

*Republique Démocratique du Congo*

**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
SECRETARIAT GENERAL A LA SANTE**



**PROGRAMME NATIONAL D'APPROVISIONNEMENT EN  
MEDICAMENTS ESSENTIELS (PNAM)**

**ENQUETE SUR LES PRIX DES  
MEDICAMENTS  
EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

**RAPPORT**

**JUILLET 2007**

**Appui technique et financier de  
l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE  
ET LA COOPERATION TECHNIQUE BELGE**



**OMS**





*Republique Démocratique du Congo*

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
SECRETARIAT GENERAL A LA SANTE



PROGRAMME NATIONAL D'APPROVISIONNEMENT EN  
MEDICAMENTS ESSENTIELS (PNAM)

# ENQUETE SUR LES PRIX DES MEDICAMENTS EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

## RAPPORT

JUILLET 2007

Appui technique et financier de  
l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE  
ET LA COOPERATION TECHNIQUE BELGE



OMS





## TABLE DES MATIERES

Acronymes.....	5
Remerciements.....	7
Résumé .....	9
Introduction et contexte.....	11
Cadre institutionnel.....	16
Méthodologie .....	17
Résultats.....	22
Discussion.....	32
Recommandations .....	34
Conclusion.....	35
Annexes.....	36
- Données internationales sur les prix des médicaments	
- Récapitulatif de la disponibilité et des prix par secteur	
- Récapitulatif de la disponibilité et des prix par médicament	
- Liste des superviseurs et enquêteurs	



## ACRONYMES

ASRAMES	: Association Régionale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
BAD	: Banque Africaine de Développement
Bc	: Bas-Congo
Bdd	: Bandundu
BPD	: Bonnes Pratiques de Distribution
BPDi	: Bonnes Pratiques de Dispensation
CAMESKIN	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels de Kinshasa
CDR	: Centrales de Distribution Régionales
CS	: Centre de Santé
CTB	: Coopération Technique Belge
DCI	: Dénomination Commune Internationale
DEP	: Direction d'Etudes et Planification
DPM	: Direction des Pharmacies, Médicaments et Plantes Médicinales
DGM	: Direction Générale des Migrations
Eq	: Equateur
FC	: Franc Congolais
FEDECAME	: Fédération des Centrales d'Achat des Médicaments Essentiels
FM	: Fonds Mondial
FPI	: Fonds de Promotion de l'Industrie
FSP	: Formation Sanitaire Publique
GMC	: Générique le Moins Cher
HGR	: Hôpital Général de Référence
HAI	: Health Action International
ICA	: Impôt sur le Chiffre d'Affaire
IDH	: Indice de Développement Humain
INN	: Innovateur
IPS	: Inspection Provinciale de la Santé
IRA	: Infections Respiratoires Aiguës
Jrs	: Jours
K Occ	: Kasai-Occidental

K Or	: Kasai-Oriental
Kat	: Katanga
Kin	: Kinshasa
LAPHAKI	: Laboratoire Pharmaceutique de Kinshasa
LNME	: Liste Nationale des Médicaments Essentiels
MICS2	: Multiple Indicator Cluster Survey (2001) ou Enquête par grappes à indicateurs multiples
NPO	: National Profesional Officer
NK	: Nord-Kivu
OFIDA	: Office des Douanes et Assises
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PNAM	: Programme National d'Approvisionnement en Médicaments essentiels
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
P Or	: Province Orientale
PPN	: Politique Pharmaceutique Nationale
PRONANUT	: Programme National de la Nutrition
PROSAKIN	: Promotion Santé Kinshasa
PRI	: Prix de Référence Internationnal
RDC	: République Démocratique du Congo
RPM	: Ration des Prix Médians
SNAME	: Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SJM	: Salaire Journalier Minimun
SSP	: Soins de Santé Primaires
UE	: Union Européenne
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNIKIN	: Université de Kinshasa
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
VIH/SIDA	: Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immunodéficience Acquise
ZS	: Zone de Santé



## REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé Publique remercie l'Organisation Mondiale de la Santé et la Coopération Technique Belge à travers le Projet CDR pour leur appui technique et financier dans l'accomplissement de ce travail.

Les remerciements vont également aux Dr Anastasie Mulumba, Dr Ray Mankélé, Dr Simona Chorliet et Mr Laurent Verschueren pour leur appui logistique et technique important dans l'organisation du processus de l'enquête et l'élaboration du rapport ; à tous les cadres et agents du Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels et de la Direction de la Pharmacie, Médicaments et Plantes Médicinales, sans oublier les Pharmaciens Inspecteurs Provinciaux et tous les enquêteurs qui se sont surpassés, souvent dans des conditions difficiles, ainsi que tous ceux qui de loin ou de près ont contribué à la réussite de ce travail.



## RESUME

Le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels a mené cette étude pour mesurer les prix des médicaments en République Démocratique du Congo en utilisant une méthodologie standardisée internationale.

Les données ont été collectées pour 35 médicaments dans les formations sanitaires du secteur public, les pharmacies du secteur privé lucratif et les formations sanitaires du secteur confessionnel pour les prix-patients ainsi que dans les dépôts pharmaceutiques privés et Centrales de Distribution Régionales des médicaments pour les prix de vente aux structures clientes.

L'étude s'est déroulée dans 9 provinces de la RDC qui sont Kinshasa, Bas-Congo, Bandundu, Kasai-Occidental, Kasai-Oriental, Katanga, Nord-Kivu, Province Orientale et Équateur du 09 au 19 Juillet 2007.

Nous avons recherché la disponibilité des médicaments, les ratios des prix de vente des grossistes, les ratios des prix médians des médicaments dans le secteur privé à but lucratif, les ratios des prix médians des médicaments dans le secteur public et les ratios des prix médians des médicaments dans le secteur privé à but non lucratif, en comparaison avec les prix de référence internationaux.

La disponibilité des médicaments génériques est un problème très préoccupant car la disponibilité est très faible dans tous les secteurs. En effet, les secteurs public et confessionnel présentent une disponibilité nulle de médicaments innovateurs (ce qui est normal dans le sens de la politique de promotion des génériques) mais la disponibilité des médicaments génériques est très faible avec 55,6% dans le public.

Le secteur confessionnel affiche une disponibilité encore plus faible avec 48,5%, tandis que le secteur privé qui devrait profiter des défaillances de ces deux autres secteurs ne présente qu'une disponibilité de 65,4% pour les génériques et de 9,6% pour les innovateurs.

Les grossistes vendent les médicaments innovateurs 11 fois plus chers (RPM médian 10,90) que les prix de référence internationaux alors que leurs équivalents génériques sont vendus 1,28 fois plus chers que ces prix de référence. Concernant les prix payés par les patients, les génériques sont vendus 2 fois plus chers (RPM médian 2,02) que les PRI dans les formations sanitaires publiques. Ces prix sont plus élevés dans le secteur privé (RPM médian 2,23) et paradoxalement encore plus élevés dans le secteur confessionnel (RPM médian 2,44). Les innovateurs du secteur privé sont vendus à des prix beaucoup plus élevés soit, RPM médian de 34,26 par rapport aux PRI.

En ce qui concerne l'accessibilité financière, le traitement du diabète (pathologie chronique) par le Glibenclamide dans le secteur public nécessite 11,1 SJM pour l'innovateur et 2,0 SJM pour le générique le moins cher. Dans le secteur privé, il

représente 13,0 SJM pour l'innovateur et 2,0 SJM pour le générique le moins cher et enfin, dans le secteur confessionnel, le générique le moins cher représente 1,3 SJM.

Le traitement d'une infection respiratoire aiguë (pathologie aiguë) par le Cotrimoxazole chez l'enfant dans le secteur public nécessite 0,5 SJM pour le générique le moins cher. Dans le secteur privé il nécessite 4,2 SJM pour l'innovateur et 0,5 SJM pour le générique le moins cher, tandis que dans le secteur confessionnel le traitement par le générique le moins cher représente 0,5 SJM.

### Résumé des recommandations

- Tenir une réunion de restitution des résultats de l'enquête ;
- Renforcer le système national d'approvisionnement en médicaments essentiels ;
- Assainir le secteur pharmaceutique par le contrôle du respect des BPA, BPD et BPD<sub>i</sub> ;
- Mettre en place une politique des prix des médicaments en RDC ;
- Pré qualifier les fournisseurs pour le secteur public ;
- Assurer le contrôle et le suivi du respect des normes de fixation des prix ;
- Réaliser une étude sur la qualité des médicaments en circulation ;
- Assurer la surveillance de la qualité ;
- Enregistrer les laboratoires internationaux de fabrication des médicaments ;
- Réaliser les études sur l'accessibilité financière par rapport aux pathologies les plus dominantes ;
- Réduire les taxes et autres charges sur les médicaments et matières premières importés ou fabriqués localement ;
- Mettre en place et favoriser les mutuelles pour l'accès aux médicaments.

## I. INTRODUCTION ET CONTEXTE

La République Démocratique du Congo a développé une politique pharmaceutique nationale dont l'un des objectifs est de faire appliquer des prix qui rendent les médicaments économiquement accessibles à la majorité de la population. L'absence d'une politique claire en matière des prix des médicaments ne permet pas la mise en œuvre de cette politique. C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé a sollicité l'appui de l'OMS et la Coopération Technique Belge pour mener une étude sur les prix des médicaments afin de faire un état des lieux qui permettra la mise en place d'une politique nationale des prix des médicaments répondant aux objectifs de la Politique Pharmaceutique Nationale.

Les objectifs de notre étude étaient de répondre aux questions suivantes :

- Quel est le niveau des prix des médicaments en RDC ?
- Quelle est la différence qui existe entre les prix des médicaments de marque innovateurs et de leurs équivalents génériques ?
- Quelles taxes et droits sont imposés aux médicaments ?
- Quelle est l'accessibilité financière des médicaments pour les personnes à revenu faible ?

### 1. Situation générale de la RDC

#### 1.1. Situation géographique

La République Démocratique du Congo (RDC) est située en Afrique Centrale entre le 4<sup>ème</sup> degré de latitude nord et le 2<sup>ème</sup> degré de latitude sud. C'est le troisième pays le plus vaste d'Afrique derrière le Soudan et l'Algérie, avec une superficie de 2.345.409 km<sup>2</sup> et une frontière de plus de 9.045 km avec neuf pays voisins : Angola et Zambie au Sud, Tanzanie, Burundi, Rwanda et Uganda à l'Est, République Centrafricaine et Soudan au Nord, République du Congo à l'Ouest. Il est le second pays Subsaharien de par son étendue.

#### 1.2. Situation démographique

La RDC est le pays le plus peuplé d'Afrique centrale avec une population estimée à 66.514.506 habitants en 2008<sup>1</sup>. Le taux de croissance démographique annuel est de 5,1%. La population congolaise actuelle est très jeune et les moins de 20 ans représentent presque 47,1% de la population totale, alors que la population âgée de 20 à 59 ans ne représente qu'environ 48.8%. La population âgée de 60 ans et plus compte pour près de 4.1.

---

<sup>1</sup> [http://www.statistiques-mondiales.com/congo\\_kinshasa.htm](http://www.statistiques-mondiales.com/congo_kinshasa.htm)

Figure 1. Carte géographique de la République Démocratique du Congo



### 1.3. Situation administrative

La République Démocratique du Congo (RDC) est subdivisée en 11 provinces, 45 districts administratifs, 225 territoires et 737 collectivités. La langue officielle du pays est le français. Les quatre langues nationales parlées par les habitants sont : le swahili, le lingala, le kikongo et le tshiluba. En plus, le pays compte plus de 350 dialectes.

### 1.4. Situation politique

La RDC est régie par la constitution de la III<sup>e</sup> république promulguée en 2006, qui prévoit la séparation des pouvoirs. Le pouvoir exécutif est incarné par le président de la République, élu pour un mandat de 5 ans par suffrage universel. Le pouvoir législatif est exercé par un parlement divisé en deux chambres, l'Assemblée nationale et le Sénat. Les 632 députés provinciaux (dont 44 pour Kinshasa) sont élus pour 5 ans.

Le pouvoir judiciaire est indépendant des pouvoirs législatif et exécutif. Il est exercé par la Cour suprême de justice, les Cours d'appel et les Cours et tribunaux civils et militaires ainsi que les Parquets. Le pays compte plus de 400 partis politiques.

## 1.5. Situation sociale

La RDC se retrouve actuellement au 167<sup>ème</sup> rang mondial de l'indice de développement humain (IDH) qui la place parmi les pays les plus pauvres. La malnutrition des enfants de moins de 5 ans est en forte augmentation. En 2001, 31% des enfants de moins de 5 ans présentaient une insuffisance pondérale modérée. Le taux d'alphabétisation des adultes est de 82.3% pour les hommes et 56.8% pour les femmes. Le taux de scolarisation au niveau primaire est faible, soit 55% pour les garçons et 49% pour les filles.

## 1.6. Situation économique

La République Démocratique du Congo fait partie des pays les moins avancés. Sa structure économique est comparable à celle des autres pays de l'Afrique centrale, mais son économie est handicapée par une guerre civile larvée et un niveau de corruption élevé.

En 2006, environ 80% de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté fixé à 2 dollars par jour. Près de 44% des femmes et environ 22% des hommes n'ont aucun revenu. Les disparités régionales sont très fortes, avec un taux de chômage très élevé avoisinant les 40%, des salaires et des prestations sociales dérisoires dans tout le pays.

L'agriculture reste le principal secteur de l'économie, représentant 57,9% du PIB en 1997, et occupait 66% de la population active. Les espoirs de croissance économique reposent sur l'industrie extractrice, en particulier l'exploitation minière, mais cette dernière ne tire que partiellement profit de la grande richesse du sous-sol du pays. En 1997, le secteur secondaire ne comptait que pour 16,9% du PIB. La RDC était le quatrième producteur mondial de diamant durant les années 1980 et cette activité constitue encore la majorité des exportations (717 millions d'USD, soit 52% des exportations en 1997). La province minière du Katanga reste cependant une des régions du pays les plus dynamiques, notamment grâce aux activités de l'industriel George Forrest.

La RDC est également un producteur de pétrole (24 000 barils par jour en 2003), les lieux d'extraction se localisant principalement sur la côte (terminal du Port de Banana). La région du Lac Albert abrite également un important gisement.

## 1.7. Situation sanitaire

La situation sanitaire de la RDC demeure préoccupante. Elle est marquée essentiellement par :

- un taux de mortalité infantile de 126 pour 1000 naissances vivantes<sup>2</sup> ;
- un taux de mortalité infanto - juvénile de 213 pour 1000<sup>3</sup> ;

---

<sup>2</sup> MICS2

<sup>3</sup> MICS2

- un taux de mortalité maternelle de 1.289 pour 100 000 naissances vivantes ;
- la résurgence des maladies endémo - épidémiques jadis quasi-éradiquées (Monkey Pox, Fièvre hémorragique virale, Trypanosomiase, Tuberculose, Lèpre, Choléra, Typhus, ...) ;
- le paludisme qui constitue la première cause de morbidité et de mortalité ;
- la prévalence de VIH/SIDA qui se situe autour de 5% de l'ensemble de la population<sup>4</sup> ;
- la prévalence élevée de VIH/SIDA chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans de l'ordre de 4.78%<sup>5</sup> ;
- le délabrement des infrastructures sanitaires, la vétusté et l'obsolescence des équipements ;
- la faible accessibilité de la population aux soins de santé (0,22 Nouveaux cas par habitant par an)<sup>6</sup> ;
- l'accessibilité aux médicaments d'environ 37%.

Néanmoins, le Gouvernement Congolais contribue de manière croissante dans le budget de la santé depuis 2003. En effet, la part consacrée à la santé dans le budget national était de 4,9% en 2003 ; 5,43% en 2004 et elle a connu une légère chute en 2005 (4,2%). Mais le taux d'exécution reste toujours faible<sup>7</sup>. Ce budget concerne essentiellement le paiement des salaires du personnel de santé, le fonctionnement et les exonérations à l'importation de matériel, médicaments et équipements.

Le budget d'investissement, bien qu'élaboré chaque année, n'est jamais exécuté depuis plusieurs années. Ceci explique l'état de délabrement dans les hôpitaux et les structures de santé publiques, ainsi que la vétusté de leurs équipements.

Le système de santé de la RDC est structuré en trois (3) niveaux, à savoir :

- Niveau central comprenant le Cabinet du Ministre et le Secrétariat Général appuyé par 13 Directions centrales et 52 Programmes spécialisés. Ce niveau joue le rôle stratégique et normatif.
- Niveau intermédiaire qui regroupe les 11 Divisions Provinciales de la santé et 63 Districts Sanitaires. Il joue le rôle d'appui technique aux Zones de Santé.
- Niveau périphérique ou opérationnel : il est constitué des 515 Zones de Santé. La Zone de Santé est l'unité de planification et de mise en œuvre des opérations.

<sup>4</sup> MICS2

<sup>5</sup> MICS2

<sup>6</sup> Etude sur l'accessibilité des communautés aux soins de santé, 2004

<sup>7</sup> Financement du secteur de la santé, DEP, 2006, premier semestre



## 1.8. Situation pharmaceutique

Tableau 1 : Indicateurs clés du secteur pharmaceutique

Liste Nationale des Médicaments Essentiels	Révisée en 2007
Politique Nationale Pharmaceutique	Révisée en 2005 et en cours de vulgarisation
Schémas Thérapeutiques Standards	Révisés en 2005 et 2007
Nombre des pharmaciens affiliés	1300, soit un pharmacien pour 46.944 habitants
Nombre des techniciens en sciences pharmaceutiques	1900, soit un technicien pour 32.119 habitants

La politique pharmaceutique de la République Démocratique du Congo a été élaborée et adoptée en 1997. Depuis lors, elle a été actualisée en 2005 et est actuellement discutée au niveau du gouvernement pour sa proposition au parlement sous forme d'un projet de loi.

La nouvelle loi attendue permettra de mettre à jour deux lois qui servent inadéquatement de cadre juridique légal à la réglementation pharmaceutique. Il s'agit de l'ordonnance n° 27 bis / hyg. du 15 mars 1933 sur l'exercice de la pharmacie, et du décret royal du 15 mars 1952 sur l'art de guérir au Congo Belge.

L'approvisionnement en médicaments essentiels a connu des périodes particulières dans le temps; en effet, depuis l'époque coloniale jusque vers les années 1980 après l'indépendance, l'approvisionnement en médicaments était assuré pour toutes les formations sanitaires publiques du pays par le Dépôt Central Médico Pharmaceutique (DCMP), institution publique chargée de l'acquisition et la distribution des médicaments en RDC. La faillite du DCMP courant 1980, a engendré la carence des médicaments dans le pays et occasionné la prolifération anarchique et illicite de structures privées (grossistes et détaillants) qui ont approvisionné les formations sanitaires publiques et privées en médicaments.

Dans le secteur privé, les établissements pharmaceutiques de vente en gros ne respectent pas de manière générale les Bonnes Pratiques de Distribution (BPD) et ces grossistes fournissent les médicaments dans le public, le privé et parfois dans le confessionnel. Le problème se pose également au niveau de la dispensation de ces produits dans les pharmacies qui fonctionnent anarchiquement et illégalement, pour la plupart sans personnel qualifié, ni conditions exigées pour la conservation et la dispensation des médicaments aux malades. On note également que des médicaments contrefaits ou provenant des sources douteuses circulent dans ce secteur.

Depuis 2002, le Ministère de la santé a créé le Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) grâce aux appuis des partenaires, en vue de mettre en œuvre les stratégies de la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) en matière d'approvisionnement. Ce système mis en place se doit de fournir les médicaments dans le secteur public, déjà occupé par les privés lucratifs pendant plus de 20 ans.

L'essentiel de ces stratégies consiste à la centralisation des achats à travers une structure centrale d'acquisition constituée en ASBL, la Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (FEDECAME), et à la décentralisation de la distribution des médicaments à travers un socle d'environ 20 centrales de distribution régionales (CDR) dotées de statuts d'ASBL. Pour coordonner, superviser et évaluer la mise en place du SNAME, le Ministère de la santé a créé le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (PNAM).

Actuellement, le SNAME est constitué de la FEDECAME et quinze CDR opérationnelles. Entre-temps, le réseau privé lucratif constitué par les importateurs et grossistes, répartiteurs, les fabricants et les détaillants, continue à proliférer dans un système pharmaceutique dérégulé et se caractérisant par la prolifération des établissements pharmaceutiques à travers tout le pays et la non maîtrise des prix des médicaments.

L'anarchie qui sévit dans le secteur pharmaceutique due principalement à la faiblesse de l'autorité de réglementation pharmaceutique pour plusieurs raisons constitue un handicap sérieux à la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale.

L'importation des produits pharmaceutiques est réglementée par l'ordonnance n° 27 bis / hyg du 15 mars 1933. Il existe l'arrêté ministériel n° 1250/ CAB/ MIN/ S/ AJ/ MS/ 013/ 2001 du 09/ 12/ 2001 relatif à l'enregistrement et autorisation de mise sur le marché des médicaments dont l'application est faible. Il est important de relever l'existence des entrées frauduleuses et massives des médicaments, des circuits illicites sans la mise en œuvre de mesures de répression appropriées.

Le contrôle des prix des médicaments n'est pas assuré par le Ministère de la santé mais plutôt par d'autres ministères tels celui de l'économie, et ce contrôle est faible ou quasi inexistant ; pourtant la Politique Pharmaceutique Nationale révèle la nécessité de rendre les médicaments accessibles financièrement à la majorité de la population.

## **II. CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE**

Le Ministère de la santé ne dispose pas à ce jour des études connues ayant été menées en RDC sur les prix des médicaments et il a, à travers le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (PNAM), sollicité l'appui de l'OMS et la CTB pour l'organisation de cette enquête sur les prix des médicaments.

Le PNAM a été chargé de la coordination des travaux de l'étude et il a bénéficié de diverses expertises à savoir :

- Dr Simona Chorliet, Consultant OMS;
- Dr Ray Mankélé, Conseiller aux médicaments essentiels de l'OMS en République du Congo, pour la finalisation du rapport;

- Dr Anastasie Mulumba, Conseiller aux médicaments essentiels de l'OMS en RDC;
- Pharmacien Léonard Matamba, Directeur du PNAM;
- Pharmacien Franck Biayi, Directeur Adjoint du PNAM et Coordinateur de l'étude, Chargé de l'analyse et validation des données, du suivi de la saisie informatique, de l'exploitation des données et rédaction du rapport;
- Mr Vangu Ngoma, Chargé de l'encodage et analyse des données;
- Mr Kalota Tshipanga, Chargé de la saisie des rapports;
- Neuf Pharmaciens Inspecteurs provinciaux de Kinshasa, Bas-Congo, Bandundu, Kasai-Occidental, Kasai-Oriental, Katanga, Nord-Kivu et Province Orientale Chargés de la supervision des enquêteurs.
- Dix-huit enquêteurs (médecins, pharmaciens, administrateurs et statisticiens) recrutés et formés pour l'utilisation des fiches d'enquêtes et du cahier électronique.

### III. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

#### 1. Type d'études

Il s'agit d'une étude descriptive transversale susceptible de générer des hypothèses sur la mise en œuvre des activités futures du programme.

#### 2. Techniques de collecte des données

Tenant compte de la pertinence de l'étude, les techniques et les outils utilisés pour la collecte de données sont présentés dans les sous-sections ci-dessous :

##### a) Techniques

L'interview, la revue documentaire et l'observation sont les trois techniques que nous avons utilisées lors de notre collecte de données.

##### b) Outils

Les enquêteurs ont utilisé les formulaires standardisés fournis par l'OMS. Un manuel d'instructions pour enquêteur a été mis à leur disposition pour une meilleure utilisation sur terrain desdits formulaires.

Au cours de la formation des enquêteurs et superviseurs qui s'est déroulée du 19 au 22 Juin 2007 à Kinshasa, les formulaires de collecte des données ont été pré-testés dans 6 structures sanitaires et 6 pharmacies privées. Les données recueillies ont été encodées et traitées dans le logiciel fourni par l'OMS.

### 3. Echantillonnage

#### a) Univers statistique

Tableau 2: Univers statistiques

N°	NIVEAUX	UNIVERS STATISTIQUE VISÉ
1.	Niveau I	<i>Province</i>
2.	Niveau II	<i>District sanitaire</i>
3.	Niveau III	<i>Zone de santé</i>
4	Niveau IV	<i>Structures d'achat, Formations sanitaires publiques et confessionnelles et pharmacies privées</i>

#### b) Biais et limites de l'étude

Compte tenu des conditions particulières (inaccessibilité, insécurité, etc...) de chacune des provinces, les critères suivants ont été également utilisés pour éliminer d'abord 2 provinces : le Sud-Kivu et le Maniema pour respectivement insécurité et faible activité pharmaceutique, mais également certains sites dans les provinces sélectionnées ayant des caractéristiques suivantes :

- Gratuité des médicaments;
- Subvention des médicaments;
- Spécialisation des formations sanitaires (pédiatrie, ...);
- Inaccessibilité des formations sanitaires (routes impraticables...);
- Insécurité dans les sites ou les environs.

#### c) Taille de l'échantillon

En tenant compte des biais, des limites de l'étude, de la durée, de la représentativité nationale et du choix raisonné, l'échantillon retenu est de :

- 9 Provinces pour l'ensemble du pays;
- 24 Districts sanitaires;
- 59 Zones de Santé;
- 8 structures d'achat (5 CDR et 3 grossistes privés) pour l'ensemble du pays, soit une structure par province (sauf au Nord-Kivu où aucune structure d'achat n'a été retenue)
- 36 formations sanitaires publiques pour l'ensemble du pays représentées comme suit : 7 à Kinshasa, 6 au Bandundu , 5 au Kasai-Oriental, 5 au Katanga, 4 au Bas-Congo, 4 dans la Province Orientale, 4 au Kasai-Occidental, 1 à l'Equateur.
- 52 pharmacies privées pour tout le pays soit : 10 au Nord-Kivu, 7 au Katanga, 6 au Bandundu, 6 dans la Province Orientale, 5 au Bas-Congo, 5 à l'Equateur, 5 au Kasai-Occidental, 4 au Kasai-Oriental, 4 à Kinshasa.
- 33 formations sanitaires confessionnelles pour tout le pays soit : 8 au Nord-Kivu, 5 au Katanga, 4 à Kinshasa, 4 au Kasai-Oriental, 3 dans la

Province Orientale, 3 au Kasai-Occidental, 2 à L'Equateur, 2 au Bas-Congo, 2 au Bandundu.

Il est essentiel de souligner que 15 structures au moins par province auraient dû être visitées au cours de l'enquête mais les contraintes avancées ci-dessus ne l'ont pas permis.

#### ***d) Techniques d'échantillonnage .***

Une combinaison de techniques, à savoir : échantillonnage à plusieurs degrés et un échantillonnage systématique et aléatoire simple a été préconisé accompagné du choix raisonné.

##### **❖ Choix des Provinces**

9 provinces sur les 11 ont été sélectionnées :

L'étude s'est déroulée dans neuf provinces :

- 1) Ville de Kinshasa,
- 2) Bas-Congo,
- 3) Bandundu,
- 4) Kasai-Occidental,
- 5) Kasai-Oriental,
- 6) Katanga,
- 7) Nord Kivu,
- 8) Province Orientale,
- 9) Équateur.

Les provinces de Maniema et du Sud-Kivu ont été éliminées suite aux raisons évoquées précédemment.

##### **❖ Choix des Districts sanitaires**

Compte tenu de la difficulté d'avoir les informations sur l'accessibilité dans les districts sanitaires, seuls les districts sanitaires situés dans les chefs-lieux et les agglomérations d'accès possible ont été retenus par choix raisonné.

##### **❖ Choix des Zones de Santé**

Seules les Zones de santé fonctionnelles ont été tirées au sort et remplacées par choix raisonnée en cas de problèmes liés à l'accessibilité.

##### **❖ Choix des structures d'achat (Dépôts privés et CDR)**

Les CDR présentes dans les chefs-lieux des provinces étaient d'office retenues, mais remplacées par une autre structure si sa disponibilité était inférieure à 50% ; tandis que les dépôts pharmaceutiques privés étaient tirés au sort lorsqu'ils sont sur le même site, et remplacé en cas d'indisponibilité.

- ❖ Choix des formations sanitaires publiques, des pharmacies privées et des formations sanitaires confessionnelles.

Les hôpitaux généraux de référence des Zones de Santé accessibles étaient d'office retenus, et remplacés le cas échéant par les formations sanitaires publiques équivalentes. Les pharmacies privées et les formations sanitaires confessionnelles étaient identifiées dans le périmètre proche de la formation sanitaire publique, puis tirées au sort et remplacées si besoin.

#### **4. Déroulement de l'étude**

L'étude s'est déroulée du 19 juin au 19 juillet 2007 et a été réalisée en trois phases :

##### ***a) Phase préparatoire, du 19 au 22 juin 2007***

Cette phase était consacrée à la formation des enquêteurs, l'harmonisation de la méthodologie de l'étude, la constitution des équipes et l'élaboration du planning de descente sur terrain.

##### ***b) Phase de préparatifs, du 23 juin au 8 juillet 2007***

Elle a couvert la préparation administrative, technique et logistique de l'enquête.

##### ***c) Phase de collecte des données, du 9 au 19 juillet 2007***

Elle a concerné la descente sur le terrain, la collecte par les enquêteurs, la vérification des données par les superviseurs et la rédaction du rapport par chaque équipe.

##### ***d) Difficultés rencontrées***

- Très fréquents remplacements pour cause d'indisponibilité des médicaments ;
- Plusieurs structures pratiquent la gratuité ou le subventionnement avec les mêmes conséquences que précédemment ;
- La réticence de certains responsables des structures à disponibiliser les données sur les prix (les dépôts pharmaceutiques privés) ;
- Les moyens de transport aléatoires à l'intérieur du pays ;
- Les voies de communication impraticables sur la majorité des zones visitées.

#### **5. Recueil des données**

La collecte de données a été effectuée par 18 enquêteurs (pharmaciens, médecins et administrateurs- gestionnaires, statisticiens) et 9 superviseurs qui sont tous des pharmaciens inspecteurs provinciaux, chacun ayant la responsabilité de superviser sa province.

Pour la collecte des données sur les prix d'achat, les enquêteurs ont visité 5 Centrales de Distribution Régionales des médicaments et 3 dépôts pharmaceutiques privés. Les différentes centrales n'ont pu fournir les prix d'achat FEDECAME à cause des nombreux achats de soudure effectués auprès d'autres fournisseurs, et il était difficile pour les enquêteurs de disposer de temps pour rechercher les données dans les archives. Par ailleurs, les grossistes privés non plus, n'ont fourni les données sur leurs achats.

En raison de ces difficultés, les enquêteurs ont recueilli à la place les prix de vente des médicaments aux formations sanitaires et cela, à titre indicatif.

Concernant les prix patients, les données ont été collectées dans 36 hôpitaux généraux de référence, 33 formations sanitaires confessionnelles et 52 pharmacies privées (ce nombre est dû au remplacement opéré par les enquêteurs en tenant compte de la disponibilité en médicaments et aussi de la variabilité des prix constatés).

## 6. Traitement et exploitation des données

Les données ont été traitées à l'aide d'un logiciel OMS - HAI et encodées avec une procédure de double saisie, suivie de la correction des erreurs; cela, en vue de s'assurer d'une fiabilité suffisante.

Les résultats sont présentés sous-forme de pourcentage pour la disponibilité et sous-forme de ratios des prix médians (RPM) des médicaments, le ratio étant le rapport entre le prix des médicaments (prix d'achat ou prix patient) et le prix de référence international (PRI).

## 7. Liste de médicaments

Nous avons utilisé les médicaments de la liste nationale des médicaments essentiels de la RDC, particulièrement les traceurs, auxquels ont été ajoutés quelques médicaments pour certaines pathologies chroniques.

Ces médicaments sont les suivants :

Acyclovir 200 mg	Amitryptiline 25 mg	Métronidazole
Béclométasone aérosol	Ciprofloxacine	Aténolol 50 mg
Doxycycline	Ibuprofène	Diclofénac
Acide acétylsalicylique 500mg	Amoxicilline 500mg	Nifédipine retard
Captopril	Cotrimoxazole	Nystatine ovule
Furosémide	Mébendazole	Oméprazole
Albendazole 400 mg	Ampicilline 1g	Paracétamol
Carbamazépine	Cotrimoxazole suspension	Paracétamol suspension
Gentamycine	Sulfadoxine-pyriméthamine	Phénytoïne
Aminophylline 100 mg	Metformine	Ranitidine
Ceftriaxone	Artésunate 100 mg	Salbutamol aérosol
Glibenclamide	Diazépam	

## IV. RESULTATS

Les analyses suivantes seront présentées :

- La disponibilité des médicaments le jour du recueil des données ;
- Les prix de vente des médicaments par les grossistes ;
- Les ratios des prix médians des médicaments dans le secteur public en comparaison avec les prix de référence internationaux ;
- Les ratios des prix médians des médicaments innovateurs et leurs équivalents génériques, dans le secteur privé à but lucratif en comparaison avec les prix de référence internationaux ;
- Les ratios des prix des médicaments dans le secteur confessionnel en comparaison avec les prix de référence internationaux ;
- La comparaison des ratios des prix des médicaments entre le secteur public, le secteur privé et le secteur confessionnel ;
- L'accessibilité financière pour les personnes à faible revenu des traitements d'une sélection d'affections fréquentes avec le médicament innovateur, l'équivalent générique le moins cher, dans le secteur public, privé et confessionnel.

### A. La disponibilité des médicaments

La disponibilité des trente-cinq (35) médicaments étudiés a été déterminée lors du recueil des données sur le terrain au niveau des trois secteurs par les enquêteurs.

*Tableau 3 : Récapitulatif de la disponibilité médiane dans les différents secteurs*

	Secteur Public	Secteur Privé	Secteur Confessionnel
Innovateur	0,0%	9,6%	0,0%
Le moins cher	55,6%	65,4%	48,5%

Le Tableau 3 montre que la disponibilité médiane des médicaments innovateurs est nulle dans les secteurs public et confessionnel ; tandis qu'elle est de 9,6% dans le secteur privé. Il a néanmoins été observé quelques exceptions en ce qui concerne les médicaments innovateurs dans les secteurs public et confessionnel telles que la Nifedipine retard avec 13,9% dans le public et 9,1% dans le confessionnel ; la Ranitidine avec 6,1% dans le secteur confessionnel et la Carbamazepine qui affiche 5,6% dans le secteur public et 3% dans le confessionnel.

Pour les génériques les moins chers, une disponibilité médiane de 55,6%, 65,4% et 48,5% a été respectivement constatée dans les secteurs public, privé et confessionnel. La disponibilité des génériques dans le privé s'explique par le fait que ce secteur avait été le seul qui a approvisionné toutes formations sanitaires publiques et privées du pays, y compris celles du secteur confessionnel pendant plusieurs années.



Il répondait à un besoin dicté par la pauvreté de la population qui était incapable d'acheter les innovateurs et la défaillance du système d'approvisionnement public. Le secteur privé s'est tout simplement adapté au besoin du marché.

Le secteur public montre une disponibilité de 100 % pour l'Ampicilline injectable et la Gentamicine injectable. Dans le secteur privé, on remarque une forte disponibilité de Paracétamol (100%), de l'AAS et du Diclofenac (98,1%) ainsi que de la SP (94,2%).

Dans le secteur confessionnel, une grande disponibilité de 100 % est observée pour le Cotrimoxazole, le Mebendazole et le Paracétamol.

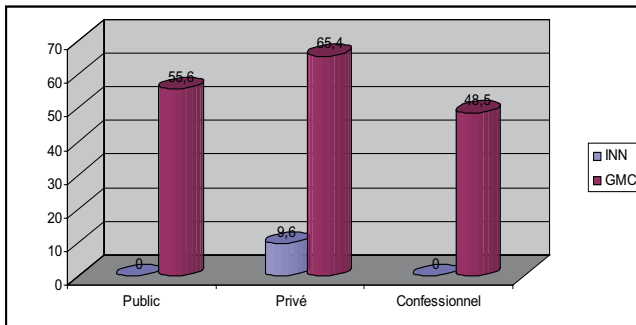
Par contre, certains médicaments génériques dans le secteur public ont une faible disponibilité, tels que la Ranitidine (8,3%), l'Atenolol, la Beclométasone aérosol et la Metformine (2,8%). Il en est de même dans le secteur privé pour la Beclométasone (3,8%), la Metformine (7,7%) et l'Atenolol (9,6%), ainsi que dans le secteur confessionnel pour la Beclométasone aérosol (6,1%). Seul le Paracétamol a été retrouvé dans toutes les formations privées. L'Ampicilline injectable et la Gentamycine en forme générique sont présents dans toutes les formations sanitaires publiques. Le Cotrimoxazole, le Mebendazole et le Paracétamol en générique sont présents dans toutes les formations sanitaires confessionnelles.

Quelques médicaments innovateurs ont été retrouvés dans le public, tels que la Carbamazépine, la Ciprofloxacine, la Furosémide, la Gentamycine, l'Ibuprofène, la Metformine, la Nifédipine, le Paracétamol, le Salbutamol, la SP et la Ceftriaxone.

Quelques innovateurs ont été également trouvés dans le secteur confessionnel, tels que : l'Amoxicilline, la Carbamazépine, le Diclofenac, la Metformine, la Nifédipine, le Paracétamol en sirop, la Ranitidine et le Salbutamol.

Dans le secteur privé, tous les innovateurs trouvés ont leurs équivalents génériques et on trouve même des génériques sans innovateurs dans le privé.

Graphique 1 : Disponibilité médiane dans les trois secteurs

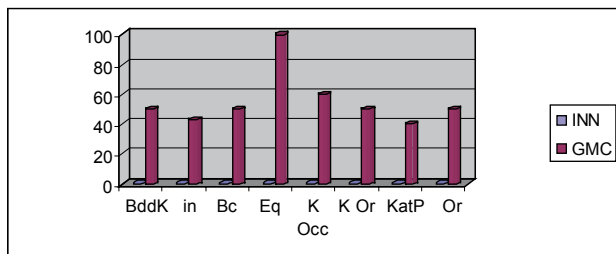


Il est remarquable de constater que les innovateurs sont quasi absents du secteur public dans toutes les provinces, ce qui est normal dans le cadre du respect de la politique pharmaceutique nationale ; tandis que les génériques sont présents dans toutes les provinces mais à degrés différents. La disponibilité se situe entre 40 et 60% dans la plupart des provinces, la province du Katanga présentant la disponibilité la plus faible avec 40%. Ceci peut s'expliquer par le fait que cette province était principalement

approvisionnée par des sociétés minières qui sont presque à l'arrêt. La meilleure disponibilité a été enregistrée dans la province de l'Equateur avec 100%. Il sied de signaler que la province de l'Equateur n'a eu qu'une seule structure publique visitée.

Le Nord-Kivu n'a eu aucune structure publique retenue parce que toutes étaient subventionnées.

Graphique 2 : Disponibilité moyenne dans le Public par Provinces

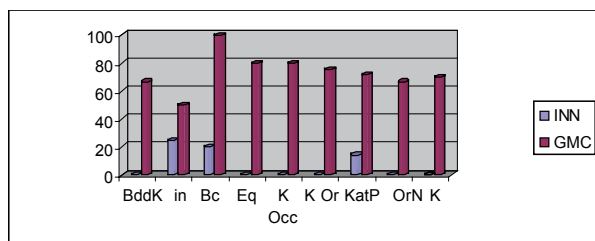


Le secteur privé montre une disponibilité relativement élevée pour les génériques avec 100% dans la province du Bas-Congo, qui peut être expliquée par la présence de deux centrales de distribution des médicaments, une forte implantation des grossistes privés mais aussi des facteurs culturels liés à des habitudes des populations de cette province de s'approvisionner en biens de consommation pour des périodes relativement longues.

A Kinshasa par contre où l'approvisionnement en biens de consommation se fait au jour le jour, la disponibilité des médicaments génériques n'a été que de 50%.

Ce secteur indique une disponibilité nulle pour les innovateurs dans la plupart des provinces sauf les provinces de Kinshasa avec 25%, Bas-Congo avec 20% et Katanga 14,3% ; ceci, du fait dû par le niveau de pauvreté important de la population qui ne peut pas acheter les innovateurs. Cette catégorie des médicaments ne constitue donc pas un marché intéressant pour les opérateurs de ce secteur. Les trois provinces qui disposent des innovateurs abritent la capitale, la ville portuaire et la ville minière.

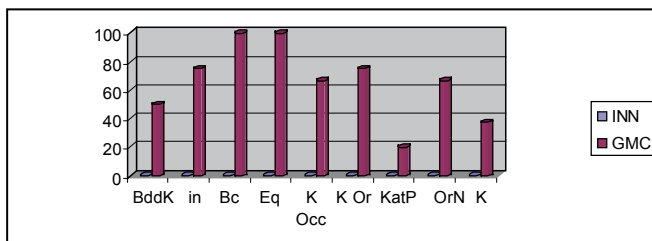
Graphique 3 : Disponibilité dans le Privé par Provinces



Le secteur confessionnel ne dispose pas de médicaments innovateurs car les formations confessionnelles prennent généralement en charge les populations à faible revenu qui ne peuvent pas acheter les produits chers.

Les provinces dans lesquelles la disponibilité en médicaments génériques est bonne sont celles avec une forte implantation des organisations confessionnelles dont les activités sont liées au médicament. C'est le cas du Bas-Congo et de l'Equateur avec 100% de disponibilité.

Graphique 4 : Disponibilité dans le secteur confessionnel par Provinces



## B. Prix de vente des médicaments des grossistes

Il est important de souligner qu'il n'a pas été possible de collecter les données sur les prix d'achat des grossistes. Selon ces derniers, les conditions d'archivage ne leur permettent pas de disponibiliser les prix des médicaments de notre liste dans les délais de l'enquête. Les CDR ont dit avoir effectué plusieurs achats de soudure hors FEDECAME et qu'il leur fallait quelques jours supplémentaires pour retrouver les prix d'achat. Tandis que les grossistes privés ont évoqué l'absence d'archivage pour retrouver les prix d'achat.

Pour ces derniers, il est connu que certains grossistes pratiquent la fraude fiscale et ne souhaitent pas donner les vrais prix d'achat au cours d'une enquête.

Dans le cas précis de cette enquête, compte tenu de ces difficultés à obtenir les prix d'achat dans le temps imparti, nous avons enregistré les prix des ventes des CDR et grossistes privés aux clients.

Les Centrales de distribution régionales des médicaments essentiels n'achètent pas les médicaments innovateurs en application de la politique pharmaceutique nationale qui a adopté l'usage des médicaments essentiels génériques. 74% des médicaments génériques ont été retrouvés dans les CDR. Ces médicaments sont vendus 1,27 fois les PRI. Ces prix de vente faibles pourraient traduire l'impact bénéfique du Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels sur l'accessibilité des médicaments. Les prix de vente sont sensiblement identiques d'une CDR à l'autre.

Tableau 4 : Prix de vente des médicaments des grossistes publics( CDR)

	<i>Innovateur</i>	<i>Le moins cher</i>
<b>RPM médian</b>		<b>1,27</b>
<b>RPM quartile 25%</b>		<b>1,03</b>
<b>RPM quartile 75%</b>		<b>1,44</b>
<b>RPM minimum</b>		<b>0,17</b>
<b>RPM maximum</b>		<b>9,86</b>

Les grossistes privés assurent l'approvisionnement en médicaments innovateurs et en médicaments génériques. Au cours de l'enquête, il a été retrouvé 83% des médicaments génériques et 37% des médicaments innovateurs.

Les médicaments innovateurs sont vendus 11 fois plus chers que les prix de référence internationaux. Ces prix varient d'un grossiste à l'autre, allant d'un RPM de 3,37 à un RPM de 62,44.

Pour les génériques les moins chers, les prix de vente sont 1,21 fois les PRI. Ces prix sont paradoxalement moins élevés que ceux observés dans les CDR (1,27) ; pourtant le secteur privé est assujéti aux divers droits et taxes dont sont exemptés les CDR.

Le faible prix des médicaments génériques dans le secteur privé pourrait être une conséquence du faible contrôle exercé par l'autorité de réglementation pharmaceutique en matière de contrôle des sources d'approvisionnement, de contrôle de qualité des médicaments et de contrôle des importations.

Tableau 5 : Prix de vente des médicaments des grossistes privés

	<b>Innovateur</b>	<b>Le moins cher</b>
<b>RPM médian</b>	<b>10,90</b>	<b>1,21</b>
<b>RPM quartile 25%</b>	<b>7,44</b>	<b>0,91</b>
<b>RPM quartile 75%</b>	<b>42,45</b>	<b>1,65</b>
<b>RPM minimum</b>	<b>3,37</b>	<b>0,39</b>
<b>RPM maximum</b>	<b>62,44</b>	<b>6,16</b>

### C. Prix patients dans le secteur public

Les RPM sont calculés sur 1 médicament innovateur et 24 médicaments génériques.

Tableau 6 : RPM dans le secteur public (prix payés par les patients)

	<b>Innovateur</b>	<b>Le moins cher</b>
<b>RPM médian</b>	<b>12,82</b>	<b>2,02</b>
<b>RPM quartile 25%</b>	<b>12,82</b>	<b>1,74</b>
<b>RPM quartile 75%</b>	<b>12,82</b>	<b>2,96</b>
<b>RPM minimum</b>	<b>12,82</b>	<b>0,41</b>
<b>RPM maximum</b>	<b>12,82</b>	<b>8,41</b>

Bien que la politique nationale préconise l'utilisation des médicaments génériques dans les formations sanitaires publiques, il a été retrouvé un médicament innovateur, la Nifedipine retard, dans 13,9% des formations sanitaires. Ce médicament est par ailleurs vendu aux patients 13 fois plus cher que le PRI alors que les génériques sont vendus à des prix 2 fois supérieurs aux PRI

On a noté une variabilité non prononcée des prix des médicaments génériques qui vont d'un RPM de 1,74 à un RPM de 2,96. Toutefois, on a observé des RPM très élevés comme pour le Glibenclamide, vendu jusqu'à 8,41 fois le PRI, alors que l'Artesunate est vendu à un prix inférieur au PRI (RPM minimum 0,41).

## D. Prix patients dans le secteur privé

Dans le secteur privé, 21 médicaments innovateurs et 33 médicaments génériques ont été retrouvés.

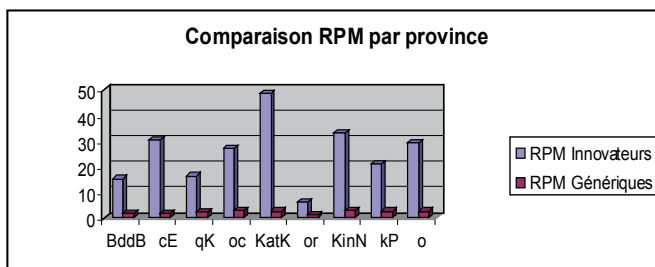
Tableau 7 : RPM dans le secteur privé (prix payés par les patients)

	<i>Innovateur</i>	<i>Le moins cher</i>
<b>RPM médian</b>	<b>34,26</b>	<b>2,23</b>
<b>RPM quartile 25%</b>	<b>13,61</b>	<b>1,80</b>
<b>RPM quartile 75%</b>	<b>53,15</b>	<b>4,93</b>
<b>RPM minimum</b>	<b>4,35</b>	<b>0,84</b>
<b>RPM maximum</b>	<b>92,26</b>	<b>28,31</b>

Le RPM médian montre que les patients payent les médicaments innovateurs 34,26 fois plus chers que les PRI avec de grandes variations des prix d'une formation sanitaire à une autre. C'est le cas de l'Albendazole dont le RPM varie de 0,26 à 15,38.

En ce qui concerne les médicaments génériques les moins chers, il a été constaté que le RPM médian est 2,23 fois supérieur aux PRI. Les prix varient d'une formation sanitaire à une autre avec un RPM variant de 0,84 à 28,31.

Graphique 5 : Comparaison RPM entre les provinces



On observe que pour ce qui est des innovateurs, la province du Katanga a les prix les plus élevés avec un RPM de 48,53 par rapport au PRI, suivi de Kinshasa avec 33,16. Ces prix élevés traduiraient le niveau de vie élevé dans ces villes où une certaine activité économique semble profiter à une petite catégorie de la population, et aussi le manque de contrôle des prix par l'Etat. Par contre, les génériques ne présentent pas une variabilité notable entre les provinces.

## E. Prix patients secteur confessionnel

Dans ce secteur, aucun médicament innovateur n'a été retrouvé. Les prix des médicaments génériques sont ici supérieurs de 2,44 fois le PRI et varient énormément d'une formation sanitaire à une autre, allant de 0,70 à 9,02 fois le PRI. Cela pourrait être dû, entre autres, à la diversité des sources d'approvisionnement en médicaments de ce secteur.

Tableau 8 : RPM dans le secteur confessionnel (prix payés par les patients)

	Innovateur	Le moins cher
RPM médian	-	2,44
RPM quartile 25%	-	1,95
RPM quartile 75%	-	3,30
RPM minimum	-	0,70
RPM maximum	-	9,02

En comparant les prix entre les différents secteurs on constate que le traitement par des médicaments innovateurs est très largement plus cher dans le secteur privé (RPM 34,26) que dans le secteur public (RPM 12,82). Pour ce qui est du médicament générique, on constate que les prix sont plus élevés dans le secteur confessionnel (RPM 2,44) que dans les deux autres secteurs (Public RPM 2,02 et Privé RPM 2,29). Cela paraît paradoxal lorsqu'on sait que le secteur confessionnel bénéficie d'exonérations de taxes.

Tableau 9 : RPM comparés entre les trois secteurs

Secteur	Valeur du RPM suivant les secteurs	
	Innovateur	Générique
Public	12,82	2,02
Privé	34,26	2,29
Confessionnel	--	2,44

Graphique 6 : Comparaison RPM médian entre les trois secteurs

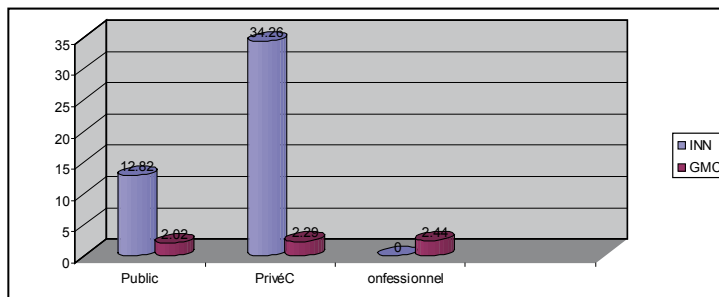
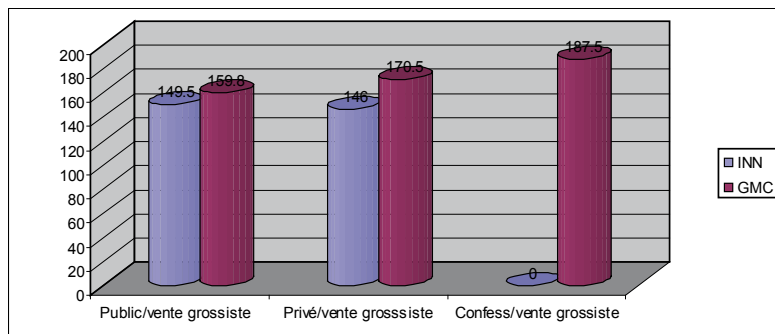


Tableau 10 : Ratios comparés entre les trois secteurs

Type de Ratio	Valeur du Ratio suivant le type de produit (en pourcentage)	
	Innovateur	Générique
Public/Ventes grossistes	149,6	159,8
Privé/Ventes grossistes	146,0	170,5
Confes./Ventes grossistes	--	187,5
Privé/Public	86,8	108,3
Confes./Public	--	117,0
Confes./Privé	--	107,9

Graphique N° 7 : Ratios comparés entre les 3 secteurs et les ventes grossistes



En comparant les prix des médicaments entre secteurs, il ressort qu'au niveau des grossistes, le ratio le plus élevé est celui observé dans le secteur public, pour ce qui est des produits innovateurs. Cela est dû, entre autres, à des pratiques non contrôlées d'attribuer des marges élevées pour probablement l'obtention des « commissions » aux personnels effectuant les achats pour le compte des structures. Ces pratiques sont connues sous la dénomination de « 10% », sans oublier que ces achats par les structures publiques n'utilisent pas les procédures de concurrence.

Le secteur confessionnel a le ratio le plus élevé pour l'achat des médicaments génériques. Les raisons sont à rechercher sur plusieurs pistes dont les achats à l'extérieur du pays chez des fournisseurs préférentiels sans passer par les appels d'offre ni marché à concurrence.

Lorsqu'on se focalise sur le prix patient, le ratio confessionnel/public apparaît le plus élevé alors que les ratios privé/public et confessionnel/privé sont presque identiques.

## F. ACCESSIBILITE FINANCIERE

L'accessibilité financière des traitements a été évaluée pour 6 pathologies chroniques et aiguës sur base du salaire journalier minimum du travailleur congolais qui est de 461.5384 FC, calculé sur un salaire mensuel de 12.000 FC.

Tableau 11 : Accessibilité aux traitements de certaines pathologies par quelques médicaments dans les différents secteurs (Nombre de salaire journalier minimum)

Traitement	Ventes des grossistes		Public		Privé		Confessionnel	
	INN	GMC	INN	GMC	INN	GMC	INN	GMC
Diabète / Glibenclamide	11,1	0,3	-	2,0	13	2,0	-	1,3
Hypertension / Atenolol	-	-	-	-	10,4	9,8	-	1,5
Ulcère gastrique / Ranitidine	-	5,1	-	-	54,6	6,5	-	-
IRA, ad / Amoxicilin	4,7	0,9	-	1,1	7,2	1,1	-	1,2
IRA, enf / Cotrimoxazole	3,0	0,4	-	0,5	4,2	0,5	-	0,5
Arthrite / Diclofenac	7,7	0,3	-	0,7	19,5	0,5	-	0,7
Gonorrhée / Ciprofloxacine	-	0	-	0,1	-	0,1	-	0,1

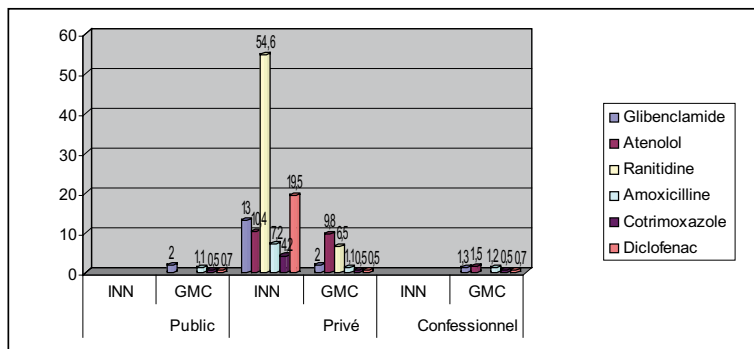
Ce tableau permet de comparer les coûts de quelques traitements dans les différents secteurs :

- i. Du Diabète avec Glibenclamide : un patient doit payer l'équivalent de 2 jours de travail dans le public ainsi que le privé et 1,3 jours de travail dans le confessionnel pour le générique. Il doit payer l'équivalent de 13 jours de travail pour l'innovateur dans le privé.
- ii. De l'hypertension avec Atenolol : le patient doit dépenser l'équivalent de 10 jours de travail pour l'innovateur dans le privé et 9,8 jours de travail pour le générique dans le même secteur alors qu'il doit devoir 1,5 jours de travail dans le confessionnel.
- iii. Des IRA chez l'enfant avec le cotrimoxazole suspension : le patient doit dépenser 0,5 SJM pour le générique dans les 3 secteurs et 4,5 SJM pour l'innovateur dans le privé.
- iv. De la gonorrhée avec ciprofloxacine : le malade doit déboursier l'équivalent de 0,1 jours de travail pour le générique dans les 3 secteurs.

Il apparaît que pour tous les médicaments pris en exemple, les médicaments génériques les moins chers coûtent plus chers par rapport au salaire journalier le plus bas et qu'ils sont hors de portée de la majorité de la population congolaise.



Graphique N°8 : SJM de quelques médicaments dans les trois secteurs



## G. STRUCTURES DES PRIX

Compte tenu du fait que les prix d'achat n'ont pu être collectés pour des raisons évoquées ci-dessus, il n'a pas été possible de calculer les structures des prix par rapport aux différents secteurs.

Les prix de ventes grossistes contiennent les frais relatifs aux charges à l'importation, étant donné que la grande proportion des médicaments est importée. Ces charges sont :

- l'OFIDA (douanes) : 10% ;
- taxe d'importation du Ministère de la Santé : 2% ;
- le précompte BIC : 3% ;
- taxe FPI : 2% ;
- l'impôt sur le chiffre d'affaire : 13% ;
- les frais d'analyse OCC, honoraires fixes de 125,9 USD par échantillon quelle que soit la quantité des médicaments ;
- la marge grossiste 20% ;
- la marge détaillant de 33%.

Signalons que les charges sont les mêmes pour tous les médicaments et qu'il n'y a pas de distinction entre les innovateurs et les génériques. Si ces marges étaient respectées, on n'observerait pas une grande variabilité dans le secteur privé avec des prix allant d'un RPM de 4,35 à un RPM de 92,26 par rapport aux PRI pour les innovateurs. Les génériques présentent également des variations d'un RPM de 0,84 à un RPM de 28,31 par rapport aux PRI.

## V. DISCUSSION

### A. Disponibilité

Une très faible disponibilité est constatée dans tous les secteurs pour les génériques avec le secteur public affichant 55,6%, le secteur privé avec 65,4% et le confessionnel avec 48,5%. Ceci s'explique notamment par les très faibles subventions de l'Etat dans l'approvisionnement en médicaments, la mauvaise gestion des maigres ressources destinées à l'approvisionnement en médicaments, la carence des personnels qualifiés dans la plupart de ces structures et aussi la faible motivation du personnel. Il est également important de noter que les innovateurs sont quasi indisponibles dans le secteur privé avec 9,6%.

Les résultats de cette enquête sont très éloignés de ceux obtenus dans l'enquête sur l'évaluation du secteur pharmaceutique de Juillet 2007, dont la disponibilité était de 85% pour les formations sanitaires publiques et 89,9% pour les pharmacies privées. La différence peut être expliquée par le fait que l'évaluation avait ciblé 15 médicaments alors que l'enquête sur les prix a ciblé 35 médicaments.

La disponibilité des médicaments génériques dans les formations sanitaires publiques est sensiblement identique dans toutes les provinces. En ce qui concerne le secteur privé, la disponibilité des médicaments varie avec le développement économique de la province.

Quant au secteur confessionnel, ce sont les provinces avec très peu de formations sanitaires confessionnelles qui ont présenté un faible taux de disponibilité.

L'indisponibilité des médicaments dans les formations sanitaires est une des causes de la faible fréquentation des services de santé avec un taux national d'utilisation du service de santé estimé à environ 25%.

Il est important de préciser que la méthodologie proposée avait demandé d'éliminer toutes les structures ayant une disponibilité inférieure à 50% ; nous pensons que cela aurait donné d'autres résultats par rapport à la disponibilité réelle du pays. C'est ainsi que nous pensons que cette méthodologie devrait être revue pour avoir les résultats réalistes.

### B. Niveau des prix

Les prix des innovateurs est clairement élevé et ne peut se justifier que par des habitudes de spéculation qui caractérisent le secteur privé, surtout favorisées par l'absence de l'Etat dans le contrôle des prix dans un cadre bien défini. Les prix des génériques sont presque les mêmes dans les secteurs public et privé par le fait que ces deux secteurs s'approvisionnent aux mêmes sources, généralement locales, et pratiquent presque les mêmes marges. Le secteur confessionnel a des prix relativement élevés (alors qu'il est exonéré des taxes) par rapport aux deux autres par le fait d'un système d'achat souvent à l'étranger sans concurrence, chez des fournisseurs privilégiés.

Il est établi que les médicaments fournis par le secteur privé (importateurs, grossistes) posent le problème des sources d'approvisionnements douteuses et une fraude dans les déclarations fiscales.

La variabilité des prix dans tous les secteurs est très importante et est caractéristique du manque de contrôle des prix qui ne relève pas du Ministère de la santé mais plutôt du Ministère de l'économie. Il faut aussi signaler les diverses voies d'entrée dans le pays, les difficultés des voies de communications intérieures dont la logistique de transport pèse énormément sur le coût rendu au malade.

On a par ailleurs observé que le secteur public a, dans certains points de vente, des innovateurs qui ont les mêmes prix que leurs équivalents génériques (Carbamazepine, ciprofloxacine, gentamicine). Des cas similaires sont observés dans le secteur privé (Atenolol, Acide Acétylsalicylique, Furosemide, Salbutamol aérosol) et parfois même, les prix de certains innovateurs qui sont inférieurs à ceux de leurs équivalents génériques (Acide Acétylsalicylique, Glibenclamide). Les raisons majeures qui justifient ce phénomène sont notamment les réductions habituelles des prix de certains médicaments (innovateurs et génériques) à l'approche des dates de péremption et aussi à l'achat, par ces points de vente, des médicaments de qualité douteuse dans le circuit illicite (fournisseurs ambulants qui fournissent des contrefaçons à des prix excessivement bas). Il est important de préciser que la majorité des pharmacies privées sont tenues par les commerçants (non pharmaciens) et que la plupart des formations sanitaires publiques et confessionnelles sont sans pharmaciens.

Le problème de la qualité des médicaments qui circulent en RDC particulièrement dans le secteur privé semble être confirmé par le ratio moins élevé que celui du confessionnel et presque égal à celui du public, alors que ces deux derniers secteurs sont exonérés des taxes et autres charges (loyers, eau, électricité....) lorsqu'ils s'approvisionnent auprès des Centrales de Distribution Régionales des médicaments. Le Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) mis en place par le Gouvernement congolais n'est pas encore totalement opérationnel, et une proportion importante des structures publiques s'approvisionnent encore principalement dans le secteur privé lucratif.

### **C. Accessibilité financière**

Compte tenu du faible revenu du congolais, il apparaît que la majorité des congolais ne peuvent pas du tout se soigner avec les médicaments, même les génériques, car à titre illustratif, pour soigner une infection respiratoire aiguë chez l'enfant, on doit consacrer 0,5 SJM soit la moitié de ce salaire dans les trois secteurs. Il en est de même pour le traitement des IRA chez l'adulte qui nécessitent plus du salaire journalier minimum soit 1,1 pour le public et le privé tandis que dans le confessionnel, il nécessite 1,2. Le seul générique susceptible d'être acheté par le congolais est la ciprofloxacine dans le traitement de la gonorrhée avec 0,1 SJM soit le dixième de ce salaire.

Les pathologies chroniques telles que le diabète seront difficilement traitées par glibenclamide car il faut 2 SJM dans le public et le privé et 1,3 SJM dans le confessionnel. Les innovateurs sont parfaitement hors de portée.

Ces résultats confirment le 167<sup>e</sup> rang de l'indice de développement humain qu'occupe la RDC, avec toutes les conséquences imaginables.

Le fait de ne pas être en mesure d'acheter les médicaments parce que non disponibles là où ils doivent être, et quand ils sont disponibles, ils coûtent chers, amène la majorité de la population à s'adonner à la médecine traditionnelle (parfois et/ou souvent chez les charlatans) et à s'approvisionner dans le circuit illicite (médicaments vendus dans les marchés, places publiques et boutiques de mort car ils sont vendus à l'unité avec toutes les conséquences imaginables).

#### **D. Structures des prix**

Les charges et taxes représentent respectivement 33% pour les frais d'approche, 20% et 33% pour les marges grossistes et détaillants soit 86% par rapport à au prix d'achat. Il faut cependant signaler l'existence des coûts cachés non officiels qui sont payés dans le processus de dédouanement (frais DGM, manutention, etc.....). Il apparaît que ces structures ne sont pas respectées, mais aussi la multiplicité des sources d'approvisionnement dont certaines douteuses (problème de qualité des médicaments acquis et mis en circulation) dans le secteur privé peut expliquer la variabilité des prix (minimum à 0,84 et maximum à 28,31).

### **VI. RECOMMANDATIONS**

A l'issue de cette enquête, nous pouvons formuler les recommandations ci-après :

- Tenir un atelier de restitution des résultats de l'enquête ;
- Réaliser des études sur l'évolution actuelle du nouveau système d'approvisionnement en médicaments essentiels ;
- Intégrer tous les systèmes parallèles dans le SNAME ;
- Réaliser les études de disponibilité dans les formations sanitaires ;
- Renforcer le système national d'approvisionnement en médicaments essentiels ;
- Evaluer l'autorité de réglementation pharmaceutique par un organisme indépendant ;
- Renforcer les capacités gestionnaires de l'autorité de réglementation pharmaceutique en la remplaçant par une Agence Nationale du Médicament autonome ;
- Assainir de manière efficace et efficiente le secteur pharmaceutique ;

- Réaliser des études de qualité des médicaments circulant en RDC ;
- Mettre en place une politique des prix des médicaments ;
- Assurer un contrôle régulier et permanent des prix des médicaments, particulièrement les marges appliquées ;
- Rendre le Ministère de la santé compétent pour le contrôle des prix des médicaments ;
- Réaliser des études d'accessibilité financière par rapport aux pathologies dominantes ;
- Mettre en place une politique de suppression des taxes pour les médicaments génériques ;
- Encourager la mise en place des mutuelles de santé ;
- Donner un statut social aux médicaments essentiels génériques.

## VII. CONCLUSION

Cette enquête révèle que les objectifs de la Politique Pharmaceutique Nationale actualisée en 2005 ne sont pas encore atteints, car la disponibilité des médicaments reste un grand problème dans tous les secteurs dans notre pays à cause de la faillite de l'ancien système d'approvisionnement en médicaments, de la faiblesse des subventions de l'Etat envers les formations sanitaires, de la faiblesse de l'autorité de réglementation pharmaceutique et de la mise en œuvre en cours du nouveau système d'approvisionnement en médicaments essentiels qui n'a pas encore produit des résultats escomptés. Il est important de souligner que cette disponibilité n'a été évaluée que dans les structures ayant une disponibilité de 50%. Cette sélection a éliminé un nombre important des structures dont la disponibilité était inférieure à 50%.

Il est de toute façon claire que les médicaments ne sont pas disponibles car le patient a en moyenne une chance sur deux d'en trouver, quel que soit le secteur, en outre lorsqu'il le trouve, celui-ci est inaccessible financièrement. De manière générale, les prix sont relativement élevés par rapport aux références internationales et il est remarquable de constater que les innovateurs sont très largement hors portée des congolais, de même que les génériques les moins chers sont difficilement accessibles aux congolais à bas revenu.

La pauvreté semble être une des causes qui favorise la circulation des médicaments de qualité douteuse dans notre pays; cette circulation est aggravée par la faiblesse très prononcée de l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique.

Ces résultats devront faciliter des études approfondies par rapport aux multiples hypothèses qu'ils révèlent pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité financière aux médicaments par la majorité de la population congolaise.

## ANNEXES

- Annexe 1 : Données internationales sur les prix des médicaments .
- Annexe 2 : Récapitulatif de la disponibilité et des prix par secteur .
- Annexe 3 : Récapitulatif de la disponibilité et des prix par médicament .
- Annexe 4 : Liste des enquêteurs et superviseurs .

**Données internationales  
sur les prix des médicaments**

<b>Taux de change: 1 \$US en monnaie locale =</b>	<b>495,1630</b>
<b>Nom de la monnaie locale:</b>	FC
<b>Date du taux de change:</b>	08-juil-03
<b>Source du taux de change:</b>	BCDC
<b>Source Autres Prix Unitaires:</b>	

						<b>Données de prix utilisées = MSH 2006</b>		
<b>Méd. n°</b>	<b>Nom du médicament (Le nom doit être unique)</b>	<b>Dosage du médicament</b>	<b>Unité de prise</b>	<b>Taille du conditionnement cible</b>	<b>Panier de médicaments (oui/non)</b>	<b>Prix unitaires MSH* 2006 (\$US)</b>	<b>Prix du conditionnement cible (monnaie locale)</b>	<b>Prix de référence unitaire (monnaie locale)</b>
1	Aciclovir	200 mg	cp/gel	25	non	\$0,0410		
2	Acide acétylsalicylique	500 mg	cp/gel	20	non	\$0,0031		
3	Albendazole	400 mg	cp/gel	20	non	\$0,0197		
4	Aminophylline	100 mg	cp/gel	20	non	\$0,0057		
5	Amitriptyline	25 mg	cp/gel	100	non	\$0,0056		
6	Amoxicilline	500 mg	cp/gel	12	non	\$0,0280		

7	Ampicilline inj.	1 g/fl	gram	1	non	\$0,1247		
8	Artésunate	100 mg	cp/gel	6	non	\$0,6144		
9	Aténolol	50 mg	cp/gel	60	non	\$0,0107		
10	Béclométasone aérosol	0,05 mg	dose	200	non	\$0,0144		
11	Captopril	25 mg	cp/gel	30	non	\$0,0112		
12	Carbamazépine	200 mg	cp/gel	50	non	\$0,0178		
13	Céftriaxone	1 g/fl	inject	1	non	\$1,1571		
14	Ciprofloxacine	500 mg	cp/gel	10	non	\$0,0305		
15	Cotrimoxazole	400+80 mg	cp/gel	20	non	\$0,0081		
16	Cotrimoxazole suspension	200+40mg/5ml	millilitre	100	oui	\$0,0037		
17	Diazépam	10 mg/amp2ml	millilitre	1	non	\$0,0493		
18	Diclofenac	50 mg	cp/gel	100	non	\$0,0057		
19	Doxycycline	100 mg	cp/gel	30	non	\$0,0102		
20	Furosémide	40 mg	cp/gel	20	non	\$0,0042		
21	Gentamicine	80 mg/2ml	millilitre	1	non	\$0,0360		
22	Gilbenclamide	5 mg	cp/gel	60	non	\$0,0036		
23	Ibuprofène	400 mg	cp/gel	30	non	\$0,0077		
24	Mébendazole	100 mg	cp/gel	6	non	\$0,0050		
25	Melformine	500 mg	cp/gel	30	non	\$0,0171		
26	Métronidazole	250 mg	cp/gel	20	non	\$0,0044		



27	Nifédipine Retard	20 mg	tab	30	non	\$0,0189	
28	Nystatine ovule	100000 UI	cp gyn	6	non	\$0,0210	
29	Oméprazole	20 mg	cp/gel	14	non	\$0,0730	
30	Paracétamol	500 mg	cp/gel	16	non	\$0,0034	
31	Paracétamol susp.	125 mg/5ml		100	non	\$0,0039	
32	Phénytoïne	100mg	cp/gel	100	non	\$0,0687	
33	Ranitidine	150 mg	cp/gel	30	non	\$0,0239	
34	Salbutamol aérosol	0.1 mg/dose	dose	200	non	\$0,0084	
35	Sulfadoxine-pyriméthamine	500+25mg	cp/gel	3	non	\$0,0205	

Drug\_number 35

Drug\_range\_number 35

\* Management Sciences for Health

**Récapitulatifs de la disponibilité et des prix par secteur**

**Décrire le récapitulatif**

**Récapitulatif de la disponibilité et médianes des RPM par type de produit**  
 Comprend les médicaments du panier et de la liste supplémentaire (n=35 sur la liste)

	Achats com- mandes) (n=8)	Secteur public (n=36 points de vente)	Secteur privé (n=52 points de vente)	Autre secteur (n=33 points de vente)
<b>Pourcentage médian de disponibilité</b>				
Innovateur	ND	0,0%	9,6%	0,0%
Le moins cher	ND	55,6%	65,4%	48,5%
<b>Nb. de produits ayant obtenu le nombre minimum de prix</b>				
<b># Prix requis</b>	1	4	4	4
Innovateur	13	1	21	0
Le moins cher	31	24	33	32
<b>Médianes des RPM pour les médicaments ayant le nombre minimum de prix</b>				
Innovateur	10,90	12,82	34,26	
Le moins cher	1,28	2,02	2,23	2,44

Comme référence Données de prix utilisées = MSH 2006

**Comparaisons des médianes des RPM pour les médicaments avec prix dans les deux secteurs  
Comprend les médicaments du panier et de la liste supplémentaire (n=35 sur la liste)**

		Secteur public (n=36) Achats (n=8 commandes)		Médicaments dans les deux secteurs	Ratio Public / Achats	Secteur privé (n=52) Achats (n=8 commandes)		Médicaments dans les deux secteurs	Ratio Privé / Achats
Innovateur	8,57	12,82	1	149,6%	Innovateur	9,89	12	146,0%	
Le moins cher	1,28	2,05	23	159,8%	Le moins cher	1,28	31	170,5%	
		<b>Autre secteur (n=33)</b>	<b>Médicaments dans les deux secteurs</b>	<b>Ratio Autre / Achats</b>	<b>Secteur public (n=36)</b>		<b>#REF!</b>	<b>Ratio Privé / Public</b>	
Innovateur			0		Innovateur	12,82	1	86,8%	
Le moins cher	1,28	2,40	29	187,5%	Le moins cher	2,02	24	108,3%	
		<b>Secteur public (n=36)</b>	<b>Médicaments dans les deux secteurs</b>	<b>Ratio Autre / Public</b>	<b>Secteur privé (n=52)</b>		<b>Médicaments dans les deux secteurs</b>	<b>Ratio Autre / Privé</b>	
Innovateur			0		Innovateur		0		
Le moins cher	2,02	2,36	24	117,0%	Le moins cher	2,23	31	107,9%	

Comme référence Données de prix utilisées = MSH 2006

**Récapitulatifs de la disponibilité et des prix par médicament**

		Disponibilité des médicaments dans les points de vente								
Nom du médicament	Panier (oui/non)	Innovateur			Les moins chers					
		Public (n=36)	Privé (n=52)	Autre (n=33)	Public (n=36)	Privé (n=52)	Autre (n=33)	Public (n=36)	Privé (n=52)	Autre (n=33)
Aciclovir	non	0,0%	11,5%	0,0%	16,7%	19,2%	18,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Acide acétylsalicylique	non	0,0%	0,0%	0,0%	97,2%	98,1%	90,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Albendazole	non	0,0%	2,1,2%	0,0%	30,6%	88,5%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Aminophylline	non	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	82,7%	72,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Amitriptyline	non	0,0%	7,7%	0,0%	5,6%	3,8%	12,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Amoxicilline	non	0,0%	48,1%	3,0%	91,7%	94,2%	57,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Ampicilline inj.	non	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	88,5%	93,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Aténolol	non	0,0%	1,9%	0,0%	16,7%	67,3%	45,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Béclométasone aérosol	non	0,0%	21,2%	0,0%	2,8%	9,6%	15,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Captopril	non	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%	3,8%	6,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Carbamazépine	non	0,0%	7,7%	0,0%	5,6%	23,1%	39,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Céftriaxone	non	5,6%	53,8%	3,0%	5,6%	15,4%	18,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Ciprofloxacine	non	5,6%	53,8%	3,0%	5,6%	15,4%	18,2%	0,0%	0,0%	0,0%

Cotrimoxazole	non	2,8%	5,8%	0,0%	30,6%	53,8%	42,4%
Cotrimoxazole suspension	oui	2,8%	1,9%	0,0%	83,3%	94,2%	84,8%
Diazépam	non	0,0%	17,3%	0,0%	94,4%	94,2%	100,0%
Diclofénac	non	0,0%	28,8%	0,0%	66,7%	84,6%	90,9%
Doxycycline	non	0,0%	1,9%	0,0%	75,0%	46,2%	90,9%
Furosémide	non	0,0%	40,4%	3,0%	94,4%	98,1%	75,8%
Gentamicine	non	0,0%	5,8%	0,0%	77,8%	82,7%	93,9%
Glibenclamide	non	2,8%	9,6%	0,0%	66,7%	65,4%	75,8%
Ibuprofène	non	2,8%	0,0%	0,0%	100,0%	96,2%	93,9%
Mébendazole	non	0,0%	26,9%	0,0%	36,1%	61,5%	48,5%
Melformine	non	2,8%	7,7%	0,0%	55,6%	76,9%	42,4%
Métronidazole	non	0,0%	17,3%	0,0%	97,2%	90,4%	100,0%
Nifédipine Retard	non	2,8%	40,4%	3,0%	2,8%	7,7%	18,2%
Nystatine ovule	non	0,0%	21,2%	0,0%	94,4%	88,5%	78,8%
Oméprazole	non	13,9%	53,8%	9,1%	8,3%	19,2%	18,2%
Paracétamol	non	0,0%	0,0%	0,0%	63,9%	59,6%	81,8%
Paracétamol susp.	non	0,0%	3,8%	0,0%	8,3%	65,4%	39,4%
Phénytoïne	non	2,8%	3,8%	0,0%	97,2%	100,0%	100,0%
Ranitidine	non	0,0%	11,5%	3,0%	58,3%	48,1%	30,3%

Salbutamol aé-rosol	non	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%	7,7%	3,0%
Sulfadoxine-pyriméthamine	non	0,0%	17,3%	6,1%	8,3%	26,9%	6,1%
		2,8%	30,8%	3,0%	8,3%	34,6%	33,3%
		2,8%	26,9%	0,0%	88,9%	94,2%	97,0%

### LISTE DES ENQUETEURS ET SUPERVISEURS DES PRIX DES MEDICAMENTS

N°	PROVINCE	ENQUETEURS	INSTITUTION	SUPERVISEURS (Pharmaciens Inspecteurs)
01	Bandundu	- Ph. Tom Nanga - Ph. Cyprien Kikweta	- Université de Kinshasa	Ph. Adolphe Tubadi
02	Bas-Congo	- Ph. Mariano Lusakibanza - Ph. Marie F. Kindambu	- Université de Kinshasa	Ph. David Dianganzi
03	Equateur	- Ph. Mboyo Lukunya - Ph. Francine Makuba	- DPM - PNAM	Ph. Jean Willy Nguato
04	Kasai-Occidental	- Ph. Ruphin Mulongo - Dr. Léon Tshiabwat	- Gumeskin - Prosakin	Ph. Valentin Bope
05	Kasai-Oriental	- Ph. José Mvuezolo - Mr. Dieudonné Vangu	- Cabinet Mini / Santé - Pronanut	Ph. Jean Richard Ilunga
06	Katanga	- Ph. Céline Sumbu - Dr. Narcisse Tona	- DPM - Expert à la DEP	Ph. Daniel Ngeleka
07	Kinshasa	- Ph. Julie Mbo - Ph. Sébastien Kenge	- DPM - Pharmakina	Ph. Amédée Lutala
08	Province Orientale	- Ph. Jean Pierre Lelo - AG. Kasongo-ka-Suedi	- PNAM - Clinique Ngaliema	Ph. Boleme Mbose
09	Nord-Kivu	- Ph. Fidèle Wafuemono - Dr. Kaseya Ilunga	- District Sanitaire	Ph. François Tshitenge



