérapeutique et expansion économique des médicaments génériques : moyens et limites. Rapport. Grenoble, 1995.
14. Anonyme. Les génériques en questions. *REMED*, Paris, novembre 1993. (8) : 1-3.
15. Chirac P. Médicaments génériques : ni anges, ni démons. *Prescrire*, mai 1992.

16. Maritoux J. Pour une avancée vers l'Afrique du médicament. *REMEDI*, Paris, juin 1995. (11) : 1-3.
17. SNIP. Politique du médicament dans les pays d'Afrique francophone. Conséquence de la dévaluation du franc CFA. Séminaire de la communauté francophone de la santé. Evian, 29 et 30 avril 1994.
18. Fassin D. Pouvoir et maladie en Afrique. *Presses Universitaires de France*, Paris, 1992 : 90-98.
19. Fayomi E.B., Bissagnene E., Zohoun T. Vente illicite d'antibiotiques au marché international Dantokpa de Cotonou : un grave problème de santé publique. *Med. Mal. Infect.*, 1996. (26) : 1177-1181.
20. Anonyme. La qualité des médicaments en questions. *REMEDI*, Paris, octobre 1994. (9) : 1-3.
21. Anonyme. Les enfants victimes de sirops de Paracétamol contaminés. *REMEDI*, Paris, novembre 1996. (14) : 8.
22. Dellus S. Contre façon de médicaments : la santé piratée. *Impact médecin*, juin 1992. (153).
23. Doubovetzky J. Médicaments : des faux sur le marché. *Prescrire*, septembre 1991 : 97-101.
24. Bien Dang Vu, Pages N., Adebo F., N'Guyen Lich Phu, Sadeler B., Boudene C. Etude de comprimés de Chloroquine vendus illicitement sur le marché du Bénin. *Ann. Fals. Exp. Chim.*, novembre 1990. (892) : 385-392.
25. Maritoux J. Trafics et contrefaçons de médicaments, vus par les médias. *REMEDI*, Paris, avril 1997. (16) : 2-4.
26. Aschehoug E., Brunneton C., Maritoux J., Orphelin B., Pesez M. La qualité des médicaments sur le marché pharmaceutique africain. *OMS*, Genève, 1995.
27. OMS. L'utilisation des médicaments essentiels. 6^{ème} rapport du comité OMS d'expert. *OMS*, Genève, 1995.
28. Dumoulin J., Kaddar M., Topuz B., *et al.* Le médicament au Maghreb et en Afrique noire francophone. *Presses Universitaires de Grenoble*, Grenoble, 1989 : 151.
29. Kleczkowski M., Roemer M., Van Der Werff A. Les systèmes de santé nationaux : réorientation sur la voie de la santé pour tous. *OMS*, Genève, 1984.
30. OMS. L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire : un défi pour les services de santé. *OMS*, Genève, 1991.

31. Fontaine D. Les innovations dans la pratique médicale et dans le financement de la santé en Afrique, au sud du Sahara. Colloque de Bamako, 16-18 février 1995. *REMEDI*, Paris, juin 1995. (11) : 4.
32. Célérier I. La mutualité française à l'aide de la santé au Sénégal. *Le quotidien du médecin*, mars 1995. (5586) : 22-23.
33. UNICEF. L'initiative de Bamako. In : *Argent et santé : expériences de financements communautaires en Afrique*. Centre International de l'enfance, Ministère de la Coopération Française, UNICEF, OMS, Paris, 1991 : 260-269.
34. Aschehoug E. Les appels d'offres en questions ; séminaire « Appels d'offres en Afrique : médicaments sous DCI et consommables médicaux. *REMEDI*, Paris, avril 1996. (13) : 1-4.
35. Aschehoug E., Maritoux J. Gestions de projets : l'approvisionnement pharmaceutique dans les projets de santé. *REMEDI*, Paris, novembre 1996. (14) : 1-4.
36. Vohito J., Malan KLA A., Brunneton C., Fontaine D. Séminaire atelier « Accélérer l'introduction des médicaments essentiels génériques dans le secteur pharmaceutique privé ». Douala, 21-25 octobre 1996. *REMEDI*, Paris, janvier 1997. (15) : 5.
37. Camus A. Au Cameroun. *Hachette*, Paris, 1991.
38. PNUD. Cameroun. In : *Coopération pour le développement*. PNUD. Rapport 1994.
39. OMS. Rapport final du comité régional pour l'Afrique. 46^{ème} session, Brazzaville, Congo. 4-11 septembre 1996.
40. Cheringou H. Projet d'Appui à la Santé du Nord au Cameroun. Rapport d'activité. Chef de projet 1991-1995. Ministère de la Coopération Française. Rapport technique. Garoua, juillet 1995.
41. Ministère de la Coopération Française - Ministère de la Santé du Cameroun. Appui à la Santé Publique au Cameroun. Renforcement du système sanitaire de la Province de Nord-Cameroun. Mission d'évaluation (du 28 février au 15 mars 1995). Rapport final.
42. Mevel A. Projet d'Appui à la Santé du Nord au Cameroun. Rapport d'activité. Chef de projet 1995-1997. Ministère de la Coopération Française. Rapport technique. Garoua, juin 1997.
43. Rey J.L. Introduction des antirétroviraux dans les pays africains. *REMEDI*, Paris, mai 1998. (19) : 1-2.
44. Anonyme. La pharmacopée traditionnelle en questions. *REMEDI*, Paris, mars 1994. Spécial : 2.

LISTE DES ANNEXES

Annexe n° 1 :	Liste alphabétique des médicaments essentiels - OMS	92
Annexe n° 2 :	Système de certification OMS de la qualité des produits pharmaceutiques entrant dans le commerce international : modèles de certificats	96
Annexe n° 3 :	Présentation générale du Cameroun : Données géographiques, démographiques et socio-économiques	100
Annexe n° 4 :	Les aires de santé de la province Nord du Cameroun	106
Annexe n° 5 :	Tarifs des prestations au niveau des centres de santé	108
Annexe n° 6 :	Listes des médicaments essentiels et du matériel médical consommable aux niveaux de l'hôpital de district et du centre de santé	110
Annexe n° 7 :	Exemple de rapport mensuel d'activité au niveau centre de santé	118
Annexe n° 8 :	Plan de l'hôpital provincial de Garoua, listes des différents services administratifs et médicaux	123
Annexe n° 9 :	Listes des médicaments essentiels et du matériel médical consommable au niveau de l'hôpital provincial de Garoua	125
Annexe n° 10 :	Approche quantitative des activités de SSP au niveau des formations sanitaires périphériques, à l'issue du 1 ^{er} semestre 1996.	133
Annexe n° 11 :	Détail des charges d'exploitation de la CAPP sur l'exercice budgétaire 1995-96.	135

ANNEXES

Annexe n° 1
-
Liste alphabétique des médicaments essentiels -
OMS

Liste alphabétique des médicaments essentiels

A

acétate de médroxy-progestérone retard
acétazolamide
acétylsalicylique, acide
acide acétylsalicylique
acide ascorbique
acide benzoïque - acide salicylique
acide cromoglicique
acide folique
acide folique - sel ferreux
acide iopanoïque
acide *p*-aminobenzoïque
acide salicylique
acide salicylique - acide benzoïque
acide valproïque
albendazole
albumine humaine
allopurinol
aluminium, diacétate d'
aluminium, hydroxyde d'
amidotriazoate
amiloride
p-aminobenzoïque, acide
aminophylline
amitriptyline
amoxicilline
amphotéricine B
ampicilline
anti-amaril, vaccin
antidiphthérique-antitétanique, vaccin
antidiphthérique-antitétanique, antioquelucheux, vaccin
antigrippal, vaccin
antihémophilique, fraction (voir concentré du facteur VIII)
antihépatite B, vaccin
antihémorroïdaire, préparation: anesthésique local, astringent et anti-inflammatoire
antiméningococcique, vaccin
antimoniade de méglumine
antipoliomyélitique, vaccin
antirabique, immunoglobuline
antirabique, vaccin
antirougeoleux, vaccin
antirougeoleux-antiourlien-antirubéolique, vaccin
antirubéolique, vaccin
antiscorpions, sérum
antitétanique, immunoglobuline humaine
antitétanique, vaccin
antitoxine diphthérique
antityphoïdique, vaccin
antivenimeux, sérums
argent, nitrate d'
ascorbique, acide
aténolol
atropine
azathioprine
azote, protoxyde d'

B

bacitracine - néomycine
barvum, sulfate de
BCG, vaccin (desséché)
béclométasone
benzathine benzylpénicilline
benznidazole
benzoate de benzyle
benzoïque, acide - acide salicylique
benzophénones
benzoyle, peroxyde de
benzyle, benzoate de
benzylpénicilline
benzylpénicilline, benzathine
benzylpénicilline, procaine
bétaméthasone
bicarbonate de sodium (voir hydrogénocarbonate de sodium)
bipéridène
bléomycine
bleu de Prusse
bromure de vécuronium
bupivacaïne

C

calamine, lotion à la calcium, folinate de calcium, gluconate de calcium, hypochlorite de calcium-sodium, édétate de captopril
carbamazépine
carbidopa + lévodopa
carbonate de lithium
charbon activé
chloral, hydrate de
chloramphénicol
chlorhexidine
chloroquine
chlorphénamine
chlorpromazine
chlorure de méthirosanilinium (violet de gentiane)
chlorure de méthylthionium
chlorure de potassium
chlorure de potassium, solution buvable
chlorure de potassium, solution pour voie parentérale
chlorure de sodium
chlorure de sodium, glucose avec
ciclosporine
cimétidine
ciprofloxacine
cisplatine
citrate trisodique dihydraté
clindamycine
clofazimine
clomifène
cloxacilline
codéine
colchicine
complexe de facteur IX (concentré des facteurs de coagulation II, VII, IX, X)
concentré de facteur VIII
cromoglicique, acide
cyclophosphamide
cytarabine

D

dacarbazine
dactinomycine
dapson
déféroxamine
dérivé protéinique purifié (PPD) de tuberculine
desmopressine
dexaméthasone
dextran 70
dextran-fer
diacétate d'aluminium
dialyse péritonéale, solution pour
diaphragmes
diazépam
diéthylcarbazine
diéthyltoluamide
digitoxine
digoxine
diloxanide
dimercaprol
dinitrate d'isosorbide
diphthérique, antitoxine
dispositifs intra-utérins contenant du cuivre
dithranol
dopamine
doxorubicine
doxycycline

E

eau injectable
édétate de calcium-sodium
éflornithine
énantate de noréthistérone
éphédrine
épinéphrine
ergocalciférol
ergométrine
ergotamine
érythromycine
éthambutol
éther, anesthésique
éthynylestradiol
éthynylestradiol - lévonorgestrel
éthynylestradiol - noréthistérone
éthosuximide
étoposide

F

facteur VIII, concentré de
facteur IX, complexe de (concentré des facteurs de coagulation II, VII, IX, X)
fer (III) dihydraté, hexacyano-ferrate (II) de potassium et de ferreux, sel
ferreux, sel + acide folique
flucytosine
fludrocortisone
fluorescéine
flucouracil
fluorure de sodium
fluphénazine
folinate de calcium
folique, acide
folique, acide - sel ferreux
fraction antihémophilique (voir concentré de facteur VIII)
furosémide

G

gallamine
gentamicine
gentiane, violet de (*voir*
chlorure de méthyrosanilinium)
gluconate de calcium
glucose
glucose avec chlorure de sodium
glutaral
glycéryle, trinitrate de
goudron de houille
griséofulvine

H

halopéridol
halothane
héparine
hexacyanoferrate (II) de potassium
et de fer (III) dihydraté
houille, goudron de
hydralazine
hydrate de chloral
hydrochlorothiazide
hydrocortisone
hydrogène, peroxyde d'
hydrogénocarbonate de
sodium
hydroxocobalamine
hydroxyde d'aluminium
hydroxyde de magnésium
hypochlorite de calcium

I

ibuprofène
idoxuridine
immunoglobuline antirabique
immunoglobuline humaine anti-D
immunoglobuline humaine
antitétanique
immunoglobuline humaine
normale
indométacine
insuline injectable (soluble)
insuline d'action-intermédiaire
iode
iodure de potassium
iopanoïque, acide
iotroxate de méglumine
ipéca
isoniazide
isoniazide + rifampicine
isoniazide + thioacétazone
isosorbide, dinitrate d'
ivermectine

K

kétamine
kétocozazole

L

lactate de sodium,
solution composée de
lévamisole
lévodopa + carbidopa
lévonorgestrel + éthinylestradiol
lévothyroxine
lidocaïne
lithium, carbonate de
lotion à la calamine

M

magnésium, hydroxyde de
mannitol
mébendazole
médroxyprogestérone, acétate de,
retard
méfloquine
méglumine, antimoniate de
méglumine, iotroxate de
méarsoprol
mercaptopurine
méthionine
méthotrexate
métyldopa
méthyrosanilinium, chlorure de
(violet de gentiane)
méthylthioninium, chlorure de
métoclopramide
métrifonate
métronidazole
miconazole
morphine
mupirocine

N

naloxone
néomycine + bacitracine
néostigmine
niclosamide
nicotinamide
nifédipine
nifurtimox
nitrate d'argent
nitrite de sodium
nitrofurantoïne
nitroprussiate de sodium
nonoxinol
noréthistérone
noréthistérone, énantate de
noréthistérone + éthinylestradiol
nystatine

O

oxamniquine
oxyde de zinc
oxygène
oxytocine

P

paracétamol
pénicillamine
pentamidine
perméthrine
peroxyde de benzoyle
peroxyde d'hydrogène
péthidine
phénobarbital
phénoxyméthylpénicilline
phénytoïne
phytoménadione
pilocarpine
pipéracilline
pipérazine
podophylle, résine de
polygeline
potassium, chlorure de
potassium, chlorure de,
solution buvable
potassium, chlorure de,
solution pour voie parentérale
potassium et de fer (III) dihydraté,
hexacyanoferrate (II) de
potassium, iodure de
praziquantel
prednisolone
préparation antihémorroïdaire:
anesthésique local, astringent
et anti-inflammatoire
préservatifs
primaquine
procainamide
procaine benzylpénicilline
procarbazine
proguanil
prométhazine
propranolol
propyliodone
propylthiouracile
protamine, sulfate de
protoxyde d'azote
pyrantel
pyrazinamide
pyridostigmine
pyridoxine
pyriméthamine - sulfadoxine

Q

quinidine
quinine

R

réhydratation orale, sels pour
(solution gluco-électrolytique)
résérpine
résine de podophylle
rétinol
riboflavine
rifampicine
rifampicine + isoniazide

S

salazosulfapyridine
 (voir sulfasalazine)
 salbutamol
 salicylique, acide
 salicylique, acide - acide
 benzoïque
 sélénium, sulfure de
 sel ferreux
 sel ferreux - acide folique
 sels pour réhydratation orale
 (solution gluco-électrolytique)
 séné
 sérum antiscorpions
 sérums antivenimeux
 sodium, bicarbonate de (voir
 hydrogénocarbonate de sodium)
 sodium, chlorure de
 sodium, chlorure de, avec
 glucose
 sodium, fluorure de
 sodium, hydrogénocarbonate de
 sodium, lactate de,
 solution composée de
 sodium, nitrite de
 sodium, nitroprussiate de
 sodium, thiosulfate de
 solution de lactate de sodium
 composée
 solution pour dialyse péritonéale
 spectinomycine
 spironolactone
 streptokinase
 streptomycine
 sulfadiazine argentique
 sulfadimidine
 sulfadoxine - pyriméthamine
 sulfaméthoxazole - triméthoprime
 sulfasalazine
 sulfate de baryum
 sulfate de protamine
 -sulfure de sélénium
 suramine sodique
 suxaméthonium

T

tamoxifène
 testostérone
 tétracaine
 tétracycline
 thiamine
 thioacétazone - isoniazide
 thiopental
 thiosulfate de sodium
 tiabendazol
 timolol
 tolbutamide
 triméthoprime
 triméthoprime - sulfaméthoxazole
 trinitrate de glycéryle
 trisodique, citrate, dihydraté
 tropicamide
 tuberculine, dérivé protéinique
 purifié (PPD)

V

vaccin antiamaril
 vaccin antidiphthérique-
 antitétanique
 vaccin antidiphthérique-
 antitétanique-
 anticoquelucheux
 vaccin antigrippal
 vaccin antihépatite B
 vaccin antiméningococcique
 vaccin antipoliomyélitique
 vaccin antirabique
 vaccin antirougeoleux
 vaccin antirougeoleux-
 antiourlien-antirubéolique
 vaccin antirubéolique
 vaccin antitétanique
 vaccin antityphoïdique
 vaccin BCG (desséché)
 valproïque, acide
 vécuronium bromure de
 vérapamil
 vinblastine
 vincristine
 violet de gentiane (voir
 chlorure de méthylrosanilinium)

W

warfarine

Z

zinc, oxyde de

Annexe n° 2

-

Système de certification OMS de la qualité des produits pharmaceutiques entrant dans le commerce international : modèles de certificats

Modèle de certificat de produit pharmaceutique

No. du certificat:

Certificat de produit pharmaceutique¹

Pays exportateur (certificateur):

Pays importateur (sollicitant):

Nom de spécialité (le cas échéant) et forme pharmaceutique:

Principe(s) actif(s)² et quantité(s) par dose unitaire:³

1. Ce produit fait-il l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le pays exportateur?⁴ Si oui, remplir l'encadré A. Si non, remplir l'encadré

A	B
Détenteur de l'autorisation de mise sur le marché du produit: Statut du détenteur de l'AMM: ⁵ a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>	Demandeur du certificat: Statut du demandeur: ⁵ a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>
Numéro de l'autorisation de mise sur le marché ⁶ et date de délivrance: Un résumé technique approuvé est-il joint? ⁷ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Raison de l'absence d'autorisation de mise sur le marché: non exigée <input type="checkbox"/> non demandée <input type="checkbox"/> en cours d'examen <input type="checkbox"/> refusée <input type="checkbox"/>
L'information sur le produit jointe au présent certificat est-elle complète et conforme aux dispositions de l'autorisation de mise sur le marché? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'information jointe <input type="checkbox"/>	Remarques: ⁹
Demandeur du certificat, s'il ne s'agit pas du détenteur de l'autorisation de mise sur le marché: ⁸	

2. L'autorité certificatrice organise-t-elle des inspections périodiques de l'usine de production de la forme pharmaceutique? oui si non, passer à question 3
non

Périodicité des inspections de routine (ans):

La fabrication de ce type de forme pharmaceutique a-t-elle été inspectée? oui non

Les locaux et les opérations sont-ils conformes aux BPF recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé?¹⁰ oui non

3. L'information présentée par le demandeur satisfait-elle l'autorité certificatrice quant à tous les aspects de la fabrication du produit pris en charge par une autre partie?¹¹

oui non si non, expliquer pourquoi:

Adresse de l'autorité certificatrice:

Nom de la personne autorisée:

Signature:

Téléphone/fax:

Cachet et date:

Ce certificat est conforme à la présentation recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé.

Instructions générales

Pour des informations plus complètes sur la façon de remplir le présent formulaire et sur l'application du système, prière de se reporter au texte des directives.

Pour une meilleure lisibilité, prière de dactylographier les réponses.

Inscrire une croix dans les cases correspondant à l'option choisie.

Ajouter si nécessaire des feuilles supplémentaires pour les remarques et explications.

Notes explicatives

¹ Ce certificat, conforme à la présentation recommandée par l'OMS, indique le statut du produit pharmaceutique et du demandeur du certificat dans le pays exportateur. Il ne s'applique qu'à un seul produit car les modalités de fabrication et l'information approuvée pour différentes formes pharmaceutiques et différentes concentrations peuvent varier.

² Utiliser autant que possible la dénomination commune internationale (DCI) ou la dénomination commune nationale.

³ Joindre une liste qualitative des autres constituants de la forme pharmaceutique.

⁴ Le cas échéant, donner des détails sur toutes restrictions à la vente, la distribution ou l'administration du produit mentionnées dans l'autorisation de mise sur le marché.

⁵ Préciser si le responsable de la mise du produit sur le marché:

(a) fabrique les principes actifs et la forme pharmaceutique finie;

(b) fabrique la forme pharmaceutique finie;

(c) conditionne et/ou étiquette une forme pharmaceutique finie fabriquée par une société indépendante;

(d) ne participe à aucune des opérations mentionnées ci-dessus.

⁶ Indiquer le cas échéant si l'autorisation est provisoire dans l'attente d'un examen technique.

⁷ Il s'agit du document, préparé par certaines autorités nationales de réglementation, qui récapitule les données techniques ayant conduit à la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché.

⁸ Dans ce cas, une autorisation est exigée du détenteur de l'autorisation de mise sur le marché du produit pour la délivrance du certificat.

⁹ Prière d'indiquer la raison pour laquelle le demandeur n'a pas demandé d'homologation du produit:

(a) le produit a été mis au point exclusivement pour le traitement de maladies — notamment de maladies tropicales — qui ne sont pas endémiques dans le pays exportateur;

(b) le produit a été reformulé afin d'améliorer sa stabilité dans des conditions tropicales;

(c) le produit a été reformulé pour exclure des excipients non approuvés dans le pays d'importation;

(d) le produit a été reformulé pour tenir compte d'une limite maximale différente pour un principe actif;

(e) autre raison (préciser).

¹⁰ Les règles de bonne pratique applicables à la fabrication des médicaments et au contrôle de leur qualité mentionnées dans le certificat sont celles qui ont été adoptées par la Vingt-Huitième Assemblée mondiale de la Santé dans sa résolution WHA28.65 (voir Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, N° 226, 1975, partie I, annexe 12). Des propositions d'amendements à ces normes sont incluses dans le trente-deuxième rapport du Comité OMS d'experts des Spécifications relatives aux Préparations pharmaceutiques (OMS, Série de Rapports techniques, N° 823, 1992, annexe 1). Des recommandations spécifiquement applicables aux produits biologiques ont été formulées par le Comité OMS d'experts de la Standardisation biologique (OMS, Série de Rapports techniques, N° 822, 1992, annexe 1).

¹¹ A remplir lorsque le détenteur de l'autorisation de mise sur le marché du produit ou le demandeur répond au statut c) ou d) de la note 5 ci-dessus. Ces données présentent une importance particulière lorsque des fournisseurs étrangers participent à la fabrication du produit. En l'occurrence, le demandeur doit fournir à l'autorité certificatrice des informations permettant d'identifier les parties contractuelles responsables de chaque étape de la fabrication de la forme pharmaceutique finie et de définir la nature et l'étendue de tout contrôle exercé sur chacune de ces parties.

Modèle de déclaration concernant le statut d'autorisation de mise sur le marché de produit(s) pharmaceutique(s)

N° de la déclaration:

Pays exportateur (certificateur):

Pays importateur (sollicitant):

Déclaration concernant le statut d'autorisation de mise sur le marché de produit(s) pharmaceutique(s)¹

Cette déclaration indique **uniquement** si les produits suivants font l'objet ou non d'une autorisation de mise sur le marché dans le pays exportateur.

Demandeur (nom/adresse):

Nom de spécialité (le cas échéant)	Forme pharma- ceutique	Principe(s) actif(s) ² et quantité(s) par dose unitaire	N° de l'autorisation de mise sur le marché du produit et date de délivrance ³

L'autorité certificatrice s'engage à fournir, à la requête du demandeur, ou sinon du détenteur de l'autorisation de mise sur le marché du produit, un certificat distinct et complet de produit pharmaceutique conforme à la présentation recommandées par l'OMS pour chacun des produits énumérés ci-dessus.

Adresse de l'autorité certificatrice:

Nom de la personne autorisée:

Signature:

Téléphone/fax:

Cachet et date:

Ce certificat est conforme à la présentation recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé.

Instructions générales

Pour des informations plus complètes sur la façon de remplir le présent formulaire et sur l'application du système, prière de se reporter au texte des directives.

Pour une meilleure lisibilité, prière de dactylographier les réponses.

Ajouter si nécessaire des feuilles supplémentaires pour les remarques et explications.

Notes explicatives

¹ Cette déclaration est destinée aux agents importateurs qui doivent examiner les offres présentées en réponse à un appel d'offres international et doit être exigée par l'agent importateur comme condition pour la soumission d'offres.

² Utiliser autant que possible la dénomination commune internationale (DCI) ou la dénomination commune nationale.

³ S'il n'a pas été délivré d'autorisation de mise sur le marché, inscrire «non exigée», «non demandée», «en cours d'examen» ou «refusée», selon le cas.

Modèle de certificat de lot d'un produit pharmaceutique

N° du certificat:

Pays importateur (sollicitant):

Certificat de lot d'un produit pharmaceutique établi par le fabricant/par l'autorité compétente¹

Nom de spécialité (le cas échéant) et forme pharmaceutique:

Principe (s) actif(s)² et quantité(s) par dose unitaire:

Autorisation de mise sur le marché du produit et certificat de produit pharmaceutique délivrés dans le pays exportateur

Détenteur de l'autorisation:

N° de l'autorisation:

Date de délivrance:

Autorisation délivrée par:

N° du certificat de produit:³

Numéro de lot:

Date de fabrication:

Durée de conservation (ans):

Contenu de récipient:

Nature du récipient secondaire:

Nature du récipient primaire/de l'emballage:

Conditions particulières de conservation recommandées pour le produit: intervalle de température.

Analyse de la qualité

Spécifications applicables à cette forme pharmaceutique?

Indiquer de quelle pharmacopée il s'agit, ou joindre les spécifications.

Le lot satisfait-il en tous points aux spécifications ci-dessus?

oui non

Joindre le certificat d'analyse.⁴

Il est certifié par la présente que les déclarations ci-dessus sont exactes et que les résultats des analyses et dosages sur lesquels elles s'appuient seront fournis sur demande aux autorités compétentes du pays importateur et du pays exportateur.

Nom et adresse de la personne autorisée:

Signature de la personne autorisée:

Cachet:

Téléphone/fax:

Date:

Ce certificat est conforme à la présentation recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé.

Instructions générales

Pour des informations plus complètes sur la façon de remplir le présent formulaire et sur l'application du système, prière de se reporter au texte des directives.

Pour une meilleure lisibilité, prière de dactylographier les réponses.

Inscrire une croix dans les cases correspondant à l'option choisie.

Ajouter si nécessaire des feuilles supplémentaires pour les remarques et explications.

Notes explicatives

L'autorité compétente du pays exportateur ne procède qu'exceptionnellement à la certification des lots individuels d'un produit pharmaceutique. Même dans ce cas, la certification est rarement appliquée à d'autres produits que les vaccins et les produits biologiques. Pour les autres produits, c'est au détenteur de l'autorisation de mise sur le marché dans le pays exportateur qu'il incombe d'exiger la présentation de certificats de lots. Il est recommandé que ce soit l'agent importateur qui se charge de transmettre les certificats à l'autorité compétente du pays importateur.

Toute demande ou plainte concernant un certificat de lot doit être adressée, dans tous les cas, à l'autorité compétente du pays exportateur. Un double sera envoyé au détenteur de l'autorisation de mise sur le marché du produit.

¹ Rayer la mention inutile.

² Utiliser autant que possible la dénomination commune internationale (DCI) ou la dénomination commune nationale.

³ Certificat de produit pharmaceutique recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé.

⁴ Indiquer et expliquer toute divergence par rapport aux spécifications.

Annexe n° 3

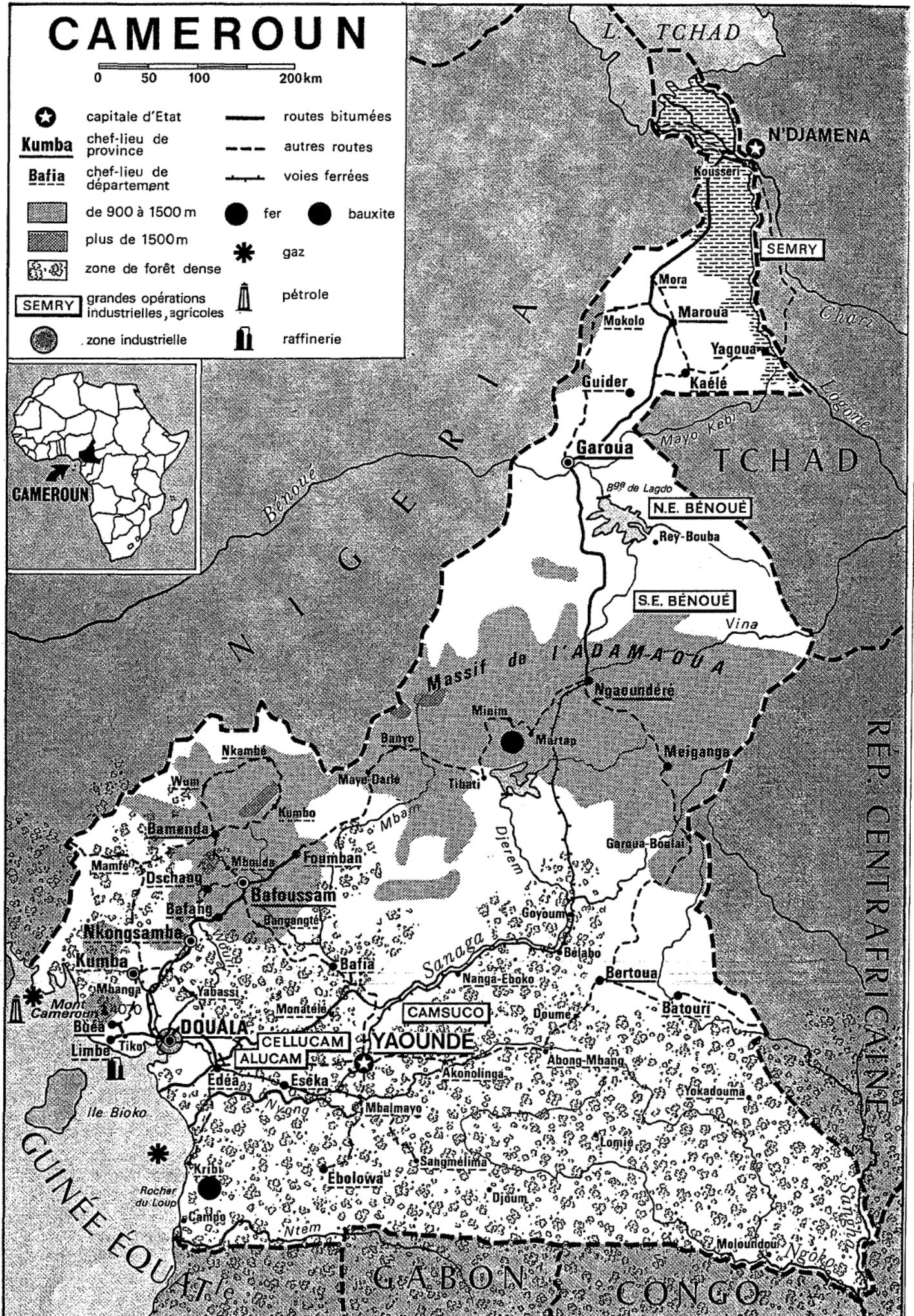
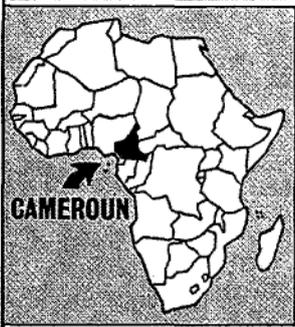
-

**Présentation générale du Cameroun :
Données géographiques, démographiques
et socio-économiques**

CAMEROUN

0 50 100 200km

-  capitale d'Etat
-  routes bitumées
-  autres routes
-  voies ferrées
- Kumba** chef-lieu de province
- Bafia** chef-lieu de département
-  de 900 à 1500 m
-  plus de 1500m
-  zone de forêt dense
-  gaz
-  pétrole
-  grandes opérations industrielles, agricoles
-  zone industrielle
-  raffinerie



Section géographique (ARD) du M.R.E.

LES 10 PROVINCES

LA REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Provinces et chefs-lieux

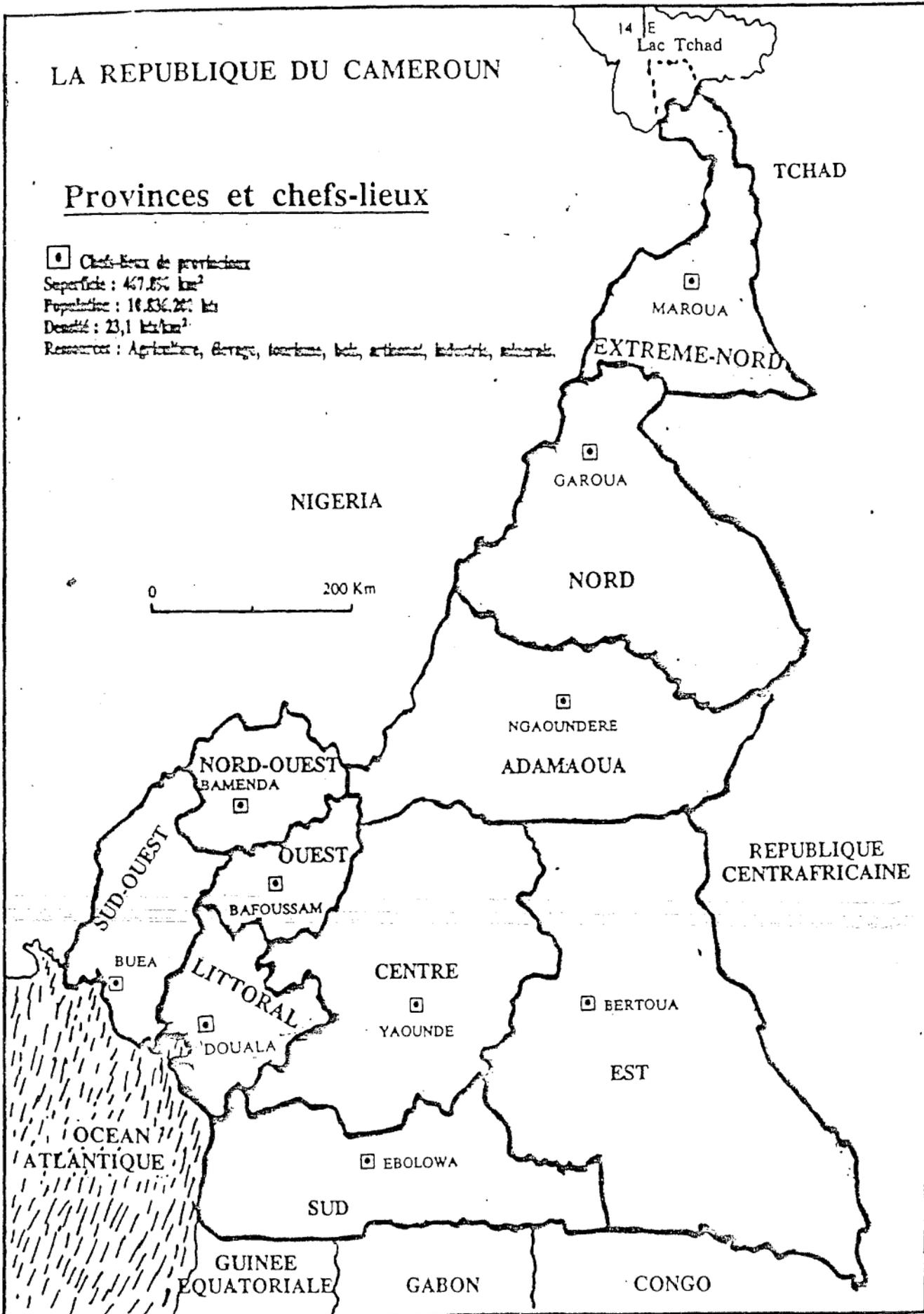
☐ Chefs-lieux de provinces

Superficie : 467.856 km²

Population : 10.836.267 hab

Densité : 23,1 hab/km²

Ressources : Agriculture, élevage, tourisme, bois, artisanat, industrie, minerais.



1. Généralités

Le Cameroun, d'une superficie de 475 000 km², est un pays d'Afrique Centrale, situé au fond du Golfe de Guinée, juste à l'endroit où la côte ouest du continent se creuse. De forme triangulaire, il est limité, au sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale, au sud-ouest par l'océan Atlantique, au nord-ouest par le Nigeria, au nord-est par le Tchad, et enfin, au sud-est par la République Centrafricaine. De part cette position géographique, le Cameroun est caractérisé par une grande diversité de paysages, avec une région forestière au sud, une chaîne montagneuse partant du littoral nord (dont le mont Cameroun, avec ses 4070 m représente le 2^{ème} sommet d'Afrique) pour remonter le long de la frontière Nigériane, de hauts plateaux au centre et une zone sahélienne au nord. A ce titre, il est bien souvent surnommé « l'Afrique en miniature ».

Données démographiques [38] :

- Population : 13 277 000 habitants en 1995
- Croissance annuelle : 2,9 %
- Densité moyenne : 25 habitants/km², avec une dispersion allant de 2 dans l'est à 100 dans l'ouest et le littoral
- Indice de fécondité : 5,7 en 1993, contre 6,4 en 1980
- Taux natalité : 40 ‰
- Tille moyenne des ménages : 5,6 personnes
- Espérance de vie à la naissance : 56 ans (54 ans pour les hommes et 57 ans pour les femmes), contre 40 ans en 1960
- Taux de mortalité : 11,4 ‰
- Taux de mortalité infantile : 65 ‰
- Taux de mortalité des moins de 5 ans : 117 ‰
- Urbanisation : 42 %, avec un accroissement annuel de 5,4 %
- La population est relativement jeune, puisqu'en 1991, elle comptait 53 % de moins de 20 ans.

2. Le cadre socio-économique

- **Le cadre humain**

La position géographique est aussi à l'origine de la grande diversité culturelle du Cameroun, puisque ce pays compte plus de 200 ethnies rassemblées en six groupes principaux.

Au niveau de la religion, le Cameroun compte 35 % de chrétiens, 20 % de musulmans et 45 % d'animistes. Mais même pour les chrétiens et musulmans, la religion traditionnelle reste très présente au travers des croyances ancestrales [37].

- **L'organisation administrative**

La capitale administrative est Yaoundé, et Douala constitue la capitale économique. Le Cameroun est divisé administrativement en 10 provinces (ayant à leur tête un gouverneur), subdivisées en 42 départements (préfet) et 182 arrondissements (sous préfet) [9].

Le Cameroun est bilingue, les deux langues officielles étant l'anglais et le français, ceci étant le résultat de son passé colonial ²⁷.

- **Sur le plan économique**

La monnaie est le Franc CFA.

⇒ **Indicateurs de développement [38]**

- Taux d'alphabétisation des adultes : 54 % pour les hommes et 43% pour les femmes
- 65 % d'enfants inscrits dans le primaires et 26 % dans le secondaire
- Pas d'accès à l'électricité pour près de 70 % de la population et seulement 48 % de la population à accès à l'eau potable.

Le réseau de communication reste assez limité. Ce pays compte pourtant 3 aéroports de classe internationale (Yaoundé, Douala, Sud et Sud-Ouest, et Garoua pour le Nord), 2 aéroports secondaires (Bafoussam, dans l'ouest et Maroua, dans l'extrême nord), 1 120 km de voies ferrées (reliant Douala, Yaoundé et Ngaoundéré, située dans le centre) et environ 10 000 km de routes [35]. Mais le sud-est reste assez enclavé, n'étant desservi que par des pistes, et la liaison entre le sud et le nord ne passe que par la piste (difficilement praticable en saison des pluies), le train (de 12 heures à 3 jours de voyage) et l'avion (prix élevés).

⇒ **Ressources et activités économiques**

L'agriculture et l'élevage prédominent dans l'économie camerounaise. S'ils permettent l'autosuffisance alimentaire, cette dernière restant cependant fragilisée par la croissance démographique et le vieillissement de la population agricole (en 1991, environ 17 % des

²⁷ Initialement colonisé par les allemands, en 1884, le Cameroun a été récupéré et partagé par les anglais et les français, lorsque l'Allemagne a du céder ses colonies, à l'issue de la première guerre mondiale.

enfants de moins de 2 ans présentaient une insuffisance pondérale). La pêche représente également un produit de consommation important, car, en plus de la mer, les lacs, fleuves et rivières sont riches en poissons. Les produits d'exportations sont principalement le cacao (1^{ère} position), le café, le caoutchouc, les bananes, le tabac et le coton, ce dernier constituant une grosse activité dans le Nord (les tissus sont fabriqués localement). Le Cameroun peut également compter sur le bois (ébènes, acajou entre autres), quelques gisements de minéraux, gaz, fer et de pétrole. Ce dernier a d'ailleurs donné un bon coup de pouce à l'économie nationale au début des années 70 [38].

Les importations sont nombreuses, car sur le plan industriel, le Cameroun reste peu développé, ne comptant que quelques industries qui concernent principalement la fabrication de bière ²⁸, de consommables (huile, sucre, produits laitiers, cacao, café, cigarettes), de cimenteries, de traitement du coton, et aussi de produits pharmaceutiques, cette dernière étant cependant encore faible [38].

⇒ L'évolution économique et sociale

La croissance économique du Cameroun s'est interrompue au milieu des années 80, et depuis, ce pays est confronté à des difficultés importantes. Un processus d'ajustement structurel a été mis en place en 1988, et comme tous les autres pays africains de la zone franc, il a été à la dévaluation de 50 % de la monnaie. Mais ces mesures n'ont pas, jusqu'à aujourd'hui, donné les résultats escomptés, contrairement à ce que l'on a pu observer dans d'autres pays.

La régression de l'économie camerounaise a profondément marqué le niveau de vie de la population. La consommation des ménages a chuté de 40 %, entre 1983 et 1993, et si la répartition des dépenses est restée identique pour l'alimentation et le logement par exemple, elle a augmenté pour la santé, passant de 5 à 8,5 %. Le nombre de ménages vivant au-dessous du seuil de pauvreté a considérablement augmenté durant cette période. En milieu rural, le pourcentage serait passé de 49 à 71, et dans les villes, de 1 à 20 pour Yaoundé et 1 à 30 pour Douala [9]. Et la diminution des salaires, opérée lors de l'ajustement structurel de 1993, associée à la dévaluation de janvier 1994, n'ont fait que diminuer encore plus le pouvoir d'achat des populations.

²⁸ Le chiffre d'affaire de la plus importante constitue le « baromètre » de l'économie nationale, ce chiffre ayant par ailleurs diminué de moitié entre 1987 et 1993.

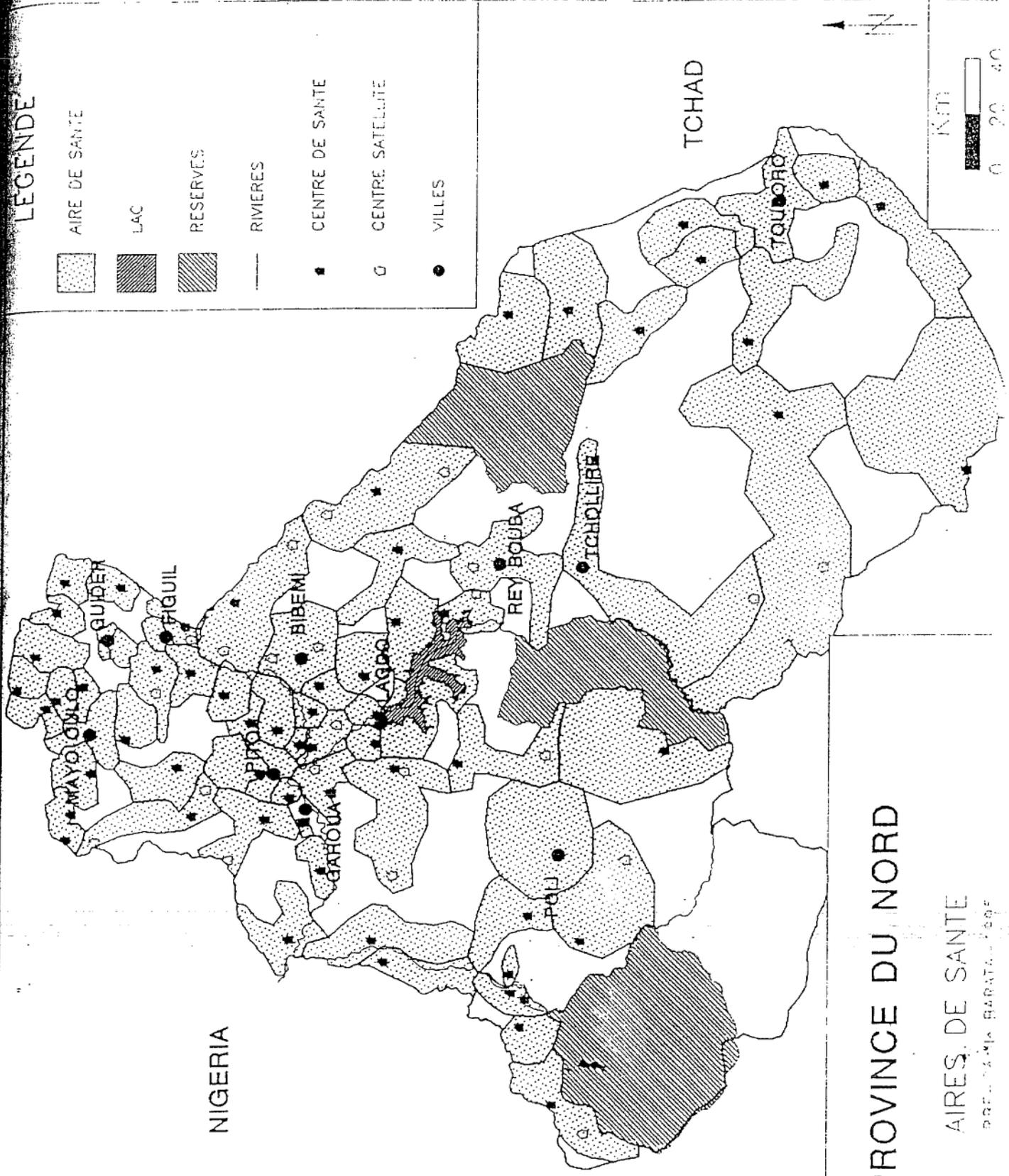
Annexe n° 4

-

Les aires de santé de la province Nord du Cameroun

LEGENDE

-  AIRE DE SANTE
-  LAC
-  RESERVES
-  RIVIERES
-  CENTRE DE SANTE
-  CENTRE SATELLITE
-  VILLES



NIGERIA

TCHAD

PROVINCE DU NORD

AIRES DE SANTE
 par BARATTE 1968

Annexe n° 5

-

**Tarifs des prestations
au niveau des centres de santé**

Tarifs des centres de santé [42]

Ces tarifs ont été définis par les autorités administratives du niveau provincial, et ont été soumis à l'accord des comités de santé de chaque aire de santé.

Rubriques	Tarifs en F CFA
Paiement à l'acte :	
- consultation curative malade	100 à 150 F
- laboratoire	250 à 350 F
- soins, petite chirurgie	350 à 1 000 F
- accouchement	500 à 1 000 F
- carnet de santé	150 F
Paiement forfaitaire :	
- consultation prénatale	500 F
- consultation préscolaire	250 F

Annexe n° 6

-

**Listes des médicaments essentiels
et du matériel médical consommable
aux niveaux de l'hôpital de district
et du centre de santé**

PRIX DE VENTE PUBLIC A L'HOPITAL D'ARRONDISSEMENT

ARTICLES	Prix de vente public à l'unité
AC. ACETYL SALICYLIQUE 300MG CP	5
AC. ACETYL SALICYLIQUE 500MG	5
AC. ACETYL SALICYLIQUE 500 MG FL	500
AC. ACETYL SALICYLIQUE 1G FL	700
AC. BENZ+AC.SALICYLIQUE 6+3% Tb 100g	1500
AC. FOLIQUE 5MG CP	5
AIGUILLE PL UU 23G (0.50°19)NOIR	1000
AIGUILLE PL UU 20G (0.9°90) JAUNE	1000
AIGUILLE UU IM 21G VERT	30
AIGUILLE UU IM 19 G CREME	30
AIGUILLE UU ID 26 G BRUN	30
AIGUILLE UU SC IM ENFT 23 G	30
ALCOOL 90° Bidon 25 L	dotation
ALBUSTIX 50 BANDE /FL	dotation
ALUMINIUM HYDROXYDE 500MG CP	20
AMINOPHYLLINE 100MG CP	15
AMINOPHYLLINE 25MG/ML AMP 10ML	130
AMOXYCILLINE 125 MG/ML SIROP FL. 100 ML	800
AMOXICILLINE 250 MG/5 ML SIROP	1300
AMOXYCILLINE 250 MG CP	50
AMOXYCILLINE 500 MG CP	100
AMPICILLINE 1G FL	500
AMPICILLINE 500 MG CP	80
AMPICILLINE 500 MG FL	400
AMPICILLINE 125 MG/5 ML PDRE SIROP	800
AMPICILLINE 250 MG SIROP	1200
ANTI HEMORROID.CREME 30 G	1000
ATROPINE SULF 1MG/ML AMP 1ML	100
BANDE DE GAZE 8CM/4M	300
BANDE PLATREE 15CM/3M	650
BENZYL BENZOATE FL 125 ml	1000
BROMELINE 1 ML 20 TESTS(stimulant groupage sanguin)	dotation
BUTYLHYOSCINE 20MG/ML AMP 1ML	150
BUTYLSCOPOLAMINE 10MG CP(Propantheline bromide)	10
CHLORAMPHENICOL HUILEUX 500 MG FL	1900
CHLORAMPHENICOL 1G FL	500
CHLORAMPHENICOL 250 MG CP	35
CHLORHEXIDINE+CETRIMIDINE 1,5% 125 ml	500
CHLOROQUINE 10 MG/ML SP FL. 125 ML	750
CHLOROQUINE 100MG CP	10

CHLORPROMAZINE 25 MG CP	10
COMPRESSE DE GAZE 10CM STERILE	100
COMPRESSE TULLE GRAS 10°10	dotation
CONDOMS (Boite de 4 condoms)	50
CONTRACEPTIFS ORAUX PLAQUETTE DE 28 CP	100
CONTRACEPTIFS INJECTABLES	500
COTON HYDROPHILLE 500G ROULEAU	dotation
COTRIMOXAZOLE 40+8 MG/ML SP FL.100 ML	800
COTRIMOXAZOLE 400+80MGCP	20
DEXAMETHAZONE 4MG/ML AP 1ML	250
DIAZEPAM 5MG CP	5
DIAZEPAM 5MG/ML AMP2ML	85
DIGOXINE 0,25MG CP	15
DIPHENHYDRAMINE 2 MG/ML FL.125 ML	1000
DISPOSITIF INTRA UTERIN	1000
DOXYCYCLINE 100 MG CP	40
EAU POUR INJECTION AMP 5 ML	gratuit
EAU POUR INJECTION AMP 10ML	gratuit
EPICRANIENNE 21G (0,8*19) vert	175
EPICRANIENNE 25G (0,5*19) orange	175
EPICRANIENNE 23G	175
EPINEPHRINE (ADRENALINE) 1MG/ML AMP 1ML	150
ERGOMETRINE 0,5MG/ML AMP 1ML	160
ETHAMBUTOL 400MG CP	20
ETHINILOESTRADIOL 0,05 MG + LEVONORGESTREL 0,25 MG PLAQ. 28 CP	200
FER SEL 200MG CP	5
FER SEL 200 MG + ACIDE FOLIQUE 0,25 MG CP	5
FUROSEMIDE 10MG/ML AMP 2ML	120
FUROSEMIDE 40MG CP	10
GANTS CHIRURGICAUX U.U. 7.5	300
GANTS CHIRURGICAUX UU 8.5	300
GENTAMYCINE 40MG/ML AMP2ML	150
GENTIANE VIOLET 0,5% FL. 125 ML	500
GLUCOSE 5% FL PLAST 250ML	650
GLUCOSE 5% FL PLAST 500ML	750
GRISEOFULVINE 125MG CP	20
HEMACOMBISTIX PROT GLUC. SG.PH.	dotation
HYDROCHLOROTIAZIDE 50MG CP	10
HYDROCORTISONE PMMDE 1% TUBE 15G	600
INDOMETACINE 25MG CP	10
INSULINE 40 UI/ML (action intermédiaire) FL. 10 ML	4000
INSULINE RETART 40 UI/ML FL. 10 ML	6000
IODE POVIDONE 10% FL 200ML	1400
ISONIAZIDE 100MG CP	4
IVERMECTINE 6MG CP	gratuit
KETAMINE 50 MG/ML AMP 10ML	dotation
LAMES DE BISTOURI N°	dotation
LIDOCAINE 1% FL 20ML	600
LIDOCAINE 2% FL 50ML	600

MEBENDAZOLE 100MG CP	30
METHYLDOPA 250MG CP	50
METOCLOPRAMIDE 5MG/ML AMP 2ML	150
METRONIDAZOLE SIROP 125 MG/ML FL. 120 ML	1200
METRONIDAZOLE 250MG CP	15
NICLOSAMIDE 500MG CP	50
NOSCAPINE 15 MG CP	15
NYSTATINE 500 000 UI CP	40
NYSTATINE 100 000 UI OVULE	60
OXYTOCINE 10UI/ML AMP1ML	200
PARACETAMOL 100 MG CP	5
PARACETAMOL 500MG CP	10
PENI-PHENOX (PENIV) 250MG CP	25
PENIBENZATH 2,4 M UI FL	650
PENI. BENZYL PROCAINE 1 M UI FL.	500
PENI. BENZYL PROCAINE 4 M UI FL.	1200
PENIG 1M UI FL	220
PENIG 5 M UI FL	600
PENTAMIDINE 200 MG FL.	1500
PERFUSEUR	350
PHENOBARBITAL 50MG CP	10
PIECE DE GAZE (ROULEAU DE 100 M)	dotation
PLASMA SUBSTIT FL PLAST 500 ML	5000
POTASSIUM CHLORURE 500 MG CP	20
PRAZICQUANTEL 600MG CP	450
PREDNISOLONE 5MG CP	20
PROMETHAZINE 25MG CP	15
QUININE 300 MG CP	45
QUININE 300MG/ML AMP 2ML	210
RIFAMPICINE 300MG GEL	70
RIFAMYCINE COLLYRE	
RINGER FL PLAST 500ML	700
SAC A SANG + CPD 450 ML	2000
SALBUTAMOL CP 2MG	10
SERINGUE UU TUBERCULINE 1ML	80
SERINGUE UU 2 ML	65
SERINGUE UU 5 ML	70
SERINGUE UU 10 ML	75
SONDE NASO GASTRIQUE UU CONIQUE 6	700
SONDE NASO GASTRIQUE UU CONIQUE 8	700
SONDE NASO GASTRIQUE UU CONIQUE 10	700
SONDE NASO GASTRIQUE UU CONIQUE 12	700
SONDE NASO GASTRIQUE UU CONIQUE 16	700
SONDE NASO GASTRIQUE UU CONIQUE 18	700
SONDE URINAIRE DE FOLEY UU CH 10	5500
SONDE URINAIRE DE FOLEY UU CH 12	1000
SONDE URINAIRE DE FOLEY UU CH 14	1000
SONDE URINAIRE DE FOLEY UU CH 16	1000
SONDE URINAIRE DE FOLEY UU CH 18	1000

SPARADRAP OXYDE DE ZINC 2CM/5M	500
SPERMICIDE TUBE DE 20 G	20
SRO SACHET	75
SULFADOXINE 500MG+PYRIMETHAMINE 25MG	100
SUTURE NON RES SYNTH DEC 1 (4/0) AIGUILLE	600
SUTURE NON RES SYNTH DEC 3 (2/0) AIGUILLE	600
SUTURE NON RES SYNTH TRESSE DEC 2 (3/0)	600
SUTURE NON RES SYNTH TRESSE DEC 3 (2/0)	600
SUTURE RESORB. VICRYL DEC 1 (4/0) AIGUILLE	2200
SUTURE RESORB. VICRYL DEC 2 (3/0) AIGUILLE	2200
SUTURE RESORB. VICRYL DEC 3 (2/0) AIGUILLE	2200
SUTURE RESORB. VICRYL DEC 4 (1/0) AIGUILLE	2200
TEST GPE SANG.ANTI A 10ML	dotation
TEST GPE SANG.ANTI B 10ML	dotation
TEST GPE SANG.ANTI AB 10ML	dotation
TEST RHESUS ANTI D 1 ML 20 TESTS	dotation
TEST HI V 1+2 RAPIDE 100 UNITES + 1 FL	dotation
TETRACYCLINE 250 MG CP	15
TETRACYCLINE OPHT 1%	220
TUBULURE A SANG	1100
ZINC OXYDE 10% + VASELINE 100 g	550
CARNET DE SANTE	150

TARIFS DE PRISE EN CHARGE:

Prix public

Consultation curative pour malade inscrit	
Consultation curative pour malade non inscrit	
Consultation prénatal (pour toute la grossesse)	500
Consultation préscolaire (jusqu'à l'age de 5 ans)	250
Prise en charge Onchocercose (durée 1 an)	100
Pansement petit (- de 5 compresses)	350
Pansement moyen (- de 10 compresses)	600
Pansement grand (+ de 10 compresses)	1000
Accouchement (réduction de 500 F si a suivi la consultation prénatal)	1000
Examen de laboratoire	250
Vaccination contre la méningite	250



Docteur **DHSRILLA KAOU BAKARY**
 Délégué Provincial de la
 Santé Publique du Nord
 GAROUA

114

PRIX DE VENTE PUBLIC AU CENTRE DE SANTE

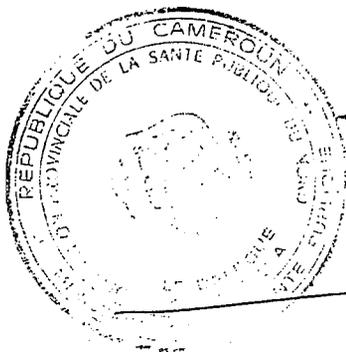
ARTICLES	Prix de vente public à l'unité
AC. ACETYL SALICYLIQUE 300MG CP	5
AC. ACETYL SALICYLIQUE 500MG	5
AC. BENZ+AC.SALICYLIQUE 6+3% Tb 100g	1500
AC. FOLIQUE 5MG CP	5
AIGUILLE UU IM 21G VERT	30
AIGUILLE UU IM 19 G CREME	30
AIGUILLE UU ID 26 G BRUN	30
AIGUILLE UU SC IM ENFT 23 G	30
ALCOOL 90° Bidon 25 L	dotation
ALUMINIUM HYDROXYDE 500MG CP	20
AMINOPHYLLINE 100MG CP	15
AMPICILLINE 500 MG CP	80
AMPICILLINE 125 MG/5 ML PDRE SIROP	800
AMPICILLINE 250 MG SIROP	1200
ANTI HEMORROID.CREME 30 G	1000
BANDE DE GAZE 8CM/4M	300
BENZYL BENZOATE FL 125 ml	1000
BUTYLHYOSCINE 20MG/ML AMP 1ML	150
BUTYLSCOPOLAMINE 10MG CP(Propantheline bromide)	10
CHLORHEXIDINE+CETRIMIDINE 1,5% 125 ml	500
CHLOROQUINE 10 MG/ML SP FL. 125 ML	750
CHLOROQUINE 100MG CP	10
COMPRESSE DE GAZE 10CM STERILE	100
COMPRESSE TULLE GRAS 10°10	dotation
CONDOMS (Boite de 4 condoms)	50
COTON HYDROPHILLE 500G ROULEAU	dotation
COTRIMOXAZOLE 40+8 MG/ML SP FL.100 ML	800
COTRIMOXAZOLE 400+80MGCP	20
DIAZEPAM 5MG CP	5
DIAZEPAM 5MG/ML AMP2ML	85
DIPHENHYDRAMINE 2 MG/ML FL.125 ML	1000
EAU POUR INJECTION AMP 5 ML	gratuit
EAU POUR INJECTION AMP 10ML	gratuit
EPICRANIENNE 21G (0,8*19) vert	175
EPICRANIENNE 25G (0,5*19) orange	175
EPICRANIENNE 23G	175
ETHINILOESTRADIOL 0,05 MG + LEVONORGESTREL 0,25 MG PLAQ. 28 CP	200
FER SEL 200MG CP	5

FER SEL 200 MG + ACIDE FOLIQUE 0,25 MG CP	5
FUROSEMIDE 10MG/ML AMP 2ML	120
GANTS CHIRURGICAUX U.U. 7.5	300
GANTS CHIRURGICAUX UU 8.5	300
GENTIANE VIOLET 0,5% FL. 125 ML	500
GLUCOSE 5% FL PLAST 250ML	650
GLUCOSE 5% FL PLAST 500ML	750
IVERMECTINE 6MG CP	gratuit
LAMES DE BISTOURI N°	dotation
LIDOCAINE 1% FL 20ML	600
LIDOCAINE 2% FL 50ML	600
MEBENDAZOLE 100MG CP	30
METOCLOPRAMIDE 5MG/ML AMP 2ML	150
METRONIDAZOLE SIROP 125 MG/ML FL. 120 ML	1200
METRONIDAZOLE 250MG CP	15
NICLOSAMIDE 500MG CP	50
NOSCAPINE 15 MG CP	15
NYSTATINE 500 000 UI CP	40
NYSTATINE 100 000 UI OVULE	60
PARACETAMOL 100 MG CP	5
PARACETAMOL 500MG CP	10
PENI-PHENOX (PENiV) 250MG CP	25
PENIBENZATH 2,4 M UI FL	650
PENIG 1M UI FL	220
PERFUSEUR	350
PHENOBARBITAL 50MG CP	10
PIECE DE GAZE (ROULEAU DE 100 M)	dotation
PLASMA SUBSTIT FL PLAST 500 ML	5000
PRAZIQUANTEL 600MG CP	450
PROMETHAZINE 25MG CP	15
QUININE 300 MG CP	45
QUININE 300MG/ML AMP 2ML	210
RINGER FL PLAST 500ML	700
SERINGUE UU 2 ML	65
SERINGUE UU 5 ML	70
SERINGUE UU 10 ML	75
SPARADRAP OXYDE DE ZINC 2CM/5M	500
SRO SACHET	75
SULFADOXINE 500MG+PYRIMETHAMINE 25MG	100
SUTURE NON RES SYNTH TRESSE DEC 3 (2/0)	600
SUTURE RESORB. VICRYL DEC 3 (2/0) AIGUILLE	2200
TETRACYCLINE OPHT 1%	220
ZINC OXYDE 10% + VASELINE 100 g	550
CARNET DE SANTE	150

TARIFS DE PRISE EN CHARGE:

Prix public

Consultation curative pour malade inscrit	
Consultation curative pour malade non inscrit	
Consultation prénatal (pour toute la grossesse)	500
Consultation préscolaire (jusqu'à l'âge de 5 ans)	250
Prise en charge Onchocercose (durée 1 an)	100
Pansement petit (- de 5 compresses)	350
Pansement moyen (- de 10 compresses)	600
Pansement grand (+ de 10 compresses)	1000
Accouchement (réduction de 500 F si a suivi la consultation prénatal)	1000
Examen de laboratoire	250
Vaccination contre la méningite	250



Docteur D. HENRI FAHOUNGSI

Département de Douala

Service de Santé Publique

01-2013

Annexe n° 7

-

**Exemple de rapport mensuel d'activité
au niveau centre de santé**

RAPPORT MENSUEL D'ACTIVITES DU CENTRE DE SANTE

District de santé : GABONA-

Aire de santé : Nzoung

Centre de santé : Nzoung

Code : _____

Rapport du mois de : Avril

Année : 1994

Destinataire	DPS	SDSP	District	Archives	Date d'envoi :	/	/
--------------	-----	------	----------	----------	----------------	---	---

Instructions : si la donnée demandée est égale à zéro, il faut indiquer "0" dans le rapport et ne pas laisser un espace vide. Si vous ne pouvez pas produire une donnée demandée, alors barrez l'espace concerné. Cela permettra de faire la différence avec une donnée que l'on a oubliée de transmettre.

"NC" désigne "nouveaux cas" ou "nouvelles consultations"
"AC" désigne "anciens cas" ou "revisités"
<5 ans désigne "moins de 5 ans" ou "avant le 5^e anniversaire"

Nombre de lits

Maternité	4
Autres	8

ACTIVITES MEDICALES

ACTIVITES CURATIVES

Nombre de NC : 385
Nombre total de consultations (NC+AC) : 708

MORBIDITE ET MORTALITE

DIAGNOSTIC	Nbre NC	Nbre décès
TETANOS NEONATAL Cas confirmé : enfant âgé de moins d'un mois souffrant d'une maladie caractérisée par une fièvre et des contractures douloureuses.		
PALUDISME CHEZ LES ENFANTS <5 ANS Cas clinique : un malade <5 ans avec au moins un des signes de paludisme (fièvre >39°C, frissons, sueurs, ...) nécessitant un traitement	27	
PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES Cas clinique : une malade enceinte avec des signes de paludisme nécessitant un traitement.	1	
ROUGEOLE Cas clinique : fièvre >38°C, toux, coryza (le nez coule) ou conjonctivite (les yeux sont rouges et larmoyants), puis éruption généralisée durant au moins 3 jours.	1	
POLIOMYELITIS Cas clinique : paralysie flasque aiguë touchant au moins un membre (hypotonie musculaire) et atrophie musculaire.		
Nombre de NC DE TUBERCULOSE sous traitement au centre de santé Cas confirmé : diagnostic au laboratoire (même si le diagnostic n'a pas été fait au centre de santé) du bacille de Koch (BK+)		
MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES Cas clinique : écoulement urétral purulent ou chancre ou leucorrhées	39	

119

Morbidity and mortality diarrhoeas

Un cas clinique de diarrhée est un malade qui a plus de 3 selles liquides par jour. Plan A, B, et C désignent le niveau de déshydratation du malade diarrhéique selon les normes du Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (LMD).

DIAGNOSTIC		Nbre NC	Nbre décès
DIARRHÉE CHEZ LES ENFANTS <5 ANS	PLAN A (sans déshydratation sévère)		
	PLAN B (déshydratation modérée)	31	
	PLAN C (déshydratation sévère)		
DIARRHÉE PLAN C TOUS AGES CONFONDUS		34	

Nombre d'enfants <5 ans avec diarrhée ayant reçu des SRO :

3

TRAITEMENT DES CAS DE LÈPRE (NC+AC)

Nombre de cas paucibacillaires :

Nombre de cas multibacillaires :

TRAITEMENT DE L'ONCHOCERCOSE

Nombre de cas traités (traitement passif et actif) :

Nombre de personnes traitées ayant eu des effets ^{secondaires} mineurs :

Nombre de personnes traitées ayant eu des effets ^{secondaires} majeurs :

HOSPITALISATION

Nombre de malades admis pendant le mois

8

Nombre total de journées d'hospitalisation :

32

Calculé en additionnant les jours d'occupation de chaque lit du centre de santé. Par exemple, s'il y a 2 lits et durant le mois l'un a été occupé pendant 20 jours et l'autre 15 jours, alors le nombre de lits-jours est 20+15=35.

SYSTEME DE REFERENCE

Cas référé désigne un malade transféré du centre de santé vers un hôpital.

Cas contre-référé désigne un malade transféré d'un hôpital vers un centre de santé.

MALADIE : CAS SUSPECTS	Nbre cas référés	Nbre cas contre-référés
TUBERCULOSE Toux >15 jours, amaigrissement, manque d'appétit, sueurs nocturnes, fièvre >38°C		
LÈPRE Tâches cutanées et une abolition de la sensibilité tactile et thermique		
SIDA		
CPN Cas à haut risque		
AUTRES CAS REFERES		

ACTIVITES DE LABORATOIRE

Si le centre de santé dispose d'un laboratoire effectuant les diagnostics des maladies suivantes :

Nombre des NC tuberculose bacille de Koch positif (BK+) :

Nombre des NC lèpre

paucibacillaire (bacille de Hansen négatif BH-) :

multibacillaire (bacille de Hansen positif BH+) :

ACTIVITES PREVENTIVES

CONSULTATION	PLANIF. FAMILIALE	PRÉNATALE 1 ^{er} TRIMESTRE	PRÉNATALE 2 ^e TRIMESTRE	PRÉSCOLAIRE 0 - 11 MOIS	PRÉSCOLAIRE 1 - 4 ANS
NOMBRE DE NC	*	3	35	40	4
NOMBRE TOTAL (NC + AC)	*	5	61		

* Pour la planification familiale, "NC" et "AC" désigne une personne qui a choisi ou qui pratique une méthode contraceptive et pas celle qui a été seulement sensibilisée.

Nombre de femmes enceintes revues au 8^e mois

21

VACCINATIONS

ANTIGENE	Nbre des enfants <1 an ayant reçu ce vaccin
BCG	40
DTC1	26
DTC3	19
VACCIN ANTI-ROUGEOLE	15

PLANIFICATION FAMILIALE

Types de contraceptifs	Oraux (plaquettes)	Injectables (ampoules)	Condoms	Spermicides (tubes)	Autres
verus dans le mois					

MATERNITE

Nombre d'accouchements au centre de santé :

4

Nombre d'accouchements et non pas nombre d'enfants, par exemple des jumeaux comptent pour un accouchement.

Nombre de décès maternels

1

SYSTEME D'ALERTE

Les maladies suivantes doivent être rapportées d'urgence au Ministère de la Santé Publique.

MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE	Nbre de cas rapportés pendant le mois
CHOLERA	
FIEVRE TYPHOIDE	
MENINGITE CEREBROSPINALE	3
FIEVRE JAUNE	
POLIOMYELITE	
RAGE HUMAINE	
ROUGEOLE	1

GENERALITES

L'équipe de santé a-t-elle tenu une réunion au cours de ce mois :
 Le comité de santé a-t-il tenu une réunion au cours de ce mois :
 Le comité de gestion a-t-il tenu une réunion au cours de ce mois :
 De quel mois date la dernière lettre de rétro-information reçue :
 Nombre de visites de supervision reçues pendant le mois :

0
0
0
0
1

ETAT DU MATERIEL

Pendant le mois :

Nombre de jours sans réfrigérateur fonctionnel :
 Nombre de jours sans moyen de transport disponible au centre de santé :
 Nombre de microscopes fonctionnels le jour où ce rapport est rempli :

0
0
0

STOCK DES MEDICAMENTS

Nombre de jours de rupture de stock des médicaments suivants :

MEDICAMENT	Nombre de jours sans stock
CHLOROQUINE comprimé 100 mg	0
CONDOMS	0
MEBENDAZOLE comprimé 100 mg	0
METRONIDAZOLE comprimé 250 mg	0
COTRIMOXAZOLE comprimé 400 + 80 mg	0
ASPIRINE comprimé 500 mg	0
PENICILLINE G flacon 1 M	0
SELS DE REHYDRATATION PAR VOIE ORALE	0
VACCIN ANTI-ROUGEOLE	0

Valeur monétaire des médicaments périmés pendant le mois (prix de vente):

0

FINANCES MENSUELLES DU CENTRE DE SANTE

rapport mensuel de trésorerie

RECETTES		DEPENSES	
MEDICAMENTS	284120	PETITES DEPENSES	2300
CONSULTATIONS	103200	MEDICAMENTS	875756
PAPETERIE	52900	PAPETERIE	111600
ACTES	13200	SALAIRE	11000
AUTRES	-	TRANSPORT	10500
		CARBURANT	21720
		MAINTENANCE	
		AUTRES	8950
TOTAL	152375	TOTAL	1106806
BALANCE MENS.	-122031		
ANCIEN SOLDE	938341		
NOUVEAU SOLDE	781234		

Reporter les données calculées par le comité de gestion lors de la clôture mensuelle de la comptabilité.

Valeur des médicaments et de la papeterie consommés au cours du mois (prix d'achat au dépôt)

188900	23
--------	----

Marge bénéficiaire ou déficitaire (calculée dans le compte d'exploitation)

212804	77
--------	----

DIVERS - COMMENTAIRES

Dr Wadan André

Nom du rapporteur

Signature

Annexe n° 8

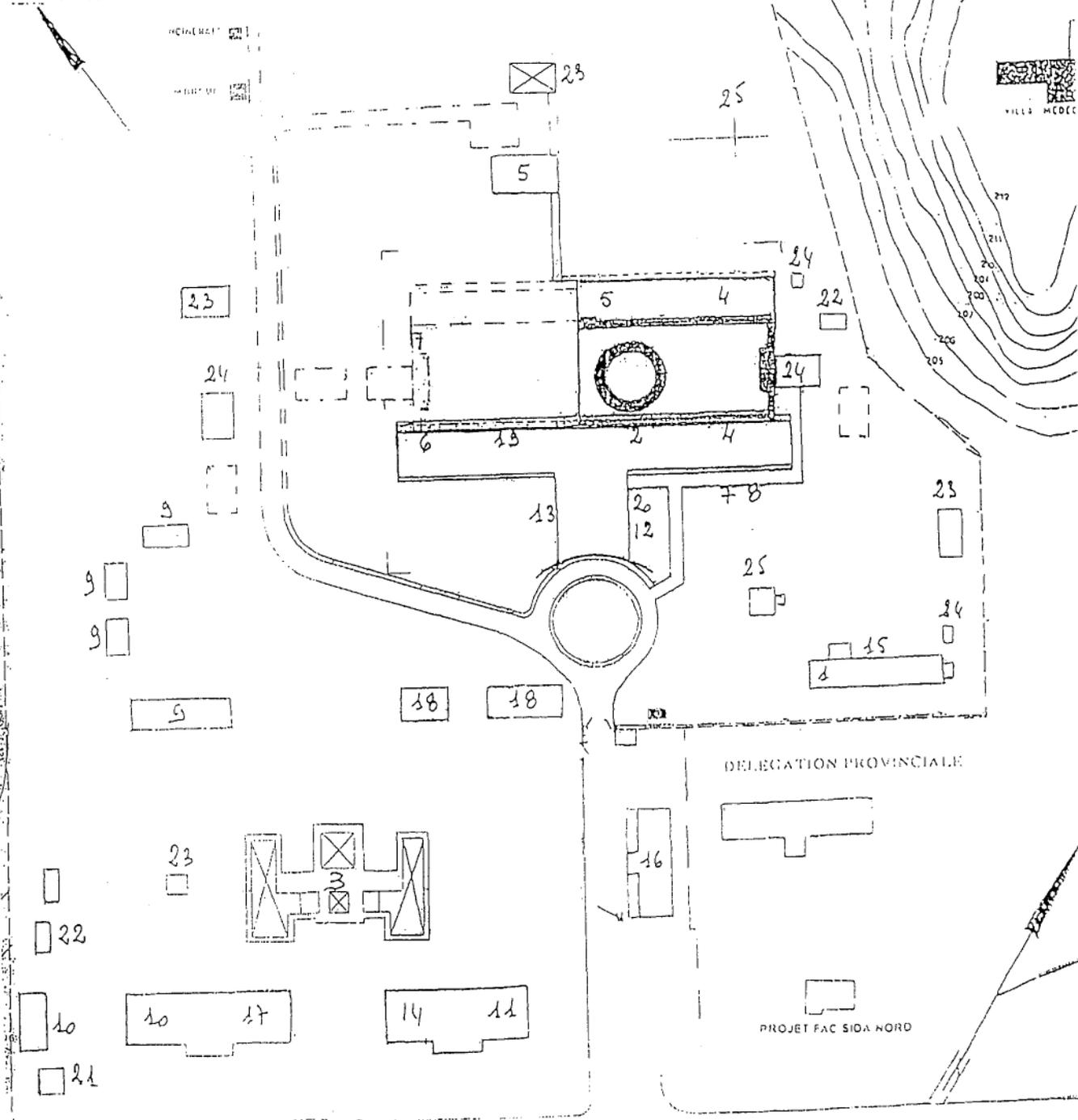
-

**Plan de l'hôpital provincial de Garoua,
listes des différents services administratifs
et médicaux**

LES SERVICES

- 1- Le Service de Réanimation médicale - 16 lits
- 2- Le service de Réanimation chirurgicale - 5 lits
- 3- Le service de Médecine - 54 lits
- 4- Le service de Chirurgie A et B (étage) - 61 lits
- 5- Le service de Pédiatrie - 40 lits
- 6- Le service de Gynéco-Obstétrique - 49 lits
- 7- Le service de l'ORL - 6 lits
- 8- Le service d'Ophthalmologie - 6 lits
- 9- Le service des Tuberculeux - 32 lits
- 10- Le service de Psychiatrie - 6 lits
- 11- Le service de Laboratoire d'analyses médicales
- 12- Le service de Radiologie et Physiothérapie
- 13- Le service de Stomatologie
- 14- Le service de Pharmacie
- 15- Le service sociale
- 16- Le service d'Accueil et Urgences
- 17- Le service de Kinésithérapie
- 18- Le service Administratif
- 19- Le service de Planing familial
- 20- Le Bloc Opératoire (étage)
- 21- Le service d'Hygiène
- 22- Le Magasin (2)
- 23- Les Cuisines (4)
- 24- Les Toilettes (4)
- 25- La Cuisine (2)

CENTRE PASTEUR ANNEXE



124

Annexe n° 9

-

Listes des médicaments essentiels et du matériel médical consommable au niveau de l'hôpital provincial de Garoua

ARTICLES

AC. ACETYL SALICYLIQUE 300MG CP
AC. ACETYL SALICYLIQUE 500MG
AC. ACETYL SALICYLIQUE 500 MG FL
AC. ACETYL SALICYLIQUE 1G FL
AC. ASCORBIQUE 500 MG CP
AC. BENZ+AC.SALICYLIQUE 6+3% Pot 800g
AC. BENZ+AC.SALICYLIQUE 6+3% Tb 100g
AC. FOLIQUE 5MG CP
ACETAZOLAMIDE 250 MG CP
AIGUILLE PL UU 23G (0.50°19)NOIR
AIGUILLE PL UU 20G (0.9°90) JAUNE
AIGUILLE RACHIANESTHESIE UU 22/23 G
AIGUILLE RACHIANESTHESIE UU 25 G
AIGUILLE RET SC IM ENFT 23 G
AIGUILLE RET ID 26 G
AIGUILLE RET IM 21 G
AIGUILLE RET IV 19 G
AIGUILLE UU IM 21G VERT
AIGUILLE UU IM 19 G CREME
AIGUILLE UU ID 26 G BRUN
AIGUILLE UU SC IM ENFT 23 G
ALCOOL 90° Bidon 25 L
ALBUSTIX 50 BANDE /FL
ALUMINIUM HYDROXYDE 500MG CP
AMINOPHYLLINE 100MG CP
AMINOPHYLLINE 25MG/ML AMP 10ML
AMOXYCILLINE 125 MG/ML SIROP FL. 100 ML
AMOXICILLINE 250 MG/5 ML SIROP
AMOXYCILLINE 250 MG CP
AMOXYCILLINE 500 MG CP
AMPICILLINE 1G FL
AMPICILLINE 500 MG CP
AMPICILLINE 500 MG FL
AMPICILLINE 125 MG/5 ML PDRE SIROP
AMPICILLINE 250 MG SIROP
ANTI HEMORROID.CREME 30 G
ATROPINE SULF 1MG/ML AMP 1ML
ATROPINE SULF COLL 1%
BANDE ADHESIVE ELASTIQUE 10CM/3M
BANDE DE GAZE 8CM/4M
BANDE ELASTIQUE CREPE 10CM/4M
BANDE JERSEY TUBULAIRE 10CM/5M

BANDE JERSEY TUBULAIRE 5CM/5M
BANDE PLATREE 15CM/3M
BENZYL BENZOATE FL 125 ml
BENZYL BENZOATE 25 % FL 1L
BENZYL BENZOATE 90 % FL 1L
BROMELINE 1 ML 20 TESTS(stimulant groupage sanguin)
BUTYLHYOSCINE 20MG/ML AMP 1ML
BUTYLSCOPOLAMINE 10MG CP(Propantheline bromide)
CANULE TRACHEO UU ADULTE
CANULE TRACHEO UU PEDIATRIE
CATHETER COURT IV 16 G 55MM GRIS
CATHETER COURT IV 18G 44MM VERT
CATHETER COURT IV 20G 32MM ROSE
CATHETER COURT IV 22G 25MM BLEU
CATHETER COURT IV 24G
CEDILANIDE 0,2 MG/ML AMP. 2 ML
CHLORAMPHENICOL HUILEUX 500 MG FL
CHLORAMPHENICOL 1G FL
CHLORAMPHENICOL 250 MG CP
CHLORHEXIDINE+CETRIMIDINE 1,5% 125 ml
CHLORHEXIDINE+CETRIMIDINE 1,5% BD 5L
CHLOROQUINE 10 MG/ML SP FL. 125 ML
CHLOROQUINE 10 MG/ML SP BD 5L
CHLOROQUINE 100MG CP
CHLORPHENAMINE 4MG CP
CHLORPROMAZINE 25 MG CP
CHLORPROMAZINE 25MG/ML
CIMETIDINE 200 MG CP
COMPRESSE ABDOMINALE 60°60
COMPRESSE DE GAZE 10CM NON STER
COMPRESSE DE GAZE 10CM STERILE
COMPRESSE TULLE GRAS 10°10
CONDOMS (Boite de 4 condoms)
CONTRACEPTIFS ORAUX PLAQUETTE DE 28 CP
CONTRACEPTIFS INJECTABLES
CORDON OMBILICAL 100M ROULEAU
COTON HYDROPHILLE 500G ROULEAU
COTRIMOXAZOLE 40+8 MG/ML SP FL.100 ML
COTRIMOXAZOLE 400+80MGCP
DEXAMETHAZONE 4MG/ML AP 1ML
DIAZEPAM 5MG CP
DIAZEPAM 5MG/ML AMP2ML
DIGOXINE 0,5 MG/ML AMP 2ML
DIGOXINE 0,25MG CP
DIPHENHYDRAMINE 2 MG/ML FL.125 ML
DIPHENHYDRAMINE 2 MG/ML BD.5 L
DISPOSITIF INTRA UTERIN
PETHIDINE 100 MG AMP.
DOXYCYCLINE 100 MG CP
EAU POUR INJECTION AMP 5 ML
EAU POUR INJECTION AMP 10ML
EPICRANIENNE 21G (0,8*19) vert

EPICRANIENNE 25G (0,5*19) orange
EPICRANIENNE 23G
EPINEPHRINE (ADRENALINE) 1MG/ML AMP 1ML
ERGOMETRINE 0,5MG CP
ERGOMETRINE 0,5MG/ML AMP 1ML
ETHAMBUTOL 400MG CP
ETHINILOESTRADIOL 0,05 MG + LEVONORGESTREL 0,25 MG PLAQ. 28 CP
FER SEL 200MG CP
FER SEL 200 MG + ACIDE FOLIQUE 0,25 MG CP
FLUORESCINE COLL 0.4ML UNIDOSE
FORMOL 1G/CP
FUROSEMIDE 10MG/ML AMP 2ML
FUROSEMIDE 40MG CP
GANTS CHIRURGICAUX REUT NON STER 7.5
GANTS CHIRURGICAUX REUT NON STER 8.5
GANTS CHIRURGICAUX U.U. 7.5
GANTS CHIRURGICAUX UU 8.5
GANTS DE PROTECTION MOYENS
GANTS REVISION UTERINE NON STE
GENTAMYCINE 40MG/ML AMP2ML
GENTIANE VIOLET 0,5% FL. 125 ML
GENTIANE VIOLET 0,5% POT DE 25 G
GLUCOSE 5% FL PLAST 250ML
GLUCOSE 5% FL PLAST 500ML
GLUCOSE HYPER 30% AMP 20ML
GRISEOFULVINE 125MG CP
GRISEOFULVINE 500MG CP
HALOTHANE INHAL 250 ml
HEMACOMBISTIX PROT GLUC. SG.PH.
HYDROCHLOROTIAZIDE 50MG CP
HYDROCORTISONE 100 MG POUDRE FL.
HYDROCORTISONE PMMDE 1% TUBE 15G
IBUPROFEN 200 MG CP
INDOMETACINE 25MG CP
INSULINE 40 UI/ML (action intermédiaire) FL. 10 ML
INSULINE RETART 40 UI/ML FL. 10 ML
IODE POVIDONE 10% FL 200ML
IODE POVIDONE 10% FL 500 ml
ISONIAZIDE 100MG CP
ISONIAZIDE 100 MG + RIFAMPICINE 150 MG CP
IVERMECTINE 6MG CP
KETAMINE 50 MG/ML AMP 10ML
LAMES DE BISTOURI N°
LIDOCAINE 1% FL 20ML
LIDOCAINE 2% FL 50ML
LIDOCAINE HYPERBAR 5% AMP 2ML
LIPIODOL AMP. 0,48 MG/ML
MEBENDAZOLE 100MG CP
METHYLDOPA 250MG CP
METOCLOPRAMIDE 5MG/ML AMP 2ML
METRONIDAZOLE SIROP 125 MG/ML FL. 120 ML
METRONIDAZOLE 250MG CP

MULTIVITAMINE CP
NEOMYCINE BACITRACINE PMMDE
NEOMYCINE HYDROCORT FL 10 ML
NICLOSAMIDE 500MG CP
NITRATE D'ARGENT CRAYON
NOSCAPINE 15 MG CP
NORCURON 4 MG AMP.
NORPLANT
NYSTATINE 500 000 UI CP
NYSTATINE 100 000 UI OVULE
OXYTOCINE 10UI/ML AMP 1ML
PARACETAMOL 100 MG CP
PARACETAMOL 500MG CP
PENI-PHENOX (PENiV) 250MG CP
PENIBENZATH 1, 2 M UI FL
PENIBENZATH 2,4 M UI FL
PENI. BENZYL PROCAINE 1 M UI FL.
PENI. BENZYL PROCAINE 4 M UI FL.
PENIG 1M UI FL
PENIG 5 M UI FL
PENTAMIDINE 200 MG FL.
PERFUSEUR
PHENOBARBITAL 50MG CP
PHENYTOINE 100 MG CP
PHYTOMETADIONE (VIT K) 1MG/ML AMP
PIECE DE GAZE (ROULEAU DE 100 M)
PILOCARPINE 2% FL 5 ML
PLASMA SUBSTIT FL PLAST 500 ML
POTASSIUM 100 MG/ML AMP 10ML
POTASSIUM CHLORURE 500 MG CP
PRAZIQUANTEL 600MG CP
PREDNISOLONE 5MG CP
PROMETHAZINE 25MG CP
PROMETHAZINE 25MG/ML AMP. 2 ML
PROPRANOLOL 40 MG CP
PYRAZINAMIDE 500 MG CP
QUININE 300 MG CP
QUININE 300MG/ML AMP 2ML
RACCORD BICONIQUE 7MM INT
RACCORD SONDE ENDOTRACHEALE ADULTE
RACCORD SONDE ENDOTRACHEALE PEDIATRIE
RADIOTELEBRIX 38 AMP 20 ML
RADIOTELEBRIX 38 AMP 40 ML
RADIOTELEBRIX 38 AMP 60 ML
RAIDOTELEBRIX HYSTERO AMP 20 ML
RETINOL 200 000 UI GEL
RIFAMPICINE 300MG GEL
RIFAMYCINE COLLYRE
RINGER FL PLAST 500ML
SAC A SANG + CPD 450 ML
SAC A URINE 2L
SALBUTAMOL 05MG/ML AMP 1ML

SALBUTAMOL CP 2MG
SERINGUE REUT 5ML VERRE
SERINGUE REUT 10ML VERRE
SERINGUE REUT 2ML POLYAMIDE
SERINGUE REUT 5ML POLYAMIDE
SERINGUE REUT 10 ML POLYAMIDE
SERINGUE REUT PRESTIGE 1ML
SERINGUE REUT PRESTIGE 5ML
SERINGUE REUT PRESTIGE 0.1ML
SERINGUE UU TUBERCULINE 1ML
SERINGUE UU 2 ML
SERINGUE UU 5 ML
SERINGUE UU 10 ML
SERINGUE UU 60 ML GAVAGE
SERINGUE UU CONIQUE 60 ML GAVAGE
SODIUM BICARB 8.4% AMP 20 ML
SONDE D'ASPIRATION CONIQUE UU N° 8
SONDE D'ASPIRATION CONIQUE UU N° 10
SONDE D'ASPIRATION CONIQUE UU N° 14
SONDE D'ASPIRATION CONIQUE UU N° 16
SONDE ENDOTRACH AVEC BALLO UU 5
SONDE ENDOTRACH AVEC BALLO UU 6
SONDE ENDOTRACH AVEC BALLO UU 7
SONDE ENDOTRACH AVEC BALLO UU 8
SONDE NASO GASTRIQUE UU CONIQUE 6
SONDE NASO GASTRIQUE UU CONIQUE 8
SONDE NASO GASTRIQUE UU CONIQUE 10
SONDE NASO GASTRIQUE UU CONIQUE 12
SONDE NASO GASTRIQUE UU CONIQUE 16
SONDE NASO GASTRIQUE UU CONIQUE 18
SONDE URINAIRE DE FOLEY UU CH 10
SONDE URINAIRE DE FOLEY UU CH 12
SONDE URINAIRE DE FOLEY UU CH 14
SONDE URINAIRE DE FOLEY UU CH 16
SONDE URINAIRE DE FOLEY UU CH 18
SPARADRAP OXYDE DE ZINC 2CM/5M
SPARADRAP PERFORE 10CM/5M
SPERMICIDE TUBE DE 20 G
SRO SACHET
STREPTOMYCINE 1 G FL.
SULFADOXINE 500MG+PYRIMETHAMINE 25MG
SUTURE ACIER CALE TENDON DEC 3 30 CM
SUTURE FIL METALLIQUE 30/100 40 CM
SUTURE FIL METALLIQUE 80/100 40 CM
SUTURE NON RES SOIE TRESSE DEC 0.3 (9/0) AIGUILLE
SUTURE NON RES SOIE TRESSE DEC 0.7 (6/0) AIGUILLE
SUTURE NON RES SOIE TRESSE DEC 1 (4/0) AIGUILLE
SUTURE NON RES DEC 0.4 (8/0) AIGUILLE
SUTURE NON RES DEC 1 (4/0) AIGUILLE
SUTURE NON RES DEC 2 (3/0) AIGUILLE
SUTURE NON RES SYNTH DEC 1 (4/0) AIGUILLE
SUTURE NON RES SYNTH DEC 3 (2/0) AIGUILLE

SUTURE NON RES SYNTH TRESSE DEC 2 (3/0)
SUTURE NON RES SYNTH TRESSE DEC 3 (2/0)
SUTURE NON RES SYNTH NYLON MONOFIL DEC 4
SUTURE NON RES SYNTH NYLON MONOFIL DEC 1 (100m)
SUTURE RESORB. VICRYL DEC 1 (4/0) AIGUILLE
SUTURE RESORB. VICRYL DEC 2 (3/0) AIGUILLE
SUTURE RESORB. VICRYL DEC 3 (2/0) AIGUILLE
SUTURE RESORB. VICRYL DEC 4 (1/0) AIGUILLE
TEST de GROSSESSE
TEST GPE SANG.ANTI A 10ML
TEST GPE SANG.ANTI B 10ML
TEST GPE SANG.ANTI AB 10ML
TEST RHESUS ANTI D 1 ML 20 TESTS
TEST HI V 1+2 RAPIDE 100 UNITES + 1 FL
TETRACAINE 1% COLL FL 0.4 ML UNIDOSE
TETRACYCLINE 250 MG CP
TETRACYCLINE OPHT 1%
THERMOMETRE BUCCAL
THIABENDAZOLE 500 MG CP
THIACETAZONE 150 MG CP
THIOPENTAL 10 MG/ML AMP 5ML
TROPICAMIDE MYDRIATICUM 0,5 % COLLYRE 10 ML
TUBULURE A SANG
TUYAU ASPIRATION PLAST. 1 M
ZINC OXYDE 10% + VASELINE 800G
ZINC OXYDE 10% + VASELINE 100 g

FLACON 125 ML
POT PLASTIQUE AVEC BOUCHON

PAPETERIE

bon chemin de la santé
bulletin de versement
cahier de caisse analytique
cahier de recette des médicaments
cahier de bon de commande/facturation
cahier de reçus
cahier de santé
carte CPN
carte familiale
fiche de pointage CPN, CPS, Vaccination
fiche de stock
sachet de médicaments

PRODUITS RADIOLOGIE

FIXATEUR KODAK ERPX-OMAT BD 20 L
REVELATEUR KODAK ERPX-OMAT BD 20 L
FILM X-OMAT 35x35 B/100
FILM X-OMAT 35x43 B/100
FILM X-OMAT 30x40 B/100

MATERIELS DE LABORATOIRE

AIGUILLE STERILISABLE 19 G
AIGUILLE STERILISABLE 23 G
FLACON COMPTE-GOUTTES 100 ML PLASTIQUE
GANTS D'EXAMEN B/100
LAMES DE BISTOURI N° 22 B/100
LAMES PORTE-OBJETS STANDARD B/50
LAMELLES COUVRE-OBJETS B/100
LAMELLES POR CELLULE DE NEUBAUER
PIPETTES POUR HEMATIES SANS TUYAU ET EMBOUT
PIPETTES POUR LEUCOCYTES AVEC TUYAU ET EMBOUT
PIPETTES DE 5 ML GRADUEES (0,1 ML) EN VERRE
PISSETTES EN PLASTIQUE 250 ML
POT A CRACHAT PLASTIQUE AVEC COUVERCLE
SERINGUE STERILISABLE 5 ML
TUBE A HEMOLYSE
VACCINOSTYLE POUR PRELEVEMENT B/100

PRODUITS DE LABORATOIRE

ACIDE CHLORIDRIQUE FL. 500 ML
BLEU DE METHYLENE ACQUEUX FL. 500 ML
COLORANT DE MAY GRUNWALD FL. 500 ML
COLORANT DE GIEMSA FL. 500 ML
FUCHSINE DE ZIEHL FL. 500 ML
VIOLET DE GENTIANE FL. 500 ML
LIQUIDE DE LUGOL FL. 500 ML
SOLUTION IODEE DE GRAM FL. 500 ML
HUILE A IMMERSION FL. 250 ML
ALBUSTIX 50 BANDE /FL
HEMACOMBISTIX PROT GLUC. SG.PH.
SOLUTION DE SAFRANINE FL. 500 ML
TEST de GROSSESSE B/20
TEST GPE SANG.ANTI A 10ML
TEST GPE SANG.ANTI B 10ML
TEST GPE SANG.ANTI AB 10ML
TEST RHESUS ANTI D 1 ML
TEST HI V 1+2 RAPIDE 100 UNITES + 1 FL
EDTA 100 G B/100
CITRATE TRISODIQUE B/ 1 KG
XYLENE FL. 1 L
FORMOL DU COMMERCE A 37% FL. 1 L

Annexe n° 10

-

**Approche quantitative des activités de SSP
au niveau des formations sanitaires périphériques,
à l'issue du 1^{er} semestre 1996**

Approche quantitative des activités à l'issu du 1^{er} semestre 1996 [42]

CPS : consultations préscolaires

CPN : consultations prénatales

SC : soins curatifs

T.U : taux d'utilisation

C : couverture effective

	Pourcentage des aires de santé en 1996 (60 aires)					
	CPS		CPN		S C	
	T.U (1)	C (2)	T.U (3)	C (4)	T.U (5)	C (6)
0%	3	9	3	13	0	0
1 à 20 %	10	43	24	47	19	57
20 à 40 %	25	27	28	29	51	32
40 à 60 %	19	14	32	9	22	5
60 à 80 %	19	7	11	2	3	3
80 à 100 %	21	0	2	0	5	3

- (1) Pourcentage d'enfants cibles (0 à 1 an) ayant eu au moins une consultation préscolaire et une dose de vaccin.
- (2) Pourcentage d'enfants cible complètement vaccinés avant 1 an, avec le respect des intervalles et des âges de vaccination, et avec des vaccins stockés à température correcte.
- (3) Pourcentage des femmes cibles (qui ont accouché durant la période évaluée), ayant eu au moins une consultation et une dose de VAT
- (4) Pourcentage des femmes cibles ayant eu au moins 2 consultations prénatales (dont une au 8^{ème} mois) chez qui les facteurs de risques ont été recherchés, qui ont reçues un traitement prophylactique contre le paludisme (Chloroquine) et l'anémie (le fer) et dont le VAT est à jour.
- (5) Pourcentage de nouveaux cas à la formation sanitaire, par habitant et par an (une utilisation de 100 % signifie qu'en moyenne, chaque habitant utilise le centre une fois au cours de l'année).
- (6) Pourcentage de la population ayant utilisé le centre, ayant reçu le traitement prescrit et payé le prix correct, et ayant été traité selon l'ordinogramme.

Annexe n° 11

-

**Détail des charges d'exploitation de la CAPP Nord
sur l'exercice budgétaire 1995-96**

Détail des charges d'exploitation sur l'exercice 1995-96 [42]

Nature des charges	Pourcentage sur le total
Achat de consommables :	78,36 soit :
- Médicaments et mat. méd. cons.	71,04
- Radiologie	1,05
- Papeterie	6,17
- Pièces (frigo et moto)	0,10
Fonctionnement courant :	4,24 soit :
- Charges relatives au personnel	1,25
- Charges générales	1,11
- Amortissements	1,88
Fonctionnement délégation provinciale :	17,40 soit :
- Charges relatives au personnel	2,01
- Charges générales	8,50
- Amortissements	6,89
Total	100



Serment des Apothicaire

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



RESUME

Les pays d'Afrique francophone, de part leur contexte socio-économique défavorable, sont confrontés à d'importantes difficultés pour garantir aux populations une couverture sanitaire adéquate. L'auteur démontre, dans un premier temps, que parmi ces difficultés, la question de l'accès aux médicaments pour les populations tient une place importante. Le problème se pose tout d'abord en terme de coûts, car face à un secteur pharmaceutique public défaillant, domine un secteur privé qui, de par ses prestations onéreuses, ne répond pas aux besoins des populations, ces dernières ayant alors recours au secteur informel, lui aussi bien développé. Le problème se pose également en terme de qualité des médicaments, car en l'absence de systèmes réglementaires stricts pour les pays africains, et face à une législation internationale du commerce trop faiblement standardisée, les médicaments circulant sur les marchés africains peuvent ne pas toujours être de bonne qualité. L'auteur expose ensuite les actions qui sont proposées pour réorganiser les systèmes de santé selon une approche à la fois sanitaire, économique et sociale. Cette réorganisation s'appuie sur trois concepts : les Soins de Santé Primaires, «l'initiative de Bamako » et le médicament essentiel générique, sachant que ce dernier, s'il doit permettre de redynamiser le secteur pharmaceutique public dans le cadre d'une politique nationale de santé, doit également s'appliquer au secteur privé. Dans la deuxième partie, l'auteur présente le «projet d'appui à la santé du Nord» au Cameroun, basé sur la mise en œuvre des trois concepts. L'auteur tente de démontrer dans quelles mesures, et à quelles conditions, ce projet permet d'améliorer la situation sanitaire des populations, et quel est le rôle jouer par un système d'approvisionnement visant à garantir la disponibilité et l'accessibilité de médicaments de qualité, à moindre coût.

MOTS CLES

Afrique francophone
Cameroun
Médicaments essentiels génériques
Qualité des médicaments
Soins de Santé Primaires
Initiative de Bamako
Système d'approvisionnement pharmaceutique

Adresses de l'auteur :

*[Données à caractère
personnel]*