

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché

**ACP** : Agence Comptable Principale

**ANEH** : Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux

**AO** : Appels d'Offres

**ASACO** : Association de Santé Communautaire

**BL**: Bordereau de livraison

**BC** : Bon de Commande

**BCG** : Bacille Calmette- Guérin

**CIM** : Classification Internationale des Maladies

**CMM** : Consommation Moyenne Mensuelle

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CHMP** : Centre Humanitaire Médico-Pharmaceutique

**CNTS** : Centre National de Transfusion Sanguine

**CS Réf** : Centre de Santé de Référence

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire

**DL** : Délai de Livraison

**DRC** : Dépôt Répartiteur du Cercle

**DV** : Dépôt de Vente

**DCI** : Dénomination Commune Internationale

**DM**: Dispositif Médical

**DMT** : Département de Médecine Traditionnelle

**DPM** : Direction de la Pharmacie et du Médicament

**EPH** : Etablissement Public Hospitalier

**FEFO** : First Expiry First Out

**FIFO** : First In First Out

**HALD** : Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar

**HK** : Hôpital de Kati

**HPG** : Hôpital du Point-G

**IB** : Initiative de Bamako

**ISF** : Indice Synthétique de Fécondité

**ISAS** : Inspection de la Santé et des Affaires Sociales

**LIFO**: Last In First Out

**LNME** : Liste Nationale de Médicaments Essentiels

**LNS**: Laboratoire National de la Santé

**ME** : Médicament Essentiel

**MEG** : Médicament Essentiel Générique

**OMP** : Office Malien de Pharmacie

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PDDSS** : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

**PRODESS** : Programme de Développement Socio-Sanitaire

**PED** : Pays En Développement

**PPM** : Pharmacie Populaire du Mali

**PPN** : Politique Pharmaceutique Nationale

**PUI** : Pharmacie à Usage Intérieur

**SDAD-ME** : Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution en Médicaments Essentiels

**UMPP** : Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques

**VAR** : Vaccin Anti Rougeoleux

**VEN** : Vital, Essentiel et Non essentiel

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

**SOMMAIRE :**

- I. Introduction
- II. Objectifs
- III. Généralités
  - III.1. Présentation du Mali
    - III.1.1. Politique sanitaire du Mali
    - III.1.2. La politique pharmaceutique national (PPN) du Mali
    - III.1.3. Approvisionnement en médicaments essentiels au Mali
  - III.2. Généralités sur la pharmacie hospitalière
    - III.2.1. Organisation fonctionnelle de la pharmacie hospitalière
    - III.2.2. Les modalités de fonctionnement de la pharmacie hospitalière
    - III.2.3. Schéma d'approvisionnement en produits pharmaceutiques spécifiques aux hôpitaux du Mali
- IV. Méthodologie
- V. Résultats
- VI. Commentaires et discussion
- VII. Conclusion et recommandations
- VIII. Références
- IX. Annexes

## **I – INTRODUCTION :**

L'amélioration de la qualité des soins relève non seulement de la responsabilité du médecin, à travers l'élaboration d'un bon diagnostic, mais aussi de la collaboration du pharmacien qui joue un rôle très important dans la gestion et la dispensation du médicament.

Au cours de la dernière décennie, la consommation mondiale de médicaments a connu une progression spectaculaire. En 2012, le marché mondial du médicament a été évalué à 856 milliards de dollars (contre moins de 200 milliards de dollars en 1990) [14].

Partout dans le monde, le médicament occupe une place centrale dans le fonctionnement des services de santé.

En Afrique, il représente jusqu'à 50% des dépenses de santé des ménages et entre 20 à 30% du total des coûts de fonctionnement des établissements sanitaires publics et privés [1].

L'OMS et les ministres Africains de la santé ont lancé l'Initiative de Bamako (IB) en 1987. Elle vise la fourniture de médicaments essentiels et leur utilisation rationnelle dans le contexte des soins de santé primaires, d'abord dans les pays africains mais par la suite élargi à d'autres régions. L'IB introduit l'élément de recouvrement des coûts ainsi que la gestion communautaire de l'approvisionnement en médicaments et des ventes.

Afin d'essayer de répondre aux besoins sanitaires des PED, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose une stratégie de politique pharmaceutique axée sur le Médicament Essentiel Générique (MEG).

Déjà en 1975, une liste des MEG avait été élaborée par l'OMS [2], et publiée auprès des Etats membres en 1977 [3]. Elle doit leur permettre de focaliser leur système d'approvisionnement sur les MEG, particulièrement en Afrique où plus de 90% des médicaments sont importés et où le système d'approvisionnement devrait constituer une pièce maîtresse des politiques de santé publique [3].

C'est ainsi que vers les années 1990, le Mali opta pour une stratégie de politique pharmaceutique nationale (PPN) axée sur le Médicament Essentiel Générique (MEG); qui a été adoptée le 12 juin 1998.

Au Mali, l'approvisionnement se fait suivant le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution en Médicament Essentiel (SDAD-ME) [6].

Les Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) constituent le dernier recours dans le système des prestations de soins au Mali. Ils reçoivent et hospitalisent un nombre très important des malades [6].

De plus en plus d'énormes difficultés de fonctionnement des pharmacies hospitalières du Mali sont rapportées particulièrement en ce qui concerne leur approvisionnement en MEG [5]. Il s'agit entre autres des erreurs de quantification, des insuffisances liées aux procédures comptables et gestionnaires, de l'usage inapproprié des médicaments, des ruptures de stock et/ou de manque de certains médicaments essentiels qui entravent la réalisation effective des

missions des pharmacies hospitalières [15][4]. Cette situation pourrait affecter le fonctionnement des hôpitaux, en les empêchant de réaliser leur mission qui est essentiellement centrée sur la production des soins de qualité.

C'est la raison pour la quelle à travers ce travail de recherche, nous comptons faire un diagnostic analytique de la situation et proposer des pistes de réflexion devant permettre d'améliorer considérablement le système d'approvisionnement en MEG et Dispositifs Médicaux du service de la pharmacie hospitalière du CHU du Point G.

## **II - OBJECTIFS :**

Pour bien mener notre étude, nous avons fixé les objectifs suivants:

### **1) OBJECTIF GENERAL :**

Etudier l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et de dispositifs médicaux de la Pharmacie du CHU du Point G.

### **2) OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- Identifier les procédures d'achat des MEG et dispositifs médicaux de la liste de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH).
- Déterminer les délais de livraison des MEG et dispositifs médicaux de la liste de l'ANEH.
- Apprécier la procédure de réception des MEG et dispositifs médicaux de la liste de l'ANEH.
- Identifier les conditions de stockage des MEG et dispositifs médicaux de la liste de l'ANEH.
- Déterminer la qualité des supports de gestion des MEG et dispositifs médicaux.

### III – GENERALITES :

#### A - EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE DU MALI :

##### 1. Politique sanitaire du Mali :

###### 1.1. Présentation des données sociodémographiques du Mali [12] :

Le Mali est un pays continental de 1.241.238 km<sup>2</sup>, situé dans la bande soudano-sahélienne de l'Afrique de l'Ouest. Le pays partage 7200 km de frontières avec 7 autres pays, à savoir : l'Algérie au Nord, le Niger et le Burkina-Faso à l'Est, la Côte d'Ivoire et la Guinée au Sud, le Sénégal et la Mauritanie à l'Ouest.

Pays de plaines et de bas plateaux, son relief est peu élevé et peu accidenté, l'altitude moyenne est de 500 mètres. Il subit un climat sahélien rythmé par la canicule des mois de Mars à fin Juin puis la saison de pluies de Juillet à Octobre et enfin la saison froide de Novembre à Février.

La population est estimée en 2009 à 14.517.176 habitants avec un taux d'accroissement de 2,2%. Cette population assez jeune (46.06% de moins de 15 ans), est essentiellement rurale (73.6% selon le dernier recensement). La densité est de 11,69 habitants au km<sup>2</sup>.

Le Mali compte huit régions administratives en plus du district de Bamako qui est la capitale. Chaque région est divisée en cercles. Les cercles sont subdivisés en communes. Il y a au total 703 communes dont 684 communes rurales et 19 communes urbaines (y compris les 6 communes de Bamako).

L'économie est basée essentiellement sur l'agriculture, l'élevage, la pêche (secteur rural 35% du produit intérieur brut) et l'exploitation minière.

###### 1.2. Situation sanitaire du Mali [3, 4, 7]:

La situation sanitaire de la population du Mali est le reflet du niveau actuel de développement socio-économique. Cette situation reste toujours préoccupante malgré l'augmentation de la part des dépenses récurrentes de santé dans le budget de l'Etat (8,1% en 1995 à 10,01% en 2006) et les efforts déployés par le secteur de la santé.

En dépit des efforts du gouvernement par l'amélioration de la couverture sanitaire (58% de la population ont accès aux services de santé de base dans un rayon de 5Km), la demande de soins de santé demeure encore faible.

Seulement 42% des ménages demandent des services de santé formels.

Cette situation pourrait s'expliquer entre autres par :

- des problèmes d'accessibilité financière au service de santé;
- l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel sanitaire et social, notamment l'insuffisance de personnel spécialisé et sa mauvaise répartition géographique.

- le faible niveau d'information et d'éducation, et le faible niveau d'instruction, d'alphabétisation de la population ;
- certaines pratiques coutumières et/ou traditionnelles souvent néfastes pour la santé ;
- l'insuffisance de l'implication des communautés dans la gestion des problèmes de santé.
- l'insuffisance du plateau technique des structures de santé.

### **1.3. L'Organisation du système de santé et l'offre de soins :**

Le système de santé du Mali est organisé selon les dispositions de la politique sectorielle de santé et de population. Cette politique sectorielle consacre la différenciation des missions par niveau, ce qui est la concrétisation de l'une des orientations de l'Organisation Mondiale de la Santé, à savoir que « Le pouvoir de décision et les structures qui le sous-tendent doivent se rapprocher le plus possible du niveau opérationnel ou d'exécution, c'est-à-dire au niveau du District Sanitaire ».

#### **1.3.1. Le système de l'offre de soins au Mali :**

Au Mali, le système de prestations de soins est organisé sous forme pyramidale :

- la base est constituée par les Centres de Santé Communautaires qui correspondent au premier niveau de contact de la population avec le système de santé. Le deuxième niveau de contact de ce premier échelon est le Centre de Santé de Référence (Hôpital de District sanitaire).
- au second échelon, il y a les établissements publics hospitaliers de deuxième référence.
- au sommet de la pyramide, il y a la troisième référence : c'est-à-dire les hôpitaux nationaux qui sont des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) de dernier recours ayant le statut de centre hospitalier – universitaire (CHU).

Conformément aux orientations de l'Initiative de Bamako, il a été institué un système de recouvrement des coûts des prestations, des actes et des médicaments à tous les niveaux.

La politique pharmaceutique est basée sur l'accessibilité financière et géographique des médicaments essentiels génériques. L'approvisionnement se fait à travers le Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SDADME).

#### **1.3.2. Les principaux indicateurs en matière de santé au Mali :**

L'un des principaux objectifs du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) est l'extension de la couverture sanitaire. Les résultats enregistrés dans ce domaine au 31 décembre 2007 sont : 826 Centres de Santé Communautaires (CSCOM), 59 Centres de Santé de Référence (CS Réf), 7 EPH de deuxième référence, et 4 EPH de troisième référence (CHU).



## **2. La Politique Pharmaceutique National (PPN) du Mali [3, 4, 7] :**

La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) a été adoptée le 12 juin 1998. Cette PPN a pour but de rendre accessible géographiquement, physiquement et financièrement à la population des médicaments essentiels de qualité.

### **2.1. Rappel historique de l'évolution du secteur pharmaceutique du Mali :**

#### **1<sup>ère</sup> étape, 1960-1980 :**

Cette étape est caractérisée par la gratuité des soins et des médicaments.

Création de la pharmacie d'approvisionnement (PHARMAPPRO) pour l'approvisionnement des hôpitaux en Médicaments et de la pharmacie populaire du Mali (PPM) qui importait des médicaments destinés à la vente.

#### **2<sup>ème</sup> étapes, 1981-1990 :**

- En 1981, la PHARMAPPRO a été dissoute et remplacée par l'office malien de pharmacie (OMP) qui en plus de l'importation de médicaments faisait la recherche à travers la division de la médecine traditionnelle (DMT) et la production par l'usine malienne des produits pharmaceutiques (UMPP).
- En 1982, création de l'inspection de la santé et des affaires sociales (ISAS)
- En 1983, introduction de la notion de médicaments essentiels
- En Septembre 1987 initiative de Bamako (IB)

#### **3<sup>ème</sup> étapes : 1990 à nos jours :**

- En 1990, déclaration de la politique sectorielle de santé et de population
- En 1995, mise en place du schéma directeur d'approvisionnement et de distribution en médicaments essentiels (SDAD-ME) avec l'implication du secteur privé pour appuyer la PPM et des communautés.

### **2.2. La politique sectorielle de santé :**

La politique sectorielle de santé et de population, adoptée par le Gouvernement en décembre 1990 se traduit par une volonté explicite et soutenue visant l'amélioration de l'état de santé de la population. Elle fait siens des principes de l'Initiative de Bamako et la stratégie des soins de santé primaire.

Elle a retenu quatre stratégies majeures :

- l'extension de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité des prestations ;
- la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels ;
- la participation communautaire dans la gestion du système ;

- la mobilisation des ressources nécessaires au financement du système de santé y compris dans le recouvrement des coûts.

### **2.3. Les objectifs de la PPN :**

Au Mali, l'élaboration d'une politique pharmaceutique nationale avait comme objectif général de rendre accessible géographiquement, physiquement et financièrement à la population des médicaments essentiels de qualité. Ses objectifs spécifiques sont :

- développer des médicaments essentiels génériques (MEG) en dénomination commune internationale (DCI) de qualité à travers tous les circuits de distribution;
- améliorer les pratiques de prescription et de dispensation des médicaments ;
- garantir la disponibilité des ME et autres produits pharmaceutiques à travers un système de recouvrement des coûts ;
- développer la recherche sur la pharmacopée traditionnelle ;
- promouvoir la production des médicaments traditionnels ;
- assurer la disponibilité et la qualité des analyses biomédicales par niveau de soins ;
- assurer la qualité des médicaments et autres produits pharmaceutiques ;
- développer la complémentarité entre secteurs privé, public et communautaire dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique.

### **2.4. Les orientations de la PPN :**

Les orientations de la PPN du Mali portent essentiellement sur le choix des médicaments, sur l'amélioration des pratiques de prescription et de dispensation des médicaments, sur la recherche et surtout sur la mise en place d'un système d'approvisionnement régulier en médicaments essentiels de qualité et à des coûts compatibles avec le pouvoir d'achat de la population.

Pour cela, l'Organisation Mondiale de la Santé encourage et entreprend les travaux visant à combler certaines des lacunes qui existent dans nos connaissances sur les meilleurs moyens de choisir, de se procurer et de distribuer les médicaments et aussi sur leur utilisation par les prescripteurs et les malades.

En dépit des grands progrès accomplis, nous devons noter que la mise en œuvre de politiques pharmaceutiques cohérentes se heurte encore à des difficultés majeures qui sont le mauvais usage des médicaments et surtout l'insuffisance de l'approvisionnement en médicaments.

### **3. Approvisionnement en médicaments essentiels au Mali :**

Selon la politique pharmaceutique nationale, l'approvisionnement en médicaments se fait à travers le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution en Médicaments Essentiels (SDAD-ME).

#### **3.1. Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDAD-ME) [10; 4] :**

Mise en place à partir de 1995 par le département suite à la dévaluation du franc CFA, le SDAD-ME décrit les mesures pratiques et fonctionnelles devant permettre la mise en œuvre du volet approvisionnement en médicaments essentiels de la politique sectorielle de santé et de population du Mali.

L'objectif est d'assurer un approvisionnement correct des populations sur l'ensemble du territoire en fonction de leur pouvoir d'achat.

##### **3.1.1. Stratégies du SDAD-ME :**

Les stratégies de ce SDAD-ME sont basées sur :

- l'approvisionnement national des Médicaments Essentiels en D.C.I. par Appel d'Offres sur la base d'un plan annuel d'approvisionnement ;
- la pérennisation du système par la mise en place de dotations initiales servant de fonds de roulement et par institution et consolidation du recouvrement des coûts suivant les principes de l'Initiative de Bamako ;
- l'approvisionnement des régions en médicaments essentiels de qualité basé sur le système logistique « réquisition » : évaluation des besoins à commander sur la base de la liste nationale des Médicaments Essentiels en D.C.I. pour chaque niveau opérationnel.

Cet approvisionnement sera réalisé à travers un réseau de dépôts régionaux. Dépôts Répartiteurs de Cercle (D.R.C.) et les Dépôts de Vente (D.V.), des formations publiques et communautaires.

- L'implication et l'appui du secteur privé pour une meilleure diffusion des Médicaments Essentiels Génériques en D.C.I. dans ce secteur sous la forme de blisters.

### 3.1.2. Les acteurs du SDAD-ME et leurs fonctions : [28]

#### a. Les acteurs du niveau central :

Sous la coordination du Secrétariat Général, les différentes fonctions sont assumées par les structures suivantes :

- **L'approvisionnement** : PPM et autres fournisseurs:

La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) est désignée par l'Etat comme l'outil privilégié pour la mise en œuvre du SDADME. Elle est chargée de l'approvisionnement des établissements publics et parapublics (EPH), en médicaments essentiels et autres produits de qualité et financièrement accessibles aux populations.

Les fournisseurs privés sont chargés d'approvisionner les officines privées en médicaments essentiels génériques DCI.

- **La supervision et le suivi** :

La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) a un rôle central dans toute la mise en place et le suivi du SDADME ; elle est l'organe centralisateur et de diffusion des informations relatives au SDADME.

Elle est l'élément central qui définit les normes, procédures, outils principaux de gestion.

De plus, elle appuie la PPM dans l'approvisionnement et la distribution.

La DPM conduit périodiquement des activités de recherche opérationnelle aussi bien sur les pratiques professionnelles que sur les prix. Les résultats de ces études doivent être largement diffusés pour leur exploitation pour l'amélioration du fonctionnement du SDADME

- **Le contrôle et l'inspection**

Le contrôle administratif à l'importation et post marketing est assuré par la DPM

Le Laboratoire National de la Santé (LNS) effectue le contrôle analytique à l'importation et sur le réseau national de distribution.

Pour l'inspection, l'Inspection de la Santé (IS) est chargée du contrôle du respect de la législation, de la réglementation et des procédures.

- **L'Information et la communication**

La DPM en collaboration avec Le Centre National d'Information d'Education et de Communication pour la Santé (CNI ECS) conçoit des outils et des supports. La DPM sera chargée de la mise en œuvre au niveau central. Ces supports seront utilisés par les structures opérationnelles, les ONG et autres partenaires conduisant des activités opérationnelles.

#### b. Les acteurs du niveau régional :

- **L'approvisionnement de la région** : les magasins régionaux de la PPM et autres fournisseurs

Au niveau de chaque région la PPM dispose d'un magasin régional. Ce magasin a pour fonction l'approvisionnement des pharmacies hospitalières et des DRC en ME.

Pour les Pharmacies et dépôts privés, l'approvisionnement en ME se fait aussi bien par les grossistes privés que le magasin régional PPM.

- **La Supervision et le suivi :**

La DRS a pour mission la supervision des structures de distribution et de vente des ME (DRC, DV). Elle doit aussi collaborer avec le pharmacien de la PPM et lui apporter un appui technique. Cet appui peut être soit à travers son expérience pour permettre au pharmacien PPM d'améliorer sa gestion du stock, soit en facilitant l'accès du pharmacien PPM aux informations relatives aux DRC.

La Direction Régionale de la Santé conduit périodiquement des activités de recherche opérationnelle aussi bien sur les pratiques professionnelles que sur les prix. Les résultats de cette étude doivent être largement diffusés pour leur exploitation pour l'amélioration du fonctionnement du SDADME

- **Contrôle : la Direction Régionale de la Santé (DRS)**

La DRS a un rôle de contrôle du fonctionnement du SDADME.

En matière de contrôle de qualité, la DRS assure le relais du LNS soit en effectuant directement sur place certains contrôles soit en transmettant au LNS des échantillons pour analyse.

- **Information et communication**

La DRS est chargée développer et mettre en œuvre un plan d'information et de communication à l'adresse des différents acteurs. Elle apporte aussi un appui technique aux districts pour une meilleure appropriation du fonctionnement du SDADME.

**c. Les acteurs du niveau local :**

- **Approvisionnement**

Au niveau du district, les ME sont stockés dans un Dépôt Répartiteur de Cercle. Le gérant du DRC s'approvisionne au niveau du magasin régional de la PPM (MRPPM). Il assure la distribution des médicaments et autres produits aux dépôts de vente du CS Réf et des CSCom.

Le Dépôt Répartiteur de Cercle ne vend pas aux malades les ME, il ne fait que céder aux Dépôts de Vente, les ME étant cédés aux malades par le gérant du DV.

- **La supervision et le suivi :**

Le district doit assurer la supervision des structures de distribution et de cession des ME (DRC, DV). Les rapports de supervision doivent toujours être transmis à la DRS pour qu'elle puisse à son tour jouer un rôle d'appui technique par rapport au fonctionnement du SDADME.

Le district conduit périodiquement des activités de recherche action aussi bien sur les pratiques professionnelles que sur les prix. Les résultats de cette étude doivent être largement diffusés pour leur exploitation pour l'amélioration du fonctionnement du SDADME.

- **Le contrôle :**

Le district a un rôle de contrôle du bon fonctionnement du SDADME.

Il peut aussi prélever des échantillons et les transmettre au LNS à travers la DRS pour analyse en cas de besoin.

- **Information et communication**

Le niveau opérationnel met en œuvre les activités du plan de communication développé par la région.

Il utilise les outils et supports élaborés par le niveau central.

### **3.1.3. Les principes de gestion du SDAD-ME : [28]**

#### **Principe n° 1** : Maintien du capital

La valeur du capital initial et les dotations complémentaires doivent exister à chaque évaluation. Elle doit être inférieure ou égale à l'avoir au moment de l'évaluation.

#### **Principe n° 2** : Séparation de caisse

Le circuit des recettes issues de la vente des médicaments doit être différent du circuit des recettes générées par les actes médicaux : Supports, Comptes et caisses.

#### **Principe n° 3** : principe de la gestion intégrée des produits gratuits et des dons

les produits issus de dons sont intégrés dans le cycle logistique du SDADME. Ils sont gérés par les DRC et les DV de la même façon que les autres médicaments et en utilisant les mêmes supports de gestion.

#### **Principe n° 4** : transparence des comptes

Toute transaction doit être enregistrée sur un support approprié et accessible à tout moment.

#### **Principe n° 5** : gestion communautaire

Le transfert de compétence aux collectivités décentralisées doit s'appliquer aux dépôts de vente de médicaments.

### **3.1.4. Types de supports de gestion du SDAD-ME : [28]**

La gestion efficace des dépôts nécessite l'utilisation d'un certain nombre de documents, appelés "supports de gestion", décrits ci-dessous :

- **L'ordonnance**

C'est le document qui permet la bonne utilisation des médicaments prescrits par les prescripteurs autorisés. Il comporte deux volets dont l'un (la souche) reste au dépôt ; il doit être classé, conservé, par ordre de numérotation et l'autre volet (l'originale) est rendu au malade.

- **La fiche de stock**

C'est un support de gestion qui donne la situation des entrées et des sorties des médicaments avec la justification (situation du stock). C'est le support de base de la gestion des médicaments.

- **La fiche d'inventaire**

Il permet de déterminer le stock disponible et utilisable à la suite d'un inventaire. Il est utilisé immédiatement après l'inventaire pour mettre à jour la fiche de stock.

Il est exploité pour déterminer la valeur du stock de médicament et des supports à porter au bilan.

- **Le cahier de versement des recettes**

Toutes les recettes de la journée sont enregistrées dans ce cahier et versées périodiquement (suivant les instructions locales) au caissier sous la double signature de la partie versante et du caissier.

- **La fiche de pointage journalière et la fiche récapitulative hebdomadaire (DV)**

Ce sont des documents qui permettent au gérant de suivre les sorties par ordonnance des médicaments et d'établir la situation des stocks par jour et par semaine et de mettre à jour la fiche de stock périodiquement par jour et par semaine.

- **Le bon de commande**

Il permet l'enregistrement des besoins en médicaments du dépôt. La commande est rédigée par le gérant et visée par ses superviseurs (pharmacien et chef du centre de santé selon le cas).

Les bons de commande des dépôts répartiteurs sont adressés au Magasin régional de la PPM et à tout autre fournisseur agréé en cas de rupture de stock à la PPM.

Les bons de commande des dépôts de vente sont adressés au dépôt répartiteur du cercle.

- **Le bordereau de livraison**

A la livraison d'une commande, il est nécessaire de remplir un formulaire permettant de mentionner les quantités livrées par le fournisseur. Ce document est appelé Bordereau de livraison. Il permet de comparer ce qui a été commandé et réellement acheté et livré.

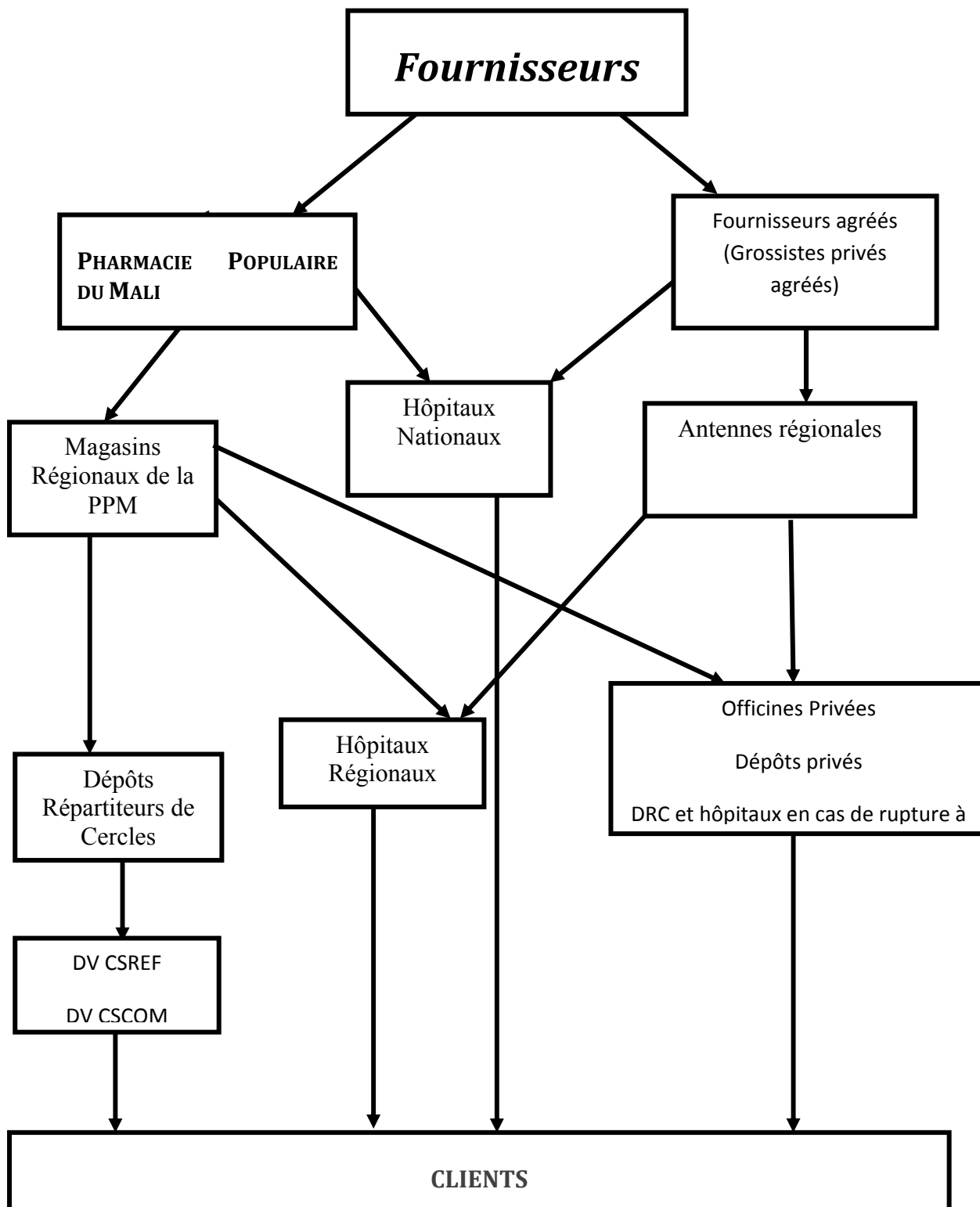
- **La fiche de réception**

Elle est annexée au Procès Verbal (PV) de réception qui fait le compte rendu du déroulement de la réception. La fiche de réception permet de mentionner les quantités de produit réellement mises à la disposition du gérant après une livraison.

- **Compte rendu de gestion de stock**

C'est un support permettant de faire le récapitulatif du mouvement du stock pendant une période donnée (semestrielle ou annuelle). Il s'agit d'un rapport de gestion de stock. Il est rempli à partir de la fiche de stock.

3.1.5. Circuit d'approvisionnement en médicaments au Mali [10, 11] :



**FIGURE 1** : Circuit d'approvisionnement en médicaments au Mali. [10, 11]



### **3.1.6. La structure des prix des médicaments [10] :**

En 1960, en République du Mali, les prix des médicaments étaient fixés par l'Etat. Ce travail était fait par le Ministère des affaires économiques en collaboration avec le Ministère de la santé. Les coefficients étaient appliqués sur toute l'étendue du territoire national.

A partir de 1991, avec la mise en œuvre de la réforme pharmaceutique, le prix de cession des ME pour les secteurs publics, communautaire et privé est établi pour un exercice entier par application de coefficients multiplicateurs fixés par la PPM en collaboration avec le ministère en tutelle de la santé. Ces coefficients sont élaborés dans le contrat plan Etat /PPM renouvelable tous les trois ans.

En 1998, le Mali a pris pour option tarifaire de ne pas générer d'excédents sur le recouvrement des coûts afin d'améliorer l'accessibilité financière du médicament, seules les charges fixes et variables directement liées à l'approvisionnement et à la dispensation seront grevées (cf. Décision N°95-1998).

Depuis fin janvier 2003, il existe un barème des prix par niveau élaboré suite à la révision des prix des médicaments essentiels en DCI.

Les prix sont fixés par niveau par l'application d'un coefficient multiplicateur conformément au décret n°03-218/P-RM du 30 mai 2003 portant réglementation des prix des médicaments en dénomination commune internationale de la liste nationale des médicaments essentiels. [28]

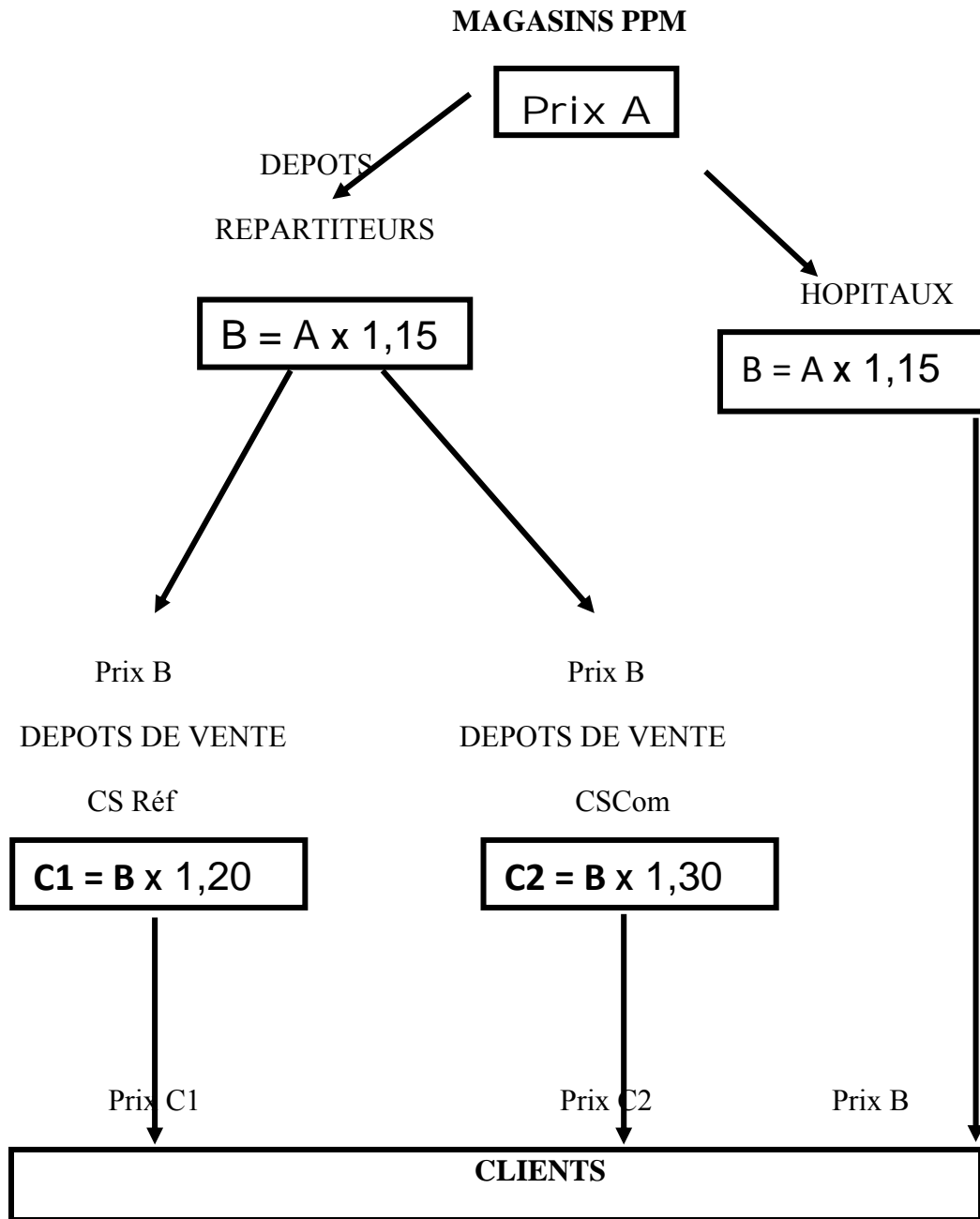
Le coefficient multiplicateur permet de disposer d'une marge qui prend en charge :

- Les frais d'approches (transport, manutention),
  - Le salaire, charges sociales et les primes du gérant,
  - Les frais d'entretien et du fonctionnement du dépôt (fournitures, produits d'entretien).
- [28]

Les prix sont calculés annuellement sur la base du prix de session de la PPM. Ils ne peuvent subir de modifications en cours d'année, même en cas de fluctuation des prix de cession de la PPM. Le manque à gagner doit être supporté par les DRC ou la pharmacie hospitalière. [28]

Une fois fixés, ils doivent être obligatoirement affichés de façon visible devant le dépôt de vente. [28]

Le mécanisme des appels d'offres internationaux ouverts permettant de disposer des prix les plus bas possible, constitue la base de la fixation du prix de cession de la PPM. [28]



**FIGURE 2** : Structure des prix des médicaments en DCI. [4] (selon le décret n°03-218/P-RM du 30 mai 2003)

### 3.2. Le circuit de distribution des produits pharmaceutiques au Mali :

Le circuit de distribution se définit comme étant le chemin suivi par un produit ou un service, pour aller du stade de la production à celui de consommation.

Au Mali, les médicaments nécessaires pour répondre aux besoins de la population proviennent de l'usine malienne de produits pharmaceutiques (UMPP), du Département de Médecine

Traditionnelle (DMT) et des importations (par des établissements pharmaceutiques d'importation et des ventes en gros).

### **3.2.1. Les structures de fabrication des médicaments au Mali :**

Ces structures sont :

❖ **L'UMPP** (usine malienne de produits pharmaceutiques) constitue la principale unité de production. Elle produisait en 2000, 25 médicaments avec un chiffre d'affaires de 2,6 milliards de FCFA qui actuellement ne dépasse pas 500 millions par ans [23]. Elle figure actuellement au programme de privatisation et réalise 7 formes pharmaceutiques (sirops, comprimés, dragées, solutés injectables, solutés massifs, pommade, poudre orale) pour une gamme de 30 produits. Ces médicaments sont à majorité des ME en DCI [10].

❖ **Département de médecine traditionnelle :** créé en 1973, il est devenu centre collaborateur de l'OMS et centre de formation reconnu par l'OUA en 1981. Il a obtenu des résultats qui ont permis à ce jour la mise sur le marché malien de 07 médicaments traditionnels améliorés (MTA), c'est-à-dire des préparations phytothérapeutiques à posologie établie et à toxicité déterminée, financièrement accessible à la population. Les formes disponibles sont sirop, sachet et pommade.

❖ **Usine de soluté et médicaments essentiels génériques à Sanakoroba / Humanwel :** en cours d'installation

### **3.2.2. Les structures de distribution des médicaments au Mali :**

Parmi les structures de distribution des médicaments au Mali, on peut distinguer :

#### **a. Les structures d'importation et de vente en gros des produits pharmaceutiques au Mali :**

Les Etablissements d'Importation et des Ventes en Gros des produits pharmaceutiques (EIVG) sont des sociétés autorisées à importer et à vendre en gros, tous les produits pharmaceutiques conformément aux dispositions en vigueur. Les conditions d'importation des produits pharmaceutiques au Mali sont fixées par l'arrêté interministériel n° 91-2776/MEF-MDRE-MSPAS-PF du 25 Juillet 1991 [23].

#### **❖ La société d'importation et de vente en gros des produits pharmaceutiques étatique :**

Aujourd'hui, la PPM a pour mission l'acquisition par appel à la concurrence internationale et la distribution des ME génériques sur toute l'étendue du territoire national selon un schéma directeur d'approvisionnement. Elle dispose de 15 points de ventes repartis en magasins régionaux et en officines témoins. En outre, il existe un seul point de vente au détail à savoir l'officine initiative de Bamako.

❖ **Les sociétés d'importation et de vente en gros des produits pharmaceutiques privés :**

Depuis la libéralisation du secteur pharmaceutique en 1985 [23], le nombre des grossistes privés n'a cessé d'augmenter au Mali. Bien que leur installation ne fût pas facile, ces structures privées ont pour but de renforcer l'accessibilité des populations aux médicaments. Et ceci par l'installation d'un réseau d'importation et de distribution des médicaments à plusieurs circuits.

**b. Les structures de ventes en détail : les officines et dépôt de pharmacie : [10; 11]**

Rappelons que les officines de pharmacie sont des établissements pharmaceutiques affectés à l'exécution des ordonnances magistrales, à la préparation des médicaments inscrits aux pharmacopées autorisées, à la vente des objets de pansement ou tout article présenté comme conforme à la pharmacopée autorisée et enfin des produits vétérinaires. Elles sont habilitées à vendre les médicaments en détail aux populations.

Les dépôts sont des établissements pharmaceutiques habilités à vendre en détail les produits pharmaceutiques dans les localités dépourvues d'officine ouverte au public. La liste des produits vendus dans les dépôts est fixée par un arrêté de ministre de la santé.

**c. Autres structures de distribution des médicaments au Mali : [10; 11]**

On peut citer entre autres les organismes de coopération internationale, multinationale ou bilatérale, les organisations non gouvernementales, et les missions religieuses qui interviennent largement dans le secteur sanitaire au Mali. Leur appui s'exerce principalement au niveau des programmes régionaux des soins de santé primaires, mais aussi dans les hôpitaux.

## **B - GENERALITES SUR LA PHARMACIE HOSPITALIERE :**

### **1. Organisation fonctionnelle de la pharmacie hospitalière :**

#### **1.1. Définition et missions d'une pharmacie hospitalière : [13, 14, 18]**

La pharmacie hospitalière est une structure au sein de l'hôpital dont les missions découlent du but général et définissent la politique de l'hôpital [18].

Les missions d'une pharmacie hospitalière peuvent varier d'un pays à un autre, d'une région à une autre dans un même pays, mais ayant pour même dénominateur commun la disponibilité des produits pharmaceutiques à l'hôpital.

En France, l'une des principales missions de la pharmacie hospitalière, qui d'ailleurs a été précisée dans la loi du 8 décembre 1992, est « la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments » [13].

En Côte d'Ivoire, Les missions générales sont fixées par l'article L.595-2 du Code de la santé publique. Elles concernent la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des produits relevant du domaine pharmaceutique hospitalier, ainsi que les activités d'information, de promotion, d'évaluation, de suivi et de surveillance relatives à ces produits. Les missions particulières sont développées localement en vue d'améliorer la qualité et l'efficacité du service rendu, de mener ou de participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique [18].

Au Mali, les pharmacies hospitalières sont chargées d'assurer la disponibilité au sein des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) des médicaments, matériels et dispositifs médicaux, indispensables à la prise en charge des malades hospitalisés, des malades atteints d'une maladie sociale et suivis par un service hospitalier et des malades admis en urgence [14].

A cet effet, elles procèdent à :

- la préparation, la cession des médicaments et des dispositifs médicaux ;
- la cession des plantes médicinales inscrites aux pharmacopées autorisées ;
- la dispensation des prescriptions d'aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales ;
- la réalisation des préparations magistrales et hospitalières à partir de matières premières ou de spécialités pharmaceutiques ;
- la réalisation des préparations rendues nécessaires par les expérimentations pour essai des médicaments conformément à la réglementation en vigueur ;
- la participation à la réalisation de la pharmacovigilance et la matériovigilance ;

- l'organisation de l'action d'information sur les médicaments, produits ou dispositifs médicaux, ainsi qu'à toute action de promotion de leur bon usage ;
- la participation à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans le domaine relevant de leur compétence ;
- l'encadrement des internes, des étudiants en pharmacie et des élèves des écoles de formation des techniciens de santé.

### **1.2. Rôle du pharmacien hospitalier : [18, 20]**

Le pharmacien hospitalier est chargé d'assurer, en relation avec l'ensemble des services hospitaliers, une prestation pharmaceutique axée sur la disponibilité, la sécurité, la qualité et une accessibilité financière pour le patient.

Sa mission peut se définir comme la mise en œuvre d'une organisation générale des prestations délivrées par la Pharmacie en optimisant les activités techniques et administratives du service, permettant de satisfaire les objectifs de soins des malades, les orientations de l'établissement et la gestion optimale des ressources disponibles.

Les activités traditionnelles du pharmacien hospitalier consistent en [16] :

- l'approvisionnement en médicaments, produits et objets relevant du monopole pharmaceutique et des matériels médicaux stériles ;
- la dispensation des médicaments, produits et objets relevant du monopole pharmaceutique aux malades hospitalisés (ou ambulatoires dans certains cas) ;
- l'utilisation rationnelle et économique de ces biens pharmaceutiques ainsi que leur application correcte.

En dehors de ses tâches traditionnelles, le pharmacien hospitalier participe à des activités particulières qui varient d'un pays à un autre. Nous pouvons citer : L'hygiène hospitalière et la stérilisation; la nutrition parentérale; la microbiologie; l'enseignement; le contrôle de l'administration et du maniement des médicaments par les infirmières; les dosages toxicologiques; le suivi thérapeutique et la préparation des produits radio pharmaceutiques.

Le pharmacien hospitalier est également membre du Comité du médicament qui met en place des protocoles thérapeutiques et élabore le livret thérapeutique.

### **1.3. Organisation structurale de la pharmacie hospitalière :**

La structure d'une organisation peut être définie simplement comme la somme totale des moyens employés pour diviser le travail en tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches [18, 4].

Chaque pharmacie hospitalière a son organisation propre. Cependant l'on y retrouve le squelette d'une organisation de base comme celle de l'écrivain MINTZBERG qui comprend :

- l'organisation fonctionnelle, qui correspond aux procédures mises en œuvre pour l'accomplissement des missions ;
- l'organisation administrative et technique, qui correspond quant à elle, aux procédures d'exécution des tâches.

Une pharmacie hospitalière est constituée par un ensemble d'éléments indispensable à son bon fonctionnement. MINTZBERG distingue cinq unités de base:

**a. Le centre opérationnel :**

Les éléments constituant le centre opérationnel sont ceux qui concourent à la production du « service pharmaceutique ». Selon les organisations pharmaceutiques, on y retrouve le plus souvent les préparateurs en pharmacie. Toutefois, les internes en pharmacie, voire les pharmaciens eux-mêmes, peuvent en faire parti, lorsqu'une partie de leurs fonctions est axée sur la prestation de service (analyse des ordonnances, alimentation parentérale...).

**b. Le sommet stratégique :**

Il est représenté par le pharmacien chef de service. Il organise le travail de son service, définit les objectifs et gère les rapports entre la pharmacie, les autres services (unités de soins, services administratifs et financiers...) et les fournisseurs.

**c. La ligne hiérarchique :**

Elle peut être composée du préparateur classe fonctionnel qui est responsable de l'ensemble des aides, magasiniers et autres préparateurs ; de l'assistant en pharmacie, chargé du travail des opérateurs (préparateurs en pharmacie, internes, étudiants en cinquième année hospitalo-universitaire, externes) d'un secteur donné par exemple celui du médicament ou du matériel ; et du pharmacien praticien adjoint au chef de service.

**d. La technostructure :**

Elle assure la conception, la planification du travail des opérateurs et leur formation. Ces fonctions peuvent être assurées par les pharmaciens eux-mêmes ou par les internes en pharmacie. Il s'agit de l'écriture des bonnes pratiques de fabrication, de dispensation et de délivrance ; de la formation du personnel de la pharmacie et de l'encadrement des étudiants en pharmacie et des étudiants parapharmaceutiques [19].

**e. Le support logistique :**

Cet élément, en dehors du flux de travail, a pour mission de favoriser le travail des opérateurs. Il peut s'agir des services de comptabilité, de recherche et de développement, de secrétariat et d'informatique.

## **2. Les modalités de fonctionnement de la pharmacie hospitalière : [4, 5, 18]**

### **2.1. Approvisionnement en ME dans une pharmacie hospitalière : [4, 18]**

#### **2.1.1. Définitions et objectifs de l'approvisionnement :**

L'approvisionnement est l'étape de l'acquisition des médicaments sélectionnés. L'acquisition est l'achat aux fabricants (ou fournisseurs) des médicaments sélectionnés [18].

La sélection des médicaments doit être basée en premier lieu sur l'efficacité, l'innocuité ou la sécurité, la qualité et ensuite le coût : on parle d'efficience [18].

L'acheteur d'un médicament devra donc exiger de ses fournisseurs tous les référentiels permettant de garantir les trois principaux critères de « Qualité, Efficacité, Sécurité ». Ces critères complémentaires peuvent difficilement être dissociés et expriment la qualité des médicaments au sens large du terme [2].

Pour le service pharmaceutique, l'approvisionnement vise à satisfaire la prescription médicale dans l'intérêt du patient et à assurer une utilisation optimale des crédits par la maîtrise du coût des produits pharmaceutiques [18].

La sélection des médicaments a pour objectif de concentrer l'acquisition et la distribution sur les médicaments prioritaires. Il est important de réduire le nombre de médicaments à acquérir et de choisir ceux qui sont nécessaires et efficaces. Cela permettra non seulement la réduction des prix d'acquisition, des coûts de transaction et de stockage, mais aussi l'amélioration de la quantification de médicaments et la facilitation à l'information pour leur usage rationnel [18].

L'acquisition quand à elle a pour objectif d'acquérir les médicaments strictement nécessaires au moindre coût [18].

#### **2.1.2. Processus de commande des ME :**

##### **2.1.2.1. Estimation qualitative des besoins en ME :**

La gestion du médicament repose sur le pharmacien. Il devra donc définir un niveau de stock optimum, compte tenu de la demande et des contraintes locales.

Comment s'effectue la sélection des produits à détenir en stock ?

##### **a. Mode de sélection des médicaments essentiels :**

La sélection des médicaments essentiels se fait par niveau de soins suivant les critères basés sur l'épidémiologie locale, l'efficacité, l'innocuité/maniabilité, le coût et la disponibilité sur le marché.

De même que pour l'ensemble des produits pharmaceutiques, la sélection des médicaments essentiels passe par l'obtention d'une "autorisation de mise sur le marché (AMM)". Au Mali les



conditions d'obtention de ce document, valable pour tout produit importé ou fabriqué (spécialités et génériques en DCI) sont décrites dans le décret n° 95/009.

Afin de vérifier la validité de cette AMM, un visa à l'importation délivré par les autorités sanitaires est exigé par les services douaniers.

**b. Choix des problèmes à traiter :**

L'estimation qualitative des médicaments à ce niveau est fonction du plateau technique, c'est à dire de la capacité de diagnostic et de prescription des agents de l'établissement.

Elle est également fonction de la pyramide sanitaire, c'est à dire, l'éventail des affections considérées en augmentation progressive à chaque niveau de soin de santé.

**c. Choix des médicaments :**

Le résultat de ce choix conduirait à l'obtention d'une liste de médicaments essentiels. Ce choix de médicaments doit suivre les critères suivants de l'O.M.S:

- commission locale: elle est composée de personnes compétentes dans le domaine de la médecine, de la pharmacie ou de la pharmacologie, des agents de santé de catégories devant utiliser le médicament ;
- utiliser si possible le nom générique international ;
- tenir compte, de l'établissement (l'hôpital), le traitement existant, la formation et l'expérience du personnel, les ressources financières, le coût, le facteur démographique génétique et environnemental ;
- les médicaments choisis doivent assurer la couverture la plus large possible de la population visée, compte tenu de la pathologie dominante ;
- les médicaments dont l'efficacité et l'innocuité sont prouvées par l'observation scientifique ;
- les formes choisies doivent garantir la qualité, la biodisponibilité et la stabilité dans les conditions locales ;
- pour les médicaments analogues, le choix se fera en fonction de l'efficacité, la qualité, le prix et la disponibilité. Une production locale doit être préférée si elle existe ;
- le coût est un critère très important. La comparaison de coût entre médicament et traitement médical ou non médical doit tenir compte non seulement du coût des médicaments mais aussi du coût total du traitement ;
- le médicament essentiel est un composé unique ;

les associations ne se justifient que si elles répondent au besoin d'un groupe bien défini de la population et donnent un avantage incontestable en termes d'efficacité thérapeutique, de sûreté, d'observance et de coût.

- choisir le niveau de compétence capable de poser le diagnostic pour prescrire chaque médicament ou groupe de médicament ;

- réviser la liste chaque année ; l'introduction d'un nouveau médicament ne sera acceptée que si ces nouveaux médicaments ont un avantage incontestable par rapport au précédent. Il y a suppression si le rapport avantage/risque est faible et/ou s'il existe des méthodes de traitements médicamenteux ou non médicamenteux plus sûres.

### **2.1.2.2. Estimation quantitative des besoins en ME :**

Il existe deux méthodes de quantification des besoins utilisées par les pays en fonction de la particularité de leur situation socio-économique.

Il s'agit de la méthode basée sur la morbidité et le traitement type et la méthode de la consommation corrigée. Cette dernière méthode est utilisée au Mali.

#### **a. Méthode basée sur la morbidité et le traitement type Principe:**

A partir du taux de mortalité de l'établissement, on détermine la quantité de médicaments nécessaires pour chaque cas ayant entraîné la mort du patient.

Elle peut être schématisée par la formule suivante :

$$QMT \times NET = QMN$$

QMT : Quantité de Médicaments pour un Traitement

NET : Nombre d'Episode de Traitement pour un problème de santé

QMN : Quantité de Médicaments Nécessaires pour traiter un problème de santé.

Elle s'appuie sur deux séries de données:

- le nombre d'épisodes de chaque problème de santé traité par l'établissement de santé dont il faut estimer les besoins en médicaments.
- le schéma type de traitement arrêté pour chaque problème de santé défini.

Lorsqu'un médicament sert pour plusieurs problèmes de santé, on additionne les taux respectifs pour obtenir la quantité totale nécessaire. On peut alors diviser ces quantités par le nombre total d'épisodes de traitement exprimé en milliers pour obtenir la moyenne des besoins en médicaments par milliers de traitement. Plusieurs pays ont appliqué ces dernières années, différentes variantes de cette méthode.

**b. Méthode de la consommation corrigée :**

Les besoins sont fixés ici à partir des consommations antérieures et on remplace les médicaments obsolètes ou on introduit de nouveaux médicaments.

L'application de cette méthode nécessite un Schéma Directeur d'Approvisionnement bien implanté et financé, un stock bien géré, une distribution fiable et une prescription rationnelle.

**2.1.3. Procédures d'achat des ME : [4, 18]**

**a. La commande de médicaments :**

La commande est un élément essentiel dans la rationalisation d'un système de gestion. Dans beaucoup de pays, elle se fait après la fourniture d'une facture pro forma, mentionnant le produit et les quantités qui doivent figurer sur le bon de commande [4].

Elle est établie en fonction de la liste des médicaments essentiels élaborée pour les structures de santé par le ministère de la santé. Elle tient compte des besoins exprimés par les patients, des pathologies les plus rencontrées, des consommations antérieures, du niveau de stock et des disponibilités financières.

Dans tous les cas, il est indispensable de ne jamais émettre de bon de commande, sans connaître au préalable les caractéristiques techniques et les coûts unitaires des produits à commander [6].

Chaque produit a son seuil critique et lorsqu'il est atteint, ce dernier doit être commandé.

La commande est prévue pour couvrir les besoins de la pharmacie pour un délai défini et devrait être ajustée pour éviter les ruptures de stock ou des stocks excessifs qui entraînent des immobilisations financières.

Suivant la nature du produit, molécule ou fourniture sous brevet ou produit du domaine public et suivant l'importance de la consommation de ce produit en quantité et en valeur, le pharmacien utilise généralement trois types d'achats qui sont régis par le code des marchés publics du pays correspondant : l'achat sur simple facture, le marché négocié, le marché sur appel d'offre.

**b. L'achat sur simple facture :**

Il est effectué pour une molécule unique à distributeur exclusif. Il s'exécute par émission de bons de commande successifs selon les besoins. La concurrence n'est pas possible [18].

Cette méthode est valable également lorsque le montant total des achats chez un même fournisseur ne dépasse pas 10 000 000 (article 3 du décret 95 - 401/P-RM portant code des marchés publics au Mali). Au delà de ce montant un marché est obligatoire [6].

**c. Le marché négocié :**

D'après L'article 34 du décret 95 - 401/P-RM portant code des marchés publics au Mali, le marché négocié est encore appelé marché gré à gré ou encore Marché par Entente Directe [6].

C'est la procédure d'achat la plus pratiquée pour les spécialités pharmaceutiques. Il est rapide et simple à appliquer :

- consultation écrite adressée aux fournisseurs par le pharmacien,
- liberté de discussion des prix,
- liberté d'attribuer le marché.

#### **d. Le marché sur appels d'offres :**

Il est utilisé pour des fournitures importantes en quantité et constantes en débit. Il exige une standardisation des besoins de tous les services médicaux de l'hôpital (un des rôles du comité médical) [18]. Sa procédure est plus stricte. En particulier, il impose :

- Une large publicité dans le lancement des appels d'offres nécessitant une bonne organisation en tenant compte des délais;
- Il peut être ouvert ou restreint avec des délais de remise des offres variables;
- Aucune possibilité de discussion des prix offerts [18] ;
- Une commission d'appels d'offres qui désignera l'offre jugée la plus intéressante après avis du pharmacien (article 38 du code des marchés publics du Mali) [6].

Au Mali, il faut noter qu'en cas d'appel d'offres, c'est la commission d'achats qui choisit le candidat sur avis du technicien compétent (le pharmacien) mais à titre consultatif, pour l'achat des produits du domaine pharmaceutique. Par là, on voit le rôle peu prépondérant du pharmacien dans l'achat des produits pharmaceutiques. Pourtant il a le monopole de ces produits [20]. Cette procédure nécessite donc, une bonne entente entre le pharmacien et la commission d'achat [6].

En général, la procédure d'achat sur appel d'offres, rigide, complexe, très longue et très laborieuse dans sa mise au point et son application n'est guère utilisée par le pharmacien hospitalier que pour les fournitures normalisées de très forte consommation et représentant un chiffre important des dépenses pharmaceutiques comme les solutés pour perfusion, le matériel stérile non réutilisable, etc....

#### **2.1.4. La réception des médicaments:[6, 16, 18]**

Lors de toute livraison ou réception on devra s'assurer des éléments suivants :

- présentation du titre de transport indiquant le nombre de colis et leur poids total ;
- comptage des colis et contrôle de leurs états extérieurs ;
- présentation du bon de livraison détaillant la marchandise ;
- conformité du bon de livraison avec le bon de commande ;
- comparer les quantités et/ou les qualités des produits livrés avec le double du bon de commande. Le risque de rupture de stock est important si les produits reçus ne correspondent pas à ceux commandés [18].
- enregistrement et contrôle de la date de péremption.

Le réceptionnaire ou la commission de réception devra apposer sur le bon de transport, outre le cachet de l'hôpital, sa signature et la date de la livraison.

En cas de livraison de colis manifestement détériorés, une réserve détaillée avec précision sera portée sur le récépissé du transport.

Le code du commerce de certains pays précise que les réclamations suites au déballage doivent être précises et adressées, par lettre recommandée, au fournisseur, dans les trois jours suivant la réception pour être recevables. En cas de refus de livraison, les motifs de refus seront mentionnés sur le titre de transport et l'expéditeur en sera averti.

Avant le stockage, les produits seront mis en attente du contrôle de qualité (ex. : matières premières ou conformité avec le cahier de charge, en cas de livraison consécutive à un marché).

Pour les livraisons de matériel médical acquis sur le marché, il est utile de détenir sous scellé un exemplaire du matériel témoin qui a été retenu afin de procéder à une comparaison éventuelle devant l'huissier, en cas de mauvaise qualité du matériel livré. La procédure à retenir consiste, pour tout achat sur marché, à exiger au moment de la soumission, l'envoi par le fournisseur, de deux exemplaires sous scellé du matériel proposé.

Le premier sert à l'examen des offres par la commission chargée du marché, le second est conservé comme référence, en cas de litige ultérieur.

Enfin, on procédera à la vérification de conformité de la facture avec le bon de commande et avec le bon de livraison, respect des conditions de prix selon le tarif en vigueur ou avec les accords mentionnés dans les marchés.

Le mandatement de la facture effectué par les services économiques doit intervenir dans les quarante-cinq jours suivant la réception de la facture qui doit être transmise dans les meilleurs délais.

**Contrôle des produits à la réception: [28]**

Ce contrôle est indispensable pour vérifier la conformité des livraisons par rapport aux commandes passées et le respect des conditions de vente par les fournisseurs.

<b>CONTRÔLES PHYSIQUES</b>	<b>MODALITÉS</b>	<b>PROCÉDURES EN CAS DE NON CONFORMITÉ</b>
<p><i>Contrôles QUALITATIF et QUANTITATIF</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. état des articles</li> <li>. respect des normes de qualité et du cahier des charges.</li> </ul> <p>Contrôle fait par un technicien et qui exige parfois le recours aux services d'un laboratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contrôle exhaustif (sur toutes les unités livrées : 100 %)</li> <li>- contrôle statistique (sur des lots, des échantillons)</li> </ul>	<p>Examen et comptage contradictoire des articles</p> <p>Comparaison des résultats obtenus avec le cahier des charges.</p>	<p>a) Le réceptionnaire indique sur le bon de livraison les motifs du refus ou le détail des réserves faites avec précision (manquants ou avaries) : l'art. 105 du code de commerce permet au destinataire de réserver ses droits ;</p> <p>b) Dans les 3 jours de la réception, le destinataire doit confirmer par lettre recommandée ou télex, les réserves faites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au transporteur, ce dernier devant en aviser l'expéditeur</li> <li>- directement au fournisseur, si la livraison est effectuée par lui-même</li> </ul> <p>Mise en œuvre des garanties :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conventionnelle</li> <li>- ou légale</li> </ul> <p>Rejet de l'article ou du lot ne correspondant pas aux normes définies à la commande</p> <p>Élimination des fournisseurs</p>

		défaillants
<p><i>CONTROLE COMPTABLE</i></p> <p>Permet de vérifier le respect des conditions de vente par le fournisseur et la régularité des livraisons.</p> <p>La vérification porte sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les qualités facturées</li> <li>- les prix unitaires</li> <li>- les conditions de paiement, remise ...</li> <li>- les délais de paiement</li> <li>- les conditions de port</li> <li>- les calculs - etc.</li> </ul>	<p>Comparaison bons de commande, bons de livraison et factures</p>	<p>Mise en œuvre du processus de réclamation vis-à-vis du fournisseur</p> <p>Changement de fournisseur si les problèmes sont trop importants ou s'ils se répètent.</p>

### 2.1.5. Le stockage des médicaments : [16]

Les produits réceptionnés sont listés par la suite dans le registre d'entrée qui comporte la date, la désignation, la quantité. Ils sont ensuite stockés dans le magasin par ordre alphabétique, en fonction de la classe, de la forme, de la date de péremption et des conditions de conservations.

Chaque médicament comporte une fiche de stock qui doit être remplie avant d'être classée.

## **2.2. Gestion des stocks des ME : [4, 6, 18]**

### **2.2.1. Définition de la gestion de stock : [4, 6]**

Du point de vue général, le stock peut être défini comme étant « Une provision de produits en instance de consommation » [4].

Du point de vue du pharmacien, un produit est considéré comme consommé dès qu'il est dispensé au service de soins. Pour l'infirmier, le produit n'est consommé que lorsqu'il a été administré au patient [4].

Gérer un stock en pharmacie, c'est donc faire en sorte que ce stock soit constamment apte à répondre aux besoins des malades en médicaments [6].

### **2.2.2. Méthodes de gestion des stocks: [28]**

#### **a. La méthode de Pareto ou loi des 20/80**

D'après cette méthode, l'analyse des stocks consiste à rechercher les 20% des articles en nombre représentant 80% de la valeur totale du stock. A ces derniers, il sera appliqué un suivi rigoureux car, l'engagement financier supporté est assez élevé. Le reste des articles, de moindre valeur, seront quant à eux gérés avec un peu plus de souplesse.

#### **b. La méthode ABC**

Tout en restant dans la même logique que la méthode de Pareto, la méthode ABC affine la précédente en proposant un découpage plus détaillé des stocks en fonction de leur valeur. Elle ressort donc trois segments ou classe selon les critères qui suivent :

- Classe A : les 20% des articles qui représente environ 80% de la valeur totale du stock ;
- Classe B : les 30% des articles suivants qui représentent environ 15% de la valeur totale du stock ;
- Classe C : les 50% des articles restant qui représentent environ 5% de la valeur totale du stock.

### **2.2.3. Les coûts supportés par un stock: [29]**

Les stocks supportent trois sortes de frais :

**a.** Les frais de passation des commandes (parfois appelés frais d'acquisition) pour la constitution et le renouvellement du stock (viennent donc s'ajouter au prix d'achat des médicaments).

**b.** Les frais de possession du stock, inhérents à l'existence même d'un stock (vont majorer les prix à l'entrée en magasin).



c. Les frais de rupture de stocks : Il est égal au manque à gagner découlant de la non-satisfaction d'une commande, éventuellement augmenté de la perte liée à la détérioration de l'image de marque de l'entreprise (par exemple, baisse de la clientèle); ou du coût d'utilisation de moyens de livraison urgents, ou du coût de modification de l'ordonnancement.

#### **2.2.4. Rangement méthodique des médicaments : [29]**

##### **a. Selon l'ordre alphabétique et par nom générique:**

Classement souvent rencontré dans les grandes et petites pharmacies à usage interne. Lorsqu'on emploie ce système, il faut modifier l'étiquetage lors des révisions ou des mises à jour de la liste des médicaments.

##### **b. Selon la forme galénique:**

Les médicaments se présentent sous différentes formes, par exemple comprimés, sirops, solutions injectables ou produits à usage externe tels que pommades ou crèmes.

Dans ce système, les médicaments sont classés selon leur forme galénique. Dans la zone correspondant à chaque forme, on utilise un système fixe ou plus ou moins souple pour entreposer les produits.

##### **c. Selon la fréquence d'utilisation:**

Il convient de placer les produits fréquemment utilisés ou qui circulent rapidement dans un endroit à la portée de la main, à l'entrée du local ou plus près de la caisse.

Ce système doit être utilisé en association avec un autre.

##### **d. Selon la catégorie thérapeutique ou pharmacologie:**

C'est le système le plus pratique dans l'officine de pharmacie, il permet de remplacer un produit manquant par un autre de la même classe thérapeutique.

Il facilite la rédaction de la commande.

##### **e. Selon le code produit:**

Chaque article possède son propre code

C'est le système qui offre la plus grande souplesse, mais c'est aussi le plus abstrait.

Pour gérer le magasin, le personnel n'a besoin d'aucune connaissance technique au sujet des produits, car les codes contiennent les informations nécessaires à leur entreposage correct, telles que les exigences en matière de température, le niveau de sécurité et l'inflammabilité.

Ce système fonctionne bien dans le cadre des systèmes de contrôle d'inventaires informatisés.

### **2.2.5. Objectif d'une bonne gestion de stock des ME : [18]**

L'objectif d'une bonne gestion en pharmacie hospitalière est d'assurer la disponibilité permanente des médicaments et des articles relevant du domaine pharmaceutique hospitalier dans l'établissement de soins ; de préserver le capital « Médicament » de la structure.

### **2.2.6. Principes généraux pour une bonne gestion de stock des ME: [18]**

La gestion des produits pharmaceutiques nécessite:

- du personnel formé préalablement à la gestion des produits pharmaceutiques et consommables médicaux,
- un local adapté à la bonne conservation des produits pharmaceutiques,
- la disponibilité permanente des outils de gestion et la bonne utilisation de ceux-ci,
- le suivi et la supervision régulière ainsi que l'auto évaluation,
- le contrôle externe périodique.

Un stock se gère afin d'éviter les ruptures (arrêt des soins ou des activités, baisse de la fréquentation) et les sur-stockages (immobilisation de la trésorerie, augmentation du risque de péremption ou d'avarie, vol...) [18].

La gestion du stock comprend, d'une part, la gestion matière et d'autre part la gestion financière. Les deux sont étroitement liées puisque chaque entrée ou sortie de produits dans le stock (gestion matière), quelle que soit la raison (achat, vente, péremption, vol, avarie, délivrance « gratuite ») a une conséquence en terme de valorisation du stock et/ou des avoirs en caisse (gestion financière) [18].

En résumé le stock augmente par le jeu des entrées (livraisons de fournisseurs, retours de services...) et diminue par le fait des sorties (dispensation, casse, vol, péremption...). Pour apprécier la qualité de la gestion du stock, il faut utiliser les outils de gestion.

### **2.2.7. Quelques éléments pour une bonne gestion des médicaments : [4, 6, 18]**

#### **a. Consommation moyenne mensuelle : CMM [4, 18]**

Le calcul de la consommation moyenne mensuelle est établi à partir des fiches de stock des médicaments. Il doit se faire sur une période minimale d'un an sans rupture de stock. De nos jours, la CMM peut être calculée par des logiciels informatisés adaptés à la gestion de stocks (au Mali, certaines pharmacies hospitalières utilisent le Logiciel de gestion) ou selon les formules suivantes :

CMM = somme des sorties sur 1 an divisé par 12

Ou

$$\text{CMM} = \frac{(\text{médicaments en stock au } 01/01/200X + \text{total des Entrées pour } 200X - \text{médicaments en stock au } 31/12/200X)}{\text{Divisé par } 12.}$$

Dans certaines pharmacies hospitalières européennes, l'évaluation de la CMM ou du Stock Moyen (SM) permet de calculer le Taux de Rotation (TR) et le Temps de Couverture (TC) d'un produit [4].

Le taux de rotation (TR) d'un produit est défini comme le rapport de la consommation annuelle du produit sur le stock moyen de celui-ci [4]. D'où la formule :

$$\text{TR} = V/\text{SM}$$

Où SM égale le stock moyen du produit en unités,

TR le taux de rotation du produit,

V la consommation annuelle du produit en unités.

Le TR représente le nombre de fois où le stock sera renouvelé sur la période considérée. En général, il s'agit d'un taux de rotation annuel.

Le temps de couverture (TC) est le reflet de TR en nombre de jours. C'est le nombre de jours de consommation moyenne que va couvrir le stock [11]. D'où la formule :

$$\text{TC} = 360 \times \text{SM}/V \text{ ou } \text{TC} = 360/\text{TR}$$

Où SM est le stock moyen du produit en unités,

TC le temps de couverture du stock du produit,

TR le taux de rotation du produit,

V la consommation annuelle du produit en unités.

#### **b. Stock de sécurité : SS [4, 18]**

Pour éviter les ruptures de stock, il convient de se réapprovisionner à temps. Pour cela il est conseillé de déterminer un stock de sécurité ou stock de protection, pour éviter certains aléas comme des retards exceptionnels lors de la livraison ou une augmentation de la consommation moyenne. En théorie il faudrait réduire ce stock au minimum [4].

L'expression suivante est utilisée pour le calcul du stock de sécurité [18]:

$$SS = CMM \times DL/2$$

SS = stock de sécurité

CMM = consommation moyenne mensuelle

DL = délai de livraison en mois

**c. Seuil d'alerte: SA [4, 18]**

Le seuil d'alerte ou stock d'alerte ou seuil de commande est le niveau de stock à partir duquel il est nécessaire de déclencher une commande pour éviter une rupture. Il correspond au nombre d'unités du produit nécessaires pour couvrir la consommation du délai de livraison et du nombre de jours du stock de sécurité [4]. Il se calcule comme suit:

$$SA = SS + (IC \times CMM) + (DL \times CMM)$$

SA = seuil d'alerte

SS = stock de Sécurité

IC = intervalle de commande en mois

DL = délai de livraison en mois

**d. Quelle quantité commander? [18]**

Ne commander que les produits dont les quantités sur les fiches de stocks sont inférieures ou égales au seuil d'alerte.

La quantité Q à commander est égale à :

$$Q = 2.5 \times CMM - \text{solde inscrit sur la fiche de stock}$$

**e. La nature du système d'information associé à la gestion des stocks :**

La mise en place d'un outil informatique de qualité permet une connaissance en temps réel du stock, et une comparaison en ce qui concerne le niveau de référence choisi, permettant ainsi de déclencher la commande;

L'informatisation permet une lecture optique du stock en temps réel; une commande automatique est même possible.

La possibilité d'effectuer en permanence un inventaire informatisé est très important et parfois on pourrait la confronter à un inventaire manuel.

Cependant, l'inventaire réglementaire annuel en quantité et en valeur du stock est indispensable.

Au Mali, le logiciel de gestion est utilisé par certaines pharmacies hospitalières.

### **3. Schéma d'approvisionnement en produits pharmaceutiques spécifique aux hôpitaux du Mali : [8]**

Au Mali, la spécificité et la diversité des besoins des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH), justifient un schéma d'approvisionnement quelque peu différent de celui des centres de santé périphériques.

Certains produits spécialisés, bien que prévus sur la liste nationale des médicaments essentiels du niveau hôpital, ne deviennent réellement un besoin pour un hôpital donné, qu'au moment de la disponibilité du service spécialisé correspondant.

De même, certains produits, au vu de la fréquence des pathologies correspondantes ne représentent que des quantités minimales pour couvrir les besoins annuels.

#### **3.1. Système d'évaluation des besoins :**

Pour l'évaluation des besoins, la liste nationale des médicaments reste la référence. Elle est actualisée grâce à une participation optimale des spécialistes des hôpitaux à travers les comités thérapeutiques.

Ceci doit permettre d'avoir un consensus autour des médicaments et dispositifs essentiels, pour éviter que chaque spécialiste ne réclame de voir figurer l'ensemble des produits qu'il pourrait avoir besoin de prescrire.

A partir de cette liste, en début de chaque année, le comité thérapeutique doit établir la liste des produits pour l'hôpital, en se référant aux services spécialisés fonctionnels et au niveau du plateau technique de l'hôpital.

Ainsi, on dressera les besoins qualitatifs (liste nominative des produits essentiels dont l'hôpital peut avoir besoin). Cette liste doit être libellée en nom DCI ou générique y compris pour les dispositifs médicaux. La liste doit être assortie des spécifications complètes. Exemple: Sels de quinine injectable, 400 mg en ampoule de 4 ml.

Ensuite le personnel de la Pharmacie sous la direction du pharmacien chef, à partir du monitoring des consommations moyennes mensuelles (au niveau de la Pharmacie) et des rapports des services techniques établira les besoins quantitatifs bruts pour une période donnée (la référence doit être l'année).

L'analyse doit tenir compte non seulement des ordonnances servies, de celles non servies pour rupture de stocks et de celles qui ont été adressées directement aux officines privées pour une raison ou une autre.

A partir de ces besoins bruts, la Pharmacie fixera les besoins à acheter en tenant compte du stock existant au niveau de la Pharmacie (magasin central et dépôts terminaux des services techniques).

Ces besoins seront transmis non seulement aux fournisseurs agréés à approvisionner l'hôpital, mais aussi à la direction de l'hôpital et à la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) trois (3) mois au moins avant le début de l'année correspondante.

### **3.2. Le schéma d'approvisionnement :**

Le schéma d'approvisionnement tient compte de la diversité des produits que l'hôpital a besoin d'acheter. C'est ainsi qu'on distingue plusieurs catégories des produits.

#### **3.2.1. Les différents produits :**

Ces différents produits sont groupés en types :

**les produits de type a** : Ce sont les médicaments essentiels d'usage courant. De nos jours, les EPH à vocation générale utilisent plus, les 40 médicaments et consommables prioritaires de la liste de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH) ;

**les produits de type b** : Ce sont les médicaments essentiels d'usage occasionnel, ou à consommation très minime ;

**les produits de type c** : Ce sont les dispositifs médicaux d'usage courant et à consommation forte ;

**les produits de type d** : Ce sont les dispositifs médicaux d'usage occasionnel ;

**les produits de type e** : Ce sont les gaz médicaux ;

**les produits de type f** : Ce sont les produits chimiques destinés aux préparations magistrales et hospitalières ;

**les produits de type g** : Ce sont les produits spécifiques d'usage bucco-dentaires, ORL, ophtalmologiques, radiologiques. Certains centres spécialisés comme IOTA, CNOS utilisent plus de nos jours, les 40 médicaments et consommables prioritaires de la liste de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH) qui leurs sont spécifiques ;

**les produits de type h** : Ce sont les champs et balles de compresse.

#### **3.2.2. Les sources d'approvisionnement :**

Les produits de type a et c doivent être commandés à la Pharmacie Populaire du Mali (PPM).

Les hôpitaux expriment leurs besoins pour ces types de produits à la PPM et ces besoins seront additionnés aux besoins exprimés par les DRSP (CSC et CSCOM) afin d'être commandés par la PPM à partir d'appel d'offres chaque année.

Les produits de type b, d, f, g. font l'objet de commande annuelle chez les autres grossistes privés selon une consultation restreinte de tous les grossistes sur la base d'un contrat annuel

d'approvisionnement. Les hôpitaux peuvent être regroupés sous la forme juridique d'un syndicat ou d'un GIE inter hospitalier.

Les gaz médicaux (e) sont commandés à Mali Gaz, les champs et balles de compresses (h) doivent être commandés à la COMATEX et le sang et autres produits dérivés (i) au Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS).

**NB:** La PPM est un établissement public et vu les missions qui lui sont assignées dans le cadre du PRODESS, les hôpitaux ne doivent en aucune façon contourner la PPM pour leur approvisionnement.

Cependant la PPM ne dispose pas d'un système d'approvisionnement efficace en produits de consommation faible et occasionnelle ainsi que certains produits spécifiques comme les gaz.

Donc l'apport d'opérateurs économiques sérieux, compétents, capables de gérer un contrat est nécessaire. Il s'agit de Mali Gaz, de la COMATEX, d'une société de produits chimiques, des grossistes importateurs privés de produits pharmaceutiques avec qui il faudrait établir des contrats.

### **3.2.3. La passation des marchés :**

Les problèmes de fraude, de falsification ainsi que la diversité des sources de fabrication et d'approvisionnement constituent des risques liés à l'achat de médicaments essentiels génériques en DCI au Mali.

Les commandes doivent être libellées en nom générique à l'exclusion de tout nom de marque, avec l'ensemble des spécifications conformément aux listes de médicaments et dispositifs médicaux.

La commande de médicaments et dispositifs médicaux d'usage courant, peut être faite mensuellement auprès de la PPM.

La commande de médicaments et dispositifs médicaux spécifiques ou d'usage occasionnel, de réactifs, doit être effectuée au moins pour six mois à l'avance. La livraison sera négociée, surtout si la commande est annuelle afin de fixer l'échéance de livraison.

#### **4. Quelques définitions opératoires:**

##### **4.1. Définition de l'accessibilité aux médicaments:**

L'accessibilité au médicament est un élément déterminant de toute politique de santé, donc de toute politique pharmaceutique. Elle est caractérisée par quatre éléments :

- **Accessibilité géographique**

**L'accessibilité géographique** est schématisée par la distance devant être parcourue par les malades pour aller au point de dispensation des médicaments (ex pharmacie) le plus proche ou le temps nécessaire pour y arriver [4].

- **Accessibilité physique**

**L'accessibilité physique** se traduit par l'absence de rupture de stock. Elle s'exprime par la disponibilité des médicaments dans les rayons de distribution et de dispensation des médicaments [4].

**La rupture de stock** est le nombre de jours ou de semaines durant lesquels le produit (médicament) est absent des rayons, pendant une période déterminée (un mois / un an).

- **Accessibilité qualitative**

**L'accessibilité qualitative** signifie que le médicament mis à la disposition des malades doit être fiable sur le plan de l'efficacité et de l'innocuité. Il ne doit pas altérer l'état du malade et doit contenir le bon principe actif (PA), au bon dosage, être efficace et non toxique [4].

- **Accessibilité financière ou économique**

**L'accessibilité financière** est déterminée par le financement et le coût du médicament pour la population. Elle s'exprime par le prix du médicament. Elle dépend du pouvoir d'achat des ménages, du système de sécurité sociale ou des assurances médicales mise en place [4].

##### **4.2. Définitions de quelques supports de gestion exploités:**

- **Fiche de stock**

C'est un document qui permet d'avoir une idée sur la quantité de produits. Chaque produit possède sa propre fiche de stock sur laquelle figurent les mentions suivantes : le stock maximal, le stock minimal et le stock de sécurité, la classe, la forme, date de péremption, la provenance, entrées et sorties, le nombre de jours de rupture. Ces fiches sont ensuite classées par ordre alphabétique (Voir annexe)

- **Stock maximal**

C'est la quantité maximale de produits en stockage à la pharmacie pour éviter les surcoûts et les stocks dormants.

- **Stock minimal**

C'est la limite de stock à laquelle il est impératif de passer des commandes.



- **Stock de sécurité**

C'est la quantité de produits permettant de parer aux augmentations de la consommation réelle par rapport à la consommation théorique moyenne.

- **Bon de commande (BC)**

Le carnet de commande comporte trois exemplaires dont l'original du bon de commande suivi de deux souches. Le bon de commande contient un certain nombre d'informations à savoir les désignations des produits, espèces /unité, la quantité de produits commandée, le prix unitaire et enfin le montant de la commande à lancer. Au bas de la page se trouve la signature du pharmacien chef, de l'agent comptable, du directeur général de l'hôpital

- **Le bordereau de livraison des fournisseurs (BL)**

Il contient les informations comme les désignations des produits, espèces / unité, la quantité de produits commandés, le prix unitaire, le montant de la commande et est signé par le pharmacien chef ou pharmacien responsable d'approvisionnement, le fournisseur et l'agent comptable de l'hôpital

- **La facture**

Le document comptable mentionnant le détail et le coût des produits et prestations fournis (par une société à un client) afin d'en demander ou d'en attester le règlement.

#### **4.3. Autres définitions:**

- **Le brevet du médicament**

Le médicament, comme n'importe quelle invention, est protégé par un brevet [2].

Il s'agit d'un titre délivré par les pouvoirs publics permettant à l'inventeur de prétendre au monopole d'exploitation de son invention pendant une certaine durée, généralement fixée à 20 ans, avec une prolongation possible de la période d'exclusivité de 5 ans (Certificat Complémentaire de Protection) [2] [4].

- **Médicament**

Selon le décret N 05-063/P-RM portant organisation et fonctionnement de la pharmacie hospitalière au Mali : On entend par médicament, toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou l'animal, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques [4] [21].

- **Médicaments Génériques**

Selon l'OMS, **les médicaments génériques** sont « Des produits dont l'exploitation ne fait l'objet d'aucun brevet, soit qu'ils soient tombés dans le domaine public, soit qu'aucun brevet n'a jamais été déposé. » [2] [4].

Les médicaments génériques sont des « copies » de médicaments brevetés (ou spécialités) [3].

- **Médicament Essentiel (ME)**

Selon l'OMS, les **médicaments essentiels** sont ceux qui satisfont les besoins de la majorité de la population en matière de soins de santé, ils doivent être disponibles à tout moment en quantité suffisante et sous forme pharmaceutique appropriée [1] [18].

- **Dénomination Commune Internationale (OMS)**

Nom reconnu à l'échelle mondiale pour désigner chaque substance pharmaceutique en substitution à son nom chimique rarement simple [1] [18].

- **Spécialité pharmaceutique**

Une **spécialité** est un produit pharmaceutique caractérisé par une dénomination spéciale : nom de marque, de fantaisie, présentée dans un emballage uniforme et caractéristique, conditionné pour l'utilisation [3] [18].

Une spécialité peut être présentée sous plusieurs formes galéniques ou contenances pour un dosage.

- **Dispositif médical**

On entend par dispositif médical : tout instrument, appareil ou équipement, matière ou autre article utilisé seul ou en association, y compris le logiciel nécessaire pour le bon fonctionnement de celui-ci destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme uniquement ou principalement à des fins :

- De diagnostic, de contrôle, de traitement, d'atténuation ou de compensation d'une blessure ou d'un handicap ;
- D'étude ou de remplacement ou de modification, de l'anatomie ou d'un processus physiologique ;
- De maîtrise de la conception.

Et dont l'action principale voulue dans ou sur le corps humain n'est pas obtenue par les moyens pharmacologiques ou immunologiques, ni par le métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. (10)

## V – METHODOLOGIE :

### 1. Période et Type d'étude:

Il s'agit d'une étude qualitative, rétrospective sur 4 ans allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2010 au 31 Décembre 2013.

### 2. Cadre d'étude :

L'Hôpital du Point G :

Le CHU du Point G existe depuis le début du siècle passé ; il est constitué à partir d'un hôpital militaire issu de la période coloniale et s'est développé grâce aux constructions progressives de 1906, 1937, 1955, 1956, 1972 ; 1973 ; 1986 et 2000. Érigé en hôpital en 1959 et après avoir expérimenté l'autonomie de gestion, il est transformé en 2003 en Etablissement Public à caractère hospitalier doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion.

Le CHU du point G est le centre national de référence et est situé sur la colline du point G dans la partie nord de Bamako.

Il est situé à neuf (9) kilomètres du centre-ville et comprend :

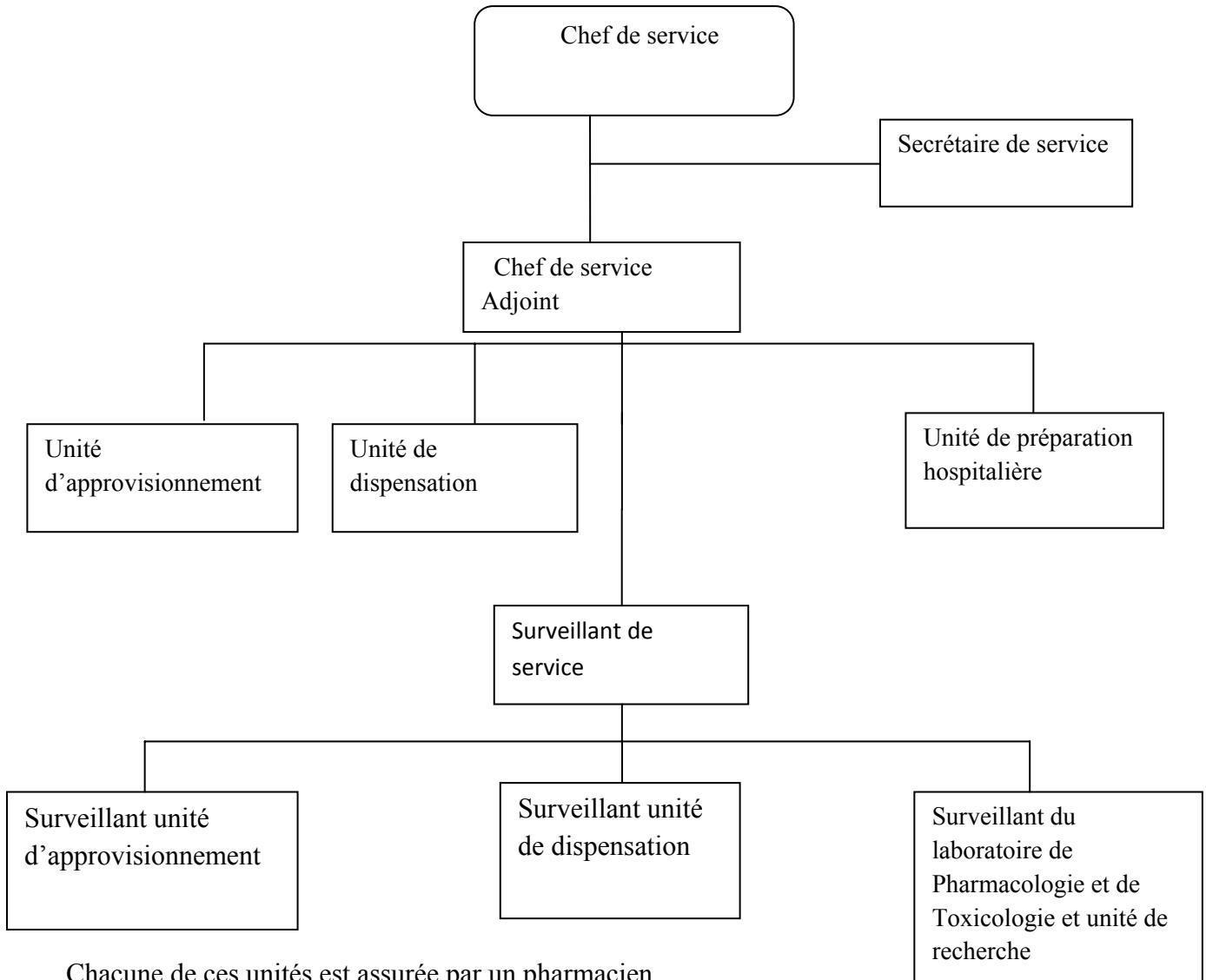
- L'unité des urgences ;
- Les services de médecine : médecine interne, hématologie oncologie médicale, cardiologie, néphrologie, pneumo-phtisiologie, neurologie, infectiologie, psychiatrie ;
- Les services de chirurgie : chirurgie A, chirurgie B, gynéco obstétrique, anesthésie – réanimation, urologie ;
- Le service d'imagerie médicale et de médecine nucléaire ;
- Le service du laboratoire d'analyse médicale ;
- Le service de la pharmacie hospitalière ;
- Le service social ;
- Le service de maintenance ;
- La direction constituée de ses composantes administratives, financières, comptables et d'informations hospitalières ;

**Lieu d'étude :**

Pharmacie hospitalière du Point G:

**Service de Pharmacie hospitalière :**

➤ **Schéma de l'organigramme :** [27]



➤ **Les infrastructures :**

La pharmacie du CHU du point G comprend les unités suivantes:

- Une unité de dispensation des anticancéreux ;
- Une unité de dispensation des ARV ;
- Une officine de jour ;
- Un magasin de stockage et de dispensation des produits de cession aux services ;
- Une unité d'approvisionnement ;
- Une unité de pharmacologie et de toxicologie.

➤ **Ressources humaines :**

Le personnel est composé de :

- cinq (5) pharmaciens (dont un interne et un pharmacien d'appui du fond mondial) ;
- un assistant médical major du service ;
- une assistante médicale ;
- une technicienne de chimie industrielle ;
- un secrétaire ;
- un aide comptable faisant état d'office de caissière ;
- trois techniciens de surface (manœuvres) ;
- onze (11) étudiants faisant fonction d'internes en pharmacie...

**3. Echantillonnage:**

- Le service de la pharmacie hospitalière du CHU du Point G;
- Le personnel de la PH du CHU du Point G constitué du pharmacien en chef, du pharmacien en charge d'approvisionnement et du chargé de la gestion des stocks;
- Les supports de gestion de la pharmacie hospitalière du Point G

❖ **Critères d'inclusion :**

Ceux qui seront inclus dans l'étude:

- La pharmacie hospitalière de l'hôpital du Point G.
- Les supports de gestion concernant les médicaments essentiels et dispositifs médicaux de la liste de l'ANEH.

❖ **Critères de non inclusion :**

Ceux qui ne seront pas inclus dans l'étude :

- les autres services du CHU du Point G.
- les supports de gestion des anti rétro viraux (ARV), des anti cancéreux (AC), les antituberculeux, des médicaments de la césarienne, des produits de cession aux services, et des MEG prioritaires ayant fait l'objet d'un don pendant la période d'étude.

❖ **Technique d'échantillonnage :**

Elle consiste à:

- adresser des questionnaires à des informateurs clés de la PH du Point G:
  - ❖ chef de service,
  - ❖ responsable d'approvisionnement,
  - ❖ responsable du magasin.
- récolter des données à partir des supports de gestion au niveau du service de la pharmacie hospitalière du CHU du Point G.

❖ **Taille de l'échantillon :**

- Service de la pharmacie hospitalière de CHU : trois (3) informateurs.
- Les formulaires ont été établis pour l'exploration des supports de gestion des MEG et DM.

❖ **Techniques et Outils de collecte des données :**

Les outils utilisés pour la collecte des données pendant cette étude ont été :

- Les questionnaires adressés à des informateurs clés de la PH du Point G:
  - ✓ le questionnaire adressé au Chef de service a permis de savoir les informations (2010-2013) sur
    - le respect des règles/principes du travail
    - le respect de SDAD-ME
  - ✓ le questionnaire adressé au responsable d'approvisionnement a permis de savoir les informations (2010-2013) sur
    - la commande et les outils utilisés pour faire la commande
    - la réception et les outils utilisés pour faire la réception
  - ✓ le questionnaire adressé responsable du magasin a permis de savoir les informations (2010-2013) sur
    - les conditions de stockage des MEG et DM
    - remplissage des supports utilisés pour leur archivage
    - les outils utilisés pour le stockage des MEG et DM
  
- L'exploitation des supports de gestion de la pharmacie du CHU a été faite par un formulaire préalablement établi, a permis de savoir les informations (2010-2013) sur
  - ✓ des fournisseurs en MEG et DM de la pharmacie hospitalière du CHU du point-G,
  - ✓ le nombre de BC en MEG et DM émis en fonction des fournisseurs
  - ✓ le délai de livraison par fournisseur
  - ✓ nombre de produits de rupture et leur durée de rupture
  - ✓ qualité de remplissage des fiches de stocks

**4. Stratégie d'analyse des données :**

Pour la saisie des données, le logiciel Microsoft Office Word 2007 a été utilisé et pour l'analyse des données, nous avons utilisé le logiciel Microsoft Excel 2007.

## VI - RESULTATS:

### 1. Procédures d'achat:

**TABLEAU I:** Types de procédures d'achat des ME du CHU du Point G de 2010 - 2013.

	HPG
Approvisionnement de l'hôpital par Appel d'Offres (AO)	Oui
Achat sur contrat simplifié	Oui
Les AO des médicaments étaient faits en DCI	Oui
Les achats de l'hôpital de se limitaient aux produits de la liste nationale des ME	Oui
Les achats étaient basés sur une estimation fiable des quantités des médicaments	Non
Les procédures d'achats respectaient le code des marchés publics	Oui
Existence d'un système de suivi des fournisseurs	Oui

L'approvisionnement en MEG était assuré par AO et par achat sur contrat simplifié à la pharmacie hospitalière du PG.

**TABLEAU II:** Avis sur l'existence et la distribution aux personnels des décrets et principes directeurs de référence les aidant à assumer leurs responsabilités au CHU du Point G de 2010-2013.

	HPG
Existe t-il des décrets et principes directeurs écrits aidant le personnel à assumer correctement ses responsabilités ?	Oui
Ces procédures et principes de référence sont ils distribués aux personnels ?	Non

Les décrets et principes directeurs écrits aidant le personnel à assumer correctement ses responsabilités existaient mais ces procédures et principes directeurs n'étaient pas distribués aux personnels.

### 1.1. Détermination des besoins:

**TABLEAU III:** Avis sur le respect de SDAD-ME au CHU du Point G de 2010-2013.

	<b>HPG</b>
<b>Existence d'un document de politique nationale en matière de médicaments</b>	Oui
<b>Existence d'une liste nationale de médicaments autorisés officiellement et diffusée dans tout le pays</b>	Oui
<b>Existence d'une liste nationale de médicaments essentiels (LNME) en DCI officiellement adoptée et diffusée dans tout le pays</b>	Oui
<b>Existence d'une liste nationale de médicaments référencée de l'hôpital</b>	Oui
<b>Existence des comités thérapeutiques fonctionnels</b>	Non
<b>L'estimation des besoins en ME était assurée par un pharmacien chargé d'approvisionnement</b>	Oui
<b>Implication des comités thérapeutiques dans l'estimation des besoins</b>	Non
<b>Répertoire des médicaments essentiels</b>	Oui

Nous avons constaté que la détermination qualitative des besoins en ME est faite à partir de la LNME référencée de l'hôpital par la pharmacie hospitalière au CHU du PG. L'estimation des besoins est faite par le pharmacien chargée de l'approvisionnement. On constate également l'inexistence des comités thérapeutiques fonctionnels.

**TABLEAU IV:** Estimation quantitative des besoins en ME du CHU du Point G de 2010-2013.

	<b>HPG</b>
Nature d'estimation	HPG
Périodicité	Oui
CMM	Oui
Disponibilité financière	Oui

L'estimation quantitative a été respectée entièrement par la pharmacie hospitalière du PG comme décrit dans le document de la DPM.



**TABLEAU V:** Outils de gestion utilisés pour la détermination des besoins en ME du CHU du Point G de 2010-2013.

Outils utilisés	HPG
Fiches de stock	Oui
Logiciel de gestion	Oui
LNME niveau hôpital	Oui
Répertoire de ME	Oui

Les outils de gestion utilisés pour la détermination des besoins en ME ont été entièrement respectés par la pharmacie hospitalière du Point G comme décrit dans le guide de la DPM.

### 1.2. Sélection des fournisseurs:

**TABLEAU VI:** Qualification du chargé de sélection des fournisseurs en ME du CHU du Point G de 2010-2013.

Qualification	HPG
Pharmacien chargé d'approvisionnement	Oui
Service d'approvisionnement (direction)	Oui

La sélection des fournisseurs en ME est assurée à l'hôpital du point G par un pharmacien chargé d'approvisionnement et la direction.

**TABLEAU VII:** Critères de choix du fournisseur en ME du CHU du Point G de 2010-2013.

Critères de choix	HPG
Critère de sélection basé sur l'offre le plus bas (le moins disant)	Oui
Critère de sélection basé sur le mieux disant	Oui
Critère de sélection basé sur la disponibilité des médicaments	Oui
Critère de sélection basé sur la présence du nom du fournisseur sur la liste des fournisseurs agréés au Mali	Oui

La pharmacie hospitalière du PG a appliqué tous les critères de choix des fournisseurs retenus en MEG et DM.

**TABLEAU VIII:** Les outils de gestion utilisés pour la sélection des fournisseurs au CHU du Point G de 2010-2013.

Outils utilisés	HPG
Facture Pro forma	Oui
Bordereau de prix	Oui
Certificat de situation fiscale	Oui
Attestation de déclaration mensuelle de TVA et taxes assimilées	Oui
La liste des produits (médicaments)	Oui
La liste des fournisseurs agréés au Mali	Oui
Le dossier d'appel d'offres	Oui

Les outils de gestion utilisés pour la sélection des fournisseurs par la pharmacie et ceux décrit par la DPM étaient entièrement similaires.

### 1.3. Commande:

**TABLEAU IX:** Procédures utilisées pour l'élaboration d'une commande des ME du CHU du Point G de 2010-2013.

POCEDURES	HPG
Rédaction et émission des Bons de Commande(BC) par le Pharmacien responsable d'approvisionnement	Oui
Existence de signature du chef de service de pharmacie sur les BC (paraphe)	Oui
Evaluation des offres des fournisseurs par le responsable d'approvisionnement	Oui
Contrôle de la performance des fournisseurs par le Pharmacien responsable d'approvisionnement	Oui
L'approvisionnement en ME se limitait aux fournisseurs agréés	Oui
L'approvisionnement se limitait aux médicaments présents sur la liste nationale des ME	Oui

Toutes les procédures de commandes retenues ont été respectés par la pharmacie hospitalière.

**TABLEAU X:** Moyens par lesquels les commandes des ME étaient effectués du CHU du Point G de 2010-2013.

Les commandes étaient faites à partir de :	HPG
Estimation des besoins	Oui
Logiciel de gestion de stock	Oui
Rupture totale de stock	Non
Fiches d'expression des besoins	Non
Fiche stock	Oui

Les commandes étaient faites dans la pharmacie hospitalière par l'estimation des besoins, à partir d'un logiciel de gestion informatique et la fiche de stock

**TABLEAU XI:** Temps (en jours) nécessaire pour l'élaboration et l'envoi d'une commande des MEG et DM du CHU du Point G de 2010-2013.

	HPG
Le temps nécessaire à l'élaboration d'une commande	3 à 5 jours
Le temps nécessaire à l'envoi d'une commande	1 jour

Le temps nécessaire à l'élaboration d'une commande à la pharmacie hospitalière du PG était comprise entre 3 à 5 jours.

**TABLEAU XII:** Fréquence de commandes des ME du CHU du Point G de 2010-2013.

Rythme de commande	HPG
Rythme fixe (par mois)	Non
Disponibilité financière	Oui
Pas de rythme fixe	Oui

Il n'existe pas de rythme fixe pour la commande des ME à la pharmacie hospitalière du point G, la commande est faite en fonction de la disponibilité financière.

**TABLEAU XIII:** Les outils de gestion utilisés pour la commande au CHU du Point G de 2010-2013.

Outils utilisés	HPG
Bons de commandes	Oui
Logiciel de gestion	Oui
Facture Pro forma	Non
Bordereau de Livraison (BL)	Non
Procès verbal (PV) de réception	Non

Les outils de gestion utilisés pour la commande des ME étaient seulement le BC et le logiciel de gestion.

## 2. Délai de livraison:

**TABLEAU XIV:** la durée de livraison des ME en fonction des fournisseurs au CHU du Point G de 2010-2013.

ANNEE	FOURNISSEURS	DUREE DE LIVRAISON	NOMBRE DE LIVRAISON
2012 et 2013	PPM	☐ 3 jours	4
		Entre [3-7]jours	4
		Entre [7-30]jours	2
		≥ 30jours	2
	SINO PHARMA S.A	☐ 3 jours	2
		Entre [3-7]jours	0
		Entre [7-30]jours	1
		≥ 30jours	0
	SID-PHARMA	☐ 3 jours	0
		Entre [3-7]jours	1
		Entre [7-30]jours	3
		≥ 30jours	0
	HUMAWEL PHARMA S.A	☐ 3 jours	0
		Entre [3-7]jours	2
		Entre [7-30]jours	2
		≥ 30jours	1
	PHARMA ORIENT	☐ 3 jours	1
		Entre [3-7]jours	0
		Entre [7-30]jours	0
		≥ 30jours	0
	GALIEN PHARMA MALI SARL	☐ 3 jours	1
		Entre [3-7]jours	0
		Entre [7-30]jours	1
		≥ 30jours	0
	OUMOU SQUARE MEDICALE DISTRIBUTION	☐ 3 jours	<b>0</b>
		Entre [3-7]jours	<b>1</b>
		Entre [7-30]jours	<b>0</b>
		≥ 30jours	<b>0</b>
	SOCIETE DE VENTE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES	☐ 3 jours	2
		Entre [3-7]jours	0
		Entre [7-30]jours	0
		≥ 30jours	0
	PHARMA+MALI	☐ 3 jours	1
		Entre [3-7]jours	0
		Entre [7-30]jours	0
		≥ 30jours	0
	NEOPHARMA	☐ 3 jours	1

MEDICAL S.A	Entre [3-7]jours	0
	Entre [7-30]jours	0
	≥ 30jours	0
BABA DJITEYE	□ 3 jours	2
	Entre [3-7]jours	0
	Entre [7-30]jours	2
BENKAN LAFIA SARL	≥ 30jours	1
	□ 3 jours	1
	Entre [3-7]jours	1
PHARMACIE SOUKOULE	Entre [7-30]jours	2
	≥ 30jours	0
	□ 3 jours	0
TOTAL	Entre [3-7]jours	1
	Entre [7-30]jours	0
	≥ 30jours	0
		40

Il ressort de ce tableau que PPM est le fournisseur qui a livré plus des BC en ME pendant une durée de livraison relativement courte (□ 3 jours).

### 3. La réception:

**TABLEAU XV:** Composition de la commission de réception des ME au CHU du Point G de 2010-2013.

Membres de la commission de réception des ME	HPG
Pharmacien	Oui
Magasinier(ère)	Oui
Comptable ou son représentant	Non
Comptable matière ou son représentant	Oui

Nous avons pu constater que l'agent comptable ou son représentant ne fait pas partie de la commission de réception des ME à l'hôpital du point G.

**TABLEAU XVI:** Opérations effectuées pendant la réception des ME du CHU du Point G de 2010-2013.

La réception des médicaments se faisait par	HPG
Ouverture des colis	Oui
Vérification des dates de péremption des médicaments	Oui
Pointage des quantités sur les BL du fournisseur et le BC	Oui
Contrôle des médicaments livrés (état des médicaments)	Oui
Etablissement d'un PV de réception	Oui
La saisie dans le logiciel de gestion	Oui

Pour la réception des ME, les règles de réception et de vérification sont respectées entièrement par la pharmacie hospitalière pour l'ensemble des critères retenus.

**TABLEAU XVII:** Opérations effectuées en cas de non-conformité de la commande des ME du CHU du Point G de 2010-2013.

En cas de non-conformité de la commande :	HPG
Prendre d'autres médicaments en cas d'un marché d'AO	Non
Le non-signature du BL	Oui
Retour des médicaments (en cas de mauvaise qualité)	Oui
Réclamation au fournisseur (en cas de manque)	Oui

La pharmacie hospitalière du PG rédige une réclamation au fournisseur en cas de manque des médicaments.

**TABLEAU XVIII:** Evaluation de la qualité de réception des commandes des MEG et DM du CHU du Point G de 2010-2013.

	HPG
Concordance entre la quantité commandé et la quantité livrée	Oui
Respect des délais de livraison	Non
Qualité du produit conforme	Oui
Taux globale de satisfaction de la pharmacie	60%

La pharmacie hospitalière était satisfaite à 60% par rapport à la réception de ME commandé

**TABLEAU XIX:** Les outils de gestion utilisés pour la réception des ME du CHU du Point G de 2010-2013.

Outils utilisés	HPG
Bons de commandes	Oui
Bordereau de Livraison (BL)	Oui
Procès verbal(PV) de réception	Oui
Bon de réception	Non
Ordre de mouvement	Non
Fiches des stocks	Non
Photocopie de facture acquittée	Non

La pharmacie hospitalière n'utilisait pas tous les supports de gestion pour la réception des ME comme le recommande le guide de la DPM.



#### **4. Les conditions de stockage:**

**TABLEAU XX:** Procédures effectuées pour le suivi de stock en ME au CHU du Point G de 2010-2013.

	HPG
Existence de zone séparée pour le stock	Oui
Existence d'un stock de protection	Oui
Existence d'une fiche de stock pour chaque ME	Oui
Les fiches de stock sont à jour	Non
Mesure de la température	Non
Stockage au sol	Oui
Stockage sur les étagères	Oui
Classement des ME selon l'ordre alphabétique	Oui
L'inventaire des ME est fait annuellement	Oui

Nous avons pu remarquer qu'il existe un stock de protection à la pharmacie hospitalière du PG. Certaines fiches de stocks traceurs concernant les MEG et DM n'étaient pas à jour. L'inventaire des MEG et DM est annuel à la pharmacie hospitalière du PG.

**TABLEAU XXI:** Les outils de gestion utilisés pour la gestion des stocks des ME au CHU du Point G de 2010-2013.

Outils utilisés	HPG
Bons de commandes	Oui
Bordereau de Livraison (BL)	Oui
Procès verbal (PV) de réception	Oui
Factures	Oui
Logiciel de gestion	Oui
Fiches des stocks	Oui
Fiches des inventaires	Oui
La liste des périmés et avariés	Oui

Tous les outils retenus sont utilisés par la pharmacie hospitalière du Point G.

**5. La qualité des supports de gestion;**

**TABLEAU XXII:** Liste des fournisseurs en ME du CHU du Point G de 2010-2013.

LES FOURNISSEURS		2012	2013
PPM	Pharmaceutique	Oui	Oui
SINO PHARMA S.A	Pharmaceutique	Oui	Oui
PHARMA+ MALI S.A	Pharmaceutique	Oui	Oui
GALIEN PHARMA MALI SARL	Pharmaceutique	Oui	Oui
SID-PHARMA	Pharmaceutique	Non	Oui
NEOPHARMA MEDICAL S.A	Pharmaceutique	Oui	Non
SOCIETE DE VENTE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES(SVPP)	Pharmaceutique	Non	Oui
PHARMACIE SOUKOULE	Pharmaceutique	Non	Oui
CENTRE D'ACHAT ET DE DISTRIBUTION DES GENERIQUES	Pharmaceutique	Oui	Non
PHARMA ORIENT	Pharmaceutique	Non	Oui
HUMAWEL PHARMA S.A	Pharmaceutique	Oui	Oui
BABA DJITEYE	Médical	Oui	Oui
OUMOU SOUARE MEDICALE DISTRIBUTION	Médical	Non	Oui
BENKAN LAFIA SARL	Médical	Non	Oui
TOTAL		8	12

Lors de notre enquête, nous avons pu remarquer qu'il y avait plus de fournisseurs en ME en 2013 qu'en 2012.

**TABLEAU XXIII:** Nombre des BC et nombre des lignes par BC en ME émis en fonction des fournisseurs du CHU du Point G de 2010-2013.

ANNEE	FOURNISSEURS	NOMBRE DE BC	NOMBRE DE LIGNES
2012	PPM	11	123
	BABA DJITEYE	3	30
	HUMAWEL PHARMA S.A	2	21
	GALIEN PHARMA MALI SARL	1	7
	PHARMA+ MALI S.A	1	4
	SINO PHARMA S.A	1	3
	NEOPHARMA MEDICAL S.A	1	1
	CENTRE D'ACHAT ET DE DISTRIBUTION DES GENERIQUES	1	1
	TOTAL	21	190
	2013	SID-PHARMA	4
HUMAWEL PHARMA S.A		3	12
BENKAN LAFIA SARL		4	12
SINO PHARMA S.A		2	10
BABA DJITEYE		2	9
PHARMA+ MALI S.A		1	5
SOCIETE DE VENTE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES		2	5
PPM		1	3
PHARMA ORIENT		1	3
GALIEN PHARMA MALI SARL		1	2
PHARMACIE SOUKOULE		1	2
OUMOU SOUARE MEDICALE DISTRIBUTION		1	1
TOTAL		23	77

En 2012 et 2013, 28,11% des BC avec 33,03% des lignes en moyenne étaient adressés au PPM à la Pharmacie du PG.

**TABLEAU XXIV:** Liste des médicaments qui sont allés en rupture et leur durée de rupture au CHU du Point G de 2010 à 2013.

ANNEE	MEDICAMENTS QUI ETAIENT EN RUPTURE	NOMBRE DE JOUR
2010	Amoxicilline 500mg gelule	118
	Sérum salé isotonique 0,9%	193
	Sérum glucosé isotonique inj 5%	131
	Ciprofloxacine perfusion	45
	Ibuprofène 400mg comprimé	101
	Métronidazole 250mg comprimé	178
	Métronidazole 5mg/ml injectable	143
	Paracétamol 500mg comprimé	10
	Gentamicine 80mg injectable	227
	Quinine 200mg injectable	160
	Quinine 400mg injectable	98
	Sérum ringer lacté injectable	253
	Ampicilline 1g injectable	365
	Hydroxyde d'aluminium comprimé	18
	Atropine injectable	216
	Diazépam 10mg injectable	183
	Aspégic 1g injectable	365
	Lidocaïne 2% injectable	258
	Furosémide 40mg comprimé	326
	Furosémide 20mg injectable	231
	Dexaméthazone injectable 4ml	145
	SP	90
	Aspirine 500mg comprimé	31
	Sulfate de fer-acide folique comp	95
	Alcool 90° solution externe	266
	Cathéter veineux G18	16
	Cathéter veineux G20	241
	Cathéter veineux G22	43
	Compresse stérile	88
	Gant chirurgicale stérile N°7,5	98
	Perfuseur	64
	Polyvidone iodée 10% sol externe	140
	Sonde naso-gastrique	27
Sonde de foley 2voies CH14	57	
Sonde de foley 2voies CH16	61	
Sonde de foley 2voies CH18	84	
Sonde de foley 2voies CH20	102	
2012	Sérum salé isotonique 0,9%	104
	Sérum glucosé injectable 5%	101
	Métronidazole 5mg/ml injectable	153

	Paracétamol 500mg comprimé	93
	Gentamicine 80mg injectable	89
	Sérum ringer lacté injectable	39
	Diazépam 10mg injectable	114
	Lidocaine 2% injectable	93
	Dexaméthazone injectable 4ml	43
	Aspirine 500mg comprimé	26
	Sulfate de fer-acide folique comp	123
	Alcool 90° solution externe	57
	Compresse stérile	110
	Gant chirurgicale stérile N°7,5	57
	Perfuseur	24
	Polyvidone iodée 10% sol externe	38
	Sonde naso-gastrique	172
	Sonde de foley 2voies CH10	265
	Sonde de foley 2voies CH16	182
	Transfuseur stérile	31
2013	Sérum salé isotonique 0,9%	186
	Sérum glucosé injectable 5%	121
	Sel de quinine 200mg injectable	8
	Sel de quinine 400mg injectable	32
	Gentamicine 80mg injectable	10
	Sérum ringer lacté injectable	226
	Diazépam 10mg injectable	141
	Vitamine B complexe comprimé	8
	Lidocaine 2% injectable	8
	Alcool 90° solution externe	42
	Compresse stérile	16
	Gant chirurgicale stérile N°7,5	64
	Perfuseur	5
	Polyvidone iodée 10% sol externe	6
	Sonde naso-gastrique	24
	Sonde de foley 2voies CH10	143

A la pharmacie hospitalière du PG, on observe que les solutés injectables (Sérum salé isotonique 0,9%, Sérum glucosé injectable 5%, Sérum ringer lacté injectable), étaient en rupture chaque année avec respectivement au moins 104, 101 et 36 jours.

**TABLEAU XXV:** La situation des fiches de stocks utilisés pour la gestion des MEG et DM au CHU du Point G de 2010 à 2013.

<b>ANNEE</b>	<b>2010</b>	<b>%</b>	<b>2011</b>	<b>%</b>	<b>2012</b>	<b>%</b>	<b>2013</b>	<b>%</b>
<b>NOMBRE DE FICHES A JOUR</b>	33	82,5	0	0	35	87,5	35	87,5
<b>NOMBRE DE FICHES NON A JOUR</b>	7	17,5	40	100	5	12,5	5	12,5
<b>TOTALE</b>	40	100	40	100	40	100	40	100

On remarque des fiches de stock en ME en 2010, 2012 et 2013 à la pharmacie hospitalière du PG qui n'étaient pas à jour. En 2011 toutes les fiches de stocks n'étaient pas à jour.

## **VI - COMMENTAIRES ET DISCUSSION:**

Nous avons effectué une étude portant sur Approvisionnement de la Pharmacie du Centre Hospitalier Universitaire du Point - G en Médicaments Essentiels Génériques et Dispositifs Médicaux de 2010 à 2013

Cette étude avait pour objectif général d'Evaluer l'approvisionnement des médicaments essentiels génériques et des dispositifs médicaux à la Pharmacie au CHU du Point G.

Avant de mener cette étude rétrospective auprès de la Pharmacie Hospitalière en fonction de nos critères d'inclusion et de non inclusion, nous avons tout d'abord procédé à un entretien préliminaire auprès du chef de service de la pharmacie hospitalière au CHU du PG sur la faisabilité de l'étude. Ensuite nous avons effectué un stage pratique de trois (3) mois à la pharmacie hospitalière du PG.

Les données de cette étude ont été recueillies à partir des questionnaires spécifiques adressés au pharmacien chef, au pharmacien responsable de l'approvisionnement et au gestionnaire du stock des médicaments essentiels génériques (MEG) et dispositifs médicaux (DM) pour savoir comment les choses se sont passées.

Les données ont été également recueillies à partir des Bons de Commandes (BC), Bordereau de Livraison des fournisseurs (BL), des Fiches de Stock (FS), des factures des fournisseurs ayant trait aux MEG et DM utilisée par l'hôpital.

Les résultats obtenus feront l'objet de nos commentaires et discussions.

### **A. LIMITES ET DIFFICULTES DE L'ETUDE:**

#### **1. Les limites:**

Faute de moyens et de temps, notre étude n'a pas été menée dans toutes les pharmacies hospitalières du Mali. Cette étude n'a pas pris en compte l'aspect distribution, dispensation et de la gestion financière des MEG et DM aux malades.

#### **2. Les difficultés rencontrées:**

Pendant cette étude nous avons été confronté par endroits à quelques difficultés telles que la fouille des archives ; le retard dans le déroulement de l'enquête dû aux non mises à jour de certains supports de gestion de 2011, la recherche BC et BL de 2010 et 2011; le non respect des rendez-vous par certains responsables ; l'aspect confidentiel des informations au niveau de la direction de l'hôpital de documents officiels destiné à la gestion du système d'approvisionnement des MEG et DM dans la pharmacie hospitalière.

### **B. LES PROBLEMES RENCONTRES PAR LES PHARMACIENS HOSPITALIERS:**

Les difficultés rencontrées par les pharmaciens hospitaliers dans l'accomplissement de leur exercice peuvent être situées à plusieurs niveaux à savoir :

➤ **Les difficultés administratives:**

Les difficultés administratives se résument à un:

- Long temps de signature des BC à la direction,
- Retard dans le paiement,
- Manque d'information par rapport à la paye des fournisseurs,
- Manque de détails sur les transactions bancaire de la pharmacie hospitalière,
- Perte des supports de gestion (BC, BL...) au niveau de la direction,

➤ **Les difficultés logistiques:**

Les difficultés logistiques se résument à :

- L'étroitesse du service de la pharmacie hospitalière
- L'étroitesse des magasins de stockage
- Manque de véhicule en cas d'urgence par rapport aux produits pharmaceutiques
- L'insuffisance des matériels de bureau (imprimantes, photocopieuses...)
- L'insuffisance du nombre des matériels (réfrigérateur, frigo...) de stockage au frais

➤ **Les difficultés avec les fournisseurs:**

Les difficultés avec les fournisseurs se résument à :

- Non-respect du délai de cession en cas des marchés d'Appel d'Offres (AO)
- Variabilité des prix des fournisseurs

## **C. LES RESULTATS DE L'ETUDE:**

### **1. Procédures d'achat :**

L'approvisionnement en ME était assuré par AO et par achat sur contrat simplifié par la pharmacie hospitalière. L'achat sur contrat simplifié est une procédure applicable pour de petites commandes, en cas d'urgence et en cas de défaillance d'un fournisseur avec lequel on avait engagé une procédure de marché [18]. L'avantage de ce type d'achat réside sur la courte durée de livraison des ME commandés. Alors que pour l'achat par AO la durée de livraison des ME pourrait être relativement longue souvent à cause de non disponibilité des ME [18]. Mais son avantage réside sur la concurrence qui reste la règle d'or pour les achats dans les



structures publiques. Il serait souhaitable que l'hôpital adopte la nouvelle procédure du code de marché français : Mise en concurrence simplifiée, qui vise à combiner la transparence de l'AO et la souplesse de la procédure négociée [4].

Les achats des médicaments se limitaient seulement aux médicaments de la liste des ME par la pharmacie hospitalière du PG.

Le pharmacien hospitalier est le seul responsable de la planification de l'approvisionnement en MEG et DM. Comme dit la législation malienne, seul le pharmacien a le monopole du médicament [9]. L'approvisionnement en ME par la pharmacie hospitalière du PG, se limitait aux médicaments présents sur la liste nationale des ME. Cela correspond exactement à celui décrit dans le **guide élaboré par la DPM [9]**.

Aucun manuel de décrets et principes directeurs n'est distribué au personnel de la pharmacie hospitalière au CHU du PG les aidant à assumer correctement leur responsabilité. Sachant bien qu'il est indiqué clairement dans le guide de la DPM [9] que chaque pharmacie hospitalière devrait rédiger son manuel de procédures avec ses particularités mais tout en gardant les grandes lignes communes.

Le manuel des procédures est un outil, un document de référence indispensable dans toute démarche de qualité. Il doit permettre :

- la reproductibilité, avec laquelle les procédures seront transparentes d'une personne à une autre qui la remplace. Pour une même activité, les tâches seront effectuées de la même manière, la variable « intervention personnelle », « improvisation », tendra ainsi vers zéro.
- l'assurance qualité, qui correspond à la délivrance du bon médicament, au bon malade, au bon moment.

### **1.1. Détermination des besoins :**

La détermination des besoins en ME est faite à partir de la liste nationale de médicaments référencée de l'hôpital par la pharmacie hospitalière au CHU du PG. Cette liste des ME par niveau est élaborée par la DPM. Ce résultat n'est pas similaire à celui de **BALLO M.D. [6]** qui avait trouvé en 2003 que la liste des médicaments autorisés au Mali n'était pas largement diffusée à travers les formations hospitalières. Cela montre clairement qu'il y a eu une amélioration dans la détermination des besoins en ME à partir de la liste nationale des médicaments référencée de l'hôpital.

L'estimation des besoins est faite par le pharmacien chargé de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques à l'hôpital du PG. Ce résultat est conforme à celui décrit par le **guide du SDAD [11]**.

L'inexistence de comités thérapeutiques fonctionnels dans l'hôpital pourrait avoir un impact négatif sur leurs besoins qualitatifs (liste nominative des produits essentiels) étant donné que l'une des responsabilités du comité thérapeutique est la sélection des médicaments sûrs ayant un bon rapport coût/efficacité [23].

Par ailleurs, il est décrit dans le **guide de la DPM [20]** que la révision de la liste nationale des médicaments doit bénéficier d'une manière optimale de la participation des spécialistes des hôpitaux, à travers les comités thérapeutiques. Ceci devrait permettre d'avoir un consensus autour des médicaments et dispositifs essentiels, pour éviter que chaque spécialiste ne réclame de voir figurer l'ensemble des produits qu'il pourrait avoir besoin de prescrire.

L'estimation quantitative est faite à la pharmacie hospitalière du PG par périodicité, méthodes de calcul (CCM à partir du logiciel de gestion) et aussi en fonction de la disponibilité de liquidités financières. En 2003, **BALLO M.D. [6]** avait trouvé que la quantification était basée sur la méthode de la consommation corrigée, en fonction des consommations moyennes antérieures et du stock disponible. Toutefois, une étude réalisée par **KADJA B. A. [16]** à l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar (République du Sénégal), révélait que la quantification des médicaments était basée sur les consommations antérieures, en fonction des pathologies les plus fréquentes et sur la demande de la population.

## **1.2. Sélection des fournisseurs :**

La sélection des fournisseurs en ME est assurée par un pharmacien à l'HPG. Ce résultat est similaire à celui trouvé par **BALLO M.D. [6]**. La sélection des fournisseurs par la direction ne semble pas être appropriée car lorsque les approvisionnements en médicaments vont être effectués auprès d'un fabricant ou d'un vendeur en gros, les informations pharmaceutiques relatives aux produits et au fabricant ou au vendeur en gros (BPF, BPD...) devraient être vérifiées [2]. Seul le pharmacien par sa formation a cette compétence. Il est souhaitable de laisser la responsabilité de la sélection des fournisseurs au pharmacien.

Les critères de choix du fournisseur utilisés par la pharmacie hospitalière du PG sont : le moins-disant (le fournisseur qui offre le prix le plus bas), la disponibilité des médicaments, l'existence du nom du fournisseur sur la liste des fournisseurs agréés au Mali. Ce résultat n'est pas exactement conforme à celui trouvé par **MIWAINA Gilbert** en 2009, à l'HK pour qui en plus de ces trois (3) critères, il y a la conformité technique, c'est-à-dire la régularité du fournisseur envers l'Etat est aussi vérifiée [4]. Il ya aussi une différence avec celui trouvé en 2003, par **BALLO M.D. [6]** qui était de six (6) critères à savoir : la rapidité du service, la qualité des produits, la qualification du personnel, le prix de médicaments du fournisseur, le nombre de médicaments disponibles et l'existence de contrats. Tous les critères avaient la même valeur et étaient respectés entièrement à l'HPG et de moitié à l'HK [6]. En revanche à Dakar le marché est octroyé au fournisseur en fonction du rapport qualité/ prix [16].

Nous avons pu constater au cours de notre étude, que la pharmacie hospitalière de l'hôpital du PG n'exige de ses fournisseurs que des critères permettant de garantir ces trois principes « **Qualité, Efficacité, Sécurité** ». Ces critères très importants peuvent être difficilement

dissociés et ils expriment la qualité des médicaments. L'utilisation de médicaments de mauvaise qualité peut entraîner des effets cliniques indésirables, des conséquences économiques, et peut affecter la crédibilité du système de santé [2]. Il serait préférable pour les hôpitaux de se baser également sur le critère du « mieux-disant ».

### **1.3. Commande :**

La procédure de la commande se passe de la manière suivante à l'hôpital du PG: Le pharmacien chef ou pharmacien chargé d'approvisionnement exprime les besoins sur le bon de commande à trois volets, paraphé par le pharmacien chef. Ce BC est envoyée à la direction pour signature, successivement au niveau de l'Agent comptable en chef, du Directeur Général Adjoint (DGA) et du Directeur Général (DG) de l'hôpital. A ce niveau, les quantités des médicaments à commander figurant sur le BC peuvent être adoptées ou modifiées en fonction de la disponibilité financière. Ce n'est qu'après toutes ces formalités que le BC est validé et envoyé aux fournisseurs.

Cette procédure est identique à celle trouvée par **K. Berthe Aurore [16]** à l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar (République du Sénégal). Cet état de fait pourrait être désavantageux pour une bonne gestion des stocks en ME, et par conséquent on pourrait assister à un mauvais approvisionnement en ME qui pourrait se solder par des ruptures de stocks en ME. Il serait préférable de rendre les pharmacies hospitalières entièrement autonomes dans la gestion matérielle et financière.

Le temps moyen nécessaire à l'élaboration d'une commande est de 4 à 5 jours à l'HPG. Ce résultat explique le long processus administratif pour l'élaboration d'une commande. Cela peut entraîner les ruptures de stocks en ME. La norme de l'OMS par rapport aux commandes de médicaments dans les pharmacies d'intérieurs (pharmacies hospitalières) est de 72 heures [6]. Il serait important que l'hôpital raccourcisse le temps mis à l'élaboration des commandes.

Le temps moyen nécessaire à l'envoi d'une commande est d'un jour dans la pharmacie hospitalière.

Il n'existait pas de rythme fixe de commande des MEG et DM à la pharmacie hospitalière du PG. Ce résultat s'approche de celui trouvé par **SOMDA C.** qui révélait que les commandes étaient faites selon une périodicité variable ou inconnue [22].

Par contre à la pharmacie hospitalière du point G en 2007 et 2008 les commandes étaient bimensuelles. Mais à cause des vols et des pertes dus à l'étroitesse des magasins (difficultés liées aux stockages) les commandes sont faites actuellement à un rythme irrégulier.

### **2. Délai de livraison :**

Il n'existe pas une procédure de surveillance des délais de livraison des fournisseurs en ME à l'hôpital du point G. Cela pourrait entraîner la livraison des ME à la guise du fournisseur. Il serait préférable que l'hôpital ait une procédure ou un système de surveillance des délais de livraison des médicaments ; cela améliorerait la qualité de livraison.

Il ressort de notre enquête que les fournisseurs ont livré plus de BC en MEG et DM pendant une durée de livraison relativement longue (3 et 7 jours) dans la pharmacie hospitalière (voir tableau 18). Il est souhaitable d'évoluer vers le système de livraison en 24h comme dans les officines privées. Cela éviterait le nombre des jours de ruptures liés à la livraison.

### **3. Réception:**

A l'HPG, la commission de réception en MEG et DM est composée d'un pharmacien, du magasinier et du comptable matière ou son représentant. Cette commission n'est pas tout à fait conforme comme le préconise le guide élaboré par la DPM [9]. En 2009 **MIWAINA Gilbert** [4] avait trouvé à l'HK en plus de deux membres, on notait la présence de l'agent comptable ou de son représentant. Cette commission de réception était presque identique à celle trouvée en 2003, par **M.B. Daouda** [6].

A la réception des ME, les règles de réception et de vérification sont respectées entièrement par l'hôpital comme le préconise le **document de la DPM** [9]. Mais les supports de gestion pour la réception des ME ne sont pas utilisés entièrement comme décrit dans le guide de la DPM .

A la pharmacie hospitalière du PG, en cas de non-conformité de la commande (manque des médicaments) un avoir du fournisseur ou la non-signature du BL est exigé. Ce résultat est différent de ce trouvé par **MIWAINA Gilbert** [4] en 2009, qui disait qu'à la pharmacie hospitalière de Kati en plus de la non-signature du BL, d'autres médicaments peuvent être pris à la place s'il s'agit d'un marché d'AO. Toutefois, en cas de mauvaise qualité des médicaments, la pharmacie fait le retour des médicaments [4].

La pharmacie hospitalière du PG était satisfaite à **60%** par rapport à la réception de ME commandé. Ce résultat n'est pas similaire à celui trouvé en 2009 à la pharmacie hospitalière du PG par **MIWAINA Gilbert** qui était de **90%** [4] et à celui trouvé en 2006 au Benin par **SOMDA C.** qui était de **99%** [22].

### **4. Conditions de stockage:**

Bien gérer un stock, c'est mettre en place un moyen de suivi permettant de connaître à tout moment l'état de ce stock.

Lors de notre enquête, nous avons constaté que la zone de séparation entre les stocks existait dans la pharmacie hospitalière du PG. Il existait un stock de sécurité à la pharmacie hospitalière du PG. Ce résultat n'est pas similaire à celui trouvé en 2009 par **MIWAINA Gilbert** [4], car il n'existait pas un stock de sécurité à la pharmacie hospitalière du PG.

Chaque ME possédait sa fiche de stock. Mais certaines de ces fiches de stocks n'étaient pas à jour et en plus, à la pharmacie hospitalière du PG, les informations sur certains éléments de suivi du stock (le stock minimum, le stock maximum et la CMM) étaient inexistantes. Ceci pourrait avoir pour conséquence, les ruptures de stocks dans les magasins. Il serait donc souhaitable de bien remplir ces fiches de stocks, car elles renferment d'informations

indispensables à la gestion du stock qui constitue une partie essentielle dans l'approvisionnement d'une pharmacie hospitalière [16].

En Côte d'Ivoire, le modèle des fiches de stocks prévoit le stock de sécurité et le stock d'alerte (ou stock de protection) [18]. Ces deux informations permettent de savoir à quel moment une commande doit être faite pour éviter une éventuelle rupture des stocks.

Tout ceci pour montrer que la maîtrise du stock doit être une des priorités pour le pharmacien hospitalier.

Pendant notre étude, nous avons eu à constater que les ME étaient stockés au sol et sur les étagères dans la pharmacie hospitalière. Cela est dû à la dimension réduite du magasin de stockage. Ceci est comparable aux résultats de l'étude de **SOMDA C.** au Bénin en 2006, qui ont montré des locaux de stockage exigus et d'insuffisance d'étagères [22]. Cela pourrait conduire à une mauvaise gestion de stocks et avoir pour conséquence un mauvais approvisionnement en ME.

Le classement des ME dans la surface de vente à la pharmacie du PG est selon l'ordre alphabétique. Au Bénin, **SOMDA C.** lors de son étude avait observé que le rayonnage (classement) était selon l'ordre alphabétique dans 50% des centres de santé et dans les 50% autres il n'existait pas un type de classement [22].

L'inventaire est annuel à la pharmacie hospitalière du PG. Cet état de fait s'expliquerait par les nombres de produits gérés de part et d'autre de la pharmacie hospitalière. En Côte d'Ivoire, **SANOGO A.** avait trouvé que l'inventaire général était effectué au moins deux fois par an sous la supervision du pharmacien chef de service et de ses adjoints [18]. Alors que d'après l'étude de **SOMDA C.** l'inventaire était mensuel dans 10% des centres de santé, trimestriel dans 30% des centres, annuel dans 10% des centres et pas de périodicité fixe dans 50% des centres [22].

Bien que cela mobilise des moyens, il serait intéressant de faire au moins deux à trois inventaires au cours de l'année pour mieux surveiller le stock.

### **5. Les qualité des supports de gestions:**

Lors de l'exploitation des supports de gestion, on s'est rendu compte que la pharmacie hospitalière du PG s'est approvisionnée durant année 2012-2013 auprès de douze (12) fournisseurs.

De tous les fournisseurs en ME de la pharmacie hospitalière du PG, PPM était le meilleur fournisseur (disponibilité des produits, la rapidité du service...) car 28,11% des BC avec 33,03% des lignes en moyen leur étaient adressés durant 2012-2013. Ce résultat est supérieur à celui trouvé en 2009 par Gilbert. [4] qui était de **20,65%** des BC avec **14,70%** des lignes en moyens étaient adressés à la PPM pourtant fournisseur privilégié des pharmacies hospitalières d'après la PPN du Mali. Ce résultat est aussi supérieur à celui trouvé en 2003, par **BALLO M.D.** [6] qui était de **7%** des BC adressés à la PPM.

Pour pallier ce mauvais rapport il faudrait que l'HPG s'acquitte de sa dette auprès de la PPM qui a des moyens (logistiques, humains, financiers...) nécessaires à approvisionner les pharmacies hospitalières si elle n'était pas ébranlée par la dette des ses clients.

A la pharmacie hospitalière du PG, Sérum salé isotonique 0,9%, Sérum glucosé injectable 5%, Sérum ringer lacté injectable, étaient en rupture chaque année avec respectivement au moins 104, 101 et 36 jours.

A la pharmacie hospitalière du PG la gestion des produits périmés et avariés est faite par le logiciel de gestion informatique. ce système permet d'avoir des quantités exactes à détruire.

Il n'existe pas un système de réapprovisionnement rapide à l'hôpital du PG. Gilbert avait trouvé en 2009 [4], il existe un système de réapprovisionnement rapide à l'hôpital de Kati mais pas à l'hôpital du PG. Ce système consiste en cas de besoins urgent de produits pharmaceutiques, à appeler le fournisseur sans passer par le long processus administratif de commande comme décrit plus haut.

Lors de notre enquête on s'est rendu compte qu'il y avait des fiches de stock en ME en 2010, 2011, 2012 et 2013 à la pharmacie hospitalière du PG qui n'étaient pas à jour.

## **VII - Conclusion et recommandations:**

### **1. Conclusion:**

La politique des médicaments essentiels génériques adoptée par les pays en développement était dans le but de rendre les médicaments accessibles aux populations.

Cette étude ne traite pas tous les aspects de l'approvisionnement des pharmacies hospitalières, d'autres études pourront contribuer également à un meilleur approvisionnement de la pharmacie hospitalière au Mali.

En effet pour agir sur l'amélioration de la qualité du circuit du médicament dans les établissements de santé une des voies passe par l'informatisation du circuit du médicament.

De même une étude sur les ruptures de médicament peut donner un éclairage sur la disponibilité du médicament dans les formations sanitaires.

L'accessibilité physique des populations aux médicaments essentiels génériques et dispositifs médicaux reste toujours un problème dans les pharmacies hospitalières. Il est donc urgent, dans le dessein d'améliorer l'accessibilité physique aux médicaments essentiels génériques et dispositifs médicaux, d'évoluer vers l'autonomie des pharmacies hospitalières tant en matière de gestion financière que logistique. Cette amélioration passe également par un effort de la part des autorités compétentes et par une active participation des populations.



## **2. Recommandations:**

Au terme de cette étude, sur la base des insuffisances constatées, des difficultés rencontrées par les pharmaciens hospitaliers et dans une perspective d'amélioration, nous formulons les recommandations suivantes :

### **Au Gouvernement et au Ministère de la Santé en particulier :**

- Doter la DPM des moyens nécessaires pour la compilation des besoins annuels en ME provenant des formations sanitaires du pays, qui permettra à la PPM de mieux s'approvisionner ;
- Réviser l'article 15 du décret n°05- 063/P-RM du 16 février 2005 fixant les modalités d'organisation et de fonctionnement des pharmacies hospitalières, en rendant le chef de service de pharmacie hospitalière cosignataire des chèques bancaires ;
- Renforcer chaque année, les capacités de la PPM afin d'éviter les ruptures des stocks en ME ;
- Prioriser le paiement de la PPM au niveau du trésor public afin qu'elle s'acquitte des factures de ses fournisseurs ;
- Doter les pharmacies hospitalières de nouveaux locaux et des moyens logistiques adaptés aux activités pharmaceutiques ;
- Veiller au respect de l'application correcte des textes fixant les modalités d'organisation et de fonctionnement des pharmacies hospitalières ;

### **Aux dirigeants de l'Etablissement Public Hospitalier (EPH) :**

- Accorder une priorité au processus d'approvisionnement en ME afin d'éviter autant que possible les situations de ruptures de stock en ME;
- Viabiliser les comités thérapeutiques ;
- Responsabiliser davantage les pharmaciens dans la sélection des fournisseurs ;
- Respecter les principes de gestion du SDADME ;
- Impliquer les chefs de service de pharmacie dans le suivi de la question financière de la pharmacie (suivi des dépenses, règlement des fournisseurs, élaboration des états financiers) ;
- Renforcer le service de pharmacie hospitalière en personnel qualifié ;



**Aux pharmaciens hospitaliers :**

- Mettre sur pied un manuel de procédures pouvant aider le personnel de la pharmacie hospitalière à assumer correctement leurs responsabilités ;
- Mettre sur pied un système de surveillance de DL et un système de suivi des fournisseurs en ME ;
- Tenir à jour et remplir correctement les fiches des stocks ;
- Augmenter la périodicité des inventaires;
- Evoluer vers l'utilisation de l'ordre de mouvement comme support de gestion pendant la réception des ME;
- Exprimer correctement les besoins annuels en ME ;
- Veiller constamment à l'existence d'un stock de sécurité pour faire face à d'éventuelles ruptures ;
- Améliorer le système d'archivage des supports de gestion ;
- Echanger les expériences avec les autres pharmacies hospitalières.

### VIII - Références:

1. NIAMBELE Aicha Ly, Rôle des établissements grossistes privés dans la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale du Mali. Thèse de pharmacie, Bamako, FMPOS, 2008, N°35.
2. DESCHAMPS Julien, Qualification des sources d'approvisionnement en médicament essentiel générique : Application aux Pays en Développement. Thèse de pharmacie, Lyon I, Univ. Claude Bernard, Fac. de Pharmacie, Mai 2005, N°47.
3. KONARE Abdoulaye, Etude de la mise en œuvre du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des médicaments essentiels dans la ville de Kayes. Thèse de pharmacie, Bamako, FMPOS, 2002, N°28.
4. MIWAINA Gilbert, Evaluation du système d'approvisionnement et de suivi des achats en médicaments essentiels dans les pharmacies hospitalières du Mali: cas des CHU du Point - G et de Kati. Thèse en pharmacie, Bamako, FMPOS, 2010, N°44
5. CLOËZ Sandrine, Démarches qualité utilisées pour l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques. Application aux achats locaux en BOSNIE-HERZEGOVINE. Thèse de pharmacie, Angers, Univ. d'Angers, Fac. de Pharmacie, Février 1999.
6. BALLO Daouda Mamadou, Système d'approvisionnement d'une pharmacie hospitalière : cas des hôpitaux Gabriel Touré, Point- G, et Kati. Thèse de pharmacie, Bamako, FMPOS, 2003, N°17.
7. COOVI Lisette Corine, Assurance qualité : état des lieux et propositions de solutions en vue de l'application des bonnes pratiques de distribution dans un établissement de vente en gros de produits pharmaceutiques. Cas de la COPHARMA SA. Thèse de pharmacie, Bamako, FMPOS, 2006, N°6.
8. CAMARA Issiaka, Etude de la qualité des médicaments génériques DCI achetés par la pharmacie populaire du Mali dans le cadre des appels d'offres de 2002 à 2005. Thèse de pharmacie, Bamako, FMPOS, 2008, N°2.
9. COULIBALY Issa, Ventes-conseil en officine « Perspectives vers l'optimisation des ventes en vue de la satisfaction des clients ». Thèse de pharmacie, Bamako, FMPOS, 2008, N°49.
10. BAKABE Mahamadou Roumanatou, Evaluation de la disponibilité et de la commercialisation des médicaments après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) auprès des établissements d'importation et de vente en gros des médicaments de Bamako. Thèse de pharmacie, Bamako, FMPOS, 2008, N°9.

11. Ministère de la santé, des personnes âgées et de la solidarité, Guide du schéma directeur d'approvisionnement et de distribution de médicaments. Mali 2000
12. [www.google.com](http://www.google.com) □ données socio démographique du MALI □  
[http://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9mographie\\_du\\_Mali](http://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9mographie_du_Mali) consulté le 17/10/2014.
13. LÉBOUCHER G, Bureau C, La gestion des médicaments dans l'unité de soins : Le rôle du service pharmaceutique. Gestions hospitalières, 1994, N°335, 270-273.
14. [www.google.com](http://www.google.com) □ statistique du médicament dans le monde □  
<http://www.planetoscope.com/Sante-autre/952-la-consommation-de-medicaments-dans-le-monde.html> consulté le 09/11/2014
15. Division Santé, Education et protection sociale, Initiative BACKUP, Gestion de l'approvisionnement. 1ère édition Française, décembre 2007.  
([WWW.gtz.de/backup-initiative](http://WWW.gtz.de/backup-initiative) consulté le 02/04/2013).
16. KADJA Berthe Aurore, Gestion des médicaments essentiels de l'initiative de Bamako à l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar (République du Sénégal). Thèse de pharmacie, Bamako, FMPOS, 2006, N°2.
17. GUSTIN, Approvisionnement d'une pharmacie hospitalière par un grossiste répartiteur : Exemple des médicaments antirétroviraux. Techniques hospitalières, 2005, N°60, 56-61.
18. SANOGO Adama, Etude sur l'organisation et l'évaluation de l'activité pharmaceutique hospitalière au centre hospitalier et universitaire de Treichville (Abidjan-COTE D'IVOIRE). Thèse de pharmacie, Bamako, FMPOS, 2003, N°31.
19. Ministère de la santé, Guide, Cartographie et évaluation approfondie du système d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé au Mali. Août 2008, s17535fr.pdf
20. Ministère de la santé du Mali /Direction de la Pharmacie et du médicament, Organisation des pharmacies hospitalières au Mali : Objectifs- Principe- Méthodes, Edition 2000.
21. TRAORE Albert, Problématique de la prise en charge des médicaments essentiels de la liste officielle du Mali par les établissements d'importation et de vente en gros de produits pharmaceutiques. Cas d'Africalab. Mali S.A. Thèse de pharmacie, Bamako, FMPOS, 2004, N°3.

22. SOMDA Christian, Evaluation du système logistique de gestion des médicaments essentiels génériques dans la commune de Kpomassé (Benin). Mémoire de maîtrise en Santé publique, Ouidah, IRSP, 2006, N°413.
23. Organisation mondiale de la santé, Promouvoir l'usage rationnel des médicaments: éléments principaux. Septembre 2002
24. Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels. 17<sup>ième</sup> liste, Mars 2011. ([www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines) consulté le 12/06/2013).
25. Organisation mondiale de la santé, Stratégie régionale pour un meilleur accès aux médicaments 2004-2007. Bureau régional du Pacifique Occidental 2003.
26. Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique/ Direction de la Pharmacie et du médicament, Liste des Grossistes agréés 2014.
27. Ministère de la santé, Centre Hospitalier Universitaire du Point G, mise en place de capacités durables de gestion au sein de l'hôpital: Manuel de Procédures Jun 2010
28. Ministère de la santé, Direction de la Pharmacie et du Médicament, Guide du schéma directeur d'approvisionnement et de distribution de médicaments essentiels. Mali 2010
29. Faculté de Pharmacie, cours de gestion pharmaceutique, module: gestion des achats et des stocks. Mali 2014

**IX - Annexes:**

**INDEX DES TABLEAUX**

<b><u>TABLEAU I :</u></b> Types de procédures d'achat des ME du CHU du Point G de 2010 – 2013.....	55
<b><u>TABLEAU II :</u></b> Avis sur l'existence et la distribution aux personnels des décrets et principes directeurs de référence les aidant à assumer leurs responsabilités au CHU du Point G de 2010-2013.....	55
<b><u>TABLEAU III :</u></b> Avis sur le respect de SDAD-ME au CHU du Point G de 2010-2013.....	56
<b><u>TABLEAU IV :</u></b> Estimation quantitative des besoins en ME du CHU du Point G de 2010-2013.....	56
<b><u>TABLEAU V :</u></b> Outils de gestion utilisés pour la détermination des besoins en ME du CHU du Point G de 2010-2013.....	57
<b><u>TABLEAU VI :</u></b> Qualification du chargé de sélection des fournisseurs en ME du CHU du Point G de 2010-2013.....	57
<b><u>TABLEAU VII :</u></b> Critères de choix du fournisseur en ME du CHU du Point G de 2010-2013.....	57
<b><u>TABLEAU VIII :</u></b> Les outils de gestion utilisés pour la sélection des fournisseurs au CHU du Point G de 2010-2013.....	58
<b><u>TABLEAU IX :</u></b> Procédures utilisées pour l'élaboration d'une commande des ME du CHU du Point G de 2010-2013.....	58
<b><u>TABLEAU X :</u></b> Moyens par lesquels les commandes des ME étaient effectués du CHU du Point G de 2010-2013.....	59
<b><u>TABLEAU XI :</u></b> Temps (en jours) nécessaire pour l'élaboration et l'envoi d'une commande des MEG et DM du CHU du Point G de 2010-2013.....	59
<b><u>TABLEAU XII :</u></b> Fréquence de commandes des ME du CHU du Point G de 2010-2013.....	59
<b><u>TABLEAU XIII :</u></b> Les outils de gestion utilisés pour la commande au CHU du Point G de 2010-2013 .....	60
<b><u>TABLEAU XIV :</u></b> la durée de livraison des ME en fonction des fournisseurs au CHU du Point G de 2010-2013 .....	61
<b><u>TABLEAU XV :</u></b> de la commission de réception des ME au CHU du Point G de 2010-2013.....	62

<b><u>TABLEAU XVI:</u></b> Opérations effectuées pendant la réception des ME du CHU du Point G de 2010-2013.....	63
<b><u>TABLEAU XVII :</u></b> Opérations effectuées en cas de non-conformité de la commande des ME du CHU du Point G de 2010-2013.....	63
<b><u>TABLEAU XIII:</u></b> Evaluation de la qualité de réception des commandes des MEG et DM du CHU du Point G de 2010-2013.....	64
<b><u>TABLEAU XIX:</u></b> Les outils de gestion utilisés pour la réception des ME du CHU du Point G de 2010-2013.....	64
<b><u>TABLEAU XX:</u></b> Procédures effectuées pour le suivi de stock en ME au CHU du Point G de 2010-2013.....	65
<b><u>TABLEAU XXI:</u></b> Les outils de gestion utilisés pour la gestion des stocks des ME au CHU du Point G de 2010-2013.....	65
<b><u>TABLEAU XXII:</u></b> Liste des fournisseurs en ME du CHU du Point G de 2010-2013.....	66
<b><u>TABLEAU XXIII:</u></b> Nombre des BC et nombre des lignes par BC en ME émis en fonction des fournisseurs du CHU du Point G de 2010-2013.....	67
<b><u>TABLEAU XXIV:</u></b> Liste des médicaments qui sont allés en rupture et leur durée de rupture au CHU du Point G de 2010 à 2013.....	68
<b><u>TABLEAU XXV:</u></b> La situation des fiches de stocks utilisés pour la gestion des MEG et DM au CHU du Point G de 2010 à 2013.....	70
<b><u>TABLEAU XXVI :</u></b> Liste des grossistes répartiteurs privés de médicaments au Mali en 2014.....	88

**INDEX DES FIGURES**

**FIGURE 1** : Circuit d’approvisionnement en médicaments au Mali.....26

**FIGURE 2** : Structure des prix des médicaments en DCI.....28

**FIGURE 2** : Schéma de l'organigramme de la Pharmacie Hospitalière du CHU du Point G.....52

**TABLEAU XXVI** : Liste des sociétés d'importation et de vente en gros des produits pharmaceutiques privés de médicaments au Mali en 2014 [26].

N°	Etablissement	Localité	Cercle/Commune	Région/District	Observation
1	DA HAI CO LTD MALI SA	Hippodrome	Commune II	Bamako	Autorisé
2	PHARMA DISTRIBUTION SARL	Hippodrome	Commune II	Bamako	Autorisé
3	SOGEPHARM SARL	Hippodrome	Commune II	Bamako	Autorisé
4	AIJUN PHARMA SARL	Djélibougou	Commune I	Bamako	Autorisé
5	MEDIPHAR SARL	Quinzambougou	Commune II	Bamako	Autorisé
6	PHARMACIE POPULMAIRE DU MALI SARL	Bamako-coura	Commune III	Bamako	Autorisé
7	K PHARMA SARL	Centre Commercial C3	Commune III	Bamako	Autorisé
8	PHARMADIET SARL	Centre Commercial C3	Commune III	Bamako	Autorisé
9	LABOREX MALI SA	Hamdallaye ACI	Commune IV	Bamako	Autorisé
10	SODIPHARM SARL	Hamdallaye C4	Commune IV	Bamako	Autorisé
11	PHARMA+MALI SA	Lafiabougou	Commune IV	Bamako	Autorisé
12	UNIVERS - PHARM SARL	Lafiabougou	Commune IV	Bamako	Autorisé
13	SIPPHAD SARL	Baco-Djicoroni	Commune V	Bamako	Autorisé
14	CAMED SARL	Baco-Djikoroni	Commune V	Bamako	Autorisé
15	NYANYA PHARMA SA	Kalabancoura	Commune V	Bamako	Autorisé
16	ASACO FURASO SA	Torokorobougou	Commune V	Bamako	Autorisé
17	PHARMALLIANCE SARL	Faladié	Commune VI	Bamako	Autorisé
18	SOMADIPHARM SARL	Faladié	Commune VI	Bamako	Autorisé



**APPROVISIONNEMENT DE LA PHARMACIE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT G  
EN MEDICAMENTS ESSENTIELS GENERIQUES ET DISPOSITIFS MEDICAUX DE 2010 A 2013**

<b>19</b>	<b>MALIMED SARL SARL</b>	Faladiè Sema	Commune VI	Bamako	Autorisé
<b>20</b>	<b>ZINET PHARMA SAHEL SA</b>	Sogoniko	Commune VI	Bamako	Autorisé
<b>21</b>	<b>PHARMA SAHEL SA</b>	Sévaré	Mopti	Mopti	Autorisé
<b>22</b>	<b>PHARMA-KHA SARL</b>	Sanoubougou II	Sikasso	Sikasso	Autorisé
<b>23</b>	<b>SOPROPHA SARL</b>	Bougouba	Commune II	Bamako	Autorisé
<b>24</b>	<b>MAPROPHARM SARL</b>	Golonina	Commune II	Bamako	Autorisé
<b>25</b>	<b>ASL-MALI SA</b>	Baco-Djicoroni	Commune V	Bamako	Autorisé
<b>26</b>	<b>SCHILOPHARMA</b>	Fana	Fana	Koulikoro	Autorisé
<b>27</b>	<b>AMI-PHARMA SARL</b>	Legal Ségou	Kayes	Kayes	Autorisé
<b>28</b>	<b>SDMEMA SARL</b>	Djélibougou	Commune I	Bamako	Autorisé
<b>29</b>	<b>AFRIMED SARL</b>	Faladiè Sema	Commune VI	Bamako	Autorisé
<b>30</b>	<b>BIOLUX-MALI SARL</b>	N'Golonina	Commune II	Bamako	Autorisé
<b>31</b>	<b>CHIWA-MALI SARL</b>	Tichitt	Nioro du Sahel	Kayes	Autorisé
<b>32</b>	<b>NEOPHARMA MEDICAL SA</b>	Banankabougou	Commune VI	Bamako	Autorisé
<b>33</b>	<b>PHARMA ORIENT SARL</b>	Cité du Niger	Commune II	Bamako	Autorisé
<b>34</b>	<b>CADG SARL</b>	Magnambougou	Commune VI	Bamako	Autorisé
<b>35</b>	<b>CODIPHARM SA</b>	Kalabancoura	Commune V	Bamako	Autorisé
<b>36</b>	<b>HUMANWELL PHARMA MALI SA</b>	Hippodrome	Commune II	Bamako	Autorisé
<b>37</b>	<b>MED WHOLESale SARL</b>	Hamdallaye ACI	Commune IV	Bamako	En Cours
<b>38</b>	<b>DISTRIPHARMA SARL</b>	Faladiè	Commune VI	Bamako	Autorisé
<b>39</b>	<b>SVPP SARL</b>	Hippodrome	Commune II	Bamako	Autorisé
<b>40</b>	<b>SOGEN MALI SARL</b>	Faladiè	Commune VI	Bamako	Autorisé
<b>41</b>	<b>GALIEN PHARMA MALI SARL</b>	Kalabancoura	Commune V	Bamako	Autorisé
<b>42</b>	<b>LOGISTICS SANTE SA</b>	Faladiè	Commune VI	Bamako	En Cours

**APPROVISIONNEMENT DE LA PHARMACIE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT G  
EN MEDICAMENTS ESSENTIELS GENERIQUES ET DISPOSITIFS MEDICAUX DE 2010 A 2013**

<b>43</b>	PHARMAFLORE SARL	Hamdallaye ACI	Commune IV	Bamako	Autorisé
<b>44</b>	PHARMA ETOILE SARL	Sébénokoro	Commune IV	Bamako	Autorisé
<b>45</b>	MédiG SARL	Baco-Djicoroni	Commune V	Bamako	Autorisé
<b>46</b>	COPHARMA UBIPHARM MALI SA	Banankabougou	Commune VI	Bamako	Autorisé
<b>47</b>	SOMAPHARM SA	Faladjè SEMA	Commune VI	Bamako	Autorisé
<b>48</b>	SINO PHARMA SA	Djélibougou	Commune I	Bamako	Autorisé
<b>49</b>	PHARMATEK SARL	Hamdallaye ACI	Commune IV	Bamako	Autorisé
<b>50</b>	AFRICA-LAB MALI SA	Niaréla	Commune II	Bamako	Autorisé
<b>51</b>	PHARMA-GROS MALI SARL	Hippodrome	Commune II	Bamako	Autorisé
<b>52</b>	SID-PHARMA SARL	Djélibougou	Commune I	Bamako	Autorisé
<b>53</b>	UPM SA	Badalabougou	Commune V	Bamako	Autorisé
<b>54</b>	PHARMA SUD SARL	Bacodjicoroni	Commune V	Bamako	Autorisé
<b>55</b>	PHARMAGLOBE SA	Hippodrome	Commune II	Bamako	Autorisé
<b>56</b>	H-GENERIC SARL	Garantiguibougou	Commune V	Bamako	Autorisé
<b>57</b>	MEDI-DIET SA	Médina-coura	Commune II	Bamako	Autorisé
<b>58</b>	MAMED SA	Hippodrome	Commune II	Bamako	Autorisé
<b>59</b>	BIO MALI & SERVICE SA	Kalaban coura	Commune V	Bamako	Autorisé
<b>60</b>	CAMPHARMA SARL	Sikasso	Sikasso	Sikasso	Autorisé
<b>61</b>	KD3 MEDICAL SARL	Hippodrome	Commune II	Bamako	Autorisé
<b>62</b>	BD PHARM SARL	Kaboïla II	Sikasso	Sikasso	Autorisé
<b>63</b>	UNITE PHARMACEUTIQUE DE SEVARE SA	Sévaré	Mopti	Mopti	Autorisé
<b>64</b>	BIO SIM SARL	SEMA GESCO	Commune V	Bamako	Autorisé

<b>65</b>	WASULUPHARMA- SIVP SARL	Kalabancoura	Commune V	Bamako	Autorisé
<b>66</b>	THREE STAR GLOBAL PHARMA SARL	Hamdalaye ACI 2000	Commune IV	Bamako	Autorisé

MINISTERE DE LA SANTE

REPUBLIQUE DU MALI

\*\*\*\*\*

HOPITAL DU POINT G

Un Peuple – Un But – Une foi

\*\*\*\*\*

Service de Pharmacie

**FICHE DE STOCK**

Dépôt .....

Code .....

Prix de Vente.....

Désignation du Produit.....

Fabriquant.....

Forme Galénique.....

Dosage.....

Présentation (Unité de sortie).....

Stock Minimum..... Stock Maximum.....

C.M.M.....

	Jan v.	Févr .	Mar s	Avri l	Ma i	Jui l	Jui l	Aoû t	Sept .	Oc t.	No v	De c	Total
Entrées													
Sorties													
Nbre de Jours de ruptur e													

Date	Entrées	Sorties	Origine Destination	Stock Actuel	Date Preemption (Entrées)	N° du Lot (Entrées)	Prix D'Achat (Entrées)	Observati on

MINISTERE DE LA SANTE

REPUBLIQUE DU MALI

\*\*\*\*\*

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Un Peuple – Un But – Une foi

DU POINT G

B.P. 333 - Tél. 20 22 50 02 / 20 22 50 03

Bamako, le...../...../.....

Fax. 20 22 97 90 • BAMAKO - MALI

PHARMACIE

BON DE COMMANDE N° .....

<b>FOURNISSEUR:</b>
---------------------

<b>SERVICE BENEFICIAIRE:</b>
------------------------------

Code Ecom.	Désignation	Quantité	Montant
		HT	
		TVA	
		TPS	
		TOTAL	

Fait à ....., le.....

Signature et Cachet  
du Pharmacien

Signature et Cachet  
du Comptable

Signature et Cachet  
du Directeur

**QUESTIONNAIRE :**

Etablissement public hospitalier du Point G

Date : du...../...../..... Au...../...../.....2014.

**I. Procédure d'achat**

1 = Oui, 2 = Non

1. L'hôpital s'approvisionnait t-il par appel d'offres ces 4 dernières années ? \_\_/
2. Qui était chargé des contrats d'appel d'offres ces 4 dernières années ?

- .....
3. Existait-t-il un système de suivi des fournisseurs ces 4 dernières années ? \_\_/
  4. Les appels d'offres des médicaments étaient t-ils faits en DCI ces 4 dernières années ? \_\_/
  5. Les achats de l'hôpital se limitaient-ils aux produits de la liste nationale des médicaments essentiels ces 4 dernières années ? \_\_/
  6. Les achats étaient-ils basés sur une estimation fiable des quantités de médicaments nécessaires ces 4 dernières années ? \_\_/
  7. Les procédures d'achats respectaient t-ils le code des marchés publics ces 4 dernières années ? \_\_/
  8. Comment réglez-vous vos fournisseurs ces 4 dernières années ?

.....

9. Quel était le nombre total de bons de commande émis-en :

- a- 2007 ?.....
- b- 2008 ?.....
- c-2009 ?.....

10. Procédures de référence. 1 = Oui, 2 = Non

- a. Existe-t-il des décrets et principes directeurs (par ex. manuels, aides de travail, normes) écrits aidant le personnel à assumer correctement ses responsabilités ? \_\_/

Si oui indiquez l'ensemble des décrets et principes couvrant les responsabilités logistiques

- .....
- b. Ces décrets et principes sont-ils distribués au personnel ? \_\_/

**A. Détermination des besoins.**

1. Existe-t-il un document de politique nationale en matière de médicaments ? \_\_/
2. Existe t- il une liste nationale de médicaments autorisés officiellement et diffusée dans tout le pays ? \_\_/

3. Existe-t-il une liste nationale de médicaments essentiels en DCI officiellement adoptée et diffusée dans tout le pays ? \_\_/
4. Existait-t-il une liste nationale de médicaments référencée de l'hôpital ces 4 dernières années ? \_\_/
5. Existait-t-il des comités thérapeutiques au sein de l'EPH ces 4 dernières années? \_\_/
6. Qui était chargé de l'estimation des besoins en médicaments essentiels ces 4 dernières années?

- .....
7. Comment faisiez-vous l'estimation de vos besoins ces 4 dernières années?
    - a. Périodicité ? \_\_/
    - b. Méthodes de calcul ? \_\_/
    - c. Disponibilité financière? \_\_/
  8. Les comités thérapeutiques étaient t-ils impliqués dans l'estimation des besoins en médicaments essentiels ces 4 dernières années? \_\_/
  9. Quels étaient les outils utilisés pour l'estimation des besoins ces 4 dernières années?

.....  
.....  
.....

**B. Sélection des fournisseurs.**

1 = Oui, 2 = Non

1. Existait-t-il une personne chargée de sélection des fournisseurs ces 4 dernières années? \_\_/
2. Quelle était sa qualification ?  
.....
3. Existait-t-il des critères de choix du fournisseur ces 4 dernières années ? \_\_/

4. Comment faisiez-vous la sélection des vos fournisseurs ces 4 dernières années ?

.....  
.....  
.....

5. Qui étaient vos fournisseurs ces 4 dernières années?

.....  
.....  
.....

6. Quels étaient les outils utilisés pour la sélection des fournisseurs ?

.....  
.....  
.....

**C. Commande.**

1 = Oui, 2 = Non

1. Existait-t-il un responsable de planification de l'approvisionnement, de la commande et de délais d'expédition ces 4 dernières années ? \_\_/
2. Quelle était sa qualification ?.....
3. Comment passiez-vous vos commandes ces 4 dernières années ?  
.....  
.....
4. L'unité d'approvisionnement ou le responsable d'approvisionnement, ces 4 dernières années :
  - a. Rédigeait t-il et émettait t-il des bons ? \_\_/
  - b. Evaluait t-il les offres ? \_\_/
  - c. Contrôlait t-il la performance des fournisseurs ? \_\_/
  - d. Quel était le temps nécessaires à l'élaboration d'une commande ?.....
  - e. Quel était le temps nécessaire à l'envoi d'une commande ?.....
5. Les approvisionnements se limitaient t-ils, ces 4 dernières années :
  - a. Aux fournisseurs agréés ? \_\_/
  - b. Aux produits présents sur la liste nationale des médicaments essentiels ? \_\_/
6. Quel était votre rythme de commande ces 4 dernières années ? Citez les intérêts et les difficultés d'un tel rythme.

.....  
.....  
.....

7. En général, les quantités livrées/reçues correspondaient-elles :
  - a. Aux quantités commandées pour tous les médicaments essentiels d'usage courant ? \_\_/

Si non spécifiez les produits :  
.....  
.....  
.....

- b. Les délais de livraison prévus étaient-ils respectés ? \_\_/

Si non spécifiez les produits et dites pourquoi :  
.....  
.....  
.....

8. Pouvez vous estimez en pourcentage votre état de satisfaction par rapport aux commandes que vous recevez des fournisseurs ?.....



9. Quels étaient les outils utilisés pour la commande ces 4 dernières années ?

.....  
.....  
.....

**II. Surveillance des délais de livraison : (Service de pharmacie de l'hôpital)**

1 = Oui, 2 = Non

1. Existait-t-il une procédure de surveillance des délais de livraison ces 3 dernières années ? \_\_/
2. Comment procédiez-vous à la surveillance des délais de livraison ces 3 dernières années :
  - a. Par enregistrement des commandes ? \_\_/
  - b. Par programmation des livraisons ? \_\_/
  - c. Par programmation des rappels (ex. par lettre, par téléphone, par télex...) ? \_\_/
  - d. Par programmation des relances ? \_\_/
  - e. Par enregistrement des livraisons ? \_\_/
  - f. Par enregistrement des suites (observation, incidents éventuels...) ? \_\_/
  - g. Quels étaient les moyens (supports) utilisés pour la surveillance des délais de livraison ces 3 dernières années ?

.....  
.....  
.....

**III. Contrôle des produits à la réception. (Service de pharmacie)**

1 = Oui, 2 = Non

1. Existait-t-il un responsable de réceptionner les médicaments commandés ces 4 dernières années ? \_\_/  
Quelle était sa qualification ?.....
  2. Comment se faisait la réception des médicaments commandés ces 4 dernières années ?
- .....  
.....  
.....
3. Existait-t-il un système de contrôle physique, qualitatif et comptable des médicaments commandés ces 4 dernières années ? \_\_/
  4. Comment faisiez- vous en cas de non-conformité de la commande ? Qui en était le responsable ?

.....  
.....  
.....



5. Quels étaient les supports que vous aviez utilisés pour la réception des médicaments commandés ces 4 dernières années?

.....  
.....  
.....

6. Vous était-il arrivé de faire une réclamation verbale ces 4 dernières années ? \_\_/

Commentaire:.....

.....

7. Quels étaient les outils utilisés pour la réclamation ?

.....  
.....

**IV. Gestion de stock**

1. Procédure de suivi de stock : 1 = Oui, 2 = Non

- a. Existence de zone séparée pour le stock \_\_/
- b. Existence d'un stock de protection \_\_/
- c. Stockage au sol \_\_/
- d. Mesure de la température \_\_/
- e. Stockage en chaîne de froid \_\_/
- f. Stockage sur étagères \_\_/
- g. Existence d'une fiche de stock pour chaque médicament \_\_/
- h. Les fiches de stocks sont t-ils à jour \_\_/
- i. Existence des inventaires \_\_/ Si oui quelle périodicité.....

Si oui pourquoi et noter les médicaments concernés pour chaque année.....

.....  
.....

- j. Existence des ruptures de stocks en 2010 ? \_\_/
- k. Existence des ruptures de stocks en 2011 ? \_\_/
- l. Existence des ruptures de stocks en 2012 ? \_\_/
- m. Existence des ruptures de stocks en 2013 ? \_\_/

2. Les commandes étaient faites à partir \_\_/

1 = logiciel de gestion de stock, 2 = une estimation des besoins, 3 = une rupture totale de stock, 4 = autre à préciser.....

3. Quel était le mode de gestion des produits périmés et avariés ces 4 dernières années ?

.....  
.....  
.....

4. Quels étaient les outils de gestion utilisés ?

.....  
.....  
.....

**V. Les difficultés. (Pharmacie et Comptabilité)**

1. Les difficultés administratives

.....  
.....  
.....

2. Les difficultés logistiques.

.....  
.....  
.....

3. Les difficultés avec les fournisseurs

.....  
.....  
.....

**EXPLOITATION DES BONS DE COMMANDE**

ANNEE	FOURNISSEURS	NOMBRE DE BC	NOMBRE DE LIGNES
2010			
2011			
2012			
2013			

**QUALITE DE LIVRAISON**

ANNEE	FOURNISSEURS	NOMBRE DE BC LIVRE DANS LE DELAI	NOMBRE DE BC NON LIVRE DANS LE DELAI
2010			
2011			
2012			
2013			

**EXPLOITATION DES BONS DE COMMANDE**

ANNEE	DESIGNATION DES MEDICAMENTS QUI SONT ALLES EN RUPTURE	NOMBRE DE JOUR DE RUPTURE
2010		
2011		
2012		
2013		

**SUIVI DE STOCK**

FICHE 1

ANNEE	NOMBRE DE FICHES DE STOCK A JOUR	NOMBRE DE FICHES DE STOCK NON A JOUR
2010		
2011		
2012		
2013		

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**NOM** : COULIBALY

**PRENOM** : Jean Yohanna

**Titre** : Approvisionnement de la Pharmacie du Centre Hospitalier Universitaire du Point - G en Médicaments Essentiels Génériques et Dispositifs Médicaux de 2010 A 2013

**Pays d'origine** : Mali

**Ville de soutenance** : Bamako (Mali)

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

**Secteur d'intérêt** : Pharmacie hospitalière, santé publique, pharmacologie.

### **Résumé** :

Nous rapportons les résultats d'une étude rétrospective réalisée dans la pharmacie hospitalière du Point G du Mali sur 4ans de 2010 à 2013.

Notre étude qui a porté sur l'approvisionnement de la pharmacie du centre hospitalier universitaire du Point G en médicaments essentiels génériques et dispositifs médicaux, nous a permis d'avoir:

- 28,11% des BC des ME avec 33,03% des lignes en moyens ont été adressées à la PPM.
- Le temps nécessaire à l'élaboration d'une commande était entre 3 à 5 jours.
- Les fournisseurs en ME de l'HPG étaient au nombre de douze (12) en 2013 contre huit (8) en 2012.
- Certaines fiches de stock n'étaient pas à jour.
- les pharmaciens n'étaient pas informé ni de la situation du compte bancaire de la pharmacie ni de la réglementation des factures des fournisseurs.

Elle a montré que les pharmacies hospitalières ont besoin de plus d'autonomie en matière de budget, de moyens logistique pour une amélioration de leur prestation de service. Cette amélioration passe aussi par un effort de la part des dirigeants et une active participation des populations.

**MOTS CLES**: Pharmacie hospitalière, Approvisionnement, Médicaments essentiels génériques, dispositifs médicaux



## **Descriptive Sheet**

**Name:** COULIBALY

**First name:** Jean Yohanna

**Title:** Supply of Pharmacy of the University Hospital of Point - G in Essential Drugs and Medical Devices 2010 A 2013

**Country of origin:** Mali

**City of defense:** Bamako (Mali)

**Deposit place:** Library of the medical college, Pharmacy and Odonto stomatology of Mali.

**Sector of interest:** Hospital pharmacy, public health, pharmacology.

### **Summary:**

We report the results of a retrospective study carried out in the hospital pharmacy of Point G of Mali over 4 years from 2010 to 2013.

Our study which focused on the supply of Pharmacy of the University Hospital of Point G in essential generic drugs and medical devices, has allowed us to have:

- 28.11% of the BC of ME with 33.03% of the lines on average was addressed to the PPM
- The time necessary to the development of an order was between 3 to 5 days.
- The suppliers in ME of the HPG were twelve (12) in 2013 for eight (8) in 2012
- Some stock records were not up to date
- Pharmacists weren't informed of the situation of the bank account of the pharmacy and the regulation of supplier invoices.

The study showed that hospital pharmacies need more autonomy regarding the budget, logistics resources to improve their service delivery. This improvement also requires an effort from the leaders and active participation of the population.

**KEY WORDS:** Hospital pharmacy, Supply, essential Drugs generic, medical devices



## SERMENT DE GALIEN

- Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :
- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.
- En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
- Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure**