

MISISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE (MESRS)

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTT-B)



U.S.T.T-B



FACULTE DE PHARMACIE

(FAPH)

ANNEE UNIVERSITAIRE

Thèse N°.....

(2017-2018)

TITRE :

**Utilisation des supports de gestion des
médicaments essentiels dans les structures
de santé de Dioïla : cas de 23 CSCom et du
CSRéf**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14/ 05/2018 devant
le jury de la faculté de pharmacie par :

M. BERTHE Harouna

Pour obtenir le grade de docteur en pharmacie (diplôme d'état)

Jury :

Président : Pr Elimane MARIKO

Membres : Dr Moussa SANOGO

Dr Sylvestre TRAORE

Co-directeur : Dr Issa COULIBALY

Directeur : Pr Saibou MAIGA

**LISTE DES MEMBRES DE L'ADMINISTRATION ET DU CORPS
ENSEIGNANT A LA FACULTÉ DE PHARMACIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018.**

ADMINISTRATION

DOYEN : M. Boubacar TRAORE, Professeur

VICE-DOYEN : M. Ababacar MAIGA, Professeur

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : M. Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

AGENT COMPTABLE : M. Famalé DIONSAN, Contrôleur des Finances.

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Boubacar Sidiki	CISSE	Toxicologie
M. Mahamadou	CISSE	Biologie
M. Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
M. Souleymane	DIALLO	Bactériologie-Virologie
M. Kaourou	DOUCOURE	Physiologie
M. Boulkassoum	HAÏDARA	Législation
M. Moussa	HARAMA	Chimie Organique (décédé)
M. Gaoussou	KANOUTE	Chimie Analytique
M. Alou A.	KEÏTA	Galénique
M. Mamadou	KONE	Physiologie
M. Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
M. Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
M. Abdourahamane S.	MAÏGA	Parasitologie
M. Elimane	MARIKO	Pharmacologie

DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

M. Mounirou	BABY	Hématologie
M. Bakary M.	CISSE	Biochimie
M. Abdoulaye	DABO	Biologie/Parasitologie
M. Alassane	DICKO	Santé Publique
M. Amagana	DOLO	Parasitologie-Mycologie
M. Ousmane	KOITA	Biologie-Moléculaire
M. Boubacar	TRAORE	Parasitologie-Mycologie

2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE

M. Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
M. Mahamadou	DIAKITE	Immunologie-Généraliste
M. Abdoulaye	DJIMDE	Parasitologie-Mycologie
M. Akory Ag	IKNANE	Santé Publique/Nutrition
M. Bourèma	KOURIBA	Immunologie, Chef de DER
M. Ousmane	TOURE	Santé Publique/ Santé environnement

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

M. Mohamed	AG BARAIKA	Bactériologie-Virologie
M. Charles	ARAMA	Immunologie
M. Boubacar T	BISSAN	Biologie clinique
M. Seydou S	COULIBALY	Biochimie clinique
Mme. Djénéba K	DABITAO	Biologie moléculaire
M. Laurent	DEMBELE	Biotechnologie Microbienne
M. Klétigui C	DEMBELE	Biochimie clinique
M. Seydina S. A.	DIAKITE	Immunologie

M. Yaya	GOITA	Biochimie clinique
M. Aldjouma	GUINDO	Hématologie
M. Ibrahima	GUINDO	Bactériologie Virologie
M. Kassoum	KAYENTAO	Santé Publique/ Bio statistiques
Mme. Aminatou	KONE	Biologie moléculaire
M. Birama A	LY	Santé publique
Mme. Dinkorma	OUOLOGUEM	Biologie cellulaire
M. Issaka	SAGARA	Santé Publique/ Bio statistiques
M. Samba A	SANGARE	Bactériologie
M. Fanta	SANGHO	Santé publique
M. Mahamadou S.	SISSOKO	Santé Publique/ Bio statistiques

4. ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

Mme Djénéba	COULIBALY	Nutrition/Diététique
M. Djibril M.	COULIBALY	Biochimie Clinique
M. Souleymane	DAMA	Parasitologie Entomologie méd.
M. Issa	DIARRA	Immunologie
M. Mamadou L	DIARRA	Botanique-Biologie végétale
Mme. Fatou	DIAWARA	Epidémiologie
Mme. Merepen dit A	GUINDO	Immunologie
M. Oumar	GUINDO	Epidémiologie
M. Falaye	KEITA	Santé publique/ santé environnement
Mme.N'Deye L N	KOÏTE	Nutrition

M. Yacouba	MAÏGA	Biostatistique
M. Amadou B.	NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
M. Oumar	SANGHO	Epidémiologie
M. Djakaridia	TRAORE	Hématologie

DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

M. Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
M. Saïbou	MAÏGA	Législation
Mme Rokia	SANOGO	Pharmacognosie Chef de DER

2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE

Néant

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

M. Loséni	BENGALY	Pharmacie hospitalière
M. Bakary M	CISSE	Galénique
M. Yaya	COULIBALY	Législation
M. Issa	COULIBALY	Gestion
M. Balla F	COULIBALY	Pharmacie hospitalière
M. Hamma B	MAIGA	Galénique
M. Moussa	SANOGO	Gestion
Mme Adiaratou	TOGOLA	Pharmacognosie

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

M. Seydou L.	COULIBALY	Gestion Pharmaceutique
M. Antoine	DARA	Sciences Pharmaceutiques

M. Daouda L.	DEMBELE	Pharmacognosie
M. Adama	DENOU	Pharmacognosie
M. Sekou	DOUMBIA	Pharmacognosie
M. Mahamane	HAÏDARA	Pharmacognosie
Mme Assitan	KALOGA	Législation
M. Ahmed	MAÏGA	Législation
Mme Aïchata B. A.	MARIKO	Galénique
M. Aboubacar	SANGHO	Législation
M. Bourama	TRAORE	Législation
M. Karim	TRAORE	Sciences Pharmaceutiques
M. Sylvestre	TRAORE	Gestion Pharmaceutique
Mme Aminata T.	TRAORE	Pharmacie Hospitalière
M. Mohamed dit S.	TRAORE	Pharmacie Hospitalière

DER : SCIENCES DU MÉDICAMENT

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

M. Ousmane	DOUMBIA	Pharmacie Chimique
M. Benoit Y.	KOUMARE	Chimie Analytique
M. Ababacar I.	MAÏGA	Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

M Sékou	BAH	Pharmacologie, Chef de DER
---------	-----	----------------------------

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

M. Dominique P.	ARAMA	Pharmacie Clinique
M. Mody	CISSE	Chimie thérapeutique

M. Tidiane	DIALLO	Toxicologie
M. Hamadoun A	TOURE	Bromatologie

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

M. Mahamadou	BALLO	Pharmacologie
Mme Dalaye B.	COULIBALY	Chimie Analytique
M. Blaise	DACKOUO	Chimie Analytique
Mme Fatoumata	DAOU	Pharmacologie
M. Ousmane	DEMBELE	Chimie Thérapeutique
M. Abdourahamane	DIARA	Toxicologie
M. Aiguerou dit A.	GUINDO	Pharmacologie
M. Madani	MARIKO	Chimie Analytique
M. Mohamed E. B.	NACO	Chimie Analytique
M. Mahamadou	TANDIA	Chimie Analytique
M. Dougoutigui	TANGARA	Chimie Analytique

DER : SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

M. Mouctar	DIALLO	Biologie/ chef de DER
M. Cheick F.	TRAORE	Biologie/Entomologie
M. Mahamadou	TRAORE	Génétique

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

M. Lassana	DOUMBIA	Chimie Appliquée
------------	---------	------------------

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

M. Abdoulaye	KANTE	Anatomie
--------------	-------	----------

M. Boureima	KELLY	Physiologie médicale
-------------	-------	----------------------

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

M. Seydou S.	DIAKITE	Chimie Organique
M. Modibo	DIALLO	Génétique
M. Moussa	KONE	Chimie Organique
M. Massiriba	KONE	Biologie Entomologie

CHARGES DE COURS

M. Cheick O.	BAGAYOKO	Informatique
M. Babou	BA	Anatomie
M. Adourahamane	COULIBALY	Anthropologie Médicale
M. Souleymane	COULIBALY	Psychologie
M. Bouba	DIARRA	Bactériologie
M. Modibo	DIARRA	Nutrition
M. Moussa I	DIARRA	Biophysique
M. Babacar	DIOP	Chimie
M. Atimé	DIMDE	Bromatologie
M. Yaya	KANE	Galénique
M. Boubacar	KANTE	Galénique
M. Aboubakary	MAIGA	Chimie Organique
M. Massambou	SACKO	SCMP/SIM
M. Modibo	SANGARE	Anglais
M. Sidi B.	SISSOKO	Histologie-Embryologie
Mme Fatoumata	SOKONA	Hygiène du Milieu
M. Fana	TANGARA	Maths

M. Abdel K.

TRAORE

Pathologies Médicales

M. Boubacar

ZIBEÏROU

Physique

DEDICACES :

Je dédie ce travail :

A Allah le Tout Puissant,

Je te rends grâce pour le don de la vie et tes immenses bienfaits dont tu m'a offert dans ce monde ci merveilleux.

A mon père Youssouf BERTHE,

Les mots me manquent pour qualifier tout l'amour que j'ai pour toi. Ton dévouement, tes soucis permanents de notre bien - être, tes bénédictions, tes prières, ton amour, ton courage et ton soutien m'ont Permis d'être là aujourd'hui. Que Dieu le tout puissant vous

donne encore une longue vie pour goûter les fruits de ce travail.

A ma Maman, Sali TRAORE,

Toi qui m'as donné le souffle de vie, toi qui m'as élevé dans la sérénité du cœur, toi qui te levait très tôt le matin pour que je puisse déguster le petit déjeuner avant d'y aller à l'école. Que ce travail soit la récompense de tant d'amour, de sacrifices et de tant de patience pour tes enfants. Puisse l'Eternel, t'accorder une longue vie afin que je puisse te témoigner tout mon amour et ma gratitude. Merci pour tout ce que tu fais pour moi. Je t'aime

Maman !

A mon oncle Brahima BERTHE et mes tentes Awa KONE et Machata DEMBELE, recevez mes considérations venant du fond du cœur, c'est grâce à vous que je suis ce que je

suis aujourd'hui. Aucun mot ne convient pour vous remercier. Que Dieu vous le rende au

centuple.

A mes défunts grands parents: feu Soungalo BERTHE dit Djéliba et feu Fougoutièmè Sylla,

Vous avez été arrachés à notre affection depuis que nous n'étions au courants de ce qui signifiait la vie, cependant vous continuez de faire partie de notre existence.

A mes frères et sœurs,

Ce travail est le vôtre. Le chemin est encore long et parsemé d'embûches.

Serrons davantage la ceinture. Que nos liens fraternels se resserrent davantage !

Bon courage, bonne chance et plein de réussite et de bonheur dans la vie.

A mes amis,

Vous avez été plus que des amis. Je garde de vous l'image des frères. Je me souviendrai toujours des moments durs et agréables vécus ensemble. Je demande au Tout puissant de

renforcer davantage notre amitié et de réaliser tous nos vœux. Bonne chance et courage !

A mes cousins et cousines,

Je vous dédie ce travail en espérant de vous voir exceller durant les quelques années que Dieu vous accordera. Soyez courageux, disciplinés et déterminés, le succès c'est dans un futur proche.

A mes Neveux et Nièces,

Mon Souhait le plus ardent est que vous atteigniez ou dépassiez mon niveau un jour, mais

d'abord sachiez que le seul chemin pour cela est l'étude. Courage et bonne chance.

REMERCIEMENTS :

A DIEU,

pour m'avoir permis de mener à terme ce modeste travail dans la santé, malgré les multiples contraintes.

Au corps professoral de la Faculté de Pharmacie en général,

pour vos qualités intellectuelles, votre disponibilité, votre amour du travail bien fait, votre sens élevé pour les travaux de portée scientifique et de recherche, mes chers maîtres, je suis fier de la qualité de vos enseignements dont nous avons reçu de vous.

En particulier,

Docteur Issa COULIBALY

Travailler sous votre codirection a été un honneur pour nous. Vous êtes un exemple à suivre. Votre rigueur et votre détermination dans la démarche scientifique, votre

disponibilité, votre sens élevé pour la formation des étudiants et votre ouverture ont été un apport capital pour l'aboutissement de ce travail. Merci cher maitre et veuillez recevoir notre profonde gratitude.

A Docteur Moussa BAGAYOKO, médecin chef du district sanitaire de Dioïla,

Votre accueil chaleureux, votre hospitalité et le sens avec lequel vous avez accepté que notre étude se fasse dans votre district sanitaire m'ont laissé sans perplexe. Votre soutien moral, intellectuel et physique ont été très remarquables tout au long du processus de réalisation de notre sujet de recherche. Veuillez recevoir ici Docteur notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

A tout le personnel sociosanitaire du district sanitaire de Dioïla,

Nous avons beaucoup apprécié votre courage et votre détermination pour soulager vos patients en leur offrant vos services et vos conseils. Merci infiniment pour l'encadrement offert, l'assistance et votre disponibilité.

A la famille DEMBELE,

Votre accueil et la considération que vous avez portée à mon égard ont fait que je me sentais

chez moi dans ma famille natale. Merci pour votre hospitalité et la diatiguiya dont vous m'avez accordés. Que le tout puissant vous récompense et vous donne longue vie.

A Docteur MOUNKORO Mamadou,

Votre soutien intellectuel, moral et matériel me laisse garder de vous, une image d'un homme exemplaire à suivre dans ce monde. J'espère que ce travail vous plaira et sera considéré comme un fruit venant de vous. Merci Docteur !

A Docteur Chaka COULIBALY,

qui a su guider mes pas et supporté mes caprices au cours des différentes étapes de réalisation de ce sujet de thèse. Cher aîné, veuillez recevoir ici mes remerciements les plus profonds Pour

tous vos encouragements, votre disponibilité, votre, assistance sans faille. Trouvez en ce travail, l'expression de ma profonde gratitude et de ma reconnaissance.

A mon oncle, tuteur et maître Zié COULIBALY,

la qualité de vos cours de Mathématique et de la physique chimie au second cycle et en plus vos encouragements et vos conseils m'ont permis d'embrasser le chemin de la science. Ce qui m'a permis d'être là où je suis ce jour. J'espère que ce travail sera accueilli à bras ouvert par vous. Veuillez recevoir ici cher Maître mes sincères

remerciements et ma reconnaissance la plus significative. Que le bon Dieu vous accorde une longue vie plein de bonheur.

A tous mes camarades de la promotion Professeur N’Golo Diarra,

Je souhaite une bonne carrière professionnelle à tous ceux qui ont leur Doctorat en main ; courage et persévérance pour les autres qui n’ont pas encore soutenu.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AL : Aluminium

AMO : Assurance Maladies Obligatoire

ASACO : Association de Santé Communautaire

ASC : Agent de Santé Communautaire

BC : Bon de Commande

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

BL : Bordereau de Livraison

CFA : Coopération Française en Afrique de l'ouest

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMM : Consommation Moyenne Mensuel

CRGS : Compte Rendu de Gestion de Stock

DCI : Dénomination Commune Internationale

DMT : Département de la Médecine Traditionnelle

DNS : Direction Nationale de la Santé

DPM : Direction de la Pharmacie et du Médicament

DRC : Dépôt Répartiteur de Cercle

DRS : Direction Régionale de la Santé

DTC : Directeur Technique du Centre

DTCP3 : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche et Poliomyélite (3ème dose de vaccin)

DV : Dépôt de Vente

EIVP : Etablissement d'Importation et de Vente en Gros

EPH : Etablissement Public Hospitalier

FEFO : First expir First Out

FIFO : First In First Out

Gel : Gélule

IB : Initiative de Bamako

ISAS : Inspection de la Santé et des Affaires Sociales

IS : Inspection de la Santé

ISF : Indice Synthétique de Fécondité

Inj : Injectable

LNME : Liste Nationale des Médicaments Essentiels

LNS : Laboratoire National de la Santé

ME : Médicaments Essentiels

MEG : Médicaments Essentiels Génériques

MR-PPM : Magasins Régionaux de la Pharmacie Populaire du Mali

MTA : Médicaments Traditionnels Améliorés

OMP : Office Malienne de Pharmacie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OUA : Organisation pour l'Unité Africaine

Ov : Ovule

PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

PED : Pays En Développement

PIB : Produit Intérieur Brut

PPM : Pharmacie Populaire du Mali

PPN : Politique Pharmaceutique Nationale

RDC : République Démocratique du Congo

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

SLIS : Système Local d'Information Sanitaire

SMIG : Salaire Minimum Inter Garantie

Sp : Sirop

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

TS : Technicien de Santé

UI : Unité Internationale

UMPP : Usine Malienne des Produits Pharmaceutiques

UNICEF : Fond des Nations Unis pour l'Enfance

VAR : Vaccin anti-Rougeoleux

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Elimane MARIKO

- ❖ **Professeur honoraire de Pharmacologie à la FMOS et la FAPH ;**
- ❖ **Colonel-major des forces armées du Mali à la retraite,**
- ❖ **Ancien Coordinateur de la Cellule Sectorielle de lutte contre le VIH/SIDA du Ministère de la Défense**
- ❖ **Recteur de l'Université Scientifique Libre de Bamako.**

Cher Maître ;

Séduits par la qualité de votre enseignement, vous nous avez transmis l'amour du travail bien fait. Vous nous avez mis à l'aise par votre grande modestie et votre sociabilité. Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Veuillez recevoir ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude et notre respect le plus sincère.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Docteur Moussa SANOGO

- ❖ **Pharmacien Spécialiste en Gestion Hospitalière ;**
- ❖ **PhD en santé publique et en gestion des services de santé ;**
- ❖ **Président Directeur Général de la Pharmacie Populaire du Mali ;**
- ❖ **Consultant Expert (agrée) auprès de l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé ;**
- ❖ **Membre du Conseil d'Administration du Réseau des Hôpitaux d'Afrique, de l'Océan Indien et des Caraïbes ;**
- ❖ **Point focal du Réseau International pour la Planification et l'Amélioration de la Qualité des Soins en Afrique (RIPAQS).**

Cher Maître ;

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir parmi les membres de ce jury. Votre disponibilité, votre abord facile, votre rigueur, votre amour pour le travail bien fait et vos qualités humaines font de vous un maître admirable. Vos qualités intellectuelles votre esprit critique et votre objectivité contribueront sans doute à renforcer la qualité de ce travail.

Cher Maître, nous vous prions de bien vouloir trouver ici l'expression de tout notre respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Docteur Sylvestre TRAORE

- ❖ **Pharmacien praticien au CHU Pr Boubacar SALL de Kati**
- ❖ **Assistant en Gestion à la FMOS/FAPH,**

Cher Maître ;

Nous n'avons pas été surpris que vous ayez accepté de siéger dans ce jury, vu votre simplicité, votre dynamisme et votre disponibilité permanente pour la formation des étudiants. Votre rigueur dans le travail et vos qualités d'homme de science ont sans doute contribué à rendre plus parfait ce modeste travail.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre reconnaissance et de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE,

Docteur Issa COULIBALY

- ❖ **Maître-Assistant en gestion à la FMOS et la FAPH ;**
- ❖ **Spécialiste en Management des Etablissements de Santé ;**
- ❖ **Membre du Groupe de Recherche sur le Secteur Public en Afrique (GRAPA)**
- ❖ **Ancien Président du CROP-Koulikoro.**

Cher Maître ;

Ce travail est avant tout le vôtre et nous sommes heureux de témoigner que vous n'avez jamais ménagé votre peine pour qu'il soit mené à bien.

Votre souci pour la formation continue des étudiants, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité, votre grande ouverture et vos conseils nous ont très favorablement marqués. Permettez-nous cher maître de vous réitérer l'expression de notre reconnaissance, de notre admiration et de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Saibou MAIGA

- ❖ **Professeur titulaire en Législation Pharmaceutique à la FAPH ;**
- ❖ **Membre du Comité National d’Ethique ;**
- ❖ **Membre du Comité National de la Pharmacovigilance ;**
- ❖ **Chevalier de l’ordre du mérite de la santé au Mali.**

Cher Maître ;

C’est un grand honneur que vous nous aviez fait en acceptant de diriger ce travail, malgré vos multiples occupations.

Au-delà de vos qualités de pédagogue reconnues par tous, nous avons découvert un grand homme de science, de rigueur et de courage. Votre disponibilité permanente, votre souci constant du travail bien fait font de vous un exemple à suivre. Vos conseils et vos critiques ont été d’un grand apport pour la réalisation de ce travail.

La formation que nous avons reçue de vous, nous oblige à vous faire honneur partout et pour toujours.

Permettez-nous de vous dire merci et encore merci.

INDEXE DES TABLEAUX :

TABLEAU I : Evolution de quelques indicateurs de santé au Mali de 2006 à 2013 ainsi que de 2006 à 2017.....	32
TABLEAU II : Répartition des gérants DV des CSCom-CSRéf selon le genre.....	46
TABLEAU III : Répartition des gérants DV CSCom-CSRéf en fonction de leur niveau d'étude	46
TABLEAU IV : Répartition des gérants DV des CSCom-CSRéf selon qu'ils aient de contrat de travail établie conformément à celui du code de travail	47
TABLEAU V : Répartition des gérants DV des CSCom et CSRéf en fonction du nombre d'années d'expérience en matière de gestion des ME	47
TABLEAU VI : Répartition des gérants des DV selon leur participation à une session de formation sur la gestion logistique des médicaments essentiels	48
TABLEAU VII : Relatif à la disponibilité des supports de gestion des ME au niveau des dépôts de vente des CSCom et du CSRéf.....	49
TABLEAU VIII : Existence de documents de politique nationale de pharmacie en matière ME dans les CSCom et le CSRéf de Dioïla	50
TABLEAU IX : Existence d'une liste nationale de médicaments essentiels en DCI officiellement adoptée et diffusée sur toute l'étendue du territoire au niveau des CSCom et CSRéf.....	50
TABLEAU X : La personne chargée de l'estimation des besoins de commande en ME	51
TABLEAU XI: La détermination quantitative des besoins en médicaments essentiels dans les dépôts de vente des CSCom-CSRéf.....	51
TABLEAU XII : Relatif à l'implication du chef du centre de santé au processus de détermination des besoins de commande des ME	52
TABLEAU XIII: Relatif aux supports de gestion utilisés par les gérants des DV des CSCom-CSRéf pour estimer les besoins de commande en ME	52
TABLEAU XIV: Relatif à la connaissance des gérants des dépôts de vente des CSCom-CSRéf par rapport à l'existence du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDAD-ME)	53
TABLEAU XV : Le respect du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDAD-ME) par les gérants des dépôts de vente des CSCom et du CSRéf.....	53
TABLEAU XVI : Relatif à l'existence d'un responsable chargé de l'achat des médicaments essentiels au niveau des Centres de Santé Communautaires (CSCom) et du Centre de Santé de Référence (CSRéf)	54
TABLEAU XVII : la personne chargée de l'achat des Médicaments Essentiels (ME) au niveau des Centres de Santé Communautaire (CSCom) et du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de Dioïla.....	55
TABLEAU XVIII : Les supports/ outils utilisés pour faire les commandes des médicaments essentiels au niveau des dépôts de vente des CSCom et du CSRéf de Dioïla	56
TABLEAU XIX: Le temps nécessaire à l'élaboration d'une commande au niveau des dépôts de vente des Centres de Santé Communautaire (CSCom) et du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de Dioïla	57
TABLEAU XX : Le temps nécessaire à l'envoi d'une commande au gérant du DRC	58

TABLEAU XXI : Le delai de livraison des commandes effectuées par les gérants des DV auprès de celui du DRC.....	6039
TABLEAU XXII :Relatif aux commandes exceptionnelles faites parles gérants des DV des centres de santé communautaires et du centre de santé de référence de Dioïla	40
TABLEAU XXIII : La fréquence des commandes effectuées par les gérants des DV des centres de santé communautaire et du centre de santé de référence de Dioïla	40
TABLEAU XXIV : Relatif à l’existence d’un comité de réception des ME commandés dans les CSCCom et le CSRéf.....	60
TABLEAU XXV : Les opérations effectuées au cours de la réception des médicaments essentiels commandés par les gérants des DV des CSCCom et du CSRéf.	61
TABLEAU XXVI : Les supports de gestion utilisés pour faire le contrôle physique à la réception	62
TABLEAU XXVII : Répartition des gérants DV des centres de santé communautaire et du centre de santé de référence par rapport à leur degré de satisfaction pour les commandes effectuées	62
TABLEAU XXVIII : Avis des gérants des dépôts de vente des CSCCom et du CSRéf par rapport aux réclamations faites en cas de non-conformité des commandes effectuées.....	63
TABLEAU XXIX: Relatif aux supports de gestion/outils utilisés pour faire la réclamation.....	63
TABLEAU XXX : Répartition des dépôts de vente des CSCCom et du CSRéf en fonction de la fréquence des inventaires.....	64
TABLEAU XXXI : Relatif à la qualité de la tenue des supports de gestion des médicaments essentiels dans les dépôts de vente des 23 CSCCom et du CSRéf de Dioïla	65
TABLEAU XXXII : Relatif à l’existence d’une corrélation entre le niveau d’étude des gérants des DV et la tenue correcte des supports de gestion des médicaments essentiels dans les structures de santé de Dioïla (proposition d’enlever).....	66
TABLEAU XXXIII : Relatif à l’existence d’une corrélation entre le nombre d’années d’expérience des gérants DV et la tenue correcte des supports de gestion des médicaments essentiels au niveau des structures de santé de Dioïla	67
TABLEAU XXXIV : Relatif à l’existence d’une corrélation entre la bonne tenue des supports de gestion et le genre des gérants DV.....	68
TABLEAU XXXV : Aperçu sur la gestion des ME dans les DV des 23 CSCCom et du CSRéf de Dioïla selon les normes et procédures de gestion des ME (DPM)	69
TABLEAU XXXVI : Existence de rupture des médicaments du panier dans les dépôts de vente des CSCOM et du CSRéf au cours des 12 mois qui précédaient notre étude	70
TABLEAU XXXVII : Relatif à l’existence de médicaments périmés/avariés dans les dépôts de vente des CSCCom et du CSRéf au cours des 12 derniers mois qui précédaient notre étude	71
TABLEAU XXXVIII : Relatif au mode de gestion des produits périmés dans les structures de santé de Dioïla.....	71
INDEXE DES FIGURES:	
FIGURE1:.....	18
FIGURE2.....	20
TABLE DES MATIERES:	

I INTRODUCTION	25
II OBJECTIFS :	28
1-Objectif général :	28
2- Objectifs spécifiques :	28
III GENERALITES :	29
IV- METHODOLOGIE :	43
1. LIEU D'ETUDE :	43
1-1-SITUATION GEOGRAPHIQUE :	43
1-2 -HISTORIQUE DE LA LOCALITE [13] :	43
1-3-ECONOMIE :	44
1-4-SYSTEME DE SANTE DU DISTRICT SANITAIRE DE DIOILA :	44
2-PERIODE ET TYPE D'ETUDE :	44
3-TYPE D'ECHANTILLONNAGE :	44
4-POPULATION D'ETUDE:	44
5-CRITERES D'INCLUSION :	44
6-CRITERES DE NON INCLUSION :	45
7-TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES :	45
8-CONSIDERATIONS ETHIQUES :	45
9-STRATEGIE D'ANLYSE DES DONNEES :	45
V-RESULTATS	46
1-CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :	46
2-DISPONIBILITE DES SUPPORTS DE GESTION DES ME :	49
3-DETERMINATION DES BESOINS DE COMMANDE EN ME :	50
4-COMMANDE :	53
5-LA RECEPTION DES COMMANDES :	60
6-DEGRE DE SATISFACTION DES GERANTS DES DV PAR RAPPORT AUX COMMANDES EFFECTUEES :	62
7-RECLAMATION :	63
8-INVENTAIRE :	64
9-QUALITE DE LA TENUE DES SPOORTS DE GESTION DES ME :	65
10-GESTION DE STOCK SELON LES NORMES ET PROCEDURES DE GESTION :	69
11-RUPTURE DES MEDICAMENTS DU PANIER AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS : ..	70
12-MEDICAMENTS PERIMES/AVAIRES DANS LES DV AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS :	71
COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	74
1-Conclusion :	84
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	86

I INTRODUCTION :

Les supports de gestion des médicaments essentiels sont des outils qui sont indispensables pour une gestion rationnelle des médicaments dans les structures de santé. Ils doivent être remplis avec soin et doivent être à jour à tout moment.

Une bonne tenue de ces outils de gestion aide entre autres à:

- Maintenir un stock approprié ;
- Eviter de stocker de grandes quantités de médicaments ;
- Eviter que les médicaments ne soient périmés ;
- Eviter les ruptures de stock de médicaments, assurer une prestation de services adéquate.

La bonne utilisation des outils de gestion présente les avantages suivants :

- Un gain de temps, parce que l'on connaît le niveau de stock à tout moment sans avoir à compter les médicaments ;
- Une meilleure connaissance de la consommation habituelle de la structure de santé ;
- Une amélioration de la capacité d'estimation des besoins de commande en médicaments essentiels [1].

Le médicament essentiel est tout produit dont l'efficacité et l'innocuité ont été scientifiquement démontrées et qui est indispensable pour assurer les soins de santé de base à titre préventif et curatif [2]. L'accès constant des populations à ces médicaments de qualité, sûrs, efficaces, est lié non seulement à l'accessibilité géographique et financière, mais aussi à la disponibilité de personnel qualifié et à la gestion rationnelle du stock de médicaments [3].

Certaines études ont indiqué une baisse de la consommation en médicaments dans les pays en voie de développement (PED) notamment en Asie orientale et en Afrique, qui comptent pourtant 83% de la population mondiale. Cette consommation a été chiffrée à 15% de la consommation mondiale en 2003 contre 24% depuis 1976 [4]. En 2002, plus de 80% des ventes (chiffre d'affaire) des médicaments était fait par les pays développés. Une des raisons de ce déséquilibre tient aux capacités de production inégales entre pays occidentaux et PED. A cela s'ajoutent d'autres raisons telles que l'extrême pauvreté des populations, l'enclavement des zones rurales, la mauvaise qualité de la prestation des soins, le manque de partenariats entre le secteur public et privé et la mauvaise qualité de gestion du système d'approvisionnement, de stockage et de distribution des médicaments [5].

Le médicament occupe une place centrale dans la mise en œuvre des soins de santé primaire. En Afrique, il représente 50% des dépenses de santé des ménages et entre 20 à 30% du total de coûts de fonctionnement des centres de santé publiques, communautaires et privés. Bien que le médicament occupe une place importante dans les prestations de services de santé, sa disponibilité constitue encore un problème majeur. C'est ainsi que dans beaucoup des Pays en Développement (PED), les populations éprouvent d'énormes difficultés liées à l'accessibilité physique et financière aux médicaments [5].

Pour pallier à ces problèmes, l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) et d'autres organismes internationaux tel que l'UNICEF en collaboration avec les ministres Africains de la santé ont lancé l'Initiative de Bamako(IB) en 1987 tenu au Mali, au cours de cette rencontre l'accent a été mis sur l'approvisionnement et la gestion communautaire des médicaments essentiels et génériques à travers un système de recouvrement des coûts [5]. Cette disposition constitue un maillon essentiel en matière de pérennisation des soins de santé primaires.

L'Initiative de Bamako est venue renforcer les acquis de la déclaration de la conférence d'Alma Ata tenue le 12 Septembre 1978 au Kazakhstan. Elle avait pour vision de corriger également les insuffisances liées à l'application des grands axes issus de la déclaration de la conférence d'Alma Ata.

Au cours de cette conférence, l'OMS a défini les médicaments essentiels comme : ceux qui répondent aux besoins de santé prioritaires d'une population donnée ; ils sont sélectionnés en fonction de la prévalence des maladies, leur innocuité, leur efficacité et d'un rapport coûts/efficacité favorable. Ils doivent être disponibles à tout moment, être de qualité, être en quantité suffisante et accessibles à un prix abordable pour la communauté. [6]

En 1975 une liste des médicaments essentiels génériques (MEG) avait été proposée par l'organisation mondiale de la santé auprès des Etats membres dont Mali en fait partie. Ces états membres devraient alors se focaliser sur le système d'approvisionnement et de gestion des médicaments essentiels et génériques particulièrement en Afrique où 90% des médicaments sont importés [6].

C'est dans cette optique qu'en 1990, le Mali a opté pour une stratégie de Politique Nationale de Pharmacie qui a été adoptée le 12 Juin 1998. Au Mali l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques(MEG) se fait suivant le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution de Médicaments Essentiels (SDAD-ME). Dans la mise en œuvre de ce schéma d'approvisionnement, la Pharmacie Populaire du Mali (PPM)

apparaît comme un fournisseur privilégié. Elle assure l'approvisionnement, la distribution des produits pharmaceutiques au niveau de tous les établissements publics et communautaires de santé [7].

La gestion des médicaments commence depuis le lieu de production jusqu'à la dispensation des médicaments aux malades. Les CSCom constituent le premier point de contact des malades avec la base de la pyramide sanitaire au Mali et sont dotés d'une autonomie de gestion. Leur mode de fonctionnement est basé sur le système de recouvrement des coûts via la tarification des actes de soin et l'application de la valeur indiciaire sur la vente des médicaments essentiels [8].

Dans la revue de littérature consacrée aux Centres de Santé Communautaires (CSCom) peu de recherches se sont intéressées à l'utilisation des supports de gestion des médicaments essentiels au niveau des dépôts de vente des médicaments dans les centres de santé communautaires et les centres de santé de référence.

De plus en plus d'énormes difficultés liées à la gestion des médicaments essentiels au niveau des dépôts de vente des médicaments dans les CSCom et des CSRéf ainsi qu'au niveau des pharmacies hospitalières du Mali sont rapportées, parmi lesquelles on peut citer: l'insuffisance de personnel qualifié, les ruptures de stock, le sur-stockage, les difficultés liées à la traçabilité des médicaments, les médicaments périmés et/ou avariés, l'usage inapproprié des médicaments. Ceux-ci sont dus souvent à la mauvaise tenue des supports de gestion de médicaments et peuvent avoir un impact négatif sur la qualité des soins prodigués aux malades [9].

C'est la raison pour laquelle nous nous sommes intéressés à cet aspect, en mettant l'accent sur la tenue des supports de gestion des médicaments essentiels en vue de renforcer et d'améliorer la gestion de ces médicaments dans les dépôts de vente de médicaments dans les centres de santé de Dioila.

II OBJECTIFS :

1-Objectif général :

Evaluer la tenue des supports de gestion des Médicaments Essentiels (ME) dans les établissements de santé du District Sanitaire de Dioïla.

2- Objectifs spécifiques :

- Décrire les connaissances et attitudes pratiques du personnel chargé de la gestion et de la vente des médicaments essentiels dans les dépôts de vente des médicaments ;
- Identifier les différents types de supports utilisés pour la gestion des médicaments essentiels ;
- Identifier les problèmes liés à la tenue des supports de gestion ;

III GENERALITES :

A-Présentation et les données sociodémographiques du Mali :

Le Mali est un pays continental de 1.241.238 km², 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 plateau, 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 des pluies de Juillet à Octobre et enfin la saison froide de Novembre à Février [10].

La population est estimée en 2012 à 18.957.258 habitants avec un taux d'accroissement naturel de 3,60%. Cette population assez jeune (47,3% ont moins de 15 ans et 49,7% sont entre 15 et 64ans), est essentiellement rurale (78% selon le dernier recensement).

Le Mali compte 10 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 PIB) et l'exploitation minière.

B- Situation sanitaire du Mali :

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 12,2% en 2016) et les efforts déployés par le secteur de la santé.

En dépit des efforts du gouvernement par l'amélioration de la couverture sanitaire (58,09% 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 qualifié et sa mauvaise répartition ;
- 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.

C- 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. 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 Etablissements 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 et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDAD-ME).

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 selon le rapport du PDDSS de 2011, il y a 1086 Centre de Santé Communautaire (CSCoM), 1308 structures parapubliques, privées et confessionnelles ; 60 Centres de Santé de Référence (CSRéf) assurant la première référence ; 7 EPH de deuxième référence dont un EPH par région sauf la région de Kidal en plus de l'Hôpital Mère-enfant (le Luxembourg) ; 5 EPH de troisième référence (CHU) dont 3 à vocation générale (CHU Gabriel Touré, CHU du Point-G et Hôpital du Mali), 2 à vocation spécialisée (Centre National d'Odontostomatologie et l'Institut Ophtalmologique Tropical d'Afrique) et 5 Etablissements Publics Scientifiques et Techniques : Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Centre National d'Appui à la lutte Contre la Maladie (CNAM), le Centre de Recherche d'Etudes et Documentation pour la Survie de l'enfant (CREDOS) et le Centre de Recherche et de Lutte Contre la Drépanocytose (CRLD) [7].

L'accessibilité aux soins dans un rayon de 5 km est passée de 51% en 2006 à 58,09% en 2017

TABLEAU I : Evolution de quelques indicateurs de santé au Mali de 2006 à 2013 ainsi que de 2006 à 2017.

INDICATEURS	2006	2017	Observations
Pourcentage de la population à moins de 5Km d'un centre de Santé fonctionnel	51%	58,09%	
Taux de couverture en BCG	96%	96,66%	Données de routines Système Local d'Information
Taux de couverture en DTCP3	92%	85,03%	Sanitaire (2006, 2017)
Taux de couverture VAR	82%	81,43%	
Prévalence contraceptive (méthodes modernes)	7%	20,01%	
ISF	6,6	6,1	
Taux de mortalité maternelle pour 100000 naissances vivantes	465	368	Données d'impacts : Enquêtes
Taux de mortalité infantile	96‰	58‰	Démographiques et de Santé (2006, 2012-2013)
Taux de mortalité infanto juvénile	191‰	98‰	
Taux de prévalence du VIH	1,3%	1,1%	

Source : Annuaire du système local d'information sanitaire (SLIS 2006, 2017) et EDSM (2012-2013)

Dans ce tableau, nous avons constaté qu'en 2017, il y a eu une diminution de la couverture vaccinale. Cette situation pourrait s'expliquer du fait de la crise socio-politique qu'a connu

notre pays depuis 2012 et une diminution significative des taux de mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile.

D- La Politique Pharmaceutique National (PPN) du Mali [11]

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.

1. Rappel historique de l'évolution du secteur pharmaceutique du Mali

1^{ère} 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^{ème} étape, 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 le Département 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^{ème} étape, 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.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.

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.

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 d'ordre gestionnaires et de l'insuffisance de personnel qualifié.

5. Approvisionnement en médicaments 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).

a. Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDAD-ME) [2]

Mis 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.

➤ Stratégies du SDAD-ME [2]

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.

➤ **Les acteurs du SDAD-ME et leurs fonctions**

- **Les acteurs du niveau central**

La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) et autres fournisseurs agréés assurent l'approvisionnement ;

La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) définit les normes, procédures et principaux outils de gestion et enfin supervise le SDAD-ME ;

Le Laboratoire National de la Santé (LNS) assure le contrôle de qualité des ME ;

La Direction Nationale de la Santé (DNS) veille à l'application des textes dans les formations sanitaires, publiques, communautaires et parapubliques ;

L'Inspection de la Santé (IS) veille au respect de la réglementation en vigueur et assure une mission de contrôle.

- **Les acteurs du niveau régional**

Les Magasins Régionaux PPM (MR- PPM) assurent l'approvisionnement ;

La Direction Régionale de la Santé (DRS) assure la supervision par le suivi, le contrôle, et les conseils.

- **Les acteurs du niveau local**

Le Centre de Santé de Référence (CS Réf) assure l'approvisionnement / gestion de stock à travers le Dépôt Répartiteur de Cercle (DRC) ; assure également la distribution à travers les dépôts de vente du cercle et des Centres de Santé Communautaires (CSCoM) et la supervision / suivi, contrôle, conseils par l'équipe.

- **Les principes de gestion du SDAD-ME**

Principe n° 1 : 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° 2 : 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°3 : la gestion intégrée au SDADME des produits de gratuité et des dons

Les produits des programmes spécifiques (lèpre, tuberculose, onchocercose, SIDA, le paludisme et les produits de la césarienne ainsi que les produits issus des dons sont intégrés dans le cycle logistique du SDADME. Ils sont gérés au même titre que les autres médicaments au niveau des DRC et des DV.

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.

- **Types de supports de gestion du SDAD-ME**

- Fiche de compte rendu de consommation (Ordonnances, Fiches de pointage : journalier et hebdomadaire)
- Compte rendu d'emmagasinage (Fiche de stock, Fiche d'inventaire)
- Fiches de transaction (Compte rendu et Bon de commande de produits)

➤ Circuit d'approvisionnement en médicaments au Mali [12]

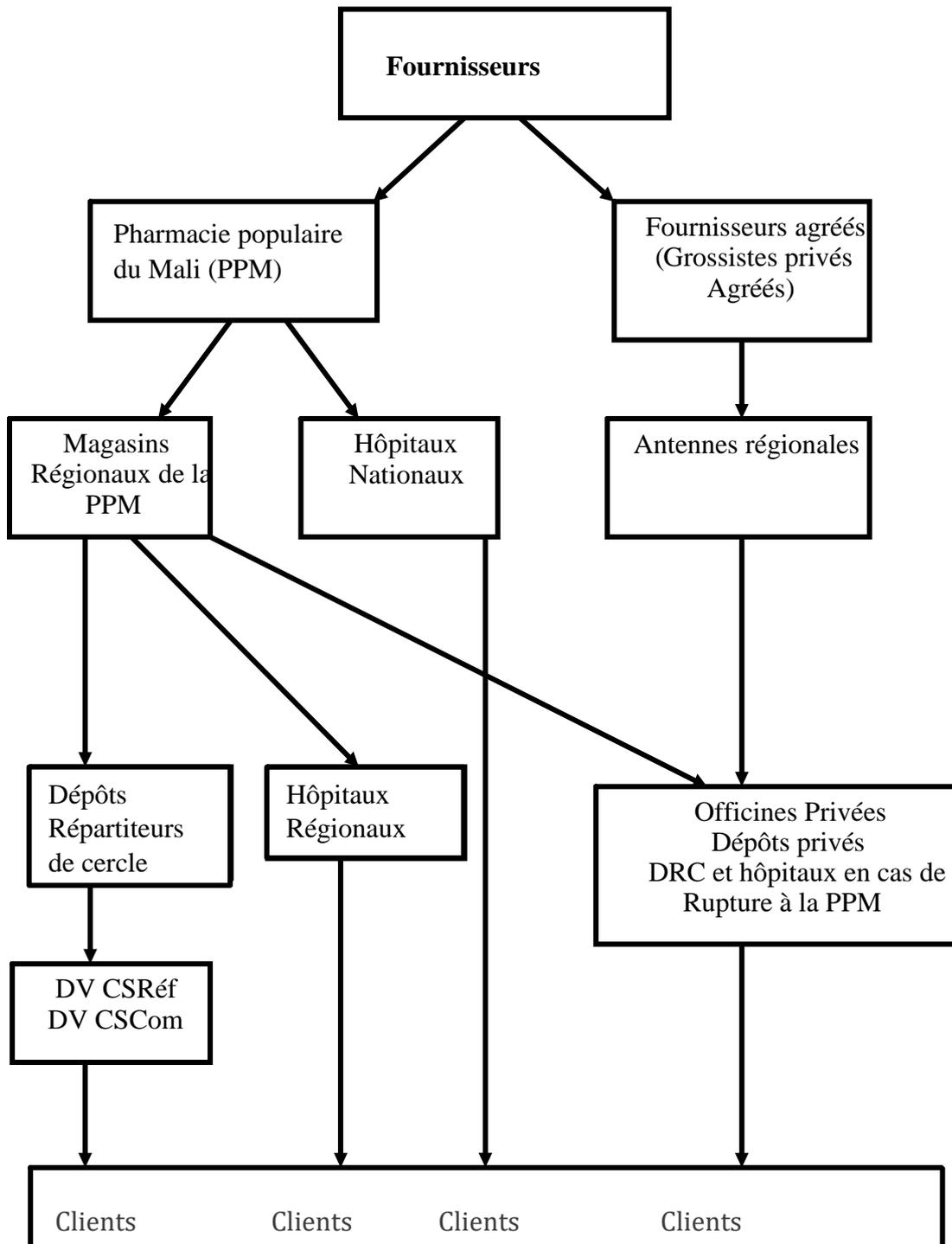


FIGURE 1 : Circuit d'approvisionnement en médicaments au Mali [12]

Au Mali, le circuit d'approvisionnement en médicament comporte deux branches. Les grossistes privés auprès desquels les officines privées s'approvisionnent de même que les DRC et les hôpitaux en cas de rupture de stock à la PPM.

La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) assure l'approvisionnement des structures sanitaires publiques et communautaires. Les hôpitaux de troisième référence s'approvisionnent directement à la PPM centrale, les hôpitaux de deuxième référence et les DRC s'approvisionnent à travers les magasins régionaux de la PPM. Les DV des CSCom et du CSRéf font leur approvisionnement auprès des DRC.

➤ **La structure des prix des médicaments [12]**

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 1992, l'ordonnance CTSP du 14 Avril 1992 institua la liberté des prix et de la concurrence.

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°951998).

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 médicaments ne figurant pas sur la liste des ME en DCI seront vendus aux niveaux inférieurs du pipeline et aux malades en affectant au prix de cession un coefficient multiplicateur défini par la décision n° 95-1998 /MSSPA.

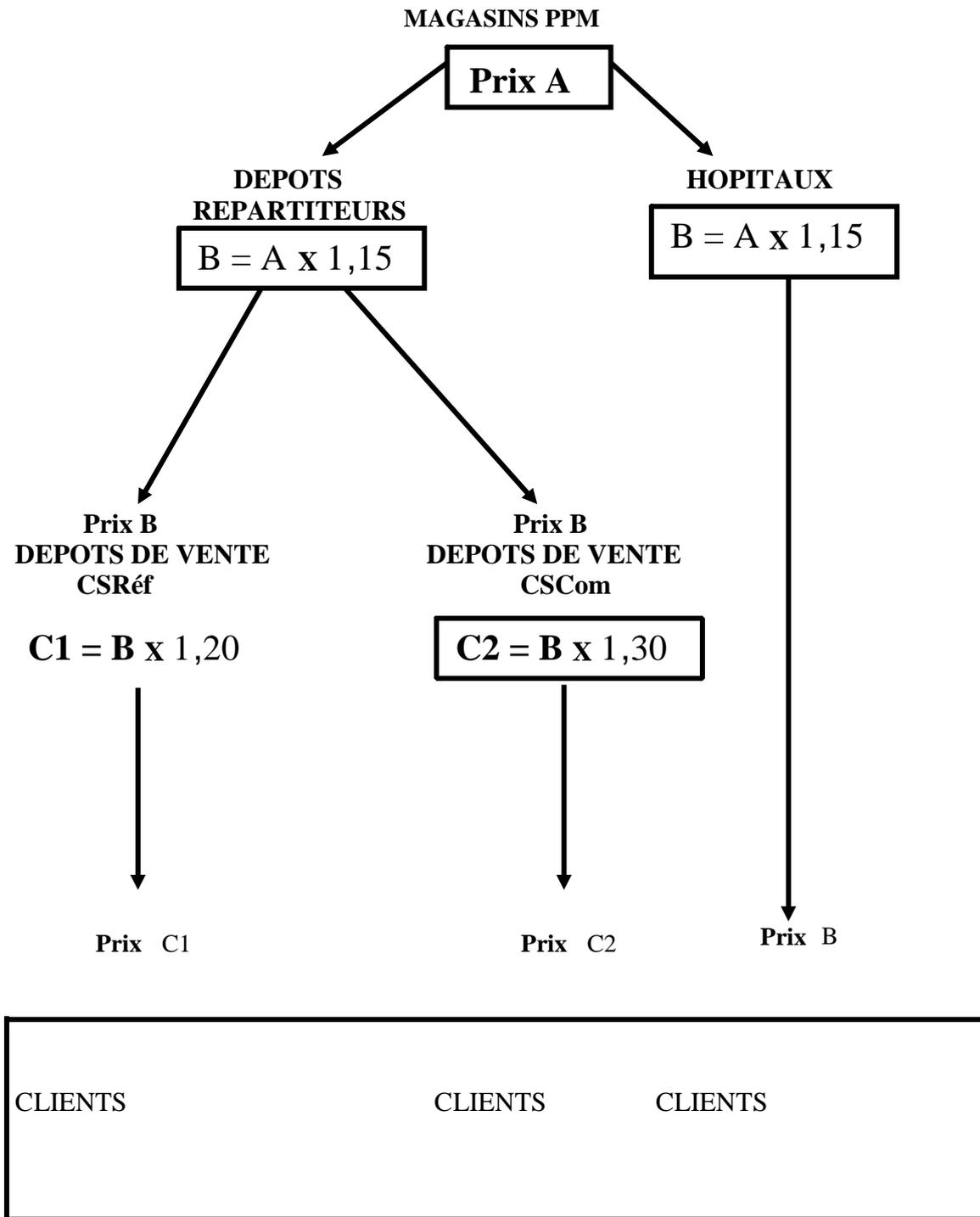


FIGURE 2 : Structure des prix des médicaments en DCI [12]

Le prix des ME varie (de 1,15 à 1,30) d'un niveau à un autre de la pyramide sanitaire ; cela est dû à l'application du coefficient multiplicateur au prix de cession des ME.

➤ **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 laboratoire Pharmacosma, du Département de Médecine Traditionnelle (DMT) et des importations (par des établissements pharmaceutiques d'importation et des ventes en gros).

➤ **Les structures de fabrication des médicaments**

Au Mali ces structures sont :

- ✓ L'Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques (UMPP) 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. 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 [12].
- ✓ Laboratoire Pharmacosma : c'est un laboratoire qui produisait uniquement des produits cosmétiques. A partir de 2003, il a commencé à produire également des médicaments génériques ; notamment 6 médicaments (essentiellement la forme sirop) sont sur le marché. Il a été inauguré le 28 novembre 2003.
- ✓ 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.

➤ **Les structures de distribution des médicaments au Mali :**

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

✓ **Les structures d'importation des médicaments 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 [12].

✓ **Grossiste répartiteur étatique au Mali :**

Aujourd'hui, la Pharmacie Populaire du Mali (PPM), l'unique grossiste étatique a pour mission l'acquisition par appel à la concurrence internationale et la distribution des MEG sur toute l'étendue du territoire national selon le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDAD-ME). 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 structures de distribution des médicaments au Mali : On peut citer entre autres les organismes de coopération internationale, multinationale ou bilatérale, les organisations non gouvernementales, les Dépôts Répartiteur de Cercle (DRC), les Associations Sanitaire Communautaire (ASACO), les CSCom 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.

IV- METHODOLOGIE :

1. LIEU D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Dioila, la région de Koulikoro.

1-1-SITUATION GEOGRAPHIQUE :

Le district sanitaire de Dioila, est situé au sud de la région de Koulikoro avec une superficie de 7256 Km² pour une population estimée à 345161 Habitants en 2017.

Il est limité par :

- Au nord, le district sanitaire de Fana,
- A l'est et sud – Est, celui de Sikasso et
- A l'Ouest et au sud-ouest, le district sanitaire de Bougouni.

Dioila le chef-lieu de cercle est situé à 160Km de Bamako via Fana.

1-2 -HISTORIQUE DE LA LOCALITE [13] :

Le cercle de Dioila connu à travers l'appellation « Banico » nom bambara qui signifie « derrière le petit fleuve » est situé derrière le fleuve Baoulé et compris entre ce fleuve et le Bagoé. Selon la légende le chef-lieu du cercle de Dioila fut fondé vers le 15^e siècle par un chasseur nommé Sountiè MARICO qui serait venu de Kalako du cercle de Bougouni accompagné de deux de ses frères pour s'installer d'abord à Finiana à 6 km à l'ouest de Dioila puis à Dioila. Dioila tire son nom de Djeïla (ou la baie des cochons).

Le cercle de Dioila a été fondé en 1934 par la loi N°2862 du 13 novembre 1934 alors appelé subdivision de Dioila rattaché au cercle de Bamako, il fût transformé en cercle en 1959 avec ses limites actuelles.

Après la réforme administrative qui a consacré la décentralisation, le cercle a été découpé en 23 communes suivant la loi 96-059/AN.RM du 04 avril 1996. Dans la même période, il fût divisé en deux districts sanitaires avec deux centres de santé de référence et deux services de développement social et de l'économie solidaire. Cette division fait suite à l'érection d'un centre de santé de référence à Fana (pour mieux gérer les accidents de la voie publique). Elle est accompagnée par la duplication de certains services locaux (pour une meilleure gestion des problèmes des populations) tels : une brigade de gendarmerie, une justice de paix, un centre d'animation pédagogique, une perception, un peloton de garde républicaine.

1-3-ECONOMIE :

L'agriculture constitue le fondement de l'économie du cercle, elle s'intéresse à la culture du coton et aux cultures vivrières (le maïs, le riz, le sorgho, le petit mil, l'igname, le manioc etc.)

Celle-ci est suivie par l'élevage, la pêche, l'artisanat et l'industrie qui est très peu développée soit une seule usine d'égrainage de coton. Il existe aussi quelques zones d'orpaillages.

1-4-SYSTEME DE SANTE DU DISTRICT SANITAIRE DE DIOILA :

En vue d'assurer la pérennité des soins de santé primaires, le Mali en application de l'initiative de Bamako a adopté le système de recouvrement des coûts et le renforcement de la participation communautaire à la gestion du système de santé.

Le district sanitaire (premier échelon du système de santé au Mali) de Dioïla compte vingt-trois (23) CSCOM fonctionnels, un CSCOM non fonctionnel, un centre de santé de référence, onze (11) structures privées dont 03 officines de pharmacie.

2-PERIODE ET TYPE D'ETUDE :

Il s'agissait d'une étude descriptive et transversale allant de Juillet 2017 à Décembre 2017.

3-TYPE D'ECHANTILLONNAGE :

Il s'agissait d'un échantillonnage par choix raisonné, qui a consisté à retenir les dépôts de vente du CSRéf et ceux des CSCOM qui sont fonctionnels dans le district sanitaire de Dioïla excepté le Dépôt Répartiteur du Cercle (DRC) de Dioïla.

4-POPULATION D'ETUDE:

- Tous les gérants des dépôts de ventes (DV) des médicaments des 23 centres de santé communautaires fonctionnels ;
- Tous les gérants des dépôts de vente (DV) des médicaments du CSRéf de Dioïla ;

5-CRITERES D'INCLUSION :

Sont inclus dans notre étude :

- Tous les dépôts de vente des médicaments (DV) des 23 CSCOM fonctionnels du district sanitaire de Dioïla,
- Les dépôts de vente des médicaments (DV) du CSRéf de Dioïla,

6-CRITERES DE NON INCLUSION :

Ne sont pas inclus dans notre étude :

- Les dépôts de vente des médicaments des CSCom non fonctionnels se trouvant dans le district sanitaire de Dioila,
- Le Dépôt Répartiteur de Cercle de Dioïla (DRC).

7-TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES :

- Un questionnaire a été établi et adressé à chaque gérant de DV.

8-CONSIDERATIONS ETHIQUES :

L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été préservés.

9-STRATEGIE D'ANLYSE DES DONNEES :

- Le logiciel Microsoft office Word 2010 a été utilisé pour la saisie des données,
- Le logiciel SPSS version 23 a été utilisé pour analyser les données

V-RESULTATS

1-CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

TABLEAU II : Répartition des gérants DV des CSCom-CSRéf selon le genre

Genre	Nombre	Pourcentage
Masculin	11	44
Féminin	14	56
Total	25	100

Le genre féminin est majoritairement représenté dans ce tableau que le sexe masculin.

TABLEAU III : Répartition des gérants DV CSCom-CSRéf en fonction de leur niveau d'étude

Niveau d'étude	Nombre	Pourcentage
TS	3	12
Matrone	12	48
Aide-soignant	6	24
Comptable	3	12
Niveau 8ème	1	4
Année		
Total	25	100

Le profil des gérants est diversifié, cependant les matrones et les aides-soignants sont les plus sollicités.

TABLEAU IV : Répartition des gérants DV des CSCom-CSRéf selon qu'ils aient de contrat de travail établie conformément à celui du code de travail

Existence de contrat	Nombre	Pourcentage
Oui	12	48
Non	13	52
Total	25	100

La plupart des gérants des dépôts de vente ne sont pas sous contrat de travail établie conformément à celui du code de travail.

TABLEAU V : Répartition des gérants DV des CSCom et CSRéf en fonction du nombre d'années d'expérience en matière de gestion des ME

Nombre d'année de service	Nombre	Pourcentage
Un an	6	24
Deux ans	1	4
Trois ans	2	8
Quatre ans	3	12
Cinq ans et plus	13	52
Total	25	100

Plus de la moitié des gérants des dépôts de vente de médicaments essentiels ont au moins cinq années d'expérience.

TABLEAU VI : Répartition des gérants des DV selon leur participation à une session de formation sur la gestion logistique des médicaments essentiels

Formation en gestion logistique des ME	Nombre	Pourcentage
Oui	14	56%
Non	11	44%
Total	25	100%

Presque la moitié des gérants des dépôts de vente des structures enquêtées estimaient n'avoir pas reçu au moins une session de formation sur la gestion logistique des médicaments essentiels.

2-DISPONIBILITE DES SUPPORTS DE GESTION DES ME :

TABLEAU VII : Relatif à la disponibilité des supports de gestion des ME au niveau des dépôts de vente des CSCom et du CSRéf

Supports de gestion	Nombre de DV qui dispose le support	Nombre de DV n'en disposant pas le support
Ordonnances prescrites	25	0
Fiche de stock	25	0
Fiche d'inventaire	24	1
Cahier de versement des recettes	25	0
Cahier des dépenses	5	20
Fiche de pointage journalier	18	7
Fiche récapitulatif hebdomadaire	8	17
Bon de commande	25	0
Bordereau de livraison	25	0
Fiche de réception/ cahier PV de réception	1	24
LNME	13	12
Fiche de réclamation	2	23
Registre de CRGS	25	0

Il ressort de ce tableau que la fiche de stock, le bon de commande, le cahier de versement des recettes, le registre de CRGS et le bordereau de livraison étaient disponibles dans tous les dépôts de vente des structures de santé enquêtées.

3-DETERMINATION DES BESOINS DE COMMANDE EN ME :

TABLEAU VIII : Existence de documents de politique nationale de pharmacie en matière ME dans les CSCom et le CSRéf de Dioïla

Existence de documents	Nombre	Pourcentage
Oui	9	36
Non	16	64
Total	25	100

Plus de la moitié des gérants des dépôts de vente de médicaments essentiels des CSCom-CSRéf ne disposent de documents de politique nationale en matière de médicaments.

TABLEAU IX : Existence d'une liste nationale de médicaments essentiels en DCI officiellement adoptée et diffusée sur toute l'étendue du territoire au niveau des CSCom et CSRéf

Présence de LNME	Nombre	Pourcentage
Oui	13	52
Non	12	48
Total	25	100

Presque la moitié des gérants des dépôts de vente enquêtés ne disposent pas de liste nationale de médicaments essentiels en dénomination commune internationale.

TABLEAU X : La personne chargée de l'estimation des besoins de commande en ME

Le chargé de l'estimation des besoins en ME	Nombre	Pourcentage
Le gérant	16	64
Le gérant et le chef de centre	7	28
Le chef de centre	2	8
Total	25	100

Dans ce tableau, il ressort que le chef de centre estime seul ou en collaboration avec le gérant du dépôt de vente dans plus de 1/3 des dépôts de vente enquêtés.

TABLEAU XI: La détermination quantitative des besoins en médicaments essentiels dans les dépôts de vente des CSCom-CSRéf

Méthode de détermination	Nombre	Pourcentage
CMM	13	52
Morbidité	1	4
CMM et taux de Morbidité	11	44
Total	25	100

Presque la totalité des gérants des dépôts de vente enquêtés utilisent la méthode la consommation moyenne mensuelle seule ou combinée à celle du taux de morbidité pour la quantification des besoins en médicaments.

TABLEAU XII : Relatif à l'implication du chef du centre de santé au processus de détermination des besoins de commande des ME

Implication du chef	Nombre	Pourcentage
Oui	24	96
Non	1	4
Total	25	100

La quasi-totalité des chefs de centre sont impliqués dans le processus de détermination des besoins en commande des médicaments essentiels.

TABLEAU XIII: Relatif aux supports de gestion utilisés par les gérants des DV des CCom-CSRéf pour estimer les besoins de commande en ME

Supports de gestion	Oui	Non	Total
LNME	0	25	25
Fiche de stock	12	13	25
Fiche de CRGS	21	4	25
Fiche d'inventaire	17	8	25
Bon de commande	22	3	25

Il ressort de ce tableau que le Bon de commande et la fiche de compte rendu de gestion de stock sont les supports les plus utilisés par les gérants des DV pour estimer les besoins en commande des médicaments essentiels.

4-COMMANDE :

TABLEAU XIV: Relatif à la connaissance des gérants des dépôts de vente des CSCom-CSRéf par rapport à l'existence du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDAD-ME)

Connaissance des gérants DV par rapport à l'existence du SDAD-ME	Nombre	Pourcentage
OUI	19	76
NON	6	24
Total	25	100

Plus des 2/3 des gérants des dépôts de vente de médicaments essentiels étaient au courant de l'existence du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels.

TABLEAU XV : Le respect du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDAD-ME) par les gérants des dépôts de vente des CSCom et du CSRéf

Respect du SDAD-ME	Nombre	Pourcentage
Oui	24	96
Ne sait pas	1	4
Total	25	100

Presque la totalité des commandes en Médicaments Essentiels des dépôts de vente des CSCom et du CSRéf suivaient le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDAD-ME).

TABLEAU XVI : Relatif à l'existence d'un responsable chargé de l'achat des médicaments essentiels au niveau des Centres de Santé Communautaires (CSCoM) et du Centre de Santé de Référence (CSRéf)

Existence d'un responsable chargé de l'achat des ME	Nombre	Pourcentage
Oui	23	92
Non	2	8
Total	25	100

Excepté deux centres de santé communautaires, les autres centres de santé communautaires avaient au moins une personne chargée de l'achat des médicaments essentiels.

TABLEAU XVII : la personne chargée de l'achat des Médicaments Essentiels (ME) au niveau des Centres de Santé Communautaire (CSCoM) et du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de Dioïla

Profil du personnel chargé de l'achat des ME	Nombre	pourcentage
Le chargé des ressources Humaines	1	4
le chef du centre de santé	4	16
Le gérant du DV	2	8
Le président de l'ASACO	6	24
Le président de l'ASACO et son secrétaire administratif	2	8
Le secrétaire administratif de l'ASACO	1	4
Le trésorier général de l'ASACO	7	28
Le vaccinateur du CSCoM	1	4
Total	25	100

Nous avons constaté que la personne chargée de l'achat des médicaments essentiels diffère d'une structure à une autre. Cependant, les trésoriers généraux des ASACO et les présidents des ASACO sont les plus sollicités pour l'achat des médicaments essentiels au niveau des centres de santé.

TABLEAU XVIII : Les supports/ outils utilisés pour faire les commandes des médicaments essentiels au niveau des dépôts de vente des CSCom et du CSRéf de Dioïla

Supports/ outils de passation de commande	Nombre de Oui	Nombre de Non	Total
Rédaction du BC	25	0	25
Téléphone	21	4	25

Tous les gérants des dépôts de vente de médicaments essentiels faisaient leurs commandes à travers un bon de commande préalablement établi. Les téléphones sont utilisés pour faire les commandes exceptionnelles dans la quasi-totalité des dépôts de vente de médicaments.

TABLEAU XIX: Le temps nécessaire à l'élaboration d'une commande au niveau des dépôts de vente des Centres de Santé Communautaire (CSCoM) et du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de Dioïla

Temps	Nombre	Pourcentage
Deux heures maximum	1	4
Un jour	10	40
Un jour et demi	2	8
Deux jours	7	28
Trois jours	3	12
Cinq jours	1	4
Sept jours	1	4
Total	25	100

Nous avons constaté que le temps nécessaire à l'élaboration d'une commande varie d'un CSCoM à un autre. Cependant, ce temps est inférieur ou égal à 72 heures dans la quasi-totalité des CSCoM.

TABLEAU XX : Le temps nécessaire à l'envoi d'une commande au gérant du DRC

Temps	Nombre	Pourcentage
Trente minutes	1	4
Une heure	2	8
Un jour	21	84
Deux jours	1	4
Total	25	100

Le temps nécessaire à l'envoi d'une commande au gérant DRC variait d'un dépôt de vente à un autre. Cependant il était de un jour dans plus de 3/4 des dépôts de vente des centres de santé communautaire et du centre de santé de référence.

TABLEAU XXI : Le délai de livraison des commandes effectuées par les gérants des DV auprès de celui du DRC

Délai de livraison	Nombre	Pourcentage
Une heure maximum	1	4
Trois heures	1	4
Cinq heures maximum	1	4
Un jour	22	88
Total	25	100

Le délai de livraison maximal était de un jour et cela dans presque la totalité des dépôts de vente.

TABLEAU XXII : Relatif aux commandes exceptionnelles faites par les gérants des dépôts de vente des centres de santé communautaire et du centre de santé de référence

Commandes exceptionnelles faites	Nombre	Pourcentage
Oui	22	88
Non	3	12
Total	25	100

Plus de 3/4 des gérants des DV des CSCom faisaient des commandes exceptionnelles. La raison évoquée par la quasi-totalité des gérants était qu'en cas d'augmentation de la consommation du mois pouvant occasionnée une rupture de stock de médicaments.

TABLEAU XXIII : La fréquence des commandes effectuées par les gérants des DV des centres de santé communautaire et du centre de santé de référence de Dioïla

Fréquence des commandes	Nombre de Oui	Nombre de Non	total
Hebdomadaire	0	25	25
Mensuelle	25	0	25
Trimestrielle	0	25	25
Semestrielle	0	25	25

Nous avons constaté que les commandes sont faites à un rythme régulier et cela de façon mensuelle au niveau de tous les dépôts de vente des CSCOM et du CSRéf.

5-LA RECEPTION DES COMMANDES :

TABLEAU XXIV : Relatif à l'existence d'un comité de réception des ME commandés dans les CSCom et le CSRéf

Existence du comité de réception des ME commandés	Nombre	Pourcentage
Oui	15	60
Non	10	40
Total	25	100

Plus de la moitié des CSCom avaient un comité de réception des ME commandés, cependant il était non fonctionnel dans la majorité des cas.

TABLEAU XXV : Les opérations effectuées au cours de la réception des médicaments essentiels commandés par les gérants des DV des CSCom et du CSRéf.

Eléments à vérifier	Nombre de Oui	Pourcentage de Oui	Nombre de Non	Pourcentage de Non
Ouverture des colis	25	100%	0	0%
Date de péremption	25	100%	0	0%
Pointage de la quantité sur le BL	25	100%	0	0%
Etat des conditionnements	25	100%	0	0%
Aspect macroscopique des produits	2	8%	23	92%
Rédaction du PV de réception	1	4%	24	96%

Les procédures de vérification ne sont pas entièrement respectées par le personnel chargé de la réception des médicaments essentiels commandés au niveau des différentes structures de santé.

TABLEAU XXVI : Les supports de gestion utilisés pour faire le contrôle physique à la réception

Supports	Nombre de oui	Pourcentage de oui	Nombre de non	Pourcentage de non
Bon de commande	23	92	2	8
Facture d'achat	25	100	0	0
Cahier de P.V.	1	4	24	96
Fiches de stock	2	8	23	92

Aucun gérant de DV n'utilisait la totalité des supports de gestion pour la réception des ME comme le recommande le guide de la DPM.

6-DEGRE DE SATISFACTION DES GERANTS DES DV PAR RAPPORT AUX COMMANDES EFFECTUEES :

TABLEAU XXVII : Répartition des gérants DV des centres de santé communautaire et du centre de santé de référence par rapport à leur degré de satisfaction pour les commandes effectuées

Degré de satisfaction	Nombre	Pourcentage
100%	4	16
99%	5	20
98%	2	8
95%	5	20
91,66%	1	4
90%	5	20
80%	2	8
70%	1	4
Total	25	100

Moins de gérants des dépôts de vente avaient un degré de satisfaction inférieur à 90%.

7-RECLAMATION :

TABLEAU XXVIII : Avis des gérants des dépôts de vente des CSCom et du CSRéf par rapport aux réclamations faites en cas de non-conformité des commandes effectuées

Réclamation faites	Nombre	Pourcentage
Oui	24	96
Non	1	4
Total	25	100

Il ressort de ce tableau qu'un seul gérant DV ne faisait pas de réclamation.

TABLEAU XXIX: Relatif aux supports de gestion/outils utilisés pour faire la réclamation

Supports de gestion/outils utilisés pour faire la réclamation	Nombre	Pourcentage
Bon de réclamation	2	8,33
Téléphone	17	70,83
Verbale	5	20,83
Total	24	100

Il ressort de ce tableau que peu de gérants des dépôts de vente des CSCom et du CSRéf utilisaient le bon pour faire la réclamation.

8-INVENTAIRE :

TABLEAU XXX : Répartition des dépôts de vente des CSCom et du CSRéf en fonction de la fréquence des inventaires

Rythme des inventaires	Nombre	Pourcentage
Mensuel	23	92
Trimestriel	2	8
Total	25	100

L'inventaire est fait mensuellement dans la quasi-totalité des dépôts de vente des centres de santé communautaire et du centre de santé de référence du district.

Les supports de gestion utilisés étaient entre autres : la fiche d'inventaire et les fiches de stock.

9-QUALITE DE LA TENUE DES SPOORTS DE GESTION DES ME :

TABLEAU XXXI : Relatif à la qualité de la tenue des supports de gestion des médicaments essentiels dans les dépôts de vente des 23 CSCom et du CSRéf de Dioïla

Supports de gestion	Correctement tenus	Pas correctement tenus	total
Fiche de stock	5	20	25
Fiche d'inventaire	24	1	25
Registre de CRGS	20	5	25
Cahier de versement des recettes	25	0	25
Cahier des dépenses	5	3	8
Fiches de Pointage journalier	14	4	18
Bon de commande	25	0	25
Cahier de PV de réception	1	0	1
Fiche récapitulatif hebdomadaire	6	2	8

Il ressort de ce tableau que les supports de gestion des ME sont relativement assez bien tenus.

TABLEAU XXXII : Relatif à l'existence d'une corrélation entre le niveau d'étude des gérants des DV et la tenue correcte des supports de gestion des médicaments essentiels dans les structures de santé de Dioïla (proposition d'enlever)

Supports de gestion	Niveau d'étude peu élevé (Tenue correcte des supports)	Niveau d'étude moins élevé (Tenue correcte des supports)
Fiche de stock	2	3
Fiche d'inventaire	6	18
Registre de CRGS	6	14
Cahier de versement des recettes	6	19
Cahier des dépenses	3	2
Fiche de pointage journalier	5	9
Bon de commande	6	19
Cahier de PV de réception	0	1
Fiche récapitulatif hebdomadaire	2	4

Nous avons remarqué dans ce tableau que les gérants qui avaient un niveau d'étude assez élevé tenaient bien les supports de gestion des médicaments essentiels par rapport à ceux ayant un niveau d'étude moins élevé.

TABLEAU XXXIII : Relatif à l'existence d'une corrélation entre le nombre d'années d'expérience des gérants DV et la tenue correcte des supports de gestion des médicaments essentiels au niveau des structures de santé de Dioïla

Supports de gestion	Tenue correcte chez les gérants ayant 5 ans et plus d'expérience	Tenue correcte chez les gérants ayant moins de 5 années d'expérience
Fiche de stock	3	2
Fiche d'inventaire	12	12
Registre de CRGS	11	9
Cahier de versement des recettes	13	12
Cahier des dépenses	4	2
Fiche de pointage journalier	8	6
Bon de commande	13	12
Cahier de PV de réception	1	0
Fiche de pointage hebdomadaire	2	4

Il ressort de ce tableau que le nombre d'années d'expérience des gérants des dépôts de vente ont moins influencé sur la tenue correcte des supports de gestion des médicaments essentiels dans les structures de santé de Dioïla.

TABLEAU XXXIV : Relatif à l'existence d'une corrélation entre la bonne tenue des supports de gestion et le genre des gérants DV

Supports de gestion	Tenue correcte par le genre	
	féminin	masculin
Fiche de stock	1	4
Fiche d'inventaire	13	11
Registre de CRGS	9	11
Cahier de versement des recettes	13	11
Cahier des dépenses	3	2
Fiche de pointage journalier	7	7
Bon de commande	13	11
Cahier de PV de réception	0	1
Fiche récapitulatif hebdomadaire	2	4

Nous avons remarqué dans ce tableau que les gérants DV du genre masculin tenaient bien les supports de gestion que celle du genre féminin.

10-GESTION DE STOCK SELON LES NORMES ET PROCEDURES DE GESTION :

TABLEAU XXXV : Aperçu sur la gestion des ME dans les DV des 23 CSCom et du CSRéf de Dioïla selon les normes et procédures de gestion des ME (DPM)

Normes/ Procédures	Oui	Non	Total
Zones de stockage séparées	25	0	25
Stock de sécurité	23	2	25
Stock au sol	3	22	25
Thermomètre dans le DV	2	23	25
Respect de la chaîne de froid	25	0	25
Stock sur étagère	25	0	25
Fiche de stock	25	0	25
Fiche de stock à jour	5	20	25
FEFO	20	5	25
Forme galénique	18	7	25
Ordre alphabétique	23	2	25
DV se ferme à clé	25	0	25
Trace de rongeurs	2	23	25
Présence d'humidité	7	18	25
Existence de rideaux	6	19	25
Capital maintenu	17	4	21

Il ressort de ce tableau qu'aucun gérant DV n'a respecté à 100% les normes et procédures fondamentales qui sont nécessaires pour la meilleure gestion de stock au sein des dépôts de ventes des structures de santé comme le préconise le guide du SDAD-ME élaboré par la DPM.

11-RUPTURE DES MEDICAMENTS DU PANIER AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS :

TABLEAU XXXVI : Existence de rupture des médicaments du panier dans les dépôts de vente des CSCOM et du CSRéf au cours des 12 mois qui précédaient notre étude

Médicament du panier	Nombre de DV ayant connu une rupture de Stock	Cumule du nombre de jours de rupture	Nombre de DV n'ayant pas connu une rupture de stock
Ampicilline 1g	1	4 jours	24
Amoxicilline 500mg	1	12 jours	24
Cotri 480mg	2	40 jours	23
CTA plq 24	8	152 jours	17
Fer-acide folique	1	7 jours	24
Hydroxyde d'Al 400 mg cp	5	109 jours	20
Ibuprofène 200mg cp	3	84 jours	22
Mebendazole 100mg cp	0	0	25
Métronidazole 250mg cp	5	57 jours	20
Paracétamol 500mg cp	3	16 jours	22
Ocytocine inj	3	38 jours	22
SRO	2	156 jours	23

Nous avons remarqué qu'à part le mebendazole100mg, les autres médicaments du panier ont connu une rupture de stock au moins dans l'une des structures de santé enquêtées au cours des 12 mois qui ont précédés notre enquête. Le cumule des jours de rupture varie entre 4-156 jours.

12-MEDICAMENTS PERIMES/AVAIRES DANS LES DV AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS :

TABLEAU XXXVII : Relatif à l'existence de médicaments périmés/avariés dans les dépôts de vente des CSCom et du CSRéf au cours des 12 derniers mois qui précédaient notre étude

Existence de médicaments périmés/ avariés	Nombre	Pourcentage
Oui	17	76
Non	8	24
Total	25	100

Il y a eu des médicaments périmés/avariés dans plus de 2/3 des dépôts de vente des CSCom et du CSRéf au cours des 12 mois précédant l'enquête.

TABLEAU XXXVIII : Relatif au mode de gestion des produits périmés dans les structures de santé de Dioïla

Mode de gestion des produits périmés	Nombre	Pourcentage
Incinération	3	17,65%
Stockage au magasin	8	47,06%
Retourner au DRC	6	35,29%
Total	17	100%

Très peu de structures Incinèrent les produits périmés. Aucun PV de destruction n'a été retrouvé au niveau des Structures qui procédaient à la destruction de ces produits.

La liste des médicaments périmés ainsi que leurs quantités dans les dépôts de vente des structures de santé de Dioila.

Médicaments périmés	Quantité périmée
CTA (p18)	45 plaquettes
Tétracycline 3%	12 tubes
Zinc cp	120 plaquettes
RHZE cp	205 cp
Vit C inj	80 ampoules
Métronidazole perfusion	66 flacons
Balenbo sp adulte	31 flacons
Aspirine 500mg cp	440 cp
Phenoxymethyl pénicilline	1030 cp
Méthyl dopa 250mg cp	798 cp
Métronidazole 500mg ovule	1041 ovules
Furosémide 20mg inj	53 ampoules
Furosémide 40mg cp	169 cp
Benzathine pénicilline 2,4 M	48 ampoules
SRO-Zinc	60 UI
Sérum salé 0,9%	18 flacons
Nystatine ovule	166 ovules
Diclofenac 50mg cp	3374 cp
Aspégic 1g inj	16 ampoules
Oméprazol 20mg gélule	610 gélules
Quinine 200mg inj	148 ampoules
Fer acide folique cp	90 cp
Vitamine A capsule	1502 cap
Vitamine B complexe cp	200 cp
Vitamine B complexe inj	96 ampoules
Ciprofloxacine perfusion	2 flacons
Mébandazole 100mg cp	246 cp
Vitamine C cp	574 cp
Nystatine 50000 UI cp	270 cp
Benzathine pénicilline 1,2 M inj	50 ampoules

Gentamycine 80mg inj	84 ampoules
Benzyle pénicilline inj	11 ampoules
Miconazol pommade	5 tubes
Phytomenadione inj	81 ampoules
Captopril 25 mg	880 ampoules
Ibuprofène 200mg cp	332 cp
Paracétamol 100mg cp	1970 cp

COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Nous avons effectué une étude portant sur l'utilisation des supports de gestion des médicaments essentiels dans le district sanitaire de DIOILA de Juillet à Décembre 2017.

Cette étude avait pour objectif général d'évaluer la tenue des supports de gestion des médicaments essentiels dans les DV des 23 CSCom fonctionnels et du CSRéf du district sanitaire de DIOILA.

Les données de cette étude ont été recueillies à partir des questionnaires spécifiques adressés aux gérants des DV qui sont responsables de l'approvisionnement, la gestion de stock et la dispensation des ME aux malades.

Les résultats obtenus ont fait l'objet de commentaires et discussions.

I. LIMITES ET DIFFICULTES DE L'ETUDE :

1. Les limites :

Faute de moyens et de temps, notre étude n'a pas été menée dans tous les districts sanitaires du Mali. Cette étude n'a pas pris en compte l'aspect distribution, dispensation aux malades et de la gestion financière des médicaments essentiels (les frais d'emmagasiner et de transport ainsi que l'utilisation de l'excédent des recettes générées par la vente des médicaments essentiels).

2. Les difficultés rencontrées :

Au cours de notre étude nous avons été confronté par endroits à quelques difficultés telles que la disponibilité de certains supports ; le retard dans le déroulement de l'enquête dû à la pluviométrie, l'absence de certaines informations sur les fiches de stock et d'inventaire (les quantités consommées par mois, le nombre de jours de rupture des médicaments, la CMM, l'indice de maintien du capital).

II. PROBLEMES RENCONTRES PAR LES GERANTS DES DEPOTS DE VENTE DES CSCOM ET DU CSRéf :

➤ Difficultés administratives :

- Absence de comité de réception des ME commandés,
- Absence de contrat de travail entre certains gérants et leur employeur,
- Salaire de certains gérants est inférieur au SMIG,
- La rareté, voir absence de formation sur la gestion des ME,
- L'absence de dotation initiale pour certains CSCOMS.

➤ Difficultés logistiques :

- Enclavement de la plupart des voies d'accès,
- Moyens de transport des ME non appropriés et insuffisants,
- Manque d'étagères appropriés dans certains DV,
- Etroitesse du DV (un CSCom),
- Le local du DV non approprié (un CSCom).
- **Difficultés avec le fournisseur :**
- La rupture de certains médicaments au niveau du DRC,
- La dette du fournisseur entrave souvent la satisfaction des commandes (un seul CSCom).
- **Difficultés financières :**
- Les recettes des DV sont utilisées dans presque 50% des CSCOM pour parvenir au salaire du personnel et/ou d'autres dépenses autre que celles du DV,
- Les créances sont générées et sont parfois difficiles à rembourser voir même dans certain cas le refus de rembourser,
- Retard dans le remboursement des factures de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour le CSRéf et les CSCom qui sont affiliés à l'AMO,
- Au niveau du CSRéf, les prescripteurs ont tendance à prescrire dans les spécialités que dans les DCI.

III. LES RESULTATS DE L'ETUDE :

1-CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUE :

Il ressort de notre étude que :

Le gérant est le seul personnel exerçant dans le DV. Il assure à la fois l'approvisionnement, le magasinage s'il y a lieu, la gestion du stock, la dispensation des médicaments essentiels aux malades et la comptabilité ainsi que la mise à jour des supports de gestion ; cela serait dû au fait que les CSCom et les CSRéf constituent la base de la pyramide sanitaire dont le paquet minimum d'activités (PMA) est moins étendu par rapport aux hôpitaux de deuxième référence et de troisième référence (les Centres Hospitalier Universitaires : CHU).

52% des gérants des dépôts de vente des CSCom et du CSRéf sont du genre féminin, cela s'explique par le fait que les CSCom sont dotés d'une autonomie de finance axée sur le système de recouvrement des coûts. De ce fait la quasi-totalité du salaire du personnel du centre est fait à travers ces fonds de recouvrement. Ainsi pour réduire les charges financières du CSCom, la plupart des comités de gestion des ASACO ont confié à la matrone la double

responsabilité à savoir la gestion de la maternité et celle du dépôt de vente (DV) des médicaments essentiels. Cette situation serait avantageuse pour la gestion financière des CSCom, mais peut avoir un impact négatif sur la gestion des médicaments essentiels notamment le remplissage correct des supports de gestion (fiche de pointage journalier, fiche de stock...).

En 2014, COULIBALY Y. et DEMBELE S.O avaient trouvé dans leur étude que 1,7% des gérants étaient des matrones (genre féminin) [14].

Toutefois, en 2006 une étude faite au Benin, SOMDA C avait trouvé dans son étude que sur 10 commis, 3 étaient du genre féminin [15].

Nous avons remarqué que les matrones et les aides-soignants sont majoritairement représentés dans les DV des CSCom et du CSRéf; ceci serait dû non seulement à la précarité de la gestion financière des CSCom qui ne leur permettait pas de recruter assez de personnel qualifié au vu de la masse salariale de ceux-ci, mais aussi aux droits liés au travail que ceux-ci sont susceptibles de réclamer.

52% des gérants des dépôts de vente des CSCom et du CSRéf ne sont pas sous contrat, cette situation serait dû non seulement au fait que la majorité du salaire du personnel du centre est faite à travers les fonds de recouvrement des couts, mais aussi les primes d'indemnité, les allocations familiales et INPS qui sont au tour du contrat de travail ; bien que celle-ci pourrait contribuer à pérenniser les soins de santé au niveau des CSCom, mais elle pourrait être une source de démotivation pour le gérant.

En 2014, le rapport final du PRODESS II avait trouvé que le nombre de personnel qualifié était insuffisant [9].

76% des gérants DV sont payés par l'ASACO à travers les fonds de recouvrement des coûts, 20% sont payés par la mairie (collectivité) et 4% sont fonctionnaire de l'état ; cela montre que la collectivité est moins impliquée dans le processus de gestion des médicaments essentiels.

Presque la moitié des gérants des dépôts de vente n'ont pas reçu au moins une session de formation sur la gestion logistique des médicaments essentiels. Cette situation s'expliquerait non seulement du fait que les formations sur la gestion des médicaments essentiels sont rares dans le district, mais aussi du fait qu'assez de gérants avaient moins de 5 années d'expérience. Ce résultat n'est pas identique à celui de COULIBALY Y. et DEMBELE S.O. qui avaient trouvé dans leur étude en 2014 que la quasi-totalité (86,9%) des gérants avaient estimé avoir

participé au moins à une session de formation sur la gestion logistique des médicaments essentiels [14].

2. DISPONIBILITE DES SUPPORTS DE GESTION :

Les principaux supports de gestion des ME (la fiche de stock, la fiche des inventaires, le bon de commande, le bordereau de livraison, le registre de CRGS et le cahier de versements des recettes) étaient disponibles dans la quasi-totalité des dépôts de vente des structures de santé enquêtées. Les autres supports de gestion des ME se faisaient rare dans les dépôts de vente.

3. DETERMINATION DES BESOINS EN MEDICAMENTS ESSENTIELS :

La détermination des besoins en médicaments essentiels est faite à partir de la liste nationale de médicaments référencée du CSRéf et des CSCCom dans 52% des DV de médicaments. Cette liste des ME par niveau est élaborée par la DPM. Les 48% restant se réfèrent aux fiches des inventaires pour l'estimation de leur besoin de commande en médicaments. Ce résultat se rapproche à celui de COULIBALY J.Y. qui avait trouvé en 2015 au CHU du point-G que la liste des médicaments autorisés au Mali était largement diffusée à travers les formations hospitalières [16]. En 2003 BALLO M.D. avait trouvé dans son étude aux CHU : G Touré, Point G et Kati que la liste de médicaments autorisés au Mali n'était pas largement diffusée à travers les formations hospitalières [17]. Cela montre que la détermination des besoins en ME à partir de la liste nationale des médicaments référencée par niveau (hôpital, CSRéf et CSCCom) doit être améliorée au niveau des CSRéf et des CSCCom.

L'estimation des besoins est faite par le gérant dans 64% des cas. Ce résultat se rapproche à celui de COULIBALY Y. et DEMBELE S.O. qui avaient trouvé dans leur étude que l'estimation des besoins de commande en ME était faite par les gérants dans 73,8% des cas [14]. Ce résultat n'est pas totalement conforme à la norme préconisée par le guide du SDAD-ME [2].

Le comité de médicaments du district n'existait pas, cependant nous avons remarqué l'implication des chefs de centre dans le processus de détermination des besoins en médicaments essentiels dans 96% des DV enquêtés, de même celle de la matrone qui est à la fois le responsable de la maternité et du DV dans 48% des CSCCom. L'implication du responsable de la maternité n'a pas été signalée dans les autres structures de santé dont les gérants DV étaient du genre masculin.

L'estimation quantitative des besoins en commande est faite mensuellement et cela à travers la CMM (52%) seul ou combinée à la fréquence des pathologies (44% des cas). Ce résultat est près que identique à celui de l'étude réalisée par KADJA B. A. 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 [18].

En 2015 COULIBALY J.Y. avait trouvé dans son étude au CHU du Point G que l'estimation quantitative était faite à la pharmacie hospitalière du Point G par périodicité, méthodes de calcul (CCM à partir du logiciel de gestion) et aussi en fonction de la disponibilité de liquidités financières [16].

Toutefois en 2003, BALLO D. M. avait trouvé que la quantification était basée sur la méthode de la consommation corrigée, en fonction des consommations moyennes antérieures et du stock disponible [17].

4. COMMANDE :

Le gérant du DV, jouant le rôle d'auxiliaire en pharmacie était le responsable de la planification de l'approvisionnement en médicaments essentiels dans 64% des dépôts de vente des médicaments, par contre il était aidé par le chef de centre dans 28% des DV et la planification de l'approvisionnement en médicaments essentiels était faite par le chef de centre dans 8% des DV. Cela montre que le gérant n'a pas une autonomie de gestion des ME dans 36% des dépôts de vente. Cette situation serait tributaire non seulement au niveau d'étude, mais aussi au manque d'expérience de la part de ces gérants.

En ce qui concerne la procédure de commande, les gérants établissaient le bon de commande, le signaient puis le soumettaient au chef de centre pour la validation. Avant de valider, le chef de centre ajustait la commande en fonction du taux de morbidité par maladie selon la période de l'année. Cette procédure n'est pas en partie identique à celles de KADJA B. A. à l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar (République du Sénégal) [18] et de J.Y.COULIBALY au CHU du point-G en 2015 qui avaient trouvé que le bon de commande suivait le même processus, mais pouvait être modifié en fonction de la disponibilité financière [16]. Cet état de fait pourrait être avantageux pour une bonne gestion des stocks en ME du fait que le chef de centre soit le principal prescripteur de ces médicaments.

Le temps moyen nécessaire à l'élaboration d'une commande est inférieur à 72 heures dans 92% des DV enquêtés, cependant il est supérieur à 72 heures dans 8% des DV. Ce résultat est conforme à la norme recommandée par l'OMS qui ne doit pas excéder les 72 heures [19]. En

2010 MIWAINA.G avait obtenu dans son étude aux CHU du point-G (4à5 jours) et de Kati (7à10 jours) [5].

Le temps nécessaire à l'envoi d'une commande est inférieur à un jour dans 12% des cas, il est d'un jour dans 84% des cas et est de deux jours dans 4% des DV enquêtés. Le seul DV qui a le temps nécessaire à l'envoi d'une commande de deux jours est celui d'un CSCom ayant un plateau technique bien étoffé et distant du CSRéf de 110 km.

Ce résultat est presque identique à celui de MIWAINA.G qui avait trouvé un jour aux CHU du point-G et de Kati [5].

Les commandes étaient faites à un rythme fixe (mensuel) dans tous les dépôts de vente enquêtés. Ce résultat pourrait s'expliquer du fait que les CSCom et les CSRéf ont un volume de travail très réduit par rapport aux hôpitaux, mais aussi la dette du fournisseur était remboursée avant l'acquisition de la nouvelle commande. Ce résultat n'est pas similaire à celui de COULIBALY J.Y. qui avait trouvé qu'au CHU du point-G les commandes étaient faites à un rythme irrégulier [16]. En 2006 au BENIN, une étude faite par SOMDA C.au niveau des centres de santé avait révélé que les commandes étaient faites selon une périodicité variable ou inconnue [15].

4 DV enquêtés ont un degré de satisfaction à 100%, 5 DV sont satisfaits à 99%, 2DV ont un degré de satisfaction à 98%, 5 DV sont satisfaits à 95%, un DV est satisfait à 91%, 5 DV sont satisfaits à 90%, 2 sont satisfaits à 80% et un est DV est satisfait à 70%. Ce résultat est en partie similaire à ceux trouvés respectivement par MIWAINA G. 90% dans les CHU du point-G et de Kati en 2010 [5] et de SOMDA C. 99% au Benin en 2006[15].

Le délai de livraison est de un jour dans tous les DV enquêtés. Cette courte durée du délai de livraison serait dû non seulement du fait que le personnel chargé de l'achat des médicaments essentiels vient s'auto approvisionné au niveau du DRC à l'aide d'une moto, mais aussi le processus de validation du bon de commande est court de même que les quantités commandées sont peu importantes.

5. LA RECEPTION :

Le comité de réception des médicaments essentiels commandés existait dans 60% des CSCom. Cependant, ce comité est fonctionnel seulement dans 20% des CSCom où il existe. Cet état de fait pourrait s'expliquer par le fait que le chef du centre et le gérant du DV sont les seuls instruits parmi les membres du comité de réception dans la plupart des CSCom. Le système de contrôle physique des ME commandés existait dans tous les DV. Il était fait par le gérant seul ou en collaboration avec le chef du centre dans la majorité des CSCom. Le PV de réception n'était pas fait par les gérants hormis un seul d'entre eux qui respecte toutes les étapes. Ce résultat n'est pas conforme à la norme recommandée par le guide du SDAD-ME [2].

6. GESTION DU STOCK :

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 tous les 25 DV enquêtés. Le stock de sécurité existait dans 23 CSCom par contre 2 CSCom n'en disposaient pas de stock de sécurité. Ce résultat est quasi identique à celui trouvé en 2015 par COULIBALY J.Y. au CHU du point-G [16].

Les médicaments étaient rangés sur les étagères et les palettes au besoin, cependant dans 2 dépôts de vente des CSCom des cartons contenant des médicaments ont été retrouvés au sol.

La chaîne de froid est respectée dans tous les CSCom. Cependant, dans les vingt-cinq dépôts de vente enquêtés, le thermomètre déviant permettre de mesurer la température du DV existe dans deux dépôts de vente seulement. Cet état de fait s'explique non seulement du fait que ces gérants ignoraient que la température du DV doit être prise à tout moment de la journée, mais aussi comment s'en procurer de ce thermomètre.

La fiche de stock existait pour chaque médicament essentiel dans tous les dépôts de vente enquêtés. Ces fiches de stock étaient mises à jour chaque semaine dans cinq DV et après la réception d'une nouvelle commande (par mois) dans vingt DV. Les informations sur certains éléments de suivi du stock (la consommation du mois, le nombre de jours de rupture, la CMM et les observations par rapport aux médicaments avariés, cassés et/ou perdus) étaient inexistantes sur ces fiches de stock dans la quasi-totalité des dépôts de vente du CSRéf et des CSCom. Ceci pourrait avoir comme conséquence, les ruptures de stocks dans les DV. 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'un DV.

En Côte d'Ivoire, le modèle des fiches de stocks prévoyait le stock de sécurité et le stock d'alerte (ou stock de protection). Ces deux informations permettent de savoir à quel moment une commande doit être faite pour éviter une éventuelle rupture des stocks [19].

Tout ceci pour montrer que la maîtrise du stock doit être une des priorités pour le gérant du dépôt de vente.

L'inventaire est fait mensuellement dans 96% des dépôts de vente enquêtés et de façon trimestrielle dans 4% des dépôts de vente. L'unique DV qui fait ses inventaires par trimestre constitue le DV principal du CSRéf. Cet état de fait s'expliquerait par les quantités de médicaments essentiels gérés par ce dépôt de vente. 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 [20]. 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 [15].

Les ME sont classés dans la surface de vente des dépôts de vente selon :

L'ordre alphabétique dans 88% des dépôts de vente, par contre 16% des dépôts de vente n'avaient pas respecté l'ordre alphabétique.

La méthode FEFO était respectée dans 80% des dépôts de vente enquêtés, contrairement à ceux-ci 20% des gérants DV classaient leurs médicaments essentiels selon la méthode FIFO ;

La forme galénique était respectée dans 72% des dépôts de vente, par contre 28% des gérants DV ne respectaient pas cette méthode.

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 [15].

Tous les dépôts de vente du district sanitaire se ferment à clé. Les traces de rongeurs ont été retrouvées dans 8% des DV contrairement aux autres DV où aucune trace de rongeurs n'a été retrouvée. La présence de l'humidité a été remarquée dans 28% des dépôts de vente, cependant l'humidité n'a pas été retrouvée dans 72% des DV enquêtés. Les rideaux permettant d'éviter l'entrée de la poussière dans les DV et de protéger les médicaments contre les rayons solaires n'existent pas dans 76% des dépôts de vente, par contre ils existent dans 24% des DV. Le capital est maintenu dans 84 % des DV, cela ne l'est pas dans 16% des dépôts de vente ;

cependant il est à noter que deux CSCom n'ont pas renseigné la partie financière de leurs inventaires.

7. RUPTURE DE STOCK ET MEDICAMENTS PERIMES :

Il ressort de notre étude que tous les DV du district ont connu des ruptures de stock, parfois des ruptures à répétition pour le même médicament. Ces ruptures seraient dues au non maîtrise de la CMM et du stock minimal ou stock d'alerte. Cependant des ruptures de stock ont été signalées au niveau même du DRC.

Seulement 24% des dépôts de vente enquêtés n'ont pas connus de péremption de médicaments les 12 mois précédant l'enquête. Ces médicaments variaient d'une structure à une autre. Cette situation s'expliquerait par le fait que les gérants faisaient des commandes de médicaments sans tenir compte des médicaments qui sont prescriptibles selon que le CSCom soit tenu par un TS, un TSS ou par un médecin ; voir même dans certains cas des médicaments qui devraient être prescrits au niveau des CSRéf ou par des spécialistes. A ceci s'ajoute le manque de communication entre les gérants et les prescripteurs par rapport aux médicaments qui tendaient vers la péremption et par fois le gérant DRC obligeait ceux des DV à acheter des quantités énormes sous prétexte que les quantité contenant certaines boites ne étaient pas vendues par unité de comprimé, gélule ou tout autre forme galénique.

Nous avons constaté que même les produits de gratuité sont aussi concernés par les ruptures et les péremptions.

8. LA TENUE DES SUPPORTS DE GESTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS :

Excepté les fiches de stock, les principaux supports de gestion des médicaments essentiels étaient bien tenus. Cette situation s'expliquerait par le fait que les chefs de centre sont fortement impliqués dans le processus des inventaires, de même qu'ils veillaient à la trésorerie du centre. Les chefs de centre seraient impliqués également dans la tenue des registres de CRGS au niveau de la plus part des CSCom du fait que ces rapports soient acheminés au niveau du district. Les autres supports dits secondaires sont plus ou moins bien tenus au niveau de l'ensemble des structures de santé de Dioïla.

Il ressort de notre étude que les dépôts de vente tenus par les gérants ayant un niveau d'étude élevé tenaient bien les supports de gestion des ME. Le nombre d'années d'expérience influence très peu sur la tenue correcte des supports de gestion de médicaments essentiels. Cet état de fait pourrait s'expliquer non seulement par le fait que la plus part des gérants expérimentés n'ont reçu qu'une seule formation sur la tenue du registre de compte rendu de gestion des médicaments, mais aussi plus de la moitié des gérants géraient à la fois la maternité et le dépôt de vente des médicaments.

Nous avons remarqué dans notre étude que les gérants du genre masculin tenaient correctement les supports de gestion des médicaments par rapport à ceux du genre féminin. Cette situation s'expliquerait non seulement par le fait que les gérants de sexe féminin géraient à la fois la maternité et le DV, mais aussi qu'elles ont un niveau d'étude moins élevé par rapport à la plus part des gérants de sexe masculin.

1-Conclusion :

Dans l'ensemble, nous avons remarqué qu'il y a une insuffisance de personnel qualifié pour la gestion des ME dans les CSCom et le CSRéf. Assez de supports de gestion des ME existent dans les DV enquêtés et ils sont assez bien tenus. Cependant leur interprétation devrait conduire à des prises de décisions adéquates faisait défaut ; d'où la fréquence des ruptures de stock et un nombre important de médicaments qui sont périmés dans la plupart des dépôts de vente enquêtés.

2- Recommandations :

2-1- Au gouvernement :

- ✓ De créer une école de formation des auxiliaires en pharmacie,
- ✓ Mettre à la disposition des CSCom les fonctionnaires de l'état ou de la collectivité afin d'éviter que les recettes du DV ne soient utilisées au profit du salaire d'autres personnels,
- ✓ Exigé aux ASACO de recruter du personnel qualifié pour la gestion des médicaments essentiels.

2-2-A la CANAM :

- ✓ Rembourser les factures AMO du CSRéf et des CSCom qui sont affiliés à l'assurance maladie obligatoire dans les délais aussi courts que possible.

2-3-Au District sanitaire de Dioïla :

- ✓ Mettre à la disposition des gérants des DV la Liste Nationale de Médicaments Essentiels (LNME) par niveau,
- ✓ Assurer les formations de mise à niveau des gérants des dépôts de vente sur la gestion des médicaments essentiels au moins une session par an,
- ✓ Organiser des activités de supervision des gérants des DV,
- ✓ Rendre disponible les médicaments essentiels qui partent fréquemment en rupture au niveau du DRC.

2-4-Aux médecins prescripteurs du CSRéf :

- ✓ Prescrire plus dans les DCI que dans les spécialités.

2-5-Aux ASACO :

- ✓ Recruter assez de personnel qualifié pour la gestion des médicaments essentiels,

- ✓ Doter les dépôts de vente des médicaments en thermomètre permettant de relever la température du DV à tout moment,
- ✓ Renforcer la disponibilité des supports de gestion des médicaments essentiels,
- ✓ Construire des locaux appropriés permettant d'éviter l'entrée de l'eau dans les dépôts de vente des médicaments essentiels,
- ✓ Respecter le SDADME,
- ✓ Doter les DV de rideaux déviant empêcher la poussière et les rayons solaires d'atteindre les médicaments à l'intérieur des dépôts de vente,
- ✓ Sensibiliser les populations pour que celles-ci remboursent à temps les créances générées,
- ✓ Mettre en place des comités de réception des ME commandés et veiller à ce qu'ils soient fonctionnels.

2-6-Aux gérants DV :

- ✓ Faire une auto évaluation en matière de gestion des médicaments essentiels,
- ✓ Respecter les normes et procédures de gestion des médicaments essentiels notamment,
- ✓ Renseigner correctement les supports de gestion des ME,
- ✓ Réduire, voire même éviter de générer des créances.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1-Management Sciences for Health, guide de gestion rationnelle des intrants essentiels dans les points de prestation de service et dans les dépôts périphériques [Rational Pharmaceutical Management Guide], 2004

2-Direction de la pharmacie et du médicament (DPM), Manuel du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDAD-ME), version 2010.

3-Ministère de la santé de la RDC, Programme National d'Approvisionnement en médicaments, Cartographie des systèmes d'Approvisionnement et de Distribution des médicaments et autres produits de santé en République Démocratique du Congo (RDC) en 2009.

4-DESCHAMPS J. 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.

5- MIWAINA G. 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 de Pharmacie, Univ. Bamako.FMPOS.2010 Thèse N°44.

6-Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels (17^{ème} liste révisée en 2011).

7-Ministère de santé et de l'hygiène publique, Rapport d'évaluation du PDDSS 2011. Cellule de planification et de statistique secteur santé, développement social et promotion de la famille.

8-KONATE M.K, KANTE B, DJENEPO F, politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des Centres de Santé Communautaire au Mali : Etude de cas en milieu urbain et rural, 2003, p36.

9-Ministère de la santé et de l'hygiène publique, rapport PRODESSIII Version finale (2014-2018) 11Mai 2014. Cellule de planification et de statistique secteur santé, développement social et promotion de la famille P234.

- 10- COOVI L. C.** 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.
- 11- KONARE A.** Etude de la mise en œuvre du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDAD-ME) dans la ville de Kayes. Thèse de Pharmacie, Bamako, FMPOS, 2002, N°28
- 12- BAKABE R.M.,** 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.
- 13- TRAORE S.** rapport de stage de titularisation, CSRéf de Dioïla, 2012
- 14- COULIBALY Y.et DEMBELE S.O.** Rapport d'Evaluation de la gestion des médicaments à visée maternelle et infantile dans le secteur sanitaire public au Mali, DPM 2014.
- 15- SOMDA C.** 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.
- 16-COULIBALY J.Y.** Approvisionnement de la pharmacie de la pharmacie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point-G en Médicament Essentiels Génériques (MEG) et Dispositifs Médicaux (DM), Thèse de pharmacie, Bamako, FAPH, 2015, N°08
- 17-BALLO D.M.** Système d'approvisionnement d'une pharmacie hospitalière : cas des hôpitaux Gabriel Touré, Point- G, et Kati.
Thèse de pharmacie, Bamako, FMPOS, 2003, N°17.
- 18- KADJA B.A.** 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.
- 19- Organisation mondiale de la santé,** Stratégie régionale pour un meilleur accès aux médicaments 2004-2007. Bureau régional du Pacifique Occidental 2003.

20- SANOGO A. 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.

FICHE SIGNALITIQUE:

Nom : BERTHE, **Prénom :** Harouna

Adresse/email : harounaberthe2104@gmail.com

Année universitaire 2016-2017

Titre : Utilisation des supports de gestion des médicaments essentiels dans les structures de santé de Dioïla : cas de 23 CSCom et du CSRéf.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de pharmacie et de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako, BP : 1805.

Secteur d'intérêt : gestion pharmaceutique et pharmacie hospitalière

Résumé :

L'introduction des supports de gestion des ME a été un apport considérable pour la maîtrise du flux des médicaments tant au niveau des établissements pharmaceutiques d'importation et de vente en gros des produits pharmaceutiques, que dans les établissements pharmaceutiques de distribution et de vente des médicaments en détaille au niveau des structures publique, communautaire et privée.

Vu la multiplicité des supports de gestion des ME, la fréquence des ruptures de stock des médicaments et un nombre assez important de médicaments périmés dans les structures de santé, nous avons décidé de mener une étude sur l'utilisation des supports de gestion des médicaments essentiels.

Notre étude avait pour but d'évaluer la tenue des supports de gestion des ME.

Cette étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Dioïla. Il s'agissait d'une étude descriptive et longitudinale s'étendant de Juillet 2017 à Décembre 2017, soit une période de 6 mois. Au total 25 dépôts de vente ont été intéressés par notre étude dont 23 DV des CSCom et les 2 DV du CSRéf.

Les fiches de stock et d'inventaire, le cahier de CRGS, le bon de commande, les factures d'achat ou les bordereaux de livraison et le questionnaire ont servi de sources des données.

Au terme de notre étude, il est ressorti que les matrones et les aides-soignants étaient les plus représentés avec respectivement 48% et 24%. Plus de la moitié des gérants des dépôts de vente avaient au moins cinq (5) années d'expérience en matière de gestion des Médicaments

Essentiels (ME). 64% des gérants des dépôts de vente ne possédaient pas de documents de politique nationale en matière de médicaments. Presque la moitié (48%) des gérants des dépôts de vente ne disposaient pas de Liste Nationale de Médicaments Essentiels (LNME) en DCI. Hormis les commandes exceptionnelles, tous les gérants des DV faisaient leur commande à travers un bon de commande élaboré à cet effet. La quasi-totalité des CSCom ne rédigeaient pas le PV de réception des médicaments essentiels commandés et reçus.

Malgré les efforts fournis par la DPM, les normes et procédures de gestion des médicaments essentiels ne sont pas entièrement respectées dans tous les dépôts de vente enquêtés au niveau des CSCom et du CSRéf.

Mots clés : supports de gestion, Médicaments Essentiels, structures de santé, Dioïla.

Summary:

The introduction of EM management supports has been a significant contribution to the control of the flow of medicines at pharmaceutical import and wholesale pharmaceutical establishments, as well as at pharmaceutical establishments for the distribution and sale of pharmaceuticals. Medicines at the level of public, community and private structures. Given the multiplicity of EM management supports, the frequency of drug stock outs and a large number of expired medicines in healthcare facilities, we decided to conduct a study on the use of essential drugs management supports..

Our study was designed to evaluate the behavior of EM management tools. This study was conducted in the health district of Dioïla. This was a descriptive and longitudinal study extending from July 2017 to December 2017, a period of 6 months. A total of 25 sales depots were interested in our study, including 23 CSCom DVs and 2 CSRef DVs. The inventory and inventory sheets, the CRGS booklet, the purchase order, the purchase invoices or the delivery slips and the questionnaire served as sources of the data. At the end of our study, it was found that the matrons and caregivers were the most represented with respectively 48% and 24%. More than half of the sales deposit managers had at least five (5) years of experience managing Essential Drugs (EM). 64% of sales deposit managers did not have national drug policy documents. Almost half (48%) of sales deposit managers did not have a National Essential Drug List (NCLM) in DCI. Apart from the exceptional orders, all the managers of the DV made their order through a purchase order prepared for this purpose. Virtually all CHCs did not write the receipt of essential drugs ordered and received.

Despite the efforts made by the DPM, standards and procedures for the management of essential drugs are not fully respected in all sales depots surveyed at the level of the CSCom and the CSRéf.

Key words: management supports, Essential Drugs, health structures, Dioïla.

REGION DE _____

CERCLE DE _____

BON DE COMMANDE N°

DEPOT R V _____

DESTINATION _____

DATE _____

N°	DESIGNATION	FORME	DOSAGE	QUANTITE COMMANDEE	P.U.	MONTANT	OBSERVAT
.1							
24							

TOTAL A REPORTER

**MONTANT TOTAL
LIVRE**

Arrête le présent bon de livraison à la somme de _____

F CFA

SIGNATURES ET CACHETS

GERANT

CHEF SERVICE

REPUBLIQUE DU MALI

REGION DE _____

Un Peuple - Un But - Une Foi

DEPOT REPARTITEUR CERCLE DE _____

BON DE LIVRAISON N°

DESTINATION _____

DATE _____

N°	DESIGNATION	FORME	DOSAGE	QUANTITE	P.U.	MONTANT	OBSERVATIONS

TOTAL A REPORTER

MONTANT TOTAL LIVRE

Arrête le présent bon de livraison à la somme de _____

F CFA

SIGNATURES ET CACHETS

GERANT D. R. C.

GERANT D. V.

REGION DE _____

Un Peuple - Un But - Une Foi

CERCLE DE _____

DEPOT _____

FICHE DE RECEPTION N°

N°	DESIGNATION	FORME	DOSAGE	QUANTITE LIVREE	QUANTITE RECUE	P.U.	MONTANT RECU	OBSERVATIONS

TOTAL A REPORTER

MONTANT TOTAL LIVRE

Arrête le présent bon de livraison à la somme de

F CFA

SIGNATURES ET CACHETS

GERANT

COMPTABILITE

COMITE
GESTION

DE

CHEF
SERVICE

QUESTIONNAIRE :

Bonjour Madame/Monsieur, vous avez devant vous M. HAROUNA BERTHE, étudiant en 6^{ème} Année pharmacie.

Avec votre permission, j'ai l'honneur de vous adresser un questionnaire de thèse en pharmacie dont le thème s'intitule : « **utilisation des supports de gestion des médicaments essentiels dans le district sanitaire de Dioila : cas de 23 CSCOM et du CSRéf.** »

Sachez que l'anonymat et la confidentialité sont de règle.

Date de l'enquête :/...../2017.

CSCOM DE :.....

I-CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

1-Sexe / __/ 1= Masculin, 2= Féminin

2-Niveau d'étude / __/ : 1=Doctorat ; 2=TSS ; 3=TS; 4=Autres

Si autre, préciser.....

3-Le gérant est-il (elle) sous contrat ? / __/ 1= oui, 2= non

Si oui, quel type de contrat ? / __/ 1= CDD, 2= CDI

4-Est-il (elle) rémunéré(e) par / __/ 1= Etat, 2= Collectivité, 3= ASACO

5-Quelle ancienneté a-t-il (elle) ? Un an / __/, deux ans / __/, trois ans / __/, quatre ans / __/, cinq ans et plus / __/ 1= un an, 2= deux ans, 3= trois ans, 4= quatre ans, 5= cinq ans et plus

6-Quel(s) poste(s) a-t-il (elle) occupé avant d'être gérant du dépôt de vente.....

II-DETERMINATION DES BESOINS.

1-Existe-t-il un document de politique nationale en matière de médicaments ?/ __/ 1= oui, 2= non

2-Existe-t-il une liste nationale de médicaments essentiels en dénomination commune internationale officiellement adoptée et diffusée dans tout le pays ?/ __/ 1= oui, 2= non

3- Qui est chargé de l'estimation des besoins en médicaments essentiels ?

.....

4-Comment faites-vous l'estimation de vos besoins ?/ __/ 1= CMM, 2=morbidité, 3= disponibilité financière

5-Le directeur technique du centre (DTC) est-il impliqué dans l'estimation des besoins en médicaments essentiels ? / __/ 1= oui, 2= non

Commentaire :.....

.....

6-Quels sont les supports de gestion utilisés pour l'estimation des besoins ?

.....

.....

.....

IV- COMMANDE :

1-Etes-vous au courant de l'existence du schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels ? / __/ 1= oui, 2= non

2-Si oui, vos commandes suivent-elles le schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels ? / __/ 1= oui, 2= non

3-Existait-t-il un responsable chargé de l'achat des médicaments essentiels ? / __/ 1= oui, 2= non

Quel rôle joue-t-il dans le centre de santé communautaire ?.....

4-Comment passez-vous vos commandes ? / _ / 1= rédaction d'un bon de commande, 2= par téléphone, 3= autres

Si autres, préciser

5-Quel est le temps nécessaires à l'élaboration d'une commande ?.....

6-Quel était le temps nécessaire à l'envoi d'une commande ?.....

7-Quel est le délai de livraison.....
.....

8- Les approvisionnements se limitent-ils ?

8-1-Au fournisseur privilégié ? / _ / 1= oui, 2= non

8-2-Si non, autres à préciser.....

.....

8-3-Quelles en sont les raisons ?.....

.....

.....

.....

8-4-Aux produits présents sur la liste nationale des médicaments essentiels ? / _ / 1= oui, 2= non

9-Quel est votre rythme de commande ? / _ / 1= hebdomadaire, 2= mensuel, 3= trimestriel, 4= semestriel,

10- Il vous est arrivé par fois de faire des commandes exceptionnelles ? / _ / 1= oui, 2= non

Si oui, dans quel contexte.....

.....

V-CONTROLE DES PRODUITS A LA RECEPTION :

1-Existe-t-il un comité de réception de la commande ? / _ / 1= oui, 2= non

2- Existe-t-il un système de contrôle physique (qualitatif et quantitatif) des médicaments commandés ? / __ / 1= oui, 2= non

3-Que faites- vous en cas de non-conformité de la commande ?

.....
.....

4-En général, les quantités livrées/reçues correspondent-elles aux quantités commandées pour tous les médicaments essentiels d'usage courant ? / __ / 1= oui, 2= non

5-Les délais de livraison prévus sont-ils respectés ? / __ / 1= oui, 2= non;

Si non, quelles en sont les raisons ?

.....
.....

6-Quels sont les supports de gestion que vous utilisez pour la réception des médicaments commandés?

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

7-Pouvez-vous estimer en pourcentage votre état de satisfaction par rapport aux commandes que vous recevez du fournisseur privilégié ?.....

8-Il vous est arrivé de faire des réclamations ? / __ / 1= oui, 2= non

Commentaire:.....

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

9-Quels sont les supports utilisés pour la réclamation ?

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

VI- GESTION DE STOCK :

Normes et procédures de gestion de stock :

1-Existence de zone séparée pour le stockage ? / __/ 1= oui, 2= non

2-Existence d'un stock de sécurité ?/ __/ 1= oui, 2= non

3-Stockage au sol / __/ 1= oui, 2= non

4-Mesure de la température / __/ 1= oui, 2= non

5-Respect de la chaine de froid pour les produits qui le nécessitent / __/ 1= oui,
2= non

6-Stockage sur étagères / __/ 1= oui, 2= non

7-Existence d'une fiche de stock pour chaque médicament / __/ 1= oui, 2= non

8-Les fiches de stocks sont-ils à jour/ __/ 1= oui, 2= non

9-Existence des fiches inventaires / __/ 1= oui, 2= non

Si oui, à quel rythme est-il fait ? / _ / 1= mensuel, 2= trimestriel, 3= semestriel,
4= annuel

10-Existence des ruptures de stocks les 12 mois précédant l'enquête? / __/ 1=
oui, 2= non;

Si oui, quels sont ces médicaments ainsi que le nombre de jours de rupture

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

11-Existence des médicaments périmés et/ou avariés les 12 mois précédant l'enquête ? / _/ 1= oui, 2=non

Si oui, quels sont ces médicaments ainsi que les quantités périmées.....

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

12-Quel est le mode de gestion des produits périmés et/ou avariés ces dernières années ?

.....

13- Les médicaments sont- ils rangés selon :

La méthode FIFO / _/ 1= oui, 2= non

La méthode FEFO /_/ 1= oui, 2= non

La classe thérapeutique / _/ 1= oui, 2= non

La forme galénique / _/ 1= oui, 2= non

Par ordre alphabétique / _/ 1= oui, 2= non

14- Le dépôt peut-il être fermé à clé ? / _/ 1= oui, 2= non

15- Existence de traces de rongeurs / _/ 1= oui, 2= non

16-Existence d'humidité dans le dépôt de vente / _/ 1= oui, 2= non

17-Existence de rideaux empêchant les rayons solaires d'atteindre les médicaments / _/ 1= oui, 2= non

18-Quels sont les supports utilisés pour la gestion des médicaments à l'intérieur du dépôt de vente de médicaments?.....

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

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

19- Quel est l'indice de maintien du capital du dépôt le jour de l'enquête?

.....

VII-LES DIFFICULTES :

1-Les difficultés administratives :

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

2-Les difficultés logistiques :

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

3-Les difficultés avec les fournisseurs :

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

4-Les difficultés financières :

.....
.....

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maitres 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'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !