

Processus et enjeux de la réglementation des prix des médicaments essentiels dans le secteur pharmaceutique privé au Mali

Maïga D¹, Maïga S², Maïga MD³

1. Département d'administration de la Santé, Faculté de Médecine, Université de Montréal, Canada. Pharmacien, Ministère de la Santé, Bamako, Mali.

2. Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie, Bamako, Mali.

3. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau pays, Mali.

Med Trop 2010 ; 70 : 184-188

RÉSUMÉ • La privatisation de la profession sanitaire et pharmaceutique au Mali, en 1985, a conduit à une extension rapide du secteur privé et a radicalement inversé l'équilibre qui prévalait entre les filières publique et privée. La politique pharmaceutique nationale qui ne sera formulée que plus d'une décennie plus tard visera la promotion d'un système d'approvisionnement en médicaments essentiels génériques afin de garantir une équité d'accès pour tous. La complémentarité promue entre les deux filières semblait permettre de réaliser un tel objectif. Cependant la politique de diffusion des médicaments essentiels génériques dans le secteur privé n'a pas été accompagnée d'une bonne adéquation des prix de vente dans ce secteur. Ce résultat conduira le gouvernement à adopter une politique de contrôle des prix afin d'orienter la dynamique du marché vers les objectifs de santé publique. Le processus révèle que sans un effort inlassable de la part des régulateurs publics, les intérêts de la santé publique ont peu de chance de prévaloir face aux pesanteurs liées aux intérêts du monde professionnel et du monde marchand car ceux-ci coïncident peu avec ceux de la santé publique. Les enjeux qui se dégagent de l'analyse plaident en faveur d'une nécessité d'améliorer, de restructurer et de contrôler le secteur pharmaceutique. Le rôle de l'état demeure ainsi crucial dans un contexte marqué par la faiblesse des moyens et par des forces inégales entre consommateurs et opérateurs privés pharmaceutiques.

MOTS-CLÉS • Médicaments essentiels. Régulation pharmaceutique. Économie de la santé. Secteur privé. Mali.

MECHANISM AND IMPLICATION OF REGULATION OF THE PRICING OF ESSENTIAL MEDICINES IN THE PRIVATE PHARMACEUTICAL SECTOR IN MALI

ABSTRACT • The healthcare and pharmaceutical professions in Mali were privatized in 1985. Privatization led to swift expansion of the private sector and upset the balance that had existed between the public and private sectors. A national pharmaceutical policy did not emerge until a decade later. Its purpose was to promote a system ensuring fair access to essential generic medicines for all. It was hoped that synergy between the two sectors would promote that objective. However, the policy calling for distribution of essential generic medicine through the private sector was not accompanied by an adequate system for pricing. This problem led the government to adopt a price regulation policy to realign market dynamics with public health goals. This experience shows that a sustained effort from public policy makers is necessary to prevail against the professional and business interests that can conflict with the public interest. Analysis of this experience also demonstrates the need to improve, restructure, and control the pharmaceutical industry. The government must continue to play its crucial role in the context of limited resources and inequality between consumers and pharmaceutical companies.

KEY WORDS • Essential medicines. Pharmaceutical regulation. Healthcare industry. Private sector. Mali.

Cet article analyse un processus de fixation des prix des médicaments essentiels dans le secteur privé par le gouvernement du Mali. Différentes études sur l'économie politique des transitions sanitaires dans le tiers-monde ont implicitement ou explicitement adopté une des deux approches normatives. La première insiste sur le rôle positif de l'intervention gouvernementale, et la seconde sur l'importance des forces du marché. Ces deux approches reflètent une division intellectuelle large dans l'économie politique (1) que Charles Wolfe (2) appelle le choix entre les « alternatives imparfaites » de gouvernement ou de marché. Sans discuter des imperfections de ces approches exclusives, nous considérons qu'il n'existe pas de modèle simple pour conduire à une bonne santé. « ... d'après les principes économiques fondamentaux ..., des marchés concurrentiels efficaces dans le domaine de la santé sont du domaine du rêve » (cité par Evans, 1996). Aucun système de santé ne repose sur les principes du marché, du moins tels qu'on les expose dans les manuels d'économie, et, aussi loin qu'on puisse se rappeler, il n'y

en a jamais eu. Aucun système de santé existant aujourd'hui ne se caractérise par le libre jeu des mécanismes du marché. Un tel système, à n'en pas douter, existe dans l'imagination fertile des théoriciens, mais comme il n'a jamais existé, même sous une forme approchante, on ne peut savoir comment il fonctionnerait, concrètement (3). Ainsi le Mali, à l'instar d'autres systèmes, utilise une combinaison d'intervention gouvernementale et d'appel au marché pour éviter les pièges et nids de poules qui entravent la mise en œuvre de sa politique de santé.

Suivant la littérature scientifique, les objectifs pour les stratégies de financement de la santé peuvent être classés en quatre catégories (4) : (i) financier : pour générer des revenus suffisants pour le financement du secteur public sanitaire; (ii) équité : pour augmenter l'accès économique et géographique aux services de santé, en particulier dans les zones non desservies et parmi les populations ayant les revenus plus bas; (iii) efficacité : pour obtenir plus ou les meilleurs services pour le même argent ; (iv) structurel : pour réduire les déséquilibres entre les services de promotion, de prévention et curatif et entre soins primaires versus soins spécialisés. Ces quatre objectifs sont reflétés dans les déclarations de politique du Mali. En particulier, en 1998 le Mali a élaboré et adopté sa politique phar-

• Correspondance : diadie.maiga@umontreal.ca

• Article reçu le 26/03/2009, définitivement accepté le 19/10/2009

maceutique nationale (PPN) dont les objectifs se résument à : (i) l'Accès, (ii) la Qualité, (iii) l'Équité d'accès (iv) et l'Effizienz. De plus, dans les pays en développement les médicaments ont une place stratégique dans les services de santé pour au moins deux raisons. D'une part, ils contribuent à augmenter la fréquentation des structures de santé. D'autre part, ils sont souvent le support du financement des soins de santé primaires qui reposent sur le système de recouvrement des coûts (5).

Après avoir énoncé les différentes théories de régulation, nous présentons le contexte national de régulation des médicaments, avant de décrire le processus de fixation des prix dans le secteur pharmaceutique privé du Mali. L'analyse se termine par une tentative de compréhension des stratégies des acteurs en présence.

Théories de la régulation des médicaments

La production et la distribution des médicaments nécessitent une surveillance par les pouvoirs publics. Contrairement aux autres biens et services, un marché de médicaments non régulé mène à l'échec : il sera non équitable, inefficace et probablement dangereux pour la santé publique (3, 6-8). Pour effectuer une telle régulation, l'approche peut être orientée vers trois principales composantes de l'approvisionnement en médicaments (9) : (i) le contrôle des prix, (ii) le contrôle de la quantité et de la distribution, (iii) le contrôle de la qualité.

Le type de régulation dont il est ici question est le contrôle des prix sur le marché du médicament.

Contexte de la régulation des prix des médicaments au Mali

Il convient de faire une description sommaire du contexte national dans lequel la régulation des prix est opérée afin de comprendre ses influences sur les prix des médicaments. Le Mali est un pays enclavé d'Afrique de l'Ouest dont la population est estimée à plus de 12 millions d'habitants. Le taux de croissance est d'environ 2,2 % (10). L'espérance de vie à la naissance est de 61,6 ans¹ (11). La population ayant accès au paquet minimum d'activités² dans un rayon de cinq kilomètres à la ronde est de 44 % (12). L'assurance maladie est en cours de mise en place. Les dépenses pharmaceutiques nationales peuvent être estimées à environ 70 millions \$ US et représentent 25 à 30 % des dépenses de santé. A titre de comparaison, dans les pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), la part des dépenses de médicaments se situe autour de 15 %.

Lors d'une étude portant sur l'évaluation du secteur pharmaceutique en 2003, les chefs de ménages non alphabétisés ou à niveau d'instruction primaire représentaient 70,8 % des ménages visités pour des cas de maladie sans hospitalisation. Une analyse des comportements en cas de maladie révèle, selon la même étude,

que les ménages recourent majoritairement aux formations sanitaires publiques, et secondairement aux guérisseurs traditionnels. Le recours à un établissement sanitaire public, caritatif ou privé correspondait à 60,4 %, l'utilisation de la médecine traditionnelle demeurait considérable et atteignait 20 % et une part non négligeable n'entreprenait aucune action en cas de maladie (soit 7 %). On notait également une utilisation de médicaments sans aucune consultation médicale, qui atteignait 27 % dans certaines régions (13).

En théorie, la majorité des médicaments est constituée de médicaments sous prescription, mais en réalité la plupart est accessible aux patients sans prescription médicale. Ce phénomène permet ainsi d'influencer les consommateurs sans passer par les prescripteurs, et il devient alors économiquement rentable de convaincre directement les consommateurs des bienfaits du produit. En résumé, ces statistiques disponibles dressent le tableau d'un pays défavorisé dans l'accès aux médicaments à cause de la continentalité du territoire, d'une population dont le statut socio-économique est faible, de services de soins peu disponibles et à performance limitée.

Processus de fixation des prix des médicaments dans le secteur privé au Mali

Historique de 1985 à 2006

Jusqu'en 1985 le marché du médicament au Mali était caractérisé par un monopole de l'approvisionnement par des structures étatiques. Depuis 1985 (Loi n°85-41/AN-RM du 22 juin 1985 portant autorisation de l'exercice privé des professions sanitaires), le marché du médicament a été privatisé et l'on assiste à une montée rapide du nombre de distributeurs privés de médicaments (grossistes importateurs et pharmacies privées). La liberté de prix et de concurrence est introduite en 1992 (Ordonnance 92-021/P-CTSP du 13 avril 1992). En 1994 sous la pression du Fonds Monétaire International et de la Banque Mondiale, une dévaluation brutale du franc CFA de 50 % frappe 14 pays d'Afrique dont le Mali, ce qui va affecter très fortement le pouvoir d'achat de leurs populations. Au Mali, le gouvernement a dû prendre un certain nombre de mesures, dont une concertation des pharmaciens privés pour aboutir à des marges bénéficiaires consensuelles sur les prix de cession aux officines et les prix publics de vente des médicaments. Cette mesure a permis d'épargner le secteur du médicament du doublement mécanique des prix qui a touché d'autres biens et services. Les initiatives et actions qui s'en suivront vont permettre une utilisation croissante des médicaments essentiels génériques³. Toutefois, en partie à cause d'un manque de surveillance systématique du marché, une tendance à l'augmentation des prix de vente des médicaments devient notoire tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Cette situation conduit le gouvernement en 2003 à fixer par décret les niveaux de prix applicables dans le secteur public (décret 03-218/P-RM du 30 mai 2003). La mesure n'étant pas étendue au secteur privé, elle restera sans impact sensible au niveau des populations qui continuent de décrier les prix élevés des produits pharmaceutiques. En effet les prix des médicaments génériques dans le secteur privé variaient beaucoup d'une pharmacie à une autre, avec des marges sur les prix de vente public allant de 28 à 45 % (14). Enfin, en 2006 le gouvernement se voit contraint de réglementer les prix dans le secteur privé pour 107 médicaments essentiels génériques (décret 06-086/P-RM du 28 février 2006).

1. À titre de comparaison, au Canada, l'espérance de vie est de 79 ans pour les hommes et 81 ans pour les femmes.

2. Ce paquet minimum désigne un ensemble d'activités préventives, curatives et promotionnelles dont le programme élargi de vaccination, le supplétif en micronutriments, la consultation prénatale, le planning familial et la promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée.

3. L'OMS définit les médicaments essentiels comme étant ceux qui satisfont aux besoins de santé prioritaires des populations.

Le déroulement du processus en question

Les plus hautes autorités avaient fixé comme critère initial l'obtention d'un consensus entre les différents acteurs. Finalement, cette fixation du prix a été un processus itératif, partiellement imprévisible et sensible aux stratégies des acteurs en présence. Il se résume aux étapes suivantes.

• Phase I : Mise en place de commission

Une commission a été formellement mise en place par le ministère de la santé. Elle était constituée de représentants désignés des différents groupes d'acteurs appartenant aux secteurs public et privé. Toutefois, au moment des travaux le secteur privé a élargi sa représentation en ralliant des membres non désignés. Ces derniers participeront par la suite à l'ensemble des travaux.

• Phase II : Définition d'une méthodologie de travail

Au départ aucune méthodologie spécifique n'était disponible pour atteindre l'objectif de l'accès aux médicaments, on ne savait ni sur quels médicaments la réflexion devrait porter, ni quelle disposition pratique permettrait de réaliser cet objectif d'accès financier. Finalement il est apparu pertinent de consentir une baisse directe des prix de vente (par fixation de prix plafonds) sur les médicaments les plus vendus susceptibles de satisfaire aux besoins de santé prioritaires de la population. Il se trouve que la liste nationale des médicaments essentiels (LNME) répondait à ce critère⁴. A cette étape, les informations disponibles sur les importations et sur les ventes de médicaments à l'échelle nationale étaient primordiales, car il fallait identifier et classer les médicaments les plus vendus en quantités dans le pays. Un croisement de ces statistiques avec la LNME a permis d'extraire une liste de 107 médicaments pour lesquels étaient également disponibles les prix grossistes hors taxe (PGHT) et les prix de cession aux pharmacies par les grossistes privés. Sur cette liste un processus de négociation a été opéré après un travail préliminaire d'agrégation statistique (identification des prix médians, des écarts interquartiles, des prix minimum et maximum) sur les prix d'acquisition (PGHT) et les prix de cession pratiqués sur le marché lors des 12 derniers mois. Le but de l'exercice était de favoriser l'importation des médicaments à prix d'acquisition bas sans modifier les marges bénéficiaires des officines. En effet il avait été constaté chez les grossistes privés des prix d'acquisition très élevés suite à une comparaison des PGHT aux prix d'achat du grossiste public.

• Phase III : Fixation des prix plafonds

À cette étape, s'est installé un malaise chez les partenaires du secteur privé qui redoutaient de faire des propositions de prix en deçà des prix pratiqués sur le marché. L'impression d'une opposition réelle au mécanisme de régulation se dégageait. Ils avançaient l'argument de qualité associée aux médicaments à prix élevé et le risque de voir la qualité se dégrader en s'alignant sur les prix médians. En définitive, pour la plupart des médicaments les prix médians calculés ont été retenus, sur quelques produits la négociation a permis de retenir des prix inférieurs aux prix médians ; mais sur quelques autres produits les prix maximums ont été maintenus.

La baisse théorique réalisée sur le panier des 107 médicaments sera estimée à 25%. Un rapport comportant la liste des prix associée à une liste de recommandations, dont la date souhaitée de l'application des prix, a été transmis aux plus hautes autorités.

• Phase IV : Communication

Une conférence de presse ainsi qu'une émission télévisée ont été organisées pour informer l'opinion publique de la baisse des prix d'une liste de médicaments essentiels génériques dans le secteur privé. Cette étape comportait également des enjeux à considérer. En effet, les partenaires du secteur privé officinal n'ont pas manqué l'occasion de s'engager dans une tentative de désinformation des consommateurs en insinuant que la baisse était conditionnée à la satisfaction de mesures d'accompagnement par le gouvernement. Ils ont enfin essayé de s'approprier la mesure, soit de mettre à leur compte l'initiative de baisse de prix.

• Phase V : Mise en œuvre

Le travail de fixation de prix a été formalisé en un décret signé conjointement par le Chef de l'État, le premier ministre, et les ministres chargés respectivement de la Santé et du commerce. Les représentants des pharmaciens d'officines exigeront un délai supplémentaire avant d'appliquer la nouvelle mesure, alors même que les recommandations proposées par la commission dont ils ont été membres suggéraient le début de l'application à une date antérieure à la date effective d'entrée en vigueur du décret. De plus, ils ont énoncé des requêtes qui n'ont pas été antérieurement proposées lors des travaux préparatoires, ni incluses dans la liste des recommandations. On pouvait noter parmi celles-ci la demande d'élaboration d'une nomenclature des médicaments du décret ayant fait l'objet d'autorisation de mise sur le marché. En réalité la nomenclature est éditée annuellement et des mises à jour trimestrielles sont transmises à leurs structures par les soins du ministère de la santé.

• Phase VI : Suivi et évaluation

Pour comprendre et s'assurer de la mise en œuvre du décret réglementant les prix des médicaments, le ministère de la santé a initié une surveillance des prix des médicaments chez les grossistes et dans les pharmacies privées. Cette surveillance devrait permettre de vérifier si les prix licites étaient respectés et servir également à apprécier l'impact éventuel de la réglementation sur la diversité des prix sur le marché. Cette initiative a rencontré une forte opposition des représentants des officinaux estimant qu'ils n'avaient pas été associés à cette évaluation et que par ailleurs le suivi ne pouvait permettre d'atteindre de tels objectifs. De plus, ils considéraient qu'une étude réalisée l'année précédente était suffisante pour apprécier l'accessibilité financière. Le suivi consistait à relever les prix pour un échantillon de médicaments dans quelques pharmacies.

Comprendre les stratégies des acteurs du secteur privé

Dans le contexte des pays en développement, il est essentiel de régler le marché et de rendre les règles claires. Mais cela ne peut se faire sans comprendre les intérêts des uns et des autres afin de construire un système dans lequel les éléments fonctionnent.

Tout d'abord l'identification des acteurs en présence peut se faire selon la catégorisation proposée par Evans (15). Il suggère que dans les systèmes de santé quatre groupes d'acteurs interagissent : les gestionnaires (tous ceux qui planifient et contrôlent le sys-

4. Le Mali dispose d'une liste nationale des médicaments essentiels révisée tous les deux ans, largement diffusée et utilisée pour couvrir les besoins prioritaires de santé du pays. La liste nationale globale (*i.e.* tous niveaux de soins confondus) de l'année 2006 comprend 279 molécules en DCI correspondant à 421 médicaments différents en forme et dosage.

tème de santé, les payeurs, les évaluateurs, les fonctionnaires...), le monde marchand (sociétés pharmaceutiques, assurances...), le monde politique (ceux qui participent activement au fonctionnement de l'État : élus, représentants légitimes de groupes constitués...) et les professionnels (médecins, infirmières, pharmaciens...). Dans le cas que nous discutons, ces différents groupes étaient ainsi constitués : les gestionnaires (fonctionnaires du ministère de la santé et du ministère de l'industrie et du commerce ...), le monde marchand (sociétés pharmaceutiques, conseil national du patronat du Mali), le monde politique (hautes autorités, syndicat des travailleurs en tant qu'utilisateurs du système de santé) et les professionnels (conseil national de l'ordre des pharmaciens, syndicat des pharmaciens privés d'officines).

Certes, les enjeux liés à ces quatre groupes ont été présents, mais ceux liés aux professionnels étaient déterminants et étaient fortement imbriqués avec les enjeux du monde marchand. C'est donc sous l'angle de l'interaction de ces deux derniers que nous tenterons de comprendre les stratégies déployées, souvent contraires à la perspective publique.

Une des stratégies utilisées était d'invoquer l'argument de la qualité pour justifier la promotion de médicaments proposés par des fabricants de génériques à des coûts élevés, sachant que ces derniers risquaient d'avoir peu de chance de se maintenir sur le marché avec l'application de nouveaux prix plafonds. Cette stratégie trouvait écho dans le dixit : « la vie n'a pas de prix, mais la maladie a un prix » pour supplanter la notion autrefois célèbre de « la vie est sacrée ». Le problème est plus complexe, car nombre de distributeurs (grossistes et officinaux) ont aussi des liens financiers importants avec l'industrie pharmaceutique. En effet la production pharmaceutique nationale est insignifiante dans les dépenses totales pharmaceutiques. Le pays dispose d'une seule unité publique de production (Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques) qui est en cours de privatisation pour cause de difficultés de fonctionnement et d'une nouvelle unité privée qui démarre à peine la production (Pharmacosma). En revanche, les principaux grossistes répartiteurs de médicaments établissent des liens commerciaux importants avec une moyenne de 70 grossistes étrangers pour l'importation des médicaments pour la consommation nationale (16). Dans ce sens les conflits d'intérêts sont manifestes dans un processus de négociation des prix entre acteurs du secteur privé et administrateurs du secteur public. On peut se demander quel profit les clients en tirent-ils? Au Mali, la production pharmaceutique provient pour l'essentiel de l'extérieur du pays et le système d'assurance médicament cherche encore à se mettre en place. Les médicaments sont financés dans le secteur public par un mécanisme de recouvrement des coûts qui fait supporter au patient le coût du médicament et les autres coûts de gestion associés. Dans le secteur privé la totalité des coûts incluant les marges bénéficiaires des différents intervenants est à la charge du patient.

Il est finalement possible d'énoncer que malgré l'obtention d'un consensus, il persiste une réelle opposition acharnée à tout élément de régulation qui pourrait entraver l'autonomie de pratique et une méfiance envers tout mécanisme de suivi de la pratique. Les intérêts du secteur privé coïncident difficilement avec ceux de la santé publique (17). Cela se manifeste par la recherche permanente de stratégies d'influences dirigées vers les différents groupes d'intérêts. Il s'agit de : (i) Influencer les politiques en menaçant de ne plus vendre, de ne pas mettre en marché, de retirer du marché et de diffuser des résultats de recherche contradictoires. (ii) Influencer l'opinion en mettant de la pression sur les décideurs, notamment en conditionnant l'application du décret à la prise de mesures d'ac-

compagnement (allègement fiscal, exonération et suppression de taxes diverses). (iii) Influencer les consommateurs. Ces jeux d'influences appellent un constat : les opérateurs privés pharmaceutiques possèdent un grand pouvoir. Mais à l'inverse, ils ont une incapacité à réagir rapidement, sont peu subtils et prêts à se combattre pour augmenter leurs parts respectives de marché. Ce clivage s'est manifesté entre grossistes de médicaments et les pharmaciens d'officines.

Il faut noter que les associations de malades (ou les groupements de consommateurs) ont été oubliées comme acteurs du processus de régulation. Elles ont donc été absentes de la commission de travail. Il est pourtant essentiel de noter qu'elles ont une grande légitimité et constituent des groupes de soutien potentiels à l'atteinte des objectifs publics de santé. Bien que faiblement organisées et donc enclines aux potentielles influences du monde marchand qui peut les utiliser pour le marketing, elles constituent des acteurs importants pour la régulation de prix. Un processus de fixation de prix ne peut que s'enrichir de leur implication facilitant la compréhension et l'appropriation des mesures par les futurs utilisateurs.

Le contrôle des prix devient une activité importante pour tous les systèmes de santé qui se soucient de l'efficacité et de l'équité. Dans l'Union Européenne, exceptés le Danemark, l'Allemagne et la Grande Bretagne, les prix sont contrôlés (18). Dans le cadre d'un pays en développement, il faut intégrer la dimension spécifique de la situation des populations. En effet dans cette étude leur niveau d'information était contrasté à cause notamment du faible niveau d'éducation, ce qui n'a pas facilité l'appropriation de la mesure par la population bénéficiaire. Par ailleurs, le fait que le gouvernement disposait d'un intervenant direct dans le marché de distribution des médicaments (grossiste public de médicaments) a été d'une influence majeure sur les fournisseurs privés. En effet, le grossiste public est théoriquement à mesure d'importer et vendre les produits dans les conditions de prix optimales telles que projetées par les pouvoirs publics.

Conclusion

Dans le domaine de la santé publique, les stratégies mises en place pour renforcer le marché dans un contexte de pays émergent risquent d'affaiblir l'état et de donner probablement des résultats de santé contreproductifs. Le rôle de l'état devient crucial dans ce contexte marqué par des contraintes de ressources, de situation socioéconomique faible, de développement du secteur privé dans la prestation des services pharmaceutiques. Dans ce sens, la régulation devient une fonction gouvernementale majeure afin d'influencer le comportement des acteurs privés dans la direction des objectifs de santé. Cependant, le système de régulation n'est pas non plus un simple exercice technique mais il est une recherche de rationalité sans cesse influencée par des forces de contexte. Il se doit de réconcilier des objectifs sociaux et privés (19). Les enjeux qui se dégagent du processus de fixation des prix plaident en faveur d'une nécessité d'améliorer et de restructurer le secteur pharmaceutique. Mais une telle mesure est insuffisante en soi, il faudra sans doute faire des choix. Mais quels choix? Sur quoi devrait-on fonder ces choix? La réponse est sans doute d'ordre sociétal et pas seulement technocratique. Il appartient à la société toute entière (technocrates et citoyens ordinaires) de revenir à quatre questions fondamentales : (i) Pourquoi une société se donne-t-elle un système de santé? (ii) Sur quels fondements ce système doit-il reposer? (iii) Comment en devenir collectivement responsables? (iv) Comment optimiser les dépenses de santé, publiques et privées, au regard des ressources

extrêmement limitées du fait de la pauvreté ? Sans une discussion sur ces questions, on ne peut espérer réaliser un accès équitable au médicament. Peut-être faudrait-il alors conclure que les mécanismes efficaces seront ceux qui se dégageront d'un climat ouvert de discussion entre toutes les parties prenantes de la société.

Références

1. Lindblom CE. Politics and markets: the world's political economic systems. Basic Books ed, New York, 1977, 403 p.
2. Wolf C Jr. Markets or Governments: choosing between imperfect alternatives. Mass.: MIT Press ed, Cambridge, 1988.
3. Evans RG. « Vendre le marché ou réglementer la régulation : Qui y perd ? Qui y gagne ? Quelles attentes ? Quelles limites ? », Etudes de politique de santé n°8, Organisation de coopération et de développement économiques. 1996, pp 109-32.
4. Dahlgren G. The political economy of health financing strategies in Kenya. In « Chen LC, Kleinman A, Ware NC. Health and social Change in International Perspective ». Mass.: Dept. of Population and International Health Harvard School of Public Health: Distributed by Harvard University Press ed, Boston, 1994, pp 453-70.
5. Maïga D, Diawara A, Maïga MD. Evaluation de la prescription rationnelle et de la dispensation des médicaments au Mali. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2006 ; 54 : 497-505.
6. Contandriopoulos AP, Pouvourville G, Poullier JP, Contandriopoulos D. « A la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI^e siècle. In « Pomey MP, Poullier PJ. Santé Publique ». Ellipses ed, Paris, 2000, pp 638-67.
7. World Health Organization. Effective drug regulation: what can countries do? Geneva; 1999. Report No.: WHO/HTP/EDM/MAC(11)/99.6.
8. Contandriopoulos AP, Denis JL, Rodriguez R, Dubois CA. Le privé dans le domaine de la santé : une petite dose peut guérir, mais une trop grosse tue. In « Morais H, Venne M. Santé : pour une thérapie de choc ». Québec Les Presses de l'Université de Laval ed, 2000, pp 103-11.
9. No authors listed. Evaluation of recent changes in the financing of health services. Report of a WHO Study Group. *World Health Organ Tech Rep Ser* 1993 ; 829 : 1-74.
10. Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique. Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), avril 1998. Bamako, 2001. <http://nada.instat.gov.ml/ddibrowser/?id=18>
11. Ministère de la Santé. Cellule de la Planification et de la Statistique, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique. Enquête démographique et de santé 2001. EDMS III. Rapport préliminaire.
12. Ministère de la Santé. Programme de développement socio-sanitaire 2005-2009. (PRODESS II) Composante Santé, 2004.
13. Direction de la Pharmacie et du Médicament/Ministère de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé Genève. Évaluation du secteur pharmaceutique du Mali; 2003. <http://apps.who.int/medicinedocs/index/assoc/s16558f/s16558f.pdf>
14. Maïga MD, Diawara A. Etude sur la disponibilité et les prix des médicaments dans le secteur privé au Mali. *Med Trop* 2006 ; 66 : 565-8.
15. Evans RG. Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health care industry In « Gaag JV, Perlman M. Health, economics, and health economics : proceedings of the World Congress on Health Economics, Leiden, The Netherlands, September 1980 ». North-Holland Pub. Co. ed, New York ; Sole distributors for the U.S.A., New York, and Canada Elsevier North-Holland; 1981. p.xvi, 400.
16. Direction de la Pharmacie et du Médicament/Ministère de la Santé. Fonctionnement des établissements pharmaceutiques du Mali. Rapport d'enquête 2001.
17. Abraham J. The science and politics of medicines control. *Drug Saf* 2003 ; 26 : 135-43.
18. Guillén AM, Cabiedes L. Reforming pharmaceutical policies in the European Union: a « penguin effect »? *Int J Health Serv* 2003 ; 33 : 1-28.
19. Jacobzone S. Pharmaceutical policies in OECD countries: Reconciling social and industrial goals: OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, 2000.



Sur la piste vers Mamfe, Cameroun © Louis FJ