

CONFERENCE DE L'APSAN

SUR LA PHARMACIE AU MALI : HISTORIQUE ET PERSPECTIVES A L'HORIZON 2015

5 mars 2005

Bamako – Centre Djoliba

Conférencier : Pr. Mamadou Koumaré

Avant – Propos

Mesdames, Messieurs

Permettez-moi avant de commencer mon propos, de remercier toute l'équipe dirigeante de l'APSAN pour la confiance placée en moi.

Le hasard ayant fait que je me retrouve aujourd'hui Doyen des pharmaciens a certainement guidé ce choix. Sinon plus d'un confrère sont en mesure de vous présenter cette évolution de la pharmacie au Mali. A la différence que selon les termes de référence, les organisateurs voudraient ma vision personnelle de Doyen par rapport à l'intégration africaine et la mondialisation.

Ils souhaiteraient également une vraie conférence-débats ; autrement dit de véritables échanges. C'est pourquoi, avec la permission de tous, je vais à ma manière introduire les débats avec quelques repères.

I- Introduction :

Les préoccupations actuelles qu'ont les professionnels et les étudiants de pharmacie concernant l'évolution de leur profession nous semblent très légitimes.

Si les premiers s'inquiètent du trop grand mercantilisme illégal qui ronge le secteur, faisant même oublier à certains confrères le serment de Galien, les seconds se demandent, quels débouchés leur offre le diplôme de pharmacien obtenu avec une formation insuffisante malgré six ans d'étude. Une telle situation nous amène à nous demander si ces préoccupations sont bien appréhendées par les autorités et les bénéficiaires des systèmes de soins de santé ; et surtout si le concept de pharmacie est bien perçu et bénéficie de la place qui lui revient dans le cadre du développement socio - sanitaire et économique ; aussi bien au Mali que dans la sous - région pour ne pas dire dans le monde.

En effet, l'histoire de la pharmacie au Mali est intimement liée à celle de tous les pays ayant subi la domination coloniale. C'est la raison pour laquelle, avant de m'étendre sur la situation dans notre pays et d'en donner une vision personnelle des perspectives par rapport à la mondialisation et à l'intégration africaine d'ici 2015, nous allons faire un rappel sommaire de l'origine de la pharmacie et du médicament dans le cadre mondial, régional et sous - régional.

II- Rappel historique :

2.1- Origines et évolution de la pharmacie :

Les origines des sciences pharmaceutiques se confondent d'une part, avec celles de la médecine ; et d'autre part, avec le métier d'épicier qui constituait avec celui de pharmacien une même corporation. Comme la médecine, les sciences pharmaceutiques et les médicaments sont nés avec les souffrances de l'homme devant la maladie. La pharmacie, considérée comme science et art de préparer les médicaments, devrait donc occuper une place stratégique dans le système de prestations sanitaires.

En effet, "le rôle du médicament en santé publique peut être comparé à celui que jouent les munitions dans une armée ; quels que soient son entraînement, sa discipline, la perfection de son équipement, une armée demeure une armée de parade si elle n'a pas de munitions". De même, le plus gros investissement en infrastructure sanitaire, en équipement de diagnostic, en formation de personnel, risque d'être inefficace si les problèmes de médicaments ne sont pas résolus. C'est dire que si le diagnostic est une étape indispensable au traitement, il n'est pas suffisant. Nous pouvons donc affirmer qu'il n'y a pas de médecine sans médicaments ; mais des médicaments bien identifiés et dont la stabilité, la sûreté et l'efficacité sont bien garanties.

Qui mieux que le pharmacien est en mesure d'assurer une telle garantie ? Malheureusement, son rôle a tendance à se confondre à nouveau avec celui d'un épiciers ; autrement dit, "la délivrance" du médicament devient une simple vente de ce produit. A qui la faute ? Nous examinerons plus loin le cas du Mali.

Si la médecine et la pharmacie sont aujourd'hui séparées sous certains aspects, elles continuent à être exercées simultanément par la même personne dans les pays en développement.

La séparation entre la médecine et la pharmacie s'est opérée très lentement si nous nous référons à l'expérience de la France.

En effet, après Galien (138 après J.C) considéré comme le père fondateur de la pharmacie, il a fallu attendre le 13^{ème} siècle pour voir apparaître en 1273 les premiers textes réglementaires sur l'exercice de la pharmacie. La très grande rivalité entre les épiciers et les apothicaires qui formaient une corporation mixte fut à l'origine de la déclaration royale du 25 avril 1777 concrétisant la séparation des deux professions et la création du collège de pharmacie. Cette déclaration considérée comme le point de départ de l'organisation moderne de la pharmacie, définit le monopole du pharmacien (pour ne pas dire de l'apothicaire) et oblige les maîtres en pharmacie à être propriétaire de leur officine et à exercer personnellement leur art.

C'est la loi du 21 Germinal An XI (11 avril 1803) qui a ouvert en France l'ère de la pharmacie contemporaine. Son application a subsisté jusqu'à la loi du 11 septembre 1941 qui a jeté les bases du système pharmaceutique français. A la libération, l'ordonnance du 24 mai 1945 a validé la loi précitée. Cette ordonnance constitue encore aujourd'hui l'ossature du livre V du code français de santé publique institué en 1953.

Progressivement, les stratégies qui vont être élaborées pour atteindre l'instauration d'un nouvel ordre sanitaire mondial, considéreront les médicaments comme composante indispensable de la technologie sanitaire à réserver aux professionnels.

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale en France est venue adapter dans ce pays les conditions d'exercice de la profession pharmaceutique aux exigences de la constitution européenne ; témoignant de la nécessité d'adapter les structures de la profession à l'évolution de la société.

C'est ce souci d'adaptation qui avait amené le colonisateur à introduire progressivement la pharmacie moderne dans les pays conquis en fonction des variations des options politiques et administratives au cours de la pénétration coloniale.

2.2- Introduction de la pharmacie moderne dans les colonies :

Deux périodes essentielles sont à retenir :

2.2.1-La première de 1840 à 1912

Elle correspond à l'ère coloniale. Les premières dispositions réglementaires en matière de pharmacie et de médicament dans les colonies françaises étaient fondées sur la loi du 21 Germinal An XI. L'arrêté du 25 décembre 1842 semble être le premier texte réglementaire dans les colonies en matière de pharmacie et de médicament. Les dispositions concernaient les conditions d'exercice au Sénégal.

2.2.2-La deuxième de 1912 à 1959

C'est l'époque des territoires d'outre-mer au sein de l'union française jusqu'à l'avènement de la loi-cadre.

Le 26 janvier 1926 deux décrets furent promulgués en Afrique Occidentale Française (AOF instituée en 1895) dont faisait partie le Soudan français (l'actuel Mali) :

- ☞ le premier réglementait l'exercice de la pharmacie en AOF ;
- ☞ le second réglementait la détention, le commerce et l'emploi des substances vénéneuses en AOF.

L'ordonnance du 24 mai 1945 créant l'ordre national des pharmaciens de France, a été appliquée dans les départements d'outre-mer en 1948 avec la mise en place de la section **E** et étendue aux territoires, au Togo et au Cameroun en août 1953 avec la création de la section **F**.

La loi 54-418 du 15 avril 1954, étendant certaines dispositions du code de la santé publique aux TOM, au Togo et au Cameroun a été appliquée en tenant compte des conditions géographiques par deux décrets du 16 août 1955 (N°55-1122 et N°55-1123). Sa promulgation par l'arrêté N°7865 du 10 octobre 1955 a mis fin à la loi du 21 Germinal An XI qui a ainsi régné pendant 150 ans dans les pays issus de la colonisation française. Elle a également ouvert la porte à la période des indépendances nationales, à l'émergence progressive de la souveraineté des états et au transfert des domaines de compétence aux autorités locales. Ceci va permettre des modifications spécifiques à chaque pays dans l'application de la législation pharmaceutique jusque là en vigueur.

Qu'en était-il avec les autres colonies du Royaume Uni et du Portugal ?

La même assimilation était inévitable, même si les approches étaient différentes. En effet, le colonisateur poursuivait ses intérêts et il ne pouvait installer que des structures administratives, politiques et sanitaires favorisant un tel désir.

Après ce bref rappel de la situation générale, voyons de plus près le cas de notre pays pendant les différentes périodes suivantes :

III- Evolution de la pharmacie au Mali :

3.1. Période coloniale (1840 – 1912)

Au début de la pénétration, le colonisateur n'avait pas jugé indispensable d'installer au Soudan une infrastructure pharmaceutique. L'activité dans ce domaine était limitée au ravitaillement des troupes françaises en expédition dans notre pays, à partir de la pharmacie d'approvisionnement de Dakar.

3.2. Période de 1912 à 1959

3.2.1. Organisation administrative et professionnelle

Elle correspond à la mise en place progressive des dispositions indispensables aux activités pharmaceutiques conformément à celles de la métropole avec le même souci de faciliter la pénétration et l'assimilation. C'est à partir de 1930 que les premières pharmacies sont créées à Bamako. Après celle de Mr. Garnier suivra celle de Bruhant en 1935.

L'arrêté du 10 octobre 1955 va permettre l'ouverture de deux autres officines à Bamako (la pharmacie du palais et la pharmacie Rondineau) et une dans chacune des villes suivantes : Kayes, Sikasso, Ségou et Mopti.

Toutes ces pharmacies privées étaient gérées par des pharmaciens français diplômés d'état et ravitaillées par un grossiste répartiteur : Laborex créé vers 1956 ; lui-même ravitaillé par la société mère de Dakar.

Afin de mettre les médicaments de premières nécessités à la disposition de la population des localités les plus reculées, d'accès difficile et dépourvues d'officines, l'ouverture de dépôts sans pharmaciens dans ces localités a été autorisée par le même arrêté. Ces dépôts dépendaient obligatoirement pour leur ravitaillement, des pharmacies du Soudan ou d'un autre territoire du groupe de l'AOF. C'est ainsi que :

- o le dépôt de Markala dépendait de la pharmacie Guigon de Dakar ;
- o celui de Gao dépendait de Niamey ;
- o celui de Nioro dépendait d'une pharmacie de Saint-louis du Sénégal.

Les dépositaires pouvaient être :

- ❖ des pharmaciens africains ;
- ❖ des officiers de santé ;
- ❖ des médecins et vétérinaires ;
- ❖ des herboristes ;
- ❖ des droguistes et épiciers.

Cette autorisation créait ainsi la première brèche au monopole du pharmacien et au caractère scientifique de la profession.

En effet, le gouvernement provisoire du Soudan français a abrogé en 1959 les dispositions relatives à la limitation du nombre de dépôts de médicament. L'organisation professionnelle répondait ainsi aux besoins de l'époque ; à savoir, la couverture pharmaceutique la plus large que possible des territoires de l'AOF.

L'expérience de ce réseau d'établissements privés de distribution servira de modèle à certains pays à leur accession à l'indépendance.

Concernant les formations sanitaires publiques de notre pays, elles étaient ravitaillées par la pharmacie d'approvisionnement des troupes de Bamako créée en 1941 qui sera plus tard après la guerre en 1947 la pharmacie d'approvisionnement du Mali ou Pharmapro.

Ce service était une Division technique de la Direction Nationale de la Santé. Son rôle était d'assurer l'importation, le conditionnement et le stockage des substances pharmaceutiques, des réactifs de laboratoire, des objets de pansement, du matériel médico – chirurgical et de radiologie pour le besoin de ces formations. Il disposait à cet effet d'un compte spécial alimenté par le budget national sur ordres de virements et débité du montant des ordres de paiement réglés aux fournisseurs. Selon les possibilités de trésorerie, le virement immédiat au profit des divers fournisseurs était effectué ; mais ce qui était plus fréquent, c'était le passage des opérations dans un compte d'attente, celui des virements différés. Ce qui permet de deviner les énormes

difficultés d'approvisionnement occasionnées par l'accumulation des créances.

Le pharmacien chef de cet établissement assurait la fonction d'inspecteur en pharmacie et le secrétariat du bureau des visas des produits pharmaceutiques.

La pharmacie d'approvisionnement du Mali était seule habilitée à importer et à distribuer les produits stupéfiants (substances du tableau **B** de cette époque).

Elle comprenait plusieurs sections :

- a) la gestion du stock avec deux réseaux de distribution sur livrets de commande un pour Bamako et Kati et le second pour l'intérieur du pays ;
- b) le laboratoire de chimie : on y effectuait les analyses toxicologiques et biomédicales de routine ;
- c) le laboratoire de galénique pour les préparations magistrales et officinales ;
- d) le service administratif et financier : il s'occupait du suivi des paiements des fournisseurs et de l'administration du personnel.

Il n'était donc pas surprenant que par décret N°81/PG-RS du 29 février 1960 elle ait été autorisée à faire des cessions de certains médicaments au public de Bamako, aux collectivités organisées (Institut National de Prévoyance Sociale et missions religieuses). Ce qui inaugurerait déjà l'idée du secteur privé étatique avant la souveraineté nationale.

3.2.2. *Formation et ressources humaines :*

Il faut souligner qu'à la fin de cette période le Mali disposait de trois pharmaciens diplômés et de quatre pharmaciens africains pour assurer la relève du colonisateur à l'indépendance. Ils ont tous été formés à l'extérieur, le pays ne disposant pas de cadre de formation approprié. Il est également à noter qu'avec cet effectif le Mali avait donc 1 pharmacien pour plus d'un million d'habitants.

3.3. Période de 1960 à 1984 :

3.3.1. Organisation administrative et professionnelle :

Avec l'accession de notre pays à l'indépendance (le 22 septembre 1960) et la nouvelle orientation politique, les autorités sanitaires ont continué, comme dans la plupart des autres Etats issus de la domination française, à opérer les changements qui leur semblaient nécessaires à l'accomplissement de leur mission de protection et de promotion de la santé des populations. Les différents changements intervenus à la suite des multiples projets et plans de développement économiques (basés sur la voie socialiste) étaient les suivants :

Le 5 octobre 1960 création de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) par l'ordonnance N°18/PG-RM. Elle avait pour mission de procéder à l'importation et à la vente aux particuliers, aux collectivités publiques ou

privées, à des prix modérés compatibles avec sa rentabilité, les produits suivants :

- médicaments ;
- produits chimiques et droguerie ;
- produits de parfumerie et d'hygiène ;
- matériel médicochirurgical et de radiologie ;
- matériel et réactifs de laboratoire.

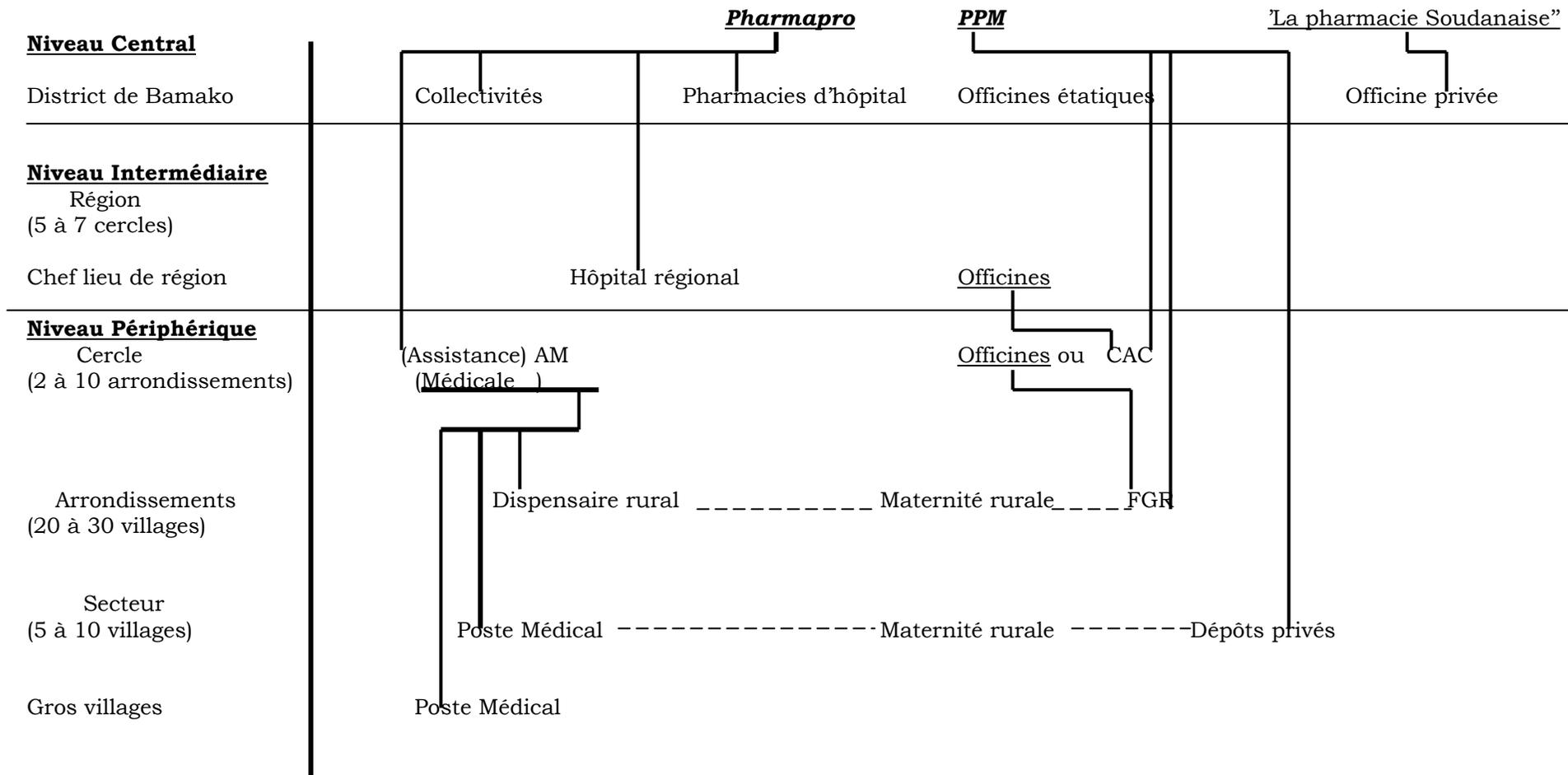
La réorganisation des services de santé intervenue en octobre 1968 maintiendra la Division approvisionnement pharmaceutique (pharmapro) sous la dépendance de la Direction nationale de la santé. Sa structure s'était cependant agrandie d'une section ; celle de la Recherche et du contrôle, chargée du contrôle de la qualité et des études sur les substances médicinales naturelles.

Quant à la pharmacie populaire (PPM), d'abord relevant du Ministère en charge de la santé, elle sera avec le Décret N°12/PG-RM du 22 février 1971, sous la tutelle du Ministère de Sociétés et Entreprises d'Etat. Elle gardera néanmoins des relations d'ordre technique avec son ancienne tutelle. Une certaine dualité du secteur pharmaceutique va alors s'installer entre la pharmapro (médicaments sensés être gratuits) et la PPM (médicaments payants) conduisant à de nouveaux changements devant renforcer les missions prioritaires de chacun des deux établissements. Avec l'ordonnance N°43/CMLN/du 14 août 1973 la section recherche contrôle de la pharmapro deviendra une Direction nationale avec la création de l'Institut National de Recherches sur la Pharmacopée et la Médecine Traditionnelle (INRPMT) L'achat des pharmacies privées existant avant l'indépendance et la circulaire du 1^{er} juin 1974 modifiée par celle du 20 juillet 1976 vont permettre le développement du réseau de distribution (dépôt des fédérations de groupements ruraux, des centres d'animation rurale etc.) de la PPM au détriment du respect des règles professionnelles. L'environnement socio-économique s'y prêtait.

En effet, avec le choix du pays pour la voie de l'économie socialiste en 1960, la priorité affichée était celle du développement du secteur rural. Avec le temps, la voie socialiste du secteur privé étatique s'est développée. La période de sécheresse a apporté la notion d'auto-suffisance alimentaire par le biais de la maîtrise de l'eau ; mais aussi d'autosuffisance sanitaire avec la régionalisation de l'approvisionnement pharmaceutique (la région de Mopti a servi de structure pilote à cet effet).

Le schéma de la distribution des médicaments peut-être représenté comme suit :

SCHEMA DE LA DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS



Une telle situation de vases communicants ne pouvait aboutir qu'à la nécessité d'une réforme pharmaceutique ; surtout que l'utilisation des bons de commande des formations sanitaires devenait inappropriée à cause de la mauvaise expression des besoins et de l'insuffisance de leur dotations budgétaires.

A la même période, sur le plan mondial, régional et sous-régional, une attention toute particulière était comme indiqué plus haut, accordée au secteur pharmaceutique. En effet, les médicaments considérés comme composante indispensable de la technologie sanitaire, occupaient une place de choix et devaient être réservés à des professionnels. Les stratégies en cours d'élaboration pour atteindre l'instauration d'un nouvel ordre sanitaire mondial l'exigeaient. Nous en voulons pour preuves :

- ⇒ la résolution WHA/31.32 de la trente et unième assemblée mondiale de la santé permettant d'assurer l'approvisionnement régulier en médicaments essentiels ;
- ⇒ la résolution AFR/RC27/R8 de la vingt septième session du comité régional de l'OMS pour l'Afrique relative à la mise en place d'un groupe de travail à cet effet ;
- ⇒ les études entreprises par la CEAO sur les actions communautaires pour une politique pharmaceutique intégrée ;
- ⇒ la création d'un comité d'experts sous-régionaux pour la circonstance ;
- ⇒ la création de l'Association Pharmaceutique Interafricaine (API) sur le plan régional et des Amicales de pharmaciens dans certains pays dont le Mali ;

Comme pour suivre le mouvement d'intégration de l'époque, l'Office Malien de Pharmacie (OMP) fut créé par la loi N°81-18/AN-RM du 16 février 1981. Il regroupait l'INRPMT, la pharmapro, le laboratoire de solutés massifs et l'Usine Malienne des Produits Pharmaceutiques (UMPP).

L'étude de consolidation de l'OMP a abouti à sa dissolution et à l'adoption d'une réforme du système pharmaceutique national (le 23 mars 1983) composé de trois structures :

- une structure d'importation et de distribution ;
- une structure de recherche et de production ;
- une structure de coordination, de planification et de contrôle.

La mise en œuvre de cette réforme ne pouvait être facile avec l'attribution à la seule PPM du monopole de l'importation et de la distribution des médicaments ; surtout avec le vent de libéralisation et de privatisation qui soufflait sans oublier la situation économique et sociale dégradée et le quasi vide juridique en la matière.

3.3.2. *Formation et ressources humaines :*

Comme pour assombrir d'avantage ce tableau, la sortie de la première promotion de pharmaciens de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie, posait un sérieux problème par rapport au marché de l'emploi.

Pourtant, ils n'étaient que cinq (05) sur un effectif de quinze (15) étudiants en première année lors de la création en 1973 de la section pharmacie.

En tenant compte des cadres formés à l'étranger, le Mali disposait de cent dix huit (118) pharmaciens à la fin de 1984 (selon nos estimations à partir de nos sources d'information).

Soulignons en passant que les effectifs de la 1^{ère} année n'étaient que de 9 à 12 entre 1973 et 1978 et qu'en 1981-1982 il n'y a même pas eu d'inscription.

Le partage de l'importation et de la distribution devenait indispensable entre les différents acteurs du secteur malgré le protocole d'accord de la cogestion Sino-Malienne.

3.4. Période de 1985 à 1994 :

Ainsi sous la responsabilité du Ministre en charge de la santé, les textes suivants régissant la privatisation des professions sanitaires ont été adoptés et promulgués :

- la loi N°85-41/AN-RM du 22 juin 1985 portant autorisation de l'exercice privé des professions sanitaires ;
- le décret N°177/PG-RM du 23 juillet 1985 portant organisation de l'exercice privé des professions sanitaires ;
- l'arrêté 5108/MSP-AS/CAB du 5 mai 1986 portant modalité d'application du décret N°177/PG-RM du 23 juillet 1985 ;
- la loi N°86-36/AN-RM du 12 avril 1986 portant institution de l'ordre national des pharmaciens et le code déontologique annexé à ladite loi.

Ces différents textes vont amener une certaine libéralisation peu contrôlée de la profession ; surtout avec le changement effectué pour la voie de l'économie nationale indépendante et planifiée, impliquant les secteurs public, privé et mixte.

Avec l'avènement de l'Initiative de Bamako et le renforcement du monopole de la PPM par le renouvellement, le 6 novembre 1989 du protocole d'accord indiqué plus haut, les difficultés ce sont accumulées, aggravant la situation des pharmaciens privés.

Ces difficultés avaient pour noms :

- financement inexistant et procédures d'installation longues ;
- approvisionnement irrégulier et insuffisant ;
- prix élevé de certains médicaments, marge bénéficiaire insuffisante et charges fiscales trop lourdes.

Si les autorités ont supprimé l'inspection de la santé, il faut noter que pendant toute cette période aucune des tentatives de création d'un syndicat des pharmaciens privés n'a pu résister à l'épreuve du temps et que l'ordre est resté impuissant. C'est dire qu'autorités et professionnels ont leur part de responsabilité.

Au regard de ces difficultés par rapport à la situation d'aujourd'hui on est tenté de se demander si notre pays dispose d'une politique pharmaceutique appropriée ou si tel était le cas, sa mise en oeuvre est-elle faite avec des ressources humaines et financières efficaces ?

En effet, sur le plan quantité le Mali était à près d'un pharmacien pour 80.000 habitants ; ce qu'enviaient certains pays voisins.

Par ailleurs, les différentes coopérations apportaient suffisamment de ressources financières (notamment l'union européenne).

Pour répondre aux questions posées nous allons passer en revue les objectifs visés par la politique conceptualisée depuis décembre 1990 avec la politique sectorielle de santé et adoptée en juin 1998 sans oublier l'environnement socio-économique et politique marqué par la dévaluation du franc CFA et le regain pour les actions communautaires.

3.5. Période de 1994 à nos jours :

3.5.1- Les objectifs de la politique nationale :

a) Objectif général :

Rendre accessible géographiquement, physiquement et financièrement à la population des médicaments essentiels de qualité.

o Objectifs spécifiques :

- ❖ Développer la diffusion des médicaments essentiels génériques (MEG) en dénomination commune internationale (DCI) de qualité à travers tous les circuits de distribution ;
- ❖ Développer la compréhension entre secteur privé, public et communautaire dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique ;
- ❖ Améliorer les pratiques de prescription et de dispensation des médicaments ;
- ❖ Garantir la disponibilité des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique à travers un système de recouvrement des coûts ;
- ❖ Développer la recherche sur la pharmacopée traditionnelle ;
- ❖ Promouvoir la production des médicaments traditionnels ;
- ❖ Assurer la disponibilité et la qualité des analyses biomédicales par niveau de soins ;
- ❖ Assurer la qualité des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique ;
- ❖ Renforcer la coordination de la mise en oeuvre de la politique pharmaceutique ;
- ❖ Améliorer le cadre d'application de la législation et de la réglementation pharmaceutique.

Pour atteindre ces objectifs les stratégies suivantes ont été dégagées :

3.5.2- Stratégies de la politique nationale :

- ☞ l'élaboration d'une législation et d'une réglementation permettant à la fois l'épanouissement d'un marché de libre concurrence ainsi qu'une

protection du public en termes de sécurité pharmaceutique et d'accessibilité financière ;

- ☞ le développement d'un approvisionnement en MEG de qualité ;
- ☞ la mise en place d'une politique de prix et de financement des médicaments permettant d'assurer leur achat en quantité suffisante ; Ce système se basera sur le recouvrement des coûts dans les établissements publics et communautaires et la diffusion encore plus importante de MEG dans le secteur privé ;
- ☞ la formation des prescripteurs et des distributeurs à une meilleure prescription et à une meilleure dispensation des MEG et le développement d'un système d'information des prescripteurs, distributeurs et du public sur l'utilisation des médicaments pour un meilleur usage ;
- ☞ l'orientation de la production vers les médicaments essentiels de base y compris ceux issus des plantes médicinales ;
- ☞ l'identification et l'introduction d'une liste d'analyses biomédicales concourant à l'amélioration de la qualité des diagnostics et partant, des soins ;
- ☞ l'orientation de la recherche vers la valorisation de la pharmacopée traditionnelle malienne et la recherche opérationnelle ;
- ☞ l'ouverture du capital de l'usine malienne des produits pharmaceutiques (UMPP).

Le schéma de la distribution des médicaments peut-être représenté comme suit :

Schéma non disponible Page disponible mais à scanner



A notre avis, et sans rentrer dans le détail des activités programmées, il est difficile d'obtenir une politique mieux pensée. Mais quand on regarde les résultats obtenus, on se rend compte que malgré certains acquis indéniables, les problèmes demeurent presque entiers depuis le début de sa mise en œuvre.

IV- Analyse de la situation actuelle :

4.1- Les acquis :

Sans être exhaustif, nous avons retenu :

- ⇒ l'existence d'une section pharmacie à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie ;
- ⇒ l'existence des textes de privatisation y compris ceux des codes de déontologie. Signalons cependant que certains textes peuvent poser des problèmes (Décret N°95-425/P-RM du 6 Décembre 1995 autorisant le déconditionnement de certains produits pharmaceutiques et le Décret N°95-448 / P-RM du 27 Décembre 1995 autorisant la substitution de médicaments essentiels aux spécialités pharmaceutiques) ;
- ⇒ l'existence d'une politique sectorielle de santé incluant les aspects pharmaceutiques ;
- ⇒ l'existence d'un laboratoire national de santé ;
- ⇒ le rétablissement de l'inspection de la santé ;
- ⇒ la défiscalisation du médicament essentiel ;
- ⇒ le système de recouvrement des coûts ;
- ⇒ l'existence de formulaire de prescription.

4.2- Les problèmes :

Quant aux problèmes, ceux que nous avons retenus sont relatifs à :

- ⇒ l'application du code de déontologie :
 - dysfonctionnement de l'environnement institutionnel ;
 - non respect du code ;
- ⇒ l'accès aux emplois professionnels et l'exercice illégal :
 - insuffisance, non respect et manque de rigueur dans l'application des textes de la privatisation ;
 - insuffisance de données actualisées sur la pharmacie en général ;
 - réseaux d'importation et de distribution non maîtrisés ;
 - absence d'outil de gestion performant (système informatisé) ;
 - absence de mesures incitatives pour l'installation des jeunes diplômés et de statut valide de l'assistantat ;
 - abandon du secteur public et insuffisance de cadres dans les domaines de l'administration, de l'industrie, et la pharmacie hospitalière ;
- ⇒ la tarification, la fiscalité et la fraude :
 - absence de structure de prix consensuelle ;
 - inadaptation de la fiscalité et de la politique de visa ;

- non maîtrise des éléments constitutifs de la fiscalité par la majorité des pharmaciens privés ;
 - vente illicite des médicaments.
- ⇒ la formation et l'information :
- insuffisance dans la formation en faculté ;
 - insuffisance pour ne pas dire l'inexistence de formation continue ;
 - absence d'un système organisé d'information du public ;
 - difficulté de la collecte des données.

Il faut reconnaître que ces problèmes, à des degrés divers, se retrouvent aussi bien dans les pays développés que dans ceux du sud. Du fait qu'ils peuvent déstabiliser là où règne l'harmonie, la communauté internationale a jugé indispensable de venir au secours des pays de la zone franc après la dévaluation de leur monnaie en janvier 1994.

C'est ainsi, que notre pays a bénéficié et continue d'obtenir l'aide qui nous a permis d'élaborer et d'appliquer la politique ci-dessus présentée. De bons résultats ont été obtenus (création de la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament) mais beaucoup restent encore à faire.

En effet, les structures sont une chose, les ressources humaines pour leur mise en œuvre en sont une autre.

En fin 2004 avec 376 pharmaciens (soit un pharmacien pour 30 000 habitants) inscrits dont 314 pour la section A, 12 pour la section B, 27 pour la section C, et 23 pour la section D, le Mali disposait déjà d'un effectif qui devrait lui permettre d'avoir une toute autre image que celle qu'elle a aujourd'hui en matière de pharmacie.

Mais en tout être humain cohabitent égoïsme et générosité. Si le premier l'emporte, il n'est plus question de solidarité.

Hélas, il y a très peu de solidarité aujourd'hui entre nous pharmaciens.

Si le législateur dans sa mission d'élaboration des textes d'un cadre institutionnel a des arrières - pensées de sauvegarde d'intérêts particuliers (ce qui est différent de l'adaptation des structures de la profession à l'évolution sociale), il n'est plus question d'objectivité ; et le dysfonctionnement voire le blocage du fonctionnement d'une telle institution sera inévitable. Malheureusement il arrive qu'assez souvent on observe une telle situation.

La rigueur dans l'application des textes d'organisation et de fonctionnement d'une institution ne signifie pas rigidité de ces textes. Pour exercer cette rigueur, il faut obligatoirement des hommes ou des femmes de rigueur.

Malheureusement peu de responsables savent résister à l'environnement social qui ne favorise pas la prise d'une telle attitude.

Manque de solidarité, d'objectivité et de rigueur ce sont là à notre sens certaines des raisons essentielles des difficultés actuelles de notre profession.

Que nous réserve donc l'avenir devant une telle situation ?

V- Solutions et perspectives :

La science, de même que la société évoluant, notre profession ne peut que suivre cette évolution afin de répondre partout aux besoins des patients et des autorités sanitaires d'où l'exigence d'une formation continue et d'une éthique professionnelle plus forte. Il est évident que pour assurer cette exigence, il faut une véritable volonté et des mesures concrètes incitatives accompagnant cette volonté.

L'analyse de la situation actuelle nous amène à suggérer ce qui suit :

5.1-Solutions :

Le préalable à notre avis pour toute solution est d'avoir la volonté et un objectif clair et précis pour la profession. Si ces deux conditions sont réunies, on ne peut ne pas se mettre en cause et ne pas accepter la formation continue. On ne peut ne pas être solidaire ; on ne peut ne pas être rigoureux.

5.1.1. La formation et l'information :

a)- Au niveau de la faculté :

- o Renforcer et adapter certains enseignements (galénique, analyses biomédicales, gestion, anglais, informatique ;
- o Réintroduire certains cours (Zoo pharmacie) ;
- o Réinstaurer les stages pratiques au cours de la formation ;
- o Instituer un concours d'internat ;
- o Programmer le remplacement des professeurs missionnaires par des nationaux dans le cadre d'un plan de carrière.

b)- Au niveau des professionnels :

- o Mettre en place un cadre de concertation périodique ;
- o Assurer dans les officines, après une formation appropriée, des moments de conseils et de confidentialité pour le public ;

5.1.2. L'application du code de déontologie et des textes de la privatisation :

- o Observer le respect de la hiérarchie institutionnelle ;
- o Respecter les délais de traitement des dossiers ;
- o Appliquer les sanctions prévues dans les textes ;
- o Responsabiliser l'inspection et le conseil national de l'ordre des pharmaciens dans la prise de certaines décisions quand le délai de réaction des autorités relatif à leurs rapports est dépassé ;
- o Améliorer la transparence dans la gestion des fonds de l'ordre pour gagner mieux la confiance des pharmaciens.

5.1.3. La production locale et la distribution :

La production locale doit cibler les besoins réels ; les grossistes et les officinaux doivent participer à la maîtrise de ces besoins.

5.1.4. La tarification, la fiscalité, la fraude et l'exercice illégal :

- o Mettre en place des cadres de concertation périodiques entre les professionnels et les départements ministériels concernés par l'établissement d'une structure de prix consensuelle et d'une fiscalité adaptée à notre profession ;
- o Appliquer les sanctions prévues avec rigueur dès lors que les mesures ci-dessus indiquées seront durablement effectives.

5.2- Perspectives :

5.2.1. Au niveau national :

L'avenir de la profession dépendra à notre avis de la volonté et de la rigueur avec lesquelles seront mises en œuvre par les autorités, l'ordre (gardien de l'éthique pharmaceutique), et le syndicat, les solutions préconisées.

Nous pensons qu'avec la formation actuelle, l'attitude de la majorité des confrères officinaux est la "vente" ; alors que l'officine signifie "délivrance". Ce qui veut dire qu'il faut encore beaucoup d'efforts en matière de formation. La polyvalence des premières années ne devrait plus être un frein à l'orientation vers une spécialisation dès la 3^{ème} année. Les filières de la pharmacie hospitalière, de la recherche et de l'industrie peuvent être mises en place avec les structures actuelles renforcées.

Le changement viendra du choix que les officinaux feront entre la vente de tous les produits commercialisables considérés comme rentables et ceux qui leurs sont réservés.

Le changement viendra aussi des grossistes répartiteurs et des fabricants par une grande contribution de leurs activités dans la sécurisation du stock national minimal par une meilleure appréciation des besoins.

Quant aux hospitaliers et aux administrateurs de la profession ils doivent, pour les premiers, s'intégrer mieux dans la formation, la recherche et la rationalisation de la prescription ; pour les seconds, permettre d'assurer, une meilleure cohérence dans l'élaboration et l'application des textes réglementaires.

Par ailleurs, notre implication dans la résolution des problèmes nationaux de santé publique fera obligatoirement la différence avec les non professionnels ; car nous seront contraints de suivre l'évolution par le respect d'une formation continue et d'appliquer avec rigueur la déontologie. C'est à ce prix que le professionnalisme pourrait petit à petit gagner du terrain d'ici 2015 et favoriser l'émergence d'un système national plus harmonieux.

Pour ma part je suis très septique quant au respect de cette échéance eu égard aux différentes difficultés citées plus haut.

En effet, malgré l'introduction du numerus clausus, les effectifs à la sortie des promotions continueront à croître et les conditions de formation ne s'amélioreront pas à souhait.

5.2.2. Au niveau régional et mondial :

Les actions communautaires, elles auront toujours des limites, réalisme oblige, du fait qu'il faut au sein de chaque pays un seuil critique de consensus.

Par ailleurs, les intérêts des pays sont différents et les volontés politiques difficiles à concrétiser. C'est pourquoi nous ne croyons pas aux grands ensembles régionaux d'ici 2015, encore moins aux concertations et un ensemble Nord Sud de régulation du secteur pharmaceutique.

Il est certain que le Nord nous maintiendra toujours en survie pour sauvegarder leurs intérêts ; mais ils ne feront pas plus.

VI- Conclusion :

Avec cet exposé, nous avons essayé d'une part, de présenter brièvement :

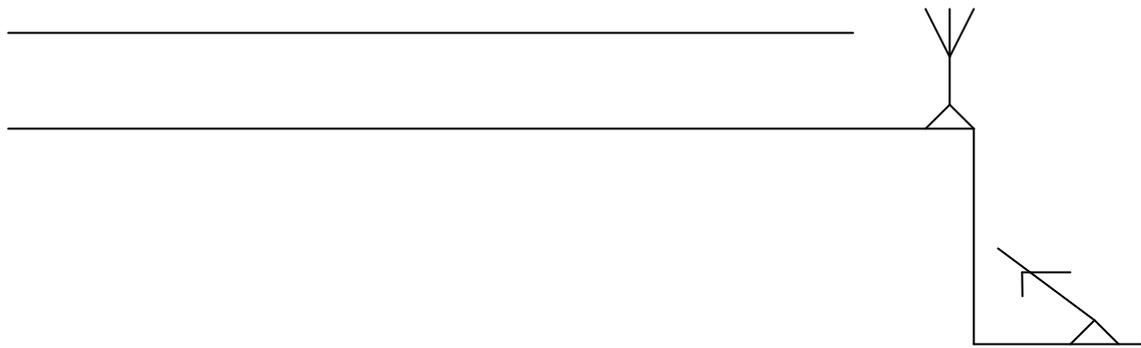
- ⇒ l'évolution organisationnelle de notre profession dans le monde, la région africaine et dans notre pays ;
- ⇒ la politique élaborée dans notre pays en la matière ;
- ⇒ Et d'autre part, de vous exprimer nos sentiments de crainte devant le mercantilisme grandissant qui s'est emparé de la profession et dont nous sommes nous-mêmes pharmaciens, parmi les premiers responsables à cause surtout de notre manque de solidarité et de rigueur. Nous n'en voulons pour preuve que les échecs des tentatives de regroupement entre confrères ou entre pays pour des actions communautaires dans certains domaines du secteur pharmaceutique et ce, malgré une importante aide internationale de survie. Pour parvenir à ces regroupements il est évident qu'il faut d'abord l'abandon de quelques intérêts individuels et un certain consensus au sein de chaque pays partenaire ; ce qui n'est point chose aisée.

Outre cette solidarité entre pharmaciens, il faut, aussi bien pour les professionnels que pour les autorités sanitaires, faire preuve d'une réelle volonté de sauvegarde du secteur. Pour cela, objectivité et rigueur dans l'élaboration et l'application de tous les textes nous semblent incontournables. Ce qui n'est pas toujours le cas.

Si nous ne voulons plus qu'on nous considère comme de simples commerçants, nous devons changer d'attitude et nous comporter en agents indispensables à l'application de la politique sanitaire de notre pays. C'est dire que les officinaux doivent obligatoirement choisir la "délivrance" ; que les grossistes répartiteurs acceptent la transparence par une meilleure coopération ; que les industriels et les hospitaliers ne se limitent pas aux activités de routine de tous les jours.

Nous reconnaissons cependant que l'environnement socio-économique est un handicap majeur pour y parvenir ; mais nous sommes contraints de faire un choix entre redorer notre blason ou sombrer progressivement.

En 2015, nous pouvons être au bout du tunnel ou dans le gouffre ; suivant notre choix pour la solidarité et le regroupement de proximité procurant un développement réel et non une survie ou pour l'égoïsme et le refus à la formation continue, contribuant à ternir d'avantage notre image.



Bibliographie

1- Diomandé

Contribution à l'étude de l'évolution de la pharmacie en Côte-d'Ivoire
Thèse 1996

2- Dolo Irma

Contribution à l'étude du secteur pharmaceutique privé : difficultés et perspectives

Thèse 1989

3- Keïta Arouna

Contribution à l'élaboration d'une politique nationale de pharmacie

Thèse 1978

4- Traoré Amara cherif

Contribution à l'étude de l'évolution de la pharmacie au Mali

Thèse 1983

5- Documents donnés par l'Ordre National des Pharmaciens (2004)

6- Documents donnés par la DMP (2004)

7- Documents donnés par l'Inspection de la Santé (2003)

8- Documents donnés par la PPM (2004)

9- Registres de thèses de la section pharmacie (1978 à 2004)