

Le secteur pharmaceutique privé commercial au Sénégal

**Dynamique de développement
et effets sur l'accès aux
médicaments essentiels**



Programme d'Action pour les Médicaments essentiels
Organisation mondiale de la Santé





World Health Organization
Organisation mondiale de la Santé

WHO/DAP/97.3
Français seulement
Distr.: Limitée

Le secteur pharmaceutique privé commercial au Sénégal

**Dynamique de développement et
effets sur l'accès aux médicaments
essentiels**



Programme d'Action

pour les Médicaments essentiels

De nombreux travaux de recherche, particulièrement dans les pays en développement, ne sont jamais publiés. Ceci est dû à la compétition très vive qui existe pour publier dans la presse scientifique et au fait que nombre de recherches dont les résultats sont intéressants pour résoudre les problèmes du secteur de la santé dans les pays en développement ne correspondent pas aux critères établis par cette même presse scientifique. La série recherche de DAP a été créée pour permettre une diffusion rapide des résultats des projets de recherche soutenus par DAP et qui ont trait aux aspects fondamentaux des politiques pharmaceutiques. Le Programme d'Action pour les Médicaments essentiels soutient en effet activement les activités de recherche opérationnelle dans le cadre de ses programmes de collaboration avec les pays; il soutient aussi des recherches au niveau global sur des sujets d'intérêt plus général; le Programme tient à ce que les résultats de ces études soient largement connus et accessibles. Bien que tous les efforts soient faits pour que les recherches soient de la meilleure qualité possible, les ressources et les capacités de recherche varient suivant les pays. Les documents de la série recherche reflètent ces variations et rendent compte d'études de petite taille entreprises avec des ressources limitées ainsi que de

© Organisation mondiale de la Santé 1997

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public, et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quel moyen que ce soit - électronique, mécanique ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans le document par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits

Cette étude a été réalisée par une équipe d'Environnement et Développement du Tiers Monde (ENDA, Dakar), composée de D. Ben Abdallah, A. Diaw, M. Etcheparre, A. Diouf, El Hady Sy, F. Sy, R. Sylla et J. Maritoux.

Elle a été coordonnée par M. Kaddar, Economiste, Centre international de l'Enfance et de la Famille (CIDEF), Paris.

Le présent rapport a été supervisé par Mme P. Brudon, Programme d'Action pour les Médicaments essentiels, et est une version actualisée et approfondie d'un document rédigé dans le cadre d'une étude sur le secteur pharmaceutique commercial privé en Afrique, publiée par le Ministère français de la Coopération et l'Organisation mondiale de la

Table des matières

Résumé	i
Introduction	1
Contexte économique et sanitaire et place du secteur pharmaceutique	5
1. Présentation générale du pays	5
2. Le système de santé	8
3. Le secteur pharmaceutique	10
Accessibilité, disponibilité et usage des médicaments essentiels dans le secteur pharmaceutique privé	21
1. Disponibilité des médicaments essentiels	22
2. Accessibilité financière	26
3. Les 50 médicaments représentant les plus fortes ventes du secteur privé.	29
Conclusion	33
Bibliographie	35
Annexe	37

Résumé

Contexte de l'étude

Le Sénégal fait face à de graves difficultés caractérisées par un endettement excessif et par une faible croissance économique. Ces déséquilibres économiques ont entraîné une baisse sensible des dépenses sociales, en particulier des dépenses de santé. Le désengagement de l'Etat et la croissance du secteur privé en sont les conséquences. Dans le domaine pharmaceutique, le secteur privé est ancien et tient une place prépondérante. Depuis la dévaluation du FCFA et le développement des systèmes de recouvrement des coûts, il subit une concurrence.

Objectifs

Cette étude vise à évaluer la contribution du secteur pharmaceutique privé au Sénégal à l'accès des populations aux médicaments. Pour ce faire, elle tente de répondre à deux questions fondamentales:

- quelle est la place du secteur privé dans le marché intérieur du médicament?
- dans quelle mesure le secteur privé contribue-t-il à la disponibilité, à l'accessibilité et au bon usage des médicaments essentiels?

Méthode d'approche

L'étude a été réalisée, en plusieurs étapes en 1993-1994 sous la coordination du CIDEF, par une équipe d'ENDA composée de médecins, de pharmaciens et d'économistes. Le CIDEF a coordonné la conception et la synthèse de l'étude. Un guide d'interview et des grilles de collection de données avaient été élaborés pour l'enquête auprès des grossistes, des pharmacies et des dépôts. La sélection des régions, des officines et des dépôts s'est faite par tirage au sort.

Principaux résultats

Le secteur pharmaceutique privé est relativement ancien au Sénégal. Il a connu, ces vingt dernières années, une croissance tout en se diversifiant. Il couvre, en rapport avec des capitaux étrangers, une très large part des activités de production, de promotion et de distribution de gros. Le secteur

pharmaceutique privé représente plus de 80% du marché officiel du médicament et regroupe plus de 75% des pharmaciens établis au Sénégal. L'importation est marquée par le poids prépondérant de Laborex, grossiste lié à des intérêts français, qui contrôle environ 70% du marché pharmaceutique privé. Le maillon clé du secteur privé est représenté par le grossiste qui est non seulement le fournisseur de produits mais aussi le transporteur, le banquier et, en cas de difficulté, le gestionnaire du circuit de vente au détail.

Notre étude révèle la persistance des fortes disparités régionales entre la région de Dakar et les autres régions du pays, la bonne disponibilité de médicaments essentiels dans les officines et le bon fonctionnement du réseau de distribution assuré par les grossistes-répartiteurs.

La répartition géographique du réseau de distribution

- les officines sont largement concentrées dans la région de Dakar: 66% des officines en 1986, 50% en 1993. En termes absolus, leur nombre augmente régulièrement. Dans le reste du pays, des fortes disparités existent;
- les dépôts pharmaceutiques, en nette diminution entre 1989 et 1992 (877 dépôts en 1989 contre 186 dépôts en 1992) soit près de 79%, semblent bien compenser l'insuffisance des officines et sont répartis de façon relativement homogène entre les régions, à l'exception de celle de Dakar.

Sur la période 1988-1992, on observe une augmentation du nombre des officines d'environ 35%, augmentation qui s'accompagne d'une baisse de 79% des dépôts. Une évolution conforme à la réglementation, nonobstant la baisse brutale du nombre de dépôts dans certaines régions. La proportion de la population habitant à moins de 10 km d'une pharmacie commerciale est passée de 43,6% en 1988 à 45% en 1993.

Disponibilité des médicaments

Cette question a été étudiée, successivement sous l'angle de la disponibilité géographique en général et sous l'angle de la capacité du secteur privé à dispenser les médicaments essentiels. Il existe deux listes de médicaments au Sénégal: une liste dite « sociale », comprenant 86 médicaments, dont 87% étaient désignés par un nom de spécialité, et une liste de médicaments essentiels, destinée au secteur public.

L'enquête menée auprès de 20 officines, afin d'apprécier la présence de médicaments essentiels -soit 18 produits- le jour de l'enquête, a révélé leur présence, sous une forme ou une autre, dans 98% des cas.

Prix et accessibilité des médicaments

Les prix des médicaments, déterminés par le Ministère des Finances avant 1994 et calculés sur la base d'un coefficient multiplicateur applicable au prix grossiste hors taxes (PGHT), sont relativement homogènes. Avant la dévaluation, le coefficient multiplicateur était égal à 108,63 et 72,43, respectivement pour les produits de la liste normale et ceux de la liste sociale. Depuis la dévaluation, et jusqu'en décembre 1994, les chiffres correspondants étaient de 161,86 et 107,92 .

Une enquête réalisée en 1993 et portant sur l'accessibilité des médicaments essentiels dans les officines privées a révélé que:

- le coût moyen d'une ordonnance prescrite était plus élevé dans la région de Dakar (4 532 FCFA) que dans le reste du pays (3 418 FCFA);
- le taux d'achat global par rapport au nombre de produits prescrits était plus élevé dans la région de Dakar (83,7%) que dans le reste du pays;
- le pourcentage d'ordonnances pour lesquelles aucun produit n'a été acheté était plus élevé dans le reste du pays (15,4%) que dans la région de Dakar (11,9%);
- le coût moyen d'une ordonnance représentait, en 1992, 6,8% du revenu mensuel moyen d'un ménage à l'échelle nationale, 13,8% de celui d'un ménage rural et 4% de celui d'un ménage urbain.

Usage rationnel des médicaments

Parmi les cinquante médicaments représentant les plus fortes ventes du secteur privé, les formes injectables sont presque absentes.

L'usage rationnel des médicaments est souvent compromis par des prescriptions inadaptées et par l'absence de conseils pertinents aux populations. Le recours à l'automédication et au marché parallèle est fréquent.

Incidences de la dévaluation du franc CFA sur le secteur pharmaceutique

La dévaluation du franc CFA en janvier 1994 a entraîné une augmentation de 49% du prix de détail des médicaments en avril 1994 et une baisse des ventes de 20% par rapport à 1993. La compétitivité des fabrications locales s'est améliorée par rapport aux produits importés, malgré la hausse des coûts des matières premières. La dévaluation a également induit des changements dans la politique pharmaceutique: essai d'introduction des génériques par les grossistes et les officines privées, pratique de l'appel d'offre dans le secteur privé, intérêt accru pour la Pharmacie nationale d'Approvisionnement (PNA), etc.

Introduction

Contexte de l'étude

Au Sénégal, cohabitent les secteurs pharmaceutiques public, privé et informel. La mise en place effective de la politique de médicaments essentiels, proposée dès 1975 par l'OMS, est longtemps restée relativement timide, et semble ne connaître une avancée notable que depuis le début des années 90.

Les termes de référence situent l'étude sur deux périodes, 1988 et 1992. Ces dates paraissent d'autant plus indiquées qu'elles encadrent la période charnière que semble avoir constituée l'année 1990 au Sénégal. En effet, cette année-là marque une certaine rupture dans la conception de la politique pharmaceutique; le Sénégal a alors commencé la révision du système d'approvisionnement pharmaceutique public (discussions pour un changement de statut de la Pharmacie nationale d'Approvisionnement, définition d'une réglementation des caisses communautaires, ...). Par ailleurs, cette période coïncide avec un important don suisse en médicaments, qui a servi de dotation initiale pour la mise en place d'un recouvrement décentralisé des coûts dans les structures sanitaires publiques, dans le cadre de l'Initiative de Bamako. Cette impulsion donnée au secteur pharmaceutique public pouvait avoir un retentissement sur le secteur privé. Mais, en janvier 1994, la dévaluation venait modifier le panorama pharmaceutique sénégalais.

Cette étude vise à évaluer la contribution du secteur pharmaceutique commercial privé sénégalais à l'accès aux médicaments. Afin de mieux comprendre les enjeux, elle abordera également le cadre sanitaire et pharmaceutique général du pays.

Problématique

Cette enquête tente d'appréhender les réalités et les comportements du secteur pharmaceutique privé, en répondant à deux questions fondamentales:

- quelle est la place du secteur privé dans le marché intérieur du médicament?
- dans quelle mesure le secteur privé contribue-t-il à la disponibilité et à l'accessibilité des médicaments essentiels?

Elle vise le secteur privé commercial, c'est à dire les grossistes-répartiteurs, les officines pharmaceutiques et les dépôts pharmaceutiques, ainsi que la production locale.

Méthode d'approche

L'étude, réalisée en plusieurs étapes en 1993-1994, a consisté en recherche bibliographique, en réalisation d'entretiens avec les différents acteurs du secteur pharmaceutique et en enquêtes sur le terrain.

La disponibilité des produits pharmaceutiques sélectionnés par le protocole de l'enquête, ainsi que leur prix, ont été évalués dans 33 structures privées du pays (15 dans la région de Dakar, dont 5 dépôts, et 20 à l'intérieur du pays, dont la moitié de dépôts). Un guide d'interview et des grilles de collection de résultats avaient été élaborées à cet effet en fonction des objectifs retenus. Lors d'une pré-enquête, il est rapidement apparu que les pharmaciens d'officine étaient tout à fait disposés à collaborer, et ont même accepté que les trois enquêteurs aient accès aux stocks pour recueillir les données. Le fait que les trois enquêteurs étaient pharmaciens explique probablement pour une bonne part la rapidité et la facilité de cette coopération.

En ce qui concerne le contrôle des ventes conseillées par les vendeurs, sur description de symptômes mais sans présentation d'ordonnance, chacun des enquêteurs a joué le rôle d'un patient pour l'une des trois pathologies retenues. Un canevas de symptômes associés pour chaque situation de ce jeu de rôle, ainsi qu'une grille de recueil de données avaient été préparés à cet effet.

Enfin, dans le but d'affiner les données disponibles sur le prix moyen des ordonnances prescrites, les enquêteurs ont profité de leur présence dans les officines pour étudier les ordonnances des clients présents lors de leur passage, soit 59 dans la région de Dakar et 163 à l'intérieur du pays.

Par ailleurs, et afin d'éliminer les biais de sélection, il a été procédé à la randomisation de l'échantillon.

Un premier tirage au sort a retenu 5 régions sur 7 au total, après exclusion de celle de Dakar sélectionnée d'emblée, avec une probabilité de sortie de chaque région proportionnelle au nombre d'officines et de dépôts implantés. Les deux régions de Casamance n'ont pas été incluses dans le tirage au sort en raison de l'insécurité qui y régnait alors.

Un sondage de deuxième degré a été réalisé pour répartir le nombre de dépôts et officines à visiter dans chacune des cinq régions retenues. Pour la région de Dakar, 10 officines et 5 dépôts, et pour les autres régions, 10 officines et 10 dépôts.

Tableau 1: Répartition régionale des officines et dépôts privés sélectionnés

Régions	Nombre d'officines	Nombre de dépôts
Dakar	10	5
Fatick	1	2
Kaolack	2	2
Saint-Louis	3	2
Tambacounda	1	2
Thiès	3	2
Total	20	15

L'équipe de terrain (3 pharmaciens) a, en fait, enquêté dans les 20 officines randomisées (10 dans la région de Dakar, et 10 à l'intérieur du pays) et 13 dépôts (3 dans la région de Dakar et 10 à l'intérieur du pays). Si l'étude s'est déroulée sans problème particulier, des difficultés sont toutefois apparues en ce qui concerne les dépôts. En effet, la liste la plus récente de la Direction de la Pharmacie concernant ce type de structure ne correspond déjà plus à la réalité:

- Dans la région de Dakar, la plupart des dépôts ont été fermés, et les trois visités doivent compter a priori parmi les derniers de la région. Cette contrainte explique que le nombre de dépôts à visiter, initialement prévu dans le protocole, n'ait pu être respecté.
- A l'intérieur, de nombreux dépôts prévus dans le plan de sondage, ont été fermés ou sont en quasi-faillite, ce qui a conduit l'équipe de terrain à apporter des modifications par rapport aux unités statistiques initialement tirées au sort. Le quota de dépôts initialement prévu a pu néanmoins être atteint.

Historique

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une étude plus globale sur le secteur pharmaceutique privé en Afrique menée avec le soutien technique et financier du Programme OMS d'Action pour les Médicaments essentiels et le Ministère de la Coopération de la France dans neuf pays d'Afrique (Algérie, Bénin, Cameroun, Guinée, Madagascar, Mali, Maroc, Niger et Sénégal) et publiée en 1996 sous le titre "Le secteur pharmaceutique privé commercial en Afrique" (Collection Rapports d'étude, Ministère de la Coopération, Paris). Le présent document contient des informations actualisées et plus détaillées que celles contenues dans l'étude publiée en 1996 et permet de mieux comprendre la situation pharmaceutique au Sénégal. Ce travail a bénéficié de l'appui des membres du comité de pilotage qui avait été créé pour suivre les différentes étapes de la recherche dans les neuf pays et a été supervisé par Mme P. Brudon, Programme OMS d'Action pour les Médicaments essentiels.

Contexte économique et sanitaire et place du secteur pharmaceutique

Le secteur pharmaceutique est bien implanté au Sénégal depuis des décennies. Pour les commodités de l'analyse, le marché du médicament peut être segmenté, d'une part, en marché public/marché privé et, d'autre part, en marché officiel/marché informel. Toutefois, faute d'informations fiables concernant le marché informel, l'analyse se contentera d'étudier le segment public-privé.

Le secteur pharmaceutique dominant est le secteur privé commercial. Il est en constante évolution et joue un rôle de plus en plus important dans la disponibilité et la distribution du médicament, dans un environnement marqué par de fortes contraintes budgétaires.

1. Présentation générale du pays

1.1 Quelques données de base

La population sénégalaise est estimée en 1993 à 8 millions d'habitants (UNICEF, 1995). La région de la capitale, Dakar, abrite 1,8 million d'habitants (22,5% de la population et 52% des urbanisés); les autres villes principales sont Thiès (220 000 h), Kaolack (181.000 h), Saint-Louis (140 000 h). La densité varie de 6 h/km² dans la région de Tambacounda à 2700 h/km² dans la région de Dakar. En 1992-1993, la population était à 40% urbaine. L'augmentation annuelle moyenne du taux d'urbanisation a été de 4% entre 1980 et 1991. Le taux annuel de croissance de la population est de 2,8% (1980-1993). Les moins de 15 ans représentent 45,5% de la population, les 15-64 ans 51,6%, les 65 ans et plus 2,9%.

Le rapport du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) 1994 classe le Sénégal au 143ème rang pour l'indice de développement humain, alors qu'il occupe le 114ème rang pour le produit national brut (PNB)/habitant.

1.2 Données économiques

Le PNB/habitant était de 750 dollars EU en 1993 et le taux de croissance annuelle moyenne du produit intérieur brut (PIB) égal à 2,8% sur la période 1980-1993 (Banque mondiale 1995). La hausse des prix à la consommation a été de 4,9% entre 1980 et 1993.

Comme de nombreux pays de l'Afrique au Sud du Sahara, le Sénégal traverse une crise économique aiguë depuis plus d'une décennie. Le pays a eu recours à plusieurs plans de redressement économique: Plan de redressement 1979-1980, Plan de redressement économique et financier 1981-1984, Plan d'ajustement à moyen et long terme 1985-1992. Ces différents plans n'ont pas produit les résultats escomptés et des déséquilibres macro-économiques subsistent toujours, voire se sont aggravés.

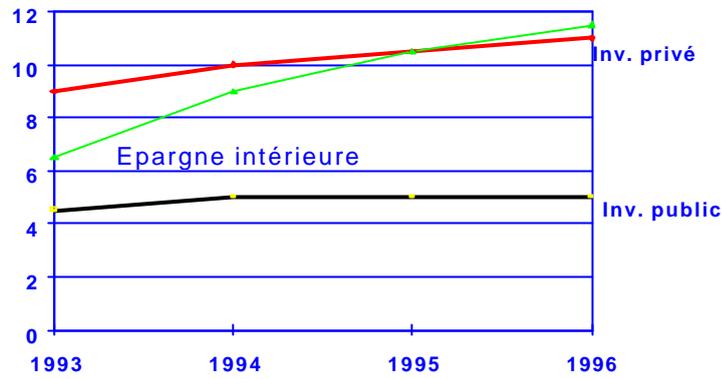
Ces difficultés économiques ont, comme dans les autres pays de la sous région, provoqué une chute sensible des dépenses sociales. C'est ainsi que le secteur de la santé a connu une baisse continue des crédits budgétaires alloués. Un tel changement ne saurait cependant être imputé aux seules difficultés économiques. Il faut aussi considérer le choix opéré lors de la définition des priorités de développement; d'autres postes budgétaires de l'Etat n'ont pas, en effet, été affectés par la crise dans des proportions identiques.

Tableau 2: Données socio-économiques

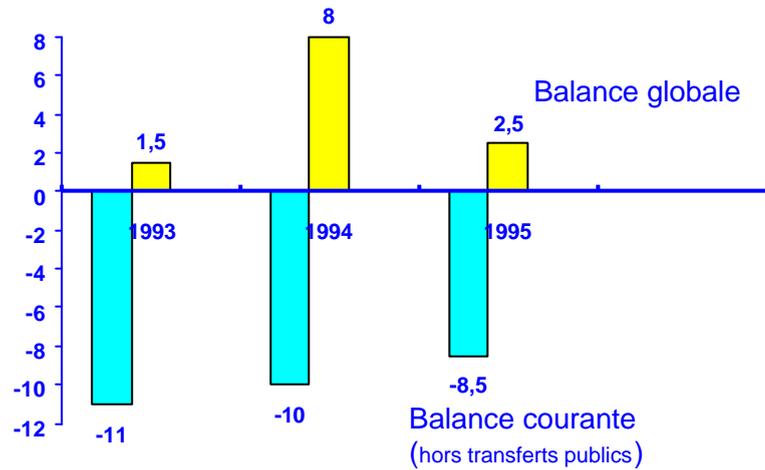
Population au milieu de 1993 (en millions d'habitants)	7,9
Superficie (en milliers de km ²)	197
Produit national brut (PNB) par habitant en 1993	750 \$
Croissance annuelle moyenne du PNB/habitant (1980-1993)(%)	0,0
Inflation annuelle moyenne (1980-1993)(%)	4,9
Croissance annuelle moyenne du produit intérieur brut (PIB)(1980-1993)(%)	2,8
Part de l'aide publique au développement/PNB en 1993 (%)	8,8
Service total de la dette en % des exportations en 1993	8,4
Taux d'urbanisation (% de la population totale) en 1993	41
Indice du développement humain (IDH) en 1992	0,340
Rang mondial par rapport à l'IDH	152e

Source: Banque mondiale (1995): Rapport sur le développement dans le monde et PNUD (1995): Rapport sur le développement humain (pour l'IDH)

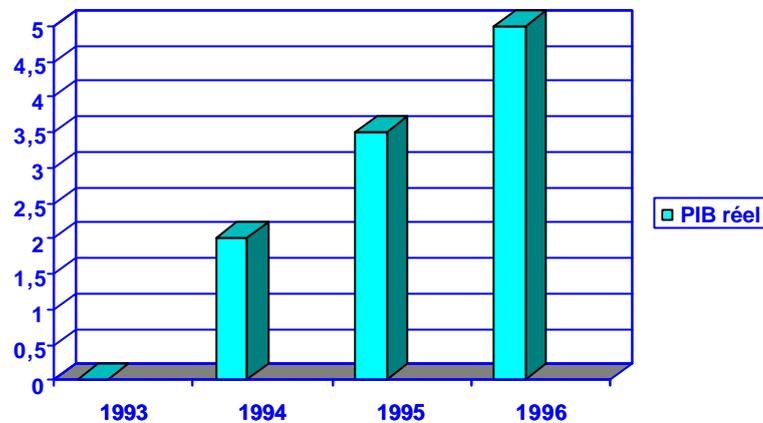
SENEGAL : INVESTISSEMENT ET EPARGNE en % du PIB



SENEGAL : BALANCE DES PAIEMENTS en % du PIB



SENEGAL : CROISSANCE ECONOMIQUE en %



2. Le système de santé

Le Sénégal a adhéré à la plupart des politiques sanitaires adoptées sur le plan international: Charte africaine de développement sanitaire, Soins de Santé primaires et Initiative de Bamako.

Depuis 1990, le Ministère de la Santé a opté pour un renforcement de sa politique de décentralisation par l'élaboration des plans régionaux de développement sanitaire et des plans de développement des districts (découpage du pays en 45 districts). Le district est désormais la zone opérationnelle, couvrant une population de 30 000 à 300 000 habitants, et comprenant 15 à 25 postes de santé articulés autour d'une structure de référence, qui peut être soit un centre de santé, soit un hôpital régional.

2.1 Organisation et fonctionnement

Depuis l'indépendance, en 1960, le nombre des postes de santé est passé de 201 à 639 en 1993, dont 60 réalisés par les collectivités locales, le nombre d'hôpitaux de 7 à 17. Le personnel de santé, tous secteurs confondus, a augmenté mais est inégalement réparti. En effet, 63,35% des médecins et 88,57% des pharmaciens étaient concentrés dans la région de Dakar en 1993 (Ministère de la Santé, 1993). Entre 1988 et 1993, on observe avec la mise en oeuvre des programmes d'ajustement structurel, une baisse des effectifs des personnels de santé du secteur public de l'ordre de 15%. La baisse la plus significative est observée chez les pharmaciens (environ 83% en 1993) par rapport aux effectifs de 1988.

Le système sanitaire public connaît d'importantes difficultés. La plupart des formations sanitaires publiques sont sous-équipées et manquent de médicaments et de crédits. Le recours à la participation financière des populations aux coûts des soins de santé dans les services de santé dès 1975, participation renforcée à partir de 1991, a permis de compenser, en partie, les défaillances du financement public.

Les insuffisances du secteur public ont facilité le développement de l'initiative privée dans le secteur de la santé. Le nombre de cabinets médicaux, cliniques et officines privés s'est considérablement accru. Cette tendance suit la demande solvable, et est essentiellement concentrée à Dakar ainsi que dans les capitales régionales. En 1993, la région de Dakar connaissait une surconcentration médicale, notamment en ce qui concerne les cliniques et les cabinets privés. La densité à Dakar était d'un médecin privé pour 6 900 habitants (contre 83 560 pour les autres régions) et d'un chirurgien dentiste privé pour 41 860 habitants (contre 122 000 pour le reste du pays)(Source: Statistiques sanitaires 1992-1993 du Sénégal).

2.2 Financement

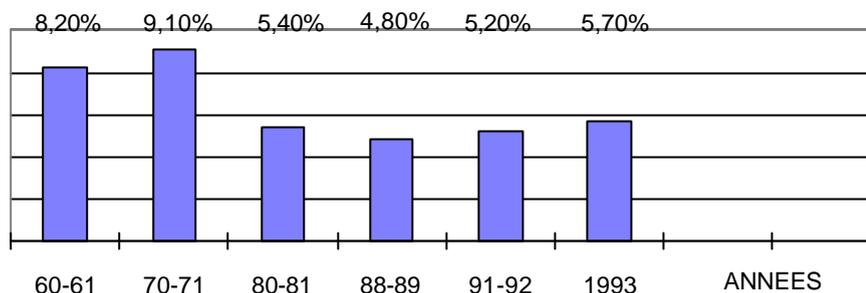
Le financement du système de santé au Sénégal connaît de sérieuses difficultés, liées essentiellement à la crise économique qui perdure. Après avoir été principalement assuré par l'Etat durant des décennies, le financement est actuellement diversifié. Ainsi, dans les années 90, y participent les sources suivantes:

- le budget de l'Etat (Ministère de la Santé et autres départements ministériels);
- les collectivités locales;
- les ménages, par le paiement direct;
- l'aide extérieure, les ONG, les entreprises et sociétés privées, les groupements associatifs.

Le financement global, insuffisant, et sa répartition, peu adéquate, entraînent la pénurie de médicaments, de consommables, et démotivent autant les prestataires de services que les patients.

Le budget du Ministère de la Santé s'éloigne de plus en plus des 9% du budget national recommandés par l'OMS, résolution que le Sénégal a adoptée en 1982. Les fonds publics affectés au secteur de la santé sont en régression constante depuis le début de la décennie 80 (cf. tableau 3). Selon la Banque mondiale, le budget du Ministère de la Santé aurait décliné de plus de 3% par an durant ces dernières années, le financement privé devenant aujourd'hui majoritaire au Sénégal.

Tableau 3 : Evolution de la part du budget public de santé dans le budget national, en %, 1960-1993



Source: Ministère de la Santé

Au total, le système de santé sénégalais souffre actuellement de dysfonctionnements manifestes, qui expliquent, pour une grande part, la médiocre couverture sanitaire. D'indéniables efforts d'amélioration sont en cours, en particulier en matière de recueil de données médicalisées, de politique de médicaments essentiels, et de recouvrement des coûts. Des problèmes de fonds restent entiers, comme dans la majorité des pays africains; on peut citer en particulier la gestion des ressources humaines (formations initiales et continues, supervision, application de sanctions) et le financement des hôpitaux.

Tableau 4: Présentation de quelques indicateurs de santé

	Année 1991	Année 1993
Espérance de vie à la naissance	48 ans	50 ans
Taux de mortalité générale	16	16
Taux de mortalité infantile	81	67
Prévalence de la malnutrition chez les moins de 5 ans (%)	22	20
Accessibilité à l'eau potable (%)	47	48

Source: Banque mondiale (1993, 1995), PNUD 1994 et UNICEF 1995.

3. Le secteur pharmaceutique

Le secteur pharmaceutique dominant est le secteur privé commercial. Il est en constante évolution et joue un rôle de plus en plus important dans la disponibilité et la distribution du médicament, dans un environnement marqué par de fortes contraintes financières pour l'Etat et pour les populations. Aussi, semble-t-il opportun d'examiner successivement le cadre réglementaire dans lequel il se développe, la taille du marché pharmaceutique et sa place, et les circuits de distribution des produits.

3.1 Réglementation

Le secteur pharmaceutique privé commercial est réglementé. Il connaît, à partir de 1994, une phase de mutation dominée par la nécessité de recourir aux médicaments essentiels et génériques, afin de s'adapter au pouvoir d'achat du pays et des populations.

La réglementation concerne de nombreux aspects et notamment l'enregistrement des médicaments, qu'ils soient fabriqués localement ou importés. Ces médicaments sont importés, fabriqués et distribués au Sénégal lorsqu'ils ont obtenu un visa accordé par le Ministre de la Santé de la santé, sur proposition de la Commission des visas.

Cette Commission, formée d'experts nommés par le Ministre de la Santé, donne son avis après étude des dossiers fournis par les laboratoires demandeurs. Une demande de visa doit être accompagnée d'un dossier défini et du paiement d'un droit de 50.000 FCFA, par forme et par dosage. Le visa est renouvelable tous les 5 ans. Selon la loi 65-33 du 19 mai 1965, le visa ne peut être accordé que si le fabricant justifie avoir vérifié l'innocuité du produit et son intérêt thérapeutique. Un critère économique est, depuis quelques années, également pris en compte. Un des critères fondamentaux de la Commission des visas est qu'aucun médicament ne peut être vendu au Sénégal s'il n'est pas accepté ou mis sur le marché dans son pays d'origine.

Les spécialités fabriquées au Sénégal sont soumises, avant leur mise sur le marché, à une deuxième autorisation, dite "autorisation de débit", accordée après vérification de la conformité au dossier de visa des conditions de fabrication et de contrôle.

En 1994, 3000 présentations de spécialités sont sur les listes des grossistes; 2000 seulement font partie des ventes courantes. Pour les génériques utilisés dans le secteur public, l'importation sans visa semble tolérée par le Ministère de la Santé.

Malgré l'existence d'une réglementation nationale assez importante, les services d'inspection pharmaceutique sont dotés de moyens humains (un seul pharmacien), logistiques et techniques très insuffisants.

3.2 Le marché pharmaceutique

Le marché pharmaceutique sénégalais est formé par l'importation et la production locale des médicaments.

Selon diverses sources¹, le marché pharmaceutique total, public et privé, représenterait, en 1995, un montant de 28 milliards de FCFA, dont 75% pour le seul secteur pharmaceutique privé.

3.2.1 Production locale

La production locale représente une fraction évaluée à 10% du marché pharmaceutique sénégalais, elle est inégalement répartie entre 3 fabricants: SIPOA, Parke Davis, Valdafrique.

La **SIPOA** (Société Industrielle Pharmaceutique de l'Ouest Africain), créée en 1983, est contrôlée depuis 1993 par le groupe Rhône Poulenc Rorer (RPR) qui en détient 55% du capital. Cette entreprise fabrique des spécialités génériques SIPOA en conditionnement vente au public et hospitalier, ainsi que des spécialités RPR, Pfizer et Cooper. Elle réalise 75% de son chiffre d'affaires sur le marché national et 25% à l'exportation (sous région, Côte d'Ivoire, Maroc). Son chiffre d'affaires a été de 3,7 milliards de FCFA en 1995 contre 2,7 en 1994. La société fabrique (sous licence RPR, Pfizer, Bristol, Meyers, Cooper, Synthelabo) une quarantaine de spécialités pharmaceutiques et environ 90 produits génériques (antipaludéens, analgésiques, antituberculeux, vitamines,...). Les spécialités représentent 40% des ventes locales et les génériques 60% en 1994-1995.

L'usine **Parke-Davis de l'Afrique de l'Ouest** est la filiale du groupe américain Warner Lambert. Elle produit une trentaine de spécialités et réalise 20% de son chiffre d'affaires sur le marché national et 80% à l'exportation (sous région). Elle fabrique une trentaine de spécialités, principalement des comprimés et des poudres.

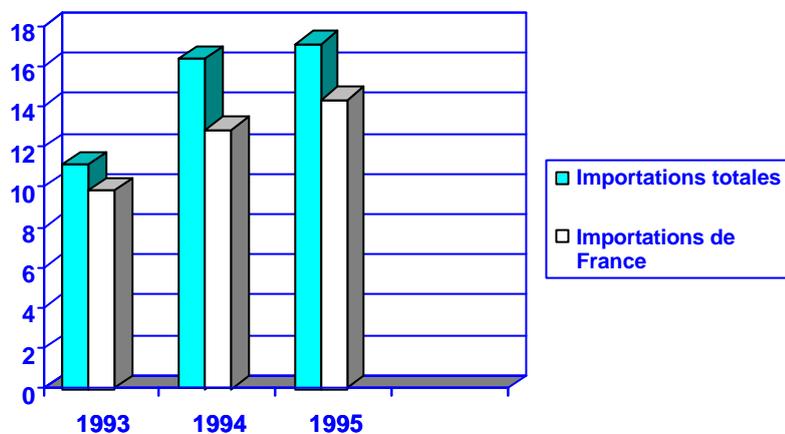
La société **Valdafrique** a réalisé un chiffre d'affaires de 2,5 milliards de FCFA en 1995 dont 25% à l'exportation (Côte d'Ivoire et sous-région). Cette firme fabrique quelques médicaments et produits parapharmaceutiques ainsi que des insecticides et bactéricides domestiques qui représentent respectivement 15%, 25%, et 60% du chiffre d'affaires réalisé sur le marché local.

3.2.2 Importations

¹ Monjanel F. Le Secteur pharmaceutique au Sénégal. Direction des relations économiques extérieures, poste régional d'expansion économique de Dakar, avril 1996; 17 p.

Il est difficile d'obtenir des chiffres très fiables sur les importations de médicaments au Sénégal, compte tenu de l'existence de nombreux circuits parallèles. Suivant les statistiques officielles, les importations ont doublé en valeur entre 1980 et 1987, passant de 5,2 milliards de FCFA à 10,4 milliards de FCFA. Depuis, elles sont restées au-dessus de la barre des 10 milliards par an jusqu'en 1992. Néanmoins, de 1991 à 1993, la valeur CAF des importations de médicaments a régulièrement baissé. En 1994, 17,4 milliards de FCFA étaient importés de France, qui fournit 94% des médicaments importés (source SNIP). Il faut noter qu'en termes réels, la valeur des importations a baissé du fait de la dévaluation opérée en janvier 1994. En 1995, les importations totales sont

**Sénégal : Importations de médicaments (valeur CAF),
1993-1995 en milliards de FCFA**

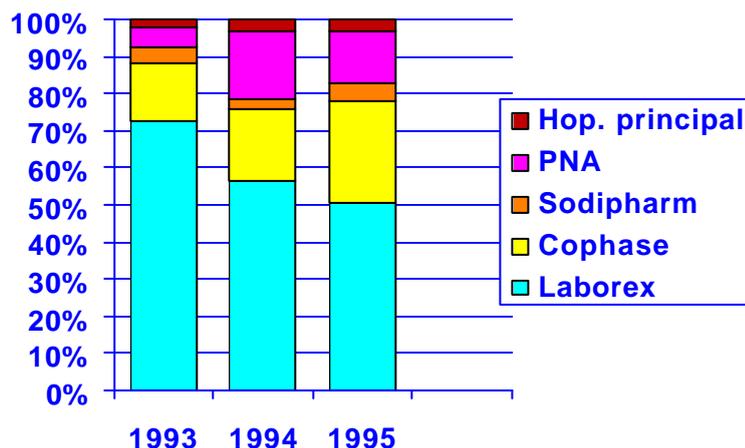


estimées à 17,1 milliards de FCFA dont 84% de France.

Les importations de médicaments ont été exonérées de droits de douane au Sénégal dans les années 70. Mais, depuis 1991, un droit de timbre est perçu sur la valeur CAF des produits, au taux de 3% (6% en 1993) pour les médicaments et de 6% pour les vaccins (12% en 1993).

On distingue deux types de structures chargées de l'importation des médicaments: la Pharmacie nationale d'Approvisionnement (PNA) pour le

SENEGAL : REPARTITION DES IMPORTATIONS



public et les grossistes-importateurs privés.

- La **Pharmacie nationale d'Approvisionnement** (PNA), créée en 1979, est la structure nationale d'importation, de stockage et de distribution. C'est le principal fournisseur des Formations sanitaires publiques (FSP) au Sénégal. Les hôpitaux publics ayant obligation de s'approvisionner à hauteur de 75% de leurs besoins, et les autres structures publiques à 100%, la PNA a ainsi le quasi-monopole de la distribution des produits pharmaceutiques dans le secteur public. Les FSP peuvent également recevoir des dons de médicaments de sources diverses. Il faut toutefois noter l'exception que constitue l'hôpital principal qui importe pour son propre compte (543 millions de FCFA de produits pharmaceutiques en 1995, soit 3% du total des importations).

La PNA est constituée d'une structure centrale à laquelle sont rattachées directement 5 pharmacies régionales (PRA) situées à Dakar, Saint-Louis, Tambacounda, Kaolack et Ziguinchor. La structure centrale est formée de 3 divisions (achat, magasin et clientèle) et d'un bureau de gestion.

C'est en 1993 que la PNA a lancé son premier appel d'offres international, grâce à un financement de la Banque mondiale. En 1995, la PNA a importé pour 2,21 milliards de FCFA dont 80% en provenance d'une centrale d'achat hollandaise: IDA International. 90% de ses importations sont des génériques et 10% des spécialités.

Le plan de restructuration du système pharmaceutique public a été défini depuis 1990. Il est en voie d'exécution avec l'appui technique et financier de plusieurs partenaires (Union européenne, Coopération française, Banque mondiale, ...). Cet appui s'est accentué suite à la dévaluation du FCFA en janvier 1994 et au profit de la réorganisation de la PNA. Compte tenu de l'élargissement du financement communautaire, ce plan devrait constituer le démarrage d'une politique de médicaments essentiels dans le secteur public sénégalais.

- Les grossistes-importateurs chargés de l'approvisionnement du secteur pharmaceutique privé commercial sont: **Laborex, Sodipharm et Cophase**.

En 1995 comme en 1988, les laboratoires établis en France fournissent environ 90% des importations. L'appartenance du Sénégal à la zone franc est un facteur favorisant de tels flux. L'achat de produits sur le territoire français élimine les risques liés au change lors des règlements, grâce à la parité fixe (nouvelle parité depuis la dévaluation de janvier 1994) entre le franc français et le franc CFA.

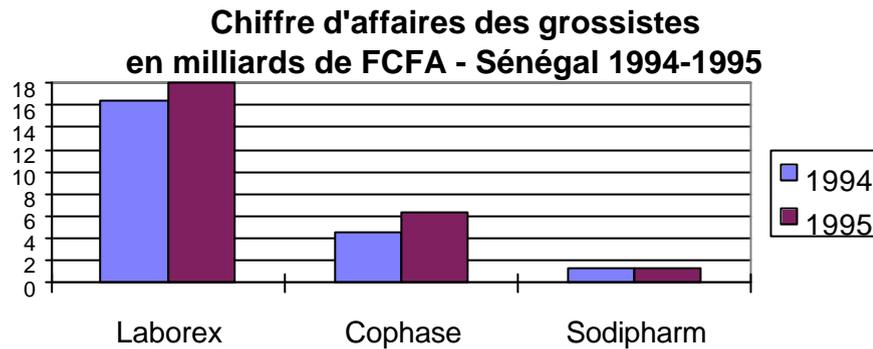
Les importations de médicaments représentaient au début des années 90 3% du total des importations du Sénégal (coefficient assez proche de celui du riz pour la même période 3,6%).

3.2.3 Structuration et place du secteur pharmaceutique privé commercial

Le secteur pharmaceutique privé commercial du Sénégal est constitué de deux pôles principaux: celui des producteurs locaux (SIPOA, PARKE-DAVIS, VALDAFRIQUE) et celui des importateurs grossistes-répartiteurs (LABOREX, SODIPHARM, COPHASE).

Importateurs - grossistes privés

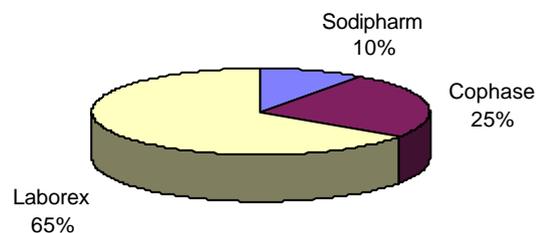
L'approvisionnement du secteur privé est assuré par 3 sociétés: Laborex,



Sodipharm et Cophase.

Source: PREE, Dakar, 1996

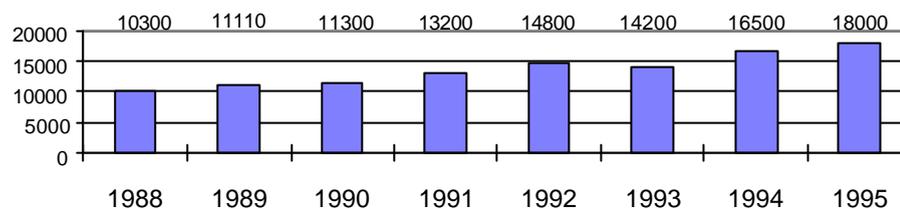
Part de marché des grossistes privés au Sénégal en 1994



LABOREX: Importateur et grossiste-répartiteur depuis 1949 à Dakar, filiale autonome de Continental Pharmaceutique France, est solidement implanté sur le marché sénégalais en raison de son expérience et de la qualité de sa gestion. Il est leader sur le marché pharmaceutique privé au Sénégal avec 60-70% du chiffre d'affaires total réalisé.

Son stock de produits couvre une période d'environ 3,5 mois de vente et était évalué à 5 milliards de FCFA environ en 1994. Ce stock est constitué de 3500 références de spécialités, parmi lesquelles 700 à 800 sont des produits très courants, représentant environ 80% du chiffre d'affaires. En d'autres termes, 23% seulement de références de spécialités sont très demandées et représentent 80% du chiffre d'affaires, tandis que les 77% des références restantes équivalent à 20% du chiffre d'affaires.

**Chiffre d'affaires de Laborex-Sénégal
en millions FCFA (1988-1995)**



La distribution est assurée à Dakar par deux magasins (centre ville et banlieue) et dans les régions par quatre agences à Kaolack, Saint-Louis, Thiès et Ziguinchor. Les ventes sont réalisées à 60% dans la région de Dakar et à 40% dans les agences régionales.

Pour les livraisons, de Dakar aux agences et des agences aux clients, Laborex utilise son propre parc automobile. Lors des installations de nouvelles pharmacies, Laborex accorde des facilités de paiement pour la constitution du stock initial. Les achats effectués à Laborex par les structures publiques (hôpitaux) sont marginaux. Une seule clinique privée possède l'autorisation officielle de s'approvisionner chez les grossistes.

La concurrence pour la conquête des parts de marché avec les deux autres grossistes répartiteurs est vive.

En effet, **SODIPHARM**, créée en 1986, a vu sa part de marché baisser au moins de moitié (5 à 10% en 1994 contre 15 à 50% en 1992) après la création de Cophase en 1993, qui couvrirait, en 1994, 25 à 28% du marché privé. Son chiffre d'affaires est estimé à 1,35 milliards de FCFA en 1995 (contre 1,2 en 1994).

COPHASE est une société de création récente (1986), née de la volonté de quelques pharmaciens et destinée à promouvoir la vente de génériques. Elle a

un stock correspondant à 3 mois de distribution, constitué de 2000 références de spécialités. Jusqu'à fin 1994, Cophase n'avait pas importé de génériques, contrairement à son projet initial. La distribution est assurée uniquement à partir de Dakar, les ventes étant réalisées à 60% dans la région de Dakar. Son chiffre d'affaires serait de 6,3 milliards de FCFA en 1995 (contre 4,6 milliards en 1994).

Distribution de détail, officines et dépôts

a. Officines

Le nombre d'officines privées est passé de 159 en 1988 à 246 en 1995. Un arrêté du Ministère de la Santé fixe le nombre d'officines pouvant être créées chaque année. Le nombre d'habitants requis pour une officine est de 15 000 pour la région de Dakar et de 30.000 pour les autres régions. Toutefois, chaque chef lieu de région, chaque département, chaque commune devrait disposer au moins d'une officine de pharmacie, et ce quel que soit le nombre de ses habitants. Ces critères de populations sont révisables tous les 5 ans. Le décret impose également des distances minimales entre les officines: 500 mètres pour la zone Dakar-plateau et 1000 mètres pour les autres régions.

Tableau 5: Evolution du nombre d'officines au Sénégal, par région, de 1986 à 1994

Régions	1986	1988	1992	1994
Dakar	72	87	107	116
Diourbel	4	7	13	-
Fatick	1	4	5	-
Kaolack	7	11	14	-
Kolda	2	4	5	-
Louga	2	5	7	-
Saint-Louis	5	14	18	-
Tambacounda	2	4	5	-
Thiès	10	17	29	-
Ziguinchor	4	6	11	-
Total	109	159	214	240

Source: Ministère de la Santé, (-) = information non disponible

Cette évolution s'est poursuivie en 1994 puisque sur un total de 240 pharmacies dans l'ensemble du pays, 116 sont situées à Dakar.

- La forte évolution démographique (fécondité et immigration): la population de la région de Dakar représente près du quart de la population totale du Sénégal; la densité y est supérieure à 2700 habitants/km², et le taux d'accroissement moyen annuel estimé y est de 3,9%.

- Les potentialités économiques bien plus importantes que celles des autres régions du Sénégal: la région de Dakar compte en effet 80% environ des installations industrielles du Sénégal, 75% de l'effectif de ce même secteur et produit 73% de la valeur ajoutée du pays.

Outre la forte concentration des officines privées dans la région de Dakar et dans Dakar ville, il existe également de fortes disparités de couverture entre différentes régions.

En ce qui concerne la répartition des officines selon les 45 districts sanitaires, on en relève une par district, sauf dans deux districts.

Au total, la distribution des officines pharmaceutiques privées suit l'offre de santé (formations sanitaires, personnel médical et autres, ...) et la demande solvable.

b. Les dépôts

Des dépôts de médicaments peuvent être créés dans les localités dépourvues d'officines de pharmacie. La création et la gérance de tels dépôts sont réglementées par le décret n° 61-218 du 31 mai 1961 émanant du Ministère de la Santé. Toute demande d'ouverture d'un dépôt de médicaments doit être accompagnée d'une attestation du pharmacien d'officine consentant à approvisionner le dépôt. Les prix de vente dans les dépôts sont les mêmes que les prix de vente au public dans les officines. Le décret prévoit l'inspection inopinée des dépôts, aussi souvent que nécessaire, et au moins une fois l'an. Les médicaments autorisés à la vente dans les dépôts sont limités à la nomenclature élaborée par le Ministère de la Santé, soit 44 médicaments dans la dernière liste en vigueur.

Le nombre de dépôts est en chute libre, il serait passé de 877 en 1989 à 180 en 1994. La baisse est en fait plus importante: lors de l'enquête menée sur le terrain, il est apparu que plusieurs des dépôts tirés au sort étaient fermés ou en quasi-faillite. Une des principales raisons invoquées était la disponibilité des médicaments dans les structures publiques, et à des prix abordables, défiant ceux pratiqués par les dépôts.

Prix des médicaments

Avant 1994, les prix des médicaments au Sénégal étaient déterminés par le Ministère des Finances après négociation avec le Syndicat des Pharmaciens. La structure des prix de vente était fixée par arrêté ministériel en fonction des distributeurs et des catégories des médicaments, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 6: Taux de marge bénéficiaire des distributeurs applicables aux différentes spécialités

Distributeurs	Spécialités sociales	Autres spécialités
Grossistes	9,00%	22,00%
Pharmaciens	9,95%	48,55%

Les honoraires de responsabilité pour les spécialités soumises au régime des substances vénéneuses s'élevaient à 15 FCFA pour chaque produit des tableaux A, B et C.

Le coefficient multiplicateur utilisé pour obtenir le prix de vente en FCFA, à partir du prix grossiste hors taxes (PGHT), en francs français (FF), est de 102,62 en 1988, de 105,60 en 1991 et de 108,63 en 1993. Cette augmentation a résulté de l'augmentation du PGHT (toujours inférieure à 3% par an suite à des négociations auxquelles participait la DPH) et de l'instauration du droit de timbre, fixé à 3% du prix CAF en 1991 et passé à 6% en 1993. Depuis 1994, les produits pharmaceutiques sont totalement exonérés de droits et taxes douaniers à l'importation. Seule une taxe de 0,2%, applicable à la valeur CAF des produits, est due au Conseil sénégalais des Chargeurs (Cosec), en cas d'acheminement des produits par voie maritime.

Après la dévaluation de 1994, le niveau des marges a été réduit pour limiter les effets de la dévaluation sur l'accessibilité, mais sans compromettre la viabilité ni l'existence des établissements privés. Suite aux négociations engagées entre tous les partenaires, un arrêté interministériel (Economie et Finances, Santé, Commerce) a fixé, en juin 1994, un nouveau mode de calcul des prix pour les médicaments importés. Le prix de vente au public, dans les pharmacies et dépôts est obtenu en ajoutant au PGHT, les frais de mise à CAF (10%), les frais de transit local (1.5% de la valeur CAF) et les marges des grossistes et des officines (différenciées selon les produits).

Tableau 7: Marges de distribution suivant l'arrêté de juin 1994

Type de produits	Marge grossistes (% sur le prix de cession aux officines)	Marge officines (% sur prix de vente au public)
Liste sociale	9,00	9,00
Liste normale	15,50	28,91
Médicaments en vrac	18,00	36,00

Aux prix de vente, sont ajoutés des honoraires de responsabilité pour les médicaments soumis au régime des substances vénéneuses: tableau B 50 FCFA, tableau A 40 FCFA, tableau C 30 FCFA.

Jusqu'à fin décembre 1994, la hausse des prix était limitée à 49% par l'effet conjugué de:

- la réduction de 10% du PGHT, consentie par les fabricants;
- la suppression du droit de timbre;

- la subvention versée aux grossistes.

Pour un PGHT égal à 1 FF, le prix public avant la dévaluation était égal à 108,63 FCFA et 72,43 FCFA en 1993, respectivement pour les produits de la liste normale et ceux de la liste sociale. Et pour le même PGHT, à compter de la date de la dévaluation du franc CFA jusqu'au 31.12.94, le prix public correspondant était égal à 161,86 FCFA et 107,92 FCFA, respectivement pour les produits de la liste normale et ceux de la liste sociale.

Afin de réduire davantage les prix de vente dans le contexte de la dévaluation, les autorités sénégalaises ont opté pour le déconditionnement en blisters des spécialités et des génériques en emballage hospitalier. Cela s'est traduit par une baisse sensible, de 10 à 40% selon les produits. Cependant, ces prix restent supérieurs à ceux des médicaments correspondants, vendus dans les formations sanitaires publiques.

Suite à la dévaluation, les produits SIPOA sont devenus plus compétitifs alors que le coût de la main d'oeuvre restait à un niveau relativement stable. Le marché des conditionnements hospitaliers en blisters devrait se développer dans le secteur privé.

Circuits parallèles

Un important réseau de vente illégale de médicaments existe au Sénégal. Les produits concernés par cette vente illicite se présentent généralement sous forme de comprimés (analgésiques, antibiotiques, antipaludiques...) ou de crèmes dermiques (en particulier les dermocorticoïdes, utilisés pour éclaircir la peau).

Le dynamisme de cette vente illégale de médicaments s'explique par certains aspects liés à la demande et à l'offre, tels, par exemple:

- des prix plus abordables que ceux pratiqués dans les officines;
- de très nombreuses possibilités d'achat au détail (à l'unité) offertes à des populations à faible pouvoir d'achat;
- la non-application des textes législatifs (article 591 du Code de la Santé publique) interdisant ce type de commerce, pratiqué au vu et au su de tous;
- le contrôle du marché parallèle par des milieux politiques et économiques occultes.

Accessibilité, disponibilité et usage des médicaments essentiels dans le secteur pharmaceutique privé

La croissance du marché pharmaceutique privé a résulté, pour une part, de la hausse de la demande, consécutive à l'augmentation du nombre des unités de soins et des prescripteurs et pour une autre part de la relative réduction du budget pharmaceutique du Ministère de la Santé et de celui géré par la PNA.

La création des officines est subordonnée à une autorisation officielle, accordée suivant des critères définis par des textes qui ne semblent pas toujours respectés, notamment en ce qui concerne les distances entre les établissements et le nombre d'habitants à couvrir par les pharmacies urbaines.

Les officinaux ont évidemment des intérêts communs avec les grossistes puisqu'ils ont largement participé à la constitution du capital: 45% répartis entre 215 des 240 pharmaciens chez Laborex, majoritaires à 55% chez Cophase qui regroupe plus de la moitié des officinaux. C'est dire qu'une majorité d'entre eux a des parts dans la société de deux grossistes, à quoi il faut ajouter les parts détenues dans Sodipharm.

Les grossistes ont joué et continuent à jouer un rôle régulateur certain dans le secteur pharmaceutique privé, et ce, sous plusieurs formes: ensemble, ils assurent la continuité de l'approvisionnement quand leurs ruptures de stock ne sont pas simultanées; grâce à leurs capacités de gestion et à leur système informatisé, ils facilitent la gestion à leurs clients et leur apportent une aide efficace, en collaboration avec le Conseil de l'Ordre et le Syndicat, notamment lors des négociations avec les autorités sénégalaises.

Enfin, lors de créations d'officines, le grossiste joue un rôle de quasi-banquier en accordant des paiements étalés pour la constitution d'un stock initial suffisant. Les grossistes interviennent encore dans le sens de leurs intérêts et de ceux de leurs clients lorsque ces derniers sont en difficulté financière: les pharmaciens insolubles n'ont jamais été mis en liquidation depuis 1960, sauf dans un cas particulier, mais placés sous contrôle d'un grossiste, leur créancier principal, jusqu'à l'extinction de leur dette.

Par conséquent, il apparaît que le secteur pharmaceutique privé au Sénégal est bien organisé et entretient une cohésion suffisante entre les divers circuits de distribution des médicaments. Cette cohésion interne de la profession va-t-elle dans le sens de la santé publique, de la disponibilité, de l'accessibilité et du bon

usage des médicaments? C'est à cette question que les enquêtes menées ont tenté d'apporter quelques réponses.

1. Disponibilité des médicaments essentiels

La disponibilité est étudiée successivement sous l'angle de la disponibilité géographique des médicaments en général et sous l'angle de la capacité du secteur privé à dispenser les médicaments essentiels.

La notion de médicaments essentiels, telle que définie par l'OMS, est fondée sur des critères thérapeutiques et sur des critères économiques: le médicament essentiel doit être efficace et sans danger dans le contexte de son utilisation; il doit être accessible financièrement et d'un bon rapport efficacité/coût. En ce qui concerne l'aspect thérapeutique, les principes actifs de la liste sénégalaise sont, pour l'essentiel, ceux de la liste recommandée par l'OMS, dont beaucoup sont présentés comme des exemples d'un groupe thérapeutique, substituables à d'autres, similaires. Or, un certain nombre de spécialités autorisées au Sénégal sont substituables à celles dont le principe actif est exactement celui de la liste officielle pour le secteur public. On pourrait donc les considérer comme "médicaments essentiels" pour le secteur privé, bien que cette option n'ait pas été adoptée dans toutes les étapes de la présente étude.

Il existe au Sénégal une liste dite «sociale» de médicaments dans le secteur privé et une liste de médicaments essentiels pour le secteur public. Sur les 86 médicaments que compte la dernière liste sociale, 87,21% sont désignés par un nom de spécialité (dans la liste antérieure, tous étaient désignés par un nom de spécialité). Ainsi, on peut observer que la conception de la liste sociale est très éloignée de celle d'une liste de médicaments essentiels.

Jusqu'en 1994, la notion de médicaments essentiels ne s'appliquait donc pas au secteur pharmaceutique privé sénégalais. Cependant, dans le cadre de cette étude, la liste des médicaments essentiels du secteur public du Sénégal et celle de l'OMS sont prises comme référence.

1.1 Disponibilité géographique: le réseau de distribution

Le réseau des trois grossistes semble permettre un approvisionnement rapide et régulier de l'ensemble des pharmacies dans les diverses régions; le réseau de Laborex, avec ses 2 magasins à Dakar, ses 4 agences régionales et ses moyens propres de transport assuré, à lui seul, plus de 65% du marché.

Le réseau des officines a largement progressé de 1988 à 1993, passant de 159 à 214. Sur ces 55 créations, 12 l'ont été dans des villes sans pharmacies en 1988, 20 dans la région de Dakar, les autres en majorité dans les capitales régionales. C'est dans la région de Diourbel que la progression a été proportionnellement la plus élevée: le nombre d'officines est passé de 6 en 1988 à 13 en 1993, donc a plus que doublé.

On observe, au cours de cette période, une réelle amélioration de la répartition géographique des pharmacies commerciales privées:

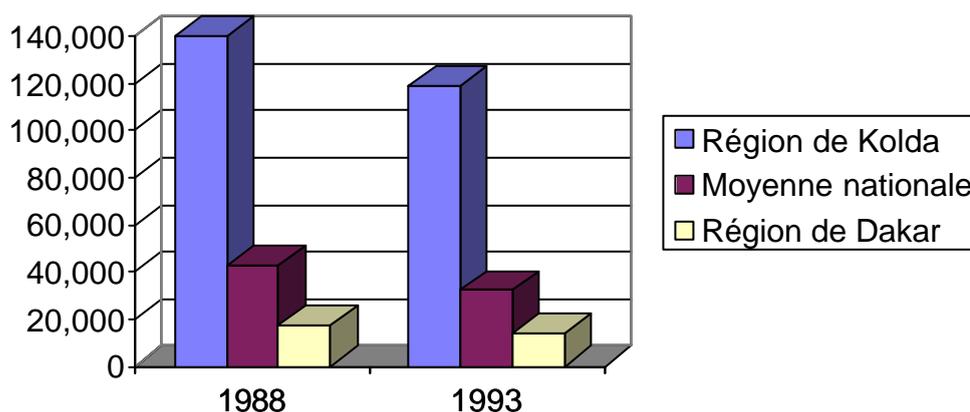
- La proportion de la population habitant à moins de 10 km d'une pharmacie commerciale est passée de 43,6% en 1988 à 45% en 1993.
- Le nombre moyen d'habitants par pharmacie commerciale est passé de 42 502 habitants en 1988 à 32 158 habitants en 1993 (cf. tableau 8).

Tableau 8: Evolution du nombre moyen d'habitants par pharmacie commerciale

Années	1988	1993
Moyenne nationale	42 502	32 158
Région de Dakar	17 250	14 023
Région de Kolda	139 783	118 640

La proportion globale de la population habitant à moins de 10 km d'une pharmacie masque des disparités importantes entre les régions. Par exemple, cette proportion atteint presque 100% dans la région de Dakar; elle est de 55% dans la région de Thiès, de 44% dans celle de Saint-Louis et 12% dans celles de Fatick et de Kolda.

Evolution du nombre moyen d'habitants par pharmacie



En 1993, deux districts sanitaires seulement étaient dépourvus de pharmacies commerciales sur 45 existants.

La réduction du nombre des dépôts, passant de 877 en 1989 à 180 en 1994, n'a pas eu d'incidence sur la couverture pharmaceutique, puisque la fermeture de nombreux dépôts a suivi la création d'officines, conformément à la

réglementation. Les autres ont sans doute cessé une activité devenue peu rentable face à la concurrence des pharmacies communautaires... ou du marché parallèle. Par ailleurs, la gamme des produits, autorisés officiellement à la vente dans les dépôts, ne correspond pas à la liste des médicaments essentiels du niveau «postes de santé».

1.2 Disponibilité des médicaments essentiels

L'existence des officines privées ne garantit pas par elle-même la disponibilité effective des médicaments essentiels. Une enquête auprès des officines, menée selon le protocole, le montre bien.

Disponibilité chez les grossistes et les producteurs locaux

La disponibilité de l'ensemble des médicaments, essentiels ou non-essentiels, correspondant à la demande sur prescription ou pour automédication, est pratiquement assurée par les grossistes. Les importations ne sont pas limitées en volume, ni retardées significativement par des opérations de change, du fait de la convertibilité de la monnaie en FF. Les grossistes semblent avoir une connaissance suffisante du marché pour adapter les niveaux et la rotation de leurs stocks aux commandes de leurs clients. Les ruptures de stocks seraient courtes et rares, sans commune mesure avec celles constatées à la PNA². Bien que cette affirmation ne soit pas étayée par un document ou une enquête, il semble difficile de la démentir. Les pénuries ayant suivi la dévaluation de janvier 1994 étaient exceptionnelles et transitoires.

Les fabricants locaux offrent une gamme de produits relativement limitée, mais ne souffrant pas d'interruption de production, et donc disponibles en permanence.

Disponibilité des médicaments essentiels dans les pharmacies et les dépôts

L'enquête, menée en 1993 auprès de 20 officines et 13 dépôts³, afin d'apprécier la présence, le jour de l'enquête, de 20 produits essentiels, a fait ressortir les points suivants:

- Les 20 officines de l'échantillon disposaient toutes de 18 des 20 produits, soit 90%. Deux produits de la liste faisaient généralement défaut, notamment en raison de leur faible prescription: l'offre de médicaments s'adapte donc à la demande exprimée.
- Les dépôts connaissent d'importantes difficultés. Les quatre produits de la liste de médicaments autorisés ne sont pas tous présents dans tous les dépôts. Il a été indiqué aux enquêteurs que plusieurs médicaments

² Cf M. Kaddar et S. Ménard (1996) : Rapport centrale PNA du Sénégal.

³ Dont 10 pharmacies et 3 dépôts de la région de Dakar et 10 pharmacies et 10 dépôts de l'intérieur, sélectionnés par tirage au sort.

n'étaient plus commandés, en raison de leur disponibilité à un bien meilleur prix au niveau de structures publiques proches.

En définitive, la proportion de médicaments essentiels disponibles, basée sur la présence de 18 médicaments essentiels⁴ dans 20 pharmacies, à l'exclusion des dépôts, est égale à 98%. Ce score aurait même été de 100% si l'on avait considéré comme disponibles ceux qui pouvaient l'être dans un délai de quelques heures ou, si l'on avait pris en considération la présence de produits équivalents qui existent pour tous les médicaments sauf pour l'insuline.

⁴ En éliminant de l'étude les deux produits qui ne correspondent pas à une prescription courante.

2. Accessibilité financière

Le secteur pharmaceutique privé commercial du Sénégal paraît bien structuré, en particulier, autour d'un pôle de grossistes bien organisé, ce qui favorise une bonne disponibilité des médicaments essentiels. Mais dans quelle mesure l'offre privée de médicaments contribue-t-elle à améliorer les conditions d'utilisation ou de consommation des soins des populations?

Sachant que l'accessibilité financière renvoie aux prix et aux revenus, quelques indicateurs spécifiques de coûts, en fonction du prix moyen et du revenu moyen par groupe de population peuvent aider à la mesurer.

2.1 Prix d'acquisition grossiste et prix de vente

Le niveau des prix d'acquisition par les grossistes n'a pas été étudié pour le Sénégal: les médicaments importés jusqu'en 1994 par le secteur privé sont tous des spécialités, pratiquement définies par la demande, et dont les tarifs, fixés par les fabricants, sont en général peu négociables.

La structure du prix de vente, identique sur tout le territoire, est fixée par la réglementation qui ne prend pas en compte les coûts de transport.

La réglementation concernant les prix des médicaments est, en général, respectée au Sénégal. L'homogénéité des prix de vente dans les pharmacies privées a été signalée, notamment dans une étude OMS sur les antibiotiques au Sénégal (OMS 1993) et confirmée dans les enquêtes de la présente étude.

Toutefois, une discrète disparité des prix dans les officines a été observée en 1994. Cela n'était pas dû au non respect des tarifications légales mais uniquement à une nouvelle taxation des produits: certaines pharmacies avaient déjà répercuté ces taxes sur leurs prix, tandis que d'autres se préparaient à le faire.

La concurrence entre les grossistes, et celle entre les officinaux, ne se manifestent pas au niveau des prix de vente mais plutôt sous la forme de remises globales en fonction du volume des achats ou encore sous la forme de services (crédits, délais de livraison, disponibilité, etc.).

2.2 Evolution du coût moyen d'une ordonnance

En l'absence d'étude récente sur le prix des ordonnances au Sénégal, une estimation a été faite en 1993 lors de l'enquête sur la disponibilité des médicaments essentiels dans les officines (10 à Dakar et 10 à l'intérieur du pays). Les données recueillies sont donc à considérer comme des tendances ne pouvant prétendre à une représentativité formelle. Les résultats obtenus sont

présentés dans le tableau 9 ci-dessous, qui distingue la région de Dakar du reste du pays.

Tableau 9: Accessibilité aux médicaments

	Dakar (59 ordonnances)	Reste du pays (163 ordonnances)
Nombre de médicaments prescrits par ordonnance	3	2,3
Coût moyen de l'ordonnance	4532 FCFA	3418 FCFA
Taux d'achat global par rapport au nombre de produits prescrits (en volume)	83,7%	79,6%
Taux d'achat par rapport au montant de produits prescrits (en valeur)	80,7%	80,7%
Pourcentage d'ordonnances pour lesquelles aucun produit n'a été acheté	11,9%	15,4%
Coût moyen de l'ordonnance réellement achetée	4152 FCFA	3259 FCFA

Par rapport à deux études antérieures effectuées par ENDA en 1988 et 1989, le coût moyen de l'ordonnance en 1993 a augmenté de 43% et de 31% respectivement dans la région de Dakar et dans le reste du pays. Il faut noter qu'en 1993, l'estimation du coût moyen de l'ordonnance se basait sur 59 ordonnances dans la région de Dakar et sur 163 ordonnances dans le reste du pays.

L'enquête dans la région de Diourbel, lors de l'évaluation interne de l'Initiative de Bamako en décembre 1992, donne un chiffre voisin: coût moyen d'une ordonnance: 3484 FCFA. La moyenne régionale dans les centres de santé publics était de 678 FCFA.

L'étude sur la prescription des antibiotiques en 1990 (OMS 1993) donne les chiffres suivants:

- Traitement d'une pneumopathie par Clamoxyl ®: 4658 FCFA
- Traitement d'une pneumopathie par Josacine ®: 5673 FCFA

Cette étude précise que 80% des patients ont dû acheter tout ou partie de leur prescription dans le secteur privé.

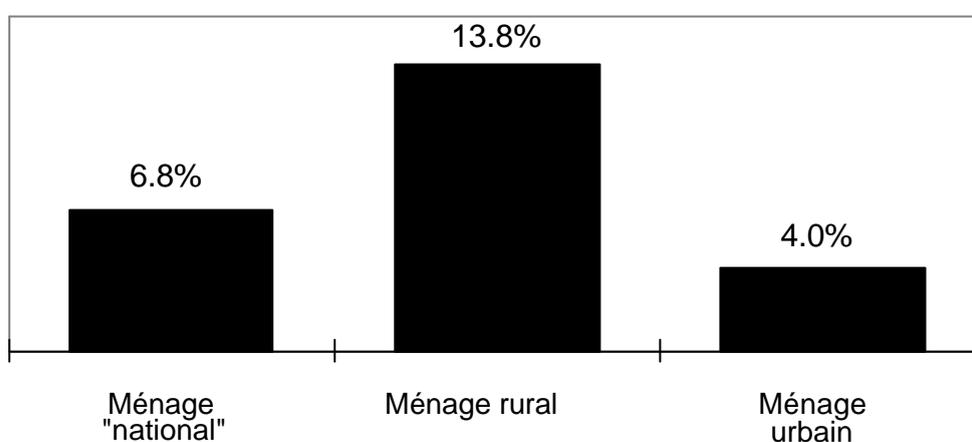
Si l'on compare la valeur moyenne d'une ordonnance aux revenus monétaires moyens estimés en 1992, on obtient les résultats suivants:

- Une ordonnance de 4532 FCFA à Dakar représente 6,8% du revenu monétaire mensuel moyen d'un ménage «national», 13,8% de celui d'un ménage rural et 4% de celui d'un ménage urbain. Ramenés per capita, ces ratios sont respectivement de 60%, 124% et 33,8%.

- Une ordonnance prescrite de 3418 FCFA hors Dakar représente 5,1% du revenu monétaire mensuel moyen d'un ménage «national», 10,5% de celui d'un ménage rural et 3% de celui d'un ménage urbain.

Il apparaît que le secteur pharmaceutique privé commercial ne favorise pas l'accès financier aux médicaments essentiels ou non essentiels pour la majorité de la population, qui est rurale. Les principales conséquences du coût élevé des ordonnances sont l'automédication, les achats différés tardifs ou partiels des ordonnances, le renoncement pur et simple à l'achat de l'ordonnance et le recours aux plantes médicinales.

Coût moyen d'une ordonnance par rapport au revenu mensuel moyen, estimation 1992 en %



3. Consommation et usage des médicaments essentiels

3.1 Les 50 médicaments représentant les plus fortes ventes du secteur privé

Quels sont les médicaments les plus vendus? Qu'est-ce qui détermine l'évolution et la structure de la consommation? On tentera, à partir d'une enquête et des données collectées, de répondre à ces questions.

Les listes des 50 médicaments faisant les plus fortes ventes pour les années 1987, 1993 et 1994, ont été analysées à partir de documents provenant de sources différentes. La proportion des médicaments essentiels est très voisine sur les trois années: 30 sur 50 en 1987 et 1993, 29 sur 50 en 1994 (classification en valeur).

Ont été considérées comme essentielles, les spécialités correspondant aux principes actifs de la liste nationale sénégalaise et de la liste OMS, ainsi que les principes actifs équivalents (pour ceux qui sont signalés par un carré sur la liste

OMS). Mais, par exemple, les formes d'aspirine composées ou effervescentes, qui sont en 1ère, 2ème ou 3ème place sur les trois listes n'ont pas été considérées comme des médicaments essentiels.

Dans la classification faite en fonction du nombre d'unités vendues, on retrouve la majeure partie des produits, mais dans un ordre différent. Des non-essentiels comme les fortifiants et les orexigènes sont retrouvés sur les listes des trois années (Nuran ®, Tothéma ®, CAC1000 ®, Alvityl ®).

En 1994, Aspirine SPECIA en boîtes de 1000 comprimés, arrive en 6ème place, alors qu'elle est absente sur les deux listes antérieures. Ce qui peut confirmer l'évolution des ventes vers des médicaments déconditionnés.

Le groupe des antibiotiques occupe la première place, par le nombre, dans les 50 premiers médicaments. Les formes injectables sont pratiquement absentes des 50 produits les plus vendus.

3.2 Déterminants de la consommation

L'usage des médicaments est conditionné par les différents acteurs: les prescripteurs des secteurs public et privé, les distributeurs et les consommateurs.

La demande provenant des prescripteurs

Les prescriptions par les professionnels des structures publiques, où les pénuries sont chroniques, sont honorées en majorité dans les pharmacies privées.

Suivant l'étude ENDA de 1989, les listes de médicaments essentiels, dressées au niveau national pour les services de santé de premier recours, étaient très éloignées de la liste OMS: seuls 45% des produits de la liste des Centres de Santé se trouvaient alors dans la liste OMS. Par ailleurs, ces listes n'avaient aucun caractère contraignant. Une portion de 20,4% seulement des prescripteurs disaient se référer à la "liste sociale" pour rédiger leurs ordonnances. Cette faible utilisation était due à une information insuffisante sur l'existence de cette liste. Les prescripteurs des secteurs public et privé recevaient des informations sur les médicaments quasi exclusivement par le biais des visiteurs des laboratoires pharmaceutiques. Ces derniers, estimés à environ 120 en 1994, font la promotion des spécialités auprès des prescripteurs pour le compte des laboratoires pharmaceutiques. Leur profession « visiteur médical » n'avait pas encore de statut défini dans le pays; ils se sont regroupés en syndicat en 1993 pour faire valoir leurs droits et élaborer un code de déontologie professionnelle (Sydems info, n°2, 1994).

Depuis le développement d'une politique de médicaments essentiels, une rationalisation de la prescription semble en cours, notamment par le biais des formations sanitaires appliquant les principes de l'Initiative de Bamako (ordinogrammes, ...).

La demande des patients: automédication et conseil du pharmacien

Une enquête a été menée en 1993 dans les 20 pharmacies sélectionnées pour l'étude; elle portait sur trois pathologies (diarrhée d'enfant, fièvre et toux d'adulte). Les enquêteurs se sont prêtés à un jeu de rôles pour ces trois pathologies et ont acheté la totalité des médicaments qui étaient conseillés par le vendeur. Ils n'étaient pas identifiables par ce dernier, l'enquête étant faite dans des officines différentes de celles où l'enquête sur la disponibilité des médicaments avait été menée. Dans 90% des cas, le vendeur n'était pas le pharmacien, lequel est souvent absent de son officine. Plusieurs médicaments appartenant à un tableau de toxiques sont conseillés sans prescription, notamment des produits censés traiter la diarrhée. Plus préoccupante est la quasi absence de conseils de recours à une consultation médicale, au moins en deuxième intention. Enfin, la réhydratation par voie orale n'est quasiment jamais proposée lors des demandes pour un enfant diarrhéique.

Le coût des médicaments, achetés pour les trois types de pathologies, variait entre 563 FCFA et 2411 FCFA.

Le choix des spécialités de la liste sociale (dont la vente dégage une marge réduite) n'est pas dépendant du pharmacien seulement, mais est aussi déterminé par le prescripteur ou par la préférence du client. Quelle est la part respective des trois acteurs, ainsi que celle des actions promotionnelles des fabricants, dans la vente de médicaments non essentiels comme les multiples "fortifiants" ou dans l'usage abusif des antibiotiques par exemple? Il est difficile de l'évaluer.

La vente libre de médicaments inscrits aux tableaux de toxiques n'est pas exceptionnelle dans les officines. Les dépôts dispensent des produits qui ne figurent pas sur la liste limitative officielle. Le conseil en officine est souvent donné non par le pharmacien lui-même mais par des personnels sans réelle formation. Il semble donc que les responsabilités dans l'usage irrationnel des médicaments soient partagées, d'autant plus que l'éducation du consommateur est négligée et le marché parallèle florissant.

Conclusion

Le secteur pharmaceutique privé est solidement implanté au Sénégal. Son développement a été régulier, et s'est accéléré depuis le courant des années 80. Le marché pharmaceutique sénégalais a progressé dans le secteur privé, alors que l'approvisionnement du secteur public souffrait de réductions budgétaires importantes et de déficiences notoires dans la gestion. Le réseau des officines privées assure une couverture pharmaceutique qui s'est élargie de 1988 à 1996, il suit à 95% le réseau des centres de santé qui disposent d'un médecin.

Ce développement semble répondre à une logique essentiellement commerciale, encadrée par une réglementation assez peu contraignante et peu incitative à une activité orientée vers les médicaments essentiels et la santé publique.

Jusqu'en 1994, la politique pharmaceutique nationale ne touchait guère les officinaux. Ils n'ont pas été associés aux débats et n'ont eux-mêmes rien fait pour y participer activement, notamment pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako ou la stratégie des médicaments essentiels. Cependant, la multiplication des pharmacies communautaires et la restructuration de la PNA allaient avoir une incidence notable sur le chiffre d'affaires des officines, surtout rurales, soit directement, soit par l'intermédiaire des dépôts qu'elles approvisionnent.

Les programmes publics, appuyés par les organismes de coopération, ont toujours ignoré les pharmaciens privés, sans envisager une forme quelconque de complémentarité entre les pharmacies communautaires et les officines ou dépôts. Le pharmacien privé était jugé responsable du prix élevé des médicaments (prix déterminés par la réglementation officielle) et responsable de la dispensation des médicaments inutiles ou inutilement coûteux (mais autorisés à la vente par l'Etat).

Les consommateurs, de leur côté, avaient réagi en sollicitant de plus en plus les marchés parallèles, pratiqués au grand jour et alimentés par les sources les plus diverses. La situation du secteur pharmaceutique sénégalais était bien connue de tous; mais l'objectif prioritaire restait la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels dans le secteur public, pour assurer le succès de l'Initiative de Bamako, soutenue par les financements des coopérations bi et multilatérales.

A la suite de la dévaluation de janvier 1994, l'importance du secteur privé, marquée jusqu'alors par sa bonne organisation interne et son efficacité, est

apparue clairement. Les dysfonctionnements qui ont suivi la dévaluation ont engendré de multiples pénuries. Il est apparu nécessaire de rechercher des mesures permettant d'atténuer les effets de la dévaluation sur le coût des médicaments, sans compromettre l'existence et la viabilité des établissements pharmaceutiques. Pour cela, tous les acteurs concernés par le médicament ont été réunis et, ensemble, ont défini la stratégie: la politique pharmaceutique commençait à concerner tous les acteurs y compris le secteur privé. Les résultats, en 1995, sont faibles; mais on note quelques signes de changement: certains génériques ont reçu leur visa d'enregistrement; la technique de l'appel d'offres est tentée par le secteur privé; la part des génériques dans le marché est passée, de 5% en 1993, à plus de 7% en 1994.

Cette étude a-t-elle permis de répondre à la question initiale: "dans quelle mesure le secteur privé contribue-t-il à la disponibilité et à l'accessibilité des médicaments essentiels?".

Elle aura, au minimum, permis de faire quelque lumière sur certains aspects du secteur pharmaceutique privé et sortir ainsi des discours manichéens. Elle est cependant loin d'avoir ouvert réellement cette "boîte noire", qui représente pourtant plus de 80% du marché officiel du médicament du Sénégal, troisième marché de l'Afrique subsaharienne francophone en 1995-1996.

Comme de nombreux pays africains, le Sénégal vit une crise économique profonde, plus de la moitié de sa population vit en dessous du seuil de pauvreté. Il devra mener à terme les réformes du système de santé et de la politique pharmaceutique pour promouvoir les soins de santé primaires et l'accessibilité des populations aux produits pharmaceutiques, notamment aux génériques.

Bibliographie

Damour C., Fleury J.M.: "Etude sur la politique pharmaceutique; compte rendu des travaux de la première phase de l'équipe technique opérationnelle", avril 1988, CREDES-SOGELERG.

Diallo I.: Forum national sur les médicaments et l'initiative de Bamako organisé par MSPAS; rapport introductif sur les soins de santé primaires et l'initiative de Bamako, mars 1992.

Diaw A. et al.: Etude sur le système pharmaceutique au Sénégal, ENDA, Dakar, juin 1990 (non diffusé).

Dienga.: "Le cadre juridique du financement du secteur de la santé au Sénégal", Health financing and sustainability Project (HFS), Abt Associates Inc, septembre 1991.

Diop I., Diong B.: Analyse économique et financière d'un projet d'approvisionnement des structures périphériques en médicaments essentiels; Direction de la Recherche, de la Planification et de la Formation, Dakar, juillet 1987.

ENDA-Tiers Monde: "La consommation des médicaments à Dakar; contribution à une politique des médicaments essentiels", ENDA, Dakar, mars 1988 (non diffusé).

ENDA-Tiers Monde: "Prescripteurs et utilisateurs de médicaments et plantes médicinales au Sénégal", ENDA, Dakar, mai 1990. (Rapport préliminaire)

Jeanne E., Lorenz N. "Projet Pikine, 15 ans d'expérience-un modèle?" In: Argent et Santé, CIE, Paris, 1992.

LE SOLEIL "Baisser les prix des produits pharmaceutiques - 32 médicaments en conditionnement hospitalier", 19 juillet 1994.

Ministère de la Santé et de l'Action sociale: Communication du Ministre lors du Conseil Interministériel sur la santé et l'action sociale, Dakar, septembre 1993.

Ministère de la Santé et de l'Action sociale. Région médicale de Diourbel. "L'initiative de Bamako dans la région de Diourbel: processus de mise en place et résultat de la première évaluation interne", Dakar, janvier 1993.

Ministère de la Santé publique, Direction de la Recherche, de la Planification et de la Formation/Div. Statistiques: Statistiques sanitaires et démographiques, 1986-1987 et 1988.

OMS/DAP: "Prescription des antibiotiques dans trois pays d'Afrique de l'Ouest: Mauritanie, Niger, Sénégal", Genève, 1993 (WHO/DAP/93.4).

Sallet J.P.: Evaluation de la mise en oeuvre de l'initiative de Bamako au Sénégal, Management Sciences for Health (MSH), Boston, avril 1990.

Senghor D.: Dossier Médicaments. Revue "Vivre autrement".-ENDA, Dakar, 1er trimestre-novembre 1984.

Tableau de bord annuel de la situation sociale au Sénégal, édition 1991, n° 95, Dakar, juillet 1992.

Tanguy-Savreux U.: "Aspects juridiques du médicament au Sénégal; thèse de doctorat d'Etat ès-sciences pharmaceutiques, Université René Descartes, Paris, 25 juin 1987.

Annexe

Résultats de l'enquête sur la disponibilité des médicaments essentiels dans les pharmacies et les dépôts, menée en 1993 au Sénégal

Une enquête a été menée, en 1993, auprès de 20 officines et 13 dépôts (10 pharmacies et 3 dépôts de Dakar, 10 pharmacies et 10 dépôts de l'intérieur), afin d'apprécier la présence le jour de l'enquête de 20 produits essentiels: contrôle systématique des spécialités vendues pour chaque molécule; en particulier, étaient recherchés les produits les plus chers et les moins chers disponibles). Les résultats furent les suivants:

Paracetamol

Pharmacies Dakar:	10/10 (Doliprane à 770 FCFA et Dolko/Paracetamol à 633 FCFA)
Dépôts Dakar:	2/3 ont Efferalgan seulement (660 FCFA)
Pharmacies (intérieur):	10/10 (idem pharmacies Dakar)
Dépôts (intérieur):	8/10 ont le produit (notamment Doliprane ou Dolko/Paracétamol.)

Acide acétylsalicylique

Pharmacies Dakar:	10/10 (Aspro 500 20 cp à 731 FCFA et Aspirine SIPOA 100 cp à 820 FCFA)
Dépôts Dakar:	2/3
Pharmacies (intérieur):	10/10 (idem pharmacies Dakar)
Dépôts (intérieur):	9/10 ont le produit

Phénobarbital 100mg

Pharmacies Dakar:	10/10 (Gardenal à 417 FCFA)
Dépôts Dakar:	2/3 ont Gardenal
Pharmacies (intérieur):	10/10 (idem pharmacies Dakar)
Dépôts (intérieur):	7/10 ont Gardenal (pour 2 autres, délais respectifs de 2j et de (7-15)j)

Mebendazole (ou Albendazole)

Pharmacies Dakar:	10/10 (Zentel 400 à 884 FCFA ou Vermox 500 à 1231 FCFA)
Dépôts Dakar:	3/3
Pharmacies (intérieur):	10/10 (idem pharmacies Dakar)
Dépôts (intérieur):	8/10 ont au moins un des deux produits (et une avec délai de (7-15)j)

Amoxicilline poudre

Pharmacies Dakar:	10/10 (Clamoxyl à 958 FCFA ou Gramidil à 706 FCFA)
Dépôts Dakar:	2/3 ont au moins un produit (Hiconcil ou Clamoxyl)
Pharmacies (intérieur):	10/10 (idem pharmacies Dakar)
Dépôts (intérieur):	4/10 ont au moins un produit (plus une avec délai de 3j, et une autre (7-15)j)

Cotrimoxazole

Pharmacies Dakar:	10/10 (Septrin à 1317 FCFA, Bactekod à 825 FCFA)
Dépôts Dakar:	1/3 a Bactekod (plus une avec délai de (1-2)j)
Pharmacies (intérieur):	10/10 (idem pharmacies Dakar)
Dépôts (intérieur):	7/10 ont au moins un produit

Metronidazole

Pharmacies Dakar:	10/10 (Flagyl à 1832 FCFA et Supplin à 1282 FCFA; 2 n'ont qu'1 des 2, délai 3h)
Dépôts Dakar:	0/3 (une avec délai de 7j)
Pharmacies (intérieur):	10/10 (idem pharmacies Dakar, dont 6 ayant les deux produits)
Dépôts (intérieur):	6/10 ont du Flagyl

Ketoconazole

Pharmacies Dakar:	10/10 ont du Ketoderm à 2215 FCFA
Dépôts Dakar:	0/3
Pharmacies (intérieur):	9/10 (la dixième attendant la commande, délai de 1j)
Dépôts (intérieur):	1/10

Chloroquine

Pharmacies Dakar:	10/10 (Nivaquine 20 cp à 471 FCFA et Chloroquine 100 cp à 1020 FCFA)
Dépôts Dakar:	2/3 ont un des deux produits
Pharmacies (intérieur):	10/10 ont les deux produits
Dépôts (intérieur):	6/10 ont un des deux produits (sinon, délai de 7 à 15 jours)

Quinine injectable

Pharmacies Dakar:	10/10 ont deux produits (souvent Quinimax à 1330 FCFA et Paluject à 1065 FCFA)
Dépôts Dakar:	2/3 ont un des deux produits
Pharmacies (intérieur):	10/10 ont les deux produits (idem Dakar)
Dépôts (intérieur):	8/10 ont un des deux produits

Sel ferreux

Pharmacies Dakar:	10/10 ont deux produits (Erythroton à 989 FCFA et Fumafer à 1060 FCFA)
Dépôts Dakar:	2/3
Pharmacies (intérieur):	10/10 ont les deux produits (idem Dakar)
Dépôts (intérieur):	8/10 ont au moins un produit

Polygeline

Pharmacies Dakar:	1/10 a du Geloplasma à 2680 FCFA
Dépôts Dakar:	0/3
Pharmacies (intérieur):	1/10 a de l'Hemacoel à 3154 FCFA
Dépôts (intérieur):	0/10

Hydrochlorothiazide

Pharmacies Dakar:	6/10 ont de l'Esidrex à 385 FCFA
Dépôts Dakar:	0/3
Pharmacies (intérieur):	1/10
Dépôts (intérieur):	0/10

Cimétidine

Pharmacies Dakar:	9/10 ont du Tagamet à 7746 FCFA
Dépôts Dakar:	0/3
Pharmacies (intérieur):	9/10 ont du Tagamet
Dépôts (intérieur):	1/10 a du Tagamet

Hydroxyde d'aluminium

Pharmacies Dakar:	10/10 ont deux produits (Maalox à 695 FCFA et Gelusil à 732 FCFA)
Dépôts Dakar:	1/3 a un des deux produits
Pharmacies (intérieur):	10/10 ont les deux produits (idem Dakar)
Dépôts (intérieur):	7/10 ont au moins un des deux produits

Butylhyoscine

Pharmacies Dakar:	9/10 ont du Buscopan à 1007 FCFA (la dixième avec délai de livraison de 3h)
Dépôts Dakar:	1/3 a du Buscopan
Pharmacies (intérieur):	10/10 ont du Buscopan
Dépôts (intérieur):	4/10 ont du Buscopan (une autre avec délai de 3j)

Insuline

Pharmacies Dakar:	10/10 ont au moins 2 produits (souvent Insuline IZP ou Choay (455 ou 406 FCFA)
Dépôts Dakar:	0/3
Pharmacies (intérieur):	9/10 ont les deux produits (idem Dakar); pour la dixième délai de 1 jour
Dépôts (intérieur):	0/10

Diazepam

Pharmacies Dakar:	10/10 ont du Valium 5 à 728 FCFA
Dépôts Dakar:	1/3
Pharmacies (intérieur):	9/10 ont du Valium (la dixième a un délai de 3 heures pour sa commande)
Dépôts (intérieur):	4/10

Aminophylline

Pharmacies Dakar:	10/10 ont au moins un produit (Théophylline Bruneau à 540 F ou Theolair à 924 F)
Dépôts Dakar:	0/3
Pharmacies (intérieur):	10/10 (idem Dakar)
Dépôts (intérieur):	0/10

Glucosé 5%

Pharmacies Dakar:	10/10 ont un produit (Glucosé SIPOA à 1405 FCFA ou Glucosé Bieffe à 698 F)
Dépôts Dakar:	0/3
Pharmacies (intérieur):	10/10 (SIPOA)
Dépôts (intérieur):	2/10

Les résultats obtenus appellent quelques commentaires:

- Les 20 officines de l'échantillon disposaient toutes (sauf une pour: kétoconazole, buthylhyocine, insuline, diazepam, et deux pour: cimétidine) de 18 des 20 produits.

Deux produits de la liste faisaient défaut dans la grande majorité:

- Polygeline (présent dans une pharmacie sur 10, que ce soit dans la région de Dakar ou dans les régions périphériques): en interrogeant les pharmaciens, il apparaissait que ce produit était le plus souvent méconnu, ne correspondant manifestement pas à des prescriptions habituelles.
- Hydrochlorothiazide (présent dans 6 pharmacies sur 10 dans la région de Dakar et dans 1 sur 10 dans les régions périphériques): il semble que, au sein de la classe des diurétiques, ce produit était peu souvent prescrit. L'offre s'adaptant à la demande, cette molécule était donc rarement commandée.
- Les données portant sur les dépôts montrent que certains d'entre eux connaissent d'importantes difficultés. L'enquête a porté sur les 20 médicaments du protocole bien que quatre seulement figurent sur la liste des médicaments autorisés. Or ces quatre produits ne sont même pas tous présents dans tous les dépôts. Il a été indiqué aux enquêteurs que plusieurs médicaments n'étaient plus commandés, en raison de leur disponibilité à un bien meilleur prix au niveau de structures publiques proches. Plusieurs dépôts de l'échantillon étaient en fait définitivement fermés.

Les dépôts qui sont toujours en activité et les pharmaciens qui les approvisionnent ne respectent pas la réglementation: 12 produits de la liste du protocole sont en vente dans un certain nombre de dépôts bien qu'ils ne soient pas autorisés.

Autres documents de la Série Recherche de DAP

- N° 1** Injection practices research
- N° 2** How to investigate drug use in communities (également disponible en français)
- N° 3** Operational research on the rational use of drugs
- N° 4** Development of indicators for monitoring national drug policies
- N° 5** People's perception and use of drugs in Zimbabwe
- N° 6** Operational research in the Action Programme on Essential Drugs: Report of an informal consultation
- N° 7** How to investigate drug use in health facilities: Selected drug use indicators (également disponible en espagnol et en français)
- N° 8** Stability of injectable oxytocics in tropical climates: Results of field surveys and simulation studies on ergometrine, methylergometrine and oxytocin
- N° 9** Prescription des antibiotiques dans trois pays d'Afrique de l'Ouest Mauritanie, Niger et Sénégal
- N° 10** Self-medication and its impact on essential drugs schemes in Nepal
- N° 11** Injection practices: A case study in Thailand
- N° 12** Stability of oral oxytocics in tropical climates
- N° 13** Stability of essential drugs in tropical climates: Zimbabwe
- N° 14** Injection practices: A case study of Uganda
- N° 15** Community health workers and drugs: A case study of Thailand
- N° 16** Use of the WHO Certification Scheme on the Quality of Pharmaceutical Products Moving in International Commerce
- N° 17** Impact of a short course in pharmacotherapy for undergraduate medical students: An international multicentre study
- N° 18** La qualité des médicaments sur le marché pharmaceutique africain Etude analytique dans trois pays : Cameroun, Madagascar, Tchad
- N° 19** Operational research projects in the Action Programme on Essential Drugs: An annotated inventory
- N° 20** Injection practices in the developing world
A comparative review of field studies in Uganda and Indonesia
- N° 21** Le secteur pharmaceutique privé commercial au Maroc:
Dynamique de développement et effets sur l'accessibilité des médicaments
- N° 22** La libéralisation du secteur pharmaceutique en Algérie:
Effets sur la disponibilité et les prix des médicaments

Série Recherche No. 23

Le Programme d'Action de l'OMS pour les Médicaments essentiels a été créé en 1981 pour apporter un appui opérationnel aux pays pour l'élaboration de politiques pharmaceutiques nationales basées sur les médicaments essentiels et pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments.

L'objectif du Programme est que tous les individus, où qu'ils se trouvent, puissent se procurer les médicaments dont ils ont besoin à un prix abordable pour eux-mêmes et pour leur pays; que ces médicaments soient sûrs, efficaces et de bonne qualité; et qu'ils soient prescrits et utilisés de façon appropriée.

De nombreux obstacles existent qui, à chaque niveau de la gestion des médicaments, s'opposent à la mise en place de politiques et de programmes pharmaceutiques adaptés. La recherche est un moyen important d'analyser et de surmonter ces obstacles et de ce fait un élément essentiel des activités de soutien aux pays. Le Programme encourage et entreprend des travaux de recherche opérationnelle visant à combler certaines des lacunes qui existent dans nos connaissances sur les meilleurs moyens de choisir, de se procurer et de distribuer les médicaments et sur leur utilisation par les prescripteurs et les consommateurs.

Le présent document fait partie d'une série destinée à faire connaître les activités de recherche du Programme d'Action et à disséminer les résultats des études déjà effectuées.

La recherche qui débouche sur des découvertes pharmaceutiques ou des techniques biomédicales coûteuses et très sophistiquées peut paraître plus attrayante à première vue. Mais la recherche opérationnelle qu'entreprend le Programme d'Action pour les Médicaments essentiels a des répercussions directes sur la façon dont des médicaments vitaux peuvent être mis à la disposition du plus grand nombre.