



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE

DESS GESTION DES SERVICES DE SANTE
Option : gestion des programmes de santé

23^{ème} Promotion 2012-2013



MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

THEME

**CONTRIBUTION A L'AMÉLIORATION DE LA GESTION
DES MÉDICAMENTS A L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE
D'ABIDJAN**

Présenté par :

ASSEMIAN AKE ARTHUR GISLAIN

Sous la direction de :

Prof. IBRAHIMA SECK

Professeur Agrégé de Santé Publique

Enseignant associé au CESAG

DECEMBRE 2013

DEDICACES

Nous dédions ce travail à :

- DIEU TOUT PUISSANT sans qui rien n'est possible.
- Notre mère et à feu notre père
- Mon épouse et à mes enfants, pour tous les sacrifices consentis pendant notre absence
- Mes frères et sœurs
- Tous les stagiaires de la 23ème promotion du DESS/GSS de l'ISMS, les durs moments passés ensemble nous ont permis de mieux nous connaître et de raffermir nos liens. Puisse le tout puissant donner à chacun ce que son cœur désire.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à tous ceux qui de près ou de loin, en pensée, en parole, par action ou par omission ont contribué d'une manière ou d'une autre à notre formation et à la réalisation de ce travail. La liste est longue et nous nous excusons de ne pouvoir citer tout le monde.

Nous remercions particulièrement :

- Le Gouvernement de la république de Côte d'Ivoire à travers Le Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida qui a autorisé cette formation
- L'UEMOA qui nous a octroyé une bourse d'excellence pour le financement de cette formation
- Notre directeur de mémoire, le Professeur Ibrahima SECK, professeur agrégé de santé publique à l'UCAD et enseignant associé au CESAG. Merci professeur pour les sacrifices consentis à mon égard. Les mots me manquent pour vous exprimer toute ma gratitude.
- Monsieur le Directeur de l'Institut Supérieur de Management de la Santé, Dr. Amani KOFFI
- Tous les enseignants de l'ISMS
- Mme Fatoumata GUEYE, assistante de programme à l'ISMS
- Monsieur Yapo Balise
- Le Professeur Remi SEKA, Directeur de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan
- Monsieur Ali OUATTARA, Chef du service autonome du contrôle et de l'évaluation de l'ICA
- Monsieur N'Go Koffi, statisticien au service du contrôle et de l'évaluation de l'ICA
- Tout le personnel de la pharmacie centrale de l'ICA
- Les honorables membres du jury vos apports et contributions nous ont permis d'améliorer la qualité de ce travail.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ABC/OBC: Organisation à base communautaire

CES: Certificat d'études spéciales

CI : Cote d'ivoire

CME: Commission médicale d'établissement

CNTS: Centre national de transfusion sanguine

CTE: Commission technique d'établissement

DPM: Direction de la pharmacie et du médicament

ECG: Electrocardiogramme

EDS : Enquête démographique et de santé

ENV : Enquête sur le niveau de vie

EPA: Etablissement public à caractère administratif

EPN: Etablissement public de santé

ESPC: Etablissement sanitaire de premier contact

ICA : Institut de Cardiologie d'Abidjan

IDH : Indice de développement humain

IMAT : Inventory management assessment tool

INHP: Institut national d'hygiène public

ISMP: Institut for safe medication practices

INS : Institut national de la statistique

INSP: Institut national de la santé publique

IPR: Institut Pierre Richet

IR : Institut Raoul Follereau

LNSP: Laboratoire national de la santé publique

MICS : Enquête par grappe à indicateurs multiples

MSHP: Ministère de la santé et de l'hygiène public

MSLS: Ministère de la santé et de la lutte contre le sida

OMD: Objectif du millénaire pour le développement

OMS: Organisation mondiale de la santé

ONUSIDA: Organisation des nations unies pour la lutte contre le sida

PGP: préparateur et gestionnaire en pharmacie

PIB : Produit intérieur brut

PNDAP: Programme national de développement de l'activité pharmaceutique

PNLP: programme national de lutte contre le paludisme

PNPMT: Programme national de promotion de la médecine traditionnelle

PNS : Politique nationale de santé

PPN: Politique pharmaceutique nationale

PPTE : Pays pauvre très endetté

PSP: Pharmacie de la santé publique

RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat

RHS: Ressources humaines de santé

SAMU: Service d'aide médicale d'urgence

SIDA: Syndrome d'immunodéficience acquise

TPS: Tradipratiticien de santé

UEMOA : Union économique et monétaire ouest africaine

USD : Dollar américain

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET GRAPHIQUES

❑ TABLEAUX

Tableau I : Récapitulatif de l'évolution de l'effectif de l'ICA de 2010 à 2012.....	P19
Tableau II : Patrimoine de l'ICA au 31 décembre 2012.....	P21
Tableau III : Etat d'exécution des ressources financières par grande masses pour l'année 2012.....	P23
Tableau IV : Comparaison des méthodes de quantification.....	P40
Tableaux V : Situation de la variation générale du stock.....	P58
Tableaux VI : Pourcentage moyen de temps de rupture de stock.....	P58
Tableaux VII : Vote pondéré-causes.....	P71
Tableaux VIII : Pareto.....	P72
Tableaux IX : Coefficient de pondération des critères.....	P74
Tableaux X : Priorisation des solutions.....	P75
Tableau XI : Cadre logique.....	P76
Tableau XII : Plan opérationnel.....	P78
Tableau XIII : Budget.....	P81
Tableau XIV : Chronogramme des activités.....	P82

❑ FIGURES

Figure 1 : Organigramme de l'ICA.....	P14
Figure 2 : Cycle de gestion des médicaments essentiels.....	P36
Figure 3 : Détermination de la quantité de médicaments nécessaire pour le traitement d'un problème de santé.....	P39
Figure 4 : Variation des enregistrements par rapport au compte physique du stock.....	P57

Figure 5 : Diagramme d'Ishikawa.....	P70
--------------------------------------	-----

❑ GRAPHIQUES

Graphique 1 : Evolution des ressources propres de l'ICA de 2008 à 2012.....	P24
Graphique 2 : Disponibilité des médicaments à la pharmacie de l'ICA.....	P58
Graphique 3 : Diagramme de Pareto.....	P73

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES ANNEXES

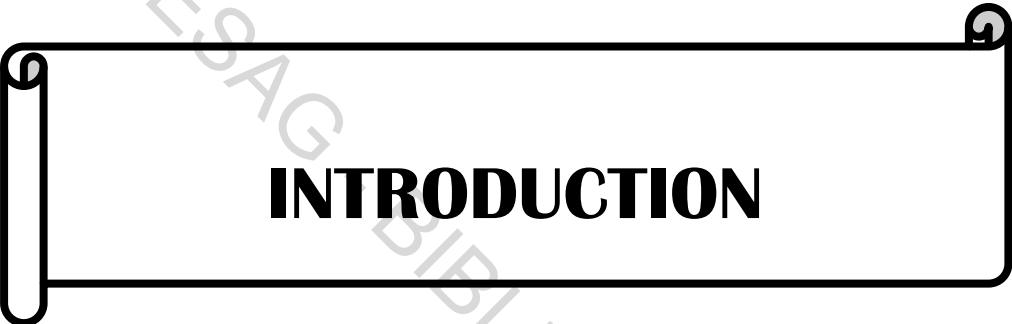
Annexe 1 : Guide d'entretien avec le directeur administratif et financier.....	P94
Annexe 2 : Guide d'entretien avec l'agent comptable.....	P94
Annexe 3 : Guide d'entretien avec le chef de service de la pharmacie.....	P95
Annexe 4 : Guide d'entretien avec les surveillants et ou majors des services.....	P96
Annexe 5 : Guide d'entretien avec les non membres du comité du médicament.....	P97
Annexe 6: Guide d'entretien avec quelques membres du comité du médicament.....	P97
Annexe 7 : Guide d'entretien avec les médecins.....	P98
Annexe 8 : Guide d'entretien avec les infirmiers.....	P98
Annexe 9 : Guide d'entretien avec les parents des malades hospitalisés.....	P98
Annexe 10 : Processus de dispensation des produits pharmaceutiques.....	P99
Annexe 11 : Fiche de collecte IMAT.....	P100

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	iii
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	v
LISTE DES ANNEXES	vii
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	3
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE	4
1.1. Analyse de l'environnement externe de l'ICA	4
1.1.1. Contexte géographique de la Cote d'Ivoire	4
1.1.2. Contexte socioculturel	4
1.1.3. Contexte démographique	4
1.1.4. Contexte sociopolitique	5
1.1.5. Contexte économique	5
1.1.6. Contexte administratif	6
1.1.7. Le système de santé en Cote d'Ivoire	6
1.1.7.1. Politique sanitaire	6
1.1.7.2. Organisation du système de santé	6
1.1.7.3. Profile épidémiologique de la Cote d'Ivoire	8
1.1.7.4. La politique pharmaceutique	10
1.2. Analyse de l'environnement interne de l'ICA	12
1.2.1. Historique	12
1.2.2. Statut	13
1.2.3. Les missions	13
1.2.4. Organisation et fonctionnement	13

1.2.5. Les Ressources de l'ICA	18
1.2.5.1. Les ressources humaines	18
1.2.5.2. Les ressources matérielles	21
1.2.5.3. Les ressources financières	21
1.2.6. Présentation de la pharmacie	25
1.3. Synthèse de l'analyse de l'environnement	26
1.4. Identification des problèmes et priorisation	27
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE	28
2.1. Contexte et justification	28
2.2. Revue de la littérature	31
2.3. But de l'étude	34
2.4. Objectifs de l'étude	34
2.5. Cadre conceptuel	35
2.5.1. Définition des concepts	35
2.5.2. Processus d'approvisionnement	36
2.5.3. Intérêt d'une bonne gestion de la logistique des médicaments	46
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ETUDE	47
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	48
3.1. Méthodologie de l'approche quantitative	48
3.2. Méthodologie de l'approche qualitative	50
3.3. Difficultés et limites de l'étude	52
CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS	53
4.1. Résultats de l'enquête	53
4.1.1. Le processus de gestion des médicaments	53
4.1.2. Efficacité des systèmes d'enregistrement et de gestion	57
4.1.3. Le processus de recouvrement des couts et de dispensation	58
4.2. Analyse des résultats	60
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSE ET LEUR PRIORISATION-IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS- PLAN DE MISE EN OEUVRE	63

CHAPITRE V : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION	64
5.1. Présentation des outils	64
5.2. Présentation et analyse des causes	66
5.3. Priorisation des causes	71
CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS	74
6.1. Présentation des solutions	74
6.2. Priorisation des solutions	74
6.3. Justification de la solution retenue	75
CHAPITRE VII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION RETENUE	76
7.1. Objectifs du projet	76
7.2. Cadre logique	76
7.3. Plan opérationnel	79
7.4. Budget	82
7.5. Chronogramme des activités	83
7.6. Suivi évaluation	84
RECOMMANDATIONS	85
CONCLUSION	87
REFERENCES	89
ANNEXES	93



INTRODUCTION

CESAG BIBLIOTHEQUE

Jusqu'aux années quatre-vingts, les médicaments étaient censés être distribués gratuitement dans les hôpitaux de nombreux pays en développement (PED), mais rares étaient les malades qui pouvaient en obtenir. Pour beaucoup, le parcours était alors incertain. Il s'agissait de trouver un membre de la famille ou une connaissance qui voulait bien aller acheter, avec les moyens disponibles, les médicaments prescrits par le médecin ou l'infirmier dans la pharmacie privée la plus proche. Faute de pouvoir mobiliser rapidement ses relations ou les ressources financières nécessaires, l'état du malade pouvait alors empirer, voire conduire au décès.

On comprend aisément qu'un approvisionnement adéquat et un système de dispensation organisé des produits pharmaceutiques par la pharmacie de l'hôpital permettent d'améliorer notablement la qualité des soins (proximité et rapidité du service, accessibilité des prix et qualité du conseil). Une partie de la réputation d'un hôpital est souvent fondée sur la disponibilité in situ des traitements à un prix accessible.

En Mai 1977, à Genève, s'est tenue la 30ème assemblée mondiale sur la santé de l'OMS qui a lancé la vision de « Santé pour tous d'ici l'an 2000 ».

Dans la recherche de l'amélioration de la santé des populations, et pour atteindre cette vision, la plupart des pays africains membre de l'organisation mondiale de la santé ont adhéré à Alma Ata en 1978 à « la stratégie des soins de santé primaires ». Ainsi, Alma Ata définissait les soins de santé primaires comme une stratégie de développement socio économique avec pour 8ème composante, l'approvisionnement en médicament essentiel.

En 1981, l'OMS relance le programme des médicaments essentiels dans tous les pays de la région africaine du fait des problèmes d'approvisionnement et d'accessibilité en médicaments essentiels et leurs conséquences néfastes sur les systèmes de santé.

Pour accélérer la mise en œuvre des soins de santé primaires, en 1987, l'initiative de Bamako met l'accent sur l'accès aux soins et aux médicaments des populations les plus démunies.

Le médicament représente une donnée socio-économique importante pour le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté défini dans tous les pays en développement. On évalue qu'environ les deux tiers des dépenses de santé des ménages sont consacrés à l'acquisition des produits pharmaceutiques. De ce fait, l'accès aux médicaments contribuera à l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement 1 (lutte contre l'extrême pauvreté et la faim), 4 (réduire la mortalité des enfants), 5 (améliorer la santé maternelle) et 6 (combattre la maladie).

Cette étude a pour but de contribuer à l'amélioration de la gestion des médicaments à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan avec pour finalité une meilleure santé pour les populations atteintes de maladies cardiovasculaires. Elle comporte trois grandes parties : la première partie intitulée analyse situationnelle et cadre théorique, suivie de la deuxième partie concernant la méthodologie et les résultats et enfin la troisième partie qui vise la détermination, l'analyse des causes et leur priorisation, l'identification, la priorisation des solutions et le plan de mise en œuvre.

PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE

1.1. Analyse de l'environnement externe de l'ICA

1.1.1. Contexte géographique de la Côte d'Ivoire

Située en Afrique occidentale, dans la zone subéquatoriale, entre le 10ème degré de latitude Nord, le 4ème et le 8ème degré de longitude Ouest, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 Km². Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée.

Le climat est de type tropical humide et se répartit en climat équatorial humide au sud et climat tropical de type soudanais au nord. La pluviométrie annuelle varie entre 2300 mm au sud et 900 mm au nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C.

La végétation est très diversifiée et dominée par la forêt guinéenne au sud et la savane soudano-sahélienne au nord.

1.1.2. Contexte socio-culturel

La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes (Akan, Mandé, Krou, Voltaïque). Le Français est la langue officielle.

Selon l'Enquête sur le Niveau de Vie (ENV) de 2008, le niveau d'alphabétisation est relativement faible (55,8 % chez les 15 à 24 ans). Le taux de scolarisation dans le primaire, est passé de 56,5% en 2002 à 56,1% en 2008 avec 58,8% chez les garçons contre 53,1% chez les filles. Il est de 49,8% en milieu rural et 68,2% en milieu urbain.

Les données récentes (EDS-MICS 2011-2012 [1]) montrent que 38% des femmes et 61% des hommes sont alphabétisés. 53% des femmes et 34% des hommes âgés de 15-49 ans n'ont aucun niveau d'instruction. A l'opposé, 21% des femmes et 39% des hommes ont atteint un niveau secondaire ou plus.

La liberté de culte est garantie par la Constitution. Les principales religions sont le Christianisme, l'Islam et l'Animisme.

1.1.3. Contexte démographique

La population de la Côte d'Ivoire était estimée, en 2011, à 22 594 2381 habitants selon les projections de l'Institut National de la Statistique (INS) établies sur la base des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998.

Cette population se caractérise par un taux de croissance démographique élevé (2,8% par an) et par la proportion élevée de sa jeunesse (43% de la population totale a moins de 15 ans). En outre, 49% sont des femmes dont 51% en âge de procréer. La fécondité est élevée et se traduisait en 2006, par un taux brut de natalité de 37,9‰ et un indice synthétique de fécondité de 4,6 enfants par femme.

Carrefour d'échanges économiques et culturels, la Côte d'Ivoire connaît une forte immigration. En 2006, 48% de la population vivait en zone urbaine. Cette situation s'est accentuée avec les crises militaro-politiques successives qu'a connues le pays et qui ont engendré des déplacements massifs des populations vers les grandes agglomérations, particulièrement à Abidjan.

1.1.4. Contexte socio-politique

Indépendante depuis le 7 août 1960, la Côte d'Ivoire est une République démocratique avec un régime de type présidentiel. Longtemps considérée comme un exemple de paix et de stabilité politique en Afrique de l'Ouest, le pays a traversé une série de crises politiques et militaires depuis 1999.

La crise militaro-politique, survenue le 19 septembre 2002, avait entraîné une partition du pays. Des accords politiques avaient permis de préparer la sortie de crise par la tenue d'élections libres et transparentes, sous l'égide de la communauté internationale.

La proclamation des résultats de ces élections en novembre 2010 a été émaillée de troubles militaro-politiques qui ont occasionné de nombreuses pertes en vies humaines, la destruction de plusieurs infrastructures de base et un déplacement massif de populations.

Après le rétablissement de l'autorité de l'Etat, un nouveau Gouvernement a été formé en mai 2011. Un climat politique relativement apaisé permettant une certaine avancée dans le rétablissement des institutions de la République, s'installe peu à peu.

1.1.5. Contexte économique

L'économie nationale reste dominée par l'exportation de produits agricoles en particulier le café et le cacao. La Côte d'Ivoire possède également d'importantes réserves de pétrole et des ressources minières (or, diamant, fer, cuivre, etc.). En 2007 et 2008, le taux de croissance était respectivement de 1,8% et 2,5%. En 2009, le Produit Intérieur Brut (PIB) de la Côte d'Ivoire s'élevait à 1137 US dollars par habitant. La reprise effective de la coopération financière et l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTE (Pays Pauvres Très Endettés) ont permis d'enregistrer une croissance du PIB. Ainsi, en 2012, le PIB était de 1243,99 USD/habitant.

L'Enquête de Niveau de Vie des Ménages de 2008 a révélé un taux de pauvreté de 48,9%. Ce taux était de 29,5% en milieu urbain et 62,5% en milieu rural.

Selon le rapport mondial sur le Développement Humain de 2011, l'Indice de Développement Humain (IDH) en Côte d'Ivoire était de 0,400 et classe le pays au rang de 170ème sur 187.

La Côte d'Ivoire demeure un poids économique important dans la sous-région ouest africaine, avec 39% de la masse monétaire et contribue pour près de 40% au PIB de l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA).

La réunification du pays d'une part, la réhabilitation des infrastructures publiques en cours ainsi que le retour progressif de la confiance du secteur privé d'autre part favorisent une reprise des activités économiques.

1.1.6. Contexte administratif

L'ordonnance n°2011-262 du 28 septembre 2011 d'orientation sur l'organisation générale de l'Administration territoriale de l'Etat indique que l'Administration territoriale de l'Etat est structurée selon les principes de la déconcentration et de la décentralisation.

L'Administration territoriale déconcentrée est assurée dans le cadre de circonscriptions administratives hiérarchisées que sont les Districts, les Régions, les Départements, les Sous-Préfectures et les Villages. L'administration décentralisée, quant à elle, est assurée dans le cadre de collectivités territoriales que sont les Régions et les Communes.

Selon le Décret N°2011-263 du 28 septembre 2011 portant organisation du territoire national en Districts et en Régions, le territoire national est organisé au niveau déconcentré en deux (2) Districts Autonomes (Yamoussoukro et Abidjan), douze (12) Districts et trente (30) Régions administratives.

1.1.7. Le système de santé en Côte d'Ivoire

1.1.7.1. Politique sanitaire

La politique sanitaire actuelle de la Côte d'Ivoire est définie dans le Document de la Politique Nationale de Santé (PNS) en cours d'adoption depuis octobre 2011.

Cette politique sanitaire constitue un ensemble d'orientations fondées sur des valeurs et des principes de base, visant à influencer les décisions et les actions à long terme pour l'amélioration de la santé et le bien être des populations. A ce titre, elle définit les objectifs prioritaires et les orientations stratégiques du Gouvernement en matière de santé. La PNS est le résultat de larges concertations entre les principaux acteurs du développement sanitaire. Elle prévoit la création d'un cadre propice de référence dans lequel la réponse nationale aux problèmes de santé et liés à la santé doit être cohérente, efficace et rationnelle.

1.1.7.2. Organisation du système de santé

Le système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire. Il est de type pyramidal avec trois (3) échelons et deux versants : l'un gestionnaire et l'autre prestataire.

Le système de santé est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle qui occupe une place relativement importante.

1.1.7.2.1. Le secteur sanitaire public

Le versant prestataire ou offre de soins comprend (i) le niveau primaire représenté par 1910 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) (1237 centres de santé ruraux, 514 centres de santé urbains dont 25 à base communautaires, 127 centres de santé urbains spécialisés, 32 formations sanitaires urbaines dont 15 à base communautaire), (ii) le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence (66 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux, 02 Centres Hospitaliers Spécialisés) et (iii) le niveau tertiaire composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (04 Centres Hospitaliers Universitaires, 05 Instituts Nationaux Spécialisés (Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA)), 04 autres Etablissements Publics Nationaux (EPN) d'appui (Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Pharmacie de la Santé Publique (PSP), Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU)).

Le versant gestionnaire ou administratif comprend (i) le niveau central composé du Cabinet du Ministre, des directions et services centraux, qui ont une mission de définition, d'appui et de coordination globale de la santé, (ii) le niveau intermédiaire composé des Directions Régionales (20) qui ont une mission d'appui aux Districts sanitaires pour la mise en œuvre de la Politique Sanitaire et (iii) le niveau périphérique composé des Directions Départementales de la Santé (79) ou Districts sanitaires qui elles sont chargées à leur niveau de rendre opérationnelle la Politique Sanitaire.

Le district sanitaire est l'unité opérationnelle du système de santé, permettant la mise en œuvre des soins de santé. Il regroupe l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées sur son aire de desserte qui offrent aux populations des soins essentiels. Il est également l'unité qui planifie et organise les activités nécessaires à la prise en charge optimale des problèmes de santé des populations, avec leur pleine participation.

Au niveau du public, l'ESPC constitue la porte d'entrée du système de santé et l'hôpital prend en charge les problèmes de santé nécessitant des techniques ou des soins ne pouvant être assurés au premier échelon dans une complémentarité et sans chevauchement des paquets d'activités des deux échelons. L'existence d'un système de référence et de contre-référence permet d'assurer la continuité des soins entre le premier et le deuxième échelon.

D'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires notamment les ministères de la Défense, de l'Economie et des Finances, de l'Intérieur et du ministère en charge des Affaires Sociales. Les ressources humaines de santé (RHS) sont de diverses compétences. En 2010, leur effectif s'élevait à 21 254 agents dont 85% de prestataires de soins avec 3220 médecins, 7361 infirmiers et 2553 sages femmes.

1.1.7.2.2. Le secteur sanitaire privé

Le secteur sanitaire privé s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines de pharmacies et infirmeries privées). Il est essentiellement présent dans les grandes agglomérations ou les pôles économiques. En 2011, le pays comptait pour ce secteur, 2036 établissements de santé privés dont 1482 (soit 73%) non autorisés par le MSLS (ministère de la santé et de la lutte contre le sida). Sous l'impulsion du MSLS, à la suite des mises en demeure, des autorisations de conformité sont en cours d'établissement pour 1458 d'entre eux. De même, 24 établissements non autorisés ont été fermés.

Avec 49 établissements sanitaires, le secteur confessionnel, les associations et les organisations à Base communautaire (ABC/OBC) participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire.

En 2007, leurs effectifs en ressources humaines étaient de 790 médecins, 1173 infirmiers et 184 sages-femmes.

1.1.7.2.3. La médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle occupe une place importante avec plus de 8500 Tradipraticiens de Santé (TPS) recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT). En 2010, 1204 TPS ont été formés ; certains en anatomie et en hygiène conventionnelle, et d'autres en droits de propriété intellectuelle.

Un document de politique de Médecine et de Pharmacopée Traditionnelles est disponible.

1.1.7.3. Profile épidémiologique de la Cote d'Ivoire

1.1.7.3.1. Mortalité générale

Le taux brut de mortalité est passé de 12,3‰ en 1988 à 14‰ en 2006. L'espérance de vie à la naissance était de 51,3 ans en 2006.

1.1.7.3.2. Mortalité et morbidité du couple mère-enfant

L'état de santé de la mère et de l'enfant demeure une préoccupation constante justifiant les efforts entrepris depuis plus d'une décennie pour faire face à cette problématique, notamment ceux consentis depuis l'an 2000 pour l'atteinte des OMD.

La mortalité maternelle est élevée en Cote d'Ivoire. Le taux de mortalité maternelle est estimé à 614 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période des sept dernières années (2005-2012) [1]. Elle traduit par ailleurs une insuffisance de la couverture en soins obstétricaux, une insuffisance dans la prévention et la prise en charge des cas de complications survenant au décours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum et une insuffisance en soins nutritionnels.

En 2006, le taux de prévalence des mutilations génitales féminines était de 36% et celui de la forme extrême d'excision de 5%.

La mortalité des enfants de moins de cinq ans est caractérisée par une mortalité infantile de 68 pour 1000 et une mortalité infanto juvénile de 108 pour mille [1]. Les principales causes de la mortalité infanto-juvénile sont les causes néonatales (35%), le paludisme (21%), la pneumonie (20%), la diarrhée (15%), le Sida (6%), la rougeole (3%).

Les causes de mortalité néonatale sont dominées par la prématurité (29%), les infections sévères (23%), l'asphyxie (19%) et le tétanos néonatal (12%).

1.1.7.3.3. VIH/ Sida

En Côte d'Ivoire, l'épidémie à VIH/Sida est caractérisée par la présence des deux virus, VIH 1 et VIH 2. L'épidémie est de type « mixte ». C'est une épidémie qui reste généralisée mais qui semble être essentiellement alimentée par l'infection à VIH chez les populations clés les plus exposées aux risques d'infection. En 2010, l'ONUSIDA estimait la prévalence du VIH/Sida à 3,4%, classant la Côte d'Ivoire parmi les pays de l'Afrique de l'Ouest les plus affectés par l'épidémie de VIH/Sida.

Selon l'EDS-MICS 2011-2012 [1], la prévalence du VIH dans la population âgée de 15-49 ans est estimée à 3,7%. La prévalence est de 4,6% chez les femmes et 2,7% chez les hommes.

1.1.7.3.4. Paludisme

Le paludisme représente la première cause de morbidité et de mortalité en Côte d'Ivoire, chez les enfants de moins de 5 ans. Selon une analyse situationnelle des données épidémiologiques du Paludisme réalisée en 2010 par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), environ 50% des motifs de consultations dans les ESPC sont liés au paludisme. En 2008, l'incidence du paludisme dans la population générale était de 84,16‰. Chez les enfants de moins de 5 ans, cette pathologie avait une incidence de 217,31‰.

1.1.7.3.5. Tuberculose

En 2009, le taux de mortalité lié à la tuberculose était estimé à 85 cas pour 100 000 habitants. Le nombre de malades s'est accru, passant en 2006 de 21 204 cas toutes formes confondues à 23 210 en 2010, puis en 2011 à 22 911 dont 14 405 cas à frottis positif (forme contagieuse de la maladie). L'incidence des cas déclarés toutes formes confondues pour l'année 2010, était de 106 cas pour 100 000 habitants.

1.1.7.3.6. Etat nutritionnel

Le profil nutritionnel de la Côte d'Ivoire est caractérisé par un double fardeau que sont la malnutrition par carence et la malnutrition par excès. La forme la plus courante est la malnutrition chronique dont la prévalence est de 27,3%. La prévalence nationale de la malnutrition aigue globale est à ce jour jugée « précaire » (5,4%) sur l'étendue du territoire national avec des disparités régionales. Le nombre d'enfants malnutris aigus modérés est estimé à 151 781 et ceux présentant la forme sévère à 19 000.

1.1.7.3.7. Maladies non transmissibles

Elles sont dominées par les maladies chroniques. En premier lieu viennent les maladies métaboliques telles que le diabète sucré avec une prévalence de 5,7% dans la population adulte, ensuite les maladies cardio-vasculaires et les cancers.

1.1.7.3.8. Maladies à potentiel épidémique

En 2011, une ré surgence de certaines maladies évitables par la vaccination a été observée. Il s'agit notamment, de la rougeole, du tétanos néonatal, de la fièvre jaune et du choléra.

Concernant la poliomyélite, 36 cas de poliovirus sauvage dans 22 districts sanitaires ont été confirmés en 2011 sur 511 cas de paralysies flasques aiguës notifiées, alors que la Côte d'Ivoire était en voie de certification en 2001.

De janvier à décembre 2011, 146 cas de méningites purulentes dont 26 décès ont été enregistrés. Au cours du premier trimestre de l'année 2012, des cas suspects de méningites et des décès ont été rapportés dans les districts de Tengréla, Korhogo, Kouto et Niakaramadougou.

1.1.7.3.9. Maladies émergentes, réémergences anciennes ou négligées

Il s'agit de l'ulcère de Buruli qui occasionne des cas d'infirmité permanente notamment chez les enfants d'âge scolaire.

Certaines pathologies telles que la trypanosomiase humaine africaine, l'onchocercose, les bilharzioses, la filariose lymphatique, le trachome et le pian persistent encore et nécessitent une attention particulière.

D'autres maladies anciennes comme la dracunculose, la lèpre, et la syphilis sont en nette régression ou en voie d'élimination voir d'éradication . Elles nécessitent cependant de rester sous surveillance.

1.1.7.4. La politique pharmaceutique

Débutée au premier trimestre 2008, la rédaction du document de politique pharmaceutique national s'est achevée en 2009. Les objectifs assignés à la politique pharmaceutique nationale sont les suivants :

- améliorer la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments
- assurer l'innocuité, l'efficacité et la qualité des médicaments
- promouvoir l'usage rationnel des médicaments
- assurer le suivi et l'évaluation de la PPN

1.1.7.4.1. Les structures de réglementation, de coordination et de contrôle

1.1.7.4.1.1. La direction de la pharmacie et du médicament

L'arrêté n° 297 MSP/CAB/DGS/DPM du 13 décembre 2006 fixe les attributions, l'organisation, et le fonctionnement de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), conformément au décret n° 2006-33 du 08 mars 2006, portant organisation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. La DPM est une Direction Centrale du MSHP qui a pour missions d'élaborer, de mettre en œuvre et de veiller à l'application de la politique pharmaceutique nationale.

1.1.7.4.1.2. Le laboratoire national de la santé publique

Le LNSP est un établissement public à caractère administratif (EPA) créé en 1991. Il est le laboratoire de référence en matière d'expertise analytique physico- chimique et biologique pour le ministère de la Santé et de la Protection sociale. Ses attributions couvrent le contrôle de qualité des médicaments mais également, le contrôle de la conformité des produits destinés à la consommation, les analyses médicales, la microbiologie médicale et industrielle, la toxicologie et la radioprotection.

1.1.7.4.1.3. Le programme national de développement de l'activité pharmaceutique

Le Programme National de Développement de l'Activité Pharmaceutique (PNDAP) a pour mission de contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire de la population vivant en Côte d'Ivoire par l'animation de l'activité pharmaceutique décrite dans la Politique Pharmaceutique Nationale. A ce titre, il est chargé de :

- promouvoir la politique pharmaceutique nationale ;
- coordonner la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale.

1.1.7.4.1.4. Le conseil national de l'ordre des pharmaciens

Les missions du conseil national de l'ordre des pharmaciens sont :

- la sauvegarde de la moralité et de la légalité et de la profession pharmaceutique
- la représentation de la profession auprès des autorités, des organismes divers et des tribunaux

1.1.7.4.2. La fabrication locale des médicaments

La Côte d'Ivoire compte essentiellement neuf unités de production pharmaceutique : GALEFOMY, S-TERRE, ROUGIER-PHARMA, PHARMIVOIRE NOUVELLE SA, OLEA, CIPHARM, LPCI, DERMOPHARM et LIC PHARMA

1.1.7.4.3. Les structures d'approvisionnement et de distribution

1.1.7.4.3.1. Les grossistes répartiteurs

En Côte d'Ivoire, quatre (4) grossistes assurent la distribution du médicament, garantissant une accessibilité géographique de façon régulière sur toute l'étendue du territoire national. Les grossistes-répartiteurs sont des établissements qui assurent le lien entre les laboratoires fabricants et les pharmacies ou les structures sanitaires. 90 % des médicaments commercialisés dans notre pays sont importés de l'étranger notamment de la France, les autres 10 % sont fabriqués localement.

Il s'agit pour le secteur public de la Pharmacie de la Santé Publique (PSP), et pour le secteur privé de : LABOREX, COPHARMED et DPCI.

1.1.7.4.3.1.1. Le grossiste répartiteur public

Le grossiste répartiteur public est la Pharmacie de la Santé Publique (PSP). La PSP, Etablissement Public à caractère industriel et commercial (EPIC) est située au Km4, Boulevard de Marseille.

La PSP est « soumise à la tutelle administrative et technique du Ministère chargé de la santé et de l'hygiène publique et à la tutelle économique et financière du Ministère chargé de l'économie et des finances ». Elle est chargée de la distribution du médicament et du consommable médical dans les établissements publics de santé dans chacun des trois niveaux de soins, dans certains établissements (prisons, pouponnières, etc.) et, à leur demande, aux programmes nationaux de lutte contre les maladies (médicaments subventionnés : vaccins, ARV, antipaludiques, antituberculeux, etc...). Elle réalise ses approvisionnements par des appels d'offres internationaux ; ce qui lui permet d'acquérir des produits à moindre coût, dont la qualité est contrôlée dans le cadre de procédures d'achats inspirées du système de certification OMS et des contrôles réalisés par le LNSP. Les produits ainsi achetés sont ensuite revendus dans le cadre d'un système de recouvrement des coûts, après application d'une marge de 28% aux structures de soins qui le revendent aux patients avec une marge additionnelle de 10%.

1.1.7.4.3.1.2. Les grossistes répartiteurs privés

Les grossistes répartiteurs privés assurent la distribution du médicament et du consommable médical essentiellement aux officines privées de pharmacie. Cependant, en cas de défaillance de la PSP, les structures sanitaires publiques peuvent se faire approvisionner par eux. Ils s'approvisionnent par un bureau d'achat (central d'achat) généralement basé en France.

Il s'agit de : Laborex-ci, Copharmed et DPCI

1.2. Analyse de l'environnement interne de l'ICA

1.2.1. Historique

En Cote d'Ivoire, les années 70 ont été marquées par un taux de morbidité de 20% des affections cardiovasculaires et de l'hypertension artérielle et une mortalité chez l'adulte de 10 à 15%. Face à ce problème de santé publique, le gouvernement ivoirien a décidé de la création d'un institut spécialisé dans la prise en charge des maladies cardiovasculaires.

L'Institut de cardiologie d'Abidjan (ICA) a été inauguré le 24 novembre 1976 par le Président Félix Houphouët-Boigny.

Les services médicaux de l'ICA ont commencé à fonctionner en janvier 1977 ; en février et en juin de la même année, les services chirurgicaux commençaient respectivement les interventions à cœur fermé et à cœur ouvert.

En 1988, l'ICA s'est agrandi par la construction d'un nouveau bâtiment abritant les services des soins intensifs, les services administratifs, la pharmacie, la buanderie, le service technique, les archives, les services d'épidémiologie et de médecine préventive.

Malheureusement, les difficultés de fonctionnement liées au vieillissement des équipements médicaux et médico-techniques, au délabrement des bâtiments et aux tensions de trésorerie

ont progressivement conduit, après vingt-deux ans de fonctionnement, à la fermeture de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan en décembre 1999.

Un projet dénommé IECSA (FOCODEX II) d'un coût de 7, 875 milliards, cofinancé par le royaume d'Espagne et le gouvernement ivoirien a permis la réhabilitation, l'extension et l'équipement des services de soins et des services médico-techniques. Sur le plan financier, les passifs et arriérés de l'établissement, d'un montant d'un milliard quatre cents millions de francs CFA, ont été apurés grâce à des fonds octroyés par le Gouvernement ivoirien.

1.2.2. Statut

L'Institut de cardiologie d'Abidjan a été créé par la loi n°77-66 du 4 février 1977. C'est un centre hospitalier universitaire. Il appartient à la catégorie des établissements Publics Nationaux (EPN) régis par la loi n°986-388 du 02 juillet 1998 abrogeant la loi n°80-1070 du 13 septembre 1980. Le décret d'application est le décret n°2001-651 du 19 octobre 2001 portant attributions, organisation et fonctionnement de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan. L'ICA est un établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC). A ce titre, il doit générer 60% de ses ressources de fonctionnement ; les 40% étant constitués de la subvention d'exploitation de l'Etat. L'ICA est dirigé par un directeur général qui est sous l'autorité d'un conseil de gestion présidé par le Ministre chargé de la santé.

1.2.3. Les Missions

Conformément au décret n°2001-651 du 19 octobre 2001 portant attributions, organisation et fonctionnement de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan et dans le cadre de sa mission de service public de santé, l'ICA est chargé :

- 1) d'assurer des soins d'urgence, des examens de diagnostic, des consultations et traitements, ainsi que l'hospitalisation des malades cardiovasculaires ;
- 2) de participer aux actions de médecine préventive ;
- 3) de participer à l'enseignement universitaire médical, pharmaceutique, odontologique, à la formation paramédicale et à la recherche.

1.2.4. Organisation et fonctionnement

1.2.4.1. Structure organisationnelle

L'analyse proposée par H. Mintzberg, découlant d'autres travaux analysant les différents acteurs de l'hôpital (Freidson 1984, Harris 1977, Huard 1977, Young et Saltman 1985, Pauly et Redish 1973, Pauly 1980, Evans 1984), considère cinq éléments de base de l'organisation : le sommet stratégique, la ligne intermédiaire, le centre opérationnel, la technostructure et les fonctions de support logistique [2]. Dans cette approche, l'ICA qui est un hôpital universitaire, est organisé sous la forme d'une bureaucratie professionnelle.

L'organigramme de l'ICA est le suivant :

:

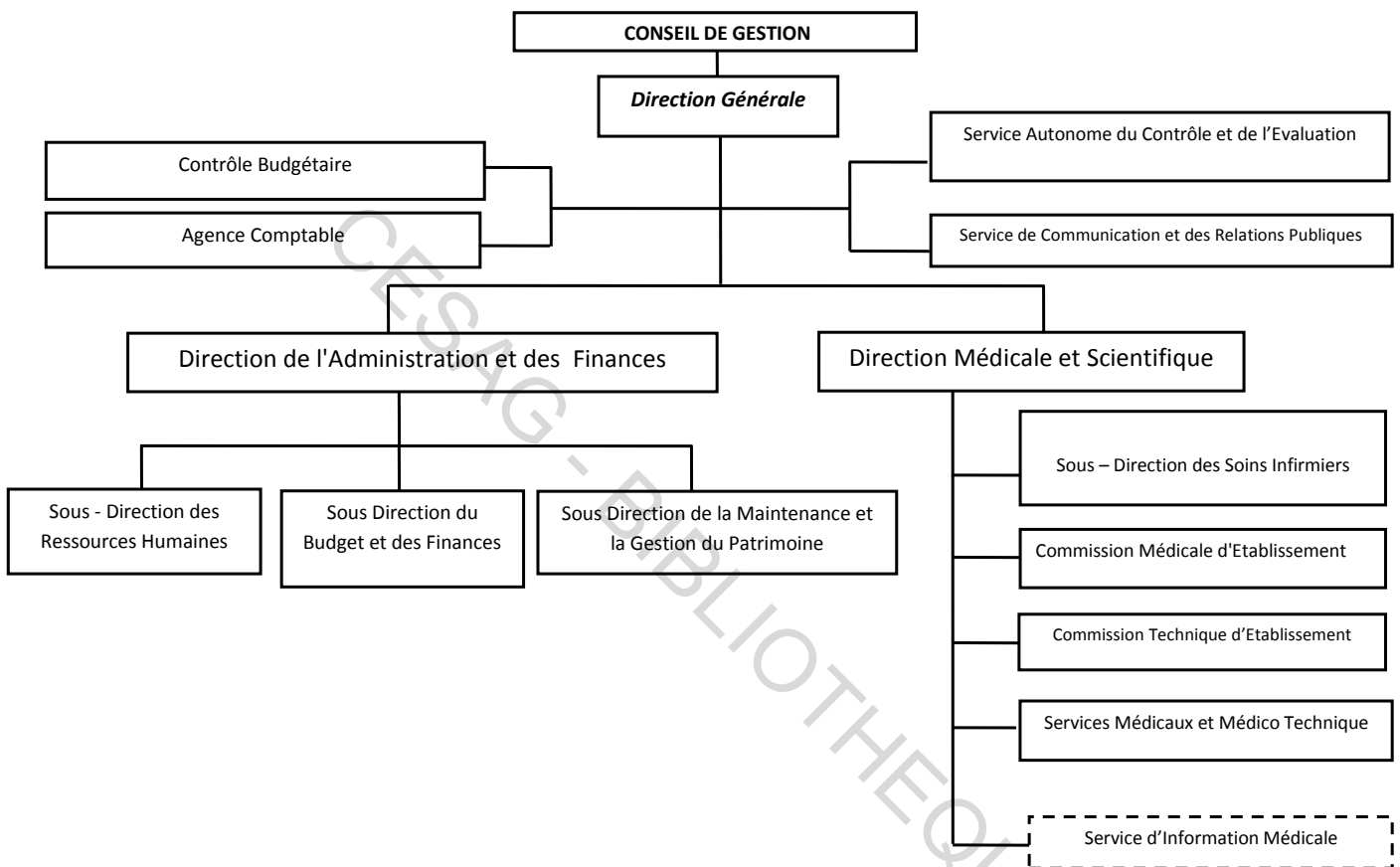


Figure 1: Organigramme ICA

1.2.4.2. Fonctionnement

Le fonctionnement de l'ICA repose sur les organes suivants :

- le Conseil de Gestion ;
- la Direction ;
- les Commissions ;
- les Comités.

1.2.4.2.1. Le conseil de gestion

Il représente le Conseil d'administration de l'établissement. Sa composition et ses attributions sont fixées par le décret n°2001-651 du 19 octobre 2001 portant attributions, organisation et fonctionnement de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan.

Le Conseil de Gestion est notamment chargé :

- de contrôler la politique générale de l'établissement ;
- de suivre la préparation et l'exécution du budget ;
- d'examiner le compte financier produit en fin d'exercice.

1.2.4.2.2. La direction

Elle comprend :

- le Directeur Général de l'ICA ;
- le Directeur Médical et Scientifique ;
- le Directeur de l'Administration et des Finances.

1.2.4.2.2.1. Le Directeur de l'ICA

Le Directeur de l'ICA assure l'administration et la direction générale de l'établissement. Il veille à l'exécution des décisions prises par le Conseil de Gestion et est l'Ordonnateur des dépenses de l'Institut. Il a rang de Directeur Général.

Deux services sont rattachés au Directeur de l'ICA:

- *Le Service Autonome du Contrôle et de l'Evaluation*, chargé notamment du suivi des activités, de la confection des tableaux de bord de l'établissement.
- *Le Service de Communication et des Relations Publiques*, chargé entre autres d'assurer la communication interne et externe de l'établissement

1.2.4.2.2.2. Le Directeur Médical et Scientifique

Il est chargé notamment de la programmation, du suivi et de la coordination des activités médicales et de recherche de l'établissement.

Le Directeur Médical et Scientifique est le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

La Direction Médicale et Scientifique, comporte :

- une Sous- Direction des Soins Infirmiers, chargée notamment de l'organisation, du contrôle et de la promotion des soins, de la qualité des soins infirmiers ;

- un Service de l'Information Médicale chargé entre autres d'émettre des avis techniques et des recommandations sur le schéma informatique de l'établissement. Ce service n'est pas pourvu en titulaire de poste.

1.2.4.2.2.3. Le Directeur de l'Administration et des Finances

Il est chargé des opérations liées à l'élaboration et à l'exécution du budget, de la préparation et du suivi des marchés, baux et conventions et de la distribution dans les services.

La Direction de l'Administration et des Finances comprend les Sous-Directions suivantes:

- la Sous- Direction des Ressources Humaines, chargée entre autres de la gestion du personnel permanent et temporaire, notamment du suivi des carrières des agents ;
- la Sous- Direction du Budget et des Finances, chargée du Bureau des Admissions et des Frais de Séjour, des opérations liées à l'élaboration et à l'exécution du budget ;
- la Sous- Direction de la Maintenance et de la Gestion du Patrimoine, chargée entre autres de la gestion et de l'entretien du patrimoine de l'établissement, de la maintenance des installations générales et techniques.

1.2.4.2.3. Les commissions

Elles sont au nombre de deux. Il s'agit de:

- la Commission Médicale d'Etablissement (CME) ;
- la Commission Technique d'Etablissement (CTE).

1.2.4.2.3.1. La Commission Médicale d'Etablissement

La CME est composée par les Chefs de service médicaux et médico- techniques et les représentants des différentes catégories du corps médical.

Elle est chargée d'élaborer et de conduire en collaboration avec la Direction, la politique médicale de l'établissement. Elle est garante de la qualité des soins.

Elle est dirigée par un bureau dont le Président est élu parmi les Chefs de service. Celui-ci est par la suite nommé Directeur Médical et Scientifique.

La CME se réunit au moins une fois par trimestre en session ordinaire.

1.2.4.2.3.2. La Commission Technique d'Etablissement

La CTE est constituée de représentants élus du personnel autres que médical. Elle est obligatoirement consultée notamment sur le projet d'établissement et les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements, le rapport d'activités, le budget, le tableau des emplois.

La CTE se réunit en session ordinaire au moins une fois par trimestre.

La CME et la CTE se réunissent périodiquement en sessions conjointes, sur convocation du Directeur, à son initiative ou à la demande des deux présidents, pour se prononcer sur les problèmes de la vie de l'établissement.

1.2.4.2.4. Les comités

Les Comités techniques de l'ICA au nombre de six sont les suivants:

- le Comité du médicament, chargé de déterminer le choix des médicaments, après une évaluation médicale et économique ;
- le Comité du matériel médical, qui s'occupe entre autres du recensement et de l'appréciation des besoins d'investissement en matériel médical ;
- le Comité d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales, chargé de donner des avis techniques et des recommandations en matière d'hygiène ;
- le Comité des urgences, chargé de traiter des relations entre les services des Urgences et les services intra-hospitaliers, de même qu'avec les services extérieurs à l'établissement ;
- le Comité de recherche et de formation continue, qui s'occupe notamment de l'organisation et du suivi des activités de recyclage et de formation continue ;
- le Comité d'éthique, chargé du suivi de l'éthique et de la déontologie professionnelle dans l'établissement.

A côté des comités techniques supervisés par le Directeur Médical et Scientifique, d'autres comités ont été mis en place. Ils sont rattachés au Directeur Général. Il s'agit:

- des Comités de réception et des achats, chargés pour le premier, de vérifier la conformité du matériel livré par les fournisseurs de l'ICA et pour le deuxième de la sélection des fournisseurs ;
- du Comité de gestion des biens, chargé de procéder à la cession à titre onéreux ou gracieux des biens de l'ICA qui ne répondent plus aux normes d'utilisation ;
- du Comité de trésorerie, chargé de déterminer les stratégies de mobilisation des ressources et de fixer les priorités de règlement aux fournisseurs ;
- du Comité de crise, chargé de veiller à la continuité du service à l'occasion des événements socio- politiques (grèves, sinistres,...) susceptibles de perturber le fonctionnement de l'établissement

Les comités comprennent les personnels médicaux, médico-techniques et administratifs de l'ICA.

1.2.4.3. Les services médicaux et médico-techniques

Les services médicaux et médico-techniques de l'ICA sont les suivants :

- la consultation avec 4 salles de consultation ;
- la médecine avec 22 lits
- les urgences avec 3 salles d'examens à 2 lits et 2 salles d'observation
- la chirurgie cardiovasculaire avec 6 lits fonctionnels
- la chirurgie thoracique avec 6 lits fonctionnels
- la cardiologie pédiatrique avec 12 lits
- les soins intensifs avec 10 lits
- l'anesthésie-réanimation avec 4 lits et une unité de kinésithérapie
- les explorations externes avec 2 salles d'échographie, 2 salles d'ECG et 1 unité d'angiologie
- la radiologie avec 1 salle de radiologie standard, l'unité d'échographie abdominale et une salle de phlébographie
- l'hémodynamique dotée d'une salle de cathétérisme
- la biologie avec 4 unités de laboratoire
- la pharmacie dotée de 2 magasins et d'une salle de ventes
- l'épidémiologie ou service de l'information médicale

L'ICA dispose de 70 lits et dispense plus de 19 000 consultations médicales, 60 interventions chirurgicales (à cœur fermé et cœur ouvert), près de 20 000 explorations fonctionnelles et plus de 40 000 analyses biologiques chaque année.

1.2.5. Ressources de l'ICA

1.2.5.1. Les ressources humaines

Au 31 décembre 2012, l'effectif de l'Institut s'élevait à 434 agents dont :

- 378 fonctionnaires soit **87,1%** de l'effectif ;
- 55 contractuels soit **12,7%** ;
- 01 journalier soit **0,23%**.

Par ailleurs, l'ICA accueille, dans le cadre de sa mission d'enseignement des médecins (fonctionnaires ou non) inscrits au CES des maladies du cœur et des vaisseaux et des Internes des Hôpitaux Publics.

1.2.5.1.1. Le personnel fonctionnaire

Le personnel fonctionnaire comprend :

- le personnel médical et pharmacien : **62** agents, soit 16%
- le personnel soignant
 - les infirmiers: **137** agents (Infirmiers Diplômés d'Etat et Diplômés d'Etat Spécialistes) ; soit 36%
 - les aides-soignants et les Agents des Services Hospitaliers : **44** agents ; soit 12%.
- le personnel médico-technique : **41** agents ; soit 11%,

- le personnel administratif et des services généraux : **94** agents ; soit 25%.

1.2.5.1.2. L'évolution de l'effectif de l'ICA de 2010 A 2012

Tableau I : Récapitulatif de l'évolution de l'effectif de 2010 à 2012

LIBELLE	2010	2011	2012	Variation 2010-2011	Variation 2011-2012
Professeurs	11	12	11	9,09%	-8,33%
Maître- Assistants	10	7	10	-30%	42,86%
Assistants chefs de clinique	14	22	16	57,14%	-27,27%
Médecins et Pharmaciens non enseignants	30	25	25	-16,67%	0%
Infirmiers spécialistes	74	79	89	6,76%	12,66%
Infirmiers	51	52	48	1,96%	-7,69%
Ingénieur biomédical	2	2	2	0%	0%
Ingénieur des Techniques Sanitaires	3	3	5	0%	66,67%
Techniciens Sup santé (biomédical)	6	5	4	-16,67%	-20%
Techniciens Sup santé (imagerie méd.)	12	11	12	-8,33%	9,09%
Techniciens Sup santé (laboratoire)	14	13	13	-7,14%	0%
Autres personnel des services médico- techniques	3	5	5	66,67%	0%
Aides soignants	41	42	40	2,44%	-4,76%
Agents des Services Hospitaliers	10	6	4	-40%	-33,33%
Administrateurs	3	4	4	33,33%	0%
Ingénieurs Stat-Eco	2	1	0	-50%	-100%
Ingénieurs informaticiens	2	2	1	0%	-50%
Attachés administratifs	1	2	1	100%	-50%
Techniciens Sup. en informatique	3	2	3	-33,33%	50%
Secrétaires	15	13	21	-13,33%	61,54%
Autres agents administratifs	63	69	64	9,52%	-7,25%
Agents journaliers	5	5	1	0%	-80%
Agents contractuels	53	51	55	-3,77%	7,84%
Total	428	433	434	1,17%	0,23%

L'évolution des effectifs de l'ICA de 2010 à 2012 appelle les observations ci- après :

- l'effectif global n'a pratiquement pas évolué, il est resté stable de 2011 à 2012;
- de 2010 à 2012, une hausse moyenne annuelle de 1,17% ;
- les variations par emploi sont faibles de 2011 à 2012, hormis les emplois de secrétaires et de Maître-assistants.

1.2.5.1.3. Les mouvements du personnel

1.2.5.1.3.1. Les mouvements du personnel fonctionnaire

❑ Les sorties

La situation des sorties de l'ICA est la suivante:

- 21 agents mis à la disposition d'autres structures dont :
 - 03 Médecins ;
 - 05 Infirmiers ;
 - 01 Assistant social ;
 - 02 Adjoints administratifs ;
 - 01 Ingénieur Statisticien ;
 - 01 Ingénieur Biomédical ;
 - 01 Adjoint Technique de la statistique ;
 - 02 Secrétaires ;
 - 02 Aides soignantes ;
 - 01 Préparateur Gestionnaire en Pharmacie ;
 - 01 Secrétaire comptable ;
 - 01 Chauffeur.
- 01 Technicien biologiste décédé ;
- 01 Infirmier en abandon de poste ;
- 01 agent admis à faire valoir ses droits à la retraite.

L'ICA a enregistré au total vingt-quatre (24) départs en 2012.

❑ Les arrivées

Au cours de l'année 2012, 20 agents fonctionnaires ont été mis ou remis à la disposition de l'ICA dans le cadre de nouveaux recrutements, de remise à disposition ou de permutation. Ce sont:

- 01 Secrétaire de direction;
- 01 Adjoint administratif ;
- 02 Sage femmes spécialistes ;
- 03 Secrétaires administratifs ;
- 01 Pharmacien ;
- 01 Technicien Supérieur de santé option, PGP ;
- 02 Ingénieurs des Techniques Sanitaires ;
- 01 Technicien Informatique ;

- 08 Infirmiers spécialistes.

1.2.5.1.3.2. Les mouvements de personnel non - fonctionnaire

❑ Les arrivées

L'ICA a recruté huit (08) agents contractuels dans le cadre d'un remplacement numérique des agents décédés ou partis de l'ICA.

❑ Les sorties

Au cours de l'année 2012, quatre (04) radiations d'agents contractuels ont été enregistrées pour malversations et incompétence.

Dans l'ensemble, il y a eu vingt-huit sorties enregistrées en 2012, soit un taux de 6,45% de l'effectif total.

1.2.5.2. Les ressources matérielles

1.2.5.2.1. La situation du patrimoine de l'ICA

Tableau II: Patrimoine de l'ICA au 31 décembre 2012

N°	NATURE	2011	2012	Taux de variation	Observations
1	Equipements biomédicaux	267	326	22,10%	Acquisition de 59 nouveaux équipements biomédicaux.
2	Mobiliers	1 305	1 767	35,40%	Acquisition de 462 nouveaux mobiliers.
3	Matériel de cuisine	56	54	-3,57%	2 micro-ondes en pannes
4	Matériels de buanderie	12	15	25,00%	Acquisition de 3 bassines.
5	Equipements généraux	62	69	11,29%	Acquisition de 6 nouveaux équipements généraux.
6	Parc auto	7	7	0,00%	Aucune évolution.

1.2.5.3. Les ressources financières

La loi des finances régit le régime financier et comptable de l'ICA. Aussi, les recettes et les dépenses de l'Institut sont prévues et enregistrées dans le budget annuel de l'établissement conformément aux règles régissant la comptabilité des Etablissements Publics Nationaux.

Les ressources financiers de l'ICA proviennent notamment:

- des subventions de l'Etat ;
- des produits des cessions de ses travaux et prestations et des revenus éventuels de ses biens, fonds et valeurs ;
- des subventions d'organismes publics ou privés, nationaux ou internationaux ;
- des dons et legs ;
- des produits des emprunts dans les conditions fixées par décret.

Le budget définitif de l'ICA au titre de l'exercice 2012, s'équilibrait en recettes et en dépenses à 4 091 621 130 FCFA dont 3 101 621 130 FCFA pour le titre I (fonctionnement) et 990.000.000 FCFA pour le titre II (investissement).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

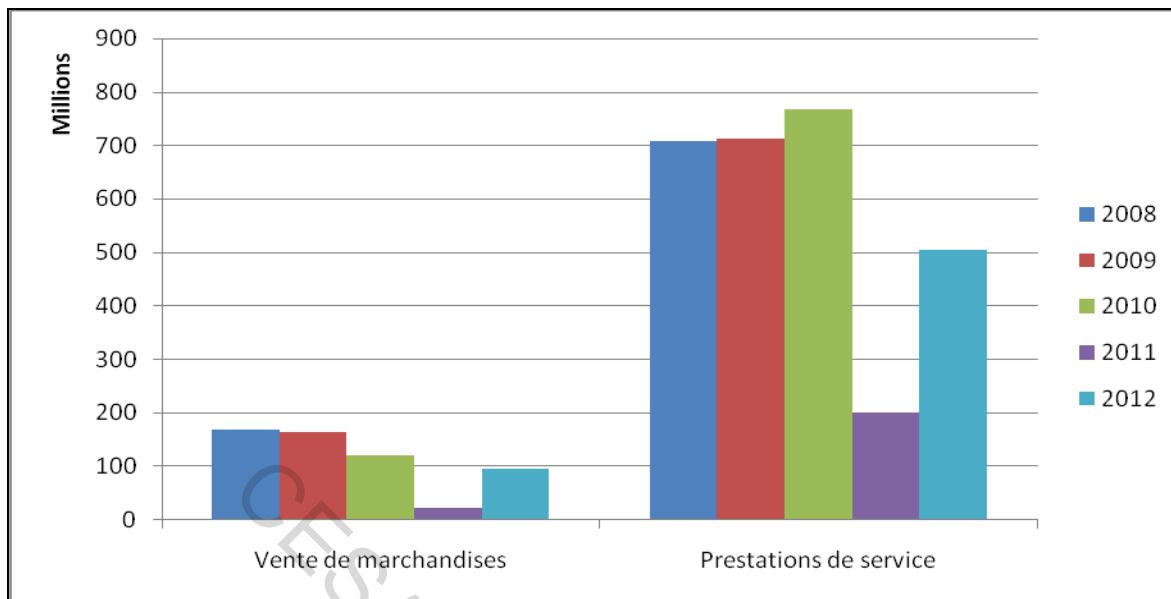
1.2.5.3.1. La présentation des ressources

Tableau III : Etat d'exécution des ressources financières par grandes masses pour l'année 2012

TYPE DE RESSOURCES	PREVISION	EMISSIONS	ECART	TAUX D'EXECUTION	AUTONOMIE FINANCIERE
TITRE I : FONCTIONNEMENT					
Vente de marchandises	100 000 000	94 915 324	-5 084 676	94,92%	-----
Prestations de service	760 000 000	505 493 693	-254 506 307	66,51%	
Produits et profits divers	13 200 000	11 230 000	-1 970 000	85,08%	-----
Emissions sur gestions antérieures	0	0	0	0%	-----
Subvention d'exploitation	2 228 421 130	2 228 421 130	0	100%	-----
TOTAL TITRE I	3 101 621 130	2 840 060 147	-261 560 983	91,57%	21%
TITRE II : INVESTISSEMENT					
Réserves	0	0	0	0%	-----
Subvention d'équipement hors projet	10 000 000	10 000 000	0	100%	
Subvention d'équipement	980 000 000	980 000 000	0	100%	
TOTAL TITRE II	990 000 000	990 000 000	0	100%	
TOTAL RESSOURCES	4 091 621 130	3 830 060 147	-261 560 983	93,61%	

Le ratio d'autonomie financière de l'ICA pour l'année 2012 est de **21%**. Il est en hausse par rapport à celui de l'année dernière qui était de 8,55%.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution des ressources propres de l'ICA depuis 2007.



Graphique 1: Evolution des ressources propres de 2008 à 2012.

Il montre que sur les cinq périodes considérées.

- la vente de marchandises et les prestations de service de l'année 2012, sont en hausse par rapport à celles de l'année 2011.
- elles demeurent en baisse, comparativement aux périodes 2008-2010 en raison de l'effet de la mesure de gratuité.

En effet, conformément aux dispositions réglementaires, les frais de prise en charge médicale des usagers dans les établissements sanitaires publics, parapublics et communautaires conventionnés sont exemptés de paiement à titre exceptionnel.

Les prestations réalisées étaient entièrement gratuites du 16 avril 2011 au 19 février 2012.

Depuis le 20 février 2012, l'exemption de paiement est devenue partielle et s'applique :

- aux personnes démunies et non assujettis sociaux ;
- pendant les-48 premières heures d'urgences médico-chirurgicales ;
- avec un abattement de 30% sur les tarifs en vigueur supérieurs à 1 000 F.

Ces prestations font l'objet de factures adressées à la Direction des Affaires Financières du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida en vue du règlement.

Le montant total des prestations réalisées au cours de la période de gratuité des soins est de **1.357.935.466 FCFA**, soit 809.347.903 FCFA au titre de la gestion 2011 et 548.587.563 FCFA au titre de la gestion 2012.

A défaut du règlement des sommes dues, comme initialement promis, le ministère de l'Economie et des Finances a opté pour l'octroi à l'ICA, d'une subvention additionnelle d'un montant de 332.102.023 FCFA en 2012, pour l'appui à la gestion de la gratuité ciblée des soins.

Par conséquent, le niveau des recettes n'a pas été atteint : 600.409.017 FCFA de recettes émises contre 860.000.000 FCFA inscrit au budget de l'ICA. Soit un écart de 259.590.983 FCFA

1.2.6. Présentation du service de la pharmacie

La pharmacie de l'ICA a pour mission de :

- assurer l'approvisionnement de l'ICA en produits pharmaceutiques
- disposer à temps en quantité suffisante, de produits pharmaceutiques de qualité
- livrer aux services médicaux et médicotechniques des produits pharmaceutiques
- assurer la vigilance pharmaceutique (pharmacovigilance et materiovigilance) et le suivi thérapeutique (soins pharmaceutiques) des malades hospitalisés

Elle est le lieu de réception, de stockage, et de distribution des médicaments, des consommables médicaux et du matériel médicochirurgical vers les différents services.

Pour réaliser ses missions, elle dispose des ressources humaines suivantes :

- 07 pharmaciens dont le chef de service de la pharmacie ;
- 01 surveillant d'unité de soin
- 07 préparateurs et gestionnaires en pharmacie
- 01 agent d'hygiène
- 01 secrétaire médical
- 09 auxiliaires en pharmacie
- 01 interne

Le service de la pharmacie est accessible géographiquement aux fournisseurs. Il comprend :

- le bureau du chef de service
- le secrétariat
- le hall d'entrée
- la salle de vente
- le bureau du surveillant d'unité

- le bureau des gestionnaires
- la salle de repos
- les deux bureaux des pharmaciens
- les deux magasins, l'un étant destiné au petit matériel et l'autre aux médicaments

La pharmacie fonctionne 24 heures sur 24 pour assurer la continuité des soins.

1.3. Synthèse de l'analyse de l'environnement

1.3.1. Environnement interne

❑ Les forces

- les professionnels médicaux et paramédicaux sont compétents et expérimentés
- il existe un comité d'hygiène et un responsable qualité
- l'engagement dans le processus de management de la qualité
- la certification iso 9001 version 2000 depuis 2005
- le cadre physique agréable et bien entretenu
- il existe des tableaux de bords pour les différents services
- il existe un projet d'établissement

❑ Les faiblesses

- il n'existe pas de système d'évaluation des performances individuelles du personnel
- la comptabilité analytique est inexistante
- il n'y pas d'autonomie de gestion
- certains personnels administratifs ne sont pas compétents
- Il n'y a pas d'agent formé en audit et contrôle de gestion au service autonome du contrôle et de l'évaluation
- l'aattribution des marchés de prestation de services laisse à désirer
- le défaut de suivi et d'évaluation des contrats

1.3.2. Environnement externe

❑ Les opportunités

- l'Année 2013 est décrétée année de la santé par le gouvernement
- les partenariats nationaux et internationaux

❑ Les menaces

- le contexte socio-politique instable de la Cote d'ivoire

- la paupérisation de la population
- la concurrence nationale et sous régionale

1.4. Identification des problèmes et priorisation

Les principaux problèmes rencontrés à l'institut de cardiologie d'Abidjan sont les suivants :

- recouvrement des créances
- trésorerie
- gestion des médicaments et consommables
- gestion du laboratoire de biologie
- longueur des rendez vous de consultation (entre 3 et 6 mois pour avoir une consultation)
- plateau technique (pannes, vétusté, déficit)
- déficit en ressources humaines

La gestion des médicaments et consommables a été choisi comme problème prioritaire de l'ICA par le Directeur Général de l'Institut. En accord avec le Directeur Général et de façon consensuelle, nous avons décidé de travailler à la résolution de ce problème.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE

2.1. Contexte et justification

En 1978, la conférence d'Alma Ata a confirmé que l'accès aux médicaments essentiels était vital pour prévenir et traiter les maladies affectant des millions de personnes à travers le monde.

En 1987, lors du 37ème comité régional de l'OMS pour l'Afrique, les ministres Africains réunis à Bamako, ont adopté un système de règlement des soins et des médicaments par les usagers [3]. Cette rencontre, sous l'égide de l'OMS et de l'United Nations Children's Fund (UNICEF) soulevait les difficultés rencontrées par les pays africains pour s'approvisionner en médicaments. L'idée lancée par l'UNICEF a été adoptée lors de ce comité régional et elle est nommée depuis lors appelée « Initiative de Bamako ». L'OMS définit l'initiative de Bamako comme étant « l'autofinancement communautaire des soins par le biais d'un approvisionnement en médicaments essentiels et du recouvrement des couts » [3]. A travers cette mesure, la promotion du médicament essentiel est soulignée. Ces deux points se rejoignent, avec un même objectif : l'accessibilité à des médicaments de qualité, à moindre cout prescrit de manière rationnelle et sans rupture d'approvisionnement.

La Côte d'Ivoire dispose d'une liste nationale de médicaments essentiels présentée en DCI, mise à jour tous les 2 ans depuis 1989 et d'une Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) depuis 1989.

La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), chargée de la réglementation pharmaceutique, rencontre des difficultés dans la mise en œuvre de ses missions.

Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), en charge du contrôle de la qualité des médicaments entrant et circulant en Côte d'Ivoire pour le compte de la DPM, ne dispose pas de tous les moyens techniques adéquats (infrastructures, installations techniques, réactifs, etc...) pour effectuer un contrôle de qualité rigoureux et régulier des produits pharmaceutiques.

Afin de satisfaire la demande en médicaments à coûts abordables dans le secteur public de soins, la Côte d'Ivoire a développé une politique de médicaments essentiels. Ces médicaments doivent être disponibles sur l'ensemble du territoire grâce au dispositif de distribution de la Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (PSP-CI). Cependant, l'accès aux produits pharmaceutiques pose un problème en dépit de l'existence d'un Plan National Stratégique de la Chaine d'Approvisionnement (PNSCA 2010-2013). Le statut actuel d'Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial (EPIC) de la PSP-CI se traduit par une dépendance administrative (comptabilité publique, affectation de fonctionnaires, etc.) et financière (Trésor Public, etc.) aboutissant à une absence d'autonomie réelle et des contraintes de gestion importantes : la PSP doit générer 60% de son budget, ses disponibilités financières sont obligatoirement déposées au Trésor et elle n'a pas toujours bénéficié de ses avoirs pour le paiement de ses engagements.

La PSP-CI éprouve donc des difficultés à payer ses fournisseurs, avec pour conséquence, la réticence de ceux-ci à répondre aux appels d'offres. Cette situation a entraîné une augmentation des prix à l'achat (en moyenne 1,7% par an) et des ruptures de stocks de médicaments au niveau central et périphérique. En août 2011, le taux de rupture de stocks en médicaments essentiels était estimé à 77%. Ceci a favorisé le développement de circuits parallèles d'approvisionnement en médicaments au niveau des établissements sanitaires publics et la prolifération de marchés illicites des médicaments. Tous ces dysfonctionnements ont occasionné une baisse du recouvrement des coûts des médicaments par la centrale d'achat.

Par ailleurs, les pharmacies du niveau périphérique sont mal équipées et dans certains cas non adaptées à l'entreposage des stocks. Aussi, de nombreux dysfonctionnements sont-ils observés dans la gestion des médicaments et dans la disponibilité de l'information sur les médicaments notamment en matière de consommation et de pharmacovigilance.

Enfin, l'Etat de Cote d'Ivoire consacre moins de 5% de son budget au secteur sanitaire contre 15% recommandés en 2000 à Abuja. De ce fait, Les ressources budgétaires affectées au fonctionnement des établissements sanitaires sont dérisoires comparées aux besoins réels.

En ce qui concerne l'accès aux soins, la couverture maladie universelle annoncée par les autorités politiques n'est toujours pas en vigueur cependant, depuis le 20 février 2012, on est passé de la gratuité totale des soins à la gratuité ciblée.

Selon l'OMS, 50% de la population africaine n'a pas accès aux médicaments essentiels. Divers facteurs sont en cause allant de la pauvreté (surtout en zone rurale), au manque de volonté ou instabilité politique, aux bouleversements sociaux, migrations, guerres, au financement et à la gestion inadéquate, aux ressources humaines et compétences insuffisantes.

Le médicament représente un enjeu de triple nature à l'hôpital : un enjeu financier, un enjeu de qualité de la prise en charge et un enjeu de responsabilité.

La gestion des médicaments et matériel médical est une lourde tâche pour les personnes qui en ont la charge. C'est une nécessité dans les pays où les pénuries sont chroniques, les conditions climatiques et géographiques sont défavorables et plus particulièrement quand les ressources financières sont limitées.

Les objectifs principaux de la gestion des médicaments sont :

- d'avoir toujours un stock minimum de médicaments et de matériel médical à disposition pour éviter les ruptures.
- de connaître l'endroit où trouver chaque item, un rangement ordonné est important pour ceci.
- de connaître à tout moment la quantité disponible en stock.

- de préparer des commandes en fonction du stock physique : si vous commandez trop, vous aurez un stock excessif et une mauvaise rotation ; si vous ne commandez pas assez, vous aurez des ruptures de stock.
- de contrôler le stock : si vous savez exactement ce que vous recevez et ce que vous donnez, vous pouvez contrôler si il n'y a pas de vol, de pertes, d'erreurs ou un manque
- d'éviter les pertes et les périmés.
- de prescrire judicieusement les médicaments en expliquant bien au malade quand et comment prendre ceux-ci et être sûr que les médicaments seront donnés pour l'ensemble du traitement.
- de préparer un conditionnement correct lors de la délivrance au patient capable de protéger et de faciliter la bonne administration du médicament

La disponibilité des médicaments à l'hôpital permet d'une part de réduire la contribution des ménages à la prise en charge des pathologies et d'autre part de mettre à la disposition du personnel les ressources et dispositifs nécessaires à leur travail. Le médicament est souvent considéré comme le catalyseur du système de santé. Quand celui-ci est inaccessible, pour des raisons logistiques ou financières, il s'en suit inévitablement une baisse de la fréquentation des centres de santé, une démotivation du personnel soignant et une impossibilité à sensibiliser sur les aspects préventifs.

Selon le rapport OMS 2011, les deux premières causes de mortalité dans le monde sont : les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux. Les maladies cardiovasculaires représentaient en 2008, la première cause de décès par maladie non transmissible en Côte d'Ivoire.

Cependant, l'Institut de Cardiologie d'Abidjan est l'hôpital de référence des maladies cardiovasculaires en Côte d'Ivoire et même dans la sous région ouest africaine. Il a donc besoin de médicaments et dispositifs médicaux pour prendre en charge convenablement et sans délai les cas urgents qui se présentent à ses services. Ce double caractère, urgence et gravité des cas, s'il se heurte à l'indisponibilité de ces produits, les résultats peuvent être lourds de conséquences pour les patients, les familles, l'hôpital, le système et la société de manière globale. Malheureusement, force est de constater que souvent, ces produits ne sont pas disponibles surtout pour ceux qui en ont le plus besoin.

Dans les conditions actuelles caractérisées par une limitation des ressources financières en contre partie d'une consommation de plus en plus importante en produits pharmaceutiques au niveau des hôpitaux publics, la gestion rationnelle de ces produits s'impose comme stratégie à adopter.

2.2. Revue de la littérature

2.2.1. Historique

La santé dans le monde, et particulièrement en Afrique, a été marquée par de grandes dates. Les années avant 1977 étaient caractérisées sur le plan sanitaire par une approche curative, hospitalo-centriste avec une insuffisance de la couverture sanitaire, une inaccessibilité des soins de santé, des ruptures médicamenteuses, un déficit du plateau technique etc.

C'est dans ce contexte qu'est né en Mai 1977 le concept de « santé pour tous d'ici l'an 2000 ».

En septembre 1978, sont apparus les soins de santé primaire comme stratégie de développement socioéconomique. Les soins de santé primaires dont la 8ème composante n'est rien d'autre que l'approvisionnement en médicament essentiel.

En 1987, l'OMS relance le programme des médicaments essentiels.

En 1987, à Bamako, au Mali, est apparu « l'Initiative de Bamako » comme stratégie d'accélération de la mise en œuvre des soins de santé primaires. Un des objectifs de l'IB était de rendre possible l'accès aux soins et aux médicaments aux populations (femmes et enfants) mais aussi aux plus démunis. L'IB avait pour principales étapes : la sélection des médicaments essentiels (ME), l'acquisition des ME, la distribution des ME, l'utilisation des ME et le recouvrement des coûts.

2.2.2. Le médicament essentiel (ME)

La définition du médicament essentiel est apparue en 1975 et dès 1977, l'OMS a établi une première liste modèle de médicaments essentiels [4]. Cette liste est remise à jour tous les 2 ans depuis 1997. Chaque pays peut donc s'en inspirer pour préparer sa propre liste de médicaments essentiels. La sélection des médicaments essentiels est un élément central des politiques pharmaceutiques nationales. La liste modèle est un véritable outil de soins de santé primaires, dont les impacts sont multiples (sélection, utilisation, coût des médicaments). La sélection des médicaments essentiels repose sur des données factuelles et chacun des points suivants : leur intérêt pour la santé publique, leur efficacité, leur innocuité, leur qualité et leur rapport coût/efficacité. Pour un fonctionnement optimal, les médicaments essentiels doivent être disponibles à tout moment, en quantité suffisante et sous des formes galéniques et des dosages adaptés aux besoins. Choisir de travailler selon ce concept façonne le système pharmaceutique dans son ensemble, puisqu'il s'applique au secteur public comme au secteur privé.

Ce concept de médicaments essentiels est au cœur des politiques pharmaceutiques nationales car il définit une trame avec une priorisation des besoins dans le système sanitaire. Il contribue également à la rationalisation des prescriptions et à l'abaissement des coûts. Pour exemple : les coûts de stockage sont diminués lorsqu'un plus petit nombre de médicaments est géré ; la gestion des stocks est facilitée car il y a moins de mouvements d'entrée et de

sortie, moins de registre et de fiches-produits à tenir [5]. L'utilisation de listes nationales de médicaments essentiels participe donc pleinement à l'amélioration de la qualité des soins tout en abaissant considérablement les dépenses pharmaceutiques [6]. Un tel travail, en partant du principe que l'utilisation d'un nombre limité de médicaments soigneusement sélectionnés sur la base de recommandations cliniques reconnues, favorise l'équité, contribue à fixer des priorités dans le système sanitaire et se traduit par une meilleure offre pharmaceutique. Le choix des médicaments essentiels dépend de nombreux facteurs tels que la prévalence locale des maladies, les moyens matériels de traitement, la formation et l'expérience du personnel disponible, les ressources financières et les particularités génétiques, démographiques et environnementales. Les politiques pharmaceutiques nationales, comme les listes nationales de médicaments essentiels, ont pour objectif la mise à disposition de médicaments sûrs, efficaces, de bonne qualité et à des prix accessibles à la population [7]. Une liste de médicaments essentiels (LME) est un outil qui peut aider dans la gestion des achats et la distribution des médicaments dans le pays. Elle permet également la sélection de produits dont la qualité a été vérifiée et le rapport coût/efficacité a été comparé à d'autres produits sur le marché. La sélection des médicaments essentiels permet ainsi d'identifier les priorités des gouvernements dans le secteur pharmaceutique de manière générale et plus particulièrement dans l'approvisionnement en médicaments du secteur public [6].

2.2.3. Le médicament générique

La politique du médicament générique constitue un enjeu majeur de l'évolution du système de santé. Dans un contexte de nécessaire rationalisation des dépenses de santé pour promouvoir un accès égal aux meilleurs traitements et à l'innovation thérapeutique, le médicament générique apparaît comme une réponse. Cette politique vise à offrir un même bénéfice thérapeutique, les mêmes garanties de sécurité à qualité égale et à un coût moindre [8].

2.2.4. Les médicaments contrefaits : état des lieux

L'Industrie française du Médicament le reconnaît : « L'injustice est évidemment criarde : alors que 90% de la demande de soins et de médicaments se situe aujourd'hui dans les pays en développement et que l'OMS estime que seulement 10% de ces besoins sont couverts. Ce sont les 10% de la population mondiale des pays riches qui bénéficient de 90% de l'offre en médicaments [9]. Il est naturel que dans un tel contexte, où plus de 80% de la demande mondiale est ignorée, une offre parallèle se soit développée.

Tous les observateurs internationaux s'accordent à reconnaître que la contrefaçon de médicaments et des produits de santé constitue l'une des nouvelles manifestations de la criminalité organisée les plus inquiétantes. Véritable fléau, le trafic de médicaments contrefaits et de faux médicaments fait porter un risque sanitaire majeur sur toutes les populations et notamment les plus pauvres. Particulièrement lucratif, ce trafic est en forte croissance, notamment avec le développement de l'outil Internet. A titre d'exemple, quelques 82 millions de produits de santé contrefaits ont été saisis lors de l'opération Vice Grips 2 menée en juillet 2012 dans seize pays d'Afrique. L'organisation mondiale des douanes livre chaque année des résultats alarmants en Afrique (près de 10 milliards de médicaments

contrefaits seraient introduits chaque année sur le continent africain, pour une valeur de 3,85 milliards d'euros), mais aussi dans d'autres pays (en France, près de 65.000 boîtes de médicaments contrefaits collectées en 2011 ; en Europe de l'Ouest, un médicament sur cent est contrefait) [10].

2.2.5. Les ruptures d'approvisionnement en médicament

Les ruptures d'approvisionnement en médicaments sont de diverses natures. On peut les qualifier de « partielles » lorsqu'elles touchent un distributeur ou un fabricant, ou de « complètes » lorsque le médicament n'est plus du tout disponible sur le marché.

Elles peuvent être faciles à gérer (commander d'un autre distributeur) ou très difficiles à gérer. En établissement de santé, les ruptures de médicaments administrés par voie parentérale génèrent des difficultés particulières quant à la rapidité d'intervention, au caractère essentiel des médicaments en regard des activités hospitalières (ex. chirurgies) et à la recherche d'alternatives de traitement dans ce contexte.

Finalement, elles peuvent être graves et mettre les patients en danger parce que l'alternative les expose à davantage d'effets indésirables, parce qu'ils ne comprennent pas toujours les nouvelles posologies, les nouveaux traitements ou parce qu'aucune solution de remplacement thérapeutique ne répond à leurs besoins. Les causes principales des ruptures sont les arrêts ou les délais de production associés à des contraintes de fabrication, réglementaires ou de nature économique. Il en résulte un déséquilibre entre l'offre et la demande.

On sait aujourd'hui que les impacts des ruptures dépassent les enjeux de gestion administrative. En 2010, un sondage de *l'Institute for safe medication practices* des Etats-Unis auprès de 1 800 professionnels de la santé nous a permis d'apprendre qu'elles avaient occasionné, en un an, plus de 1 000 effets secondaires négatifs ou erreurs médicales. À l'automne 2011, une évaluation des conséquences des pénuries faite par *l'associated press* au faisait état d'au moins 15 décès en 15 mois aux Etats-Unis. Considérant la fréquence et les risques cliniques causés par les ruptures d'approvisionnement, il devient essentiel de considérer cette problématique sous un angle nouveau. Le phénomène doit maintenant être abordé comme un problème de santé publique [11].

Une étude de *l'Institut for safe medication practices* (ISMP) des Etats unis a recensé les impacts suivant des ruptures d'approvisionnement en médicament sur la santé. Il s'agit de :

- décès
- hospitalisation ou durée de séjour plus long en établissement de santé
- progression de la maladie ou développement de nouveaux problèmes de santé
- infections associées à des problèmes de stérilité des médicaments de remplacement lorsqu'ils sont préparés en pharmacie ou en unité de soin dans des conditions qui ne répondent pas aux normes.

- perte de contrôle des symptômes par l'utilisation d'un traitement moins efficace
- effets secondaires associés à un traitement pharmacologique de remplacement moins bien toléré par le patient.

Les impacts financiers quant à eux sont :

- les coûts généralement plus élevés des médicaments utilisés en remplacement du traitement régulier.
- les couts pour la livraison en urgence
- le temps investi au contrôle des quantités disponibles, à la recherche de solutions de remplacement et au suivi clinique qui s'impose par la suite.
- les couts de traitement supplémentaires requis

Les impacts sur les relations interprofessionnelles:

Les ruptures d'approvisionnement en médicaments compromettent les relations patient-pharmacien et médecin-pharmacien. Cinquante-cinq pour cent (55 %) des répondants au sondage de l'ISMP ont mentionné que les médecins étaient en colère contre les pharmaciens, les infirmières et les établissements de santé.

2.3. But de l'étude

Le but de l'étude est de contribuer à l'amélioration de la gestion des médicaments à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan.

2.4. Objectifs de l'étude

L'Objectif général était d'évaluer la qualité de la gestion des médicaments à l'institut de cardiologie d'Abidjan

Les Objectifs spécifiques sont les suivants :

- Analyser le processus de gestion des médicaments à l'ICA
- Déterminer l'exactitude des enregistrements
- Apprécier l'efficacité du contrôle des niveaux de stock

2.5. Cadre conceptuel

2.5.1. Définition des concepts

2.5.1.1. Médicament

Il s'agit de toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou restaurer, corriger, modifier leurs fonctions organiques [12].

2.5.1.2. Médicament Essentiel

Les médicaments essentiels sont des médicaments destinés à répondre aux besoins de santé prioritaires d'une population donnée (définition de l'OMS) [4].

2.5.1.3. Médicament générique

Un médicament générique est une copie d'un médicament original, mais pas nécessairement une copie strictement identique. Il peut présenter des différences qui ne sont tolérées qu'à condition qu'elles n'affectent pas la bioéquivalence du médicament générique par rapport à l'original, seule garantie d'une activité thérapeutique identique. En d'autres termes, ces différences ne doivent pas modifier la quantité et la vitesse auxquelles le principe actif est libéré dans l'organisme. La présence des excipients à effet notoire n'est pas spécifique aux génériques. Ils sont présents aussi bien dans les princeps que dans les génériques [8].

2.5.1.4. Médicament contrefait

Selon l'OMS, un médicament contrefait est un médicament qui est délibérément et frauduleusement muni d'une étiquette n'indiquant pas son identité et/ou source véritable. Il peut s'agir d'une spécialité ou d'un produit générique, et parmi les produits contrefaits, il en est qui contiennent les bons ingrédients ou de mauvais ingrédients, ou bien encore pas de principe actif et il en est d'autres où le principe actif est en quantité insuffisante ou dont le conditionnement a été falsifié.

2.5.1.5. Gratuité ciblée

Il s'agit d'une politique sanitaire mise en place en cote d'ivoire depuis le 20 février 2013.

Cette mesure de gratuité concerne les femmes enceintes non assurées et les démunies, les enfants de 0 à 5 ans et la population générale. Les femmes enceintes bénéficient de la gratuité des consultations prénatales et des examens complémentaires. L'accouchement normal ou par césarienne est gratuit. Elles bénéficient également d'une prise en charge en cas de complications liées à l'accouchement. Pour les enfants de 0 à 5 ans, il s'agit de la gratuité de la prise en charge des maladies les plus fréquentes, que ce soit au plan médical qu'au plan chirurgical. Quant à la population générale, la gratuité concerne les 48 premières heures des

urgences médico-chirurgicales et du traitement du paludisme après confirmation du diagnostic. Par ailleurs, la population générale bénéficie d'un abattement de 30% sur le coût de tous les actes supérieurs à 1000FCFA. En d'autres termes, le malade adulte paie 70% du coût des prestations.

2.5.1.6. La logistique

La logistique est la science d'acquérir, de conserver et de transporter des fournitures (OMS).

Dans l'approvisionnement en médicaments, la logistique comporte tous les aspects du processus qui permet d'apporter un médicament depuis le fournisseur jusqu'à celui qui le délivre et finalement au patient.

2.5.2. Processus d'approvisionnement

Pour Bruel et Blondel, la logistique est une science qui consiste à acquérir, à conserver et à transporter des fournitures. Dans l'approvisionnement en médicaments, la logistique comporte tous les aspects du processus qui permet d'apporter un médicament depuis le fournisseur jusqu'à celui qui le délivre et finalement aux patients. Un processus d'approvisionnement efficace permet d'assurer la disponibilité des médicaments adéquats en quantité appropriée, à des prix raisonnables et aux normes de qualité reconnues. Les médicaments peuvent être acquis par achat, don ou fabrication. [13,14]

Le cycle d'approvisionnement comprend quatre étapes qui sont:

- la sélection des médicaments ;
- l'acquisition ;
- la distribution ;
- l'utilisation

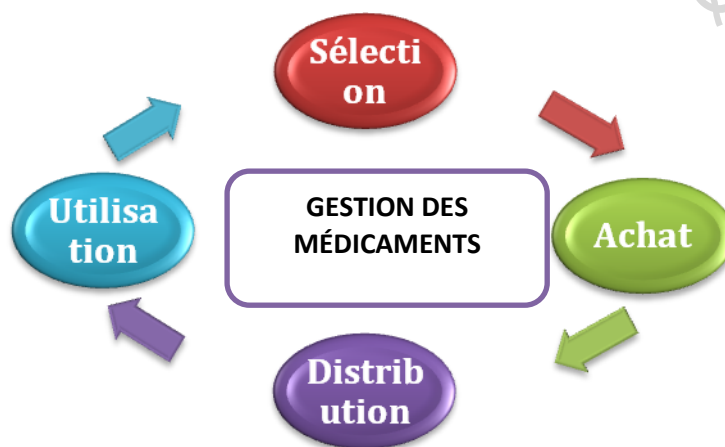


Figure 2 : Cycle de gestion des médicaments essentiels

2.5.2.1. La sélection des médicaments essentiels

La sélection des médicaments essentiels, première étape du cycle, consiste à choisir à partir d'une offre très abondante les médicaments à acquérir et à distribuer. La sélection proprement dite désigne l'établissement de listes restrictives pour les deux étapes de l'acquisition et de la distribution.

Le choix des médicaments dépend de nombreux facteurs comme le schéma de prévalence des maladies, les infrastructures sanitaires, la formation et l'expérience du personnel disponible, les ressources financières et les facteurs génétiques, démographiques et environnementaux.

Seuls pourront être sélectionnés, des médicaments pour lesquels il existe des données sûres et suffisantes en matière d'efficacité et de sécurité en provenance d'études cliniques et pour lesquels des preuves de performance en usage général dans différents cadres ont été obtenues.

Les critères de l'OMS pour la sélection des médicaments essentiels portent sur:

- la pertinence par rapport au schéma des maladies courantes ;
- l'efficacité et la sécurité prouvées ;
- les preuves d'activité dans divers cadres ;
- la qualité adéquate, y compris la biodisponibilité et la stabilité ;
- le rapport coût/bénéfice favorable en termes de coût total du traitement ;
- la préférence pour des médicaments bien connus, avec de bonnes propriétés
- la pharmacocinétique et une possibilité de production locale ;
- les composés uniques.

Ces critères sont souvent adoptés et modifiés pour s'accorder avec les exigences locales [15].

2.5.2.2. L'acquisition des médicaments essentiels

L'acquisition est l'achat des médicaments sélectionnés aux fabricants. Dans certains pays, l'acquisition inclut également des dons. Elle permet d'acquérir et de garantir la livraison régulière des quantités de médicaments essentiels sélectionnés au moindre coût [16].

Les principales étapes de l'acquisition des médicaments essentiels sont :

- la quantification ;
- le choix du mode d'acquisition;
- l'identification et la sélection des fournisseurs;
- la réception et la vérification des médicaments.

2.5.2.2.1. La quantification

La quantification implique une estimation des quantités de chaque médicament à acquérir. Son objectif est de garantir un approvisionnement ininterrompu couvrant entièrement les besoins en médicaments. [17]

Il existe trois méthodes de quantification :

- la méthode de la consommation ;
- la méthode de la morbidité ;
- la méthode de la consommation ajustée.

2.5.2.2.1.1. La Méthode de la consommation

Elle utilise, pour prévoir les besoins futurs, les enregistrements des consommations antérieures de chaque médicament. Dans la méthode de la consommation, une liste de tous les médicaments sélectionnés pour l'acquisition est préparée, et les quantités nécessaires de chaque médicament sont calculées à partir des enregistrements les plus précis des consommations antérieures.

La consommation sur une période récente de six à douze mois, est ajustée en fonction des ruptures de stocks afin d'obtenir la consommation moyenne mensuelle. Cette consommation moyenne mensuelle est alors multipliée par le nombre de mois devant être couverts par l'acquisition. Les niveaux des stocks de sécurité (en mois) sont multipliés par la consommation moyenne mensuelle. Ces deux chiffres sont additionnés pour obtenir les besoins bruts pour cette période, puis les produits disponibles en stock sont soustraits de cette estimation brute pour obtenir les quantités à acheter.

2.5.2.2.1.2. Méthode de la morbidité

Elle utilise le nombre de cas de certaines maladies (incidence) pour estimer les besoins en médicaments. Cette méthode peut être utilisée pour quantifier les besoins de nouveaux programmes ne disposant pas encore de données de consommation. C'est une méthode de référence pour les estimations des médicaments utilisés pour la prévention des maladies. Elle est plus complexe et prend plus de temps.

Les données et informations nécessaires pour appliquer la méthode de la morbidité sont :

- Statistiques de population (internationales, nationales, ou régionales)
- Statistiques d'incidence des maladies
- Taux de fréquentation des formations sanitaires
- Guides de traitement standard, ou bien, pratiques de prescription.
- Stock disponible (Fiches de stock ou rapport d'inventaire)
- Prix des médicaments (Factures, information des fournisseurs, etc.)

La formule de quantification implique de multiplier, pour chaque problème de santé, la quantité de chaque médicament inclus dans les traitements standards par le nombre d'épisodes de traitement attendu pour ce problème de santé. Le besoin total attendu pour chaque médicament est la somme des estimations de tous les traitements dans lesquels ce médicament est inclus. Les estimations sont alors ajustées pour remplir le circuit d'approvisionnement, en prévoyant les pertes par vol et gaspillage.

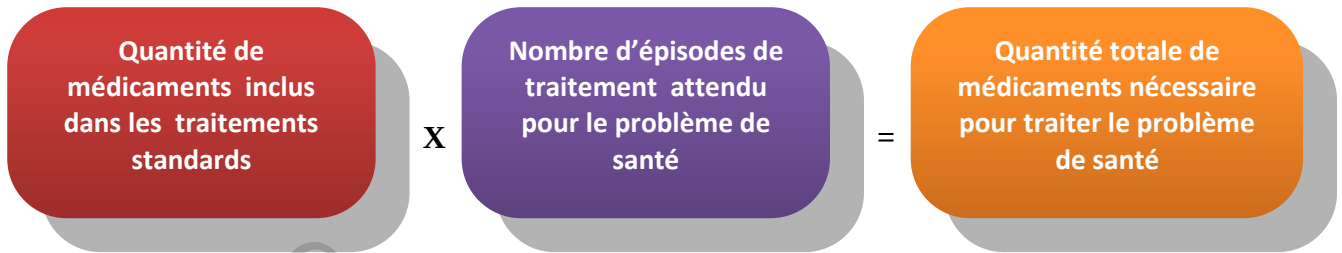


Figure 3 : Détermination de la quantité de médicaments nécessaire pour le traitement d'un problème de santé

2.5.2.2.1.3. Méthode de la consommation ajustée

Lorsque les deux méthodes précédentes ne sont pas réalisables, la meilleure option est l'extrapolation à partir des données de consommation d'une autre région ou d'un autre système de santé. La méthode de la consommation ajustée utilise les données de consommation connues d'un système, appelé le «standard», pour estimer les besoins en médicaments dans un système similaire ou étendu, appelé la « cible ».

Cette méthode peut être basée sur :

- la population en définissant l'utilisation des médicaments pour une population de 1.000 personnes.
- un service en définissant l'utilisation des médicaments pour un type spécifique de malade, pour les admissions de malades internes ou pour les centres de santé ruraux.

Une quantification complète peut utiliser une combinaison de ces deux méthodes, avec différents dénominateurs pour différents produits.

Tableau IV : Comparaison des méthodes de quantification

Méthode	Usage	Données Essentielles	Limites
De la consommation	Premier choix pour des estimations d'achats, avec des données fiables. Prédiction plus fiable de la consommation future	Registres de stock fiables Enregistrement des délais d'approvisionnement Projection des Coûts des médicaments	Doit avoir des données de consommation actualisées Peut perpétuer des pratiques d'usage irrationnel.
De la morbidité	Estimation des besoins dans de nouveaux programmes ou dans l'assistance de catastrophe. Comparaison de l'utilisation avec les besoins théoriques. Préparer et justifier des budgets	Données sur la population et la fréquentation des patients. Incidence actuelle ou projetée des problèmes de santé ; Traitements standards (idéal ou actuel). Projection des coûts de médicaments	Données non disponibles pour toutes les maladies Les traitements standards peuvent ne pas être réellement utilisés.
De la consommation ajustée	Prévision d'achat quand les autres méthodes ne sont pas fiables. Comparer l'utilisation avec d'autres systèmes d'approvisionnement	Comparaison de zone ou de systèmes avec de bonnes données de consommation par habitant, de fréquentation de patient, de niveaux de service et de morbidité. Nombre de formations sanitaires locales par catégories. Estimation des populations utilisatrices réparties par tranches d'âge.	Comparaison discutable des groupes de patients, de la morbidité et des pratiques thérapeutiques

2.5.2.2.2. Choix du mode d'acquisition

Les méthodes d'acquisition des médicaments varient en termes d'effet sur les prix, de délais de livraison et de charge de travail pour le bureau des achats [12]. On distingue quatre modes d'acquisition :

- l'appel d'offres ouvert;
- l'appel d'offres restreint;
- la négociation par mise en concurrence ;
- l'achat direct.

2.5.2.2.2.1. L'appel d'offres ouvert

L'appel d'offres ouvert est une procédure formelle par laquelle un fabricant ou son représentant, localement ou au niveau mondial, est invité à fixer des prix sur la base des termes et conditions spécifiés dans l'invitation à soumission. Les Appels d'Offres Concurrentiels Internationaux (AOI) (ou ICB–International Competitive Bidding), selon les recommandations de la Banque Mondiale (1993), sont des appels d'offres ouverts à tous les fabricants internationaux intéressés des pays membres de la Banque Mondiale.

Les appels d'offres ouverts internationaux attirent habituellement les offres les plus concurrentielles et potentiellement les prix les plus bas.

2.5.2.2.2.2. L'appel d'offres restreint

En ce qui concerne l'appel d'offres restreint (également appelé appel d'offres fermé ou sélectif), les fournisseurs intéressés doivent être approuvés au préalable, souvent à travers un processus formel de pré-qualification qui tient compte :

- de l'adhésion aux Bonnes Pratiques de Fabrication (BPF);
- de la qualité des prestations antérieures ;
- de leur pérennité financière ;
- et de facteurs associés.

Le processus de pré-qualification est souvent ouvert à tout fournisseur qui souhaite poser sa candidature.

2.5.2.2.2.3. Négociation par mise en concurrence

Dans le cadre de la négociation concurrentielle, l'acheteur s'adresse à un nombre limité de fournisseurs sélectionnés (en principe au moins trois) pour qu'ils fixent des prix.

Les acheteurs peuvent aussi être amenés à marchander avec ces fournisseurs pour obtenir certains prix ou services. La négociation concurrentielle est aussi appelée achat négocié ou shopping local ou international.

2.5.2.2.4. Achat direct

La méthode d'approvisionnement la plus simple, mais habituellement la plus chère, est l'achat direct auprès d'un seul fournisseur, soit à un prix fixe, soit à un pris négocié.

Pour un médicament provenant d'une seule source (généralement un médicament sous brevet sans accord de licence autorisant d'autres laboratoires à le fabriquer), l'acheteur est placé devant l'alternative suivante: l'achat direct ou le choix d'un autre médicament.

2.5.2.2.3. Identification et sélection des fournisseurs

Le choix des fournisseurs a un impact important à la fois sur la qualité et sur le coût des médicaments acquis [14].

Les fournisseurs potentiels doivent faire l'objet d'une sélection préalable. Ils doivent être surveillés par un processus qui tient compte de la qualité des produits, de la fiabilité des services, des délais de livraison et de la viabilité financière.

La sélection des fournisseurs dépend du coût, de la régularité des approvisionnements, mais également de la qualité des médicaments.

2.5.2.2.4. Réception et vérification des médicaments

A cette étape, Quick et coll expliquent qu'une commission de la centrale d'achat vérifie la qualité des médicaments acquis et les réceptionne [18]. Cette commission a pour tâche :

- de recevoir les arrivages des fournisseurs et de signer les décharges ;
- de vérifier la conformité des articles : chaque expédition doit être vérifiée pour s'assurer que le fournisseur a bien envoyé les médicaments, les quantités, les conditionnements, les étiquettes demandées et qu'il a rempli toutes les clauses du contrat. Cette étape est essentielle pour garantir la qualité des médicaments ;
- d'établir un procès verbal de réception avec les signatures des membres de la commission.

2.5.2.3. La distribution des médicaments essentiels

Une fois que le cycle d'acquisition est terminé, que les médicaments sont arrivés dans le pays ou qu'ils sont prêts à être livrés par un fournisseur local, le travail du réseau de distribution commence.

Quick et Coll décrivent la distribution comme suit [19] :

Le système de distribution des médicaments et du matériel médical vise à assurer l'acheminement de ces produits du fournisseur jusqu'au niveau des établissements qui les utilisent.

Un système de distribution bien géré doit :

- conserver la qualité des médicaments ;
- optimiser la gestion des stocks ;
- utiliser au maximum les installations de stockage disponibles ;
- fournir des informations pour prévoir les besoins futurs en médicaments ;
- utiliser aussi efficacement que possible les transports disponibles ;
- réduire le vol et la fraude ;
- diminuer les avariés et le nombre des produits périmés.

La distribution des médicaments essentiels de qualité oblige à porter une attention particulière aux conditions de stockage et de transport. Il faut respecter et suivre une série de conditions pour garantir la conservation des produits. Un des aspects à contrôler est celui des facteurs environnementaux auxquels les produits sont exposés. Ces facteurs sont entre autres :

- la lumière ;
- l'humidité ;
- la température.

Ainsi, de nombreux médicaments sont sensibles à la lumière (photosensible) et subissent des détériorations de qualité quand ils sont exposés à un excès de lumière. Pour cette raison, ils devront être éloignés des radiations directes du soleil ou des lampes. De plus, les conditionnements des médicaments sont très importants pour les protéger selon leurs caractéristiques et pour garantir leur stabilité.

Par ailleurs, le type de conditionnement est pris en compte comme partie des critères pour calculer la vie utile du médicament, de sorte qu'au lieu de les détruire, il faut toujours les conserver dans leur présentation originale.

Quant à l'humidité, elle est l'un des facteurs importants à contrôler dans les zones de stockage des médicaments. Un environnement très humide peut favoriser la croissance de micro-organismes tels que les champignons et les bactéries ou précipiter des réactions chimiques

comme l'oxydation des composants de certains médicaments. Les formes galéniques en comprimés peuvent se ramollir.

Enfin, le maintien des conditions adéquates de température est essentiel pour la stabilité des médicaments. Chaque type de médicament comporte une température de conservation qui doit être maintenue pour éviter qu'il perde ses propriétés. Les principaux risques de détérioration auxquels sont exposés les médicaments à cause de la température sont la perte de puissance ou la dégénération en produits toxiques.

2.5.2.4. L'utilisation des médicaments essentiels

Pour Quick et coll, les médicaments devraient être utilisés à bon escient, sans risques, et seulement quand c'est utile. L'utilisation des médicaments essentiels interpelle un certain nombre d'acteurs du système de santé et des utilisateurs en général, à savoir [18]:

- le prescripteur ;
- le gestionnaire des médicaments ;
- et le patient.

L'utilisation irrationnelle des médicaments comprend le surdosage, le sous dosage, et la mauvaise utilisation à cause de facteurs tels que le manque de structures de réglementation adéquates, la pénurie de médicaments essentiels, la disponibilité de médicaments non essentiels, le manque d'information objective fiable et l'influence considérable de la publicité à la fois sur les prescripteurs et les consommateurs.

2.5.2.4.1. Le prescripteur

L'usage irrationnel des médicaments peut être lié à une prescription excessive ou une prescription inadaptée.

2.5.2.4.1.1. La prescription excessive de produits pharmaceutiques

La formation insuffisante des prescripteurs est un déterminant de poids de la prescription excessive de médicaments à travers le monde. En effet, le faible niveau de connaissances de certains prescripteurs remet en cause leur compétence en matière de prescription de médicaments. Ainsi, partant d'un diagnostic incertain souvent lié aux doutes qu'ont les prescripteurs, survient aussi un doute sur le médicament le plus approprié.

Ainsi, le nombre de prescriptions « juste pour être sûr » augmente à cause des incertitudes pesant sur le diagnostic d'une part, et d'autre part à cause de l'inaccessibilité d'outils d'aide au diagnostic ou de l'impossibilité d'assurer un suivi optimal du patient.

2.5.2.4.1.2. La prescription non adéquate des produits pharmaceutiques

La prescription peut être inadéquate de par :

- le choix de la molécule active (classe thérapeutique, biodisponibilité du produit, choix entre un composé liposoluble ou hydrosoluble, choix entre produits cardiosélectifs ou non etc.);
- le choix de la posologie (selon l'âge du patient, ou selon son poids en particulier dans les zones à fort taux de malnutrition);
- le choix de la voie d'administration (par exemple, les formes sèches orales sont inadaptées pour les nourrissons) ;
- le choix de la durée de traitement (durée exagérée ou insuffisante).

Dans tous les cas précédents, si le mauvais choix est effectué, alors la prescription est qualifiée «d'inadaptée».

Comme pour la prescription excessive de produits pharmaceutiques, la prescription inadéquate de médicaments est également liée aux problèmes de la formation et des connaissances des prescripteurs, de l'accès à une information pharmaceutique fiable, de la disponibilité des molécules, de l'incitation financière des prescripteurs ou des exigences des patients et du manque de compréhension entre le patient et le prescripteur.

2.5.2.4.2. Le gestionnaire de médicaments

La qualité de la gestion des stocks effectuée par les pharmaciens ou gérants des dépôts de vente de médicaments essentiels a des répercussions sur la qualité de la pratique des prescripteurs.

Ces derniers adaptent souvent leurs ordonnances en fonction des produits disponibles en stock. La rupture de stock pousse donc certains à choisir des thérapeutiques alternatives parfois moins ciblées contre la maladie diagnostiquée. Inversement le surstock en certains produits peut rendre à la « mode » ces derniers qui seront alors sur prescrits même s'ils ne correspondent pas à la thérapeutique de choix pour une pathologie donnée.

2.5.2.4.3. Le patient

Les patients sont également à l'origine de facteurs très importants conduisant à l'utilisation irrationnelle des médicaments. A travers le monde, on note d'une part une demande excessive de produits pharmaceutiques et d'autre part, une mauvaise observance des traitements.

2.5.3. Intérêt d'une bonne gestion de la logistique des médicaments et produits essentiels

Une bonne gestion de la logistique des médicaments et produits essentiels a pour finalité la disponibilité permanente de ces produits à tous les niveaux du système sanitaire. En effet, les médicaments donnent confiance dans les services de santé et sont utiles en cas de maladie.

2.5.3.1. Utilité des médicaments en cas de maladie

Les principales causes de maladie et de décès dans les pays en développement peuvent être prévenues ou traitées par les médicaments.

Compte tenu de l'impact des vaccins et de l'effet immédiat des autres médicaments il est plus que nécessaire d'assurer à toute la population une disponibilité régulière des médicaments essentiels.

2.5.3.2. Les médicaments comme un facteur de confiance dans les services de santé

La présence et l'efficacité des médicaments sont des facteurs clés pour créer et maintenir l'intérêt et la participation de la population aux activités sanitaires.

Une étude dans une zone rurale d'un pays asiatique a montré que, pour les villageois, le médicament était plus important que l'agent de santé ou que les installations sanitaires.

Ainsi, dans de nombreux cas, les ruptures de médicaments peuvent être une entrave plus importante au bon fonctionnement des services de santé que l'absence des agents de santé eux même.

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ETUDE

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique s'inscrivant dans le cadre d'une recherche opérationnelle. Elle a consisté dans un premier temps, à identifier dans une organisation sanitaire un problème de gestion jugé prioritaire par les dirigeants et le personnel ; puis dans un deuxième temps, à identifier les causes du problème et enfin à proposer des solutions en vue de sa résolution.

Cette étude comportait deux volets : l'un quantitatif et l'autre qualitatif.

3.1. Méthodologie de l'approche quantitative

3.1.1. Période et type de l'étude

La période de l'étude s'étendait du 6 mai au 13 août 2013. Elle était de type transversal descriptif et analytique.

3.1.2. Population d'étude

Elle était constituée des médicaments présents sur la liste des médicaments essentiels de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan.

➤ Critère d'inclusion

Tout médicament présent sur la liste des médicaments essentiels de l'institut de cardiologie d'Abidjan et utilisé au moins une fois au cours des 100 jours précédents le jour de l'enquête.

➤ Critère de non inclusion

Tout médicament sélectionné mais dont la fiche de stock n'a pas été retrouvée au moment de l'enquête.

3.1.3. Méthode d'échantillonnage

Un sondage empirique de type choix raisonné a été effectué. Nous avons ainsi sélectionné au magasin faisant office de dépôt de médicaments de l'ICA, les 25 produits les plus utilisés au cours des 100 derniers jours précédents le jour de l'enquête.

3.1.4. Collecte des données

3.1.4.1. Outil de collecte des données

L'outil utilisé était l'Inventory Management Assessment Tool (IMAT). C'est un outil qui donne des indicateurs pour l'évaluation de l'efficacité des pratiques de gestion et d'enregistrement des produits dans un magasin, et des suggestions pour l'amélioration de ces pratiques. IMAT a été mis au point par le Management Sciences for Health (MSH) en Haïti en 1997 [19].

L'objectif de cet outil est de permettre l'examen de l'efficacité des pratiques de suivi et de compte rendu de stocks dans les entrepôts et aider les utilisateurs à identifier les possibilités pour des améliorations. IMAT est un instrument facile à utiliser, conçu pour collecter et calculer les indicateurs de gestion efficace des stocks. IMAT guide l'utilisateur tout au long d'un processus de collecte de données sur l'équilibre des stocks physiques et théoriques et sur la durée d'une rupture de stocks pour un

ensemble maximum de 25 produits fréquemment utilisés, et ce en calculant les indicateurs, en analysant les résultats et en identifiant des stratégies pour améliorer les comptes rendus et pratiques de gestion de stocks. IMAT est un tableur informatique en format Excel. L'outil est accompagné d'instructions, d'un formulaire de collecte de données, de directives d'analyse, de recommandations et d'une représentation graphique des résultats des indicateurs. IMAT est également disponible sous forme de document papier pour les utilisateurs qui n'ont pas accès à Excel.

Pour son utilisation, il est recommandé d'utiliser IMAT au début d'une journée de travail, avant les nouvelles transactions. L'utilisateur devrait prévoir au moins une demi-journée pour faire l'évaluation.

La feuille « Collecte & calcul » de l'outil IMAT adaptée constituait l'outil de collecte de données. Cette feuille, présentée en annexe 11, comprend :

- Une partie supérieure pour l'identification de la structure évaluée ainsi que la date de collecte des données ;
- Un tableau permettant la saisie des données et le calcul des indicateurs. Les colonnes désignent les variables à recueillir. Il s'agit des items suivants : nom du produit, unité, nombre de jours de rupture de stock, dernière balance enregistrée, quantité physique disponible.

Les données à collecter étaient recueillies à partir des différents outils de gestion (fiches de commande, fiches de stocks), et d'une observation directe des médicaments disponibles au niveau du dépôt.

3.1.4.2. Technique de collecte

La collecte des données s'est faite avec la collaboration du gestionnaire du magasin faisant office de dépôt de médicaments de l'ICA. Les étapes de la collecte étaient les suivantes :

- déterminer le début de la période d'évaluation et son étendue.

L'évaluation devait couvrir la période des 100 jours précédents la date du 14 août 2013 (date de la collecte des données). Pour trouver le début de cette période, nous avons utilisé un calendrier et avons compté en allant vers l'arrière, 14 semaines et 2 jours (ceci donne 100 jours calendaires) à partir de la date du 14 août 2013. Ce qui nous a donné une période allant du 6 mai au 13 août 2013.

- sélectionner les produits devant faire partie de la liste

Création d'une liste des 25 produits les plus fréquemment distribués. Noter les noms de ces produits dans la colonne B et les unités dans la colonne C.

- compter le nombre de jours de rupture de stock de chaque produit pendant la période de l'évaluation et l'inscrire dans la colonne D.
- enregistrer la balance actuelle de la fiche de stock de chaque produit

Enregistrer la balance la plus récente indiquée sur la fiche de stock dans la colonne E. Ne pas corriger les erreurs mathématiques.

- faire un inventaire pour avoir la balance physique actuelle de chaque produit

Pour chaque produit sur la liste, compter les quantités physiques dans le magasin. Ne pas y inclure les produits périmés. Enregistrer les résultats dans la colonne F.

3.1.5. Saisie et analyse des données

Les données étaient directement saisies sur l'outil IMAT qui est conçu sous forme d'un tableur Excel. Après la saisie des données, une étude descriptive du système a été réalisée pour évaluer les pratiques de gestion par le calcul des indicateurs appropriés. Ces derniers étaient au nombre de quatre (04).

Les deux premiers, à savoir les indicateurs 1 et 2 mesurent l'exactitude du système d'enregistrement et les deux derniers (3 et 4) mesurent l'efficacité du contrôle des niveaux de stock.

3.1.6. Définition opérationnelle des indicateurs

- ✓ **Indicateur 1** : il correspond au pourcentage d'enregistrements de stock exacts. Cet indicateur montre la qualité du système d'enregistrement en identifiant la proportion d'enregistrements exact. Deux indicateurs supplémentaires permettent d'analyser la proportion d'enregistrements inexacts : il s'agit des indicateurs 1a et 1b.
- ✓ **Indicateur 1a** : Il examine la proportion de balances enregistrées inférieures au compte physique.
- ✓ **Indicateur 1b** : il examine la proportion de balances supérieures au compte physique.
- ✓ **Indicateur 2** : il est défini comme le rapport de la variation de l'inventaire au stock physique et indique l'importance des erreurs d'enregistrement.
- ✓ **Indicateur 3** : c'est le pourcentage de produit disponible. Il mesure l'efficacité du système à maintenir une gamme de produits en stock (au moment de l'évaluation).
- ✓ **Indicateur 4** : c'est le pourcentage moyen de temps de rupture de stock. Il indique la capacité du système à maintenir un approvisionnement constant de produit dans le temps.

3.2. Méthodologie de l'approche qualitative

3.2.1. Population d'étude et période de collecte des données

La population de notre étude était composée de responsables administratifs de l'ICA (Institut de cardiologie d'Abidjan), de personnels médical et paramédical et de parents de malades hospitalisés. La collecte des données s'est déroulée du 6 août au 30 septembre 2013.

3.2.2. Méthode et technique d'échantillonnage

Dans cette étude, nous avons opté pour un sondage empirique de type choix raisonné. Ainsi les unités statistiques étaient sur le plan administratif :

- Le Directeur administratif et financier
- L'Agent comptable principal
- Le chef du service contrôle et évaluation

Concernant la pharmacie, les unités statistiques étaient :

- Le chef de service
- Le surveillant d'unité

En ce qui concerne le personnel médical, paramédical et les parents des malades, ils étaient issus des services des soins intensifs médicaux et chirurgicaux, de l'hémodynamique, des urgences et de l'hospitalisation de médecine. Ces services ont été choisis car la disponibilité des médicaments y est cruciale.

3.2.3. Techniques et Instruments de collecte des données

Les techniques utilisées sur le plan qualitatif pour atteindre un niveau de validité supérieur étaient : les entretiens, l'observation et l'analyse de document. Ces techniques couplées ont permis de faire une triangulation des données.

➤ Les entretiens

Les entretiens étaient faits avec des guides d'entretiens semi structurés contenant des items en rapport avec la gestion de la logistique des médicaments. Les entretiens étaient individuels et directs pour éviter l'influence de tierces personnes. L'objectif de ces entretiens était de connaître le comment et le pourquoi du problème de gestion des médicaments.

De plus cette technique a favorisé une communication plus directe et approfondie avec les personnes interviewées. Le choix du guide d'entretien s'est fait à cause de sa souplesse qui le caractérise afin de donner aux personnes enquêtées l'opportunité d'expliquer leurs points de vue. Cet instrument de collecte a l'avantage de rapidité d'exécution, et la qualité des données recueillies est en général, meilleure.

➤ L'observation

Elle consistait à observer particulièrement les locaux de la pharmacie et les conditions de stockage et de dispensation des médicaments à la pharmacie et dans les principaux services retenus.

➤ Etude de documents

Il s'agissait d'exploiter les outils de gestion des médicaments, les rapports d'activité et les rapports d'audit de la pharmacie et des services sélectionnés.

3.2.4. Saisie et analyse des données

Les données recueillies au cours des entretiens, observations et études de documents étaient transcrites de façon manuelle, immédiatement dans un journal chronologique au fur et à mesure qu'elles étaient obtenues.

L'analyse des données s'est faite aussi manuellement. Elle a consisté à décrire et à classer par thèmes (sélection, acquisition, distribution, utilisation et recouvrement) les données obtenues des différentes sources. Puis nous avons procédé à une triangulation et un regroupement des données en catégories (mots et chiffres) à l'intérieur des différents thèmes.

3.3. DIFFICULTEES ET LIMITES DE L'ETUDE

3.3.1. Difficultés

Les difficultés rencontrées au cours de notre étude étaient :

- l'indisponibilité des informateurs clés
- le manque d'intérêt accordé à l'étude par certains acteurs du processus de gestion des médicaments

3.3.2. Limites

Sur le plan méthodologique le fait de n'avoir pas pu réaliser de focus group vu que toutes les conditions de sa réalisation n'étaient pas réunies. Le biais lié à la présence régulière de l'enquêteur dans le service de la pharmacie entraînant une modification de certaines habitudes.

CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS

4.1. Résultats de l'enquête

Il s'agit dans un premier temps de décrire le processus de gestion des médicaments et consommables à la pharmacie centrale de l'ICA, puis dans les unités de soins. Ensuite, le processus de recouvrement des médicaments sera abordé et enfin l'exactitude des enregistrements.

4.1.1. Le processus de gestion des médicaments

La mission de la pharmacie de l'ICA vise deux cibles :

- les services médicaux, chirurgicaux et d'exploration : les services sont fournis en médicaments et en petit matériel
- les malades : Il leur est fourni des médicaments et dispositifs médicaux

Il existe deux catégories de médicaments à l'institut de cardiologie d'Abidjan :

- Les médicaments dits ICA payés avec la ligne de crédit destinée aux médicaments et provenant des fournisseurs autre que la pharmacie de la santé publique (PSP) qui sont Laborex, Copharmed, la pharmacie des lagunes etc.
- Les médicaments de la PSP qui sont, quant à eux, scindés en deux catégories : les médicaments en dépôt vente et ceux réservés à la gratuité ciblée.

Pour ce qui concerne cette étude, elle sera uniquement consacrée au processus de gestion des médicaments.

4.1.1.1. Le processus de gestion des médicaments au niveau de la pharmacie centrale

4.1.1.1.1. La sélection

La sélection des médicaments à l'ICA est faite par le comité du médicament. Sur la base de la liste nationale des médicaments essentiels et de la spécificité des pathologies rencontrées à l'institut de cardiologie, une liste de produits sensibles est élaborée. A ces produits sensibles, s'ajoutent d'autres produits qui sont tout aussi nécessaires à la prise en charge des patients.

4.1.1.1.2. L'acquisition

4.1.1.1.2.1. La Quantification

La quantification à l'ICA se fait selon la méthode de la consommation. Il n'existe pas de comité de quantification ni de calendrier de quantification et d'approvisionnement.

Pour les produits à commander à l'étranger, la commande est annuelle. Les commandes à la pharmacie de la santé publique se font chaque mois et celles réalisées chez les fournisseurs privés se font en moyenne deux fois dans la semaine. Les commandes en dehors de celles faites à l'étranger couvrent en moyenne une période de trois mois.

Les gestionnaires de stocks procèdent au choix des produits pour la quantification. Ils font une proposition de commande au pharmacien responsable qui valide les quantités à commander et passe les commandes. Les fournisseurs autres que la PSP sont payés avant la prestation de service ; Il leur est constitué une provision d'avance qui sert à l'acquisition des produits.

4.1.1.1.2.2. Adaptation des besoins et des ressources financières

Pour ce qui concerne les médicaments dits ICA, ceux-ci sont achetés avec la ligne de crédit réservée à cet effet dans le budget de l'ICA. Pour le budget 2013, cent millions (100 000 000) de francs CFA soit 5.28% sont destinés à l'achat des médicaments et autres matériels médicaux. Pour une partie des médicaments provenant de la PSP, il a été signé un contrat entre la pharmacie de la santé publique et l'Institut de Cardiologie d'Abidjan instituant un système de dépôt vente. Les médicaments sont livrés d'avance et renouvelés par le mécanisme de recouvrement des coûts. Une autre partie des médicaments livrés par la PSP est destinée à la gratuité ciblée.

4.1.1.1.2.3. Choix du mode d'acquisition

A propos du choix du mode d'acquisition des médicaments, il est pratiqué à l'ICA, la négociation par mise à concurrence et l'achat direct auprès des fournisseurs. Le principal fournisseur de l'ICA est la pharmacie de la santé publique. En cas d'incapacité de la PSP à fournir les médicaments nécessaires, un accord lui est demandé à en vue de passer commande auprès de fournisseurs privés.

4.1.1.1.2.4. Identification et sélection des fournisseurs

En dehors de la pharmacie de la santé publique qui est le principal fournisseur de l'ICA, il n'existe pas de critère bien défini et de procédures pour l'identification et la sélection des fournisseurs à l'ICA. Le chef de service de la pharmacie est tout à fait libre de choisir le fournisseur qui lui convient.

4.1.1.1.2.5. Réception et vérification des médicaments

La réception des médicaments se fait en 2 étapes. Après le déchargement du camion de livraison, lorsque les médicaments arrivent, s'il s'agit d'un jour ordinaire, un agent du pôle commande de la pharmacie fait la première réception des produits commandés. Cette réception vise à contrôler uniquement le colisage. En dehors des jours ordinaires, n'importe quel agent de la pharmacie peut faire la première réception des médicaments. Après cette première réception, une deuxième réception est faite en commission.

La commission de réception est constitué par :

- un agent de la pharmacie
- un agent du service de contrôle et de l'évaluation
- un agent du contrôle budgétaire
- un agent de la direction administrative et financière
- un surveillant général

Pour cette seconde réception, les vérifications suivantes sont effectuées :

- numéro du produit
- références
- état de conditionnement
- quantité commandée
- quantité livrée
- étiquetage
- température de conservation pour les produits sensibles
- numéro de lot
- date de péremption
- prix

Il n'existe pas de salle de réception ni de salle de mise en quarantaine pour les produits arrivant. La pharmacie possède une dérogation en ce qui concerne certains produits dits sensibles. Ceux-ci peuvent être utilisés dès la première réception si leur utilisation est jugée urgente.

Un procès verbal de réception est rédigé après chaque réception. Pour valider la seconde réception, la présence d'au moins deux membres de la commission de réception n'appartenant à la pharmacie est nécessaire. Dans les procès verbaux de réception, les critères de conformité ou de non-conformité des produits ne sont pas spécifiés. Le plus souvent, la seconde réception se fait de manière séparée par les différents membres du comité de réception. Chaque membre effectue son contrôle individuellement.

4.1.1.1.2.6. Le stockage

La pharmacie de l'ICA, comme toutes les pharmacies hospitalières, gère de grandes quantités de produits pharmaceutiques (médicaments, dispositifs médicaux, petit matériel etc.). Cependant, les réactifs de laboratoire ne sont pas gérés par la pharmacie. Le petit matériel dispose d'un magasin de stockage différent de celui des médicaments. Les médicaments sont stockés dans deux endroits différents : le magasin et la salle de vente. A l'intérieur du magasin destiné aux médicaments, ceux-ci sont scindés en deux groupes : médicaments ICA et médicaments PSP. Le magasin utilisé pour le stockage des médicaments n'est pas spacieux. Tous les cartons ne sont pas disposés sur des palettes et certains cartons sont posés à même le sol. D'autres sont collés au mur. La distance de 30 centimètre réglementaire entre les palettes et le mur n'est pas respectée. Les médicaments qui ne se trouvent pas dans les cartons sont rangés sur des étagères. Sur les étagères, le rangement se fait par classe thérapeutiques. Il existe une chambre froide spacieuse pour les produits sensibles à la chaleur. Le magasin dispose d'un thermomètre mural. La température du magasin est contrôlée au moins une fois par jour. Les stupéfiants sont conservés dans une armoire fermée à clé dans le bureau des pharmaciens. Dans la salle des ventes, les médicaments sont rangés dans des tiroirs par ordre alphabétique. Les dépôts de petit matériel et de médicaments sont gérés par des gestionnaires. Les mouvements de stock sont enregistrés aussi bien sur des fiches de stock que dans des ordinateurs utilisant un logiciel de gestion (Ledis). Le logiciel de

gestion des médicaments est devenu inadapté. Il n'y a qu'un seul magasinier. Il n'y a pas de manœuvre pour le déplacement des cartons de médicaments.

Malgré l'utilisation d'outils de gestions plus ou moins adaptés, il a été constaté une quantité importante de produits périmés correspondant financièrement à près de 2 millions de francs cfa au mois de mars 2013.

4.1.1.1.3. Distribution et ou dispensation

Les médicaments sont distribués dans les services de deux façons. De façon globale, pour constituer une dotation pour certains services sensibles et de façon nominative. Les services utilisateurs se procurent les médicaments soit à travers les bons de commande, soit à travers les ordonnances prescrites par les prescripteurs pour les malades.

4.1.1.1.4. L'utilisation

L'utilisation des médicaments à l'ICA fait intervenir les prescripteurs, le personnel soignant (infirmier) et les malades.

Les prescripteurs : il s'agit des médecins cardiologues enseignants, des médecins cardiologues non enseignants, des médecins internes des hôpitaux et des médecins en spécialisation. Les prescripteurs sont qualifiés et compétents. Cependant, la plupart des prescripteurs ne sont pas informés de la liste des médicaments disponibles à la pharmacie.

Les infirmiers : ils sont chargés d'administrer les médicaments prescrits par les médecins aux malades hospitalisés.

Les malades : il s'agit de patients hospitalisés ou ambulatoires qui utilisent les médicaments.

4.1.1.2. Processus de gestion au niveau des unités de soins

4.1.1.2.1. La détermination des besoins

La détermination des besoins dans les services sensibles se fait à la fois selon la méthode de la morbidité et de la consommation moyenne mensuelle. Les services des soins intensifs, des urgences et de l'hémodynamique possèdent une dotation en médicament. La gestion de ces médicaments de dotation n'est pas uniforme dans ces différents services. Certains possèdent des fiches de stock, d'autre non. Au fur et à mesure que les médicaments en dotation sont utilisés, une prescription est faite à l'endroit des malades utilisateurs, à destination de la pharmacie centrale pour restituer les médicaments utilisés dans le stock de dotation. Concernant le service de l'hémodynamique, la reconstitution de la dotation se fait par l'intermédiaire des bons de commande.

4.1.1.2.2. La réception

Le service demandeur de médicaments récupère directement les médicaments à la pharmacie.

4.1.1.2.3. Le stockage

Les médicaments sont stockés pour certains, dans les chariots à soins, pour d'autres dans des armoires fermées à clé et se trouvant dans une chambre aménagée à cet effet.

Une supervision de la gestion des médicaments est réalisée deux fois dans la semaine (lundi et vendredi) dans les unités de soins par un gestionnaire de la pharmacie.

4.1.1.2.4. Utilisation

Les médicaments sont utilisés dans les différents services utilisateurs après prescription des médecins prescripteurs. Après acquisition des médicaments prescrits, ceux-ci sont administrés aux patients par les infirmiers.

4.1.2. Efficacité des systèmes d'enregistrement et de gestion

4.1.2.1. Indicateur1 : Pourcentage d'enregistrement de stock exact

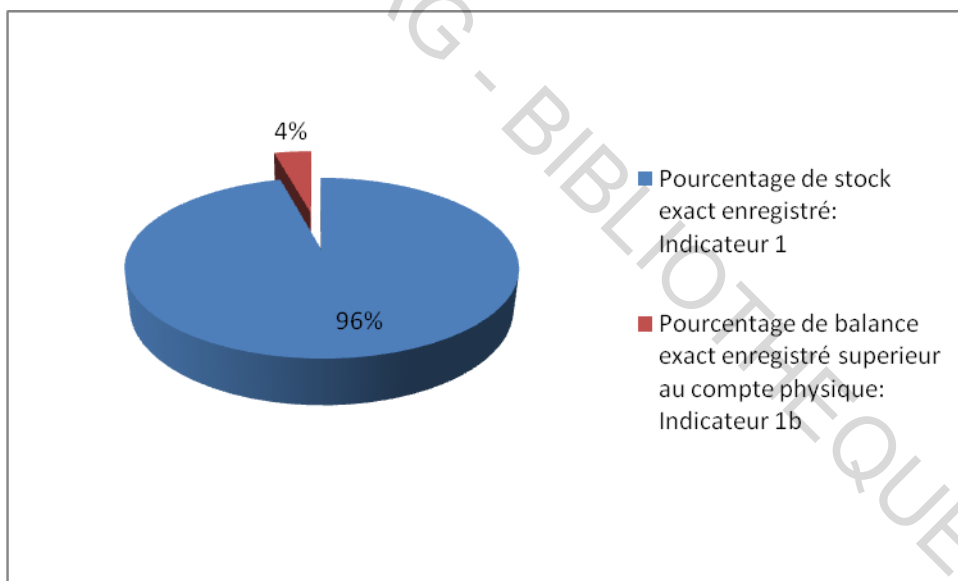


Figure 4 : Variation des enregistrements par rapport au compte physique du stock

L'indicateur 1 est à 96% tandis que le 1b est à 4%.

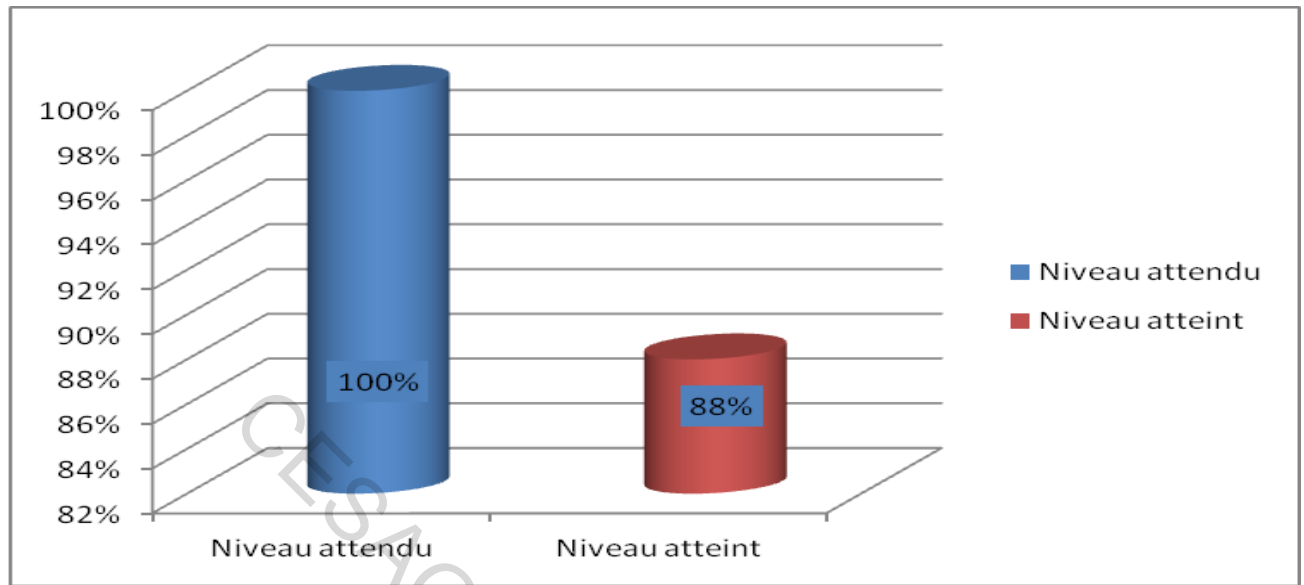
4.1.2.2. Indicateur 2 : Rapport de la variation de l'inventaire/stock total

Tableau V : Situation de la variation générale du stock

Niveau	Stock
Attendu	0%
Atteint	0%

La variation générale du stock est de 0%.

4.1.2.3. Indicateur 3 : Pourcentage de produit en stock



Graphique 2 : disponibilité des médicaments à la pharmacie de l'ICA

La disponibilité des médicaments est de 88% à la pharmacie de l'ICA.

4.1.2.4. Temps moyen de rupture de stock

Tableau VI : Pourcentage moyen de temps de rupture de stock

Niveau	Stock
Attendu	0%
Atteint	8%

Le temps de rupture de stock est de 8% à la pharmacie de l'ICA

4.1.3. Le processus de recouvrement des couts et de dispensation des médicaments

Les médicaments sont dispensés à l'ICA par l'intermédiaire de trois supports :

- Les bons de commande interne pour les services
- Les ordonnances internes et externes pour les malades

4.1.3.1. Utilisation de bon de commande interne

Un agent du service demandeur se rend avec le bon de commande correctement renseigné à la pharmacie. Dès réceptions du bon de commande, la pharmacie effectue un traitement de la commande puis une facturation. Les produits commandés sont contrôlés avant leur sortie puis délivrés.

4.1.3.2. Utilisation d'ordonnance externe

L'ordonnance externe qui arrive à la pharmacie est traitée puis facturée. Le patient se rend ensuite à la caisse pour effectuer le paiement et revient à la pharmacie avec le reçu de paiement. Il est alors effectué un contrôle des produits à sortir puis les médicaments sont délivrés.

4.1.3.3. Utilisation d'une ordonnance interne

L'ordonnance interne est acheminée à la pharmacie par un personnel paramédical. Il faut noter que tout patient admis à l'ICA doit déposer une caution avant son admission mais les patients ne sont pas pour autant refoulés s'ils ne disposent pas de la caution. Une partie de cette caution sert au paiement des médicaments qui seront utilisés pour la prise en charge du patient. Lorsque l'ordonnance arrive à la pharmacie, le solde du compte médicament du patient est vérifié pour apprécier s'il est créditeur ou débiteur. Si le compte est créditeur, la conformité de l'ordonnance est vérifiée. Les critères de conformité sont les suivants : la date, le nom du service, le nom du malade, le numéro du dossier et de la chambre du patient, la désignation des médicaments et leur posologie, la signature et le cachet du prescripteur.

Si l'ordonnance est jugée conforme, la disponibilité des produits est vérifiée. Si les produits sont disponibles, l'ordonnance est traitée et les produits facturés. Le paiement se fait automatiquement en débitant le compte médicament du patient à partir de la pharmacie. Le paiement effectué, les médicaments sont vérifiés avant leur sortie puis délivrés au patient demandeur.

Si le compte client n'est pas créditeur, il est demandé une approbation du bureau d'admission et des frais de séjour. Si l'approbation est donnée, l'ordonnance suit son circuit normalement.

Si l'ordonnance n'est pas conforme, elle retourne dans le service prescripteur pour remplir les critères de conformité.

Si les produits prescrits ne sont pas disponibles, un approvisionnement express peut être effectué. Dans le cas contraire, une ordonnance externe est produite et remise aux parents du malade pour un achat extérieur.

Depuis l'institution de la gratuité ciblée des soins, quatorze (14) pathologies ont été ciblées et bénéficient d'une gratuité totale pendant les 48 premières heures d'admission. Ainsi, tout malade admis et chez qui une de ces pathologies a été diagnostiquée, bénéficie pour les 48 premières heures de la gratuité. Les ordonnances prescrites à ces patients portent la mention gratuite et sont servies automatiquement par la pharmacie.

Au cours du premier semestre 2013, la consommation globale en médicaments s'élevait à 225 973 487 millions de fcfa. 114 842 191 F CFA soit 50,82% ont été recouvré, 78 604 850 F CFA soit 34,78% restent à recouvrer et 32 526 446 F CFA soit 14,39 ont été consacrés à la gratuité ciblée.

Pour la même période, concernant les médicaments de la PSP destinés au dépôt vente, la consommation était de **36 813 319**. Ainsi, 22 568 527 F CFA soit 61,31% ont été recouvrées, 7 515 398 F CFA soit 20,41% restent à recouvrer et 6 729 394 F CFA soit 18,28% ont été consacrés à la gratuité ciblée.

4.2. Analyse des résultats

4.2.1. Analyse de l'exactitude du système d'enregistrement et de la capacité du système à maintenir une gamme de produits en stock

❑ Exactitude du système d'enregistrement

a) Indicateur 1 : Pourcentage d'enregistrement de stock exact

Il indique la qualité du système d'enregistrement en identifiant la proportion exacte d'enregistrement. A la pharmacie de l'ICA, il est de 96%, proche de la valeur idéale de 100%. Ce résultat atteste d'une bonne exactitude du système d'enregistrement. La pharmacie de l'ICA étant certifiée iso 9001 version 2000 depuis l'année 2008 ce résultat est en phase avec le label de certification. Ce résultat est proche de celui de **KINDO [20]** à l'Hôpital grand Yoff de Dakar qui trouve un pourcentage de 92%. Cependant, cette comparaison doit être nuancée vu le fait que les médicaments objets des deux études ne sont pas les mêmes.

b) Indicateur 1a : Pourcentage de balance enregistrée inférieure au compte physique

Il indique la proportion d'enregistrement inférieur au compte physique. Dans notre étude, il est de 0% atteignant ainsi la valeur idéale qui est de 0%. Ce résultat atteste de la qualité des enregistrements faits par le gestionnaire des stocks.

c) Indicateur 1b : Pourcentage de balance enregistrée supérieure au compte physique

Il indique la proportion d'enregistrement supérieur au compte physique. Contrairement à l'indicateur 1a, l'indicateur 1b n'atteint pas la valeur idéale 0%. Il est de 8%. Ce mauvais enregistrement est apparu pour l'insuline. En effet, il existe différentes spécialités d'insuline au magasin de médicament de la pharmacie mais ces spécialités sont toutes enregistrées au même nom sur la fiche de stock. Il existe ainsi une seule fiche de stock pour tous les types d'insuline.

d) Indicateur 2 : Rapport de la variation de l'inventaire au stock physique

Il indique l'importance des erreurs d'enregistrement. Il est de 0%, comme la valeur idéale. Ce résultat exprime le professionnalisme et la rigueur avec lesquels le gestionnaire met à jour les outils de gestion en particulier les fiches de stock.

❑ Capacité du système à maintenir une gamme de produits en stock

e) Indicateur 3 : Pourcentage de produits disponibles

Mesure l'efficacité du système à maintenir une gamme complète de produits en stock (au moment de l'évaluation). Il est de 88% contre 100% pour la valeur idéale. Bien que proche de la valeur idéale, il y a toujours une possibilité d'améliorer ce résultat. Ce résultat est supérieur à celui de l'hôpital HOGGY à DAKAR [20] qui est de 60%.

f) Indicateur 4 : Pourcentage moyen de temps de rupture de stock

Il indique la capacité du système à maintenir les produits de façon constante dans le temps en minimisant la durée des ruptures. Il est de 8% contre 0% pour la valeur idéale. Ce résultat est proche de la valeur idéale mais peut être amélioré. Ainsi, bien qu'il existe des ruptures de stock à la pharmacie de l'ICA, ces ruptures ne sont pas de longue durée. Ce résultat est très loin de celui de l'hôpital HOGGY à Dakar [20] où cet indicateur est à 38%.

4.2.2. Analyse du processus de gestion

4.2.2.1. Le processus de gestion à la pharmacie centrale

❑ Points forts

- l'existence d'un comité du médicament
- la sélection des médicaments est faite sur la base de la liste nationale des médicaments essentiels et tient compte de la spécificité de l'ICA
- il existe un comité de réception des médicaments
- l'existence d'outils de gestion informatisés et non informatisés
- la pharmacie dispose d'une ligne de crédit pour l'achat des médicaments et consommables
- les ressources humaines sont en quantité suffisante

❑ Points à améliorer

- la liste des médicaments sélectionnés est importante (plus de 150 médicaments)
- la non implication effective du comité du médicament dans le processus de gestion des médicaments
- le processus de quantification n'est pas maîtrisé
- l'absence d'un comité de quantification et d'un calendrier de quantification
- l'absence de critères objectifs d'identification et de sélection des fournisseurs
- les clauses de la convention signée entre la PSP et l'ICA ne sont pas respectées
- la seconde réception des médicaments se fait individuellement par chaque membre du comité de réception
- les critères de conformité et de non-conformité des médicaments ne sont pas précisés sur les procès verbaux de réception
- le logiciel de gestion des stocks n'est plus adapté
- les locaux de la pharmacie sont exigus particulièrement le magasin de stockage des médicaments

- l'absence de salle de réception et de mise en quarantaine
- l'absence de manœuvre pour la manutention
- seulement 5.28% du budget de l'ICA sont alloués à l'achat de médicaments
- les difficultés de trésorerie

4.2.2.2. Le processus de gestion dans les unités de soin

❑ Points forts

- les besoins sont déterminés en fonction de la morbidité et de la consommation moyenne mensuelle
- l'existence de bond de commande pour la dispensation globale des médicaments dans les services.

❑ Points à améliorer

- les outils de gestion ne sont pas les mêmes dans les unités de soins
- les lieux de stockage des médicaments diffèrent dans les unités

4.2.2.3. Le processus de recouvrement

❑ Point fort

- l'informatisation du processus

❑ Point faible

- la maîtrise de la gratuité ciblée

**TROISIEME PARTIE :
DETERMINATION/ANALYSE DES
CAUSES ET LEUR PRIORISATION-
IDENTIFICATION ET PRIORISATION
DES SOLUTIONS-PLAN DE MISE EN
OEUVRE**

CHAPITRE V : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION

5.1. Présentation des outils

5.1.1. Outils permettant de recueillir les causes

❑ Le QQQQCP : Quoi ? Qui ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ?

Objet

Il a pour objet d'analyser une activité, de décrire une situation en adoptant une attitude interrogative systématique, en posant les questions :

- quoi ? Qui ? Où ? Quand ? Comment ? (voire : combien ?).

Chaque réponse à chacune de ces questions peut être soumise à l'interrogation supplémentaire : pourquoi ?

Ces questions élémentaires sont très commodes pour mettre de l'ordre dans les idées. Elles sont utilisées à différents moments dans la démarche de résolution de problème :

- pour poser un problème,
- pour rassembler des informations et les mettre en forme,
- pour chercher des idées de causes possibles, de solutions possibles,
- pour préparer un plan d'action.

Modalités

Examiner la situation sous différents angles :

- quoi ? Qu'est-ce que c'est ? Que fait-on (objet, nature, quantité...) ? Quel défaut ? Quelle phase du processus ? Quel constituant ?
- qui ? Qui est concerné ? Quelles personnes ? Quelles équipes ? Quels bénéficiaires ?
- où ? A quel endroit ? A quelle distance ? Dans quel secteur ?
- quand ? A quel moment ? A quelle heure ? A quelle époque ? Pendant quelle période ? Depuis quand ?
- comment ? Comment est-ce arrivé ? Comment le fait-on ? Avec quel procédé ? Comment le constate-t-on ?

La description peut être complétée en répondant à la question : combien ? Pour chiffrer les éléments caractéristiques de la situation en choisissant bien les unités de mesure.

Toutes ces questions peuvent se combiner avec la question : pourquoi ? Soit pour chercher les causes, soit pour indiquer les raisons, soit pour expliquer les intentions.

☐ **Le brain storming**

But

Le brain storming a pour but de faire exprimer le plus d'idées possibles au sein d'un groupe.

Principe

La première étape consiste à présenter le sujet puis il s'en suit la phase de production d'idées. Il est permis de dire tout ce qui vient à l'esprit (il n'y a pas de mauvaises idées), sans faire de jugement ou de critiques.

Après la production des idées, celle-ci sont évaluées afin d'éliminer celles qui n'ont pas de rapport avec le sujet et de reformuler les autres pour plus de clarté.

☐ **La revue de la littérature**

Elle permet la recherche des causes du problème citées dans la littérature

5.1.2. Outils permettant de classer les causes par nature et ou de les visualiser

☐ **Le diagramme cause effets ou diagramme en arrête de poisson ou diagramme d'ISHIKAWA**

Cet outil a été créé et diffusé par Kaoru ISHIKAWA, ingénieur japonais à l'origine des cercles de qualité [21].

But

Analyser et visualiser le rapport existant entre un problème (effet) et toutes ses causes possibles.

Le diagramme d'Ishikawa est un outil graphique qui sert à comprendre les causes d'un défaut de qualité ; il sert à analyser le rapport existant entre un problème et toutes les causes possibles.

Principe

Le diagramme d'Ishikawa permet de classer les causes liées au problème posé et de fournir des éléments pour l'étude de ou des solutions. Pour classer les causes en grande familles, on s'aide fréquemment des « 5M » : Matière, Milieu, Méthode, Matériel, Main d'œuvre.

- ✓ **main-d'œuvre** : directe, indirecte, motivation, formation, absentéisme, expérience, problème de compétence, d'organisation, de management
- ✓ **le matériel** : Recense les causes probables ayant pour origine les supports techniques et les produits utilisés. Machines, outils, équipements, capacité, âge, nombre, maintenance
- ✓ **matière** : matières premières, pièces, ensembles, fournitures, identification, stockage, qualité, manutention
- ✓ **méthode** : instructions, manuels, procédures, modes opératoires
- ✓ **milieu** : environnement physique, éclairage, bruit, aménagement, relations, température, climat, marché, législation

5.1.3. Outils permettant la priorisation

❑ Le vote pondéré

Objectif

Il a pour objectif de sélectionner les idées les plus importantes.

Principe

Cet outil permet d'éliminer les idées secondaires et de se consacrer aux plus importantes. Il a la même fonction que l'écrit d'un concours, il sélectionne les meilleurs, mais ne décide pas des admis.

Modalité d'utilisation

Un maximum de dix (10 points) a été donné à chaque participant, à répartir sur les idées qui lui semblent importantes. Le maximum par idée a été fixé à 5. Les points ont été additionnés et enregistrés dans un tableau.

❑ Le diagramme de Pareto ou diagramme 80/20

Le diagramme de Pareto permet de représenter l'importance relative de différents phénomènes lorsqu'on dispose de données quantitatives. Ce graphique aide le groupe dans son travail d'analyse ; il permet aux participants d'avoir une même vision des priorités et de choisir sur quoi concentrer les efforts d'amélioration. On constate, dans bien des cas, que 80% de l'effet résultent de 20% des causes.

5.2. Présentation et analyse des causes

5.2.1. Causes provenant de la littérature et du brainstorming

Des études portant sur le cycle de la gestion des médicaments ont permis d'identifier différentes causes responsables de ruptures de stocks de médicaments, de péremptions et de mauvais recouvrement des coûts.

5.2.1.1. Causes en rapport avec la quantification et l'utilisation

Les commandes ne reposant pas sur des données fiables de consommation ou de prescription sont à la base de ruptures de stocks [22].

L'insuffisance du niveau de formation des agents de santé sur l'utilisation rationnelle des médicaments et sur les outils de prévision des besoins [23].

Une étude réalisée à Kpomasse (Bénin), met en évidence une quantification passable la non planification des commandes [24].

La mauvaise estimation des délais de livraison [25].

5.2.1.2. Causes liées au stockage

- l'insuffisance de l'aération des locaux ;
- des locaux exigus ;
- le stockage dispersé, mauvais rangement, l'absence d'inventaire physique régulier [25]
- le local de la pharmacie est inadapté

5.2.1.3. Causes liées aux outils de gestion

Les outils de gestion sont nécessaires pour une bonne gestion des médicaments mais la bonne utilisation de ces outils est également importante. Des études ont mis en évidence :

- le mauvais remplissage des fiches de stock et des procès verbaux d réception [24]
- le manque d'archivage des bons de commandes
- les oublis et les erreurs de calculs sur les fiches de stock [25]

5.2.1.4. Causes liées à la relation entre la pharmacie et les prescripteurs

La mauvaise circulation de l'information entre la pharmacie et les prescripteurs.

5.2.1.5. Causes liées à la relation entre l'administration et la pharmacie

- la mauvaise communication entre l'administration et la pharmacie
- le manque de suivi des dossiers
- la mauvaise gestion des documents d'engagement
- le statut de l'hôpital : le manque d'autonomie de gestion
- le long circuit administratif pour l'acquisition de médicaments

5.2.1.6. Causes liées aux ressources humaines

- Le personnel non qualifié
- Les tâches males attribuées
- Le manque de motivation

5.2.2. Causes provenant de l'enquête

- la liste pléthorique des médicaments essentiels
- la non maîtrise de la quantification
- le non respect des clauses de la convention PSP-ICA
- les critères de conformité et de non-conformité des médicaments réceptionnés non précisés
- le logiciel de gestion inadapté
- les locaux de stockage exigus
- les difficultés de trésorerie
- la non maîtrise de la gratuité ciblée

- le déficit de communication entre la pharmacie et les prescripteurs
- le manque de motivation du personnel
- les commandes trop fréquentes
- l'absence de salle de réception des médicaments
- l'absence de salle de mise en quarantaine
- l'absence de comptable matière
- l'inefficacité des procédures de contrôle
- la mauvaise qualité de la seconde réception des médicaments
- la non prise en compte des besoins réels des services
- l'indicateur taux de recouvrement n'est pas attribué à la pharmacie
- le déficit d'approvisionnement de la PSP
- Certains médicaments de la gratuité ne sont pas disponibles à la PSP

5.2.3. Regroupement des causes provenant de l'enquête par famille et diagramme d'Ishikawa

5.2.3.1. Regroupement des causes par famille

a- Matériel

- liste des médicaments sélectionnés pléthorique
- logiciel inadapté

b- Méthode

- non maîtrise de la gratuité ciblée
- mauvaise qualité de la seconde réception des médicaments
- non maîtrise de la quantification
- commande fréquentes
- non respect de la convention PSP-ICA
- déficit de communication entre la pharmacie et les prescripteurs
- l'indicateur taux de recouvrement n'est pas attribué à la pharmacie
- non précision des critères de conformité et de non-conformité des produits réceptionnés
- inefficacité des procédures de contrôle
- réception individuelle par les membres du comité de réception
- non prise en compte des besoins réels des services

c- Milieu

- locaux de stockages exigus
- absence de salle de réception
- absence de salle de mise en quarantaine

d- Matière

- difficultés de trésorerie
- déficit d'approvisionnement par la PSP
- certains médicaments de la gratuité non disponible à la PSP

e- Main d'œuvre

- manque de motivation du personnel de la pharmacie
- absence de comptable matière à la pharmacie

5.2.3.2. Diagramme d'ISHIKAWA

CESAG - BIBLIOTHEQUE

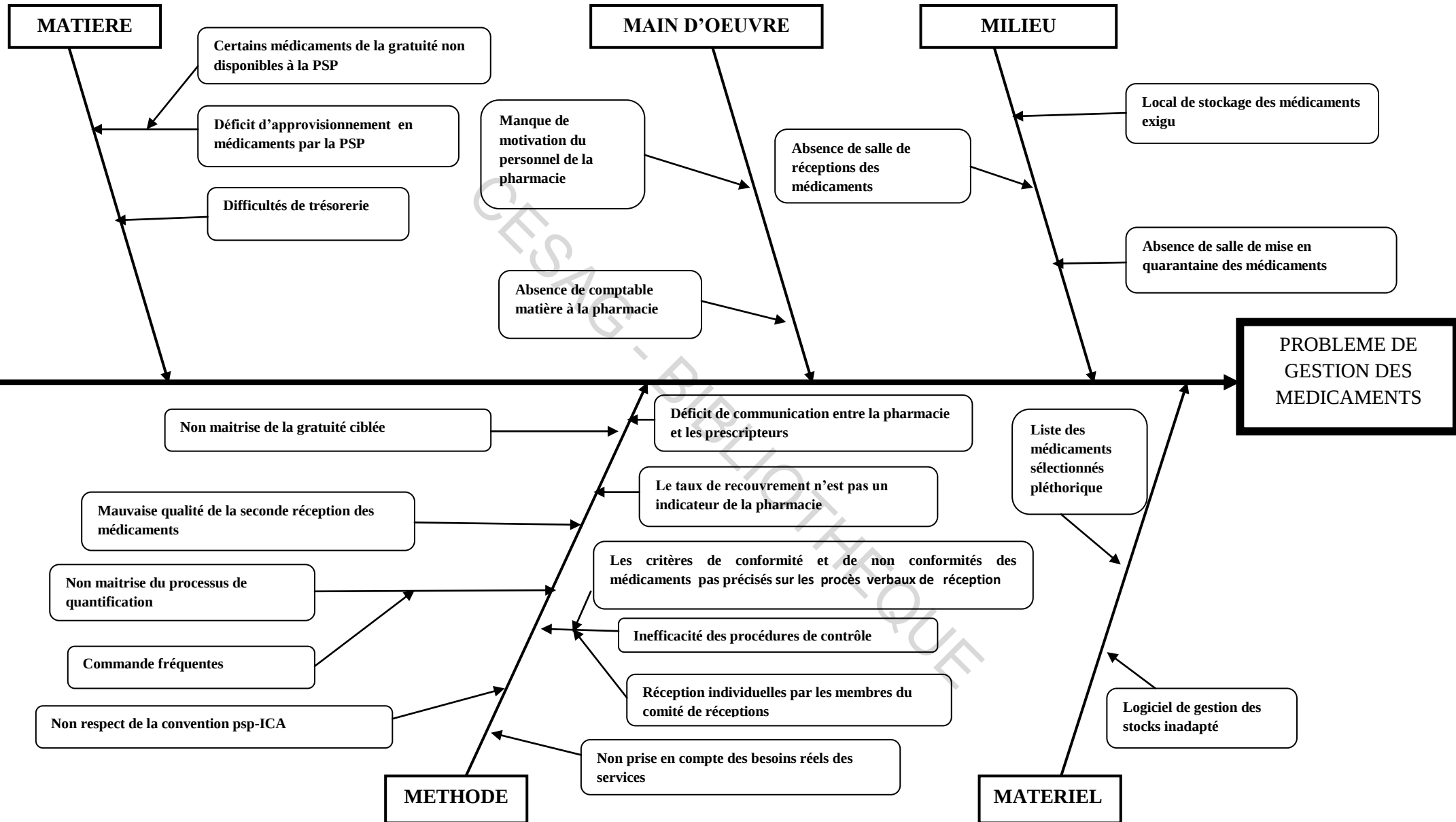


Figure 5 : Diagramme d'ISHIKAWA

5.3. Priorisation des causes

5.3.1. Le vote pondéré

Le vote pondéré s'est fait après sélection des principales causes du problème de gestion des médicaments. Sept personnes issues de l'administration, de la pharmacie et des services médicaux ont participé à ce vote.

Tableau VII : Vote pondéré-causes

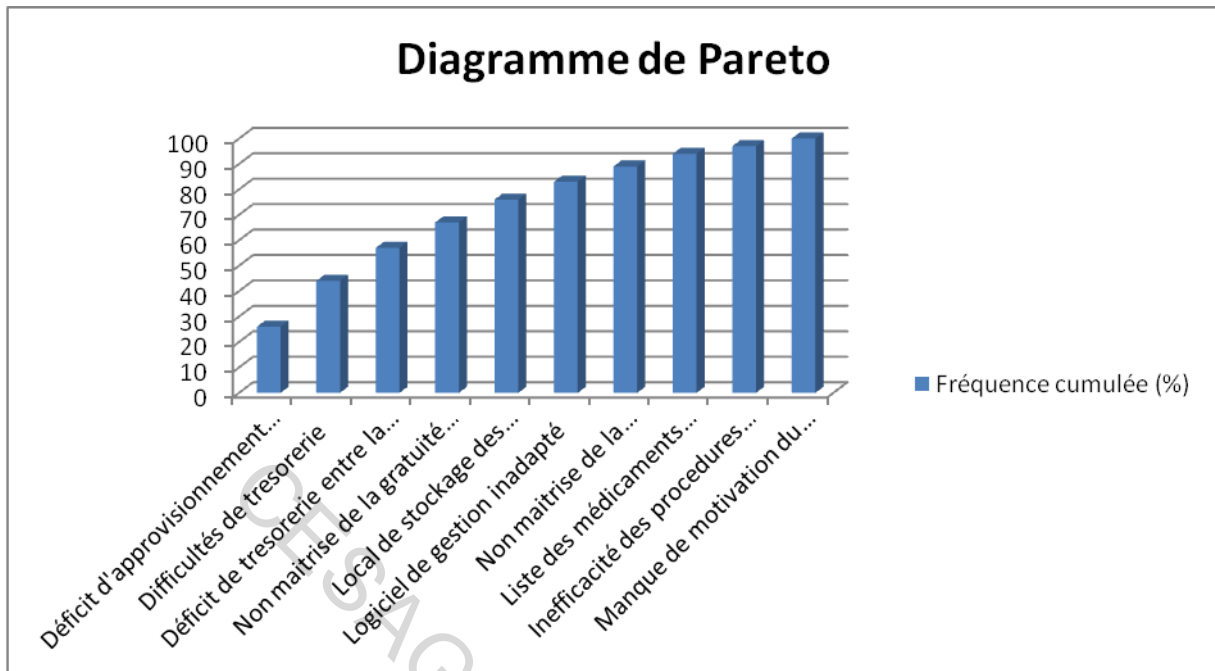
Causes	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Total
Déficit d'approvisionnement de la PSP	2	5	2	1	3	3	2	18
Difficultés de trésorerie	1	2	1	4	2	1	2	13
Déficit de communication entre la pharmacie et les prescripteurs	1		3	2		1	2	9
Non maîtrise de la gratuité ciblée	2	1	1		2		1	7
Local de stockage des médicaments exigü		2		1		2	1	6
Logiciel de gestion inadapté	2				2	1		5
Non maîtrise de la quantification			2	1	1			4
Liste des médicaments pléthorique	1					2	1	4
Inefficacité des procédures de contrôle	1		1					2
Manque de motivation du personnel				1			1	2
Total	10	10	10	10	10	10	10	70

5.3.2. Diagramme de Pareto

Selon la règle 20/80 de Pareto, 20% des causes produisent 80% des effets.

Tableau VIII : Pareto

Causes	Fréquence absolue	Fréquence cumulée en pourcentage
Déficit d'approvisionnement de la PSP	18	26%
Difficultés de trésorerie	13	44%
Déficit de communication entre la pharmacie et les prescripteurs	9	57%
Non maîtrise de la gratuité ciblée	7	67%
Local de stockage des médicaments exigus	6	76%
Logiciel de gestion inadapté	5	83%
Non maîtrise de la quantification	4	89%
Liste des médicaments pléthorique	4	94%
Inefficacité des procédures de contrôle	2	97%
Manque de motivation du personnel	2	100%
TOTAL	70	



Graphique 3 : Diagramme de Pareto

Ainsi le déficit d'approvisionnement de la PSP représente 26% des causes soit autour de 20%. Selon la loi de Pareto, il est donc responsable de 80% du problème de gestion des médicaments à l'ICA.

La cause prioritaire du problème de gestion des médicaments à l'ICA est donc le déficit d'approvisionnement de la PSP. En effet, au cours du premier semestre 2013, la PSP n'a fourni que 7,92% de l'approvisionnement de l'ICA contre 92,08% provenant des fournisseurs privés.

CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

6.1. Présentation des solutions retenues

Les principales solutions retenues par le groupe de travail pour l'amélioration de la gestion des médicaments à l'ICA sont les suivantes :

- ✓ La formation à la gestion de la logistique des médicaments
- ✓ La contractualisation avec les grossistes répartiteurs privés
- ✓ La mise en place d'un fonds de roulement pour l'achat des médicaments

6.2. Priorisation des solutions

Les critères retenus par le groupe de travail pour la priorisation des solutions sont les suivants :

L'efficacité de la solution : on entend par efficacité, l'attente des objectifs fixés. La solution est donc efficace que si elle permet de combler les écarts de gestion ainsi de réduire aux maximum les ruptures de stock de médicament, les médicaments périmés et aussi de permettre entre autre un meilleur recouvrement des coûts.

Le coût de la solution : il s'agit d'un cout approximatif. Les ressources financières étant limitées, le cout d'une solution est très important pour permettre sa mise en œuvre effective.

La facilité de réalisation : l'aisance dans la réalisation d'une solution est tout aussi importante dans son choix. Une solution difficile à réaliser tardera à être mise en œuvre ou ne le sera jamais.

A la suite d'un vote pondéré, des coefficients de pondération ont été attribués à chaque critère en fonction de son importance relative. Le résultat est le suivant :

Tableau IX : Coefficient de pondération des critères

CRITERES	COEFFICIENT DE PONDERATION
Efficacité de la solution	4
Coût de la solution	3
Facilité de réalisation	1

Puis un second vote a été effectué. Pour chaque critère, 10 points sont attribués avec un maximum de 5 points par solution.

Tableau X : Priorisation des solutions

		Critères			
		Efficacité (4)	Coût (3)	Facilité de réalisation (1)	
SOLUTIONS	Formation à la gestion de la logistique des médicaments	4×4=16	5×3=15	5×1=5	36
	Contractualisation avec les grossistes répartiteurs privés	3×4=12	3×3=9	1×1=3	22
	Mise en place d'un fonds de roulement pour l'achat des médicaments	3×4=12	1×3=3	3×1=3	18

La formation à la gestion de la logistique des médicaments a obtenu le score le plus élevé qui est de 36. Par conséquent, c'est la solution retenue pour l'amélioration de la gestion des médicaments à l'ICA.

6.3. Justification de la solution retenue

La formation à la gestion de la logistique des médicaments est une solution globale qui prend en compte toutes les étapes de la gestion des médicaments, depuis la sélection, l'acquisition jusqu'à l'utilisation du médicament. Cette solution est appropriée dans notre cas de figure dans la mesure où bien que la cause prioritaire de la mauvaise gestion des médicaments soit le déficit d'approvisionnement en médicament par la PSP, certaines étapes de la gestion comme la sélection et la quantification doivent être maîtrisées pour que la coopération avec les autres fournisseurs puisse être efficace.

CHAPITRE VII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION RETENUE

7.1. Objectifs du projet

Objectif général

L'objectif général est de contribuer à l'amélioration de la gestion des médicaments à l'ICA d'ici à octobre 2014

Objectifs spécifiques

- Augmenter le pourcentage de stock exact enregistré de 96% à 100% d'ici à octobre 2014
- Augmenter le pourcentage de produits disponibles de 88% à 100% d'ici à octobre 2014
- Réduire le pourcentage moyen de temps de rupture de stock de 8% à 0% d'ici à octobre 2014

7.2. Cadre logique

Tableau XI : Cadre logique

Titre du projet : Formation du personnel de la pharmacie de l'ICA à la gestion de la logistique des médicaments		Durée d'exécution : un (01) an	
Site du projet : Institut de Cardiologie d'Abidjan		Cible : Le personnel de la pharmacie centrale de l'ICA	
Logique d'intervention	Indicateur objectivement vérifiable	Moyen de vérification	Conditions critiques
OG : Contribuer à l'amélioration de la gestion des médicaments à l'ICA d'ici à octobre 2014	Les taux de ruptures de stock, de péremption et de recouvrement des couts à des niveaux acceptables	Rapports d'activités de la pharmacie	Engagement de la direction Motivation du personnel
OS1 : Augmenter le pourcentage de stock exact enregistré de 96% à 100% d'ici à octobre 2014	Le pourcentage de stock exact enregistré passe de 96% à 100% d'août 2013 à octobre 2014	Rapport d'évaluation de la pharmacie à l'aide d'IMAT	Adhésion du personnel pour une application effective des bonnes pratiques de gestion logistique
OS2 : Augmenter le pourcentage de produits disponibles de	Le pourcentage de produits disponibles passe de 88% à 100% d'août 2013 à octobre 2014	Rapport d'évaluation de la pharmacie à l'aide d'IMAT	Adhésion du personnel pour une application effective des bonnes pratiques de gestion logistique

*Contribution à l'amélioration de la gestion des médicaments à l'Institut de
Cardiologie d'Abidjan*

88% à 100% d'ici à octobre 2014			
OS3 : Réduire le pourcentage de temps de rupture de stock de 8% à 0% d'ici à octobre 2014	Le pourcentage de temps de rupture de stock passe de 8% à 0% d'août 2013 à octobre 2014	Rapport d'évaluation de la pharmacie à l'aide d'IMAT	Adhésion du personnel pour une application effective des bonnes pratiques de gestion logistique
R1 : Le pourcentage de stock exact enregistré a augmenté de 4 points	Le pourcentage de stock exact enregistré est de 100% en octobre 2014	Rapport d'évaluation de la pharmacie à l'aide d'IMAT	Adhésion du personnel pour une application effective des bonnes pratiques de gestion logistique
R2 : Le pourcentage de produits disponibles a augmenté de 12 points	Le pourcentage de produits disponibles est de 100% en octobre 2014	Rapport d'évaluation de la pharmacie à l'aide d'IMAT	Adhésion du personnel pour une application effective des bonnes pratiques de gestion logistique
R3 : Le pourcentage de temps de rupture de stock est réduit de 8 points	Le pourcentage de temps de rupture de stock est de 0% en octobre 2014	Rapport d'évaluation de la pharmacie à l'aide d'IMAT	Adhésion du personnel pour une application effective des bonnes pratiques de gestion logistique
A1 : Formation de 7 PGP, 9 auxiliaires et du Surveillant d'unité de la pharmacie aux pratiques d'enregistrement des médicaments	7 PGP, 9 auxiliaires, et le surveillant d'unité de la pharmacie sont formés aux bonnes pratiques d'enregistrement des médicaments	Rapport d'activité des séances de formation	Engagement de la direction Ressources financières disponibles Disponibilité du personnel
A2 : Formation complète à toutes les étapes de la gestion logistique des médicaments pour les 7 pharmaciens, 7 PGP et le surveillant d'unité de la pharmacie	7 pharmaciens, 7 PGP et le surveillant d'unité de la pharmacie sont formés à toutes les étapes de la gestion logistique des médicaments	Rapport d'activité des séances de formation	Engagement de la direction Ressources financières disponibles Disponibilité du personnel

A3 : Formation complète à toutes les étapes de la gestion logistique des médicaments pour les 7pharmaciens, 7PGP et le surveillant d'unité de la pharmacie	7 pharmaciens, 7 PGP et le surveillant d'unité de la pharmacie sont formés à toutes les étapes de la gestion logistique des médicaments	Rapport d'activité des séances de formation	Engagement de la direction Ressources financières disponibles Disponibilité du personnel
---	---	---	--

CESAG - BIBLIOTHEQUE

7.3. Plan opérationnel

Tableau XII : Plan opérationnel de la solution

STRATEGIE : Formation du personnel de la pharmacie à la gestion de la logistique des médicaments							
OBJECTIF GENERAL : Améliorer la gestion des médicaments à l'ICA d'ici à octobre 2014							
OS1 : Augmenter le pourcentage de stock exact enregistré de 96% à 100% d'ici à octobre 2014							
ACTIVITES :	CIBLES	SUPPORT DE SUIVI	PERIODE D'EXECUTION	RESSOURCES HUMAINES	RESSOURCES MATERIELLES	RESSOURCES FINANCIERS	RESPONSABLE
Formation aux bonnes pratiques d'enregistrement	7 PGP 9 auxiliaires Le surveillant d'unité de la pharmacie	Fiche de présence Rapport de formation	Avril 2014	ICA	Outils didactiques	Budget ICA	Directeur médical et scientifique
Tache1 : élaboration du programme de formation		Curriculum de formation	Novembre 2013	ICA	Matériel didactique	Budget ICA	Directeur médical et scientifique
Tache 2 : Etablissement du calendrier de la formation		Chronogramme de formation	Novembre 2013	ICA	Matériel didactique	Budget ICA	Directeur médical et scientifique
Tache 3 : Mobilisation des ressources financières		Rapport financier	Décembre 2013	ICA		Budget ICA	Directeur administratif et financier

Tache 4 : Identification des formateurs		Listing des formateurs	Janvier 2014	ICA	Répertoire des formateurs	Budget ICA	Directeur médical et scientifique
Tache 5 : Collecte du matériel pédagogique		Liste du matériel pédagogique	Février 2014	ICA	Véhicule	Budget ICA	Sous directeur ressources humaines
Tache 6 : Information des participants		Fiche d'inscription à la formation	Février 2014	ICA	Note de service Note d'information	Budget ICA	Sous directeur ressources humaines
Tache 7 : Evaluation d'effet		Rapport d'évaluation	Octobre 2014	ICA	Outil IMAT	Budget ICA	Chef de service contrôle et évaluation
OS2 : Augmenter le pourcentage de produits disponible de 88% à 100% d'ici à octobre 2014							
OS3 : Réduire le pourcentage de temps de rupture de stock de 8% à 0% d'ici à octobre 2014							
Formation complète à toutes les étapes de la gestion logistique des médicaments	7 pharmaciens 7 PGP Le surveillant d'unité de la pharmacie	Fiche de présence Rapport de formation	Mai 2014	ICA	Outils didactiques	Budget ICA	Directeur médical et scientifique
Tache1 : élaboration du programme de formation		Curriculum de formation	Novembre 2013	ICA	Matériel didactique	Budget ICA	Directeur médical et scientifique
Tache 2 : Etablissement du		Chronogramme de	Novembre 2013	ICA	Matériel didactique	Budget ICA	Directeur médical et scientifique

calendrier de la formation		formation					
Tache 3 : Mobilisation des ressources financières		Rapport financier	Décembre 2013	ICA		Budget ICA	Directeur administratif et financier
Tache 4 : Identification des formateurs		Listing des formateurs	Janvier 2014	ICA	Répertoire des formateurs	Budget ICA	Directeur médical et scientifique
Tache 5 : Collecte du matériel pédagogique		Liste du matériel pédagogique	Février 2014	ICA	Véhicule	Budget ICA	Sous directeur ressources humaines
Tache 6 : Information des participants		Fiche d'inscription à la formation	Mars 2014	ICA	Note de service Note d'information	Budget ICA	Sous directeur ressources humaines
Tache 7 : Evaluation d'effet		Rapport d'évaluation	Octobre 2014	ICA	Outil IMAT	Budget ICA	Chef de service contrôle et évaluation

7.4. Budget

Le budget du projet de formation des agents de la pharmacie de l'ICA sur la gestion des médicaments s'élève à deux millions cent quatre vingt douze mille sept cent francs (2192700) CFA.

Tableau XIII : Budget

Désignation	Quantité	Prix unitaire	Montant
Organisation de séances de formations	-	-	-
1.1 Préparatifs			
Elaboration du programme	-	-	250000
Etablissement du calendrier	-	-	250000
Mobilisation des ressources financières	-	-	-
Identification des formateurs	-	-	50000
Collecte du matériel pédagogique	-	-	20000
Information des participants	-	-	10000
1.2. Matériel didactique			
Papier rame A4	5	2500	12500
Bloc notes	34	1000	34000
Stylos à bille	34	100	3400
Crayon	34	100	3400
Gomme	34	100	3400
Marqueur	5	400	2000
Chemise cartonnée dossier	34	1000	34000
1.2. Pauses café et déjeuner			
Pause café	72/8Jrs	500	288000
Pause déjeuner	36/8Jrs	1500	432000
1.3. honoraire formateurs	2Pers/8Jrs	50000	800000
TOTAL	-	-	2192700

7.5. Chronogramme des activités

Tableau XIV : Chronogramme des activités

ACTIVITES	ANNEE 2013		ANNEE 2014											
	N	D	J	F	Ma	A	M	Ju	Jl	O	S	Oc	N	D
Formation aux bonnes pratiques d'enregistrement														
Tâches :														
1. Elaboration du programme de formation														
2. Etablissement du calendrier de la formation														
3. Mobilisation des ressources financières														
4. Identification des formateurs														
5. Collecte du matériel pédagogique														
6. Information des participants														
7. Déroulement de la formation														
8. Evaluation d'effet														
Formation complète à la gestion de la logistique des médicaments														
Tâches :														
1. Elaboration du programme de formation														
2. Etablissement du calendrier de la formation														
3. Mobilisation des ressources financières														
4. Identification des formateurs														
5. Collecte du matériel pédagogique														
6. Information des participants														
7. Déroulement de la formation														
8. Evaluation d'effet														

Légende :

J : janvier ; F : février ; Ma : mars ; A : avril ; M : mai ; Ju : juin ; Jl : juillet ; O : août ; S : septembre

Oc : octobre ; N : novembre ; D : décembre

7.6. Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation sont deux activités importantes pour tout projet.

Pour la réalisation efficace de ces deux activités, il faudra des ressources financières équivalentes à 10% du budget du projet.

Le suivi est une activité routinière qui permettra d'apprécier le respect du chronogramme et d'apporter des actions correctrices.

L'évaluation quant à elle, permettra de juger de l'atteinte des objectifs spécifiques et de l'objectif général.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



RECOMMANDATIONS

AU MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

- Octroyer une autonomie de gestion à l'Institut de cardiologie d'Abidjan

A LA DIRECTION DE L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE D'ABIDJAN

- Réviser la liste des médicaments disponibles au strict nécessaire
- Impliquer réellement le comité du médicament dans le processus de gestion des médicaments
- Aménager des locaux plus spacieux pour la pharmacie centrale
- Créer une salle de réception et une salle de mise en quarantaine pour les produits entrants
- Doter la pharmacie d'un logiciel plus adapté à la gestion des médicaments
- Mettre en place un mécanisme de contrôle afin de veiller à une application rationnelle de la gratuité ciblée
- Veiller au respect de la convention signée entre l'ICA et la PSP-CI
- Recruter un comptable matière pour la pharmacie
- Alléger le circuit de la dépense visant à l'achat des médicaments
- Attribuer l'indicateur taux de recouvrement des médicaments à la pharmacie
- Recruter un manœuvre pour la manutention

AU DIRECTEUR ADMINISTRATIF ET FINANCIER

- Informer la pharmacie en temps réel des paiements effectués aux fournisseurs hors PSP

AU CHEF DE SERVICE DU CONTROLE ET DE L'EVALUATION

- Veiller à la participation effective de tous les membres du comité de réception pendant les réceptions de médicaments

AU CHEF DE SERVICE DE LA PHARMACIE

- Favoriser tous les modes de communications entre la pharmacie et les services utilisateurs
- Veiller à l'harmonisation des outils de gestion des médicaments dans les différents services utilisateurs
- Inscrire les critères de conformité et de non-conformité des médicaments sur les procès verbaux de réception



CONCLUSION

L'Institut de cardiologie d'Abidjan est un centre hospitalier et universitaire certifié ISO 9001 version 2000 pour certains services depuis l'année 2005. Cette certification s'est étendue à la pharmacie en 2008. Malgré la certification, l'ICA rencontre de nombreux problèmes de gestion dont le plus important et jugé prioritaire est la gestion des médicaments.

En effet, le médicament représente un enjeu de triple nature à l'hôpital : un enjeu financier, un enjeu de qualité de la prise en charge et un enjeu de responsabilité. De plus, Une bonne gestion de la logistique des médicaments et produits essentiels a pour finalité la disponibilité permanente de ces produits à tous les niveaux du système sanitaire.

L'analyse du cycle de gestion des médicaments à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan a permis de mettre en évidence des points forts mais aussi de nombreux points à améliorer. L'outil IMAT nous a révélé :

- 96% d'enregistrement de stock exact
- 88% de produits disponibles
- Un pourcentage moyen de temps de rupture de stock de 8%

La principale cause identifiée comme étant à l'origine du problème de gestion des médicaments était le déficit d'approvisionnement en médicament de la pharmacie de la santé publique. La solution retenue pour contribuer à l'amélioration de la gestion des médicaments à l'ICA était la formation à la gestion de la logistique des médicaments. Cependant, La mise en œuvre de cette solution coûtera la somme de 2 192 700 fcfa.

Le suivi et l'évaluation de cette solution, menés de façon rigoureuse, permettront de mesurer à court, moyen et long terme l'atteinte des objectifs fixés.

REFERENCES

1. Côte d'Ivoire. Enquête Démographique et de santé à indicateurs Multiples 2011-2012. Rapport de synthèse.
2. Nobre T. L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements. Manuscrit auteur, publié dans "20ÈME CONGRES DE L'AFC, France (1999)" 2P.
3. L'Initiative de Bamako 15 ans après, un agenda inachevé ; web site-URL : <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/BamakoInitiativeReview.pdf>
4. Le concept de médicaments essentiels. OMS web site -URL : http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.3_fre.pdf (mai 2010)
5. Guide d'analyse économique du circuit du médicament. OMS web site-URL : <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242545090.pdf> (juin 2010)
6. OMS web site-URL : http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_2002.2_fre.pdf (juin 2010)
7. OMS web site-URL : <http://www.who.int/countries/mdg/fr/> (juin 2010)
8. Les médicaments génériques : des médicaments à part entière, décembre 2012 : anms.santé.fr
9. Les entreprises du médicament. Le Médicament, parlons-en. Web site-URL : www.le-medicament-parlons-en.com (octobre 2006).
10. Leonhard J. La lutte internationale contre la contrefaçon de médicaments : une étude de la répression internationale. Centre de recherches Droits et Perspectives du Droit (CRDP) Université du Droit et de la Santé - Lille II. (Juillet 2012)
11. Ordre des pharmaciens du Québec .Les ruptures d'approvisionnement en médicament, en enjeu de santé publique qui nécessite des actions concertées. Rapport final. Recommandation du comité sur les ruptures d'approvisionnement en médicaments. (Mars 2012)
12. Dumoulin J., Miloud K., Germán V. Guide d'analyse économique du circuit du médicament, Organisation Mondiale de la santé, 2001. Genève, 61 p.

13. Blondel F. Gestion de la production: comprendre les logistiques de gestion industrielle pour agir. Paris. Dunod; 2007, 5^{ème} édition. 464 p.
14. Bruel O. Politique d'achat et gestion des approvisionnements. 1998. 2eme édition, Dunod, Paris.
15. Organisation Mondiale de la Santé. (Juin 2002), Perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments, La sélection des médicaments essentiels.
16. République du Sénégal. Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme. Plan stratégique de lutte contre le Paludisme (2006-2010).
17. Quick D. J. et Coll. (1985) .Bien gérer les médicaments: Quantification des besoins en médicaments. Management science for health.
18. Quick D. J. et coll. (1988). Bien gérer les médicaments: la sélection, l'acquisition, la distribution et l'utilisation des produits pharmaceutiques dans les soins de santé primaires. Management science for health.
19. MSH. Inventory Management Assessment Tool (IMAT). Web site -URL http://erc.msh.org/toolkit/pdf/IMAT_Fr.xls IMAT.
20. Kindo R. Contribution à l'amélioration des pratiques de gestion des médicaments et consommables médicaux à l'hôpital général Grand Yoff de Dakar. CESAG/DESS/GPS. Novembre 2012.
21. Diagramme d'ISHIKAWA. Web site-URL : http://fr.wikipedia.org/wiki/Diagramme_de_causes_et_effets
22. Boussengar L. Analyse de la gestion des médicaments et des dispositifs médicaux au niveau d'une structure d'accueil des urgences. Institut National d'Administration Sanitaire (Maroc). Mémoire de Maîtrise en Administration Sanitaire. Juillet 2004.
23. Kourouma A. Contribution à l'amélioration de la gestion des stocks et des approvisionnements en médicaments à la pharmacie de l'Hôpital Abass Ndao. CESAG/DESS/GPS. 2001.

24. Somda Christian (2006). Evaluation du système logistique de gestion des médicaments essentiels génériques dans la commune de Kpomasse (BENIN) .MEMOIRE N°413/IRSP/ Maîtrise en Santé Publique. 2006.
25. Farouk H. Analyse de la disponibilité des médicaments et des dispositifs médicaux au niveau de la maternité hospitalière de l'hôpital IBN ZOHR de Marrakech. Master en administration sanitaire et santé publique. Filière management des services de santé. Royaume du Maroc. juillet 2010. 75P

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien avec le Directeur administratif et financier

OBJET : Problématique de la gestion des médicaments et consommables à l'institut de cardiologie d'Abidjan

Date de l'entretien :

1. Quelle est la procédure utilisée pour approvisionner la pharmacie centrale de l'Institut de cardiologie d'Abidjan en médicaments et consommables ?
2. La pharmacie de l'ICA arrive t- elle à satisfaire tous les besoins en médicaments et consommables des différents services utilisateurs ? Sinon à quoi cela est dû ?
3. Quelle est la proportion du budget de la pharmacie dans le budget général de l'ICA ?
4. Quels problèmes de trésorerie pose l'approvisionnement en médicaments ?
5. Quel est le taux de recouvrement de la vente des médicaments ?
6. Quelles sont vos appréciations de la gestion des médicaments et consommables au niveau de la pharmacie et des services utilisateurs ?
7. Avez –vous des recommandations pour optimiser la gestion des médicaments et consommables à l'ICA ?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Annexe 2 : Guide d'entretien avec l'agent comptable

OBJET : Problématique de la gestion des médicaments et consommables à l'ICA

Date de l'entretien :

1. Pouvez-vous nous décrire le processus d'approvisionnement des médicaments et consommable à l'ICA ?
2. Quels sont vos principaux fournisseurs ?
3. Y-a-t-il des fournisseurs qui ne répondent pas à vos attentes? Si oui, pourquoi ?
4. Selon vous, est- ce que les médicaments sont toujours disponibles à tout moment à la pharmacie centrale ? Si non à quel niveau se situe le problème ?
5. Quel est le taux de recouvrement de la vente des médicaments ?
6. Quel jugement faites vous de la gestion des médicaments et consommables à l'ICA ?
7. Quelles suggestions faites-vous en vue d'améliorer la gestion des médicaments à l'ICA ?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Annexe 3 : Guide d'entretien avec le chef de service de la pharmacie

OBJET : Problématique de la gestion des médicaments et consommables à l'ICA

Date de l'entretien :

1. Quelles sont les missions de la pharmacie de l'ICA ?
2. Comment se fait la sélection des médicaments à commander?
3. Quelle est la méthode de quantification utilisée à l'ICA pour estimer les besoins en médicaments et consommables (méthode de la consommation, morbidité, consommation ajustée) et à quelle périodicité est elle réalisée ?
4. Comment sont acquis les médicaments (appels d'offres ouvert, restreint, négociation par mise à concurrence, achat direct)
5. Comment sont identifiés et sélectionnés les fournisseurs
6. Est-ce que le type d'acquisition utilisé entraîne des perturbations dans votre système de gestion de médicaments ? Si oui, pourquoi et comment ?
7. La pharmacie dispose-t-elle d'un budget médicaments ? Si oui quelle est la proportion du budget alloué par rapport au budget général de l'hôpital ?
8. Quels sont vos principaux fournisseurs? Etes-vous satisfaits de leurs prestations?
9. La pharmacie arrive-t-elle à satisfaire tous les besoins en médicaments et consommables de l'ICA ? Sinon pourquoi ?
10. Existe-t-il un local approprié pour conserver les produits pharmaceutiques ?
11. Les conditions de conservation sont-elles garanties ?
12. Comment se fait la réception des médicaments?
13. Y a-t-il une commission de réception des médicaments à l'ICA ?
14. Existe-t-il des procès verbaux de réception des médicaments ?
15. Décrivez-nous le circuit des médicaments et consommables à l'ICA ?
16. Existe-t-il un comité du médicament à l'ICA ? quelles sont ses attributions ?
17. Quels sont les outils de gestions utilisés à la pharmacie ?
18. Les outils de gestion utilisés à la pharmacie vous permettent-ils d'avoir des informations fiables pour la prise de décision?
19. Quel est le mode de rotation des médicaments (Fifo, fefo, lifo)
20. Quel est le mode de dispensation des médicaments (global, globalisé, individuel nominatif)

21. Effectuez- vous des activités de suivi et évaluation des activités dans le cadre de la gestion des médicaments et consommables dans les différents services ? Si oui à quelles périodicités ?
22. Quel est le taux de recouvrement de la vente des médicaments ?
23. Etes vous satisfait de la gestion des médicaments et consommables à la pharmacie de l'ICA ?
24. En tant qu'acteur central pouvez-vous nous identifier les problèmes de fonctionnement relatifs à la gestion des médicaments et consommables à l'ICA ?
25. Quelles suggestions faites vous pour rendre plus efficace la gestion des médicaments et consommables à l'ICA ?
26. Avez-vous quelques choses à ajouter qui n'a pas été abordé au cours de cet entretien ?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Annexe 4 : Guide d'entretien avec les surveillants /majors des services

OBJET : Problématique de la gestion des médicaments et consommables à l'ICA

Date de l'entretien :

1. Comment exprimez-vous vos besoins (sélection et quantification) pour la constitution de votre stock de médicaments. (pour les major des soins intensifs et des urgences)
2. Quel est le circuit du médicament à l'ICA ?
3. Quel est le mode de dispensation ou de distribution des médicaments à l'ICA ? (nominatif, global, globalisé) ? s'il s'agit d'un mode global, poursuivre à la question 3
4. Comment exprimez- vous vos besoins en médicament et consommables à la pharmacie centrale ?
5. Quelle est la périodicité de vos commandes ?
6. Quels sont les différents outils de gestion dont vous disposez à votre niveau ?
7. Quelles sont les difficultés que vous avez concernant le système actuel d'approvisionnement et de gestion de votre stock local en médicaments et consommables ?
8. Pouvez- vous nous décrire la gestion de vos stock de médicaments et consommables au sein de vos unités de soins ?

9. Combien de fois avez vous été supervisé par la pharmacie sur la gestion des médicaments ?
10. Quelles sont vos difficultés relatives à la gestion des médicaments ?
11. Quel jugement portez vous sur la gestion des médicaments et consommables à l'ICA
12. Quelles sont vos suggestions pour améliorer la gestion des médicaments et consommables à l'ICA ?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Annexe 5 : Guide d'entretien avec les non membres du comite du médicament

OBJET : Problématique de la gestion des médicaments et consommables à l'ICA

1. Savez vous qu'il existe un comité du médicament à l'ICA ?
2. Quelles sont ses missions et quel est son fonctionnement ?
3. Que représente le comité du médicament pour vous ?
4. Pensez vous que le comité du médicament joue effectivement son rôle ?
5. Que pouvez-vous y apporter ?
6. Qu'en attendez-vous ?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Annexe 6 : Guide d'entretien avec quelques membres du comite du médicament

OBJET : Problématique de la gestion des médicaments et consommables à l'ICA

1. Quelles sont les missions du comite du médicament et quel est son fonctionnement ?
2. Que représente le comité du médicament pour vous ?
3. Pensez vous que le comité du médicament joue effectivement son rôle ?
4. Que pouvez-vous y apporter ?
5. Qu'en attendez-vous ?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Annexe 7 : Guide d'entretien pour les médecins

OBJET : Problématique de la gestion des médicaments et consommables à l'ICA

1. Etes vous associé aux choix des médicaments disponibles à l'ICA ?
2. Connaissez-vous la liste des médicaments disponibles à la pharmacie ?
3. Les médicaments disponibles à la pharmacie de l'ICA répondent ils à vos besoins ?
4. Êtes-vous satisfait de la gestion des médicaments à l'ICA ?
5. Quelles suggestions pouvez-vous faire pour améliorer la gestion des médicaments à l'ICA

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Annexe 8 : Guide d'entretien pour les infirmiers

OBJET : Problématique de la gestion des médicaments et consommables à l'ICA

1. Les prescriptions des médecins sont-elles disponibles à la pharmacie de l'ICA ?
2. Quel est le circuit des médicaments à l'ICA ?
3. Êtes-vous satisfait de la gestion des médicaments ?
4. Quelles suggestions pouvez-vous faire pour améliorer la gestion des médicaments à l'ICA ?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Annexe 9 : Guide d'entretien pour les parents des malades hospitalisés

OBJET : Problématique de la gestion des médicaments et consommables à l'ICA

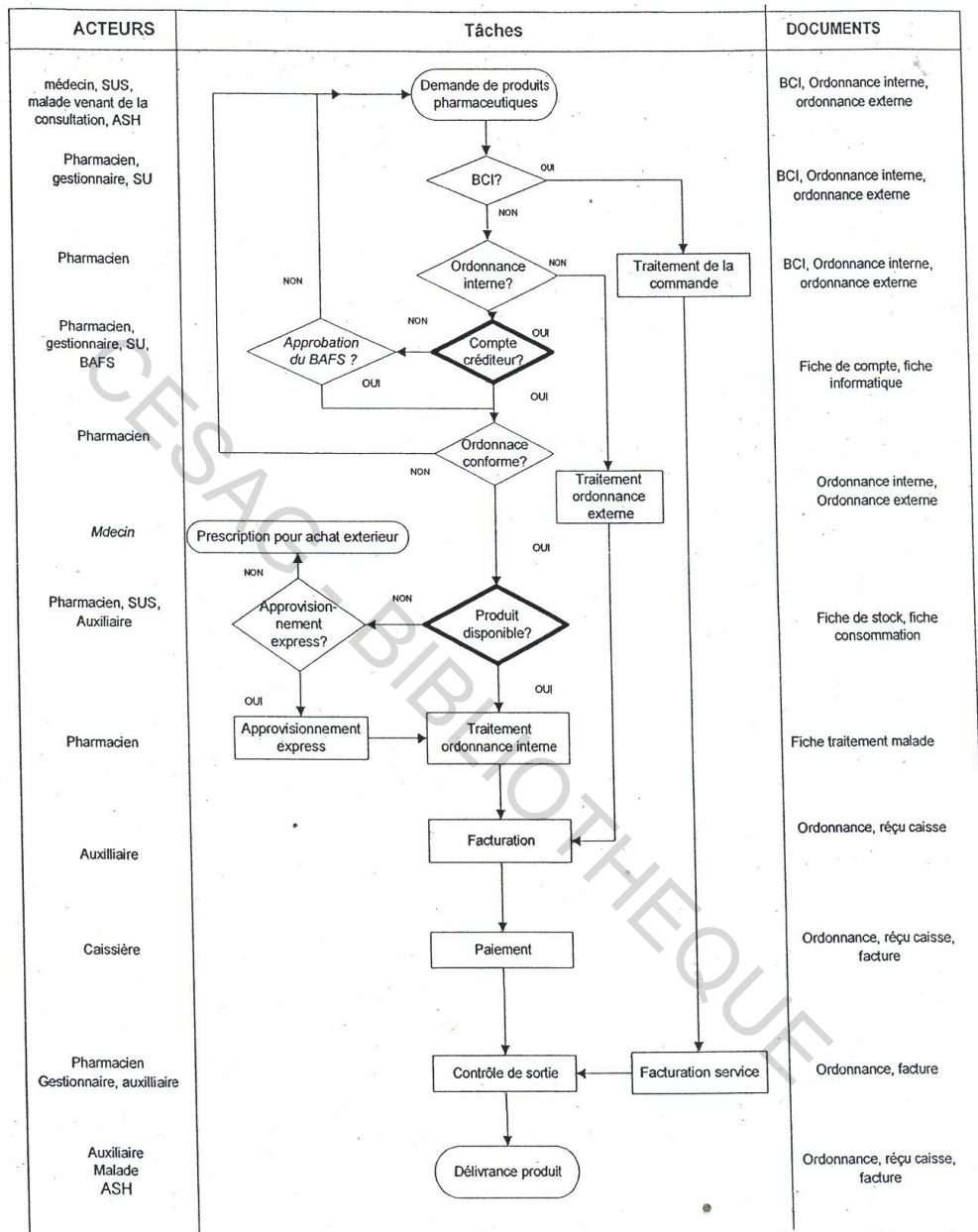
1. Recevez-vous des ordonnances pour acheter des médicaments en dehors de l'institut de cardiologie ?
2. Combien de fois avez-vous acheté des médicaments hors de l'institut ?
3. Êtes-vous satisfait de la gestion des médicaments à l'institut de cardiologie d'Abidjan ?
4. Que suggérez-vous pour améliorer la gestion des médicaments à l'ICA ?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Annexe 10 : Processus de dispensation des produits pharmaceutiques

LOGIGRAMME : PROCESSUS ASSURER LA DISPENSATION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

- Page : 2/2



— Points sensibles —

Abréviation : BCI : Bon de Commande Interne/ SU : Surveillant d'Unité/ SUS : Surveillant d'Unité de Soins/ BAFS : Bureau Admission et frais de séjour/ ASH : Agent Service Hospitalier

ICA BP V 206 ABIDJAN RCI

TEL (225) 21 25 81 29/21 21 61 71

FAX (225) 21 25 92 10

Site Web: www.ica.sante.gouv.ci ou www.cardiologie.gouv.ci

Manuel des Processus - Page 22 sur 43 -

Annexe 11 : Fiche de collecte IMAT

**OUTIL D'EVALUATION DE LA GESTION DE L'INVENTAIRE (IMAT)
C. COLLECTION & CALCULATION**

ORGANISATION INSTITUT DE CARDIOLOGIE D'ABIDJAN

DATE 14 AOUT 2013

A	B	C	D	E	F	G	H
#	Nom du Produit	Unité	Nombre de jours de rupture de stock durant les 100 derniers jours. Date du début 6 /5 /2013	Dernière balance enregistrée sur les fiches de stock. Ne pas corriger les erreurs!	Quantité physique (basée sur le compte actuel)	Différence entre les quantités enregistrées et les quantités comptées (E-F)	Valeur absolue de G G (supprimer le signe "moins" des résultats dans la colonne G)
1	Ketamine 50mg inj	FL	0	350	350	0	0
2	digoxine 0,5mg inj	Amp	0	1620	1620	0	0
3	heparine sodique 25000 ui	FL	0	100	100	0	0
4	Tavanic 500mg inj	FL	100	0	0	0	0
5	actrapid	FL	0	90	28	62	62
6	lovenox 0,6 ml inj	SERINGUE	7	90	90	0	0
7	loxen 10mg inj	Amp	6	60	60	0	0
8	perfalgan 1g inj	FL	0	972	972	0	0
9	glucose 5% 500 ml	FL	0	900	900	0	0
10	chlorure de sodium 0,9% 500 ml	Poche	0	1060	1060	0	0
11	lasilix 20mg inj	Amp	0	700	700	0	0
12	Nacl amp inj	Amp	0	1900	1900	0	0
13	Adrenaline 1mg inj	Amp	0	370	370	0	0
14	Dobutamine 250 mg inj	Amp	0	980	980	0	0
15	Actilyse 20mg inj	FL	22	0	0	0	0
16	sintron 4 mg cp	Cp	0	1080	1080	0	0
17	captopril 25 mg cp	Cp	0	1100	1100	0	0
18	amlodipine 5 mg cp	Cp	50	0	0	0	0
19	Atarax 25 mg cp	Cp	0	60	60	0	0
20	risordan 20 mg cp	Cp	0	420	420	0	0
21	risordan 10mg inj	Amp	1	100	100	0	0
22	Inexium 40 mg inj	Amp	0	60	60	0	0
23	geloplasma 500 ml	Poche	0	675	675	0	0
24	ringer lactate 500 ml	Poche	0	650	650	0	0
25	trabar 100 mg inj	Amp	23	320	320	0	0
N=	25	Totals:	209	13657	13595	62	62

Total de produits concernés

I Nombre d'enregistrements exacts (nombre de zero dans la colonne G)

24

L Total produits

J Nombre d'enregist.en dessous du cpte physique (nomb. résultats négatifs dans G)

0

22

K Nombre d'enregist.au dessus du cpte physique (nomb. résultats positifs dans G)

1

La maximum pour L est N, le nombre de produits concernés dans l'étude.