



World Health Organization  
Organisation mondiale de la santé

35852

WHO/DAP/91.3  
Original: Français  
Distribution: Limitée

# OUTILS POUR DIAGNOSTIQUER LA SITUATION ECONOMIQUE DU MEDICAMENT AU NIVEAU NATIONAL



Genève 1991

**OUTILS POUR DIAGNOSTIQUER LA  
SITUATION ECONOMIQUE DU MEDICAMENT  
AU NIVEAU NATIONAL**



**Germán VELASQUEZ**

Programme d'Action pour les Médicaments essentiels  
Organisation mondiale de la Santé  
Genève 1991

## OUTILS POUR DIAGNOSTIQUER LA SITUATION ECONOMIQUE DU MEDICAMENT AU NIVEAU NATIONAL (1)

### INTRODUCTION

La politique de médicaments essentiels est une composante fondamentale d'une politique nationale de santé: s'appuyant sur la notion de soins de santé primaires, elle vise à "assurer à tous les peuples la fourniture régulière et l'usage rationnel de médicaments sûrs et efficaces, de qualité acceptable et au coût le plus faible." (2) . Avec des degrés d'application inégaux, l'idée de médicaments essentiels a inspiré un grand nombre de politiques pharmaceutiques (3).

Dans les années 1980, les pays en développement ont été confrontés à de très graves difficultés. Le niveau d'endettement extérieur de la plupart des pays d'Afrique et d'Amérique Latine est devenu un fardeau considérable pour ces économies. La récession économique et les politiques d'ajustement ont touché particulièrement les populations vulnérables, en particulier les femmes et les enfants des milieux défavorisés. Dans de nombreux pays d'Afrique au Sud du Sahara, l'état nutritionnel, la scolarisation des enfants, l'accès aux soins se sont dégradés.

Ces pays ne peuvent plus payer leur facture pharmaceutique. Cela entraîne une crise des systèmes de financement de la consommation de médicaments (4).

---

(1) Ce document est basé principalement sur la première partie du document "Accès aux médicaments et financement" élaboré par J. DUMOULIN, M. KADDAR et G. VELASQUEZ.

(2) OMS, L'utilisation des médicaments essentiels, troisième rapport du Comité d'experts de l'OMS, Genève, 1988, Série de Rapports techniques, 770.

(3) OMS, La situation pharmaceutique mondiale, Genève, 1989-1990.

(4) The World Bank, Financing Health Services in Developing Countries, An Agenda for a Reform, Washington, The World Bank, 1987.

L'objectif d'accès universel aux médicaments essentiels paraît fortement compromis dans de nombreux pays à cause du poids de facteurs économiques défavorables. Le problème est de concilier l'assainissement des économies et la satisfaction de besoins humains fondamentaux (1).

Cette situation ne remet pas en cause les politiques de médicaments essentiels, bien au contraire. Le problème de l'utilisation des ressources rares a toujours été au coeur de ces politiques: la notion de médicaments essentiels donne des critères pour effectuer des choix en poursuivant les deux objectifs de gestion rationnelle des ressources et de promotion de la santé publique. La crise actuelle rend ce problème encore plus aigu et oblige à repenser les méthodes de financement de la consommation de médicaments: les populations peuvent-elles se substituer aux Etats qui ne peuvent plus fournir autant de moyens financiers qu'auparavant ? L'ensemble des contraintes économiques et financières devient ainsi un élément clé des politiques pharmaceutiques.

Les politiques de médicaments essentiels doivent comprendre des volets économiques et financiers reposant sur une analyse précise du contexte économique, pour mieux tirer parti de cette situation et s'y adapter.

L'objectif de ce travail est d'identifier les indicateurs économiques nécessaires pour évaluer les aspects économiques du médicament dans un pays, à un moment donné.

Nous essaierons de présenter les indicateurs permettant de décrire la situation économique du médicament.

**Quelles sont les différents aspects (questions à se poser) permettant de décrire la situation économique du médicament dans un pays ?**

Cette situation comporte de nombreux aspects. Pour clarifier le plus possible l'analyse, ces aspects seront rassemblés en grandes questions qui permettent de résumer la situation:

---

(1) UNICEF. L'ajustement à visage humain, New-York, 1987 .

1. Quelle est la situation économique nationale ?
2. Quelle est la situation sanitaire d'ensemble ?
3. Combien dépense le pays pour les médicaments?
4. Quelle est le degré de dépendance du pays dans ces approvisionnements pharmaceutiques?
5. Quels sont les principaux agents économiques du système pharmaceutique national ?
6. Comment le pays peut réduire les gaspillages ?
7. Qui paie ?
8. L'accès de la population à la consommation de médicaments est-il équilibré ?

## 1. QUELLE EST LA SITUATION ECONOMIQUE NATIONALE ?

Il ne s'agit de retenir que quelques éléments de cette situation, dans la mesure où ces éléments sont utiles pour le diagnostic de la situation économique et financière du médicament.

La question essentielle à se poser est de savoir quel est le niveau de richesse du pays considéré, quelle est son évolution, quelle est sa répartition (qui détient cette richesse) ? En effet, hors l'aide internationale, la consommation de médicaments est une dépense qui est une utilisation du revenu national. Même si cette dépense peut être considérée comme un investissement dans les ressources humaines favorisant à terme le développement, il faut commencer par faire la dépense.

L'indicateur essentiel est le Produit National Brut (PNB) par habitant qui est un indicateur approximatif mais commode du niveau de richesse économique des pays. La mesure de son évolution (taux de croissance sur 10 ans) permet de savoir si le pays s'enrichit, stagne ou s'appauvrit. La répartition du commerce extérieur (exportations et importations) par grandes catégories de produit aide à comprendre sur quoi repose la situation économique internationale. La ventilation par pays de ce commerce international indique les réseaux de dépendance du pays dans le commerce international.

Le déficit des finances publiques (en % du PNB), le poids du service de la dette extérieure (en % des recettes d'exportation) et le taux d'inflation sont de bons indicateurs des difficultés économiques des pays.

La répartition des dépenses de l'Etat (en %) entre dépenses pour l'éducation, la santé et la défense montre quel degré de priorité les questions sociales ont dans les objectifs du pouvoir politique.

Enfin, la répartition de la population entre population rurale et population urbaine donne une indication sur les modes de vie, tout comme les niveaux des salaires minimums et le taux de chômage. Le taux de change et son évolution permet des comparaisons internationales. Ces données sont en général disponibles dans les pays concernés. Les organismes internationaux comme la Banque mondiale publient ces données économiques élémentaires.

**Liste des indicateurs proposés:**

Produit National Brut par habitant:

Taux moyen de croissance du PNB depuis 10 ans:

Principales exportations (% du total des exportations):

Principales importations (% du total des importations):

Principaux pays d'exportation et d'importation (%):

Déficit du budget de l'Etat en % du PNB:

Service de la dette (% des exportations):

Taux d'inflation (croissance annuelle des prix à la consommation):

Part (%) des dépenses du budget de l'Etat affectées à l'Education, la Santé, la Défense:

Part de la population urbaine:

Montant du salaire minimum légal:

Taux de la population active sans emploi à la recherche d'un emploi (définition BIT du chômage):

Taux de change: Combien d'unités de la monnaie nationale pour un dollar. Evolution depuis 10 ans:

## 2. QUELLE EST LA SITUATION SANITAIRE D'ENSEMBLE ?

Il s'agit de reprendre les données principales des statistiques sanitaires.

### 2.1. Le système de soins

Une rapide description du système de soins permet d'identifier les prescripteurs de médicaments:

- Organisation générale du système de soins: secteur public, secteur semi-public, secteur privé; programmes de santé. Existence d'un plan sanitaire.
- Infrastructures: nombre d'hôpitaux (par catégorie), de centres de santé, de dispensaires, de cabinets médicaux,... Nombre moyen d'habitants desservis (écarts selon les régions).
- Personnels de santé: effectifs des personnels de santé des principales catégories: médecins, infirmiers, pharmaciens. Nombre moyen d'habitants pour un professionnel des différentes catégories. Proportion exerçant dans le secteur public et proportion exerçant dans le secteur privé; éventuellement proportion exerçant à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé.

### 2.2. Etat de santé de la population

Il ne s'agit pas ici de recueillir des données pour évaluer les besoins en médicaments, mais de situer l'ampleur et la nature des problèmes.

Les statistiques sanitaires essentielles sont:

Taux de mortalité infantile (0-1 an), Taux de mortalité juvénile (1-5 ans), Taux de mortalité maternelle, espérance de vie à la naissance, % d'enfants de poids insuffisant à la naissance. Principales causes de morbidité (Principaux motifs de consultation), principales causes de mortalité.

### 2.3. Utilisation des services de soins

Dans quelle mesure la population a-t-elle accès aux soins ?

- nombre moyen de contacts par habitant avec le système de soins (consultations ou hospitalisations);
- % d'enfants totalement vaccinés;
- % d'accouchements en milieu assisté.

### Liste des indicateurs proposés:

Organisation générale du système de soins:

Nombre d'hôpitaux, de centres de santé, de dispensaires,  
de cabinets médicaux:

Par région, population desservie par hôpital,  
dispensaire:

Nombre de médecins, infirmiers, pharmaciens:

Par région, nombre d'habitants par médecin, infirmier,  
pharmacien:

Proportion de médecins, infirmiers, pharmaciens,  
exerçant dans le secteur public, dans le secteur privé,  
dans les deux secteurs:

Taux de mortalité infantile, (enfants de moins de 1 an):

Taux de mortalité juvénile (enfants entre 1 et 5 ans):

Taux de mortalité maternelle:

Espérance de vie à la naissance:

% d'enfants de poids insuffisant à la naissance:

Principales causes de consultation:

Principales causes de mortalité:

Nombre moyen de contacts par habitant et par an  
(consultations et hospitalisations):

% d'enfants totalement vaccinés:

% d'accouchements en milieu assisté:

### 3. COMBIEN DEPENSE LE PAYS POUR LES MEDICAMENTS ?

#### 3.1. La notion de dépense nationale en médicaments

Qu'appelle-t-on dépense du pays en médicaments ? Il y a en effet trois points de vue différents: les dépenses en importations, les dépenses pour le budget de l'Etat et les dépenses en consommation nationale.

Les dépenses en importations représentent une part importante (parfois plus de 80%) de la consommation totale dans les pays n'ayant pas d'industrie pharmaceutique importante. De nombreux pays, par exemple en Amérique latine et en Asie n'importent que moins de 20 % de leurs médicaments consommés. Cependant, les importations de matières premières, en particulier les substances actives, peuvent représenter un montant non négligeable, par exemple 25 % de la valeur des médicaments produits, et doivent être ajoutées aux importations. En outre les dépenses en droits d'exploitation de brevets et les redevances pour licences d'exploitation peuvent représenter des sorties de devises non négligeables. La part des médicaments importés indique le coût des médicaments en devises pour le pays et la dépendance de l'étranger de la consommation en médicaments: dans les cas de forte dépendance, tout accroissement de dépense n'entraînera pas création de richesses dans le pays, comme cela se passe lorsque les médicaments sont produits dans le pays. Par ailleurs, ce coût des importations n'a d'importance que dans les pays ayant des problèmes de devise. Les importations de médicaments doivent être comparées aux exportations totales, car celles-ci fournissent au pays les ressources pour les payer.

Les dépenses en médicaments dans le budget de l'Etat sont les médicaments payés par le budget du Ministère de la Santé, mais aussi souvent par le budget d'autres ministères, tels que ceux de la Défense, du Travail, des Affaires Sociales ou de l'Education. Le calcul de ces dépenses permet de répondre à la question "Que paie l'Etat ?", mais pas à la question "Que dépense le pays pour les médicaments ?" En effet, l'Etat n'est pas le seul à payer les médicaments.

Les dépenses de la consommation nationale sont le total de l'argent dépensé pour la consommation de médicaments dans le pays, quels que soient les payeurs, que ces payeurs soient publics ou privés, nationaux ou étrangers. Cette dépense comprend non seulement l'achat de médicaments aux firmes pharmaceutiques, mais aussi les coûts de distribution: marges des distributeurs commerciaux, salaires du personnel et frais de fonctionnement des services non commerciaux d'approvisionnement. On obtient ainsi le total de ce que dépense un pays pour la consommation de médicaments. Ces dépenses peuvent être calculées en valeur moyenne par habitant ou mises en relation avec la Consommation Nationale (valeur totale des biens et services consommés dans le pays), ou plus simplement avec le Produit National Brut.

### 3.2. Niveau absolu et niveau relatif des dépenses: les normes

Le niveau absolu de dépenses par habitant varie selon les pays de 1 à 300 (1 à 300 US\$ par habitant et par an). Cet écart est énorme. Connaître ce niveau absolu donne une indication sur le niveau de satisfaction des besoins qui peut être atteint. On peut penser que les différents niveaux de dépense permettent les niveaux de satisfaction suivants :

- Dépenser moins de 5 \$ par habitant et par an permet difficilement d'approvisionner la totalité de la population d'un pays de façon régulière en médicaments.

- Avec une dépense de 5 à 10 \$ par habitant, il est possible d'approvisionner la quasi totalité de la population en médicaments essentiels, à condition d'avoir une certaine équité et un niveau de gaspillage très réduit.

- Avec une dépense de 10 à 50 \$ par habitant, il y a une large marge d'action pour satisfaire les besoins en médicaments de toute la population.

- Au delà de 50 \$ par habitant et par an, on peut penser que la consommation est en partie inutile.

- Au delà de 100 \$ ou de 150 \$ comme cela est le cas de certains pays développés, il s'agit très probablement d'une surconsommation. Ceci n'exclut pas qu'une partie de la population ait un accès fort restreint aux médicaments. En 1985, la consommation moyenne par habitant des pays développés était de 62 \$ (1).

---

(1) OMS, La situation pharmaceutique dans le monde, op. cit.

Il est difficile d'être précis dans l'appréciation du niveau de dépenses au regard de la satisfaction des besoins, étant donné l'importance que peuvent éventuellement avoir les gaspillages.

#### **4. QUELLE EST LE DEGRE DE DEPENDANCE DU PAYS DANS SES APPROVISIONNEMENTS PHARMACEUTIQUES ?**

L'approvisionnement provient-il des importations ou des productions nationales, la production nationale est-elle réalisée par des entreprises à capitaux nationaux ou à capitaux étrangers ? On peut penser qu'a priori, plus un pays importe et plus la production nationale est réalisée par des firmes étrangères, plus le pays est dépendant. Mais l'autonomie apparente (consommation reposant sur la production dans le pays et par des entreprises nationales) peut entraîner des rigidités plus grandes dans la sélection des médicaments et le choix des fournisseurs. Les pressions internes peuvent être plus fortes que les pressions externes. Il n'y a pas d'indicateur mesurable de ces rigidités qui doivent être évaluées qualitativement. De même les pays dépendant fortement de financements étrangers pour assurer leur consommation de médicaments ont une autonomie limitée pour avoir une politique pharmaceutique autonome, par exemple pour effectuer la sélection des médicaments.

Quelle est la capacité du pays à négocier ses importations? Cette capacité peut se mesurer à la valeur totale des importations et à la valeur des importations réalisées par les grands importateurs ou groupements d'importateurs. Par exemple un groupement d'importateurs dans un pays accroît la capacité de négociation de ce pays. A l'inverse, des difficultés financières, comme les retards de paiement, une dette importante auprès de fournisseurs, réduisent la capacité de négociation du pays, en réduisant par exemple la possibilité de choix des fournisseurs. Quelles sont les actions menées pour accroître cette capacité de négociation ? En effet, cette capacité n'est pas donnée une fois pour toutes. Une fois évaluée cette capacité à négocier, on peut s'interroger si elle est effectivement exercée.

## 5. QUELS SONT LES PRINCIPAUX AGENTS ECONOMIQUES DU SYSTEME PHARMACEUTIQUE NATIONAL ?

Qui sont les agents économiques du système pharmaceutique national ? En particulier quelle est la place de l'Etat dans ce système ?

La place de l'Etat s'apprécie de deux points de vue: en tant qu'agent économique propre et en tant que puissance publique régulatrice. L'Etat intervient dans l'approvisionnement, la distribution des médicaments, voire la production, que ce soit par les services publics de l'Etat ou par des entreprises publiques ou semi-publiques. Quelle est sa part dans ces différentes fonctions? Quel est le poids des autres agents économiques, en particulier de grandes entreprises privées nationales ou étrangères?

La fonction régulatrice de l'Etat s'apprécie par l'existence d'une réglementation pharmaceutique plus ou moins complète: quel est le degré de développement de cette réglementation ? Cette réglementation est-elle appliquée ? De quels moyens dispose l'Etat pour la faire respecter ? Là aussi, il n'y a pas d'indicateur chiffré possible et l'évaluation sera qualitative.

## 6. COMMENT LE PAYS PEUT RÉDUIRE LES GASPILLAGES ?

Il existe des possibilités de réduire les dépenses en médicaments, à efficacité égale: ce sont des gaspillages économiques que l'on peut chercher à supprimer: le système national pharmaceutique peut-il mieux choisir les médicaments qu'il utilise, peut-il les acheter moins chers et le système de d'approvisionnement et de distribution n'est-il pas trop coûteux ? Il ne s'agit pas seulement de prendre en considération les pertes de médicaments ou leur coût unitaire, mais aussi le coût total du traitement (1). On sait que la réduction possible de ces dépenses peut être considérable. On ne s'attachera pas à la facilité effective de réduire les gaspillages mais on se limitera à évaluer leur ampleur.

---

(1) OMS, L'utilisation des médicaments essentiels, op. cit.

### 6.1. La sélection des médicaments

Au niveau national, cette sélection est à faire en priorité selon des critères de santé publique: que les médicaments soient appropriés aux besoins de santé du pays, à l'état du système de soins, qu'ils soient sûrs, d'efficacité prouvée et de qualité garantie. Ces critères vont dans le sens de l'économicité: il est plus économique d'acheter des médicaments répondant à ces qualités que des médicaments aux vertus thérapeutiques douteuses dans le contexte national.

Un indicateur simple consiste à compter le nombre de médicaments: nombre de médicaments différents autorisés dans le pays, nombre de médicaments effectivement distribués, nombre de médicaments distribués dans les officines, dans les hôpitaux, dans les plus petits établissements de santé. Jusqu'à une certaine limite, c'est-à-dire dans la mesure où les médicaments sélectionnés sont bien essentiels, un faible nombre de médicaments est un indicateur d'une sélection rigoureuse de ceux-ci. Dans tous les cas, un grand nombre de médicaments indique une situation défavorable. Un faible nombre de médicaments permet de réduire les coûts économiques: achats en quantités plus grandes, coûts de gestion plus faibles. Ces réductions seront d'autant plus fortes que la taille du marché est grande, donc elles varieront également en fonction de la taille du pays.

Les indicateurs de référence sont de 1500 médicaments dans les officines, 4 à 500 dans les hôpitaux de haut niveau, 200 dans les hôpitaux plus ordinaires, 40 médicaments dans les petites formations sans médecins (1). Il s'agit, bien sûr, d'ordres de grandeurs et non de normes absolues devant servir aveuglément d'objectif.

L'utilisation rationnelle des médicaments (choix au niveau des prescripteurs et des consommateurs) peut être également un moyen important de réduction des dépenses. Evaluer cette rationalité est plus complexe. D'une manière simple, on peut évaluer le nombre de médicaments différents inscrits sur les ordonnances de prescripteurs, au

---

(1) T. Tigretti, Les 40 médicaments du district, manuel des prescripteurs, Genève, Institut Universitaire d'Etudes du Développement, 1987.

moyen d'enquêtes par sondage. L'indicateur sera soit le nombre moyen de médicaments prescrits, soit plutôt la proportion d'ordonnances dont le nombre de médicaments dépasse un certain nombre retenu a priori, par exemple 3. Le nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance est proche de 2 en Suisse, 3 en Tunisie et au Kenya, 5 au Cameroun, et 9 au Sud-Brésil (1). On peut supposer que plus le nombre de médicaments prescrits est important, moins les médicaments prescrits sont tous médicalement utiles.

### **6.2. Le prix d'achat des médicaments par le système pharmaceutique**

La mesure de la performance d'un système en matière de prix des médicaments a trois aspects: l'évaluation des procédures d'achat, la mesure du niveau des prix et la mesure de l'impact des conditions de paiement et du mode de conditionnement.

L'évaluation des procédures d'achat consiste à mesurer quelle proportion des achats se fait par appel d'offre sous dénomination commune internationale. La mesure de cet indicateur est relativement simple. Plus cet indicateur est élevé, plus on peut penser que le pays obtient de faibles prix d'achat. Mais rien ne le garantit: si les appels d'offres donnent en principe des prix plus bas, en réalité, ces appels d'offres peuvent être biaisés, par exemple en portant sur des médicaments qui ne correspondent pas aux besoins du pays; à l'inverse de bons négociateurs peuvent obtenir des prix faibles. La meilleure mesure consiste donc à mesurer le niveau de prix d'achat des médicaments.

La mesure du prix d'achat des médicaments n'est pas très difficile : on se limite aux 100 médicaments (ou même 50 ) les plus consommés, en calculant ce prix par unité de prise, par exemple le comprimé de 100 mg, le flacon d'1 M d'unités... Il faut ensuite comparer ces prix à des prix de référence. Les prix de référence peuvent être ceux dans un pays "de référence", ou plutôt les prix pratiqués par UNIPAC dont les prix sont extrêmement bas. On peut comparer les prix médicament par médicament

---

(1) OMS, L'usage rationnel des médicaments, Rapport de la Conférence d'experts, Nairobi, 25-29 novembre 1985, Genève, 1987, p. 178

(pour les 100 plus importants), pour voir sur quels médicaments les écarts sont les plus importants. On peut également calculer un écart d'ensemble. Deux méthodes: la première, plus simple, consiste à calculer la moyenne des écarts relatifs pour les médicaments de la liste; la seconde consiste à pondérer l'écart relatif de prix de chaque médicament par l'importance de ce médicament dans les dépenses. Plus un médicament occupe une part importante dans les dépenses, plus son écart relatif influera la moyenne pondérée. Cette méthode permet de calculer combien d'argent on gagnerait à acheter au système de prix de référence plutôt que selon le système actuel, ou de voir quelle somme on a gagnée en obtenant des prix plus faibles.

Cette méthode permet également de suivre les progrès réalisés d'année en année en comparant les variations pondérées de prix d'une année à l'autre. Pour une bonne comparaison des prix des médicaments, les conditions de paiement (délai entre livraison et paiement pour le fournisseur) et le conditionnement (présentation officinale ou pharmaceutique) doivent être similaires, sinon identiques.

### **6.3. Les coûts de distribution**

Le coût réel du médicament ne se limite pas au prix d'achat par les grossistes, par les officines, ou par les organismes publics, mais comporte aussi le coût de distribution. Ces coûts de distribution sont inégalement faciles à mesurer et l'on peut craindre qu'ils soient d'autant plus importants que mal connus.

Les coûts les plus faciles à mesurer sont les marges commerciales obligatoires: dans certains pays, les grossistes et les officines doivent appliquer un taux de marge légal. Mais ces taux ne sont pas toujours respectés et il peut être difficile de mesurer les taux réellement pratiqués (ou les prix réels de vente des médicaments). D'autre part, les coûts de distribution des organismes publics ne sont pas toujours connus dans la mesure où leurs coûts ne sont pas financés par la vente. Il faut donc rechercher ces coûts. Ils comprennent les frais de fonctionnement de ces services (salaires, fournitures diverses), l'amortissement des équipements et aussi les pertes, vols et péremptions, que les médicaments périmés soient

effectivement détruits ou non. En effet, la non-distribution de ces médicaments constitue un coût que l'on doit bien attribuer au mauvais fonctionnement du système de distribution.

Le coût de la péremption de certains médicaments est le résultat de mauvais choix dans les quantités de médicaments achetés ou d'une mauvaise organisation du système de distribution. Ce coût se répercute avec un certain délai résultant de la durée de bonne conservation des médicaments. Pour suivre plus précisément les coûts de ces mauvais choix, il est nécessaire de connaître à un moment donné, quelle est la proportion de médicaments achetés, par exemple pendant l'année écoulée, qui reste en stock (à supposer que la durée maximale de renouvellement normal du stock soit d'un an).

Les coûts de distribution sont à rapporter au prix d'achat des médicaments, et non au prix de vente, car les médicaments peuvent être donnés ou vendus à perte ! Proposer en la matière des ratios de référence est très délicat, car il faut s'assurer que la marge commerciale couvre bien le même service de distribution (distribution en gros ou en détail, transport compris ou non, etc). En outre, il est normal que le ratio coût de distribution/prix d'achat soit plus élevé lorsque les prix d'achat sont faibles. Néanmoins, on peut considérer que des taux moyens de marge commerciaux (stade de gros et stade de détail) de 30 % peuvent être atteints, et ils le sont dans certains pays, lorsque les prix d'achat ne sont pas très faibles. Ce ratio moyen peut être supérieur à 100 % dans des systèmes publics de distribution portant sur des médicaments achetés à prix très bas. On voit que l'écart est considérable.

La connaissance des coûts de distribution suppose un système de gestion de la distribution assez précis. Leur non-connaissance signifie que le système de distribution est peu efficace, qu'il comporte d'importants gaspillages. C'est déjà un indicateur. Dans tous les cas, pour réduire les coûts de distribution, il faut disposer d'un système de distribution permettant de mesurer ces coûts.

## 7. QUI PAIE ?

### 7.1. Combien paient l'Etat, les consommateurs, l'aide étrangère?

Pour savoir qui paie, il faut établir un compte de financement. Cette information est la base de toute réflexion pour rechercher de nouvelles sources de financement.

Le montant des dépenses en médicaments financé par l'Etat peut être soumis de façon importante à la conjoncture budgétaire. En effet, lorsque l'Etat doit effectuer des compressions de dépenses pour réduire son déficit, il lui est plus facile de comprimer les dépenses de fournitures (achats de biens) que les dépenses en personnel (licenciement de fonctionnaires, réduction du salaire des fonctionnaires). Les dépenses médicaments par l'Etat peuvent être soumises à des variations annuelles importantes.

Le montant des dépenses en médicaments dans le budget de l'Etat est souvent situé dans un intervalle de 1 à 2 %. Il est également intéressant de calculer la part du budget du Ministère de la Santé utilisée pour des achats de médicaments.

Les dépenses en médicaments des consommateurs sont également soumises à leurs possibilités financières. Leurs variations annuelles sont moins fortes que celles des dépenses financées par l'Etat. Pour évaluer le poids de ces dépenses, le calcul d'une moyenne nationale est en général insuffisante, à cause des écarts de revenu de la population: en cas de baisse de revenu, la partie la plus aisée de la population sacrifiera volontiers d'autres dépenses au profit de dépenses en médicaments, par contre la partie la plus pauvre devra sacrifier parfois fortement ses dépenses en médicaments, pour continuer à acheter de la nourriture, ou cesser totalement d'en acheter en cas de perte de revenu monétaire. A cet égard, les comportements peuvent varier considérablement d'une catégorie sociale à l'autre, d'une région et d'un pays à l'autre. Ces comportements sont d'ailleurs très mal connus.

Un indicateur très simple est de comparer les dépenses en médicaments par les consommateurs à leurs revenus monétaires. Il n'est pas possible de

fournir de norme en la matière. Un autre indicateur peut lui être comparé: valeur moyenne des médicaments prescrits pour achat par ordonnance et revenu monétaire annuel. Plus cette valeur est forte, moins les ordonnances seront appliquées et moins la population consultera les prescripteurs. Dans certains cas ce ratio peut dépasser 10 %.

### **7.2. Qui paie pour qui ?**

Les différents financements de la dépense en médicaments n'alimentent pas un budget unique au profit de tous les consommateurs, car les sources de financement opèrent au bénéfice de certains consommateurs; ainsi les consommateurs paient pour eux-mêmes et leur famille, la sécurité sociale pour ses bénéficiaires, etc... Il est donc important de savoir pour qui les différentes sources de financement utilisent leurs moyens. On a là une explication importante des inégalités de consommation. S'il apparaît qu'une partie de la population a peu accès aux médicaments, il faut recenser les sources de financement pouvant intervenir.

### **7.3. Comment sont effectués et décidés les paiements ?**

Les modalités de paiement ont une influence sur le montant des sommes payées et sur la gestion de l'approvisionnement et de distribution des médicaments.

Ainsi, les systèmes de sécurité sociale qui ouvrent des droits aux prestataires à des médicaments gratuits ou à des remboursements, ne peuvent maîtriser facilement le montant de leurs financements, puisque le montant des dépenses effectuées est décidé par les prescripteurs. La maîtrise des dépenses se fait indirectement par les règles de fonctionnement du système de sécurité sociale. A l'inverse, lorsque l'Etat achète lui-même des médicaments et les donne aux services de santé, il a toute liberté de décider du montant des dépenses. Dans les systèmes où l'Etat attribue un budget aux services de santé, à charge pour eux d'acheter des médicaments, l'Etat peut ne pas maîtriser le montant affecté aux médicaments ou à d'autres dépenses, car il n'a de prise que sur le montant total de ses subventions et pas sur leur utilisation.

Les consommateurs achètent-ils leurs médicaments dans les officines ou bien dans les services de santé, ou bien ont-ils des médicaments contre paiement des soins ? Les services de santé ont-ils intérêt à prescrire beaucoup de médicaments ?

## **8. L'ACCES DE LA POPULATION A LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS EST-IL EQUILIBRE ?**

Pour savoir si cette consommation est équitable, il faut connaître les inégalités de consommation par catégorie de population. Qui consomme des médicaments dans le pays ? Qui n'en consomme pas ou en consomme irrégulièrement ? Il y a des questions d'accessibilité pratique (absences de pénuries, distances,...) et d'accessibilité économique : les prix des médicaments et les prescriptions effectuées permettent-elles aux malades de se soigner effectivement ?

### **8.1. Quelles sont les différences sociales dans la consommation de médicaments ?**

Il y a toujours des différences sociales dans cette consommation, mais sont-elles acceptables ou doit-on chercher à les réduire ? Dans certains pays où ces différences sont faibles, le rapport entre la consommation des groupes sociaux les plus faibles consommateurs et celle des plus forts consommateurs est de 1 à 1,5 ou 1 à 2. Par contre dans les pays où une part importante de la population n'a pas accès du tout aux médicaments ce rapport est infini.

**Première question:** quelle est la part de la population qui n'a pas accès du tout aux médicaments (consommation nulle pendant une année) ? Il faut raisonner en termes de groupes sociaux et non en termes d'individus, car il est normal que les individus en bonne santé ne consomment pas de médicaments.

**Deuxième question:** pour les groupes sociaux qui consomment, quelles sont les consommations moyennes dans les différentes parties de la population ?

Répondre à cette question pose des problèmes de méthode: qu'appelle-t-on groupes sociaux et comment mesurer ces consommations ? Les groupes sociaux sont les catégories ou classes sociales qui se différencient par leur revenu, leur mode de vie, leur place dans la société. Ces catégories sociales ne sont pas toujours simples à identifier, par exemple les revenus peuvent être mal connus. On peut alors retenir un critère géographique: les différences sociales seront examinées par région (on connaît les régions pauvres et les régions riches), ou selon les zones urbaines et zones rurales, ou encore dans les grandes villes selon les quartiers. Ce critère ne permet pas des analyses très fines, car les différences sociales peuvent être très grandes à l'intérieur d'une même zone géographique et les habitants d'une zone peuvent acheter des médicaments dans une autre zone (par exemple les ruraux peuvent venir en ville acheter des médicaments). Comme ce critère géographique est plus facile à utiliser que les critères purement sociaux, il sera souvent utilisé avec profit comme substitut d'un critère social pour le recueil et l'analyse des données: enquêtes de terrain avec un échantillonnage purement géographique ou, si l'on connaît la consommation totale de médicaments dans une zone géographique, on calculera la consommation moyenne par habitant.

Une autre approche peut consister à évaluer la part de la population qui a régulièrement accès aux médicaments essentiels ("proportion de personnes qui ont besoin de médicaments essentiels et qui peuvent effectivement s'en procurer - y compris accessibilité physique, économique et culturelle") (1). Cela permet de classer les pays ou les régions en:

Groupe A: moins de 30 % de la population a régulièrement accès aux médicaments essentiels.

Groupe B: 30 à 60 % de la population a régulièrement accès aux médicaments essentiels.

Groupe C: 60 à 90 % de la population a régulièrement accès aux médicaments essentiels.

---

(1) OMS, La situation pharmaceutique dans le monde, op. cit.

Groupe D: plus de 90 % de la population a régulièrement accès aux médicaments essentiels. (1)

### 8.2. D'où viennent ces différences de consommation ?

Les différences proviennent-elles d'absence de prescripteurs et d'infrastructures sanitaires, d'indisponibilité de médicaments dans certaines pharmacies (ruptures de stocks), d'aspects purement économiques (les médicaments sont trop chers pour les gens les plus pauvres), ou d'aspects culturels (les gens sont plus attachés aux médecines traditionnelles qu'à la médecine moderne) ? Il se peut que tous ces aspects soient intimement liés et les facteurs de faible consommation sont alors complexes à dissocier. On peut considérer que pour que la population ait réellement accès aux médicaments il faut, dans l'ordre, que les médicaments soient physiquement disponibles, soient à un prix accessible et soient désirés par la population. Donc, on analysera séparément, et dans l'ordre, ces trois familles de facteurs. A l'inverse, des niveaux élevés de consommation de médicaments peuvent provenir d'une auto-prescription importante résultant du coût relativement élevé des soins médicaux.

En priorité, quels sont les obstacles physiques à l'accès aux médicaments ? Quelle est la part de la population non desservie par une pharmacie ? Indicateur: % de la population habitant à plus de 5 km d'une pharmacie. Dans quelle mesure les pénuries ont des conséquences sur la santé de la population (par exemple absence d'insuline entraînant des décès par crise de glycémie...) ? Les pénuries affectent-elles les médicaments vitaux ? Ceci est plus difficile à mesurer précisément pour un pays entier. On peut sélectionner certaines pharmacies représentatives (par exemple 10 ou 50 pharmacies) et mesurer la proportion d'une année pendant laquelle les médicaments les plus essentiels (par exemple 10 ou 50) manquent. Ceci permet de calculer un indicateur en faisant la moyenne du nombre de jours où il y a pénurie de médicaments essentiels. Si les pénuries ne sont pas massives, il faut des données sur un plus grand nombre de pharmacies et de médicaments. Cela exige un plus grand nombre de données à réunir, mais si

---

(1) idem.

les pénuries sont moins aiguës, on peut penser que le système d'approvisionnement est mieux géré et est capable de fournir ces statistiques. En effet, la connaissance précise de la situation est une condition préalable à la suppression des pénuries.

L'analyse des obstacles économiques relève de la question précédente (qui paie ?): A quelle proportion du revenu des groupes les plus pauvres se monte la valeur des médicaments prescrits. Cette analyse n'a de sens que si l'accessibilité physique n'est pas massive.

Enfin, l'analyse des causes de type culturel relève de méthodes anthropologiques ou sociologiques que l'on n'examinera pas ici.

\* \* \*

Nous avons exposé une démarche pour analyser les principales dimensions économiques et financières de l'approvisionnement en médicaments. Il reste à voir comment mettre en oeuvre cette analyse, et surtout comment rechercher des solutions aux problèmes existants.

Plutôt que de poser le problème du financement de façon isolée, il est plus approprié de considérer que les points-clé du problème sont la population et les médicaments: comment rendre disponibles les médicaments à la population ? Ce problème est bien celui que l'on cherche finalement à résoudre. Le financement, l'argent, les prix ne sont que des instruments économiques devant aider à sa solution.

= = =