



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION
INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA
SANTE

MBA- ÉCONOMIE DE LA SANTE

16^{EME} PROMOTION

.....
ANNEE ACADEMIQUE 2013-2014

THEME

ANALYSE DE LA PERFORMANCE DE LA
CENTRALE D'ACHAT DES MEDICAMENTS
ESSENTIELS ET GENERIQUES DU TOGO
(CAMEG-TOGO) DE 2011 à 2013

Présenté par :

M. TCHEDELI Essokazim

Economiste

Directeur de Mémoire :

Dr Mamadou Moustapha THIAM

Statisticien-Démographe-Economiste à

l'Université Cheikh Anta Diop/

Enseignant Associé au CESAG



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

**INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA
SANTÉ**

MBA- ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

16^{EME} PROMOTION

.....
ANNEE ACADEMIQUE 2013-2014

THEME

**ANALYSE DE LA PERFORMANCE DE LA
CENTRALE D'ACHAT DES MEDICAMENTS
ESSENTIELS ET GENERIQUES DU TOGO
(CAMEG-TOGO) DE 2011 à 2013**

Présenté par :

M. TCHEDELI Essokazim

Economiste

Directeur de Mémoire :

Dr Mamadou Moustapha THIAM

Statisticien-Démographe-Economiste à

l'Université Cheikh Anta Diop/

Enseignant Associé au CESAG

DEDICACE

A mon père

Ce travail est dédié à la mémoire de mon père qui m'a donné le goût du travail bien fait et le rejet de la facilité. Tu ne m'as pas légué de biens matériels mais les grandes valeurs morales que tu m'as inculquées ont plus de prix à mes yeux aujourd'hui que toute richesse matérielle. Du haut du ciel où tu reposes depuis 03 ans déjà, tu peux être tranquille car à aucun moment, je ne trahirai ta mémoire quellesques soient les situations, je m'évertuerai à faire honneur à ton nom car tu n'es plus physiquement parmi nous aujourd'hui, mais tu es plus que jamais présent en esprit toutes les fois où j'ai eu besoin de toi.

A ma mère

Mon succès est le fruit de ton abnégation, de ta patience, de ton courage je ne t'oublierai jamais. En te dédiant ce travail je voudrais exprimer ma profonde gratitude à une mère exemplaire, dont l'affection, les conseils, les prières et l'attention toute particulière ne m'ont jamais fait défaut. Merci Maman, que le tout PUISSANT nous accorde longue vie afin que je puisse à mon tour remplir mes devoirs envers toi.

A ma femme

Pour la lourde charge que je t'ai confiée et pour avoir su gérer mon absence, que ce mémoire consolide notre relation affectueuse.

A ma fille TCHEDELI Angela

Privée d'affection paternelle durant plusieurs mois, que ce mémoire soit pour toi une source d'inspiration dans les études, pour faire mieux que ton père.

REMERCIEMENT

Je ne saurai terminer ce travail qui marque la fin de notre formation de MBA en Economie de la SANTE sans témoigner nos vifs remerciements à tous ceux qui nous ont guidés tout au long de la réalisation de ce mémoire dans les meilleurs conditions.

Mes sincères remerciements et ma profonde gratitude s'adressent :

A Mon Directeur de mémoire, Monsieur Mamadou Moustapha THIAM, enseignant associé au CESAG. C'est avec une grande joie que vous avez accepté de nous suivre, malgré vos multiples occupations, vous avez toujours trouvé du temps à nous consacrer. Tout au long de ce travail, nous avons admiré votre disponibilité, votre expérience, votre sens d'écoute, vos conseils et surtout votre attachement au travail bien fait qui a permis la réalisation de ce travail. Malgré votre emploi du temps chargé, vous avez accepté de diriger ce mémoire avec une attention particulière pour la bonne qualité du travail.

A Monsieur TCHAMDJA Poutougnima, Conseiller technique au ministère de la santé de la République togolaise TOGO, pour sa disponibilité et son apport inestimable tant pour l'accès aux données, que la qualité du document.

A Madame ASSIH Mamessilé, Directrice Générale de la CAMEG-TOGO, qui malgré son programme chargé a accepté de nous suivre et nous donner accès à sa base de données pour l'étude.

A Monsieur AMANI KOFFI, chef de département CESAG SANTE, pour ses conseils au cours de notre formation et encouragements pour la réussite de nos mémoires de fin d'étude.

A Madame Soukeyna GUEYE, pour ses efforts louables pour la réussite de cette formation.

A Monsieur BEWELI MEDEBE, Inspecteur de Douane à Lomé pour son soutien moral et financier au cours des 12 mois de ma formation.

A tout le corps enseignant du CESAG

Nous disons grand merci à l'ensemble des enseignant du CESAG, pour votre conscience professionnelle, votre attachement au travail bien fait et pour tous les efforts déployés, afin de nous dispenser un enseignement de qualité, veuillez recevoir le témoignage de ma profonde gratitude.

A tous les stagiaires de CESAG SANTE

Trouvez ici toute ma reconnaissance pour le climat, l'ambiance, le soutien inestimable que vous m'avez apporté durant les durs moments que nous avons vécus ensemble. Que les liens d'amitié que nous avons tissés puissent continuer au-delà du cadre de notre formation.

RESUME

L'objectif de notre étude est l'analyse de la performance de la Centrale d'Achat des Médicaments essentiels et Génériques du TOGO de 2011 à 2013. Il s'agit d'une étude rétrospective, de type analytique et descriptive. Nous avons défini comme critères d'analyse de la performance : l'Efficacité, l'Effizienz, et la Pérennité ; et dix indicateurs qui nous permettent de mesurer cette performance. Les résultats de l'étude nous montre que la CAMEG a été de manière générale efficace, mais moins efficiente au cours de notre période d'étude. Quant à la pérennité il est difficile de conclure d'autant puis que la durée sur laquelle porte l'étude n'est pas longue (3ans). En somme il en résulte que la CAMEG a connu une amélioration au cours de la dernière année mais beaucoup d'efforts restent à faire pour diminuer le taux de rupture de stock qui est sensiblement élevé.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE I CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	3
CHAPITRE I : CONTEXTE	4
I.1 CONTEXTE DE L'ETUDE	4
I.3 FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE.....	9
CHAPITRE II : DEFINITION DE PROBLEME DE RECHERCHE ET REVUE DE LA LITTERATURE	11
II.1 DEFINITION DU PROBLEME DE RECHERCHE.....	11
II.2 REVUE DE LA LITTERATURE ET DEFINITION DES CONCEPTS.....	14
II.3 DEFINITION DES CONCEPTS.....	18
PARTIE II CADRE CONCEPTUEL, OPERATIONNEL ET ANALYSE DES RESULTATS.....	20
CHAPITRE III CADRE CONCEPTUEL ET OPERATIONNEL.....	21
III.1 CADRE CONCEPTUEL	21
III.2 CADRE OPERATIONNEL.....	25
III .3 APERÇU GENERAL SUR LA CAMEG	29
CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS ET DISCUSSION.....	35
IV.1 RESULTAT RELATIF A L'EFFICACITE	35
IV.2 RESULTAT RELATIF A L'EFFICIENCE	39
IV.3. RESULTAT RELATIF A LA PERENNITE.....	42
DISCUSSION	48
CONCLUSION	52
RECOMMANDATION.....	54
BIBLIOGRAPHIE.....	55

ABREVIATION

ABC : Analyst Based Cost

CAMEG : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques

CESAG : Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

CMS : Centre Médico-Social

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DME : Dispositif du Médicament Essentiel

IB : Initiative de Bamako

MEG : Médicaments Essentiels et Génériques

MNT : Maladie Non Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

USP : Unité de Soins Périphérique

PPN : Politique Pharmaceutique Nationale

PRA : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement

RGPH : Recensement Général de La Population et de l'Habitat

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I <i>Evolution du budget de la santé par rapport au budget général de l'Etat</i>	9
Tableau II <i>proportion des commandes reçues par rapport aux commandes prévues pour chaque année</i>	35
Tableau III <i>Part des commandes respectant les normes de qualité par rapport aux commandes contrôlées pour chaque année</i>	36
Tableau IV <i>proportion des pertes par rapport aux volumes totales disponibles pour chaque année</i>	38
Tableau V <i>Proportion des commandes par appel sur le montant total des commandes pour chaque année</i>	39
Tableau VI <i>Part des charges de fonctionnement par rapport aux achats de marchandises pour chaque année</i>	41
Tableau VII <i>Taux de croissance du chiffre d'affaire pour chaque année</i>	42
Tableau VIII <i>Proportion des créances recouvrées par sur les créances totales pour chaque année</i>	43
Tableau IX <i>Evolution du taux d'endettement</i>	44
Tableau X <i>Part du privé dans le chiffre d'affaire de la CAMEG</i>	45
Tableau XI RECAPITULATIF DES RESULTATS	47

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 <i>Evolution de l'indice des prix</i>	10
Graphique 2 <i>Part des ruptures de stocks en moyenne pour chaque année</i>	37
Graphique 3 <i>Evolution des pertes au cours de la période d'étude</i>	38
Graphique 4 <i>Evolution des commandes par appel d'offre par rapport au montant total des commandes</i>	40
Graphique 5 <i>Evolution de la proportion des charges de fonctionnement par rapport aux achats de marchandises</i>	41
Graphique 6 <i>Evolution du chiffre d'affaire</i>	43
Graphique 7 <i>Evolution de la part des créances recouvrées sur les créances totales</i>	44
Graphique 8 <i>Graphique illustrant l'Evolution du taux d'endettement</i>	45
Graphique 9 <i>Evolution de la contribution du privé dans le chiffre d'affaire de la CAMEG</i>	46

INTRODUCTION

Au lendemain des indépendances, les dirigeants africains se sont engagés dans le développement de leurs pays à travers la promotion de l'éducation, la santé, la création des entreprises et de l'emploi. Ceci s'est traduit par la prise en charge par l'Etat de certains secteurs tels que l'éducation, la santé et les infrastructures. A cette période, les Etats bénéficiaient de l'aide étrangère et des institutions régionales et internationales d'aide au développement. Cependant, avec la crise pétrolière de 1973 qui s'est traduite par la fin des trente glorieuses, la rareté des ressources a entraîné les pays développés à revoir leur politique d'aide aux pays du sud. Ainsi, plusieurs pays africains ont été contraints d'abandonner l'option de l'Etat providence.

En ce qui concerne le secteur de la santé, le manque de ressources et la mauvaise gouvernance ont entraîné une dégradation de la qualité des soins et des prestations. Au vu de ces dysfonctionnements, les pays africains ont décidé d'adopter une réforme de la gestion des systèmes de santé à travers l'Initiative de Bamako en 1987. L'initiative de Bamako, recommandée par l'OMS et l'UNICEF avait pour but de rendre dynamique la politique de soins de santé primaires axée sur l'aspect préventif (vaccinations, éducation à la santé, assainissement, PMI et autres) et les soins curatifs par une grande implication des communautés à prendre en charge leurs propres problèmes de santé¹. Ainsi depuis la signature de cet accord, le principe de gratuité des soins a été remplacé par celui du recouvrement des coûts d'où la vente aux malades des médicaments essentiels et génériques.

Selon l'OMS Les médicaments essentiels et génériques sont ceux acquis à moindre coût et qui répondent aux besoins prioritaires de la population en matière de soins de santé.

Il ressort donc que les médicaments ont une place cruciale dans la santé des collectivités, car ils interviennent que ce soit dans la prévention ou pour le traitement de la maladie. Pour améliorer la santé de la population, l'Etat doit assurer un approvisionnement continu et rendre accessible les médicaments au point de vue géographique et financier pour les collectivités dont il a la charge. C'est dans cette optique que le TOGO a pour la première fois mis en place une liste de médicaments essentiels et génériques (MEG) par niveau de soins et a adopté un guide thérapeutique à l'usage du personnel soignant. Ainsi, à partir de 1991, toutes les formations sanitaires publiques mis à part les CHU disposent d'une dotation de base en MEG leur

¹ Christophe Emile ALLAH-KOUADIO, Mémoire de fin d'étude DSES 2012 ; Etude de la performance de la PNA DU SENEGAL DE 2009 à 2011

permettant une gestion autonome. L'approvisionnement était assuré par TOGOPHARMA, un organisme étatique à caractère social créée depuis 1967 qui avait pour mission d'assurer l'approvisionnement et la distribution à prix coûtant des médicaments sur l'ensemble du territoire national. Cependant la mauvaise gestion de la société, accentuée par les crises socio-économiques de 1990-1993, et aggravée par la dévaluation de 1994 a entraîné la non disponibilité et l'inaccessibilité des médicaments essentiels et génériques par la population. C'est au vu de toutes ces difficultés que l'Etat pour relever ce défi majeur décide en 1996 de mettre en place une cellule d'achat de MEG qui deviendra en 1998 la Centrale d'Achat des Médicaments essentiels et Générique (CAMEG) après l'élaboration d'une politique pharmaceutique nationale en 1997. Cette centrale a un statut d'association à but non lucratif. Celle-ci dans l'exercice de sa mission a considérablement amélioré la disponibilité et l'accessibilité des médicaments. Mais il faut toutefois noter que malgré cet élan beaucoup d'efforts restent à faire.

Aujourd'hui, près de 51% des dépenses de santé au TOGO sont effectuées par les paiements directs des ménages, dont une grande partie pour l'achat des médicaments ; ces médicaments sont parfois non disponibles dans les structures de soins publiques, d'où la question de s'intéresser à l'évolution de la disponibilité et de l'accessibilité tant économique et géographique des médicaments par les ménages togolais dont la CAMEG a pour mission.

Ainsi, il convient de faire une analyse de la performance de la CAMEG au cours de ces trois dernières années étant donné l'importance qu'elle occupe au cœur du système de santé de chaque pays. Cette étude s'impose dans notre pays dans le cadre de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement à travers la gestion axée sur les résultats exigée de plus en plus en vue d'améliorer l'état de santé de nos populations.

PARTIE I CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

CFRAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE I : CONTEXTE

I.1 CONTEXTE DE L'ETUDE

I.1.1 PROFIL GEOGRAPHIQUE ET ADMINISTRATIF DU TOGO

Le TOGO est un pays situé en Afrique de l'Ouest, sur la côte du golfe de Guinée ; c'est une étroite bande qui s'étale sur une superficie de 56 600 km². Il s'étire sur une longueur de 600 km et une largeur variant entre 50 et 150 km. Il est limité au Nord par le Burkina Faso, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par le Bénin et à l'Ouest par le Ghana.

Deux climats prévalent au Togo ; l'un de type équatorial dans la moitié sud du pays avec deux saisons sèches (de novembre à mars et de juillet à août), et deux saisons pluvieuses (de mars à juillet et de septembre à octobre) ; et l'autre de type tropical humide, occupe la moitié nord et se caractérise par une seule saison des pluies (de mai à octobre) et une saison sèche (de novembre à avril).

Du point de vue de l'organisation administrative, le Togo compte cinq régions (Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime) réparties en 35 préfectures. Ce découpage correspond aux régions et districts sanitaires. Lomé la capitale a été érigée en 1996 en région sanitaire « Lomé-Commune » et compte 5 districts sanitaires².

I.1.2 PROFIL DEMOGRAPHIQUE

Selon les données du 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2010), la population togolaise est estimée à 6 466 674 en 2012 avec un taux de croissance démographique annuel de 2,84 %, soit un doublement de la population en 25 ans. En outre la population est composée de 51.4% de femmes et 48.6% d'hommes. Les personnes d'âge compris entre 0-14 ans représentent 40%, celles de 15-64 ans représentent 56% et les personnes dont l'âge est supérieur à 65 ans, 4% de la population totale du pays. Cependant 62.3% de la population vit dans la zone rurale et 37.7% en zone urbaine³. On note une inégale répartition

² Ministère de la Santé : Indicateurs pour la santé 2012

³ Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale du TOGO

spatiale avec la région maritime concentrant à elle seule 42% de la population sur 1/10ème de la superficie du pays et une densité de population de 293 habitants/ km² contre une moyenne nationale de 109 hbts/km². En 2011 l'espérance de vie à la naissance était de 63,17 ans dont 60,64 ans pour les hommes et 65,77 ans pour les femmes.

I.1.3 PROFIL ECONOMIQUE

Sur le plan économique, le pays a connu en 2012 une accélération de sa croissance économique réelle (5,9%, contre 4,8% en 2011), reflétant le dynamisme des secteurs de l'agriculture, de la construction et de la production minière. En 2013, du fait de conditions climatiques défavorables et de l'affaiblissement du secteur minier l'activité économique devrait ralentir légèrement à 5,5%. Elle devrait toutefois rebondir à 6% en moyenne pour les trois prochaines années, grâce à la bonne performance du secteur agricole et des exportations. L'inflation était faible en 2012 à 2,6% en moyenne, et devrait rester stable. Le déficit de la balance courante est estimé à 11,8% du produit intérieur brut (PIB), mais devrait se réduire sensiblement à moyen terme.

Le Togo a fait des progrès considérables au cours des dernières années, mais des défis économiques et institutionnels majeurs subsistent et entravent son développement. La pauvreté a reculé, mais demeure élevée puisqu'elle concernait 58,7% de la population en 2011. Si le Togo a fait des progrès dans le domaine de l'éducation primaire et le contrôle du VIH/SIDA, six des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ne pourront être atteints en 2015. En dépit de réformes facilitant la création d'entreprise, le climat des affaires reste peu favorable et le Togo se classe 156ème sur 180 pays dans le palmarès *Doing Business* 2013⁴.

I.1.4. SITUATION SANITAIRE DU TOGO

I.1.4.1 PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

La situation du secteur de la santé au Togo en 2011 montre que la mortalité maternelle reste très élevée dans le pays avec un ratio de décès maternels estimé en 2010, à 350 pour 100 000 naissances vivantes contre 160 pour 100 000 naissances fixé pour l'horizon 2015 dans le cadre

⁴ Banque Mondiale Septembre 2013

des OMD. Les données de l'Evaluation nationale des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) de 2012, font état d'une faible disponibilité (0,67 SONU de base pour 500.000 habitants contre une norme de 4 pour 500 000) et d'une faible qualité de ce type de soins⁵. La prévalence de la contraception moderne a augmenté de 11,3% à 13,2% et on note une baisse de l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) qui est passé de 5,17 à 4,8 enfants par femme entre 2003 et 2010⁶. La mortalité infantile et la mortalité infanto juvénile demeurent élevées dans le pays car n'ayant enregistré que de légères baisses entre 1998 et 2010 : (de 79,7‰ à 78‰ et de 146‰ à 124‰)⁷.

Malgré les progrès constatés, l'infection à VIH reste un défi majeur à relever pour une population majoritairement jeune. Le taux de prévalence nationale est de 3,4% avec des disparités régionales (6,8% dans Lomé commune contre 1,6% dans les Savanes). La prévalence chez les femmes enceintes reçues en consultation sur les sites PTME (Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant) est de 4,2%. Chez les professionnelles de sexe, elle est de 13,1% en 2011. Il faut noter cependant que seulement 42,2% des jeunes âgés de 15-24 ans, ont des connaissances exactes et complètes sur le VIH et 47,5% seulement déclarent avoir utilisé des préservatifs au cours du dernier rapport sexuel à risque. La prévalence chez les 15-24 ans est estimée à 1,5% et marquée par une forte féminisation (2,4% chez les filles contre 0,6% chez les garçons). Le problème du VIH au Togo est aussi marqué par l'émergence de groupes spécifiques comme les homosexuels⁸.

En dehors des principaux problèmes de santé mentionnés plus haut, le Togo supporte un autre fardeau de la maladie lié aux handicaps et surtout à l'émergence de maladies non transmissibles (MNT). Les résultats de la première enquête STEPS réalisée en 2010 sur les facteurs de risque des MNT ont révélé que la prévalence de l'hypertension artérielle, principal facteur de risque des accidents vasculaires cérébraux et des crises cardiaques, était de 19 % et celle du diabète évalué à 2,6 %, au sein de la population des 15-64 ans. Les maladies cardiovasculaires représentaient 6 % des décès enregistrés dans les établissements de soins du pays. Les autres MNT en pleine évolution dans le pays sont : le cancer du col de l'utérus, du sein, de la prostate, les maladies bucco-dentaires, la maladie mentale, la drépanocytose, le tabagisme dont la prévalence est de

⁵ UNFPA-TOGO : Plan d'action du Programme pays gouvernement 2014-2018

⁶ Enquête par grappe à indicateurs multiples de 2010 réalisée par la direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale.

⁷ Enquête démographique et de santé au TOGO de 1998 et Enquête par grappe à indicateurs multiples de 2010

⁸ Commission Nationale de Lutte contre le SIDA : Enquête nationale de séroprévalences chez les jeunes de 15-24 ans in : Plan d'action du Programme pays gouvernement 2014-2018 UNFPA-TOGO

6,8 %, les violences et traumatismes. Ainsi, selon le rapport 2010 du Ministère de la sécurité et de la protection civile, 3 101 cas d'accidents de la voie publique (AVP) ont été enregistrés dont 70 décès⁹.

I.1.4.2 LE SECTEUR PUBLIC DE LA SANTE

Le Togo dispose de six régions sanitaires (Lomé-Commune, Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes), quarante (40) districts sanitaires (DDS/DPS) et plus de 882 unités de soins périphériques pour répondre aux besoins en soins curatifs, préventifs et promotionnels. Les districts et les USP constituent le niveau opérationnel de mise en œuvre des différents programmes de santé. Il existe au niveau des régions et des districts des points focaux qui assurent le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des activités sous l'autorité des Directeurs Régionaux et Préfectoraux de la Santé.

Le Ministère de la Santé est soutenu dans ses activités par les différents partenaires tels que l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, Plan Togo, la Coopération Française, la Croix Rouge, l'Union Européenne, PSI, HDI-Togo, Sightsavers, le Fonds Mondial¹⁰.

I.1.4.3 ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET SYSTEME DE SOINS

Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide sanitaire à trois niveaux : Central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central est représenté par le cabinet du ministère, la direction générale de la santé (DGS) et ses cinq directions centrales avec leurs divisions et services, ainsi que les institutions de santé à portée nationale. Le niveau intermédiaire comprend 6 directions régionales de la santé (DRS); le niveau périphérique est représenté par le district sanitaire qui constitue l'entité opérationnelle. L'administration des districts sanitaires est assurée par les 30 directions préfectorales de la santé (DPS) et 5 directions de districts sanitaires (DDS). Cependant, l'audit

⁹ Ministère de la santé: Indicateurs de la santé 2012

¹⁰ Ministère de la santé, Division de la planification de la formation et de la recherche : Principaux Indicateurs de la santé 2012

organisationnel du ministère de la santé effectué en 2009 révèle une organisation de l'administration sanitaire inadéquate au regard des défis à relever face aux OMD liés à la santé.

Le système de prestations de soins est aussi organisé en trois niveaux de soins à savoir le niveau primaire, secondaire et tertiaire.

Le niveau primaire est constitué des structures de soins de santé primaires autour du district sanitaire et comprend deux échelons : les structures de soins de base (USP, cabinet privé de soins et PMI) et les structures de soins de première référence (HD) publiques ou privées avec ou sans Antenne chirurgicale. Le niveau secondaire est représenté par les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et hôpitaux spécialisés de référence. Le niveau tertiaire est constitué par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les institutions spécialisées de santé à portée nationale.

Le Togo compte 03 CHU (02 à Lomé et 01 dans la région de Kara), 06 CHR (01 par région sanitaire), 35 hôpitaux de districts publics et 09 hôpitaux et 16 cliniques privées agréées. On recense également 730 USP dont 251 CMS et Cabinets privés. En 2009, le Togo comptait 789 formations sanitaires conformes aux normes tous secteurs et toutes catégories confondus¹¹.

I.1.4.4 SECTEUR PHARMACEUTIQUE DU TOGO

Le marché pharmaceutique non lucratif est représenté par la CAMEG-Togo, l'OCDI (Grossiste - mutualiste pour les formations sanitaires confessionnelles) et par l'ensemble des pharmacies des formations sanitaires publiques. Le marché pharmaceutique privé du Togo est constitué des usines de production de médicaments à savoir GGIA (initiative privée nationale) et TONGMEI (usine chinoise). Seul TONGMEI produit les médicaments essentiels et génériques (MEG) de la liste nationale ; GGIA ne produisant que des spécialités pharmaceutiques. Une troisième usine de production d'origine indienne, en l'occurrence SPRUKFIELD, est opérationnelle depuis début 2008. On distingue quatre (4) grossistes - répartiteurs tel que GT PHARM, SOCOPHARM, SOTOMED et UNIPHART ; on dénombre au total 187 pharmacies privées¹².

¹¹ Document du PNDS du TOGO de 2012-2015

¹² Dr Liyè AVO, thèse de mémoire GSS-CESAG 2008 : contribution à l'amélioration de la performance de la centrale d'achat des médicaments essentiels et génériques du Togo

I.3 FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé du Togo est financé essentiellement par les ménages à travers les paiements directs et les primes versés aux assurances ; l'Etat par les dépenses publiques ; et les partenaires au développement à savoir OMS, UNICEF, UNFPA, BANQUE MONDIALE et autres. Les dépenses publiques de la santé financées par l'Etat comprennent les allocations budgétaires de l'Etat au ministère de la santé et les dépenses de santé des autres ministères notamment les ministères de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, ceux de l'Environnement, de l'eau, de l'assainissement et de l'hydraulique villageoise, les services de santé des forces armées.

D'après les comptes nationaux de santé de 2008, le total des dépenses de santé représente 6,9% du PIB. Cependant dans ces dépenses de santé, les paiements directs des ménages représentent 50,1%, les dépenses publiques de santé 24,9% et ensuite viennent les partenaires 20,7%.

Tableau I Evolution du budget de la santé par rapport au budget général de l'Etat

Indicateurs	2008	2009	2010	2011	2012
Population	5 596 000	5 731 000	5 753 324	6 366 984	6 466 674
Budget général de l'Etat (milliers)	307 616 062	350 147 857	499 725 520	548 747 594	656 204 138
Budget total alloué à la santé (milliers)	17 622 598	18 335 218	17 673 245	20 538 241	25 744 228
Part du budget de la santé dans le budget général	6%	5%	4%	4%	4%
Dépense totale de santé per capita (FCFA)	3 149	3 199	3 072	3 226	3 981

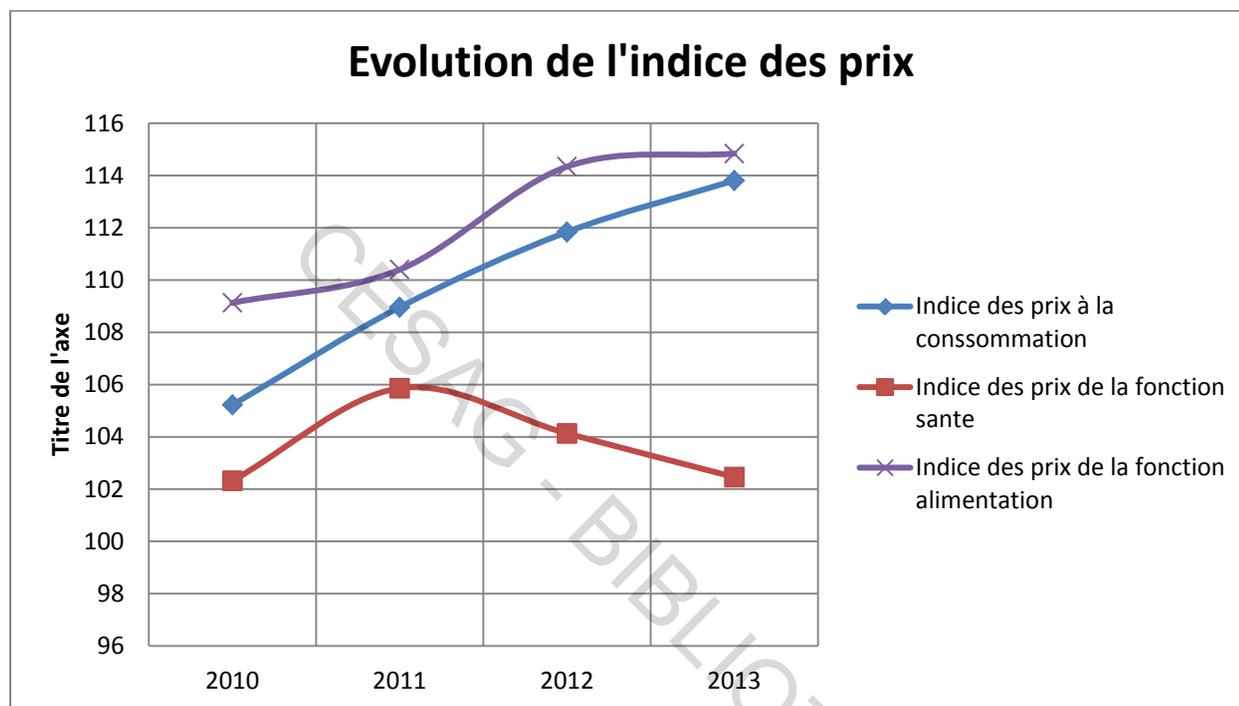
Source : Ministère de la santé, Indicateurs de la santé 2012

Les données ci-dessus montrent une augmentation du montant alloué à la santé en terme nominal, mais une baisse de la part du budget par rapport au budget total du pays.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution des indices de prix de la fonction santé par rapport à ceux de l'alimentation et de la consommation moyenne.

Le graphique ci-dessous indique que les indices de prix à la consommation ont augmenté tandis que celui de la fonction de santé est en baisse ces dernières années. Celui de l'alimentation est faible augmentation par rapport à la consommation totale.

Graphique 1 Evolution de l'indice des prix



Source : Annuaire statistique de la BCEAO (www.bceao.int)

CHAPITRE II : DEFINITION DE PROBLEME DE RECHERCHE ET REVUE DE LA LITTERATURE

II.1 DEFINITION DU PROBLEME DE RECHERCHE

II.1.1 JUSTIFICATION DE L'ETUDE

La distribution du médicament a longtemps été assurée au Togo par la société d'Etat TOGOPHARMA créée en 1967, avec pour mission essentielle d'assurer l'approvisionnement et la distribution des médicaments sur l'ensemble du territoire national. TOGOPHARMA avait alors le monopole de l'importation et de la distribution des médicaments.

Soucieux d'améliorer constamment l'accès de sa population à des soins de santé de qualité, le Togo participe régulièrement et adhère à plusieurs accords et conventions internationaux évoquant les principaux problèmes d'ordre pharmaceutique, dont :

- l'Initiative de Bamako (IB) en 1987 qui adopte une réforme pour une décentralisation de la gestion des systèmes de santé publics en y introduisant la notion de recouvrement des coûts et une participation communautaire avec création de comités de gestion,
- la conférence des ministres de la Santé à Kinshasa (actuel RDC) en 1990 sur le financement de la santé communautaire,
- la conférence des ministres de la santé à Brazzaville (Congo) en 1992 sur la promotion du développement de la santé communautaire.

La mutation sociopolitique qu'a connu le Togo au début des années 90 a affecté tous les secteurs sociaux y compris celui de la santé et plus particulièrement le volet « accès aux soins de santé ». C'est ainsi que TOGOPHARMA va perdre son caractère monopolistique faisant face à la concurrence à partir de 1990 et « subir » la dévaluation du franc CFA en 1994, situations auxquelles elle était peu préparée et finit par cesser totalement ses activités en 1999.

C'est dans cette perspective que l'Etat Togolais avec l'aide d'organismes de coopération multilatéraux (banque mondiale, banque africaine de développement) et bilatéraux (coopération française) va décider en 1996 de la création d'une cellule d'achat de médicaments essentiels et génériques.

Dans cette perspective, le Gouvernement togolais a réitéré son option de faire du médicament essentiel générique (MEG), la cheville ouvrière de sa Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) élaborée et adoptée en 1997. La cellule créée en 1996 a fonctionné de façon autonome sous forme de projet au sein de TOGOPHARMA avant d'être transformée en août 1998 en une centrale d'achat des médicaments essentiels et génériques. A l'instar de celles des autres pays tels que le Bénin et le Burkina Faso, la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques du Togo (CAMEG-TOGO) sera créée sous la forme d'une association d'intérêt général et dotée d'un statut juridique d'association sans but lucratif (ASBL) régie par la loi 1901.

En plus des statuts d'association qui régissent l'organisation et le fonctionnement de la centrale, une convention établie entre l'Etat et la CAMEG a été signée en septembre 2010. Aux termes de cette convention, le Gouvernement confie à la CAMEG-TOGO « une mission de service public et d'intérêt général à finalité sociale consistant à assurer l'approvisionnement en produits pharmaceutiques essentiels des formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif, au meilleur prix et dans le respect des normes de qualité en vigueur »¹³.

La CAMEG-TOGO représente aujourd'hui le « bras armé » du ministère de la santé à travers son circuit de distribution des MEG. Les produits pharmaceutiques cédés par la CAMEG-TOGO à travers ses PRA sont cédés au même prix sur toute l'étendue du territoire. Il faut souligner que le recouvrement de coût ainsi réalisé sert à renouveler les stocks, assurer le fonctionnement et couvrir les besoins en équipement.

Cependant il faut noter que les ruptures de stock de médicaments sont constatés dans les formations sanitaires, celles-ci ne disposent pas d'outils de gestion de stocks ainsi que le personnel qualifié pour une bonne gestion des stocks de médicaments. Aussi l'accessibilité financière reste un problème épineux étant donné que 58,7% de la population sont menacées par la pauvreté.

L'objectif de notre étude est de faire une analyse de la performance du système pharmaceutique selon le principe de coût-efficacité et de l'équité. Il s'agit entre autres de fournir des médicaments sûrs, efficaces, de bonne qualité et à moindre coût aux personnes qui en ont besoin.

¹³ CAMEG-TOGO : Historique de la CAMEG

II.1.2 PROBLEMATIQUE

Le secteur pharmaceutique a souffert d'une situation de crise qu'a connue le TOGO entre 1990 et 1993 ; celle-ci s'est accentuée par la dévaluation de 1994 d'autant plus que 80 à 90% des produits pharmaceutiques sont importés. Aussi, les médicaments représentent une part importante du budget de la santé sans compter les salaires. Ainsi le manque de disponibilité et l'accessibilité du médicament ajoutée à la mauvaise gestion ont entraîné le dépôt du bilan de TOGOPHARMA en 1995. Celle-ci perd son statut de monopole en médicament et laisse place à la libéralisation du marché.

L'Etat soucieux d'améliorer l'état de santé de la population crée en 1996, la centrale d'achat des médicaments essentiels et génériques suivi d'une vaste réforme à travers la mise en place d'une politique nationale pharmaceutique. Celle-ci avait pour rôle de garantir l'accessibilité géographique et financière des médicaments essentiels et génériques aux populations les plus défavorisées ; une réorganisation institutionnelle qui va permettre de lutter contre la prolifération des médicaments contrefaits ; et la formation du personnel de santé ainsi que le public sur le bon usage de ces médicaments.

Les études menées par AGBOKPE Koku ont montré que ; 87,75% des prescriptions en médicament étaient des MEG ; parmi les MEG prescrits 78,76% étaient achetés. Cependant parmi les ordonnances prescrites, 53% étaient totalement achetés, 19% étaient partiellement achetés pour cause de manque d'argent, 25% des achats partiels se justifiaient par les ruptures de stocks. Les mêmes études ont montré aussi que 87,7% des médicaments contrôlés dans les formations sanitaires affichent un prix supérieur au prix de vente au public défini par la CAMEG. En outre ces recherches montrent que 85,10% des responsables des pharmacies publiques n'ont pas eu de formation deux ans avant et 68,08% sont formés sur le tas dont la non maîtrise de la gestion des stocks¹⁴.

Selon un sondage réalisé aux Etats-Unis, les pharmaciens sont les plus touchés par les ruptures. En moyenne, les hôpitaux sondés investissent dans la gestion des ruptures 9 heures par semaine de temps pharmacien, 8 heures de temps assistant-technique en pharmacie, 0,5 heure de temps de médecins et un peu moins pour les infirmières. Ce sondage estime à 216 millions de dollars les coûts annuels en main d'œuvre aux États-Unis. Si on ajoute le différentiel de coûts pour les

¹⁴ Dr AGBOKPE Koku thèse de doctorat 2005 : Médicaments essentiels et génériques au TOGO : Evaluation de l'accessibilité dans les structures de soins publics

médicaments de remplacement aux coûts de main d'œuvre additionnels, cela représenterait au minimum 415 millions de dollars au système de santé américain¹⁵.

II.2 REVUE DE LA LITTERATURE ET DEFINITION DES CONCEPTS

II.2.1 ETAT DE CONNAISSANCE

D'après les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé, un tiers de la population mondiale n'a pas accès aux médicaments essentiels, ni aux systèmes de diagnostics (OMS 2004). Dans les régions les plus pauvres d'Afrique et d'Asie, ce chiffre se situe à 50%. Si le pourcentage de ceux qui n'ont pas accès aux soins a chuté de 1977 à 1997, le chiffre absolu lui est passé de 2,1 à 3,8 milliards (OMS 2004). L'accès aux médicaments reste l'une des principales causes de mauvais résultats pour la santé et se répercute sur les capacités des pays à atteindre leurs Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Parmi les multiples facteurs qui explique les difficultés d'accès aux MEG, on dénote l'aptitude des CAMEG à dresser des prévisions, passer des marchés et fournir des médicaments essentiels aux structures sanitaires et donc à la collectivité. Depuis l'Initiative de Bamako, les États et les partenaires ont débloqué des dizaines de milliard de francs CFA, pour l'approvisionnement en médicament. Cependant, l'impact de cet investissement sera déterminé en grande partie par les capacités des systèmes d'approvisionnement à dresser efficacement des prévisions, à passer des marchés et à livrer ces fournitures là où elles sont nécessaires, tout ceci à moindre coût.

Ainsi, en 2003 les études de l'OMS ont montré que la disponibilité des médicaments essentiels était de 94% et 95% de 2000 à 2002 au Cambodge, 95,4% en 2002 en Malaisie et à 34,1% aux Philippines¹⁶.

Les études de de MOUALA. & al estiment que la disponibilité des MEG en Centrafrique dans le district de Mambere-Kadei en 2005 qui était de 79,15% a entraîné 27% de la population à être dans l'incapacité de payer des soins¹⁷.

¹⁵ Conseil national de l'ordre des pharmaciens du QUÉBEC, 2011 : Les ruptures d'approvisionnement en médicaments

¹⁶ OMS : Stratégie régionale pour un meilleur accès aux médicaments 2004-2007, Bureau Régional du Pacifique Occidental 2003

¹⁷ Mouala C, Goumba A, Abeye J : Evaluation de l'utilisation des médicaments essentiels génériques dans le district sanitaire de la Mambere-Kadei (Centrafrique) , financement de la santé dans les pays en développement, 2 décembre 2005, doc ppt

Au Mali, MOORE souligne dans ses études, nombreuses ruptures de stocks et de mauvaises conditions de conservations des MEG¹⁸.

Selon AUDIBERT & al, les principaux facteurs qui expliquent la sous-utilisation des services de santé dans les pays africains au sud du Sahara ne sont pas d'ordre économique à savoir la tarification, mais plutôt la non disponibilité des médicaments, le mauvais accueil, et la faible compétence des agents¹⁹.

Au Nigeria, Scuzochukwu & al ont démontré dans leurs études qui en 2002, l'Initiative de Bamako a amélioré la disponibilité des MEG dans le sud-est (35,4% contre 15,3%) et le niveau de stock (6,3 semaines contre 1.1 semaines) dans les formations sanitaires où les principes de l'IB sont mis en œuvres contrairement celle « non-IB »²⁰.

D'après les études de NKUNZIMANA au Bénin, la disponibilité des MEG était de 76,2% dans les formations sanitaires publiques du département de l'Atlantique et 70% dans la commune de Kpomassé en 1996 ; leur gestion étant assurée par les infirmiers et les sages-femmes qui n'avaient pas toujours les compétences²¹.

II.2.2 CONCEPTS RELATIFS A LA NOTION DE PERFORMANCE

Selon une étude canadienne sur la performance des systèmes de santé et des services sociaux en 2013, un système de santé pour être performant doit assumer quatre grandes fonctions : 1) s'adapter pour se donner les ressources et les structures organisationnelles nécessaires en vue de répondre aux besoins et aux attentes des citoyens ; 2) produire des services en quantité adéquate et de qualité en maintenant une bonne productivité ; 3) maintenir et développer des valeurs et la qualité du milieu de travail ; 4) atteindre ses buts, qui sont de réduire l'incidence, la durée et les effets négatifs des maladies et des problèmes sociaux²². Ainsi le modèle d'analyse dynamique a

¹⁸ Moore G : Evaluation de partenariat au projet de gestion de la logistique de planification familiale au Mali. Bamako 1994

¹⁹ Audibert M & Roodenbeke E : Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives, Banque Mondiale, Région Afrique, avril 2005

²⁰ Scuzochukwu B, Onwujekwe O E, Apkala C O. Effect of the Bamako-Initiative drug revolving fund on availability and rational use of essential drugs in primary health care facilities in south-east Nigeria Health Policy and Planning 2002

²¹ Nkunuzimana C : Disponibilité des médicaments essentiels sous noms génériques dans les formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif du département de l'Atlantique (Bénin).Cotonou 1996 ; Mémoire n°108/IRSP

²² www.csbe.gouv.qc.ca : la performance du système de santé et de services sociaux Québécois 2013, résultats et analyse.

été utilisé pour comparer les performances interprovinciales, interrégionales et internationales du QUEBEC et par rapport aux pays de l'OCDE.

Selon **PETER & al (2008)**, la performance des systèmes de santé présente un certain nombre d'aspects à savoir la santé de la population, les résultats sanitaires obtenus après traitement, la qualité clinique et le caractère approprié des soins, la réponse des systèmes de santé aux attentes de la population, l'équité et la productivité²³.

ANTARES (2004) dans son rapport étude en 2004, recommande l'utilisation de la méthode ABC (Analysis Based Cost) pour mesurer la performance des organisations sous quatre dimensions à savoir : le volume d'activité, le coût, le niveau de conformité réglementaire et normative, les résultats opérationnels. L'évolution de l'un des paramètres doit s'analyser en fonction de l'évolution des trois autres, ceci permet d'avoir une vision objective et exhaustive sur les performances des structures pharmaceutiques. Selon lui chaque écart constaté entre la réalité et le référentiel est potentiellement une non-conformité.

Samuel (2004) dans son article sur l'efficacité technique des systèmes de santé en Afrique subsaharienne a utilisé pour son analyse le modèle DEA (Data Envelopment Analysis) pour mesurer l'efficacité et l'efficience du système de santé de 35 pays. Ses résultats montrent que l'efficience technique moyenne varie entre 72% et 84% selon les combinaisons des inputs et des outputs.

Jérôme & al (2011) dans « analyse du circuit du médicament », a retenu comme critère de performance l'efficacité, l'efficience et l'équité, et utilisé la méthode empirique pour mesurer la performance économique et financière de la Colombie, du lao et de six pays de la l'Afrique.

Ernest & Young(2003) ont utilisé l'approche financière pour mesurer la performance des entreprises à travers, un modèle orienté vers la rentabilité des capitaux, la rentabilité des fonds propres, la capacité d'endettement, scores et probabilité de défaillance. Ils ont montré que les causes de la non performance est dûe par: les Finance (47%) ; le Management (33%) ; la demande (25%), et les crises internes (6%).

Bourguignon (1998)²⁴ propose une définition de la performance à partir de trois sens généraux : la **performance résultat** mesurée en comparant le résultat obtenu à l'objectif fixé, la

²³ Peter C. Smith, Elias Mossialos et Irene Papanicolas, Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé :

Expériences, défis et perspectives

²⁴ BOURGUIGNON, A., 1998, « Représentations de la performance : le contrôle de gestion ne suffit pas. », in Congrès Performances et Comptabilité, XIXe congrès, Association Française de Comptabilité, 1998, Nantes, pp. 537-553, V2

performance action qui est appréhendée à partir des moyens, des processus, des compétences, et des qualités mises en œuvre pour atteindre ces résultats et la **performance succès** qui est la représentation du succès.

GAUZENTE (2000)²⁵, utilise la méthode empirique basée sur deux approches pour mesurer la performance à savoir : le degré d'atteinte d'objectifs (économiques, financières et humaines) et la Capacité d'acquisition de ressources (adaptation à l'environnement, efficacité, complémentarité des sous-systèmes). A ces dimensions il ajoute des indicateurs subjectifs tel que : l'atteinte des objectifs stratégiques, le climat social, la position sur le marché, la maîtrise des coûts et la survie. D'après lui, le recours aux évaluations des cadres et dirigeants demeure une voie à ne pas négliger en cas de données économiques indisponibles, coûteuses ou difficilement isolables.

Camara a dans son étude sur la performance d'une centrale en médicaments essentiels défini comme critère de performance la capacité à fournir toutes les quantités demandées, le prix des médicaments et la capacité à fournir les informations nécessaires aux clients et à temps, ainsi que d'autres facteurs qui influencent cette performance tel que les aspects humains, organisationnels, et environnementaux²⁶.

Selon l'OMS, un système d'approvisionnement est dit performant si les critères suivant sont respectés à savoir : La Sélection et l'utilisation rationnelle des médicaments, un Prix abordable pour tous les acteurs, y compris les malades, un Mécanisme de financement viable, et un Systèmes de santé et approvisionnement fiable pour la mise à disposition des médicaments aux utilisateurs. Cependant tous ces facteurs sont importants et sont liés les uns aux autres, et transversaux.

²⁵ Claire GAUZENTE : Mesurer la performance des entreprises en l'absence d'indicateurs objectifs: quelle validité ? Analyse de la pertinence de certains indicateurs : Finance Contrôle Stratégie – Volume 3, N° 2, juin 2000, p. 145 - 165.

²⁶ Douga Camara : Analyse des facteurs de performance de la centrale d'approvisionnement en médicament essentiels :cas de la SARL « Djama Ka Keneya »

II.3 DEFINITION DES CONCEPTS

Pour notre étude nous avons retenu quelques concepts nous permettant de mieux comprendre et de mieux appréhender le problème de recherche.

▪ LA PERFORMANCE :

D'après Chandler (1992)²⁷ : la performance est un ensemble combiné entre l'efficacité fonctionnelle et l'efficacité stratégique et qui consiste non seulement à améliorer les produits, les achats, les processus de production, la fonction marketing et les relations humaines au sein de l'entreprise mais à devancer les concurrents en se positionnant sur un marché en croissance ou en se retirant d'un marché en phase de déclin.

La performance consiste donc de façon générale à la réalisation des buts qu'on s'est fixés en tant qu'individu ou entreprise. L'analyse de ces buts fait apparaître certaines mesures de la performance à savoir : l'efficacité, l'efficience, l'effectivité, la viabilité ou la pérennité.

▪ L'EFFICACITE :

L'efficacité est le rapport entre les résultats obtenus et les objectifs fixés. Cependant l'efficacité peut être appréhendée sous trois angles à savoir :

- **L'efficacité technique** : Elle consiste à utiliser un nombre plus réduit d'entrées pour produire un résultat donné ou à maximiser les résultats d'un nombre défini d'entrées.
- **L'efficacité allocative** : Elle consiste à allouer des ressources entre plusieurs activités possibles de manière à maximiser globalement le bénéfice c'est allouer les ressources aux activités les plus utiles.
- **L'efficacité économique** : Elle consiste à réaliser les activités à un coût minimum

²⁷ A.D. CHANDLER, « Organisation et performance des entreprises », T1, Editions de l'organisation, 1992, p.21

- **L'EFFICIENCE :**

C'est l'efficacité économique, c'est aussi le rapport entre les moyens et les efforts totaux déployés ainsi que les résultats obtenus.

- **LA PERENNITE :**

C'est la capacité de l'entreprise à reproduire perpétuellement sur une longue période des performances. La pérennité peut aussi se définir comme la capacité d'une entreprise à résister à l'épreuve des bouleversements profonds de son environnement en préservant l'essentiel de son identité. La définition de cette pérennité révèle pour les entreprises la nécessité de surmonter une contradiction majeure : celle de devoir évoluer tout en restant elles-mêmes, celle d'être capables d'une remise en cause forte tout en respectant des valeurs fondamentales, celle d'être capables d'innover et d'exploiter les compétences existantes.

- **MEDICAMENTS ESSENTIELS :**

Les médicaments essentiels sont ceux qui remplissent les besoins de santé prioritaires des populations. Ils sont choisis en tenant compte de leur pertinence pour la santé publique, les preuves de leur efficacité et innocuité et leur rentabilité comparée. Les médicaments essentiels sont destinés à être disponibles dans le contexte de systèmes de santé opérants, en constance, en quantités adéquates, selon des posologies appropriées, de qualité garantie et avec des informations adéquates, à un prix abordable pour la collectivité.

**PARTIE II CADRE CONCEPTUEL,
OPERATIONNEL ET ANALYSE DES
RESULTATS**

CRISTIG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE III CADRE CONCEPTUEL ET OPERATIONNEL

III.1 CADRE CONCEPTUEL

III.1.1 OBJECTIF DE L'ETUDE

- **Objectif général :**

L'objectif général de notre étude est d'analyser la performance de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques.

- **Objectifs spécifiques :**

- Mesurer l'efficacité par la prévision, le contrôle qualité, la disponibilité des MEG, et la mesure des pertes à la CAMEG.
- Mesurer l'efficacité par l'efficacité des achats, et l'évolution des autres frais de fonctionnements.
- Evaluer la pérennité de la structure par l'évolution du chiffre d'affaires, le taux d'endettement, le taux de recouvrement, et la diversification de la clientèle

III.1.2 HYPOTHESE DE RECHERCHE

Dans le cadre de notre étude, l'analyse de la performance de la CAMEG consiste à vérifier les hypothèses suivantes :

- ✓ H₁ : Les besoins des formations sanitaires publiques sont satisfaits
- ✓ H₂ : les médicaments sont de plus en plus accessibles aux populations
- ✓ H₃ : Le chiffre d'affaires de la CAMEG est croissant

III.1.3 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

▪ TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude rétrospective, analytique et descriptive sur la période de 2011-2013 de la performance de la CAMEG-TOGO basée sur la revue documentaire et l'observation participante.

Pour notre étude nous avons utilisé le rapport d'activités de 2012 et le rapport de gestion 2013 de la CAMEG. Nous avons procédé à des entretiens avec le personnel administratif de la structure pour recueillir des informations supplémentaires utiles pour notre étude. L'étude couvre le mois de juillet et le mois d'août, et est destinée à l'analyse des données recueillies. Les logiciels d'analyse utilisés sont les logiciels Excel, Word, Sphinx, SPSS.

▪ CRITERES D'INCLUSION :

Ont été inclus dans notre étude la CAMEG, et les pharmacies régionales d'approvisionnement ainsi que les formations sanitaires du secteur public.

▪ CRITERES D'EXCLUSION :

Sont exclues de notre étude les structures privées intervenant dans l'achat et la redistribution des médicaments essentiels et génériques que ce soit les pharmacies ou formation sanitaires privées.

III.1.4 Définition des critères de performances :

Pour notre étude nous avons retenu comme critère de performances les facteurs suivants :

- **L'efficacité** : Dans notre étude c'est la capacité de la CAMEG à satisfaire la demande en MEG des formations sanitaires sans rupture au cours de la période d'étude ; toute chose égale par ailleurs c'est-à-dire le taux d'inflation, et le prix des MEG sont restés inchangés.
- **L'efficience** : Ici, c'est l'efficacité à moindre coût. Elle se définit par l'efficacité d'achat des MEG et aux frais de fonctionnement de la structure (sans inclure les frais d'achat de médicament)

- **La pérennité** : elle se traduit par l'évolution du chiffre d'affaires, du taux de recouvrement par rapport aux créances, la diversification de la clientèle et à l'évolution du taux d'endettement de la structure.

III.1.5 INDICATEURS DE MESURE DE LA PERFORMANCE :

- ✚ **Prévision** : Proportion des quantités de produits reçues (achetées) pendant une période donnée par rapport aux quantités totales prévues pour la même période.
- ✚ **Efficacité des achats** : Valeur des médicaments achetés par appels d'offres, sur valeur totale des achats de médicaments. Elle permet de d'évaluer l'efficacité des procédures d'achat en vigueur dans le secteur public.
- ✚ **Mesure des pertes** : Pourcentage de quantités perdues de chaque produit par rapport aux quantités disponibles. Il permet d'évaluer les pertes de produit et les causes de ces pertes.
- ✚ **Contrôle qualité** : Pourcentage des produits prélevés et testés qui sont conformes aux normes de qualités, sur le nombre total des produits prélevés et testés. Cet indicateur permet de mesurer la proportion de produits importé et distribués conformes aux normes en vigueur.
- ✚ **Disponibilité des médicaments** : Pourcentage d'établissements de santé ayant connu une rupture de stock d'un ou plusieurs médicaments nécessaires au cours de la période d'étude. Il permet de Mesurer la performance du système d'approvisionnement en termes de disponibilité des MEG.
- ✚ **Evolution des autres coûts de fonctionnement** : pourcentage des autres frais de fonctionnement par rapport au frais d'achat des médicaments par la CAMEG par an dans l'exercice de ses activités.
- ✚ **Evolution du taux de recouvrement** : Pourcentage du taux de recouvrement des créances de la CAMEG pour chaque année et durant la période d'étude.

- ✚ **Evolution du taux d'endettement :** C'est la proportion dans laquelle la structure s'endette envers les fournisseurs. Ainsi, un faible taux d'endettement permet aux fournisseurs d'être ponctuels dans la livraison des médicaments.

- ✚ **Evolution du chiffre d'affaire :** proportion d'évolution du chiffre d'affaire de chaque année durant la période d'étude.

- ✚ **Diversification de la clientèle :** C'est un indicateur qui nous permet de vérifier la part des clients du secteur privé dans le chiffre d'affaire de la CAMEG.

Notons que la plupart de ces indicateurs sont en même temps des indicateurs harmonisés pour le suivi et évaluation des systèmes de gestion et d'achat des stocks recommandés par l'OMS en 2011²⁸.

III.1.6 INTERET DE L'ETUDE :

Les résultats de notre étude vont contribuer :

- ❖ Pour la CAMEG, à mettre en place ou renforcer sa stratégie en matière d'approvisionnement et de distribution, à fin d'être plus efficient et d'assurer sa viabilité.
- ❖ Pour les gouvernants à définir ou orienter sa politique en matière de médicaments essentiels et génériques.
- ❖ Pour le CESAG, à approfondir et enrichir les recherches en matière de médicaments essentiels et génériques.
- ❖ Pour nous même, à débiter notre expertise dans le domaine de la recherche en santé.

²⁸ OMS 2011 : Indicateurs harmonisés pour le suivi et l'évaluation des systèmes de gestion des achats et des stocks : indicateurs d'alerte précoce pour prévenir les ruptures de stock et les surstockages des médicaments antirétroviraux, antituberculeux et antipaludiques (www.who.int).

III.2 CADRE OPERATIONEL

Cette partie nous permet de décrire comment nous avons utilisé les variables et les indicateurs pour mesurer la performance de la CAMEG. Cependant il nous faut avant tout prendre connaissance du fonctionnement de la CAMEG et de savoir quel est le système par lequel les médicaments circulent depuis les fournisseurs jusqu'aux consommateurs.

III.2.1 DEFINITION OPERATIONNELLE DES VARIABLES

Nous avons retenu comme critère d'analyse de la performance la CAMEG ; l'efficacité, l'efficience et la pérennité. Chaque critère de performance a été mesuré à l'aide d'indicateurs de performance.

➤ L'EFFICACITE

C'est la capacité de la CAMEG à atteindre les objectifs qu'elle s'est fixé. Il s'agit de voir si elle assure l'approvisionnement régulier et continue des médicaments sûrs et de qualité aux formations sanitaire et donc aux populations. Les variables retenues pour le mesurer sont :

❖ La Prévisions

C'est la proportion des quantités de produits reçues ou achetées pendant une période donnée par rapport aux quantités totales prévues pour la même période. Elle permet de déterminer dans quelle mesure les quantités reçues correspondent aux quantités prévues. La CAMEG dispose d'une bonne capacité prévisionnelle si le ratio tend vers un ou 100%. Dans notre étude elle sera calculée en faisant le rapport entre le montant total des commandes réceptionnées et le montant total des commandes engagées.

❖ Contrôle de la qualité

Cet indicateur nous permet d'évaluer la capacité du service des achats à contrôler la qualité des médicaments achetés. Si le service des achats fonctionne efficacement, les fournisseurs sont soigneusement sélectionnés, ce qui diminue le risque de recevoir des médicaments de mauvaise qualité avant leur mise à disposition pour la consommation. C'est le Pourcentage de lots de

produits testés au cours de l'année écoulée et qui sont conformes aux critères de qualité établis au niveau national et international. Etant donné que le TOGO ne dispose pas d'un laboratoire de contrôle qualité et que les produits prélevés sont testés à l'étranger (NIGER ou France), cette proportion sera mesurée en faisant le rapport entre le nombre de produits prélevés et testés qui sont conformes aux normes en vigueur et le nombre total des produits prélevés et testés.

❖ **La disponibilité des médicaments**

Cet indicateur nous permet de mesurer la fiabilité du système de distribution et de contrôle de stock. Il s'applique à tous les niveaux du système d'approvisionnement et de distribution de médicament. La ponctualité dans la distribution est un élément fondamental car la disponibilité régulière des médicaments et l'approvisionnement continu des établissements de santé en dépendent. C'est le Pourcentage moyen de produits disponibles dans tous les établissements de santé. Ceci nous permet de mesurer le taux de rupture de stocks de médicaments enregistrés à la CAMEG au cours de la période d'étude. De ce fait nous allons pour notre étude, mesurer l'évolution du taux moyen de rupture de stocks au cours des trois dernières années.

❖ **Mesure des pertes**

C'est la perte par rapport au stock de produit disponible. Elle permet de mesurer l'efficacité de la gestion des stocks car ces pertes ont à la fois une valeur monétaire et une valeur pour la santé des populations d'autant plus qu'elles auraient permis de sauver des années de vie. Elle se détermine par le pourcentage des quantités perdues des produits par rapport aux quantités disponibles. Elle se calcule en faisant le rapport entre la valeur totale des pertes (médicaments périmés et cassés) enregistrées et la valeur totale de stocks disponibles en valeur monétaire, pour chaque année durant la période d'étude. La structure est performante si le taux par an reste inférieur à 1% de la valeur totale de stocks disponibles.

➤ **L'EFFICIENCE**

C'est l'efficacité à moindre coût. C'est la capacité de la CAMEG à assurer l'approvisionnement et la distribution des médicaments sûrs et de qualité à un coût minimum possible. Les variables permettant mesurer ce critère de performance sont :

❖ **Efficacité des achats**

C'est la valeur des médicaments achetés par appels d'offres, sur valeur totale des achats de médicaments. Il permet d'évaluer l'efficacité des procédures d'achat en vigueur dans le secteur public. L'indicateur renseigne également sur la capacité du service des achats à mettre en œuvre un système d'approvisionnement capable de fournir des médicaments à bas prix. En lançant des appels d'offres, on peut généralement se procurer les médicaments à meilleur marché que si l'on s'adresse à un fournisseur unique, qui fixe seul les prix.

Un appel d'offre est une procédure consistant à mettre en concurrence plusieurs fournisseurs. La décision d'achat est prise sur la base des cotations, (dans notre cas ici, le prix des médicaments), des soumissionnaires ayant répondu à la notification. La valeur de l'indicateur s'obtient en faisant le rapport entre le montant des commandes reçues par appel d'offre sur le montant total commandes reçues. L'indicateur porte sur une année. Le pourcentage indiqué est d'autant meilleur qu'il est élevé.

❖ **Evolution des autres frais de fonctionnement**

C'est la proportion des autres frais de fonctionnement par rapport aux frais d'achat des médicaments par an dans l'exercice de ses activités. Ces frais de fonctionnement ont un impact significatif dans la détermination du prix de médicament et la rentabilité de la structure. Ainsi, plus les autres frais de fonctionnement sont moindres, plus le coût de revient du médicament est faible, ce qui rend les médicaments financièrement accessibles au public. La CAMEG devient efficace lorsque la tendance de ce ratio est en baisse au cours de la période d'étude. Ce ratio se calcule en faisant le rapport des autres frais de fonctionnement sur les frais d'achat de médicaments pour chaque année.

➤ LA PERENNITE

C'est la capacité de la CAMEG à reproduire perpétuellement sur une longue période des performances.

C'est son aptitude à résister aux épreuves de son environnement et à garder son identité et ses valeurs fondamentales. Ainsi la pérennité sera mesurée par les indicateurs suivant :

❖ L'Evolution du chiffre d'affaire

C'est la valeur en terme monétaire de l'ensemble des activités menées par la CAMEG au cours d'une année. La structure est pérenne lorsque le chiffre d'affaire évolue en hausse durant la période d'étude.

❖ Le taux de recouvrement

C'est la proportion des créances perçues sur les créances totales au cours d'une année durant la période d'étude. Il permet de mesurer la capacité de la CAMEG à recouvrer ses créances en vue de renouveler les stocks de médicaments. Ce taux se détermine par le rapport des créances perçues au cours de l'année sur les créances totales enregistrées pendant la même période. Plus le taux de recouvrement tend vers 100%, plus la CAMEG est viable.

❖ Le taux d'endettement

Cet indicateur permet de mesurer la viabilité de la CAMEG sur le long terme. Dans notre étude, il s'agit de mesurer l'évolution du taux d'endettement de la structure par année au cours de la période d'étude. Moins ce taux est élevé, plus les fournisseurs auront tendance à livrer à temps les produits, plus la structure d'achat sera efficace et autonome.

❖ La Diversification de la clientèle

Elle se définit comme la part des officines privés et autres organisations non gouvernementales dans le chiffre d'affaire de la CAMEG, Plus cette part est élevée, plus elle est efficace et pérenne. En effet la plupart des créances de la CAMEG se situent au niveau des formations sanitaires publiques à cause de la lenteur des procédures de décaissement et aux problèmes de gestions. Plus les structures privées accroissent leurs achats, plus le CAMEG dispose d'une marge conséquente pour le réapprovisionnement des médicaments. Cet indicateur se détermine

en rapportant la part du secteur privé dans le chiffre d'affaire sur le total du chiffre d'affaire par an durant la période d'étude.

III.2.2 STRATEGIE DE COLLECTE DES DONNEES

La collecte des données s'est déroulée au cours de mois de juillet à la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels et Génériques. Ces données ont été collectées à partir des rapports d'activité de la CAMEG de 2012 et le rapport de gestion de 2013. Nous avons procédé aussi à quelques entrevues avec le personnel à fin d'avoir le maximum d'informations nécessaires pour notre étude. Cette recherche documentaire nous a permis de recueillir des informations sur les indicateurs choisis pour notre étude à savoir :

- ✓ Les lignes de commandes engagées
- ✓ Le taux moyen de rupture de stocks sur les 118 produits stratégiques et vitaux
- ✓ Les frais de fonctionnements
- ✓ Le chiffre d'affaire de chaque année de 2011 à 2013
- ✓ Les taux de recouvrement
- ✓ Les procédures d'achat des médicaments
- ✓ La part des différents clients dans le chiffre d'affaire de la CAMEG pour 2012 et 2013

III .3 APERÇU GENERAL SUR LA CAMEG

La CAMEG-TOGO est la centrale d'achat de médicaments essentiels et génériques du Togo. Elle est créée en août 1998 sous la forme d'une association d'intérêt général et dotée d'un statut juridique d'association sans but lucratif (ASBL) régie par la loi 1901. Elle évolue dans le système public de distribution pharmaceutique en tant que grossiste répartiteur à but non lucratif et à gestion autonome. Son marché est national et répond à un besoin fondamental de la population en matière de médicaments. Elle achète, stocke et distribue les Médicaments Essentiels Génériques (MEG) et les Dispositifs Médicaux Essentiels (DME) aux formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif sur toute l'étendue du territoire national. Ainsi la CAMEG a pour mission essentielle de fournir les médicaments de qualité, plus facilement et au moindre coût aux personnes qui en ont besoin où qu'elles vivent. Cette mission se caractérise par :

- L'assurance de la qualité des médicaments distribués, le respect des bonnes pratiques de stockage et de distribution,
- La pré-qualification de couples produit-fournisseur réalisée par procédure de présélection des fournisseurs suivant le modèle du cahier d'appel d'offres. La présélection des fournisseurs est continue et ouverte à tout fournisseur local ou international. Elle aboutit à un agrément de 4 ans sur la base de la qualité de couples produit-fournisseur pour un fournisseur pré qualifié.
- L'achat des Médicaments Essentiels Génériques (MEG) par la procédure de consultation restreinte annuelle au sein du pool de fournisseurs pré qualifiés.
- L'accessibilité géographique par la distribution à travers un réseau de Pharmacies Régionales d'Approvisionnement.
- L'accessibilité financière à travers l'acquisition et la cession à moindre coût.

L'un de ses objectifs est la cession à un « prix social » desdits produits aux formations sanitaires publiques ainsi qu'à des structures sanitaires privées à but non lucratif et autres clients privés autorisés par le conseil d'administration. De ce fait les produits pharmaceutiques cédés par la CAMEG-TOGO à travers ses PRA sont cédés au même prix sur toute l'étendue du territoire. Le recouvrement de coût ainsi réalisé sert à renouveler les stocks, assurer le fonctionnement et couvrir les besoins en équipements.

L'association CAMEG-TOGO comporte 2 catégories de membres dont les membres de plein droit et les membres de non plein droit. Les membres de plein droit sont repartis en trois en groupes à savoir : L'Etat à travers ses démembrement (Ministère de la santé, des finances, du commerce, et le Ministère des affaires sociales) ; les Partenaires bilatéraux et multilatéraux ; et les usagers et prescripteurs de médicaments essentiels (l'Ordre des Pharmaciens, associations de consommateurs, professionnels de santé, organes de gestion etc...). Elle dispose de trois organes fonctionnels à savoir le comité de supervision composé essentiellement des représentants de l'Etat, le conseil d'administration nommé par le comité de supervision et la direction générale (avec tous ses démembrements).

La CAMEG-TOGO intervient également dans la gestion des produits de santé donnés au Togo dans le cadre de la mise en œuvre de divers projets de santé. C'est ainsi qu'elle assure la réception, le stockage et la distribution des intrants médicaux financés par les bailleurs et l'Etat togolais pour le compte des programmes de lutte contre le VIH Sida, le paludisme, l'onchocercose, et autres.

A ce jour la CAMEG dispose de 03 pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) à savoir la PRA de Lomé, d'Atakpamé, et de Kara et d'autres en cours de formation à travers l'extension du réseau d'ici la fin de l'année avec l'intégration des dépôts régionaux de Tsévié, Sokodé et Dapaong.

III.3.1 ANALYSE SYSTEMIQUE DU CIRCUIT DU MEDICAMENT

Tout système pharmaceutique comprend trois circuits inter-reliés : le circuit physique des médicaments, le circuit du financement pour rémunérer les fabricants et les distributeurs des médicaments et le circuit des informations qui permet l'échange et l'utilisation de ces médicaments. Lorsque qu'on se réfère au rapport de l'OMS en 2001 sur le Guide d'analyse économique du circuit du médicament, on voit en effet que, les circulations d'argent et d'information influent significativement sur la circulation physique des médicaments eux-mêmes. Ainsi pour améliorer l'accès aux médicaments par des actions sur le circuit des médicaments, il est plus efficace de le faire en menant des actions sur les circuits financiers ou les circuits d'informations. La prise en compte de ces trois dimensions est indispensable à une analyse économique. Le circuit du médicament va du fabricant au patient et comprend les étapes telles que :

- l'Acquisition qui consiste à l'achat aux fabricants ou fournisseurs de médicaments;
- la distribution, elle se définit par acheminement des produits dans le système pharmaceutique;
- la consommation, c'est l'emploi des médicaments par les patients. Celle-ci est déterminée tant par le prescripteur que par le patient ; ce dernier peut faire de l'auto prescription et il est donc le consommateur ultime des médicaments.

En plus de ces caractéristiques, le circuit du médicament est composé de plusieurs fonctions à savoir : la sélection (choix des médicaments à acquérir et à distribuer); la quantification (évaluation des quantités nécessaires); et le contrôle de qualité (vérification de la conformité à des normes). Ces fonctions s'exercent aux stades de l'acquisition et de la distribution.

Quant au circuit du financement, il est plus complexe à décrire et à analyser que celui des médicaments. Le paiement peut avoir lieu à différentes étapes du circuit du médicament; les stades intermédiaires (distribution, dispensation) peuvent être rémunérés de différentes façons; et

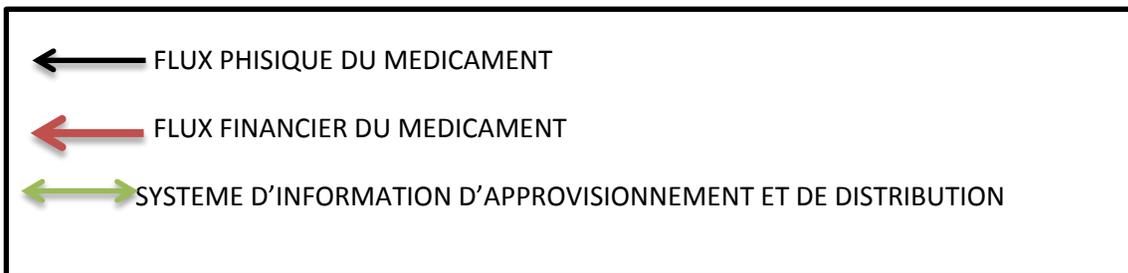
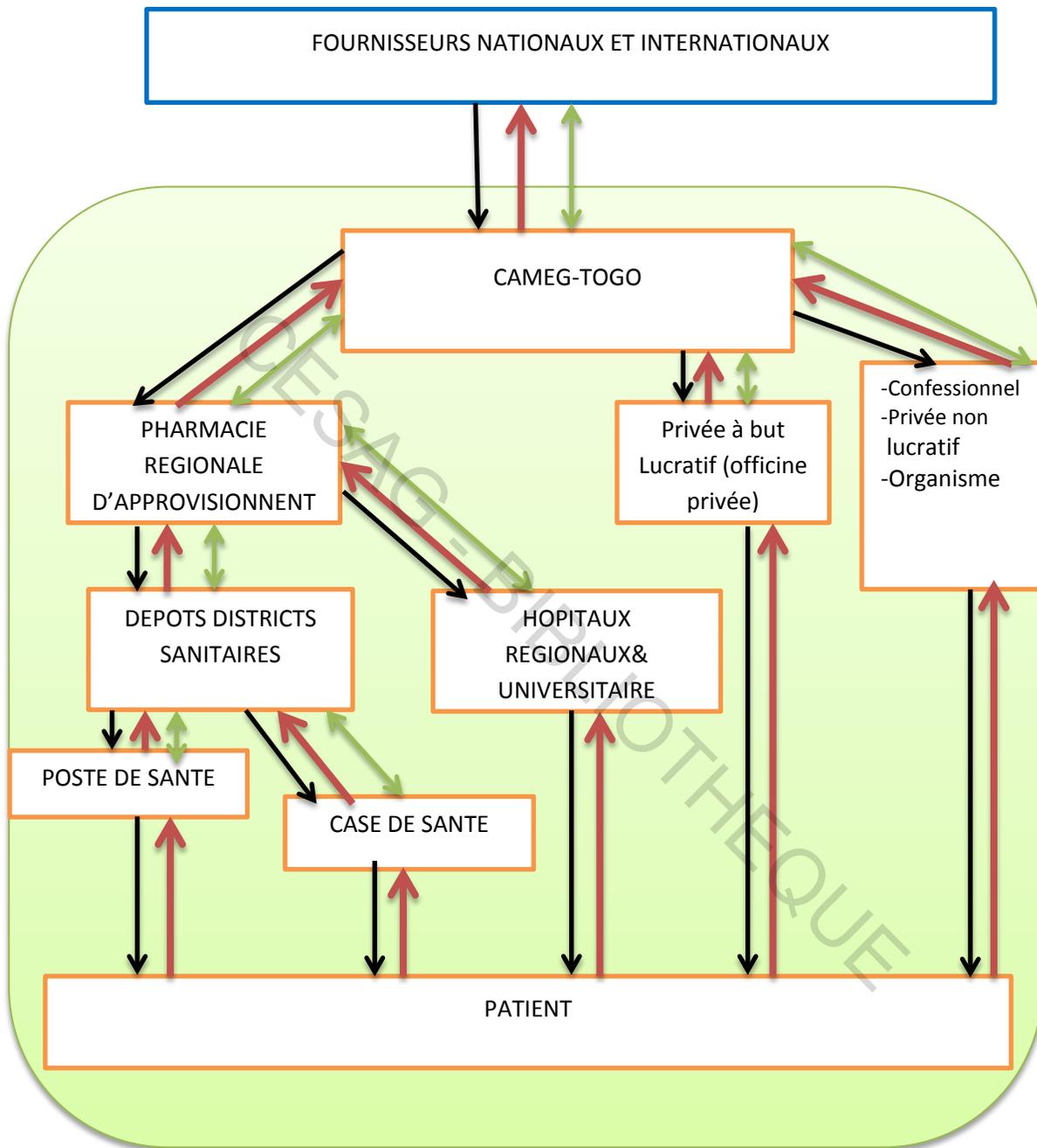
le paiement peut être fait par différents agents (le patient, la communauté, les assurances maladie ou l'Etat).

Les circuits d'informations sont encore plus complexes car les informations concernées sont de nature très variées. D'un point de vue économique de base, on peut distinguer :

- ✓ Les informations provenant de l'offre à savoir : la disponibilité des médicaments (médicaments autorisés, médicaments en stock); utilité et efficacité des médicaments (informations techniques); prix et conditions de paiement des fournisseurs.
- ✓ Les informations provenant de la demande : médicaments demandés par les prescripteurs et par les patients; quantités requises pour la prescription, la distribution et l'acquisition; qualité : effets secondaires indésirables.
- ✓ Les informations sur l'équilibre de l'offre et de la demande : consommations réelles en volume et en valeur; pénuries; prix pratiqués.

Le circuit physique des médicaments est le circuit principal, cependant, les circuits du financement et des informations doivent être organisés pour que ce circuit principal soit performant.

III.3.2 SCHEMAS SYNTHETIQUE DE L'ANALYSE SYSTEMIQUE DU CIRCUIT DU MEDICAMENT DE LA CAMEG



III.5 LIMITE DE L'ETUDE

III.5.1 LIMITE PAR RAPPORT A L'ETUDE

L'étude que nous avons effectuée s'est focalisée essentiellement sur les rapports d'activités fournis par la CAMEG, par conséquent nous n'avons pas procédé à la confrontation de celles-ci dans les formations sanitaires publiques et les pharmacies régionales. Cependant ces limites n'influencent pas les résultats de notre analyse d'autant puisque toutes les informations sont centralisées au niveau de la pharmacie centrale (ici la CAMEG).

III.5.2 LIMITE TECHNIQUE

Les difficultés rencontrées sont essentiellement liées à la non disponibilité des données, et à la réticence du personnel de fournir les données notamment pour les années antérieures. Nous n'avons pas eu des informations concernant le panier des médicaments essentiels et génériques pour chaque année. De ce fait pour le critère d'efficacité, nous avons pu prendre en compte que l'efficacité dans la procédure d'achat, et non l'indice des prix d'achats des MEG.

CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS ET DISCUSSION

RESULTATS

IV.1 RESULTAT RELATIF A L'EFFICACITE

Pour mesurer l'efficacité du système de gestion de l'approvisionnement et la distribution de la CAMEG, nous avons retenu comme indicateur de mesure : la capacité de prévision, le contrôle de la qualité des médicaments achetés et distribués, la disponibilité des médicaments essentiels et générique (par l'analyse du taux de rupture de stock), la capacité de la CAMEG à minimiser les pertes à travers la mesure des quantités perdues.

IV.1.1 LA PREVISION

La CAMEG enregistre plus en moyenne 80% de ses commandes prévu, ce qui la permet en parti de lutter contre les ruptures de stocks. C'est ainsi qu'elle a pu recevoir 90.8% de ses stocks prévu en 2013.

Tableau II *proportion des commandes reçues par rapport aux commandes prévues pour chaque année*

ANNEE	2011	2012	2013
MONTANT DES COMMANDES ENGAGEES	-	2 066 440 240	1 732 213 719
MONTANT DES COMMANDES RECUES	-	163 682 4820	1 573 034 909
% DES COMMANDES RECU PAR RAPPORT A CELLES PREVUES	-	79.21%	90.81%

Sources rapport d'activité2012&2013, CAMEG-TOGO

IV.1.2 CONTROLE QUALITE

Le tableau ci-dessous illustre pour la dernière année la proportion des lots contrôlé par le laboratoire national, ce taux est de 13%.

Tableau III *Part des commandes respectant les normes de qualité par rapport aux commandes contrôlées pour chaque année*

ANNEE	2011	2012	2013
Valeurs de stocks de MEG prélevés pour contrôle qualité au labo (FCFA)	235 715	13 284	1 083 640
Nombre total de lots de MEG reçus	-	-	285
Nombre de lots contrôlés au LABO	23	4	33
% DE LOTS CONTRÔLE	-	-	12%
NBRE DE LOTS CONFORMES	19	3	25
% DU NOMBRE DE LOTS CONFORMES DANS LES LOTS TESTES	82%	75%	75%

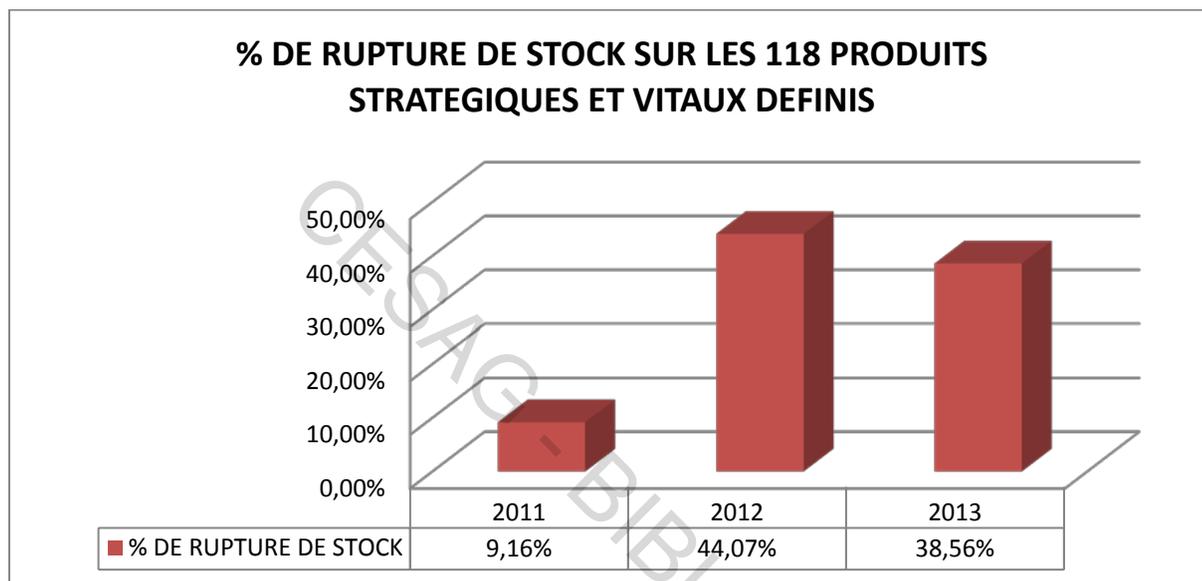
Sources : Rapports d'activités 2102&2013 CAMEG-TOGO

Il faut noter que sur 285 lots reçu en 2013, 33 lots ont été contrôlés (soit 13% du nombre de lots reçus) et 25 lots ont été déclarés conformes, soit en moyenne 75% des lots contrôlés.

IV.1.3 DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS

Le graphique ci-dessous, illustre le taux de rupture de stocks au cours de ces dernières années sur 118 produits stratégiques et vitaux définis. Cependant on note une bonne performance pour l'année 2013 avec une baisse de 5.1% de ce taux par rapport à celle de l'année antérieure.

Graphique 2 Part des ruptures de stocks en moyenne pour chaque année



L'analyse nous montre que bien que le taux de rupture de stocks a sensiblement baissé, il reste très élevé étant donné l'impact négatif qu'ont les ruptures de stocks sur la performance des formations sanitaires et surtout sur la santé de la population.

IV.1.4 MESURE DES PERTES

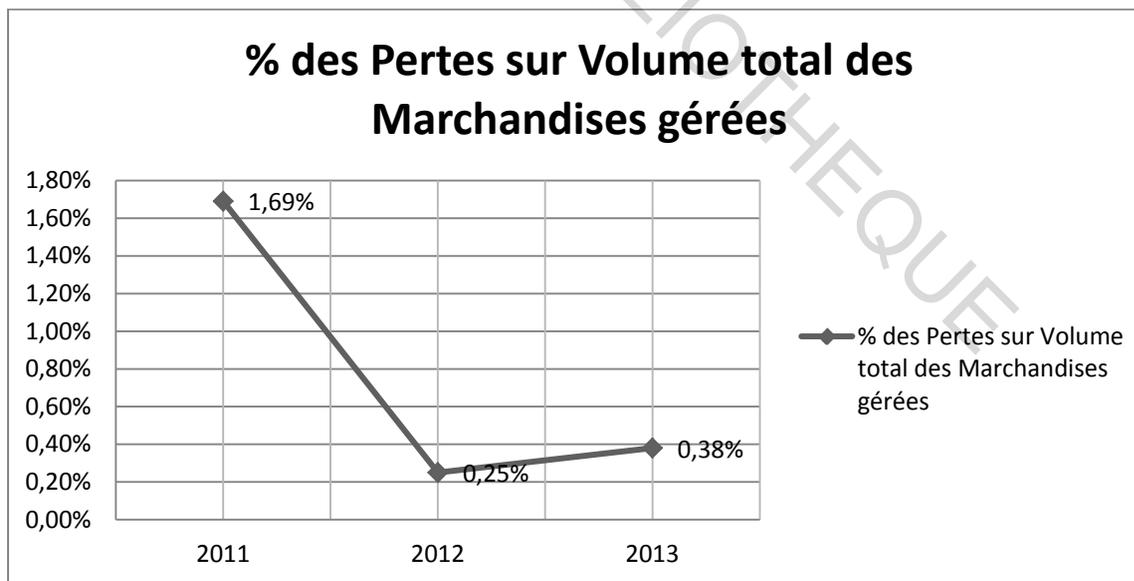
La mesure des pertes est un indicateur de performance qui permet d'apprécier la capacité de la CAMEG à assurer une gestion efficace des stocks dont elle dispose. Les années 2012 et 2013 ont enregistré une bonne performance avec un taux inférieur à 1% du volume total de stocks disponibles.

Tableau IV *proportion des pertes par rapport aux volumes totales disponibles pour chaque année*

ANNEES	2011	2012	2013
Montants des Périmés et dons (en fcfa)	41 302 234	7 275 558	11 937 664
Montants des Casses/Avariés (en cfca)	920 902	139 567	434 099
Vaeur Totale des Pertes	42 223 136	7 415 125	12 371 763
% des Pertes sur Volume Total Marchandises gérées	1.69%	0.25%	0.38%

Sources : rapports d'activités 2012&2013 CAMEG-TOGO

Graphique 3 *Evolution des pertes au cours de la période d'étude*



La courbe ci-dessus nous montre une diminution sensible du volume des pertes par rapport au volume total des marchandises, bien que ce volume ait augmenté au cours de la dernière année d'étude.

IV.2 RESULTAT RELATIF A L'EFFICIENCE

Pour mesurer l'efficacité nous avons analysé l'efficacité de la procédure d'achat des MEG et l'évolution des autres frais de fonctionnement de la CAMEG.

IV.2.1 L'EFFICACITE D'ACHAT

Le tableau ci-dessous nous indique la part du montant des commandes engagées par appel d'offre par rapport au montant total des commandes engagées. Ainsi on note une baisse de commandes par appel d'offre pour l'année 2013 qui enregistre un taux de 14,22% par rapport aux commandes totales engagées.

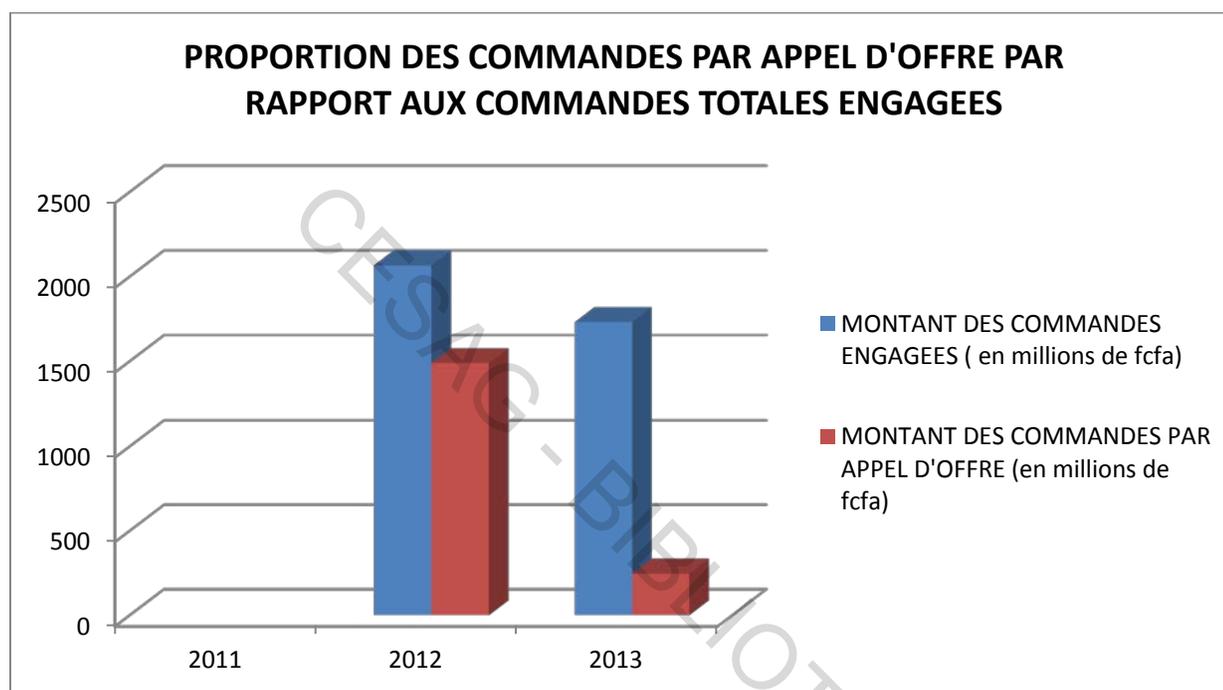
Tableau V *Proportion des commandes par appel sur le montant total des commandes pour chaque année*

ANNEE	2011	2012	2013
MONTANT DES COMMANDES ENGAGEES		2 066 440 240	1 732 213 719
MONTANT DES COMMANDES PAR APPEL D'OFFRE		148 8870 193	246 258 750
MONTANT DES COMMANDES PAR CONSULTATION RESTREINTES		577 570 047	1 142 763 356
MONTANT DES COMMANDES HORS MARHCES			343 191 613
% DES COMMANDES PAR APPEL D'OFFRE		72.05%	14.22%

SOURCES : *Rapport d'activités CAMEG 2012&213*

Ce graphique nous montre un fort taux de commandes par appel d'offres en 2012 avec 72,05% par rapport aux commandes totales engagées. Cependant on note aussi une baisse de commandes totale en 2013.

Graphique 4 Evolution des commandes par appel d'offre par rapport au montant total des commandes



IV.2.2 EVOLUTION DES AUTRES FRAIS DE FONCTIONNEMENT

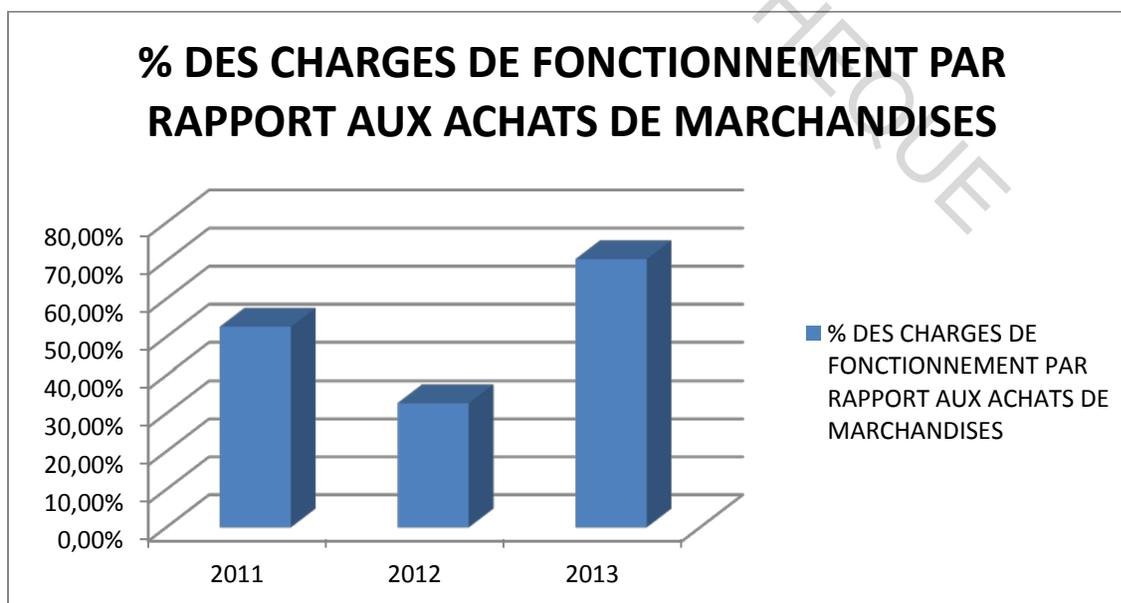
Le ratio autres frais de fonctionnement par rapport à l'achat des médicaments nous permet de mesurer l'efficacité de la CAMEG, par rapport à la disponibilité des médicaments. La proportion des frais de fonctionnement par rapport à l'achat détermine le coût d'acquisition des médicaments.

Tableau VI *Part des charges de fonctionnement par rapport aux achats de marchandises pour chaque année*

ANNEES	2011	2012	2013
ACHATS DE MARCHANDISES	1440 243 748	2250 132 750	1 495 161 829
AUTRE CHARGE DE FONCTIONNEMENT	757 580 124	736 235 537	105 203 2313
% DES AUTRES CHARGES DE FONCTIONNEMENT	50.67%	32.72%	73.05%

Source : Rapports d'activités 2012&2013 CAMEG-TOGO

Graphique 5 *Evolution de la proportion des charges de fonctionnement par rapport aux achats de marchandises*



En 2013, les autres frais de fonctionnement représentent plus de 50% des frais d'achat de médicaments. Malgré une baisse du niveau d'achat de marchandise, on note une augmentation

des autres charges de fonctionnement, ceci signifie probablement que la CAMEG supporte beaucoup de charges fixes (Transport, charge de personnel, services extérieurs) dues à l'approvisionnement en médicaments essentiels et génériques. Au cours de ces trois dernières années, les charges de fonctionnement dépassent largement les tiers des frais d'achat de médicaments, nous pouvons de ce fait dire que la CAMEG est moins efficiente.

IV.3. RESULTAT RELATIF A LA PERENNITE

Pour évaluer la pérennité, nous avons retenu comme indicateur de mesure : l'évolution du chiffre d'affaire, l'évolution du taux de recouvrement, le taux d'endettement, et la diversification de la clientèle.

IV.3.1 EVOLUTION DU CHIFFRE D'AFFAIRE

Le Tableau suivant nous montre l'évolution du Chiffre d'affaires au cours de ces dernières années. Le taux de croissance nous permet d'apprécier la proportion dans laquelle évolue ce chiffre d'affaires. L'analyse nous indique une augmentation du taux de croissance du chiffre d'affaires cette dernière année (2013) de 17%. La CAMEG a enregistré une baisse en 2011 et 2012 respectivement de 19% et 6%.

Tableau VII *Taux de croissance du chiffre d'affaire pour chaque année*

ANNEE	2010	2011	2012	2013
CHIFFRE D'AFFAIRES (FCFA)	2 622 846 560	2 123 586 647	1 987 762 493	2 332 322 022
TAUX DE CROISSANCE DU CHIFFRE D'AFFAIRE		-19.03%	-6%	17.33%

Sources : Rapport d'activité 2012&2013 CAMEG-TOGO

La baisse du chiffre d'affaire pour l'année 2012 s'explique selon le rapport d'activités par l'incendie qu'a connu la CAMEG au dernier trimestre de 2011, ce qui a entraîné une baisse d'activité sur tout le premier trimestre de 2012. A ceci s'ajoute le retard de livraison par un des fournisseurs au cours de la même période.

Graphique 6 Evolution du chiffre d'affaire



Le graphique montre une augmentation de 17% du chiffre d'affaire en 2013 par rapport à l'année précédente.

IV3.2 EVOLUTION DU TAUX DE RECOUVREMENT

Le tableau ci-dessous affiche les données relatives au taux de recouvrement de la CAMEG au cours de ces trois dernières.

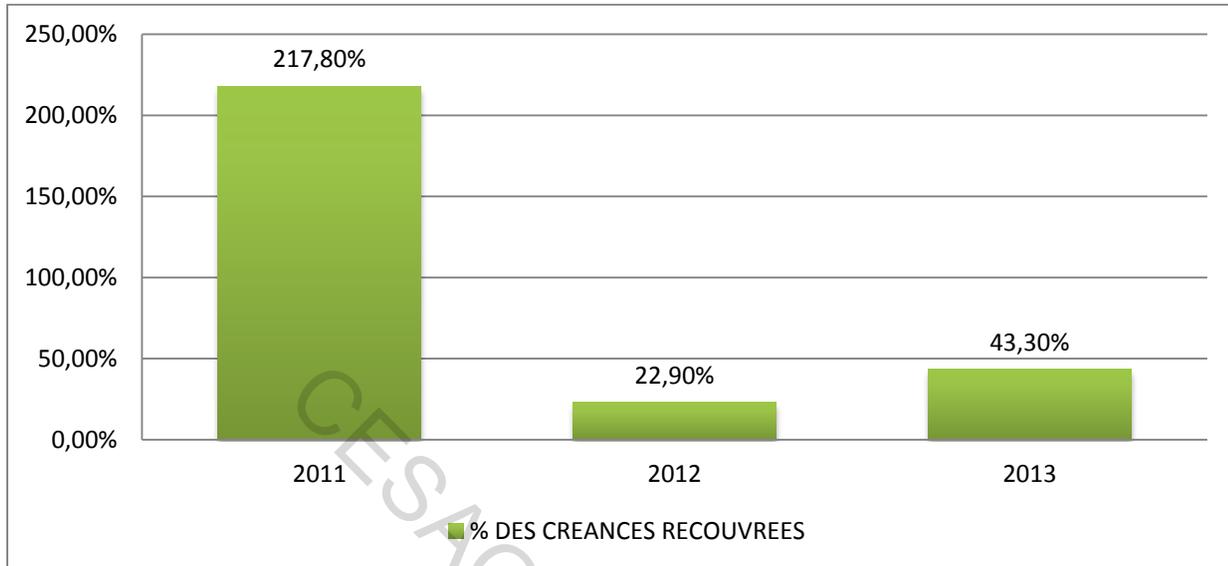
Tableau VIII Proportion des créances recouvrées par sur les créances totales pour chaque année

ANNEES	2011	2012	2013
CREANCES	284 538 094	361 185 992	410 303 766
CREANCES RECOUVREES	619 496 013	82 651 470	177 521 870
% DES CREANCES RECOUVREES PAR RAPPORT AUX CREANCES TOTALES	217.72%	22.88%	43.27%

Sources : rapports d'activités 2012&2013

On note une augmentation de 20.4% de ce taux en 2013 par rapport à l'année précédente. L'année 2011 a enregistré un fort taux de recouvrement allant jusqu'à 217.8%, ceci s'explique par le recouvrement de créance des années précédentes.

Graphique 7 Evolution de la part des créances recouvrées sur les créances totales



On note une baisse du taux de recouvrement des créances en 2012 par rapport à 2011, cependant ce taux a augmenté au cours de la dernière année.

IV.3.3 EVOLUTION DU TAUX D'ENDETTEMENT

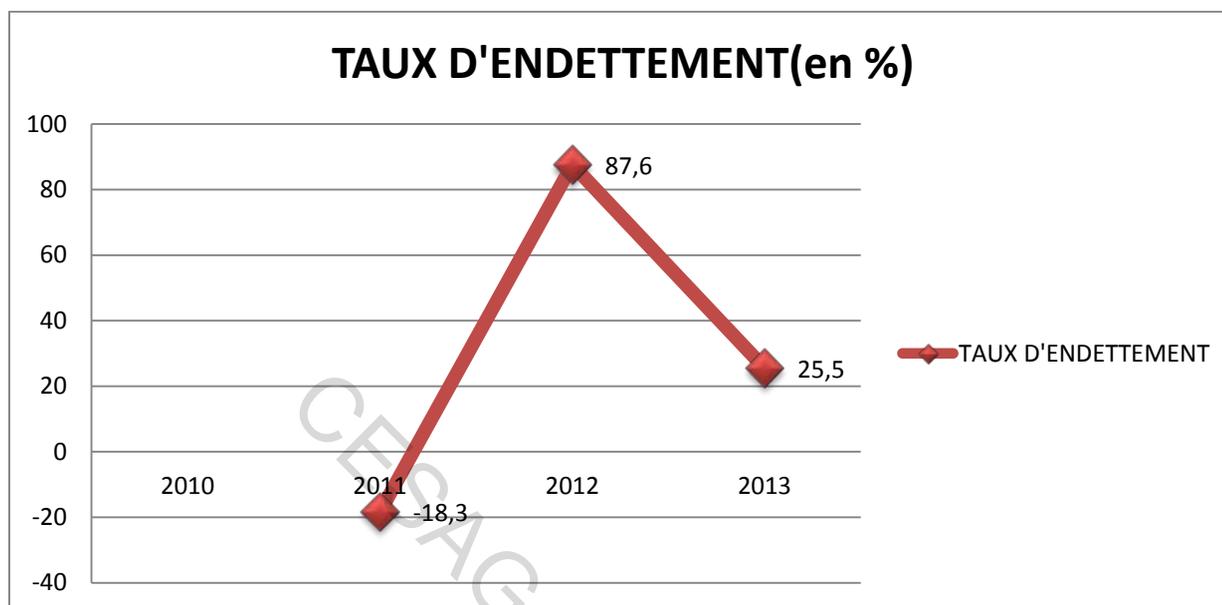
Les résultats du tableau ci-dessous indiquent une augmentation du montant de la dette envers les fournisseurs. Par contre l'année 2013 a enregistré une baisse du taux d'endettement de 62.1% par rapport à 2012.

Tableau IX Evolution du taux d'endettement

ANNEE	2010	2011	2012	2013
DETTE FOURNISSEURS	367 709 525	300 485 587	563 681 103	707 312 740
TAUX D'ENDETTEMENT (en %)		-18.30%	87.60%	25.50%

Sources : Rapports d'activités 2012&2013 CAMEG

Graphique 8 *Graphique illustrant l' Evolution du taux d'endettement*



L'année 2011 à enregistrer un taux négatif (-18.3%) signifie que la dette envers les fournisseurs a diminué de 18.3% par rapport à l'année précédente. Donc une partie de cette dette a été remboursée par la CAMEG.

IV.3.4 DIVERSIFICATION DE LA CLIENTELE

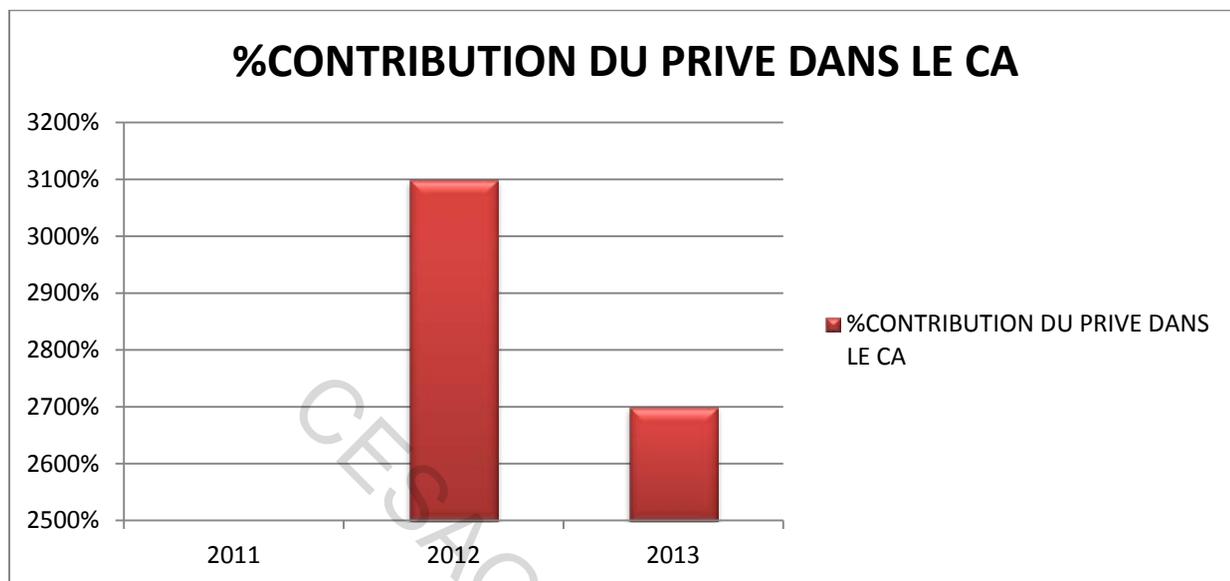
La part du secteur public dans le chiffre d'affaires de la CAMEG est en hausse contrairement à celle du secteur privé. Il faut noter que le secteur privé qui contribue au chiffre d'affaire de la CAMEG est composé essentiellement des Organismes Non gouvernementaux (ONG), des confessionnels, des officines privées, et autres structure privés à but non lucratif.

Tableau X *Part du privé dans le chiffre d'affaire de la CAMEG*

ANNEES	2011	2012	2013
CONTRIBUTION DU PUBLIC DANS LE CA (en%)	-	69	73
CONTRIBUTION DU PRIVE DANS LE CA (en%)	-	31	27

Sources : Rapport d'activités 2012&2013 CAMEG-TOGO

Graphique 9 Evolution de la contribution du privé dans le chiffre d'affaire de la CAMEG



Le graphique ci-dessus montre une tendance en baisse de la contribution du privé au chiffre d'affaire de la CAMEG au cours de la dernière année par rapport à 2012.

Tableau XI RECAPITULATIF DES RESULTATS

Critère de performance	Indicateurs de mesure	Résultats de l'étude	Conclusion par rapport aux critères de performance
Efficacité	Prévision	Bonne prévision car taux supérieur à 80%	LA CAMEG EST EN GENERALE EFFICACE
	Contrôle qualité	76% des produits prélevés et testés sont conformes aux normes en vigueur	
	Disponibilité des médicaments	Le taux de rupture de stocks est en baisse mais reste élevé	
	Evolution des pertes	Bonne maîtrise de gestion de stocks (le taux de perte est inférieur à 1%)	
Efficience	Efficacité des achats	L'efficacité de la procédure d'achat est en baisse, car 14% pour la dernière année	LA CAMEG EST MOINS EFFICIENTE
	Evolution des autres frais de fonctionnement	Ce taux d'évolution est en hausse (50% pour la dernière année)	
Pérennité	Evolution du chiffre d'affaire	Le chiffre d'affaire est en hausse (taux de croissance de 17%)	DIFFICULTE DE CONCLURE
	Evolution du taux de recouvrement	taux de recouvrement en hausse (43%)	
	Evolution du taux d'endettement	Taux en baisse mais à augmenter en valeur nominale	
	Diversification de la clientèle	Part du secteur privé en baisse dans le CA	

DISCUSSION

LIMITES SUR LA METHODE

Les indicateurs de performance sont excessivement nombreux et le suivi de la globalité semble difficilement réalisable en continu. Le nombre d'indicateurs que nous avons retenu est très modeste par rapport au panel d'indicateurs de performance existants. Ces indicateurs ne concernent que la chaîne d'approvisionnement ; de distribution et la qualité des médicaments. Les données concernant les pharmacies des formations sanitaires et la satisfaction des patients n'ont pas pu être collectées étant donné les limites de nos ressources en temps et en argent.

DISCUSSION SUR LE RESULTAT

Dans le cadre de notre étude, notre discussion portera essentiellement sur l'analyse des résultats et la vérification des hypothèses que nous avons posées.

Les résultats de notre étude nous montrent que la CAMEG présente globalement une efficacité satisfaisante car : environ 90% des commandes prévues sont réceptionnées et elle dispose d'une bonne capacité de gestion parce que quand bien même les pertes sont en légère augmentation au cours de la dernière année, elles restent inférieures à 1% de la valeur totale du stock disponible. Cependant il faut noter que 76% des stocks prélevés et testés sont conformes aux normes en vigueur mais seulement 13% des produits achetés sont testés. L'incapacité à réaliser tous les tests de contrôle de qualité des médicaments entrant sur le territoire par le laboratoire national, induit un risque de santé publique en cas de non-conformité des produits commandés. En ce qui concerne la disponibilité des médicaments essentiels et génériques, le taux de rupture de stocks sur les 118 produits stratégiques est en baisse au cours de cette dernière année mais reste élevé (38%). Les résultats de notre étude ne nous permettent pas d'avoir une bonne visibilité des causes de cette rupture étant donné qu'elles sont multiples. En effet les ruptures de stocks peuvent provenir de la chaîne de d'approvisionnement (pénurie de matière première auprès des fournisseurs, ou non-respect du délai de livraison par les fournisseurs) ou de la chaîne de distribution (insuffisance de moyens de transports, mauvaises gestion des stocks au niveau des pharmacies hospitalières publiques, ou système d'information inefficace). Dowling&Paul (2011) dans son ouvrage illustre qu'aux États-Unis, le taux d'exécution des commandes d'une pharmacie par un distributeur en 24 heures est de 95%. Les taux d'exécution des détaillants pour

leurs clients sont supérieurs à 99%. Les mêmes études montrent selon un sondage dans les pays de l'Union européenne que, 96% des commandes passées sont exécutées dans les 45 minutes qui suivent. Les niveaux des stocks se mesurent en jours, par opposition aux pays en développement où ils sont mesurés en mois en raison des cycles de commandes peu fréquents et des longs délais. Pour les chaînes d'approvisionnements de médicaments des pays développés, la disponibilité est quasi-acquise, la performance porte sur l'efficacité et la qualité, contrairement aux pays développés où on note encore des difficultés. D'autres études menées par L'OMS et Health Action International (HAI) en 2008 ont élaboré une méthodologie standardisée pour évaluer l'accès aux médicaments à partir de sondages sur les prix, la disponibilité et l'accessibilité. L'analyse secondaire de 45 enquêtes utilisant cette méthode révèle que : Pour un panier de médicaments essentiels, la disponibilité moyenne dans le secteur public allait de 38,2% en Afrique subsaharienne, à 57,7% en Amérique Latine et dans les Caraïbes. Dans le secteur privé, elle allait de 44,5% en Asie de l'Est, du Sud-Est et du Sud, à 79,4% en Asie Centrale. La disponibilité moyenne d'ensemble était plus élevée dans le secteur privé (63,2%) que dans le secteur public (34,9%).

Quant à l'efficacité de la CAMEG, elle a été moins efficace durant notre période d'étude. La part des achats de médicaments par appel d'offre a considérablement baissé, elle est passée de 72% en 2012 à 14% en 2013. Le pourcentage des frais de fonctionnement par rapport aux achats des médicaments en hausse passant de 32% à 50% entre 2012 et 2013 ; non seulement la valeur nominale des frais de fonctionnement a augmenté, celle d'achat des médicaments a baissé au cours de cette même période. Les études de Healthcare Distribution Management Association en 2004 illustrent que les distributeurs de gros Aux États-Unis, signalent que leurs coûts nets représentent dans l'ensemble moins de 2% de la valeur totale délivrée.

La pérennité de la CAMEG mérite un suivi car quand bien on note une augmentation du chiffre d'affaires (17% en 2013) et du taux de recouvrement (20% par rapport à l'année précédente), le taux d'endettement est en baisse, mais le montant en valeur nominale de la dette envers les fournisseurs est en hausse (707 312 740 FCFA en 2013). Cet endettement peut être à l'origine des ruptures de stocks, car la dette peut entraîner un refus par les fournisseurs de fournir la totalité des stocks commandés ou un retard dans le délai de livraison des marchandises. Ainsi une étude menée en 2010 à la pharmacie de santé publique de la Côte d'Ivoire a montré que, le non-paiement des fournisseurs a entraîné le désintéressement de ceux-ci des appels d'offres, ce qui a entraîné des ruptures de produits au niveau central et au niveau périphérique (taux de

rupture de 17% en 2005 à 35 % en Janvier 2009) et une augmentation des prix à l'achat des produits en moyenne par an. En ce qui concerne la diversification de la clientèle, elle est en baisse durant la dernière année d'étude (part du secteur privé dans le chiffre d'affaire est de 21% en 2013). La CAMEG doit en ce sens faire assez d'effort, car cette baisse peut être due à la non-satisfaction des demandes des pharmacies privées du fait de la non-disponibilité des stocks. Etant donné qu'il existe sur le marché togolais d'autres grossistes qui livrent des médicaments essentiels et génériques, et que les créances non recouvrées sont majoritairement celles des pharmacies des formations sanitaires publiques, la CAMEG pour sa pérennité et sa compétitivité doit diversifier sa clientèle en augmentant la part du secteur privé dans son chiffre d'affaire.

VERIFICATION DES HYPOTHESES DE L'ETUDE

La vérification des hypothèses nous révèle les résultats suivants :

H1 : Les besoins des formations sanitaires publiques sont satisfaits

Elle est été mesurée par la disponibilité des médicaments à travers le taux de rupture de stocks. Les résultats de l'étude ont montré que ce taux est en baisse mais reste encore élevé (38% en 2013), de ce fait les autorités de la CAMEG doivent encore faire beaucoup d'effort pour diminuer d'avantage ce taux en vue de satisfaire les besoins des formations sanitaires.

H2 : les médicaments sont de plus en plus accessibles aux populations

Il s'agit ici de l'accessibilité financière des médicaments génériques aux populations qui sont majoritairement pauvres. Cette hypothèse a été mesurée par le coût d'acquisition des MEG par la CAMEG. La procédure d'achat qui permet d'avoir des médicaments essentiels et génériques à moindre coût qui est celle des appels d'offre est en baisse (14% en 2013 contre 72% en 2012) et les frais de fonctionnement sont en hausse (50% en 2013 contre 32% en 2012).

H3 : Le chiffre d'affaires de la CAMEG est croissant

Les résultats de l'analyse illustrent que le chiffre d'affaire est en forte augmentation la dernière année avec un taux de croissance de 17%, malgré que la part du secteur privé dans ce chiffre d'affaire a baissé (27% en 2013 contre 31% en 2012). Il faut aussi noter que le taux de recouvrement est en hausse (43% en 2013 contre 23% en 2012) ainsi que le taux d'endettement

(25% en 2013 contre 87% en 2012). Cependant cette dette envers les fournisseurs est en hausse (plus de 700 millions de dette envers les fournisseurs).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

La performance est un concept multidimensionnel qui dépasse la seule dimension économique. C'est un enjeu économique certes, mais aussi social, de qualité, de conformité et d'innovation.

Le modèle de la performance s'appuie sur des principes clés tel que la systémique, la dynamique et l'anticipation. Cette définition de la performance illustre toutes les difficultés de mesurer et d'interpréter la performance en santé.

La recherche de la performance doit alors s'appuyer sur des processus de changement permettant l'adaptation de l'organisation aux exigences de son environnement (fournisseurs, client, financeurs, patient). Il est nécessaire pour toute organisation de mettre en œuvre les quatre processus clés de l'adaptation : amélioration continue de la qualité et de la gestion, évaluation économique, management des compétences et des connaissances, et l'intelligence économique.

Sur le terrain, la performance s'exprime généralement en termes de qualité, de coûts et de délais. Elle concerne aussi bien les résultats en termes de progression des réalisations, que la façon de les atteindre. Il est à noter que la mesure de la performance est en elle-même un facteur d'amélioration de la performance. Selon de nombreux auteurs, un certain degré d'autonomie par rapport au ministère de la santé et donc à l'Etat est à l'avantage des Centrales d'achats en médicaments essentiels et génériques. Ceux qui ont moins d'autonomie par rapport au secteur public sont confrontés aux difficultés suivantes : attirer et conserver les professionnels pour cause de mauvais salaires et manque d'incitations, absence d'actionnaires, donc responsabilisation moindre. Cependant les centrales les plus autonomes perdent leur fonction de service public et seraient davantage tentées de se concentrer sur des activités lucratives au lieu de l'accès aux médicaments essentiels.

La non disponibilité des médicaments est un facteur important dans les mauvais résultats de santé des Pays à faible revenu. Si les causes en sont complexes (ressources humaines inadéquates, systèmes de santé moins efficace, mauvais accès aux services, manque de financements), toutefois la faible performance des chaînes d'approvisionnement est à l'évidence un handicap majeur. Un investissement accru des pouvoirs publics dans la passation de marchés des médicaments doit s'accompagner d'investissements dans les chaînes d'approvisionnement et dans les personnels qui gèrent des centrales d'achats pour mettre sur pied des chaînes d'approvisionnement performantes, plus souples et transparentes. Cela signifie qu'il faut renforcer les chaînes d'approvisionnement existantes, investir dans l'infrastructure, introduire de

nouvelles technologies et de nouveaux systèmes de financement, innover, élargir le rôle du secteur privé et intégrer intelligemment les systèmes actuels verticaux.

En somme les résultats de notre étude nous montrent que la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques a connu au cours la dernière année de l'étude une amélioration significative par rapport aux années précédentes. Cependant beaucoup d'efforts restent encore à faire en matière de disponibilité des médicaments où le taux de rupture de stocks reste élevé quand bien même ce taux est en baisse. Au vu des résultats relatifs aux taux de recouvrement, il faut signaler que les résultats sont encourageants et que la CAMEG a fait montre d'une bonne performance quant au chiffre d'affaires. Néanmoins il est nécessaire de réduire les autres frais de fonctionnement et d'augmenter l'efficacité de la procédure d'achat des médicaments. Quant à la pérennité c'est un défi majeur auquel fait face la CAMEG en limitant l'endettement envers les fournisseurs et en développant une stratégie de marketing poussée pour être de plus en plus compétitif devant un marché hautement concurrentiel. Cependant la CAMEG en tant qu'association à but non lucratif ne doit pas perdre de vue son caractère social qui est de rendre accessible et à moindre coût les médicaments de qualité pour les populations qui sont majoritairement pauvres.

RECOMMANDATION

Il est nécessaire de mettre en place pour les pays du tiers monde notamment au TOGO un système d'approvisionnement rigoureux, basé sur une continuité du système d'assurance qualité et d'assurer accessibilité financière et géographique tout au long de la chaîne pharmaceutique, depuis la fabrication des matières premières jusqu'à la distribution et l'usage rationnel du médicament auprès des patients. Il est possible d'assainir le marché, mais un assainissement n'est possible que si les principaux acteurs à savoir les bailleurs de fonds, organisations internationales, pouvoir politique s'entendent pour fixer l'application des différentes règles, se donnent les moyens de contrôler qu'elles sont bien respectées, et si une coopération et une collaboration efficace existent entre les parties prenantes.

A L'EGARD DES DIRIGEANTS DE LA CAMEG

- ✓ Mettre en place un système de gestion informatique efficace pour la collecte des données fiables afin de lutter efficacement contre les ruptures de stocks (le supply chain management).
- ✓ Développer le partenariat avec le secteur privé : le partenariat et la sous-traitance de certaines fonctions logistiques par des prestataires logistiques privés, ceci permet de réduire certaines charges de fonctionnement.
- ✓ Effectuer des achats souples : Disposer de mécanismes agiles et souples d'achat pouvant fournir des produits de qualité et à coût abordable et au moment opportun.

A L'EGARD DES GOUVERNANTS

Disposer d'un plan stratégique et opérationnel en matière de politique pharmaceutique nationale et surtout celui du médicament essentiel et générique.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Christophe Emile ALLAH-KOUADIO, Mémoire de fin d'étude DSES 2012 ; Etude de la performance de la PNA DU SENEGAL DE 2009 à 2011
- 2 Ministère de la Santé : Indicateurs pour la santé 2012
- 3 Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale du TOGO
- 4 Banque Mondiale, rapport de septembre 2013
- 5 NFPA-TOGO : Plan d'action du Programme pays gouvernement 2014-2018
- 6 Enquête par grappe à indicateurs multiples de 2010 réalisée par la direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale.
- 7 Enquête démographique et de santé au TOGO de 1998 et Enquête par grappe à indicateurs multiples de 2010
- 8 Commission Nationale de Lutte contre le SIDA : Enquête nationale de séroprévalences chez les jeunes de 15-24 ans in : Plan d'action du Programme pays gouvernement 2014-2018 UNFPA-TOGO
- 9 Ministère de la santé: Indicateurs de la santé 2012
- 10 Ministère de la santé, Division de la planification de la formation et de la recherche : Principaux Indicateurs de la santé 2012
- 11 Document du PNDS du TOGO de 2012-2015
- 12 Liyè AVO, thèse de mémoire GSS-CESAG 2008 : contribution à l'amélioration de la performance de la centrale d'achat des médicaments essentiels et génériques du Togo
- 13 CAMEG-TOGO : Historique de la CAMEG
- 14 Dr AGBOKPE Koku thèse de doctorat 2005 : Médicaments essentiels et génériques au TOGO : Evaluation de l'accessibilité dans les structures de soins publics
- 15 Conseil nationale de l'ordre des pharmaciens du QUEBEC, 2011 : Les ruptures d'approvisionnement en médicaments
- 16 OMS : Stratégie régionale pour un meilleur accès aux médicaments 2004-2007, Bureau Régional du Pacifique Occidental 2003
- 17 Mouala C, Goumba A, Abeye J : Evaluation de l'utilisation des médicaments essentiels génériques dans le district sanitaire de la Mambere-Kadei (Centrafrique) , financement de la santé dans les pays en développement, 2 décembre 2005, doc ppt

- 18** Moore G : Evaluation de partenariat au projet de gestion de la logistique de planification familiale au Mali. 6
- 19** Audibert M & Roodenbeke E : Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives, Banque Mondiale, Région Afrique, avril 2005
- 20** Scuzochukwu B, Onwujekwe O E, Apkala C O. Effect of the Bamako-Initiative drug revolving fund on availability and rational use of essential drugs in primary health care facilities in south-east Nigeria Health Policy and Planning 2002
- 21** Nkunuzimana C : Disponibilité des médicaments essentiels sous noms génériques dans les formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif du département de l'Atlantique (Bénin).Cotonou 1996 ; Mémoire n°108/IRSP
- 22** www.csbe.gouv.qc.ca : la performance du système de santé et de services sociaux Québécois 2013, résultats et analyse.
- 23** Peter C. Smith, Elias Mossialos et Irene Papanicolas, Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé :
Expériences, défis et perspectives
- 24** BOURGUIGNON, A., 1998, « Représentations de la performance : le contrôle de gestion ne suffit pas. », in Congrès Performances et Comptabilité, XIXe congrès, Association Française de Comptabilité, 1998, Nantes, pp. 537-553, V2
- 25** Claire GAUZENTE : Mesurer la performance des entreprises en l'absence d'indicateurs objectifs: quelle validité ? Analyse de la pertinence de certains indicateurs : Finance Contrôle Stratégie – Volume 3, N° 2, juin 2000, p. 145 - 165.
- 26** Douga Camara : Analyse des facteurs de performance de la centrale d'approvisionnement en médicament essentiels :cas de la SARL « Djama Ka Keneya »
- 27** A.D. CHANDLER, « Organisation et performance des entreprises », T1, Editions de l'organisation, 1992, p.21
- 28** OMS 2011 : Indicateurs harmonisés pour le suivi et l'évaluation des systèmes de gestion des achats et des stocks : indicateurs d'alerte précoce pour prévenir les ruptures de stock et les surstockages des médicaments antirétroviraux, antituberculeux et antipaludiques (www.who.int).

TABLE DE MATIERE

DEDICACE.....	III
REMERCIEMENT.....	IV
RESUME.....	V
SOMMAIRE.....	VI
ABREVIATION.....	VII
LISTE DES TABLEAUX.....	VIII
LISTE DES GRAPHIQUES.....	IX
INTRODUCTION.....	1
PARTIE I CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	3
CHAPITRE I : CONTEXTE.....	4
I.1 CONTEXTE DE L'ETUDE.....	4
I.1.1 PROFIL GEOGRAPHIQUE ET ADMINISTRATIF DU TOGO.....	4
I.1.2 PROFIL DEMOGRAPHIQUE.....	4
I.1.3 PROFIL ECONOMIQUE.....	5
I.1.4. SITUATION SANITAIRE DU TOGO.....	5
I.1.4.1 PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE.....	5
I.1.4.2 LE SECTEUR PUBLIC DE LA SANTE.....	7
I.1.4.3 ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET SYSTEME DE SOINS.....	7
I.1.4.4 SECTEUR PHARMACEUTIQUE DU TOGO.....	8
I.3 FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE.....	9
CHAPITRE II : DEFINITION DE PROBLEME DE RECHERCHE ET REVUE DE LA LITTERATURE.....	11
II.1 DEFINITION DU PROBLEME DE RECHERCHE.....	11
II.1.1 JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	11
II.2 REVUE DE LA LITTERATURE ET DEFINITION DES CONCEPTS.....	14
II.2.1 ETAT DE CONNAISSANCE.....	14
II.2.2 CONCEPTS RELATIFS A LA NOTION DE PERFORMANCE.....	15
II.3 DEFINITION DES CONCEPTS.....	18
PARTIE II CADRE CONCEPTUEL, OPERATIONNEL ET ANALYSE DES	
RESULTATS.....	20

CHAPITRE III CADRE CONCEPTUEL ET OPERATIONEL	21
III.1 CADRE CONCEPTUEL.....	21
III.1.1 OBJECTIF DE L'ETUDE	21
III.1.2 HYPOTHESE DE RECHERCHE	21
III.1.3 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	22
III.1.4 Définition des critères de performances :.....	22
III.1.5 INDICATEURS DE MESURE DE LA PERFORMANCE :.....	23
III.1.6 INTERET DE L'ETUDE :.....	24
III.2 CADRE OPERATIONEL	25
III.2.1 DEFINITION OPERATIONNELLE DES VARIABLES.....	25
III.2.2 STRATEGIE DE COLLECTE DES DONNEES.....	29
III.3 APERÇU GENERAL SUR LA CAMEG.....	29
III.3.2 SCHEMAS SYNTHETIQUE DE L'ANALYSE SYSTEMIQUE DU CIRCUIT DU MEDICAMENT DE LA CAMEG	33
III.5 LIMITE DE L'ETUDE	34
III.5.1 LIMITE PAR RAPPORT A L'ETUDE.....	34
III.5.2 LIMITE TECHNIQUE.....	34
CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS ET DISCUSSION	35
IV.1 RESULTAT RELATIF A L'EFFICACITE.....	35
IV.1.1 LA PREVISION	35
IV.1.2 CONTROLE QUALITE.....	36
IV.1.3 DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS	37
IV.1.4 MESURE DES PERTES	38
IV.2 RESULTAT RELATIF A L'EFFICIENCE.....	39
IV.2.1 L'EFFICACITE D'ACHAT	39
IV.2.2 EVOLUTION DES AUTRES FRAIS DE FONCTIONNEMENT	41
IV.3. RESULTAT RELATIF A LA PERENNITE	42
IV.3.1 EVOLUTION DU CHIFFRE D'AFFAIRE.....	42
IV.3.2 EVOLUTION DU TAUX DE RECOUVREMENT.....	43
IV.3.3 EVOLUTION DU TAUX D'ENDETTEMENT	44
IV.3.4 DIVERSIFICATION DE LA CLIENTELE	45
DISCUSSION	48
CONCLUSION	52
RECOMMANDATION	54
BIBLIOGRAPHIE	55