



Centre Africain d'études
Supérieures en Gestion



**Mémoire pour l'obtention
du MBA GESTION DES SERVICES DE SANTE**
Option : Gestion des Programmes de Santé

27^{ième} promotion



THEME

**EVALUATION DU SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT EN
MEDICAMENTS ESSENTIELS DANS LES STRUCTURES
PUBLIQUES DE SANTE DANS UN CONTEXTE DE COUVERTURE
SANITAIRE UNIVERSELLE AU SENEGAL :**

**Cas du Centre de santé Gaspard KAMARA du District Sanitaire
Centre de Dakar**

Présenté par:

KONE Bema Drissa

Encadreurs :

Pr. Ibrahima SECK

Maître de conférences Agrégé en Santé Publique
ISED/UCAD

Enseignant associé au CESAG

Dr Aboubacry FALL

Médecin de Santé Publique
Economiste de la santé

Année académique: 2016-2017

**EVALUATION DU SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT
EN MEDICAMENTS ESSENTIELS DANS LES STRUCTURES
PUBLIQUES DE SANTE DANS UN CONTEXTE DE
COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE AU SENEGAL :
Cas du Centre de santé Gaspard KAMARA du District Sanitaire
Centre de Dakar.**

« Dans les pays en voie de développement, les gens tombent malades parce qu'ils sont pauvres, ils s'appauvrissent davantage parce qu'ils sont malades ; et voient leur état de mal empirer du fait de la misère accrue »

Sir Edwin, Médecin économiste de la santé.

DEDICACE

À mon père KONE Bema, cet homme merveilleux, qui m'a appris, en toute circonstance, à sourire à la vie et qui très tôt a perçu l'importance du savoir dans l'existence d'un homme et dans le développement des nations.

À ma mère KONE Marietou, cette brave dame, qui m'a porté, au milieu de mille souffrances et a su comme toutes les mères du monde, donner à ses enfants « le lait et le miel » afin qu'ils perçoivent le divin en toute chose.

Vous avez semé la graine de l'Espérance, puisse telle devenir ce grand caillécédraat, que vous appelez de tous vœux, offrant son ombrage à l'humanité entière.

Ce travail est le vôtre.

REMERCIEMENTS

Merci au Seigneur des mondes, Maître du temps et des circonstances qui, par un simple effet de sa grâce, a rendu ce projet possible, sans effort et mérite de ma part. Rien de tout ce qui a été, n'eut été possible sans sa volonté. Que toute la Gloire et la Louange, lui soient rendues.

Merci à mon père et à ma mère ainsi qu'à toute la grande famille KONE. Pensée particulière pour mon oncle KONE Souleymane et son épouse Maimouna née DEMBELE.

Merci à toutes ces personnes merveilleuses que la Providence m'a permis de rencontrer sur la grande route de la fraternité humaine : mon guide spirituel Cheikh Malick KONATE, Imam Seydou KEITA, Cheick Ibrahim MAIGA, Oust az KONDE Lassina, mon patron CAMARA Django, mon oncle KONATE Abdoul Karim sans oublier les grands frères que je n'ai jamais eu, SILUE Baba et DIABATE Zoumana.

Merci à Dr EL Hadji GUEYE, Chef de Département CESAG SANTE, à ses collaborateurs, au personnel enseignant ainsi que tous mes camarades de la Promotion Col Cheikh FALL. Infinie gratitude à mes deux encadreurs ; Professeur Ibrahima SECK pour sa rigueur scientifique et Docteur Aboubacry FALL, pour sa sollicitude. Votre concours à la réussite de ce travail est indéniable.

Je n'oublie pas Dr Rokhaya SY DIAO, Médecin-Chef du District Centre ; la pharmacienne Dr Thérèse NDONG ; Madame GASSAMA ainsi que tout le personnel du District pour leur accompagnement pendant mon stage. Une pensée particulière à Pape NDIAYE, dépositaire du District Centre.

Merci, à Messieurs Mamadou MBAYE, Directeur de l'Assurance Maladie ; Magor Sow, Chef de Division de la Promotion des Mutuelles ; Dr Ndiambé DIAGNE de l'Assistance Médicale à l'Agence de Couverture Maladie Universelle. A Dr Aissatou NDIAYE, Dr Talla DIOP de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement et Dr Oumar SAGNA de l'USAID.

A mes frères, François Bayébié BADO et Ulrich-Anthelme ADOMBI, brillants économistes de la santé, ce mémoire porte la marque de votre précieuse contribution. Sans vos concours respectifs, ce mémoire n'aurait jamais pu voir le jour.

Que Dieu vous bénisse !

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Structures sanitaires du District Centre.....	19
Tableau II : Ressources Humaines du District Centre.....	21
Tableau III : Personnel non médical du District Centre	22
Tableau IV: Données démographiques du District Centre.....	24
Tableau V : Synthèse des différents régimes d'assurance maladie au Sénégal avec leur mode de financement, la population cible, et leur ancrage institutionnel.	35
Tableau VI: Avantages et inconvénients des deux méthodes de quantification selon l'OMS	42
Tableau VII: Mouvement des kits de césarienne au centre de santé Gaspard KAMARA..	55
Tableau VIII: Distribution des données relatives au coût de la césarienne (en milliers de francs CFA)	57
Tableau IX : Composition du kit de la césarienne.....	58
Tableau X : Produits non disponibles sur une longue période dans la structure	62
Tableau XI : Rupture des médicaments pédiatriques	63
Tableau XII : Cotation de problèmes suivant les critères retenus	70
Tableau XIII: Tableau d'hierarchisation des causes des ruptures de médicaments.....	82
Tableau XIV: Cadre logique de la mise en œuvre de la solution pour la réduction des ruptures de stocks	91
Tableau XV : Plan d'action pour l'amélioration de la gestion des stocks et du bon rapportage des données.....	94
Tableau XVI : Budget de formation du personnel à la gestion des stocks.....	95

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Carte administrative du Sénégal	11
Figure 2: Organisation du système de santé au Sénégal.....	14
Figure 3: Découpage administratif du district centre de Dakar.....	17
Figure 4: Organigramme du centre de santé Gaspard KAMARA.....	27
Figure 5: Cadre d'action de la couverture sanitaire universelle au Sénégal	30
Figure 6: Dispositif d'approvisionnement ou de distribution de la PNA.....	44
Figure 7: Proportions kits distribués gratuitement et kits vendus dans la structure	57
Figure 8: Coût des kits distribués au centre de santé Gaspard KAMARA (en milliers de francs CFA)).....	58
Figure 9: Proportion du nombre de produits en rupture dans la structure.....	61
Figure 10: Satisfaction en médicaments des bénéficiaires des mutuelles de santé dans la structure	68
Figure 11: Arbre des causes des ruptures de stocks de médicaments	79
Figure 12: Diagramme d'ISHIKAWA pour l'analyse des causes des ruptures	81

LISTE DES ABREVIATIONS

CADS	:	Charte Africaine de Développement Sanitaire
CEDEAO	:	Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CMU	:	Couverture Maladie Universelle
CSU	:	Couverture Sanitaire Universelle
DUDH	:	Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
IB	:	Initiative de Bamako
LPSD	:	Lettre de Politique Sectorielle de Développement
OOAS	:	Organisation Ouest Africaine de la Santé
ODD	:	Objectifs pour le Développement Durable
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	:	Organisation Mondiale de la Santé
PAS	:	Programmes d'ajustement structurel
PNA	:	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNBSF	:	Programme National de Bourses de Sécurité Familiale
PSE :	:	Plan Sénégal Emergent
SSP	:	Soins de Santé Primaire
UEMOA	:	Union Economique Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	:	UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1: Questionnaire	106
Annexe 2: Guide d'entretien	108
Annexe 3: Focus Group	114

CESAG - BIBLIOTHEQUE

SOMMAIRE

DEDICACE.....	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ABREVIATIONS	viii
LISTE DES ANNEXES	ix
SOMMAIRE.....	x
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : FONDEMENTS THEORIQUES DE L'ETUDE	10
CHAPITRE I : CADRE CONTEXTUEL DE L'ETUDE	11
1.1. ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE	11
1.2. ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE.....	16
CHAPITRE II : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE	27
2.1. NOTIONS THEORIQUES	27
2.2. LA REVUE DE LA LITTERATURE	45
DEUXIEME PARTIE : PHASE OPERATIONNELLE DE L'ETUDE.....	50
CHAPITRE III : CONSIDERATIONS D'ORDRE METHODOLOGIQUE ET RESULTATS DE L'ETUDE	51
3.1. CONSIDERATIONS D'ORDRE METHODOLOGIQUE.....	51
3.2. RESULTATS DE L'ETUDE.....	55
CHAPITRE IV : SOLUTIONS ET RECOMMANDATIONS DE L'ETUDE.....	83
4.1. SOLUTION DE L'ETUDE	83
4.2. RECOMMANDATIONS DE L'ETUDE.....	98
CONCLUSION GENERALE	100
BIBLIOGRAPHIE	102
ANNEXES	105
TABLE DES MATIERES.....	116

INTRODUCTION GENERALE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONTEXTE :

La Santé est devenue, au fil des ans, un enjeu politique et stratégique majeur. Elle est désormais au cœur de la préoccupation du bien-être des individus et s'impose incontestablement comme un facteur essentiel du développement socio-économique des Etats.

Toutefois, la Santé relève avant tout de la responsabilité des Etats : « les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant des mesures sanitaires et sociales appropriées »¹.

Ainsi, la 58^e Assemblée Mondiale de la Santé, en 2005, a adopté à l'unanimité une Résolution qui encourage les pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à développer des systèmes de financement de la santé afin de fournir à toute leur population un accès aux services de santé de qualité dont ils ont besoin et s'assurer que l'utilisation de ces services n'expose pas les usagers à des risques financiers catastrophiques et d'appauvrissement².

En effet, « le paiement direct existe encore dans la majorité des pays en développement. Chaque année dans le monde, 150 millions de personnes font face à des dépenses catastrophiques du fait des paiements directs et 100 millions basculent dans la pauvreté soit trois (3) personnes à chaque seconde. »³

C'est fort d'un tel constat, que l'OMS dans son Rapport sur la santé dans le monde en 2010, a déclenché un vaste mouvement en faveur de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) que Dr Margaret CHAN⁴ présente comme « le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir »⁵. Ce document a servi de sève nourricière à la Résolution de la 67^e Assemblée Générale des Nations Unies, en septembre 2012, appelant chacun des Etats membres de l'ONU à éviter de recourir au paiement direct des soins de santé et à développer des mécanismes solidaires et équitables. Il a, en outre, permis d'inclure la CSU au cœur des Objectifs pour le Développement Durable (ODD), précisément à l'ODD (Cible 3).

¹ Extrait du Préambule de la Constitution de l'OMS, 1946, Genève.

² OMS, 2010, Rapport sur la Santé dans le Monde 2010, Genève.

³ Rapport OXFAM, Octobre 2013

⁴ Dr CHAN M., Médecin, chinoise, Directrice Générale de l'OMS de 2007 à 2017.

⁵ Dr CHAN M. (2012), « Discours d'investiture lors de la 65 Assemblée mondiale de la santé », OMS, Genève.

Ce concept novateur de Couverture Sanitaire Universelle, consiste donc à « veiller à ce que tous les individus aient accès aux services de santé de qualité dont ils ont besoin sans que cela entraîne pour les usagers des difficultés financières⁶. »

La Couverture Sanitaire Universelle est, dorénavant, le noyau central des aspirations mondiales en matière de politique de santé pour une meilleure solvabilisation de la demande en soins de santé des populations. N'est-elle pas au cœur des politiques publiques et sectorielles dans le cadre de la contribution du secteur de la santé dans la lutte contre la pauvreté ?

L'architecture institutionnelle de la coopération sanitaire africaine est aussi favorable à la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle. Déjà en 2001 à Abuja au Nigéria, les chefs d'Etats Africains se sont engagés à allouer au moins 15 % de leur budget national pour l'amélioration du secteur de la santé⁷.

En outre, le plan stratégique 2009-2013 de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) de la Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) a fixé comme objectif, de faciliter la promotion de nouveaux mécanismes de financement et de faire le plaidoyer pour l'accroissement des allocations budgétaires pour la santé.⁸

De plus, le Conseil des ministres de l'Union Economique Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) a adopté en Juin 2009 un Règlement pour le développement des mutuelles sociales au sein des pays membres de l'union.

Le Sénégal, à partir de ce cadrage international, va amorcer son chemin vers la CSU. Il a lancé le 20 septembre 2013, un programme de Couverture Maladie Universelle (CMU). Le cadre de référence en matière de développement est le Plan Sénégal Emergent (PSE) et en matière de planification, la Lettre de Politique Sectorielle de Développement (LPSD).

Ainsi, ce programme de Couverture Maladie Universelle s'appuie essentiellement sur « les mutuelles de santé à base communautaire » et intègre les politiques d'entraide aux personnes vulnérables et indigentes appelées « initiatives de gratuité », en l'occurrence, la

⁶ OMS (2012). Qu'est-ce que la couverture universelle en matière de santé ? Questions -réponses en ligne. http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/index.html

⁷ WHO Africa Region, 2006. Health Financing: A Strategy for the Africa Region. Regional Committee for Africa. Addis Ababa: June.

⁸ WAHO, 2008. WAHO 2009-2013 Strategic Plan. March

gratuité des soins des enfants âgés de moins de 5 ans, de la césarienne, de la dialyse et la gratuité des soins aux personnes de plus de 60 ans (le Plan Sésame).

La mise en œuvre est confiée à l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (ACMU). L'ambition des autorités politiques est de permettre au pays de passer d'un taux de couverture initial du risque maladie de 20% en 2013 à un taux intermédiaire de 75 % en fin décembre 2017.

Cette situation va, sans doute, produire une augmentation vertigineuse de la demande de soins. Ainsi, va se poser avec acuité la question de l'adéquation de l'offre de soins notamment l'offre du médicament à la demande de soins.

Le médicament, pilier indispensable du système de santé, doit être au cœur de la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle : « Pas de médicament, pas de Programme », dit-on. Le médicament est donc un intrant stratégique du système de santé. En effet, « il s'agit d'un bien complexe et contradictoire qui est à la fois un produit industriel et un moyen de santé publique, à la fois un bien privé par ses modes de production et de distribution et un bien collectif par son mode de financement. Il touche à notre existence individuelle qu'il améliore et prolonge, mais sa consommation est soumise à la quadruple tutelle du médecin qui le prescrit, du pharmacien qui le dispense, de l'Etat qui le tarifie et le régule et de la sécurité sociale qui le rembourse.⁹ »

L'accès constant des populations à des médicaments de qualité, sûrs, efficaces, accessibles géographiquement et financièrement et correctement utilisés demeure un défi politique contemporain. Pour relever ce défi, l'OMS, a élaboré au cours des années 1970, le concept de « médicaments essentiels », pour aider les professionnels de santé à faire des choix parmi de très nombreux médicaments disponibles. Elle a, par ailleurs, préconisée à Alma Ata en 1978, « la santé pour tous en l'an 2000 » par la généralisation des Soins de Santé Primaires (SSP).

Au niveau de la région Afrique, l'OMS avec le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et la Banque Mondiale, en 1987, initient une action à assise communautaire dans le cadre de l'UEMOA appelée : Initiative de Bamako (IB). Elle vise certes, à l'amélioration de la qualité de soins, la responsabilité des communautés, la décentralisation

⁹ Bon usage du médicament : responsabilité individuelle et collective, colloque organisé à la Domus Medica, Paris, le 27 janvier 1999, P.23

de l'offre de soins, un accès équitable pour atteindre les populations les plus pauvres et la motivation des agents de santé mais surtout à la disponibilité des médicaments essentiels dans les structures publiques de santé.

L'Initiative de Bamako a constitué une étape importante dans les réformes du secteur de la santé au Sénégal. Ainsi, le pays a développé dans les formations sanitaires publiques des pharmacies appelés « pharmacie IB », dont l'approvisionnement en médicaments essentiels est assuré sur toute l'étendue de territoire national par un grossiste répartiteur public, la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA).

PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

La disponibilité du médicament et son accessibilité par les usagers des services de santé demeure l'un des principaux problèmes de santé publique à l'échelle mondiale compte tenu de la faiblesse des dispositifs d'approvisionnement, de la raréfaction des ressources financières et des coûts exorbitants des médicaments.

Les pays africains ont mis en place des systèmes nationaux d'approvisionnement en médicaments essentiels reposant pour la plupart sur une centrale d'achat et des structures de distribution aux niveaux central, régional et district afin d'assurer la disponibilité constante et permanente du médicament.

La levée de la barrière financière de l'accès aux soins, à travers la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle, n'aurait-elle pas un impact sur la disponibilité des médicaments ?

Cette situation, inéluctablement, ne va-t-elle pas produire une augmentation vertigineuse de la demande de soins ? Et poser avec acuité la question de l'adéquation de l'offre de soins notamment l'offre du médicament avec la demande ? D'où la question de la fiabilité de toute la chaîne d'approvisionnement ?

La mise en place de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal, a-t-elle une influence sur le système d'approvisionnement en médicaments essentiels dans les structures publiques de santé au Sénégal ?

Le système d'approvisionnement favorise-t-il la disponibilité des médicaments de qualité et en quantité suffisante dans les structures publiques de santé au Sénégal en général et singulièrement au centre de santé Gaspard KAMARA ?

Permet-il de satisfaire le principe sacro-saint d'une bonne gestion logistique c'est-à-dire amener le bon produit, de bonne qualité, en bonne quantité, au bon endroit, au bon prix, et au bon moment ?

La politique de Couverture Maladie Universelle permet-elle à tout usager des services de santé, cinq ans après sa mise œuvre, de bénéficier de médicaments de qualité et en quantité suffisante dans les structures publiques de santé au Sénégal et surtout au centre de santé Gaspard KAMARA ?

Résoudre l'équation du médicament, c'est donc s'assurer que le système d'approvisionnement tel qu'il fonctionne au Sénégal et particulièrement au centre de santé Gaspard KAMARA, permet de garantir à tout usager des services de santé la dispensation de médicaments essentiels de qualité et en quantité suffisante, au meilleur coût, à tout moment, depuis la mise en place de la Couverture Maladie Universelle ?

JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Le choix de ce thème découle d'une longue réflexion menée par les décideurs publics, nationaux et internationaux, sur l'accès aux médicaments à toutes les couches de la population, et ce depuis la mise en place, par l'OMS, des politiques de médicaments essentiels jusqu'à ce jour, en passant par l'Initiative de Bamako (IB).

La problématique du médicament est certes, un débat ancien mais elle reste toujours d'actualité ; elle est un débat jamais épuisé. Cette problématique était au cœur de l'Initiative de Bamako. Elle prend toute sa place dans le cadre de la Couverture Sanitaire Universelle. C'est donc un débat, qu'il convient de mener, avec courage et lucidité, puisqu'il s'agit d'une préoccupation fondamentale de santé publique.

L'équation du médicament est incontestablement une question centrale dans la performance de tout système de santé. Déjà, la loi 98-08 du 12 février 1998 portant réforme hospitalière au Sénégal, a engagé les structures sanitaires dans une logique de performance faisant obligation aux Etablissements Publics de Santé (EPS) d'équilibrer

leurs comptes et de fournir des soins de qualité à moindre coût à toutes les couches sociales.

Cette préoccupation, de performance et de soins de qualité, doit être l'apanage de toutes les structures publiques de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les soins de qualité, impliquent l'accessibilité et la disponibilité de tous les moyens mais surtout des médicaments essentiels. Car, le médicament est indéniablement un indicateur important de la qualité. Il est sans doute l'un, des éléments qui permette au consommateur, de juger de la qualité des services de santé.

BUT ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

Il convient ici, de présenter le but et les objectifs de l'étude.

❖ BUT DE L'ETUDE :

Explorer les interrelations entre la Couverture Sanitaire Universelle et la disponibilité des médicaments dans les structures publiques de santé au Sénégal.

❖ OBJECTIF GENERAL :

Evaluer le système d'approvisionnement en médicaments essentiels au centre de santé Gaspard KAMARA dans le contexte de la CSU.

❖ OBJECTIFS SPECIFIQUES :

1. Déterminer la disponibilité des médicaments essentiels dans le cadre des initiatives de gratuité dans le centre de santé Gaspard KAMARA ;
2. Déterminer la satisfaction des bénéficiaires des mutuelles de santé à base communautaire quant à l'accessibilité des médicaments essentiels au centre de santé Gaspard KAMARA ;
3. Décrire la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels dans le centre Gaspard KAMARA dans le cadre de la Couverture Sanitaire Universelle ;
4. Identifier les facteurs limitants à l'accessibilité des usagers aux médicaments essentiels au centre de santé Gaspard KAMARA.

INTERET DE L'ETUDE

L'intérêt de cette étude peut être appréhendé d'un strict point de vue théorique d'une part et d'autre part, d'un point de vue managérial.

- **Intérêt théorique de l'étude :**

L'intérêt théorique de ce mémoire découle d'une exigence du point de vue académique mais aussi et surtout il répond à une préoccupation d'ordre personnel.

- **Au niveau académique :**

Cette étude répond à une exigence académique, celle pour tout stagiaire du CESAG de satisfaire à la rédaction d'un mémoire de fin de formation en vue de l'obtention du MBA Gestion des Services de Santé.

Dans cette perspective, avons-nous voulu nous inscrire dans la dynamique de l'OMS, celle de cheminer vers la Couverture Sanitaire Universelle. Il est donc important de mener la réflexion sur « le volet médicament » de cette politique publique. En effet, il s'agit, d'évaluer le système d'approvisionnement en médicaments essentiels dans les formations sanitaires au Sénégal dans un contexte de la Couverture Maladie Universelle à travers l'exemple du centre de santé Gaspard KAMARA.

- **Au niveau personnel :**

Gestionnaire en Pharmacie, étudiant en MBA Gestion des Services de Santé et en Science Politique, les questions de « Gouvernance » sont d'un intérêt capital pour notre orientation professionnelle. En outre, envisageons-nous de faire de la Couverture Sanitaire Universelle, notre terrain de prédilection sur la gouvernance sanitaire.

Ainsi, voudrions-nous nourrir la réflexion sur le volet médicament, dans le cadre de ce mémoire de fin de formation ; réflexion que nous ambitionnons poursuivre au niveau des études doctorales en Science Politique ou en Santé Publique.

- **Intérêt managérial de l'étude**

L'intérêt de l'étude, ici, est de voir ce qu'elle pourrait apporter à l'amélioration du système de santé. Notre travail est un « mémoire de résolution de problèmes ».

Il s'agit pour nous, d'identifier en accord avec les responsables de la structure visitée, un problème de gestion, jugé prioritaire, afin d'en déterminer les causes et proposer des pistes d'amélioration.

Cette étude consiste à relever les problèmes qui minent le système d'approvisionnement en médicaments dans les structures publiques de santé au Sénégal à travers l'exemple du centre de santé Gaspard KAMARA, à y trouver les solutions appropriées et faire des recommandations afin de rendre plus performant le programme de Couverture Maladie Universelle.

Ce travail permettra, d'apprécier la spécificité du modèle sénégalais de Couverture Universelle mais surtout les politiques menées dans la mise en place d'un meilleur système d'approvisionnement en médicaments essentiels.

ANNONCE DU PLAN :

Ce travail est structuré en deux parties :

- La première partie porte sur les fondements théoriques de l'étude.

Elle aborde à la fois le cadre contextuel et le cadre conceptuel de l'étude. Il s'agit, au niveau contextuel de présenter l'environnement dans lequel se déroule l'étude. En effet, cet environnement se situe au niveau externe à l'échelle du pays et au niveau interne au sein de l'organisation visitée. En revanche, le cadre conceptuel donnera l'occasion de comprendre les notions théoriques liées au thème ainsi que la revue de la littérature.

- La deuxième partie s'intéresse à la phase opérationnelle de l'étude.

Elle présente les résultats de l'étude. Il est question d'une part d'analyser les données recueillies et d'autre part de les discuter après avoir préalablement exposé les considérations d'ordre méthodologique. Néanmoins, il convient d'apporter les éventuelles solutions en vue de la résolution du problème identifié ainsi que les recommandations nécessaires à l'amélioration de la politique de CSU en général et de la chaîne d'approvisionnement en particulier.

**PREMIERE PARTIE : FONDEMENTS THEORIQUES DE
L'ETUDE**

CHAPITRE I : CADRE CONTEXTUEL DE L'ETUDE

Le cadre contextuel présente l'environnement dans lequel s'inscrit notre étude. Il s'agira d'analyser l'environnement externe d'une part et l'environnement interne d'autre part.

1.1. ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE

L'analyse de l'environnement externe de l'étude porte sur les facteurs exogènes et endogènes pouvant affecter l'état de santé et le bien-être des populations.

1.1.1. PRESENTATION DU SENEGAL

Pour mieux situer le cadre de l'étude, il convient de faire une présentation du Sénégal afin d'en exposer les indicateurs démographiques et socio-économiques pouvant influencer sur le bien-être des populations.

1.1.1.1. Territoire et organisation administrative



Figure 1: Carte administrative du Sénégal

Le Sénégal est un pays Soudano-Sahélien, situé à l'extrême Ouest du continent africain. Il est limité au nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'est par le Mali, au sud par la Guinée Bissau et la Guinée et à l'ouest par l'Océan Atlantique.

Le pays a une superficie de 196 .722 kilomètres carrés et est traversé par la Gambie, qui est une enclave de terre située entre les régions de Kaolack et de Ziguinchor, sur le cours inférieur du fleuve du même nom.

Au niveau de l'organisation administrative, le Sénégal compte 14 régions, 45 départements et 557 communes.¹⁰

1.1.1.2. Population

Selon l'Agence Nationale de la Statistique et la Démographie (ANSD), la population du Sénégal en 2017 est estimée à 15 256 346 habitants dont 7 597 938 hommes et 7 658 408 femmes.¹¹

Cette population est inégalement répartie entre les 14 régions administratives du pays. Elle est concentrée à l'Ouest du pays et au Centre, tandis que l'Est et le Nord sont faiblement peuplés. Dakar est la région la plus peuplée avec une population de 3.529.300 habitants.¹²

Le fort taux de croissance démographique de 2,7 % observé entre 2002 et 2013 résulte essentiellement d'une fécondité encore élevée et d'une mortalité infantile en baisse.¹³

La population sénégalaise est très jeune. En effet, les données démographiques précisent que l'âge moyen est de 22,7 ans et la moitié de la population a moins de 18 ans (âge médian). Le taux brut de natalité est de 39,1 pour mille. Par ailleurs, l'indice synthétique de fécondité est estimé à 5,3 enfants par femme et il est beaucoup plus élevé en milieu rural (6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1 enfants par femme.)¹⁴

¹⁰ Agence Nationale de la Statistique et la Démographie (ANSD)

¹¹ ANSD/Projections 2017

¹² ANSD/Projections 2017

¹³ Source RGPHAE 2013

¹⁴ Idem

1.1.1.3. Économie

Avec un PIB de 16,963 milliards (\$) de dollars américain ¹⁵, le Sénégal possède la quatrième économie de la sous-région ouest africaine après le Nigéria, la Côte d'Ivoire et le Ghana et la deuxième en Afrique de l'Ouest francophone derrière la Côte d'Ivoire.

Ses principales recettes proviennent de la pêche, du tourisme et de l'agriculture dont l'arachide est la principale culture de rente. Les récentes découvertes de pétrole se présentent comme une aubaine pour le pays.

En 2016, le Sénégal a un taux de croissance économique de 6,6 %, qui le hisse au deuxième rang des pays les plus dynamiques en Afrique de l'Ouest francophone, derrière la Côte d'Ivoire.¹⁶

Le pays a adopté un nouveau modèle de développement économique et social, appelé « Plan Sénégal Emergent » (PSE), qui vise à le projeter au rang des Etats Emergents à l'horizon 2035. Ce plan constitue, désormais, le référentiel de sa politique économique et sociale. L'axe deux (2) du PSE porte sur « Capital humain, Protection sociale et Développement durable » et est en phase avec le Plan National Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 et intègre toutes les réformes dans le secteur de la santé, notamment la Couverture Maladie Universelle.

1.1.1.4. Situation socio-politique

Le Sénégal est un pays relativement stable et demeure un exemple d'alternance politique dans la sous-région. Malgré cette stabilité politique légendaire pour un pays africain, le taux de pauvreté au Sénégal est élevé, environ 46,7 % en 2011.¹⁷

Les disparités géographiques restent cependant très prononcées : deux habitants sur trois vivent dans la pauvreté dans les zones rurales, et en particulier dans le sud du pays, contre un sur quatre à Dakar. Afin d'améliorer le bien-être des plus pauvres, les autorités politiques ont mis en place un Programme National de Bourses de Sécurité Familiale (PNBSF). En effet, il s'agit d'une contribution exceptionnelle de l'Etat pour soutenir les ménages les plus défavorisés.

¹⁵ Banque Africaine de Développement (BAD), Rapport 2017 selon site Agence Ecofin

¹⁶Source : Banque mondiale, rapport 2016

¹⁷Deuxième enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal, ANSD, 2011

1.1.2. PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE

Il s'agit ici, de présenter le système de santé du Sénégal, ses particularités ainsi que les politiques de santé mises en place afin de répondre aux préoccupations de santé des populations

1.1.2.1. Organisation du système de santé

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux. Le niveau central, on a le Cabinet du ministre, les Directions, les Services centraux et les EPS 3. Au niveau intermédiaire, on trouve les régions médicales et services régionaux de l'Action Sociale. Le niveau périphérique concerne le district sanitaire. (Figure 2)

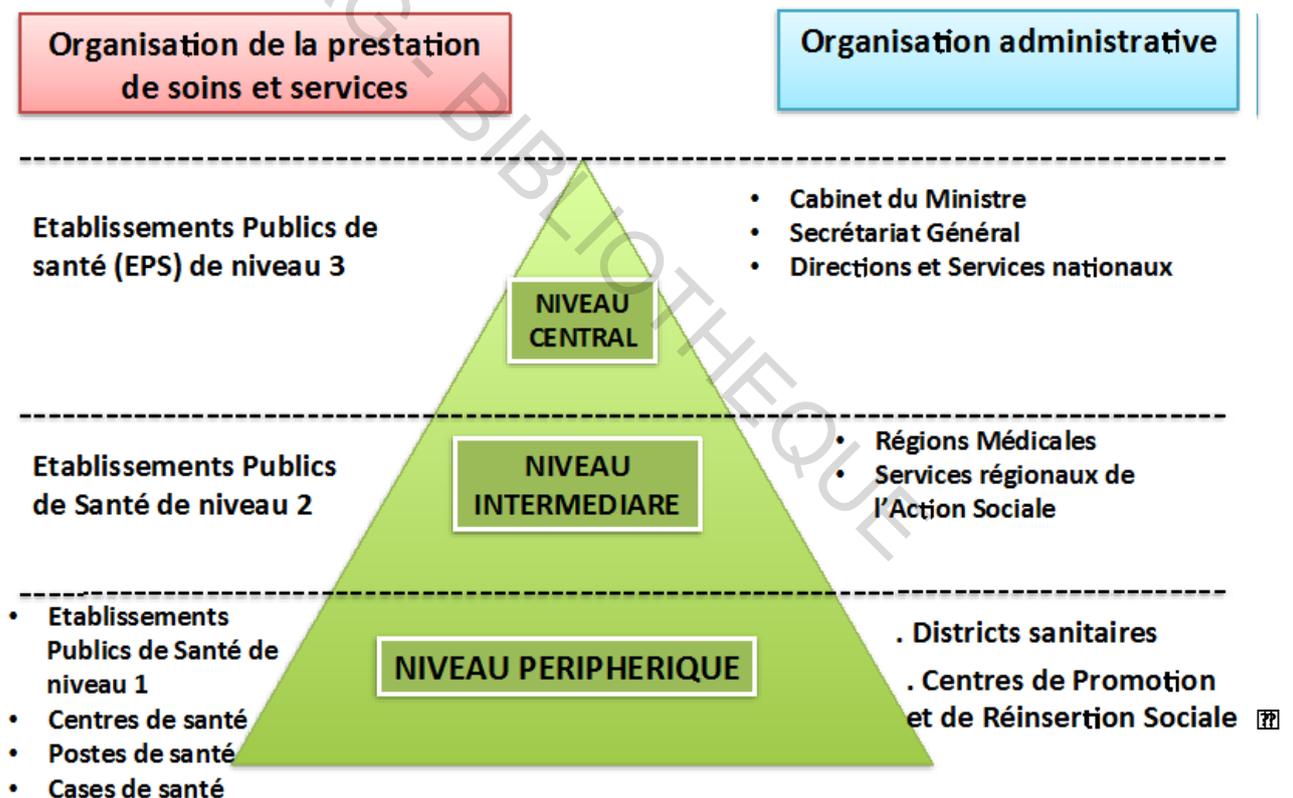


Figure 2: Organisation du système de santé au Sénégal

Le Sénégal compte 14 régions médicales, 76 districts sanitaires et les services de l'action sociale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

L'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire. Au sommet, l'hôpital constitue la référence, suivi du centre de santé et des postes de santé au niveau périphérique. Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé, la médecine traditionnelle et au niveau communautaire, par des cases de santé et des sites communautaires.

1.1.2.2. Politique de santé

Le Sénégal a adhéré à la plupart des politiques sanitaires adoptées sur le plan international, de la Charte africaine de développement sanitaire (CADS), à l'Initiative de Bamako en passant par les Soins de Santé primaires.

La politique de santé du Sénégal trouve son fondement dans la Constitution. En effet, « l'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être...¹⁸ ».

Le socle de la politique de santé reste donc les Soins de Santé Primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD hier et les Objectifs pour le Développement Durable (ODD), aujourd'hui.

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) est le référentiel en matière de santé et cadre bien avec l'axe 2 du Plan Sénégal Emergent (PSE).

1.1.2.3. Ressources Humaines

Les ressources humaines sont l'un des six piliers du système de santé. Des ressources humaines de qualité et en quantité suffisante concourent à l'amélioration de la santé. Au Sénégal, le personnel de santé en activité est encore loin de satisfaire la demande des populations.

¹⁸ Article 17 de la Constitution du Sénégal

Malgré les efforts consentis pour renforcer les effectifs, les indicateurs de couverture en personnel montrent qu'on est encore très loin des normes OMS.

1.1.2.4. Infrastructures, Équipements et Maintenance

Une bonne prestation de service nécessite une bonne répartition des infrastructures, équipements et maintenance sur l'étendue du territoire.

En matière de couverture sanitaire, le ratio poste de santé / habitants est passé de 1 poste pour 10 851 habitants en 2011 à 1 poste pour 10 495 habitants en 2016 alors que la proportion d'infrastructures construites et équipées se situe à 50% (en deçà de la cible de 80%). L'offre de médicaments enregistre une hausse. La proportion de produits traceurs disponibles est passée de 77% en 2015 à 82% en 2016 (en deçà de la cible de 87%).¹⁹

1.1.2.5. Les Ressources financières

Le système de santé au Sénégal est de type bismarckien. Ainsi participent ainsi à son financement, l'Etat (Ministère de la Santé et autres départements ministériels) ; les collectivités locales ; les ménages ; l'aide extérieure, les ONG, les entreprises et sociétés privées, les groupements associatifs.

Le financement global, insuffisant, et sa répartition, peu adéquate, entraînent la pénurie de médicaments, de consommables, et démotivent autant les prestataires de services que les patients.

Au cours des dernières décennies, le niveau de ressources destinées à financer l'accès des populations aux paquets de services a augmenté progressivement. L'analyse des séries de comptes nationaux de la santé (CNS) montre une augmentation considérable des dépenses de santé qui sont passées de 245 milliards FCFA en 2005 à 431 milliards FCFA en 2013 (environ 5% du PIB), soit une augmentation de près de 76%.²⁰

1.2. ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE

L'analyse de l'environnement interne porte sur le lieu où se déroule l'étude. Il s'agit du Centre de Santé Gaspard KAMARA dans le District Sanitaire Centre de la région médicale de Dakar.

¹⁹ Rapport de performances 2015, MSAS

²⁰ MSAS, Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS) pour aller vers la CSU, draft 23 juin 2017

1.2.1. PRESENTATION DU DISTRICT SANITAIRE CENTRE DE DAKAR

La Région Médicale de Dakar compte 10 Districts Sanitaires repartis dans les départements de Dakar (quatre districts), de Guédiawaye (un district), de Pikine (trois district) et de Rufisque (deux districts). Le District Sanitaire centre est l'un des quatre Districts Sanitaires du département de Dakar, avec les Districts Nord, Sud et Ouest.

1.2.1.1. Organisation administrative du District Sanitaire Centre

Le District Sanitaire Centre de la région médicale de Dakar a une population de 366 260 habitants et couvre une superficie de 28km² avec une densité de 13 081 hbts/km². (Figure3)

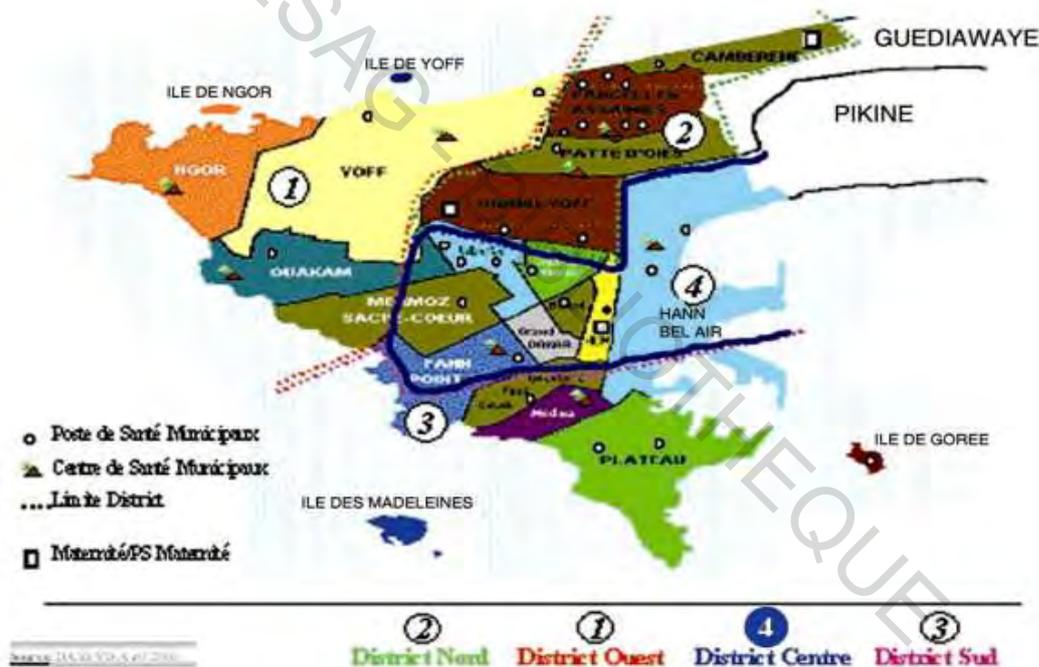


Figure 3: Découpage administratif du District Centre de Dakar

1.2.1.2. Les structures sanitaires du District Centre

Le District Sanitaire Centre compte six (6) centres de santé (Gaspard Kamara, Grand Dakar, HLM, Liberté 6, Anne Mariste, Hann sur mer). Le centre de santé de référence est le centre Gaspard KAMARA.

En outre, il dispose de neuf (9) postes de santé (Bourguiba, Derklé, Liberté 2, Liberté 6, Fann Hock, Hann sur mer, Hann village, et Georges Lahoud (non fonctionnel))

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau I: Structures sanitaires du District Centre

EPS	NOMBRE	OBSERVATIONS
EPS	01	RAS
CENTRE DE SANTE	06	RAS
POSTE DE SANTE	09	01 fermé pour réfection
CASE DE SANTE	00	RAS
MATERNITÉ RURALE	00	RAS
STRUCTURES PARAPUBLIQUES	09	RAS
CLINIQUES PRIVÉES	06	RAS
SITE COMMUNAUTAIRE	00	RAS
TOTAL	31	RAS

Source : Revue annuelle des indicateurs du district centre, Août 2017

1.2.1.3. Les ressources humaines du District Centre

Le District Sanitaire Centre est placé sous la responsabilité d'un médecin de santé publique, appelé Médecin-Chef de District (MCD). C'est l'autorité administrative du District.

Les centres de santé sont sous la responsabilité d'un major tandis que les postes de santé relèvent de l'autorité d'un infirmier chef de poste (ICP).

Le personnel de santé du district centre est composé de fonctionnaires et de prestataires recrutés par les collectivités locales.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau II: Ressources Humaines du District Centre

Catégorie	Fonctionnaire	Contractue 1 MSAS	Collectivité locale	Total
Médecin généraliste	1	0	6	7
Gynécologue	0	0	1	1
Pédiatre	1	0	0	1
Dentiste	0	0	1	1
Technicien Supérieur	4	0	3	7
Infirmier d'état	4	0	15	19
Assistant social	2	0	2	4
Sage femmes	30	0	13	43
Assistants infirmiers	1	1	4	6
Agents d'hygiène	1	0	0	1
Chauffeurs	0	0	9	9
Autres (préventionniste)	4	0	0	4
TOTAL	48	1	54	103

Source : Revue annuelle des indicateurs du district centre, Août 2017

Tableau III: Personnel non médical du District Centre

Catégories socio-professionnelles	Fonctionnaire	Contractuel MSAS	Contractuelle Partenaire	Communautaire	Observations
Opérateur de saisie	0	1	0	0	RAS
Secrétaire	0	2	4	0	Collectivités locales
Dépositaire	0	0	0	14	RAS
Vendeur de tickets	0	0	0	33	RAS
Matrone	0	0	0	0	RAS
Relais	0	0	0	143	RAS
ASC	0	0	0	125	RAS
Bajenou Gox	0	0	0	166	RAS
DSDOM	0	0	0	0	RAS
Agent de Sécurité de Proximité	0	0	0	16	RAS
Gardien					RAS
Chauffeur	0	0	9	1	Collectivités locales
TOTAL	0	3	13	498	514

Source : Revue annuelle des indicateurs du district centre, Aout 2017

1.2.1.4. Données démographiques du District Centre

Le District Centre a une population de 366. 260 habitants. Les données les plus importantes dans notre étude sont celles qui intéressent la Couverture Sanitaire Universelle. Ce sont : la population de 0-59 mois qui représentent les enfants de 0 à 5 ans qui est 79 295 individus ; celle des personnes de plus de 60 ans dans le cadre du plan sésame qui est de 20.108 individus. Quant à la population des femmes en âge de reproduction (FAR), elle est de 88 635 individus (Voir Tableau IV)

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau IV: Données démographiques du District Centre

RUBRIQUES	NOMBRE
POPULATION TOTALE	366.260
POPULATION FIXE	366.260
FAR	88 635
CIBLE 0 -11 mois	13 039
CIBLE 0-23 mois	36 626
CIBLE 12-59 mois	55 965
CIBLE 6-59 mois	69 003
CIBLE 0 à 59 mois	79 295
CIBLE 05-14 ans	102 553
CIBLE 10-19 ans	38 787
CIBLE 20-24 ans	33 733
CIBLE 15-49 ans	88 635
CIBLE 50 et plus	20 108

Source : Revue annuelle des indicateurs du District Centre, Août 2017

1.2.2. PRESENTATION DU CENTRE DE SANTE GASPARD KAMARA

1.2.2.1. Historique

Construit en 1992 par la ville de Dakar, le centre de santé Gaspard KAMARA est sous la tutelle du Ministère de la santé et de l'action sociale. Avec l'avènement des réajustements issus de la décentralisation, l'ancien centre de santé de Bel-Air fut transféré vers la zone de Grand-Dakar et prendra d'ailleurs le même nom : Centre de Santé de Grand-Dakar.

Inauguré le 13 Avril 1993 par Monsieur Mamadou DIOP député-maire de Dakar en présence de Monsieur Assane DIOP, Ministre de la Santé à l'époque, le centre de santé est baptisé « Centre de Santé Gaspard KAMARA » en hommage à un médecin, homme politique de la ville de Dakar.

1.2.2.2. Données physiques

Le centre de santé Gaspard KAMARA est situé dans la commune de Fann-Point E au « quartier Amitié ». La commune fait partie de la sous-préfecture de Dakar-Plateau dans le département de Dakar.

La commune couvre une superficie 5 km² soit 18% de la superficie du District avec une partie littorale qui s'étend sur environ 5 Km. Elle comporte sept quartiers que sont : Point E, Fann Hock, Zone B, Amitié 1 et 2, Sicap Rue 10 et Fann Résidence.

En outre, de par sa position géographique et de sa distinction de centre de référence, le centre Gaspard KAMARA reçoit la population d'autres zones environnantes comme Sacré Cœur, Grand Dakar, Hann Maristes, etc.

1.2.2.3. Caractéristiques socio-économiques et démographiques

La population du centre de santé Gaspard KAMARA est de 7021 habitants dont 1699 femmes en âge de reproduction (FAR ,15-49 ans), 385 personnes du troisième âge (60 ans et plus) et 1323 enfants de moins de cinq ans.²¹

L'activité économique reste dominée par le commerce, le tourisme et les services.

Dans la commune de Fann Point E Amitié 87% des chefs de ménage sont scolarisés (Homme 93%, Femme 78%). L'existence de l'université et tant d'autres établissements constitue la vie socio-éducative de la localité.

²¹ Rapport du District centre Population 2017

1.2.2.4. Répartition du personnel

■ Situation du Personnel CS Gaspard Kamara

- 1 médecin/ 59 315 habitants (Normes PNDS : 1/ 75 000 hbts) (Normes OMS : 5000 à 10000hbts)
- 1 Infirmier/ 7118 habitants (Normes PNDS : 1/5 000 hbts) (Normes OMS : 300)
- 1 Sage-femme/ 977 FAR (Normes PNDS : 1/2 000 FAR) (Normes OMS = 300)

1.2.2.5. Couverture opérationnelle

La zone est accessible. Les populations habitent à moins de 5km de la structure sanitaire. La disponibilité des services est assurée par les paquets d'activités curatives et préventives à tous les niveaux. Et depuis sa création, le centre de santé Gaspard Kamara s'est fixé comme objectif d'assurer la prise en charge de 50% au moins de la population de la zone du centre.

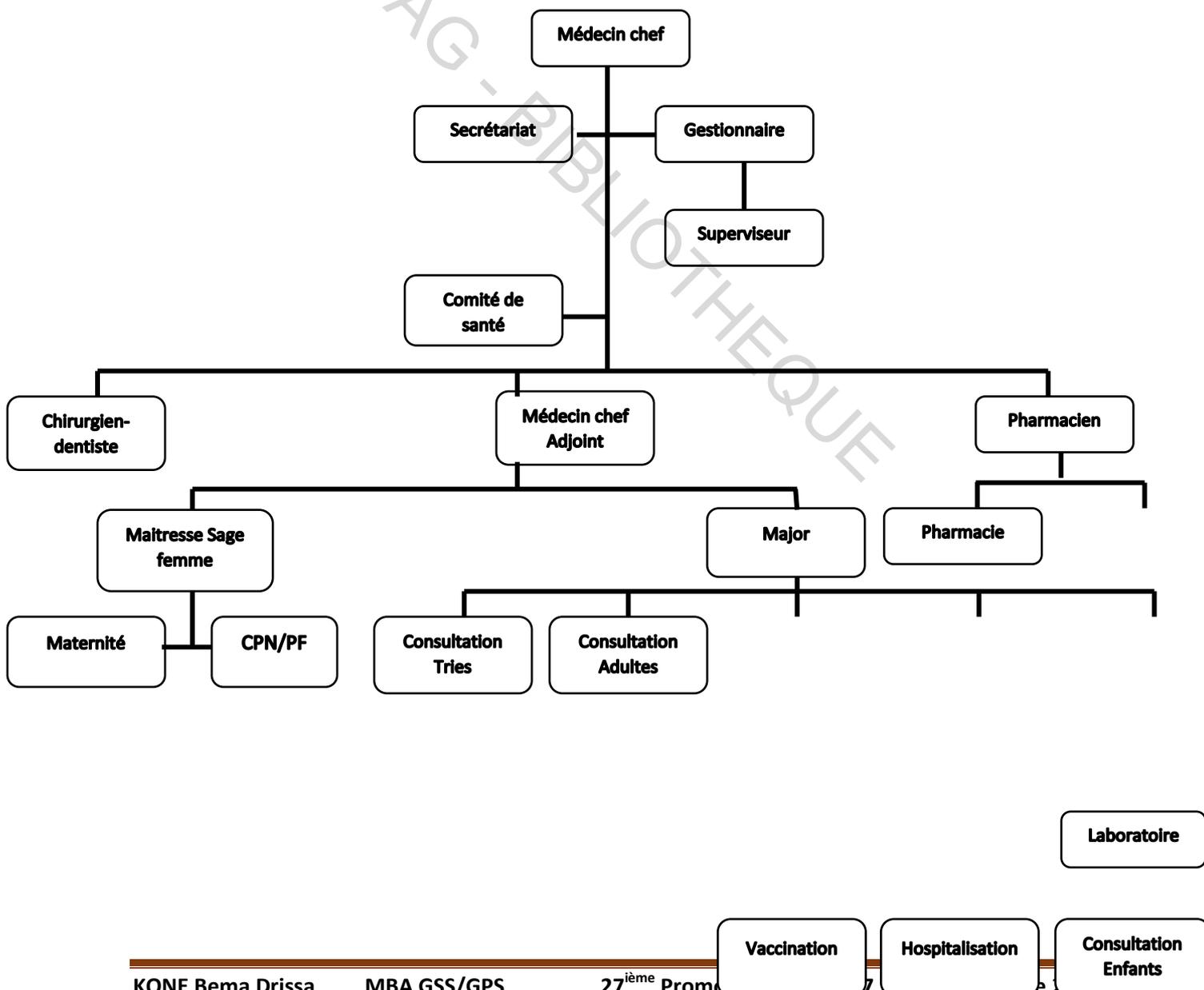


Figure 4: Organigramme du centre de santé Gaspard KAMARA

CHAPITRE II : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

L'analyse du cadre conceptuel conduira à aborder d'abord sur les notions théoriques de l'étude avant de s'attarder sur la revue de la littérature.

2.1. NOTIONS THEORIQUES

Il s'agit ici, à partir de l'exploration de la revue documentaire, d'exposer les notions théoriques de notre étude.

2.1.1. LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

La « Couverture Sanitaire Universelle », est le terme consacré par l'OMS. Il est la traduction anglaise de « Universal Health Coverage ». On ne parle donc pas de l'aspect médical, qui signifierait « Universal Médical Coverage » mais d'une dimension plus globale de la santé.

La Couverture Sanitaire Universelle, renvoi à un monde où il existe des services de santé de qualité et accessibles à toutes les couches de la population sans crainte pour elles de basculer dans la pauvreté. Le concept prend donc en compte l'offre et la demande.

L'OMS a défini la Couverture Sanitaire Universelle comme « Veiller à ce que tous les individus aient accès aux services de santé de qualité dont ils ont besoin sans que cela entraîne pour les usagers des difficultés financières ». Autrement dit, personne ne doit être appauvri par l'accès aux soins de santé essentiels ou ne doit être empêché d'y accéder par manque d'argent.²²

Le terme « couverture » suggère un accès effectif, qui va au-delà du droit à une couverture efficace établi par la loi. Il couvre également la qualité des services de santé reçus (qu'ils soient préventifs, incitatifs, curatifs, de réadaptation ou palliatifs), l'équité sociale et la

²² OMS (2012). Qu'est-ce que la couverture universelle en matière de santé ? Questions -réponses en ligne. http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/index.html

protection contre les risques financiers.²¹ La Couverture Sanitaire Universelle relève de deux priorités associées : la protection de la santé et la protection financière.

2.1.1.1. Le modèle sénégalais de la Couverture Sanitaire Universelle

Il n'existe pas un modèle unique pour la CSU. Chaque pays y va à son rythme et selon ses aspirations. Le Sénégal a opté pour le système de solvabilisation de la demande. Il a mis en place un programme de Couverture Maladie Universelle.

En 2013, l'état des lieux de l'assurance maladie au Sénégal faisait apparaître un déficit de couverture de plus de 80%. Seul 20 % de sénégalais bénéficiaient d'un régime de protection sociale. Ces personnes étaient essentiellement les fonctionnaires et les salariés du secteur privé. La grande partie de la population, issue du secteur informel et du monde rural était en rade. La revue documentaire nous a permis de dresser une nomenclature des régimes de couverture au Sénégal.

2.1.1.1.1. Nomenclature des régimes de Couverture Sanitaire Universelle au Sénégal

La nomenclature montre que les régimes de couverture au Sénégal sont de trois ordres : un régime obligatoire, un régime volontaire et un régime d'assistance médicale.

2.1.1.1.1.1. Régime Obligatoire :

Le régime obligatoire est à deux volets, un régime non contributif pour les agents de l'Etat (ou régime d'imputation budgétaire) et un régime obligatoire pour les employés du secteur privé.

Le régime non contributif pour les agents de l'Etat est sous l'ancrage institutionnel du Ministère de l'Economie et des Finances et du Plan (MEFP).

Quant au régime obligatoire des employés du secteur privé, on a le régime des institutions prévoyance maladie (IPM), sous la responsabilité du Ministère du Travail et des Organisations Professionnelles. L'IPM est une institution de prévoyance sociale en charge de la couverture maladie des travailleurs et des membres de leur famille. A côté de l'IPM, on a le régime des institutions prévoyances retraites (IPRES). L'IPRES regroupe les

retraités qui ont occupé des emplois de salarié aussi bien dans le secteur public que privé ainsi que leurs ayants droits.

2.1.1.1.1.2. Régime volontaire :

Ce régime volontaire de protection sociale est également à deux volets : un régime volontaire à travers les mutuelles de santé et un régime volontaire à travers les assurances privées.

Le régime mutualiste est avec le régime d'assistance médicale sous la responsabilité de l'Agence de la Couverture Maladie universelle (ACMU). En effet, l'ACMU est une personne morale de droit public dotée d'une autonomie de gestion. Créée par décret 2015-21 du 07 Janvier 2015, elle est sous la tutelle technique du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) et sous la tutelle financière du Ministère de l'Economie, des finances et du Plan (MEFP).

Quant au régime volontaire à travers les assurances privées, il découle de l'adhésion volontaire de tout citoyen ne bénéficiant pas d'un quelconque régime de protection contre le risque maladie de souscrire à une police d'assurance.

2.1.1.1.1.3. Régime d'assistance médicale

Ce régime d'assistance médicale est mis en œuvre à travers les initiatives de gratuité destinées aux indigents et aux personnes vulnérables. Ces initiatives de gratuité concernent la césarienne, la dialyse, les soins des personnes âgées de soixante (60) ans et plus (plan sésame) et ceux des enfants de moins de cinq (5) ans.

Le régime d'assistance médicale est également sous la responsabilité de l'ACMU.

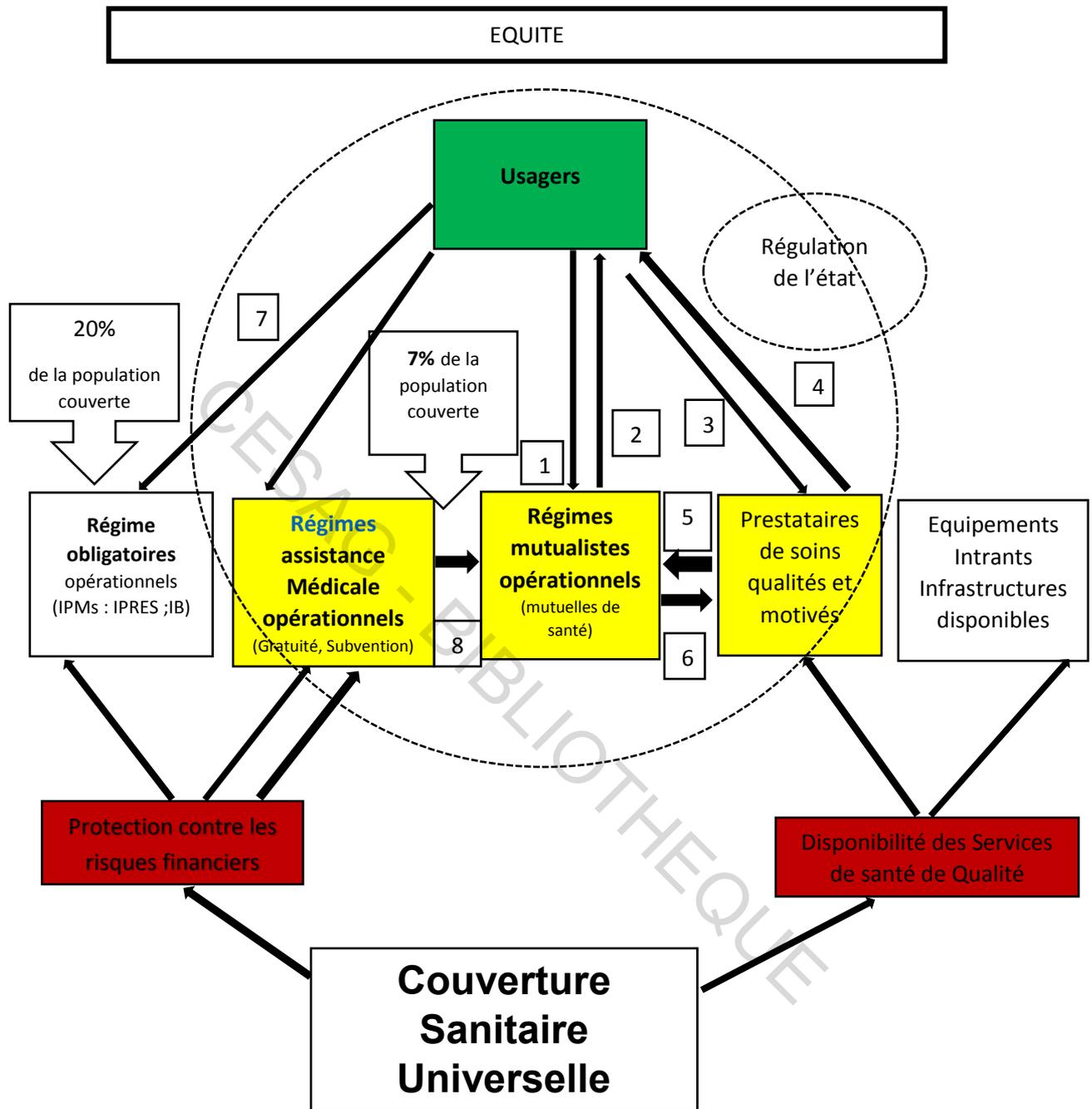


Figure 5: Cadre d'action de la couverture sanitaire universelle au Sénégal

Source : Thèse de Doctorat en santé Publique, option Economie de la santé. Dakar : Institut Santé et Développement (ISED) -UCAD ; 6 janvier 2017.SAGNA O :

Le cadre d'action, selon Docteur Oumar SAGNA, montre que la CSU au Sénégal repose essentiellement sur deux piliers :

- La disponibilité de services de santé de qualité avec un personnel motivé, qu'il s'agisse de soins préventifs, promotionnels, curatifs, de réadaptation, palliatifs, ou qu'ils soient délivrés au niveau communautaire, primaire (poste de santé), secondaire (centre de santé), ou tertiaire (hôpital).
- La suppression des paiements directs et la mise en place des systèmes de protection contre les risques financiers afin que le faible accès aux soins n'expose pas les usagers à un risque d'appauvrissement aussi bien pour le présent que pour le futur.

A ces deux piliers, il faut adjoindre un troisième qui est multisectoriel, ne dépendant donc pas du seul ministère de la Santé et de l'Action Sociale, mais qui fait la particularité de la CSU, c'est la protection contre l'exposition des risques.

Tous ces piliers sont soutenus par le principe d'équité aussi bien dans le financement que dans l'accès aux soins.

2.1.1.1.2. Le plan stratégique

Le Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie Universelle (PSD-CMU) 2013-2017 est articulé autour des quatre (4) axes suivants :

- Le développement de la Couverture Maladie Universelle de base à travers les mutuelles de santé ;
- La réforme de l'assurance maladie obligatoire à travers la mise en œuvre du décret 2012 – 832 du 07 août 2012 portant organisation et fonctionnement des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) ;
- Le renforcement des politiques de gratuité existantes (plan sésame, césarienne, dialyse...)
- La mise en œuvre de la nouvelle initiative de gratuité des soins pour les enfants de 0- 5ans.

2.1.1.1.3. Plan de mise en œuvre

Il convient d'apprécier la mise en œuvre de la CSU à travers les mutuelles d'une part et de l'assistance médicale d'autre part.

2.1.1.1.3.1. La Couverture Maladie Universelle de base à travers les mutuelles de santé

L'axe prioritaire de ce plan stratégique est la promotion et le développement des mutuelles de santé dont la cible principale est constituée des populations du monde rural et du secteur informel.

Le plan de mise en œuvre est basé sur une approche : « Une commune, une mutuelle de santé au moins ».

La Cotisation est de 7 000 F par personne et par an, subventionnée par l'Etat à hauteur de 50% pour les personnes qui ont la capacité de cotiser, soit une contribution de 3 500 F par personne et par an pour les bénéficiaires des mutuelles de santé.

Par ailleurs, il faut relever la prise en charge gratuite des personnes indigentes par la subvention de la cotisation et du ticket modérateur, à hauteur de 100%. Ce sont les personnes qui bénéficient de la Bourse de Sécurité Familiale (BSF). Ce sont près de 300 000 familles qui sont concernées par ce projet. Le pays compte à la date du 30 juin 2017, exactement 1.329.072 personnes bénéficiaires de Bourse de Sécurité Familiale et autres indigents dont exactement 1.289.911 personnes enrôlées au titre des BSF, 14807 CEC et 24334 aux indigents.²³

Le paquet de soins offert couvre le poste de santé, le centre de santé et l'hôpital avec une prise en charge de 80% pour les consultations, analyses et examens hospitalisations, médicaments génériques et de 50% pour les médicaments de spécialité. Et une prise en charge totale pour les personnes bénéficiaires de la Bourse de Sécurité Familiale.

2.1.1.1.3.2. L'assistance médicale

Le régime d'assistance médicale prend en compte les initiatives des gratuits que sont : le plan sésame, la dialyse, la césarienne et la gratuité pour les enfants de 0 à 5 ans.

- Prise en charge des personnes âgées de 60 ans et plus (le Plan Sésame)

Mis en œuvre le 1er septembre 2006, le Plan SESAME est intégré dans le volet assistance médicale de la CMU. L'objectif de ce plan est d'une part, d'instaurer une prise en charge gratuite dans toutes les structures, pour les 70 % de personnes âgées (60 ans révolus), qui

²³ Rapport Direction de l'Assurance Maladie (ACMU).

n'ont jamais bénéficié de couverture médicale et d'autre part d'assurer la gratuité totale des soins de santé pour les retraités.

En effet, sont gratuits pour les bénéficiaires du Plan Sésame, outre les consultations, les examens complémentaires, les actes médicochirurgicaux, les hospitalisations mais les **médicaments et produits essentiels (disponibles dans le cadre de l'initiative de Bamako et conformes à la Liste Nationale des Médicaments et Produits Essentiels).**

- **La gratuité de la dialyse**

En 2012, l'Etat décide de la gratuité de la dialyse. Les montants facturés vont être remboursés par l'Agence de la Couverture Maladie Universelle. L'Etat assure donc la prise en charge gratuite de l'hémodialyse : Il s'agit de la gratuité des séances d'hémodialyse dans les hôpitaux publics et de la subvention partielle de la dialyse dans le privé.

Le Kit de la dialyse est fourni par la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA).

- **Gratuité des césariennes**

L'initiative portant sur la gratuité des accouchements par césarienne au Sénégal a été lancée officiellement en décembre 2004, par le Ministre en charge de la Santé.

Le paquet de soins offert aux parturientes est la prise en charge de la césarienne. Il comprend les examens biologiques, une visite pré-anesthésique, le kit de césarienne avec les médicaments y afférents, l'acte opératoire ; l'hospitalisation pour une durée de cinq jours. Les produits et les médicaments nécessaires à une réanimation éventuelle et le bilan y afférent en post opératoire.

- **Gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq (05) ans**

L'initiative pour la gratuité des soins de santé du nouveau-né et de l'enfant de moins de cinq (05) ans, constitue l'un des axes stratégiques du Plan de Développement de la Couverture Maladie Universelle 2013-2019. Le but de l'initiative pour la gratuité des soins du nouveau-né et de l'enfant de moins de cinq (05) ans est de contribuer à l'atteinte des ODD (cible 3).

L'objectif est d'assurer la prise en charge gratuite des affections du nouveau-né et de l'enfant âgé de moins de 5 ans à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Depuis janvier

2014, la deuxième phase de la gratuité est entamée avec élargissement du paquet aux médicaments génériques (IB).

Le paquet de soins offert, selon la pyramide sanitaire, est le suivant : Au niveau des postes et centres de santé : les tickets de consultation, les médicaments génériques (Initiative de Bamako), les tickets de vaccination, les frais d'hospitalisation (le séjour).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau V : synthèse des différents régimes d'assurance maladie au Sénégal avec leur mode de financement, la population cible, et leur ancrage institutionnel.

Types de régime	Mode de financement	Population cible	Ancrage institutionnel	Population couverte
1. Régime D'imputation Budgétaire	Budget de l'état	Secteur formel : fonctionnaires et agents non fonctionnaires de l'Etat	Ministère de l'économie et des finances	20%
2. Le régime des Institutions Prévoyances Maladies (IPMs)	Cotisation mensuel patronale et salariale de 6% appliquée sur une assiette de 60000 FCFA maximum	Secteur formel : les salariés permanents des entreprises du secteur privé et parapublic et leur ayants droits	Ministère du travail et des organisations professionnelles	
3. Le régime des Institutions Prévoyances retraites (IPRES)	Cotisation contractuelle fixé à 8% de la rémunération brute. La cotisation de base est répartie à raison de 60% à la charge du participant.	Secteur formel : les retraités qui ont occupé des emplois salariés aussi bien dans le secteur public que privé ainsi que leurs ayants droits	Ministère du travail et des organisations professionnelles	
4. le régime D'assistance Médicale ou Politique de gratuité	Budget de l'état et l'appui des partenaires extérieurs	Population vulnérables et pauvres	ACMU/Ministère de la santé et de l'action sociale/MEF	7%
5. Les régimes Mutualistes	Cotisations des membres (3500FCFA/an), subvention de l'état (3500FCFA/An pour les membres qui ont la capacité contributive et 9000 FCFA/an intégrant le ticket modérateur pour les indigents)	Population du secteur informel, les indigents et es vulnérables	ACMU/ Ministère de la santé et de l'action sociale/MEF	7%

Source : Thèse de Doctorat en santé Publique, option Economie de la santé. Dakar : Institut Santé et Développement (ISED) -UCAD ; 6 janvier 2017. Dr SAGNA O

2.1.2. LE SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS ESSENTIELS

Présenter le système d'approvisionnement en médicament essentiels au centre de santé Gaspard KAMARA, c'est donner de comprendre le concept de médicaments essentiels ainsi que le dispositif d'approvisionnement tel qu'il fonctionne dans les structures publiques de santé au Sénégal.

2.1.2.1. Du concept de médicaments essentiels

Pour appréhender le concept de médicament essentiel, il faut d'abord saisir la notion de médicament.

- La notion de « médicament » :

« On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.²⁴»

Partant de cette définition du médicament, seule la dimension humaine concerne notre étude. Par ailleurs, elle permet de saisir le concept de médicament essentiel.

- Le concept de « médicaments essentiels »

« Les médicaments essentiels sont ceux qui satisfont aux besoins prioritaires de la population en matière de soins de santé. Ils sont choisis compte tenu de leur intérêt en santé publique, des données sur leur efficacité et leur innocuité, et de leur cout/ efficacité par rapport à d'autres médicaments.

Les médicaments essentiels ont pour but d'être disponibles à tout moment dans le cadre de systèmes de santé fonctionnels, en quantité suffisante, sous une forme appropriée, avec une

²⁴ Définition du médicament de l'OMS

qualité assurée, accompagnés d'une information adéquate et a un prix accessible pour tous les individus et les communautés. ²⁵ »

Il incombe donc à chaque pays de déterminer quels sont les médicaments qu'ils considère comme essentiels. Ainsi le Sénégal a élaboré sa liste nationale de médicaments essentiels.

2.1.2.2. Le système d'approvisionnement au Sénégal :

Le système ou chaîne d'approvisionnement, également appelé pipeline ou chaîne de distribution, « est une chaîne entière des installations de stockage et des moyens de transport par le biais desquels les produits transitent du fabricant au consommateur, y compris les installations portuaires ; le magasin central, les magasins régionaux, les magasins du district et, tous les points de prestation de services et les véhicules de transport. »

Le système d'approvisionnement est donc un ensemble de processus coordonnés, agencés et intégrés qui permet de rendre des médicaments disponibles et accessibles à la population. Pour atteindre cet objectif, les pays ont mis en place des systèmes nationaux d'approvisionnement en médicaments essentiels reposant pour la plupart sur une centrale d'achat et des structures de distribution aux niveaux central, régional et district.

Le système d'approvisionnement en médicaments au Sénégal repose à la fois sur un secteur public et un autre privé. En effet, le secteur privé, polarise l'essentiel de la distribution soit 85% de la valeur des médicaments et des produits médicaux. Il se compose de 5 à 6 grossistes répartiteurs privés qui approvisionnent plus de 750 officines de pharmacie, des dépôts privés de médicaments. Pour le secteur public, le Sénégal dispose d'un système national d'approvisionnement en médicaments essentiels et autres produits de santé reposant sur la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA).

L'étude porte particulièrement sur le système d'approvisionnement relevant du secteur public, dont le maître d'orchestre est la Pharmacie Nationale Approvisionnement. Celle-ci a mis en place un dispositif afin d'approvisionner toutes les structures publiques de santé en médicaments essentiels.

²⁵ OMS, « Perspectives Politiques de l'OMS sur les médicaments- Accès équitable aux médicaments essentiels : cadre d'action collectives », mars 2004, p.8

2.1.2.2.1. Le dispositif d'approvisionnement de la PNA

Le système d'approvisionnement au niveau du secteur public est assuré par la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA). C'est le grossiste répartiteur public. Créée en 1954 pour répondre aux besoins pharmaceutiques de l'Afrique Occidentale Française, la PNA est devenue un service public dépendant du ministère de la santé par arrêté ministériel 75-549 du 12 mai 1975.

Son statut juridique actuel est consacré par la loi 98-12 du 02 mars 1998 portant réforme hospitalière et le décret 99-851 du 27 août 1999 portant érection de la PNA en Établissement Public de Santé non hospitalier.

2.1.2.2.1.1. Procédure d'approvisionnement de la PNA

La PNA fonctionne comme une centrale d'achat, une centrale de stockage et de distribution. En effet, elle se charge de la sélection, l'acquisition des produits auprès des firmes pharmaceutiques nationales et internationales, selon les procédures de passation de marché en vigueur au Sénégal. Puis elle se charge d'assurer la distribution dans toutes les structures publiques de santé au niveau national via ses structures de distribution au niveau régional (PRA) qui se chargent de faire parvenir les médicaments au niveau du District Sanitaire (dépôts de District).

La majorité des médicaments (80% à 90%) sont achetés tous les deux ans par appels d'offre international. La livraison des médicaments après l'appel d'offres prend environ six mois. La PNA, a concentré ses achats en Europe, représentant 75% des sources d'achat, (22% provenaient de la France, 54% d'autres pays européens) ; 16% des médicaments étaient fabriqués localement au Sénégal et 8% provenaient d'autres pays.²⁶

La quantification des besoins pour les commandes est basée sur l'information relative à la consommation de médicaments provenant des dépôts régionaux et des hôpitaux régionaux et des Districts Sanitaires.

Le système d'approvisionnement public a une nature pyramidale. Ce système épouse la structure de la pyramide sanitaire. Cependant, comment le système d'approvisionnement fonctionne-t-il concrètement ? La PNA dispose d'un magasin central où sont stockés tous

²⁶ Guimier et Candau 2001 citant chiffres PNA, 1999

les médicaments et produits essentiels destinés aux structures publiques et privées du Sénégal. En effet, par un planning de livraison effectué par le pharmacien de la PNA à partir de l'expression des besoins des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA), la PNA fait, deux fois le mois, un transfert de stock aux PRA en fonction de ses produits disponibles.

Dans les quatorze régions médicales que compte le pays, il existe onze PRA fixes, fonctionnelles et trois PRA mobiles. Ce sont les PRA de Kaffrine, de Kédougou et de Sédhiou. Ces PRA mobiles dépendent encore de Tambacounda pour Kédougou, de Kolda pour Sédhiou et de Kaolack pour Kaffrine.

Si le stock du magasin central, n'est pas suffisant, pour satisfaire la demande de chaque PRA, la PNA procède à un arbitrage en fonction de l'importance des PRA.

Toutefois les PRA, à leur tour, à partir de l'expression des besoins des Districts Sanitaires vont se charger d'amener les médicaments au niveau des dépôts de Districts. A partir des dépôts de District, les médicaments vont être acheminés au niveau des points de prestation de services par un opérateur privé. Les médicaments au niveau des structures sanitaires sont dispensés à la population dans le cadre du système de recouvrement des coûts de l'IB et dans le cadre de la couverture maladie universelle.

La PNA non seulement distribue les médicaments au secteur public mais elle approvisionne également les hôpitaux de la police et l'armée ainsi que les ONG et organisations confessionnelles sur autorisation de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM). En effet, il existe à la PNA, les Grands Comptes qui vont se charger d'approvisionner tous les hôpitaux et officines privées pour tous les produits qui font l'objet de subvention par l'Etat comme l'insuline dans le cadre du diabète.

Les Districts Sanitaires commandent les produits auprès de la PRA à chaque fois qu'ils en expriment le besoin. Il n'existe pas de calendrier précis de commandes mais en règle générale, les commandes sont mensuelles.

Les médicaments sont achetés dans les dépôts de District par les centres de santé et les postes de santé ; les cases de santé par contre, achètent leurs médicaments dans les postes de santé.

La distribution des médicaments du District Sanitaire vers les points de prestations de services est assurée par un opérateur privé retenu par une procédure d'appel à candidature. 25 % des marges des structures de santé seront retenus pour le fonctionnement du processus.

2.1.2.2.1.2. Les modèles d'approvisionnement de la PNA

Pour faciliter l'approvisionnement des médicaments à toutes les couches de la population, la PNA a mis en place un dispositif qui fonctionne selon deux modèles :

❖ Le premier modèle : le « jegsi naa ».

Il signifie en langue nationale wolof : « je me rapproche ».

Ce modèle répond à un besoin de décentralisation de la PNA afin de se rapprocher davantage du consommateur. Ainsi sont créés des Pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA) sur l'étendue du territoire. En effet, la PRA va acheminer le médicament au niveau du District Sanitaire.

« Jegsi naa », c'est la moitié du chemin. Encore faut-il qu'il parvienne à toutes les couches de la population. C'est-à-dire du district aux points de prestations de services (poste de santé, centre de santé).

Le « Jegsi naa » est un modèle de dépôt vente. En effet, le District Sanitaire exprime chaque mois ses besoins, la PRA envoie les médicaments commandés. A la fin de chaque inventaire mensuel, il est fait une facturation des consommations de l'ensemble des produits livrés. Le district verse donc le montant des recouvrements sur le compte de la PRA. S'il n'y a pas d'écart, un remboursement de 15 % est effectué au District.

❖ Second modèle : le « Yeksi naa »

Il signifie « Je suis là, en wolof. ». L'ambition de la PNA, c'est maintenant d'arriver à la périphérie, c'est-à-dire au poste de santé. D'où sa signification « je suis arrivé ».

Le « Yeksi naa » c'est donc se rapprocher encore plus des populations. L'objectif, en effet, c'est de pouvoir aller jusqu'aux derniers kilomètres c'est-à-dire au niveau du point de prestation le plus reculé.

Le « Yeksi naa » est une stratégie de distribution innovante. C'est le dispositif clé au niveau de la Couverture Maladie Universelle. Il fait appel au partenariat public-privé.

En effet, la PNA à partir du District Sanitaire, va contractualiser avec des opérateurs privés qui vont se charger de distribuer les médicaments dans les structures sanitaires publiques (centres santé, postes et cases de santé).

Avec le « Yeksi naa », les centres et postes de santé ont la possibilité de se réapprovisionner directement auprès du District Sanitaire, mais en payant au comptant, pour tout médicament, en rupture du stock déposé par l'opérateur privé.

2.1.2.2.1.3. Le processus d'approvisionnement en médicaments essentiels du District Sanitaire Centre de Dakar :

Il s'agit de décrire ici, comment se fait concrètement l'approvisionnement au centre de santé Gaspard KAMARA à partir du District Sanitaire Centre.

❖ La sélection :

La PNA dispose de deux vagues de produits établies sur la base de la LNME, appelées : « vague 1 » et « vague 2 ». L'approvisionnement en médicaments des produits de chaque vague se fait par roulement et ce, tous les deux mois à partir de l'expression des besoins du District.

❖ Acquisition des produits :

Les médicaments sont commandés chaque mois par le pharmacien ou dépositaire du District Centre, en fonction de la vague de produits à livrer et des besoins de ses structures. L'acquisition des produits se fait donc à partir de la quantification. C'est une étape très importante du processus d'approvisionnement.

Selon l'OMS, il existe deux méthodes de quantification, chacune avec ses avantages et ses inconvénients. Ce sont, la méthode basée sur la morbidité et la méthode basée sur la consommation. (Voir Tableau VI)

Tableau VI: Avantages et inconvénients des deux méthodes de quantification selon l'OMS

Méthode basée sur la morbidité	Méthode basée sur la consommation
Avantages	Avantages
<p>Adaptée aux services en création ne possédant pas de registres de la consommation.</p> <p>Basée sur une prescription rationnelle.</p> <p>Encourage une révision de la prescription, en particulier dans les formations primaires.</p> <p>Encourage les relevés statistiques.</p>	<p>Relevés de morbidité ou traitements standardisés non nécessaires.</p> <p>Moins de calcul.</p> <p>Utile pour des formations où les traitements sont nombreux et complexes (hôpitaux).</p> <p>Valable si la consommation antérieure est bien connue.</p> <p>Encourage une meilleure gestion des stocks.</p>
Inconvénients	Inconvénients
<p>Nécessite la présence de relevés statistiques sûrs et de guides thérapeutiques.</p> <p>Demande de calculs précis.</p> <p>Les résultats ne correspondent pas toujours à l'offre.</p> <p>Les traitements standardisés doivent être observés scrupuleusement, sinon l'estimation ne correspond pas aux besoins.</p> <p>Ne tient pas compte des pertes et du gaspillage.</p>	<p>La consommation est parfois difficile à évaluer, surtout dans les services qui changent rapidement.</p> <p>N'encourage pas une révision des habitudes de prescription, les mauvaises habitudes se perpétuent.</p> <p>Non fidèle s'il y a eu rupture de stocks, pertes ou gaspillage.</p> <p>N'encourage pas un bon relevé statistique de morbidité.</p>

Source : OMS, 1988c, Estimation Drug Requirements : A Pratical Manuel, p.37, traduit pour le séminaire d'Antsirabé (Madagascar, mars 1988) sur la quantification des besoins en médicaments essentiels. Comment estimer les besoins en médicaments ? p. 72.

A ces deux méthodes de l'OMS, il faut adjoindre une troisième, la méthode basée sur la consommation ajustée. Elle utilise les données d'un système déjà existant pour extrapoler les besoins d'un nouveau système.

Le District Sanitaire Centre, pour l'acquisition des produits a retenu la méthode basée sur la consommation. Il s'agit de calculer la Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) qu'on multiplie au stock maximum qui est de deux mois duquel on soustrait le stock de médicaments disponible et utilisable (SDU)

$$CMM = \frac{\text{Somme des consommations des 3 derniers mois}}{3}$$

$$\text{Quantité à commander} = (CMM * \text{Stock Max}) - \text{SDU}$$

Avec Stock Max = 2 mois et le stock Min = 1 mois.

Le stock Maximum est le stock au-dessus duquel il ne faut pas dépasser, si l'on respecte les conditions normales d'un bon stockage, afin de ne pas être en surstock.

Le Stock Minimal est le stock en dessous duquel il ne faut pas descendre, si l'on respecte les conditions normales d'un bon stockage, afin de ne pas être en rupture.

❖ La distribution :

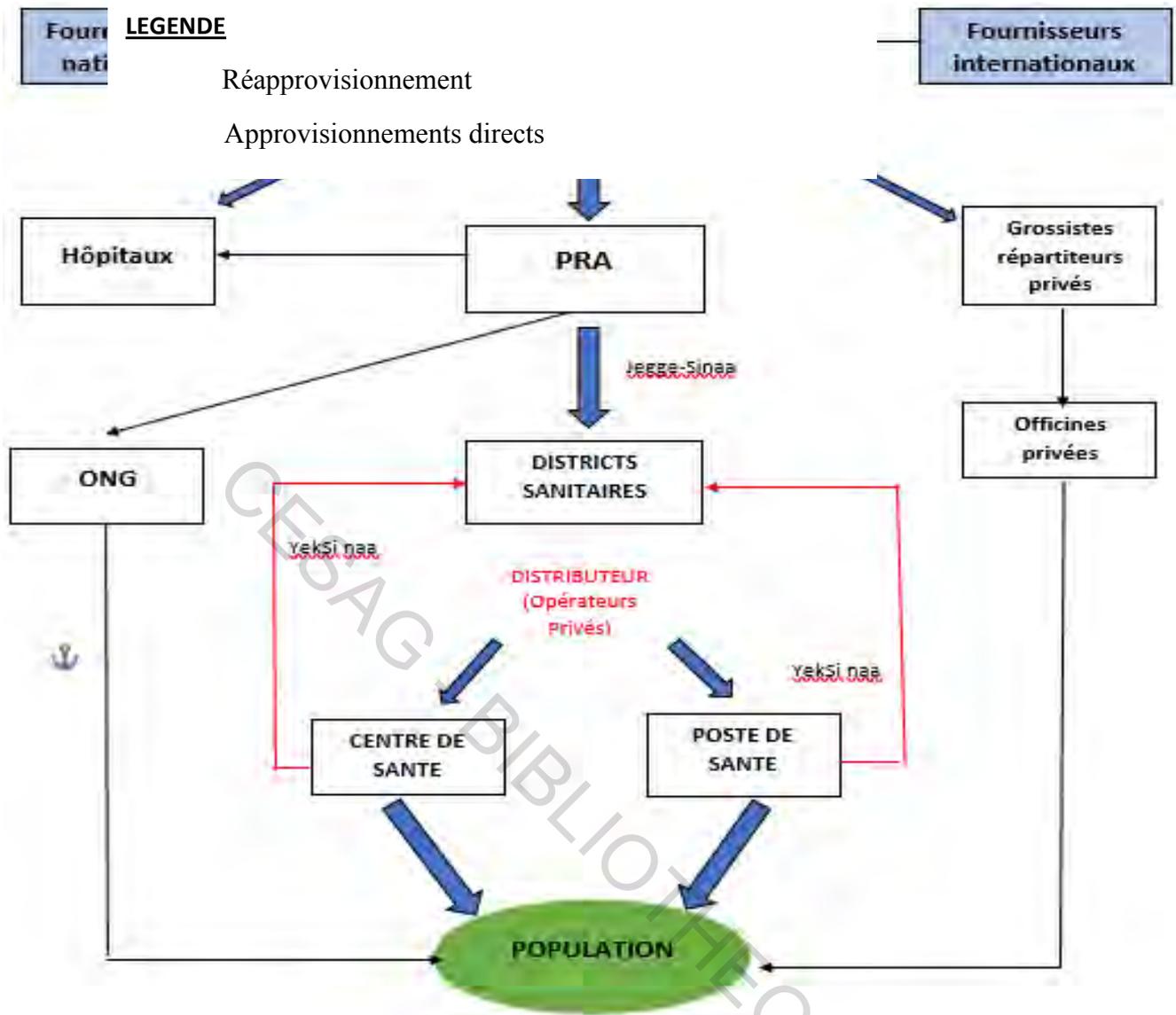
Les districts se charge de la distribution, par le biais de l'opérateur privé, au niveau de toutes les structures sanitaires publiques (centre de santé, poste de santé).

Le District Centre est donc dans un système de réquisition et ses centres et postes de santé, dans un système d'allocation. Pour exprimer les besoins ou renouveler le stock de chaque structure de santé, chaque mois, le logiciel envoie un rapport de leur consommation réelle ou un tableau de recouvrement.

Quantité à allouer :

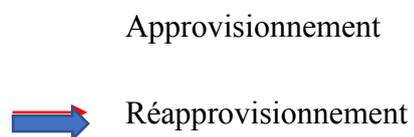
$$(\text{Quantité livrée par l'opérateur le mois précédent} * \text{Stock max}) - \text{SDU}$$

Avec Stock Max = 3 mois dont 1 mois de Stock de sécurité.



LEGENDE

Figure 6: Dispositif d'approvisionnement ou de distribution de la PNA



2.1.3. PRISE EN CHARGE DU MEDICAMENT DANS LE CADRE DE LA CSU

Les médicaments sont pris en charge par l'Agence de Couverture Maladie Universelle (ACMU) sur prescription délivrée par un médecin, une sage-femme ou tout autre professionnel de santé habilité à cet effet dans la limite de leur exercice professionnel.

Cette prescription doit être faite dans le cadre des indications thérapeutiques, en tenant compte de la liste nationale des médicaments essentiels génériques disponibles dans les pharmacies IB des formations sanitaires publiques.

Par ailleurs, les mutuelles de santé peuvent signer des conventions avec les officines de pharmacies privées. C'est officines devraient servir de relai aux pharmacies IB des formations sanitaires publiques en cas de manque de médicaments.

Le service des officines de pharmacie privées devrait être l'exception et la délivrance des médicaments par les pharmacies IB des formations sanitaires publiques, le principe. En effet, les médicaments au niveau des pharmacies IB sont pour la plupart des médicaments génériques tandis que dans les officines privées, ce sont le plus souvent des médicaments de spécialité ou de marque.

Le paquet de soins offert aux centres et postes de santé pour tous les médicaments aussi bien au niveau des soins ambulatoires, des hospitalisations et à la maternité est de 80% pour tous les médicaments génériques et de 50% pour les médicaments de marques ou de spécialité. Le ticket modérateur est donc de 20 % pour tout médicament générique et de 50% de tout médicament de marque ou spécialité.

2.2. LA REVUE DE LA LITTERATURE

L'objectif de cette étude, est de faire l'évaluation du système d'approvisionnement en médicaments essentiels dans les structures publiques de santé au Sénégal dans un contexte de Couverture Sanitaire Universelle.

Une revue de la littérature permettra, très certainement, de saisir toute la quintessence de sujet.

Qu'est- ce qu'il faut d'abord entendre par évaluation ?

Selon une définition souvent citée, rapportée par Bernard PERRET dans sa lumineuse introduction de l'Évaluation des politiques publiques : « l'évaluation d'une politique publique a pour objet d'apprécier l'efficacité de cette politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre ²⁷ »

Cette définition en apparence simple et limpide, cache des facteurs de complexité, qu'elle ne révèle au premier regard. En effet, Anne SWALUË dans l'analyse de cette définition relève trois obstacles²⁸ :

- Premièrement, les résultats d'une politique sont souvent difficiles à mesurer, diffus, éclatés sur plusieurs niveaux ;
- Deuxièmement, ses objectifs sont souvent difficiles à déterminer clairement, instables, contradictoires, peu lisibles (surtout dans le cadre d'évaluation de politiques à caractère social) ;
- Troisièmement, l'exercice évaluatif en lui-même est souvent obstrué par les réticences d'acteurs détenant du pouvoir de par la politique en question et appréhendant l'évaluation comme un jugement, voire un contrôle.

L'évaluation doit donc reposer, selon Anne SWALUË sur un élément essentiel : « la notion d'appréciation ». En outre, estime-t-elle, toute « évaluation comporte nécessairement deux composantes : une étape de collecte et de traitement d'informations liées à la politique en question, à sa mise en œuvre et à ses effets, suivie d'une étape d'analyse de ces informations au regard de préoccupations normatives (« a-t-on bien fait ? » - on porte un jugement de valeur) et instrumentales (« comment faire mieux ? »). Cette approche normative distingue l'évaluation de la simple « mesure », ou de l' « étude scientifique » ainsi que de l' « audit » qui ne comportent pas de jugements de valeur. De même, la perspective instrumentale distingue l'évaluation du contrôle de gestion ou de l'inspection : on veut apprendre, s'informer, améliorer plutôt que se limiter à vérifier la conformité et sanctionner.

Anne SWALUË estime que « Toute évaluation de politique publique peut être étudiée au travers de 4 composantes : son objet (« quoi ? »), ses acteurs (« par qui ? » et « pour qui ? »),

²⁷ PERRET B., décret du 18 novembre 1998, « Evaluation des politiques publiques » p.3 Collection REPERES. Edition La Découverte.

²⁸ SWALUË A. « Journée THEMA de l'OEJAJ sur l'Evaluation des Politiques Publiques », 23 Sept 2011, Fédération Wallonne- Bruxelles)

sa finalité (pourquoi ?) et sa/ses méthodes (« comment ? »). Ces quatre composantes constituent les piliers de la construction d'une évaluation de politique publique. »

Que faut-il évaluer dans le cas de notre étude ?

Ici, il s'agit d'évaluer le système d'approvisionnement en médicaments essentiels dans les structures publiques de santé dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

Evaluer le système d'approvisionnement en médicaments essentiels, revient à s'assurer de la disponibilité des médicaments essentiels dans les structures publiques de santé et de leur accessibilité par les usagers. La mise en place de CSU a-t-elle favorisé l'accès et la disponibilité du médicament ou a-t-elle augmenté le déficit de médicaments dans les structures publiques de santé ?

Les études réalisées par Valéry RIDDE, Emilie ROBERT et Bruno MEESEN sur Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur le système de santé²⁹, en Afrique, ont montré que « De manière globale, les expériences indiquent une pénurie de médicaments, signalée par le personnel soignant en Afrique du Sud, au Kenya, et à Madagascar. Toutefois, cette tendance n'est pas homogène. Au Ghana, si les répondants semblent considérer majoritairement que les médicaments et les consommables sont en nombre suffisant pour répondre à l'augmentation du nombre d'accouchements, ce sentiment se limite à la période pendant laquelle la politique d'exemption était effectivement financée par le gouvernement. Pareillement, un autre article sur le Ghana indique la disponibilité de consommables et équipements de base pour les soins obstétricaux d'urgence. En Ouganda, il existe un décalage entre les perceptions des acteurs (soignants, communautés et comités de gestion), et les données administratives. Ainsi les fiches de stocks de 85 formations sanitaires révèlent une hausse de la quantité de médicaments reçus après le début de l'abolition, tandis que les acteurs indiquent des problèmes de disponibilité, notamment les antipaludéens, et des retards de livraison attribués aux lourdeurs administratives au niveau des districts, et ce malgré la révision des procédures de commande de médicaments pour accélérer la livraison des médicaments. Cette pénurie conduirait les patients à utiliser les services privés pour l'achat de ces médicaments. »

²⁹ RIDDE V., ROBERT E. et MEESEN B. in World Health Report (background Paper ,18) WHO

L'accessibilité et la disponibilité du médicament sont la clé de voûte de la performance de tout système d'approvisionnement. Elles concourent à la réussite de la politique couverture sanitaire universelle. Il est donc certain qu'il ne peut y avoir de couverture sanitaire universelle si les patients ne peuvent disposer en quantité suffisantes des médicaments dans les structures publiques de santé. C'est pourquoi, il appartient à tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement de se pencher sur le problème de pénurie ou rupture de stocks de médicaments.

Selon une analyse de Olivier BOURDON dans le journal canadien de la pharmacie hospitalière, « Les premiers écrits sur les ruptures d'approvisionnement de médicaments datent des années soixante-dix. Si les ruptures d'approvisionnement de médicaments ont fait partie de la réalité de la pratique pharmaceutique depuis plusieurs décennies, elles sont devenues une préoccupation quotidienne des pharmaciens dans les années deux mille et ont dépassé les frontières de la littérature pharmaceutique. Des sociétés savantes américaines et canadiennes ont notamment produit des lignes directrices afin que les professionnels de la santé encadrent le suivi de ces ruptures d'approvisionnement de médicaments³⁰. »

Les ruptures d'approvisionnement de médicaments constituent une véritable préoccupation de santé publique. Depuis 2006, note Olivier BOURDON, les professionnels de santé de tous les pays, notamment de la France, notent une hausse importante du nombre de ruptures d'approvisionnement en médicaments. Celles-ci concernent aussi bien les pharmacies d'officine que les établissements de santé et tous les types de spécialités.

« On parle de rupture d'approvisionnement de médicament lorsqu'une pharmacie (d'officine ou une pharmacie à usage intérieur) est dans l'incapacité de dispenser un médicament à un patient dans un délai de 72 heures³¹. »

Selon l'Ordre national des pharmaciens de France³², les ruptures d'approvisionnement peuvent avoir des conséquences néfastes pour le patient, d'autant plus lorsqu'elles concernent des médicaments essentiels qui sont d'un intérêt thérapeutique majeur.

³⁰ BOURDON O. « Gestion des ruptures d'approvisionnement de médicaments : perspectives en France, aux États-Unis et au Canada (le journal canadien de la pharmacie hospitalière jan-fév. 2012)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3282197/>

³¹ Décret du 28/09/2012 en France

³² in Ruptures d'approvisionnement et DP-Ruptures 05/09/2017

Pour parler de ruptures d'approvisionnement, on emploie souvent la notion de « rupture de stock ». En effet, une rupture de stock, « C'est l'épuisement provisoire du stock d'un produit et/ou d'une marque. C'est l'absence, durant une période, d'une molécule des rayons des formations sanitaires. Cette absence est déterminée à partir des fiches de stock des dits médicaments »

Daniel STOCKMAN affirme que « les médicaments en rupture sont un phénomène de plus en plus fréquent : l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a recensé 324 ruptures de stock de médicaments entre septembre 2012 et octobre 2013. La durée de la pénurie peut aller de quelques jours à 13 mois, la moyenne étant de 94 jours d'absence, selon une enquête du syndicat des laboratoires pharmaceutiques (le Leem). Tous les types de médicaments peuvent être concernés : des traitements hormonaux comme le Levothyrox, des anti-infectieux, des traitements des maladies cardio-vasculaires et des anticancéreux. Or, près de 30% des produits en rupture sont indispensables aux patients et parfois "non remplaçables" par un autre médicament... Il arrive aussi que le produit de remplacement soit également en rupture ou le devienne rapidement. ³³»

Les ruptures d'approvisionnement ou ruptures de stocks peuvent être la conséquence du trop grand intérêt mercantile des firmes pharmaceutiques. Isabelle ANDRIEUX-MEYER et Bernard PECOUL constatent que : « 90% de l'effort de recherche mondial en matière de santé concernent seulement 10% de la population. » En effet, leurs études ont montré que « sur les 1556 médicaments mis sur le marché entre 1975 et 2004, dix-huit seulement sont destinés à des maladies tropicales (dont le paludisme) et trois à la tuberculose. De même une analyse de 336 médicaments approuvés entre 2000 et 2011 révèle que seulement quatre d'eux (soit 1%) sont destinés au traitement de maladie négligées (trois pour le paludisme et un pour les maladies diarrhéiques). Pourtant, plus d'un milliard de personnes, dont 500 millions d'enfants, dans les régions les plus pauvres du monde souffrent de ces maladies « négligées » qui laissent de graves séquelles et peuvent entraîner la mort. »

³³ STOCKMAN D. « Médicaments en rupture de stocks : causes et solutions. »
<https://www.gralon.net/.../article-medicaments-en-rupture-de-stock---causes-et-solutions>

**DEUXIEME PARTIE : PHASE OPERATIONNELLE DE
L'ETUDE**

CHAPITRE III : CONSIDERATIONS D'ORDRE METHODOLOGIQUE ET RESULTATS DE L'ETUDE

3.1. CONSIDERATIONS D'ORDRE METHODOLOGIQUE

3.1.1. APPROCHE DE L'ETUDE :

L'approche de l'étude consiste à déterminer la disponibilité des médicaments essentiels dans le cadre des initiatives de gratuité dans le centre de santé Gaspard KAMARA. En effet, les médicaments sont-ils dispensés au centre de santé Gaspard KAMARA dans le cadre de la gratuité de la césarienne, de la prise en charge des enfants de moins de cinq (5 ans) et du plan sésame ?

De plus, elle conduit à apprécier la satisfaction des bénéficiaires des mutuelles de santé à base communautaire quant à l'accessibilité aux médicaments essentiels au centre de santé Gaspard KAMARA.

En outre, il s'agit de décrire la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels dans le centre de santé Gaspard KAMARA dans le cadre de la Couverture Sanitaire Universelle. L'étude vise donc à présenter le processus d'approvisionnement afin de rendre le médicament disponible au niveau de la structure depuis la commande du produit jusqu'à sa dispensation aux usagers des services de santé.

Aussi permet-elle d'identifier les facteurs limitant la disponibilité et l'accessibilité des médicaments au centre de santé Gaspard KAMARA. Ainsi s'agit-il de vérifier si les procédures mise en place, tels les remboursements des prestations de la CMU, ne constituent-elles pas des facteurs qui entravent la disponibilité des médicaments essentiels au centre Gaspard KAMARA ?

3.1.1.1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective à double volet qualitatif et quantitatif et porte sur la « Méthode de résolution des problèmes ». Cette méthode consiste, en effet, à identifier d'abord, au Centre de santé Gaspard KAMARA, un problème de gestion jugé prioritaire en accord avec les dirigeants et le personnel. Ensuite identifier les causes de ce problème puis proposer des solutions en vue de sa résolution.

3.1.1.2. Population cible

La population cible sera constituée des principaux acteurs de la chaîne d'approvisionnement ainsi que ses bénéficiaires afin de permettre des analyses croisées. Les entretiens seront ainsi organisés avec les représentants des entités impliquées dans la chaîne d'approvisionnement.

Il sera question à travers ces entrevues de faire une revue du mécanisme d'approvisionnement en médicaments essentiels. Au niveau de l'offre, on aura le centre de santé Gaspard et le grossiste répartiteur public (PNA, PRA). Au niveau de la demande, les bénéficiaires seront représentés par les mutuelles de santé ayant signé des conventions avec le centre Gaspard KAMARA et de l'ACMU.

3.1.2. METHODOLOGIE DE L'APPROCHE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE

Du point de vue quantitatif et qualitatif, il s'agit de constater les faits, d'écouter les acteurs pour comprendre la gestion des approvisionnements au centre de santé Gaspard KAMARA. La méthodologie privilégiée dans ce cas est la triangulation des déclarations ou des événements (faits).

3.1.2.1. Au niveau quantitatif :

Du point de vue quantitatif, l'échantillon porte sur tous les médicaments essentiels dispensés dans le Centre de Santé Gaspard KAMARA du District Sanitaire Centre Dakar.

Cette approche consistera à recueillir des données disponibles à partir des outils de gestion, tels les fiches de stocks, les bordereaux de livraison. La compilation se fera à l'aide d'une grille de collecte de données ou fiche de dépouillement des données existantes afin de vérifier la disponibilité des médicaments essentiels au niveau des initiatives de gratuité au centre de santé Gaspard KAMARA.

3.1.2.2. Au niveau qualitatif :

L'échantillon cible des informateurs clés qui sont des personnes chargées de l'approvisionnement et de la gestion des stocks en médicaments essentiels ainsi que des responsables des mutuelles qui ont signé des conventions avec le centre de santé Gaspard KAMARA.

Les personnes ressources concernées sont :

- Un pharmacien de la PRA ;
- Le responsable de la gratuité des soins des enfants de moins de cinq (5) ans ;
- La pharmacienne du District Centre et du centre de santé Gaspard KAMARA ;
- Le dépositaire du District Centre ;
- Le dépositaire du centre de santé Gaspard KAMARA ;
- Les responsables des mutuelles de santé ;
- Le responsable de l'assurance maladie de l'ACMU.

3.1.3. PERIODE DE L'ETUDE

L'étude réalisée porte sur une période relative à la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal. Elle concerne la période du 01 janvier 2016 au 31 Août 2017.

Les données ont été collectées du Mardi 05 septembre 2017 au Mercredi 25 Octobre 2017.

3.1.4. CRITERE D'INCLUSION ET DE NON INCLUSION

Le critère d'inclusion nous permet d'approcher la population cible afin de recueillir les données de types qualitatif et quantitatif.

3.1.4.1. Critère d'inclusion

Le pharmacien, le dépositaire du District Centre et le dépositaire du centre de santé Gaspard KAMARA, impliqués dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement ainsi que les mutuelles à base communautaire ayant signé des conventions avec la structure.

3.1.4.2. Critère de non inclusion

Le pharmacien, le dépositaire du District Centre et le dépositaire du centre de santé Gaspard KAMARA n'étant pas disponibles pendant la période de l'enquête.

3.1.5. OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES

3.1.5.1. Le volet qualitatif :

Ce volet s'appuie sur les « enquêtes d'opinion ». Les techniques d'enquête utilisées sont l'entretien individuel et le focus group (groupe de discussion).

L'entretien consiste en un tête-à-tête oral ou un contact direct avec les acteurs de la chaîne d'approvisionnement du District et du centre de santé Gaspard KAMARA, de la pharmacienne de la PRA, le responsable d'assurance maladie de l'ACMU, ainsi que des responsables des mutuelles de santé liés à la structure par une convention dans le cadre de la CMU. Un Guide d'entretien individuel a été dressé à cet effet, permettant de recueillir les opinions de chacune de ces personnes.

Un focus group a été organisé. Pour faciliter les discussions de groupe, le nombre a été limité à quatre (4) personnes. La sélection des personnes ayant participé à la séance de focus group a été effectuée de façon aléatoire par les acteurs de la chaîne d'approvisionnement.

3.1.5.2. Le volet quantitatif :

Ce volet est basé sur les sources d'information, les « données existantes », c'est-à-dire, les documents produits par l'organisation. Il s'agit des fiches de stocks, des rapports-commande, des bordereaux de livraison. Une grille ou fiche de dépouillement est établie afin de collecter les informations au niveau de l'approvisionnement et la gestion des stocks au centre de santé Gaspard KAMARA. Tous les médicaments dispensés dans la structure ont servi de base de travail. Il s'agit d'une liste de 109 médicaments, qui prend en compte les produits de la santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né ainsi que de la médecine générale.

Par ailleurs, il s'agira d'administrer un questionnaire aux gestionnaires de stocks (pharmacien et dépositaire) afin de comprendre la disponibilité des médicaments au sein de la structure

3.1.6. ANALYSE ET TRAITEMENT DES DONNEES

Les données issues de l'enquête seront saisies et traitées à l'aide du tableur Excel 2016 et du logiciel Sphinx V5.

L'analyse des données effectuées portera sur la capacité du dispositif d'approvisionnement à fournir des médicaments essentiels à tout moment dans la structure. En d'autres termes, elle porte sur la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels au centre de santé Gaspard KAMARA. Ainsi que les contraintes liées à la mise en œuvre de la politique de la couverture maladie universelle au niveau du centre de santé Gaspard KAMARA.

3.1.7. LIMITES DE L'ETUDE

La principale limite de notre étude est relative au temps relativement court de la période de stage et du coût de l'étude.

3.2. RESULTATS DE L'ETUDE

3.2.1. STATISTIQUE DESCRIPTIVE

La statistique descriptive concerne d'une part le volet quantitatif de l'étude et elle prend en compte l'aspect qualitatif, d'autre part.

3.2.1.1. Statistique descriptive du volet quantitatif de l'étude

Le volet quantitatif de l'étude porte sur la disponibilité des médicaments essentiels dans le cadre des initiatives de gratuité. Elle concerne la césarienne, le plan sésame et les soins des enfants de moins de cinq (5) ans.

3.2.1.1.1. Disponibilité des kits de césariennes :

Il convient d'apprécier la disponibilité des kits de césarienne au centre de santé Gaspard KAMARA à travers le mouvement du stock au niveau de la structure : (Tableau VII)

Tableau VII : Mouvement des kits de la césarienne au centre de santé Gaspard KAMARA du 01 janvier 2016 au 31 août 2017.

MOIS	INDICATEURS STATISTIQUES				
	Total	Minimum	Maximum	Moyenne	Médiane
NOMBRE DE JOURS	609	28	31	30,45	31
Sortie totale	1700	46	137	85	84
Sortie gratuite	1497	46	113	74,85	73
Sortie recouvrée	203	0	47	10,15	5
Nombre de jours de rupture	0	0	0	0	0
Proportion de femmes césarisées par		1,64	4,42	2,79	2,71

jour					
------	--	--	--	--	--

Le tableau de distribution des données permet de mettre en évidence l'état du stock du kit de césarienne. Pendant les 609 jours relatifs à la période de l'étude, il a été donné de constater que le centre de santé Gaspard KAMARA a distribué à ses parturientes 1700 kits de césariennes. Parmi ces kits, 1497 ont été distribués dans le cadre du volet « initiative de gratuité » de la Couverture Maladie Universelle et 203 kits ont été recouverts.

Le centre de santé Gaspard KAMARA n'a connu aucune rupture de kits de césarienne pendant les 609 jours.

Toutefois, il est donné d'apprécier les proportions des kits gratuits et des kits vendus dans la structure (figure3).

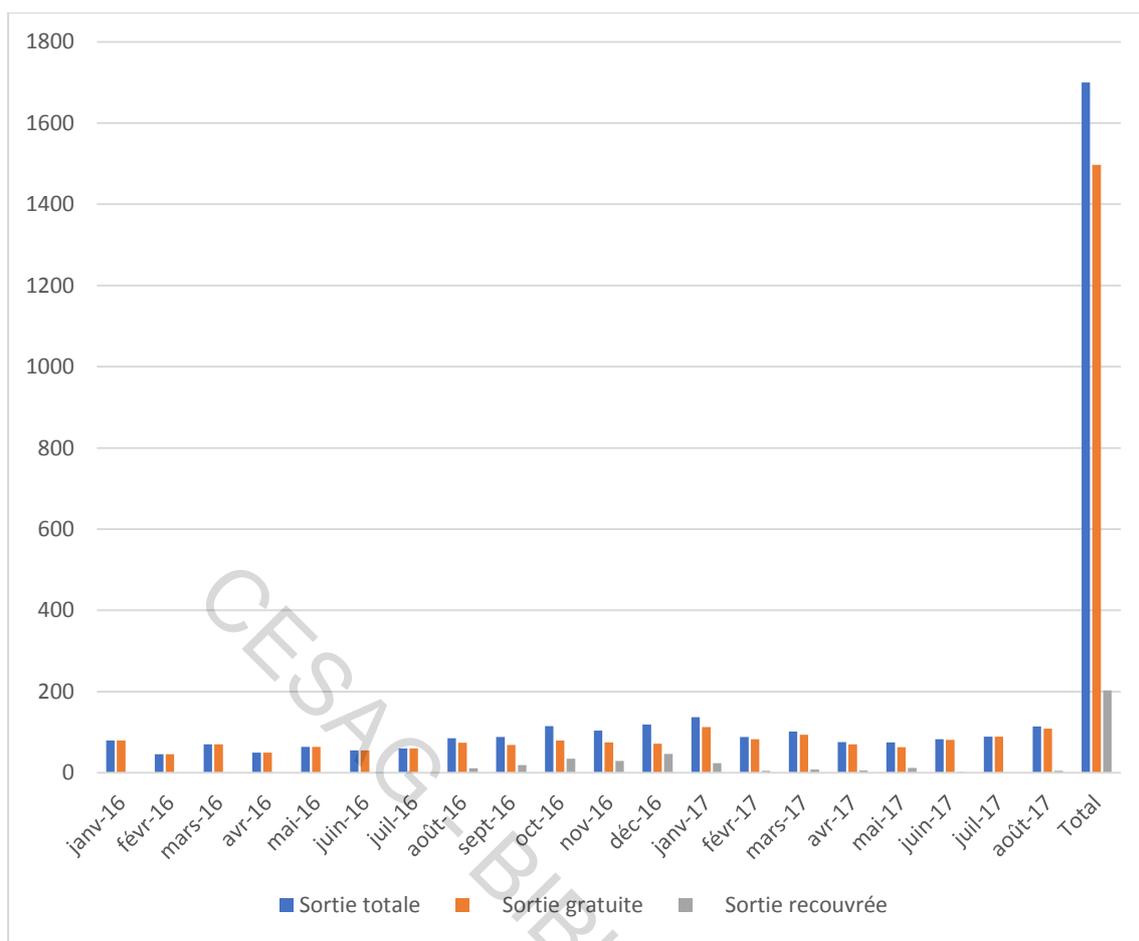


Figure 7: Proportions kits distribués gratuitement et kits vendus dans la structure

Sur un total de 1700 kits sortis, le centre de santé Gaspard KAMARA a distribué gratuitement 1497 à ses parturientes et a vendu 203 kits. En effet, les 1497 correspondent à 88,06 % des kits distribués et les 203 en représentent 11,94 %.

Il convient donc de déterminer le coût supporté par chacune des parties, c'est-à-dire, l'Etat d'une part par l'entremise de l'ACMU et les parturientes n'ayant pas bénéficié de mesure d'exemption du paiement du kit de la césarienne. (Voir Tableau VIII).

Tableau VIII: Distribution des données relatives au coût de la césarienne (en milliers de francs CFA)

	Total	Min	Max	Moyenne	Médiane
NBRE DE JOURS DU MOIS	609	28	31	30,45	31
Sortie totale	76.500	2.070	6.165	3.825	3.780

Sortie gratuite	67.365	2.070	5.085	3368,25	3.285
Sortie recouvrée	9.135	0	2.115	456,75	225

Le coût unitaire du kit de la césarienne est de quarante-cinq mille (45. 000) francs CFA. Sur les soixante-seize millions cinq cent mille (76 .500. 000) francs CFA, représentant le coût total des 1.700 kits de césarienne distribués, le centre de santé Gaspard KAMARA n'a pu recouvrer que neuf millions cent trente-cinq mille (9 .135. 000) francs CFA, au titre du paiement direct et soixante-sept millions trois cent soixante-cinq mille (67 .365 .000) sont attendus dans le cadre de la politique d'exemption des paiements directs (Figure 4)

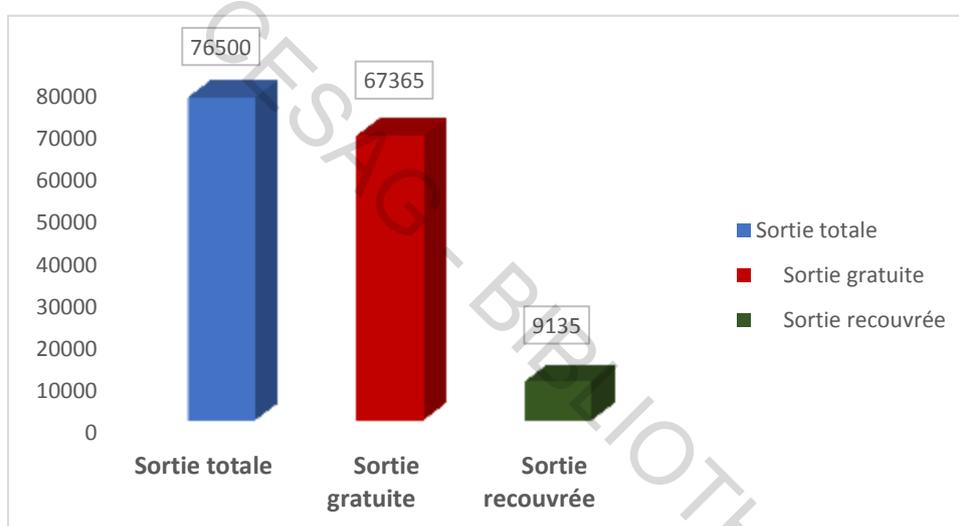


Figure 8: Coût des kits distribués au centre de santé Gaspard KAMARA (en milliers de francs CFA)

Le kit de césarienne est un assemblage de plusieurs médicaments et produits essentiels. Le dépouillement du kit à Gaspard KAMARA a permis de constater, qu'il est constitué de vingt-trois (23) types de produits avec des quantités bien définies. (Voir Tableau IX)

Tableau IX : Composition du kit de la césarienne

N°	DESIGNATION	QUANTITE
1	Glucosé	03flacons
2	Sérum salé	02flacons
3	Ringer lactate	02flacons
4	Gants stériles	4 paires N°7.5

5	Sonde	01 N°16
6	Poche d'urine	Une poche
7	Compresse stérile 40*40	01 boîte de 10 comprimés
8	Sparadrap	01 mètre
9	Bétadine rouge	01 flacon
10	Bétadine dermique jaune	01 flacon
11	Seringue 10cc	2 unités
12	Seringue 5cc	2 unités
13	Intranule vert (g 18)	1 unités
14	Perfuseur	2 unités
15	Ampicilline 1g	2 unités
16	Bracelet pour bebe	1 unité
17	Clamp de bar (cordon ombilical)	1 unité
18	Fil 5/2 ronde	1 unité
19	Fil 5/2 triangulaire	1 unité
20	Fil 3/0 triangulaire	1 unité
21	Fil 2/0 rond	1 unité
22	Ocytocine	1 boîte de 10 ampoules
23	Perfalgan 1 g	02 flacons

COMMENTAIRE :

Les registres de la maternité, consultés auprès de la maitresse sage-femme, a également donné de constater que 1700 femmes ont effectivement été césariées durant la période, ce qui correspond exactement au nombre de kits de césariennes sortis. La structure n'a enregistré aucune rupture de kits de césarienne durant la période.

Le questionnaire administré auprès des responsables de l'approvisionnement de la structure croisée avec l'avis des usagers permet d'affirmer que la disponibilité constante et permanente des kits de césarienne a donc été assurée au centre de santé Gaspard KAMARA.

Selon la revue documentaire, la gratuité de la césarienne est conditionnée par l'obtention de la nationalité sénégalaise : « les bénéficiaires sont les femmes enceintes de nationalité sénégalaise dont l'état de santé ou celui du fœtus nécessite le recours à la césarienne »³⁴

« Tout cas de césarienne est justifié grâce aux documents suivants :

- Une copie de la carte nationale d'identité de la parturiente, ou à défaut, de celle de son mari ou d'un ascendant direct au premier degré.

³⁴ Manuel de procédures de gestion des initiatives de gratuité, juin 2017

- Le certificat d'accouchement signé par le gynécologue, le chirurgien, ou le médecin compétent SOU (Soins Obstétricaux d'Urgence), son cachet nominatif faisant foi. »³⁵

Ainsi toutes les parturientes ayant pu justifier de la nationalité sénégalaise, ont reçu gratuitement les kits de césariennes.

Le kit de césarienne coûte 45 000 francs CFA. Ainsi l'Etat dans le cadre de la couverture maladie universelle supportera soixante-sept millions trois cent soixante-cinq mille (67.365.000) francs CFA en termes de coût du kit de césarienne pour les 1497 femmes ayant bénéficié de la gratuité de la césarienne. Les 203 autres femmes non concernées par l'initiative de gratuité supporteront en termes de coût global, la somme de neuf millions cent trente-cinq mille (9.135.000) francs CFA, montant recouvré par la structure en terme de paiement direct.

Les prestations des initiatives de gratuité constituent des montants impressionnants pour la structure. A ce jour, aucun remboursement des prestations de la gratuité au titre de l'année 2016 n' a encore été effectué . Le retard de remboursement par l'ACMU constitue un goulot d'étranglement pour le centre de santé en termes de réapprovisionnement en particulier et un déséquilibre dans le fonctionnement du système en général.

Pour saisir cette situation dans toute sa complexité, il conviendrait de faire une estimation du coût global de la prise en charge totale de la césarienne. En effet, comme paquet de soins offert aux bénéficiaires : « Sont gratuits pour les patientes :

- Le bilan pré opératoire ;
- L'acte opératoire ;
- Le kit de médicaments et de produits entrant comme intrants dudit acte ;
- Le séjour hospitalier n'excédant pas cinq (5) jours ;
- Les produits et les médicaments nécessaires à une réanimation éventuelle et le bilan y afférent en post opératoire. »³⁶

En effet, le tarif de l'acte de la césarienne est de cinquante mille (50. 000) francs CFA, en plus des quarante-cinq mille (45.000) francs CFA du kit et quinze mille de frais

³⁵ Idem

³⁶ Manuel de procédures de initiatives de gratuité

d'hospitalisation (pour une moyenne de trois jours). Le coût total de la césarienne revient donc à cent cinq mille (110 .000) francs CFA.

Ainsi l'Etat supportera le coût de la césarienne pour les 1497 femmes bénéficiant de l'initiative de gratuité de la césarienne, la somme de cent soixante-quatre million six cent soixante-dix mille (164.670.000) francs CFA. Les 203 femmes ne bénéficiant pas de cette initiative, débourseront le montant de vingt-deux million trois cent trente mille (22.330.000) francs CFA.

Le retard de remboursement des prestations de la césarienne par l'ACMU peut donc constituer un facteur limitant la disponibilité des médicaments essentiels dans la structure puisque les montants de ses prestations sont colossaux.

3.2.1.1.2. Disponibilité des médicaments pour les enfants de moins de cinq (5) ans :

Le dépouillement des 109 médicaments essentiels disponibles au centre Gaspard KAMARA a donné de constater l'absence au niveau des rayons de la pharmacie de la structure de 34 médicaments et produits essentiels : (figure 5)

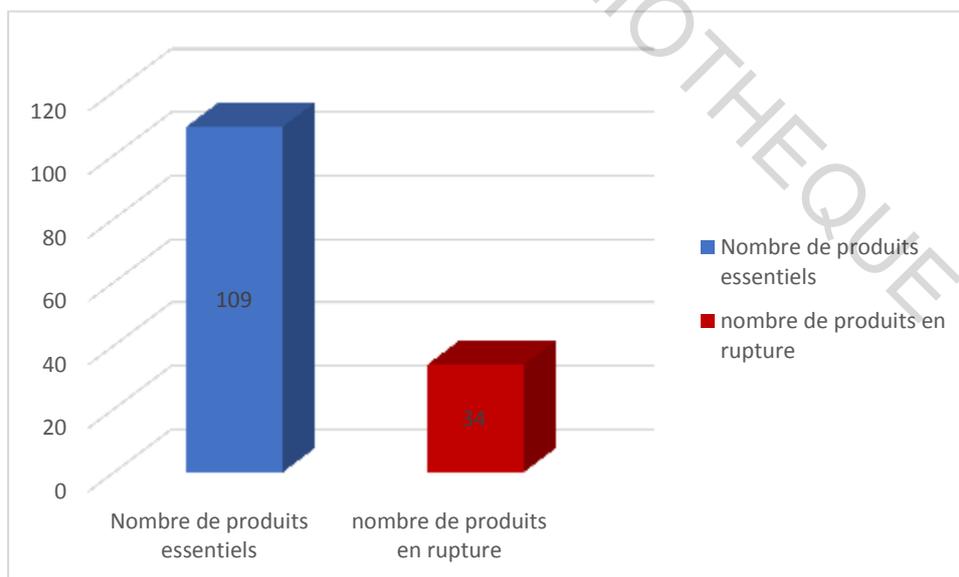


Figure 9: Proportion du nombre de produits en rupture dans la structure

On constate que les ruptures sont prolongées sur de longues périodes (Voir Tableau X).

Tableau X : Produits non disponibles sur une longue période dans la structure

DESIGNATION	PERIODE DE RUPTURE	RUPTURE
CIMETIDINE 400 mg Cp	01/01/2016 au 31 /08/ 2017	609 jours
UBIPROFENE Sp 20mg/ml	01/01/2016 au 31 /08/ 2017	609 jours
FUROSEMIDE Cp 20 mg	15/01/2016 au 31 /08/ 2017	594 jours
DICYNONE 500 mg Cp	01/03/2016 au 31 /08/ 2017	548 jours
VITAMINE B6	06/05/2016 au 31 /08/ 2017	482 jours
PYRIDOXINE inj	01/08/2016 au 31 /08/ 2017	395 jours
MISOPROSTOL	27/08/2016 au 31 /08/t2017	369 jours
ACIDE ACETYLSALICILIQUE Cp	01/09/2016 au 31 /08/ 2017	364 jours
PROFENID 100mg/2ml inj	14/09/2016 au 31 /08/ 2017	351 jours
MEBENDAZOLE Cp	14/09/2016 au 31 /08/2017	351 jours
AMOXICILLINE Cp 500 mg	01/10/2016 au 31/08/2017	334 jours
AMOXICILLINE 250 mg susp	14/12/2016 au 31 /08/2017	260 jours
BENZILPENICILLINE 1,2	01/10/2016 au 31/08/2017	334 jours
TOPLEXIL Sirop	13/09/2016 au 31 /08/2017	352 jours
GLIMEPIRIDE Cp	22/10/2016 au 31/08/2017	313 jours
GRISEOFULVINE 500 mg Cp	03/11/2016 au 31/08/2017	301 jours
OTRIVIN	20/01/2017 au 31 /08/2017	223 jours
SULFADOXINE PYRIMETHAMINE	25/01/2017 au 31 /08/2017	218 jours
SEPTYL (bain de bouche)	01/03/2017 au 31 /08/ 2017	183 jours
AMOXICILLINE ACIDE CLAV Cp	04/03/2017 au 31 /08/2017	180 jours
DICLOFENAC 50 MG Cp	28/03/2017 au 31 /08/2017	156 jours
OFLOXACINE 200mg CP	28/03/2017 au 31 /08/2017	156 jours
FUROSEMIDE 40 mg CP	05/04/2017 au 31/08/ 2017	148 jours
OMEPRAZOLE 20 mg	12/04/2017 au 31/08/ 2017	141 jours
METRONIDAZOLE 500 mg ovule	01/05/2017 au 31 /08/2017	122 jours
PERFALGAN 500 mg	01/05/2017 au 31 /08/ 2017	122 jours
TERBINAFINE Cp	03/05/2017 au 31 /08/2017	120 jours
GENTA Collyre	12/05/2017 au 31 /08/2017	111 jours
CARBIMAZOLE	08/06/2017 au 31/08/ 2017	84 jours

AMOX ACIDE CLAV 100 mg Sup	16/06/2017 au 31 /08/2017	76 jours
METRONIDAZOLE Susp	22/06/2017 au 31 /08/2017	70 jours
DEXCHLORPHENIRAMINE Cp	01/07/2017 au 31 /08/2017	61 jours
DEXCHLORPHENIRAMINE Susp	05/07/2017 au 31 /08/2017	57 jours
ALBENDAZOLE 400 mg	04/08/2017 au 31 /08/2017	27 jours

Sur les 34 produits en rupture prolongée dans la structures, 09 sont des médicaments pédiatriques. Ce sont pour la plupart des produits traceurs, donc de première importance dans la prise en charge des enfants de moins de cinq (5) ans. (Voir Tableau X).

Tableau XI : Rupture des médicaments pédiatriques

PRODUITS PEDIATRIQUES	PERIODE DE RUPTURE	RUPTURE
ALBENDAZOLE 400 mg	04/08/2017 au 31/08/2017	27 jours
DEXCHLORPHENIRAMINE Susp	05/07/2017 au 31 /08/2017	57 jours
METRONIDAZOLE Susp	22/06/2017 au 31/08/2017	70 jours
AMOXICILINE ACLAV100mg	16/06/2017 au 31 /08/2017	76 jours
OMEPRAZOLE 20 mg gélule	12/04/2017 au 31/08/ 2017	141 jours
TOPLEXIL Sirop	13/09/2016 au 31 /08/2017	352 jours
AMOXICILLINE 250mg susp	14/12/2016 au 31 /08/2017	260 jours
MEBENDAZOLE Cp	14/09/2016 au 31 /08/2017	351 jours
UBIPROFENE Sp 20mg/ml	01/01/2016 au 31 /08/ 2017	608 jours

COMMENTAIRE :

À côté de ces neuf (9) produits qui connaissent une rupture prolongée au niveau du centre de santé Gaspard KAMARA, d'autres médicaments pédiatriques traceurs, connaissent des ruptures fréquentes, comme les antianémiques fer sirop, (92 jours de rupture) et le sulfaméthoxazole Timethroprime sp (92 jours de rupture) ainsi que l' atteste le rapport du trimestre N°3 de gratuité (0-5) de la PRA de Dakar.

Ces ruptures de médicaments pédiatriques, qu'elles soient fréquentes ou prolongées constituent un problème réel dans la prise en charge des enfants de moins de 5 ans, ce qui ne facilite pas l'atteinte des ODD notamment ODD3.

Par ailleurs, comme la gratuité des césariennes, les bénéficiaires de la gratuité des soins pédiatriques sont : « ... Les enfants de nationalité sénégalaise âgés de moins de cinq (05) ans. Pour une meilleure identification de la cible, les documents suivants sont exigés : carnet de santé, carnet de vaccination, extrait de naissance ou tout autre acte d'état civil. »³⁷

Le paquet de soins offert aux bénéficiaires au niveau centre de santé comprend la consultation, l'hospitalisation, la vaccination et les médicaments IB.³⁸

Toutefois, le retard de remboursement des prestations des initiatives de gratuité, notamment pour les enfants de 0 à 5 ans se révèle comme un facteur limitant à la disponibilité des médicaments essentiels car il empêche le renouvellement régulier du stock de médicaments. La non disponibilité des médicaments au niveau des pharmacies de l'IB de la structure amène les patients à s'orienter vers les officines privées pour obtenir les médicaments.

Les ruptures de stocks au niveau de la chaîne d'approvisionnement posent le problème de responsabilité en cascade. Elles peuvent être le fait de la structure comme du grossiste public (PNA, PRA).

3.2.1.1.3. Disponibilité des médicaments essentiels au niveau du Plan Sésame

Selon le manuel de procédures des initiatives de gratuité, sont gratuits pour les bénéficiaires du Plan SESAME : « les consultations ; **les médicaments et produits essentiels (disponibles dans le cadre de l'initiative de Bamako et conformes à la Liste Nationale des Médicaments et Produits Essentiels)** ; les examens complémentaires ; les actes médicochirurgicaux ; les hospitalisations. »³⁹

³⁷ Manuel de procédures de initiatives de gratuité, juin 2017, page 46

³⁸ idem

³⁹ Manuel de procédures de initiatives de gratuité, juin 2017, pages 13-14

Cependant, le centre de santé Gaspard KAMARA éprouve des difficultés dans la prise en charge des médicaments et produits essentiels pour les bénéficiaires du plan sésame. Cette situation pose un problème d'accessibilité des médicaments pour les personnes du troisième âge.

La raison évoquée par la structure concernant cette difficulté de prise en charge des médicaments, serait le remboursement très souvent tardif des prestations de la CMU au niveau des initiatives de gratuité, ce qui constitue un véritable goulot d'étranglement pour les structures de santé.

3.2.1.2. Analyse descriptive du volet qualitatif de l'étude

Le focus group et les entretiens réalisés avec les personnes responsables de l'approvisionnement et de la gestion de stocks de médicaments essentiels à la PRA, au District centre et au centre de santé Gaspard KAMARA ont permis à partir d'une triangulation des données, de comprendre :

3.2.1.2.1. Processus d'approvisionnement

La triangulation des données a montré au niveau du processus d'approvisionnement au centre de santé Gaspard KAMARA qu'il existe les deux modèles : « Jegsi naa » et « Yeksinaa. » conformément aux standards de la PNA.

En effet, avec le « Jegsi naa », les médicaments sont déposés au district, c'est le modèle de dépôt -vente. Le « Yeksi naa », obéit au même processus que le « Jegsi naa » ; mais il y a l'intervention d'un opérateur privé qui achemine les médicaments du district sanitaire jusqu'aux Points de Prestations de Services (postes et centres de santé).

Le District Centre envoie chaque mois ses commandes à la PRA. Celle-ci, dès réception du bon de commande, envoie une facture proforma en fonction des produits disponibles. La livraison est faite les jours qui suivent la réception de la facture proforma.

L'entretien a aussi permis de comprendre que le processus d'approvisionnement n'a pas changé dans le cadre CMU. Que le dispositif mis en place par la PNA devrait favoriser la disponibilité constante et permanente des médicaments dans la structure mais on constate en ce moment beaucoup de ruptures.

Il ressort donc de la triangulation des données que les difficultés rencontrées par ce dispositif sont donc entre autres, l'augmentation de la demande en médicaments, la quantification des besoins des structures de santé du district, les ruptures fréquentes de certains produits et médicaments essentiels, le retard des remboursements de l'ACMU des prestations de la gratuité .

Toutefois, ce dispositif tire sa force dans l'acheminement des médicaments du district sanitaire jusqu'aux points de prestation de service (centre de santé et postes de santé), du système de dépôt- vente et d'une meilleure information sur la consommation réelle de chaque produit.

La triangulation des données a permis de comprendre que pour améliorer le dispositif, il convient d'assurer la disponibilité des médicaments en quantité suffisante en prenant en compte les consommations réelles de chaque structure de santé du district pour pouvoir éviter les ruptures de stocks. Aussi autoriser des commandes d'urgence en cas de besoin au cours du mois. Ainsi, convient-il de relever que le processus ne sera performant que si chaque acteur de la chaîne joue correctement son rôle. En outre, il est important d'encourager les redéploiements des stocks de médicaments par la PRA, d'un district qu'il est en surstock vers un autre en sous- stock.

3.2.1.2.1.1. Fonctionnement du système d'approvisionnement

L'entretien réalisé auprès de la pharmacienne du district , du dépositaire du district et celui du centre de santé Gaspard KAMARA a permis de comprendre que seules deux personnes (la pharmacienne et le dépositaire du district) sont chargées de l'approvisionnement et que seul le dépositaire du centre de santé Gaspard KAMARA est chargé de la gestion du stock dans la structure.

Parmi ses acteurs de chaîne d'approvisionnement, seule la pharmacienne est un professionnel de la santé. Excepté le dépositaire du district, les deux autres n'ont bénéficié d'aucune formation continue, et de mise à niveau dans le cadre de la gestion de stocks et de l'approvisionnement.

Il n'existe pas à proprement parler un chronogramme de commande et de livraison des médicaments. Toutefois, les commandes sont mensuelles et un planning de livraison est envoyé chaque mois par l'opérateur qui parfois peut être anticipé ou décalé de 1 ou 2 jours.

Les commandes sont effectuées selon la méthode basée sur la consommation à partir de la Consommation moyenne mensuelle (CMM) des mois typiques.

Aussi convient-il de préciser que l'entretien avec les gestionnaires de stock du centre de santé Gaspard KAMARA a permis de noter que les commandes du District Sanitaire Centre sont moyennement satisfaites par la PRA.

Un meilleur fonctionnement du système d'approvisionnement, suggère la formation du personnel en charge de l'approvisionnement et de la gestion des stocks, notamment du dépositaire du centre de santé Gaspard KAMARA. Aussi convient-il d'améliorer les espaces de stockage du dépôt du district et celui du centre de santé Gaspard KAMARA.

Par ailleurs, il revient que la PNA a de sérieux problèmes au niveau de l'approvisionnement, elle peine à assurer la disponibilité des médicaments dans toutes les structures publiques de santé.

3.2.1.2.1.2. Disponibilité du médicament dans la structure

Il ressort de la triangulation des données que le centre de santé Gaspard KAMARA connaît des ruptures fréquentes de médicaments (trente-quatre (34) molécules) telles que l'Érythromycine, paracétamol injectable, Sulfadoxine pyriméthamine, fer sirop. Le constat est que ces ruptures de médicaments sont prolongées. Elles sont mensuelles, saisonnière et annuelles.

Toutefois, pour éviter les ruptures fréquentes, les personnes interviewées suggèrent de connaître l'ensemble des consommations du District. Au niveau de la PNA, revoir la procédure d'acquisition des médicaments, ne pas donner à un seul fournisseur l'exclusivité de toute une gamme de produits. Aussi, orienter l'opérateur privé.

3.2.1.2.1.3. Accessibilité du médicament

Au cours de l'entretien, il ressort que trois des quatre initiatives de la gratuité des soins sont prises en charge dans la structure. À savoir, la césarienne, les soins des enfants de moins de cinq (5) ans et le plan sésame. Excepté le plan sésame, la prise en charge des médicaments est assurée pour chacune de ces initiatives.

En revanche, la structure a signé des conventions avec des mutuelles de santé à base communautaire dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle.

Et les tarifs appliqués aux bénéficiaires sont de 20 % pour les médicaments génériques et de 50 % pour les médicaments de spécialité pour les bénéficiaires classiques et entièrement gratuite pour les bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale.

3.2.1.2.1.4. Facteurs limitants

L'entretien réalisé auprès des responsables de mutuelles, a montré que le délai des versements des subventions dans le cadre de la CMU notamment, les subventions des BSF n'est pas connu. Depuis la mise en place effective de la CMU dans la région de Dakar, fin 2015, aucun versement n'a été effectué par l'Etat, ni pour les BSF ni en ce qui concerne les 3500 francs représentant la subvention des cotisations des classiques. Ce qui constitue un facteur qui entrave le bon fonctionnement de la CMU.

Aussi, ce retard de remboursement de l'Etat des prestations de la CMU, est relevé par les responsables de la structure et constitue un facteur limitant à la disponibilité des médicaments essentiels.

En revanche, il ressort de l'entretien réalisé auprès de 11 responsables des mutuelles de santé quant à l'accès aux médicaments de leurs adhérents que 64 % sont moyennement satisfaits de la disponibilité des médicaments dans la structure contre 27 % faiblement satisfaits et 9 % entièrement satisfaits. (Figure 10).

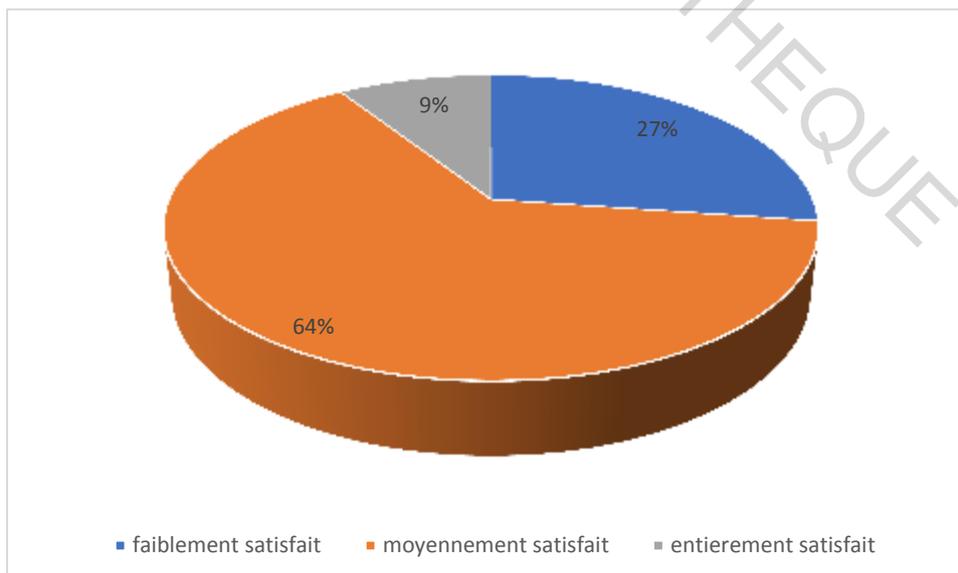


Figure 10: Satisfaction en médicaments des bénéficiaires des mutuelles de santé dans la structure

3.2.2. IDENTIFICATION DES PROBLEMES

L'identification des problèmes est réalisée à partir des données ci-dessus présentées, recueillies au niveau quantitatif, à partir du dépouillement des fiches de stock de médicaments et au niveau qualitatif, à l'aide d'un guide d'entretien et du focus group. En effet, le guide d'entretien a été administré aux personnes ressources, responsables de la gestion des stocks, que sont la pharmacienne du district, par ailleurs, pharmacienne du Centre de Santé Gaspard KAMARA, du dépositaire du district et de celui du centre Gaspard KAMARA et de la pharmacienne de la PRA mais aussi aux responsables des mutuelles de santé affiliées à la structure.

Au cours de ces entretiens et dépouillements, différents problèmes ont été rencontrés. Le centre de santé Gaspard KAMARA est donc confronté à un certain nombre de problèmes au niveau de la chaîne d'approvisionnement, entre autres :

1. La rupture fréquente et prolongée des stocks de médicaments essentiels ;
2. L'insatisfaction des commandes du district par le PNA ;
3. L'impossibilité pour le centre de santé de quantifier sa propre consommation ;
4. Le remboursement tardif des prestations de soins concernant les initiatives de gratuité.

Les problèmes ainsi identifiés, ont fait l'objet de priorisation :

3.2.2.1. Priorisation des problèmes

Les problèmes recensés dans la structure ont été d'abord présentés au responsable de la pharmacie du centre de santé Gaspard KAMARA. Ensuite avec l'ensemble du personnel, il a été procédé à leur priorisation. Les critères ci-après ont été établis :

- Importance du problème par rapport à la mission de la CMU ;
- Risque encouru en cas d'inaction ;
- Volonté de changement de tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement ;
- Disponibilité de ressources humaines et financières ;

Les critères ainsi retenus vont faire l'objet de cotation. L'échelle de cotation retenue varie de 1 à 10 aussi bien pour l'importance du problème par rapport à la mission de la CMU,

du risque encouru par la population en cas d'inaction que pour la disponibilité des ressources et la volonté de changement de tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement.

Tableau XII: Cotation de problèmes suivant les critères retenus

Problèmes Critères	Cotation	Ruptures fréquentes de stocks médicament	Insatisfaction des commandes Par la PNA	Impossibilité de quantification des commandes par le centre	Remboursement tardif des prestations par l'ACMU
Importance du problème par rapport à la mission de la CMU	1 à 10	9	8	7	8
Risque encouru en cas d'inaction	1 à 10	8	8	7	7
Volonté de changement	1 à 10	8	9	7	7
Disponibilité de ressources	1 à 10	9	5	5	7
TOTAL	1 à 40	34	30	26	29

Le tableau de cotation indique que sur un total de 40 points, le problème de rupture de stocks de médicaments est celui qui a obtenu la note maximale, en l'occurrence 34. Il est suivi du problème d'insatisfaction des commandes par la PRA qui recueille 30 points, de

celui du remboursement des prestations de la CMU qui obtient 29 et de celui de la non quantification des commandes par le centre de santé Gaspard KAMARA, qui récolte 26 points.

Le problème de rupture de stocks de médicaments a donc été retenu comme problème prioritaire à résoudre dans le cadre de l'évaluation du système d'approvisionnement en médicaments essentiels au centre de santé Gaspard KAMARA dans un contexte de la couverture maladie universelle.

3.2.2.2. Analyse du problème

La rupture fréquente des stocks de médicaments a été retenue comme problème prioritaire à résoudre.

Par rupture des stocks de médicaments, il faut comprendre selon la revue de la littérature, « l'épuisement provisoire du stock d'un produit et/ou d'une marque. C'est l'absence, durant une période, d'une molécule des rayons des formations sanitaires ».

Le produit ne peut donc pas être dispensé aux patients. La rupture de stock de médicament suppose la rupture de la chaîne d'approvisionnement. Ce problème n'est pas sans perturber le fonctionnement normal des structures de santé. Il convient donc de l'analyser à partir des quatre critères établis lors de sa priorisation, à savoir :

- Importance du problème par rapport à la mission de la CMU ;
- Risque encouru en cas d'inaction ;
- Volonté de changement de tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement ;
- Disponibilité de ressources humaines et financières.

De l'importance du problème par rapport à la mission de la CMU :

La revue de la littérature a montré que les ruptures de stocks de médicaments constituent une véritable préoccupation de santé publique. Le problème de rupture de stocks de médicaments appréhendé à la lumière de son importance par rapport à la mission de la CMU a récolté la note de 9 sur une échelle de 1 à 10. Ce qui signifie que ce problème est un pan essentiel de la mise en œuvre de la CMU.

D'ailleurs, il s'appuie sur deux piliers importants de la Couverture Sanitaire Universelle qui sont la disponibilité de services de santé de qualité avec un personnel motivé et la

protection contre les risques financiers afin que l'accès aux soins n'expose pas les usagers à un risque d'appauvrissement aussi bien pour le présent que pour le futur. Il va sans dire qu'un centre de santé où persiste le problème de rupture fréquente de médicaments ne répond pas au critère de service de santé de qualité. Et cette situation aura nécessairement une répercussion sur la motivation du personnel de santé.

Par ailleurs, la rupture fréquente de médicaments au sein de la structure amène les usagers des services publics de santé à s'orienter vers les officines privées pour l'achat des médicaments.

Or la plupart des médicaments dans les officines privées sont les médicaments de marque ou de spécialité alors qu'il s'agit essentiellement de générique dans les pharmacies IB des structures publiques de santé. Cette situation expose les patients à un risque d'appauvrissement évident puisqu'ils devront payer beaucoup plus cher. Pour s'en convaincre, il suffit d'expliquer l'exemple de ce médicament, la pilule du lendemain, qui connaît désormais un succès considérable auprès de la population sénégalaise et essentiel dans le cadre de la santé de la reproduction. Il s'agit d'une contraception d'urgence pour réduire les risques de grossesse. Il coûte 100 francs dans les pharmacies IB des formations sanitaires publiques contre 3600 francs CFA dans les officines privées. Pour un patient qui bénéficie des prestations de la CMU, il payerait 200 f pour un ticket modérateur de 20% au centre de santé contre 1800 francs dans les officines privées pour un ticket modérateur de 50%. D'où l'importance de résoudre prioritairement le problème de rupture de médicaments afin d'atteindre les objectifs de la CMU.

Du risque encouru en cas d'inaction

En cas d'inaction face à la rupture fréquente des médicaments, les risques encourus sont énormes aussi pour la structure de santé que pour les populations. En effet, les ruptures constantes de médicaments peuvent avoir une incidence considérable sur la fréquentation du centre de santé. Les patients, habitués à ne pas recevoir les médicaments vont se diriger vers des centres de santé plus performants, offrant une disponibilité des médicaments ou à abandonner le traitement. Cette diminution de la fréquentation représente aussi en termes de ressources financières, une perte pour le centre de santé.

Toutefois, le risque pour la population est tout aussi énorme, le manque de médicaments essentiels génériques plus avantageux financièrement expose le patient à l'achat du

médicament de spécialité. Ce qui représente un facteur de risque d'appauvrissement ainsi qu'il a été démontré dans le cadre de l'importance du problème dans la CMU.

✚ De la volonté de changement de tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement

Pour remédier au rupture fréquente des médicaments, il faut une réelle volonté de changement de tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement, du grossiste répartiteur public la PNA et ses dépôts régionaux PRA, aux points de prestations de services (centres et postes de santé) en passant par le District Sanitaire, sans oublier l'opérateur privé voire les fournisseurs (nationaux et internationaux) de la PNA.

Le problème de rupture de stocks est systémique, il peut être le fait d'un quelconque maillon de la chaîne d'approvisionnement. Sans la volonté de chaque acteur de jouer sa partition, le problème de rupture de stock sera loin d'être résolu.

✚ De la disponibilité de ressources humaines et financières.

La disponibilité de ressources humaines et financières est essentielle pour assurer une disponibilité constante et permanente des médicaments essentiels dans les structures publiques de santé. La disponibilité des ressources humaines est d'une importance capitale, elle constitue l'un des six piliers du système de santé. Il faut entendre par disponibilité de ressources humaines, un personnel en nombre suffisant par rapport à la charge du travail, qualifié et motivé.

Un personnel qualifié est un personnel qui a les qualités requises pour répondre aux responsabilités à lui confier. Ce qui suppose que le gestionnaire des stocks de médicaments, le pharmacien ou le dépositaire, doit avoir une connaissance approfondie du médicament et de la gestion de stocks. Cette connaissance suppose la maîtrise du remplissage des outils de gestion (fiches de stocks, rapports commandes) et une expertise dans le processus d'approvisionnement et de réapprovisionnement en médicaments essentiels. Il doit en effet, connaître les paramètres de gestion de stocks que sont la quantification, le point de commande d'urgence, le stock de sécurité, le stock maximal, le stock minimal, la consommation moyenne mensuelle etc.

La gestion des stocks est une activité délicate, elle requiert un personnel qualifié c'est-à-dire un personnel bien formé. Le centre de santé Gaspard KAMARA dispose d'une

pharmacie qui assume la même fonction au niveau du District et d'un dépositaire. Si le pharmacien qui est un professionnel de la santé est doté de connaissances appropriées en ce qui concerne le médicament et de l'approvisionnement, il n'en est pas de même pour le dépositaire. Ce dernier est recruté par le centre de santé sans formation initiale dans la gestion du stock.

Le dépositaire est chargé de la gestion quotidienne des médicaments. Il doit être qualifié c'est-à-dire avoir une formation adéquate pour la gestion des stocks. En effet, il doit être à même de connaître le stock de sécurité, de calculer la consommation moyenne mensuelle ainsi que toutes les méthodes de quantification pour les commandes. La qualification du dépositaire du centre de santé est donc essentielle pour la gestion des stocks. Elle permet d'assurer une disponibilité du médicament donc d'éviter les ruptures fréquentes de stocks.

En outre, le personnel en plus d'être qualifié, doit être motivé, c'est-à-dire qu'il doit se trouver dans un environnement qui lui donne tous les moyens de son épanouissement. La motivation du personnel est un élément essentiel de son rendement.

Par ailleurs, les ressources matérielles sont d'une importante capitale dans la disponibilité des médicaments. Car il faut assurer au centre des produits de qualité et en quantité suffisante.

3.2.3. IDENTIFICATION ET ANALYSE DES CAUSES DES RUPTURES DE MEDICAMENTS

Le système d'approvisionnement en médicaments essentiels, fonctionne comme une chaîne avec les éléments reliés les uns aux autres. Toute perturbation, à quelque niveau que ce soit, est susceptible d'influencer tout le processus d'approvisionnement.

Identifier et analyser les causes de ruptures du stock de médicaments essentiels, c'est observer chaque étape du processus d'approvisionnement depuis le fournisseur en passant par le grossiste répartiteur public jusqu'à la dispensation du médicament au niveau de la Pharmacie IB du centre de santé.

Il existe plusieurs outils de résolution des problèmes appelés outils de la qualité permettant d'identifier les causes d'un problème donné.

Il existe entre autres :

- ✓ Le diagramme de Pareto ou diagramme 80/20
- ✓ Le Brainstorming
- ✓ La boîte à idées
- ✓ Le diagramme d'Ishikawa ou diagramme en arête de poisson.
- ✓ La méthode des QQQQCP
- ✓ La méthode de l'arbre des causes

Pour l'identification des causes de la rupture fréquente de médicaments, la méthode de l'arbre des causes sera utilisée. Quant à l'analyse des causes de ruptures de stocks de médicaments, il conviendra d'utiliser le diagramme d'Ishikawa. Ces méthodes présentent l'avantage d'être simples et d'être concrets et visuels aussi bien pour l'arbre des causes et le diagramme d'Ishikawa.

3.2.3.1. Identification des causes :

L'identification des causes de la rupture des stocks de médicaments va se faire par la méthode de l'arbre des causes.

La méthode de l'arbre des causes

L'arbre des causes est une méthode de résolution des problèmes qui a été développée en France par l'Institut National de la recherche et de la sécurité (INRS)⁴⁰, depuis les années soixante-dix. C'est une méthode pratique de recherche de faits ayant concouru à la survenue d'un phénomène. En tant que démarche systémique, elle considère le phénomène comme le résultat d'un dysfonctionnement de l'organisation.

Pour comprendre le phénomène, selon la méthode de l'arbre des causes, il faut interroger l'ensemble des composantes du système et leur interaction. Cette méthode met ainsi en évidence la pluri causalité des événements non souhaités.

La méthode de l'arbre des causes permet de :

- Rechercher les facteurs du phénomène au-delà de la seule organisation où elle est survenue.

Elle ne s'arrête donc pas aux facteurs les plus proches du phénomène mais remonte plus en amont possible au niveau du fonctionnement global de tout le processus.

⁴⁰ INRS, « l'analyse de l'accident de travail, la méthode de l'arbre des causes », novembre 2013
www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/ED/TI-ED-6163/ed6163.pd

- Instaurer un débat ouvert autour du phénomène étudié. Cette discussion collective permet d'évaluer le « pourquoi ? » du phénomène à « que faire pour qu'il ne se reproduise pas »
- Ouvrir des champs des mesures de préventions possibles sans se limiter aux normes et mesures en vigueur.
- Communiquer largement grâce au support d'une représentation graphique.

Le phénomène observé dans le cadre de ce mémoire est la rupture de stocks de médicaments. Les facteurs de ces ruptures peuvent être exogènes ou endogènes. Endogènes, ils intéressent la structure elle-même où le phénomène est constaté, c'est-à-dire le centre de santé Gaspard KAMARA. Exogènes, ces facteurs dépassent le simple cadre de la formation sanitaire et embrasse tous les autres acteurs de la chaîne d'approvisionnement.

- Les facteurs endogènes :

Les facteurs endogènes sont liés à la structure même. Ils concernent l'absence d'un personnel adéquat et suffisamment qualifié à la gestion des stocks de médicaments dans une formation sanitaire publique. En effet, l'absence de personnel adéquat suppose que le personnel n'est pas en nombre suffisant proportionnellement aux tâches à effectuer tandis que l'absence de personnel qualifié traduit le niveau de compétence du personnel dans la maîtrise de gestion du système d'approvisionnement.

- Insuffisance de personnel pour la gestion du stock

Le problème de ressources humaines de qualité et en quantité suffisante dans les structures publiques de santé est tellement crucial que l'OMS en a fait l'un des piliers du système de santé.

Le centre de santé Gaspard KAMARA, centre de référence du District Sanitaire Centre dispose d'un seul pharmacien. Par ailleurs, il fait office également de pharmacien du District. Il est donc ballotté entre deux responsabilités au district et au niveau du centre de santé.

En outre, le centre de santé dispose d'un seul dépositaire. Le dépositaire est une personne recrutée par le Comité de Santé, le plus souvent sans formation initiale dans la gestion des stocks et dans la connaissance du médicament. Pourtant, le dépositaire est celui qui en

réalité s'occupe de la gestion quotidienne des stocks de médicaments. Il est seul à exécuter une masse importante de travail. Certes le dépositaire du District Centre a reçu plusieurs formations pour le renforcement de ses capacités et est suffisamment outillé mais sa charge de travail est impressionnante.

- Absence de personnel qualifié

Un personnel qualifié est un personnel qui a la compétence requise pour faire face aux responsabilités à lui confiées. La qualification suppose une bonne compréhension de la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels. Cela part de la bonne connaissance du médicament ainsi que la maîtrise des outils de gestions.

Une bonne connaissance en médicament signifie connaître les propriétés pharmacologiques des médicaments afin de pouvoir effectuer des substitutions en cas de rupture de certains produits dans le but de répondre aux exigences thérapeutiques des patients.

La maîtrise des outils de gestion suppose une bonne connaissance du système d'information en gestion logistique. Ainsi, le bon remplissage des outils de gestion implique une bonne connaissance de l'expression des besoins (quantification, consommation moyenne mensuelle, mois de stocks disponibles, le respect de la période de revue.). Le bon remplissage des outils de gestion suppose la disponibilité des outils de gestion (fiches de stocks, bordaux de commande etc.).

Un bon système d'information en gestion logistique suppose un bon rapportage des acteurs de la chaîne d'approvisionnement et permet de suivre le mouvement de chaque produit et de faire les prévisions nécessaires afin d'assurer sa disponibilité constante et permanente.

S'il est vrai que le dépositaire du District Centre a bénéficié de renforcement de capacité, tel n'est pas le cas de celui du centre de santé Gaspard KAMARA.

- Les facteurs exogènes

Les facteurs exogènes peuvent être le fait des structures en amont qui ravitaillent le centre de santé Gaspard KAMARA c'est -à dire le District Sanitaire ou le grossiste répartiteur public (PNA, PRA). Ils vont même jusqu'au niveau du fournisseur.

- La responsabilité du District Sanitaire

La Pharmacie du district est la clé de voûte du processus d'approvisionnement au niveau du modèle « Jegge Sina ». C'est lui qui se charge de l'expression des besoins de tous les points de prestations de services qui relèvent de son ressort territorial (les centres de santé et postes de santé) pour effectuer les commandes de médicaments à la PRA.

Les produits ainsi commandés sont livrés au district sanitaire, qui à travers un système d'allocation approvisionne les centres et postes de santé via un opérateur privé.

Toute situation qui peut entraîner des ruptures fréquentes de médicaments car les risques d'une mauvaise expression des besoins avec l'opérateur privé au niveau du district est évidente.

- La responsabilité du grossiste répartiteur public (PNA, PRA)

Le grossiste répartiteur public, la PNA à travers ses dépôts régionaux (PRA), a la responsabilité d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels sur toute l'étendue du territoire. Elle doit donc disposer de moyens (matériels et humains) pour un bon approvisionnement en médicaments essentiels.

Cette situation d'exclusivité et de monopole de la PNA à assurer l'approvisionnement de toutes les formations sanitaires publiques du pays peut constituer un facteur de rupture de médicaments.

Les procédures de passation des marchés (appel d'offre international selon les dispositions du code des marchés publics du Sénégal) sont très longues.

C'est souvent un facteur déterminant du retard dans l'acquisition du médicament et de sa mise sur le marché national.

- La responsabilité du fournisseur

La défaillance au niveau du fournisseur peut entraîner les ruptures de stocks de médicaments. Cette défaillance peut être indépendante de la volonté des firmes pharmaceutiques du fait du manque de matière première en vue de la fabrication mais elle peut être due à la volonté du fournisseur de stopper la commercialisation du médicament,

du fait de la non rentabilité du médicament du point de vue commercial ou de donner la priorité à un autre produit jugé plus rentable.

Les causes de rupture au niveau du fournisseur sont nombreuses. Elles peuvent être liées selon la revue de la littérature à « l'outil de production (44%), notamment à des retards de fabrication, une perte de savoir-faire, un incident de production, une capacité de production insuffisante ; Des difficultés d'approvisionnement en matière première (17%) ; Des défauts de qualité des produits finis (13%) et des matières premières (5%) ; Des modifications d'autorisation sur le marché (8%)⁴¹ ».

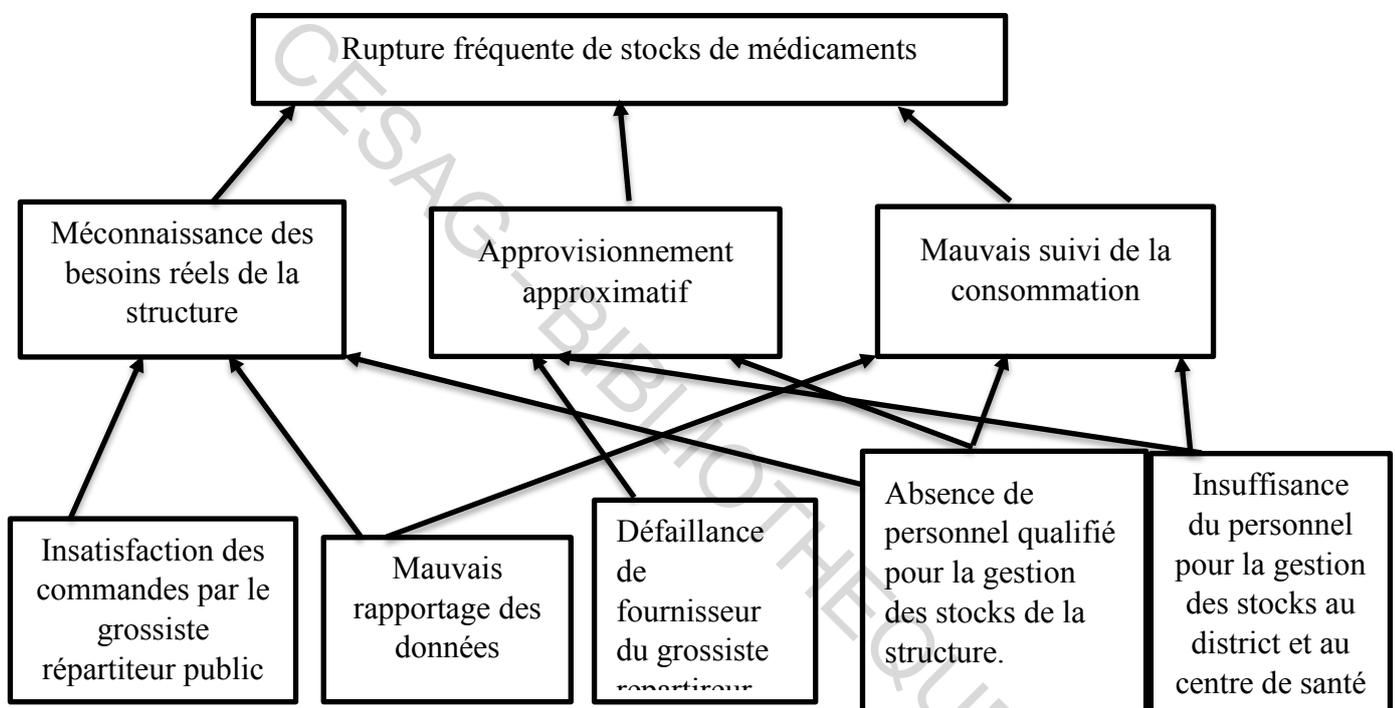


Figure 11: Arbre des causes des ruptures de médicaments

3.2.3.2. Analyse des causes

Pour analyser les causes, le diagramme d'Ishikawa ou diagramme de cause à effet servira d'outil de qualité.

⁴¹ l'ANSM, « Construire l'arbre des causes (cause principale , causes et causes tertiaires). », 12 mars 2015, ANSM

Le diagramme d'Ishikawa, rappelle le squelette d'un poisson d'où l'appellation « diagramme en arête de poisson ». C'est outil visuel a pour finalité de lister les causes qui ont une influence sur un effet (une situation), de les classer, de les hiérarchiser.

Le diagramme d'Ishikawa permet de classer les causes par famille à travers les 5M :

✓ Main d'œuvre :

Par main d'œuvre, il faut comprendre, tous ce qui est relatif à l'action humaine : collaborateurs, compétences, connaissance, comportement et attitudes, organisation de l'équipe de travail

✓ Matières :

Les matières concernent la qualité, tout ce qui est consommable (matière première)

✓ Matériels :

Tout ce qui résulte d'investissements : les moyens de production, les équipements, les locaux, les registres, l'outils informatique et les logiciels de gestion des données

✓ Méthodes :

Tout ce qui concerne le savoir-faire, la méthode de réalisation de l'activité, les techniques, les procédures, modes opératoires...

✓ Milieu :

Le milieu englobe l'environnement de travail, la concurrence etc.

A partir de cette méthode de 5M, il convient donc de construire le diagramme d'Ishikawa permettant d'analyser la rupture fréquente des stocks de médicaments (Figure7).

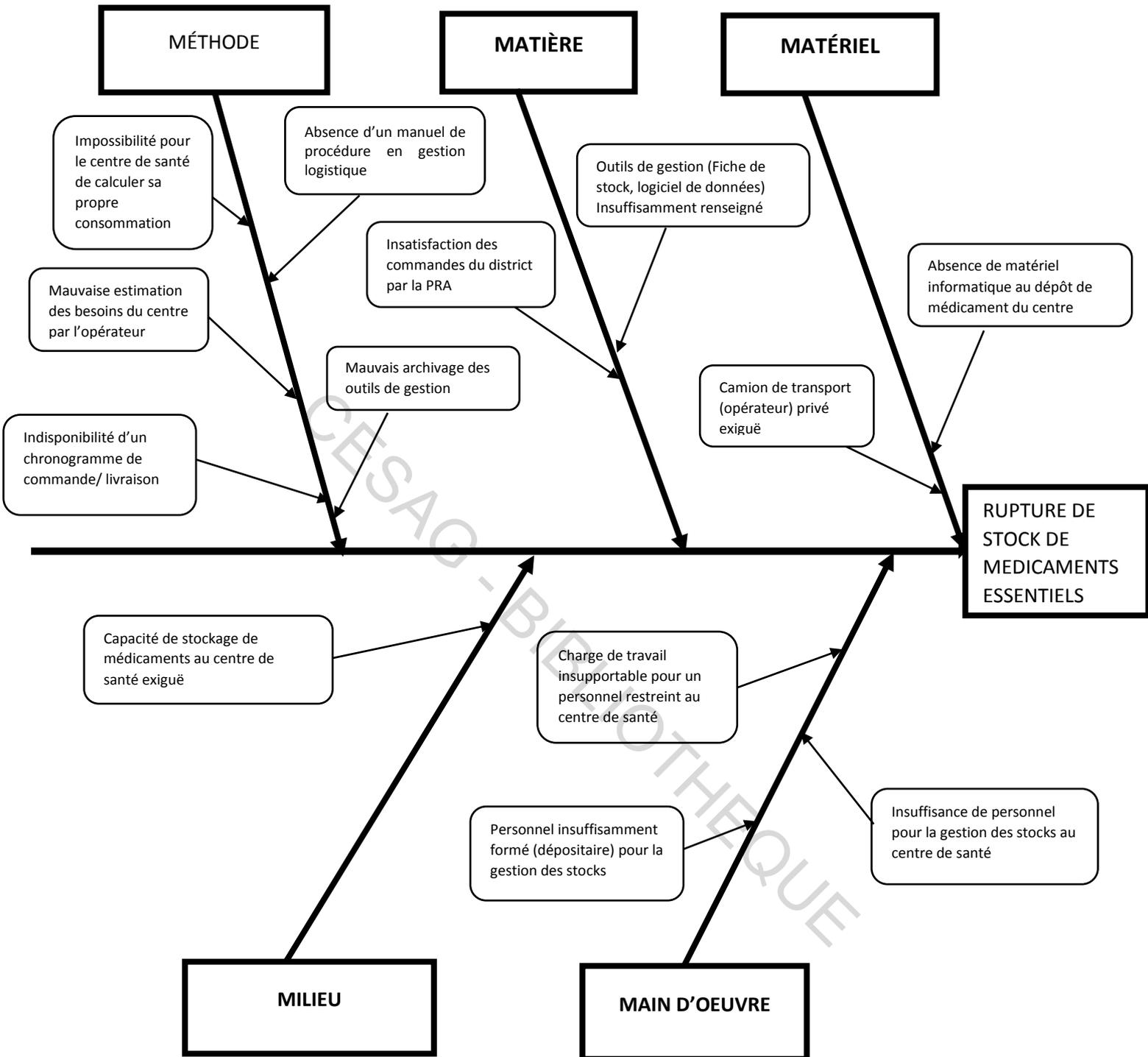


Figure 12: Diagramme d'ISHIKAWA pour l'analyse des causes des ruptures de médicaments.

3.2.3.3. HIÉRARCHISATION DES CAUSES

La hiérarchisation des causes des ruptures de stocks de médicaments essentiels s'est faite par le vote pondéré des membres du groupe nominal. Dans ce vote, selon l'importance accordée à la cause et ses conséquences sur la gestion des stocks, chaque personne ressource attribue une note sur une échelle allant de 1 à 10.

Tableau 1: Tableau d'hiérarchisation des causes des ruptures de médicaments.

CAUSES	NOMBRES DE MEMBRES					TOTAL	RANG
	PR1	PR2	PR3	PR4	PR5	TOTAL	
Personnel insuffisamment formé (Dépositaire) pour la gestion des stocks	7	8	8	8	8	39	1er
Insuffisances de personnel Pour la gestion des stocks au centre de sante	6	5	6	6	5	28	2eme
Mauvaise estimation des besoins Du centre par l'opérateur privée	6	5	4	6	4	25	3eme
Insatisfaction des commandes du district par la PRA	4	5	5	4	6	24	4eme
Outil de gestion (Fiche de stock, logiciel de données) Insuffisamment renseigné	4	4	4	4	5	21	5eme
Mauvais archivage Des outils de gestion	2	3	2	3	3	13	6eme
Indisponibilité D'un chronogramme de commande / livraison	3	1	2	3	2	11	7eme
Absence de manuel De procédure en gestion logistique	2	2	2	1	3	10	8eme
Impossibilité pour le centre de sante de calculer sa propre consommation	2	1	3	1	2	9	9eme
TOTAL	36	34	36	35	38	180	

Après le vote de chaque membre, le total des points à montrer que la manque de formation du personnel impliqué dans la gestion des stocks et approvisionnement a enregistré le plus gros score. Elle a été retenue comme la cause principale des ruptures de stocks de médicaments.

CHAPITRE IV : SOLUTIONS ET RECOMMANDATIONS DE L'ETUDE

4.1. SOLUTION DE L'ETUDE

4.1.1. IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

4.1.1.1. Identification des solutions possibles

Il arrive que certains traitements, même les plus courants ou les plus indispensables aux patients, ne soient pas disponibles au centre de santé parce qu'il y a rupture de médicaments. Il convient d'abord de passer en revue les différentes solutions possibles au problème de rupture de stocks de médicaments essentiels. Ensuite, identifier une solution possible pour chacune des causes recensées.

Élaborer un manuel de procédure pour la gestion du système logistique des médicaments essentiels

Élaborer un manuel de procédure afin de simplifier et d'harmoniser la gestion logistique des médicaments essentiels. Il servira d'outil de référence d'une bonne gestion du système d'approvisionnement.

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

Il convient donc de mettre en place une procédure pour expliquer le rôle de chaque maillon de la chaîne. On y trouvera les explications, les données et les formulaires nécessaires pour une bonne gestion du système logistique ainsi que les rôles et les responsabilités de chaque acteur de la chaîne d'approvisionnement.

Si le système d'approvisionnement fonctionne conformément à la procédure mise en place, il pourra satisfaire à l'idéal de « zéro rupture ».

Mise en place d'un bon système d'information en gestion en médicament (SIGM)

Le système d'information est l'élément capital sur lequel repose un bon système d'approvisionnement. C'est un outil essentiel à la prise de décision. Il est tellement important qu'il constitue l'un des six piliers du système de santé.

Un bon système d'information en gestion logistique permet de suivre le mouvement de chaque produit et de faire les prévisions nécessaires afin d'assurer sa disponibilité constante et permanente. L'utilisation des données de qualité donc d'un bon rapportage permet de recevoir la quantité de produits dont on a besoin. En effet, les calculs, quand ils sont faits avec de bonnes données, indiquent avec précisions la quantité nécessaire, y compris un stock de sécurité pour les moments imprévus, comme une hausse de consommation.

Le système d'information en gestion des médicaments doit permettre de suivre le mouvement de chaque produit depuis son achat jusqu'à sa dispensation. Il permet aux gestionnaires de stocks d'éviter des estimations empiriques et de calculer la quantité à commander sur la base de données réelles, justes et fiables.

Ainsi, le gestionnaire des médicaments doit être à même d'indiquer le stock disponible utilisable, le taux de consommation ainsi que les pertes et les ajustements, trois données essentielles d'un bon système logistique.

- a. Le stock disponible est utilisable (SDU), la quantité de produits en bon état actuellement en stock.
- b. Le taux de consommation, la quantité servie aux patients durant la période. On apprécie le taux de consommation par le calcul de la consommation moyenne mensuelle (CMM).
- c. Les pertes et les ajustements : les pertes correspondent au stock périmé ou endommagé tandis que les ajustements concernent les transferts entre un site et un autre.

Pour avoir un système d'information viable, il convient de mettre à la disposition du centre de santé, un certain nombre d'outils de gestion.

Trois catégories d'outils sont indispensables pour assurer un système d'information performant :

- Outils d'identification de stocks.
- Outils de demande d'approvisionnement ou des commandes.
- Outils de suivi de stocks.
 - ✓ Outils d'identification de stocks :

Il s'agit de dresser la liste des médicaments essentiels disponibles à partir d'un système de classification et de codification.

Il est donc attribué un code à chaque produit ce qui permet de le repérer plus facilement.

- ✓ Outils des demandes d'approvisionnement :
 - Les rapports commande.
 - Les bordereaux de livraison.
 - Les registre d'inventaire.
- ✓ Outils de suivi de stocks :
 - Les fiches de stocks
 - Registres de suivis des produits périmés

Il est important de mettre en place au niveau national la version électronique du SIGM papier afin de permettre à tous les acteurs de connaître en tout lieu et en tout temps, l'état du stock qu'à travers un téléphone portable.

Les méthodes à adopter pour éviter la rupture de stock :

 **Un personnel qualifié pour une meilleure gestion de stock**

La gestion des médicaments et matériel médical est une lourde tâche pour les personnes qui en ont la charge. Sans un personnel qualifié à la gestion des stocks et au système d'approvisionnement, il sera impossible d'éviter les ruptures fréquentes et prolongées de stocks de médicaments. Un personnel qualifié est un personnel bien formé, c'est à dire un personnel qui a reçu la formation requise dans gestion des stocks. La qualification suppose une bonne compréhension de la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels. Cela part de la bonne connaissance du médicament ainsi que la maîtrise des outils de gestion.

La maîtrise des outils de gestion suppose une bonne connaissance du système d'information en gestion des médicaments. Ainsi, le bon remplissage des outils de gestion implique une bonne connaissance de l'expression des besoins (quantification, consommation moyenne mensuelle, mois de stocks disponibles, le respect de la période de revue.). Le bon remplissage des outils de gestion suppose la disponibilité des outils de gestion (fiches de stocks, bordereaux de commande etc.).

4.1.1.2. Justification de la solution

Le besoin de formation du personnel de la pharmacie en gestion des stocks, a été constaté lors du stage effectué au centre de santé Gaspard KAMARA. En outre, l'analyse du problème de rupture de stocks en médicaments a montré avec véhémence que la formation des agents impliqués dans le processus d'approvisionnement et la gestion des médicaments est un élément incontournable pour éviter les ruptures fréquentes de stocks.

Il convient d'apporter aux personnes concernées par le fonctionnement du système d'approvisionnement des médicaments, la formation et les outils nécessaires pour une bonne gestion.

Le but recherché est de permettre au personnel de la pharmacie d'améliorer ses connaissances en gestion des stocks et de maîtriser le processus d'approvisionnement en médicaments essentiels.

4.1.2. MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION

La formation est la solution retenue pour amorcer le processus de résolution du problème de la rupture de stocks de médicaments au centre de santé Gaspard KAMARA. Mais d'autres activités peuvent venir renforcer cette solution afin d'assurer une meilleure gestion des stocks de médicaments.

Il s'agit en autres de :

- La mise en place des outils de gestion tels que les fiches de consommation et des fiches de stock, les registres d'entrée et de sortie des stocks, les fichiers historiques, les registres de commande...etc.
- La sensibilisation des chefs de services et des majors pour une implication des responsables dans la gestion des stocks.

- -Le renforcement de la supervision impliquant la direction, le pharmacien du district et les responsables de services.

Afin de mettre en œuvre la solution retenue, un entretien avec le pharmacien du District par ailleurs pharmacien du centre Gaspard KAMARA et une séance de travail réunissant les responsables de services du centre ont été réalisés.

Ces rencontres ont permis à tous les acteurs d'avoir les informations nécessaires pour la mise en œuvre, étapes mentionnées dans le plan d'action.

4.1.2.1. Le cadre logique de la mise en œuvre de la solution pour la réduction des ruptures de stocks de médicaments

Le cadre logique est une méthode de gestion axée sur les résultats (GAR). Pour appréhender le concept de GAR, il convient d'éclairer la notion de résultat. Celui-ci est compris dans un sens large : « un changement descriptible ou mesurable résultant d'une relation de cause à effet ». Il comprend trois niveaux : résultats immédiats, résultats à moyen terme et résultats à long terme.

Le cadre logique permet de confronter, déjà sur le papier, la cohérence entre les différents niveaux de projets, en prenant comme point de référence son objectif le plus élevé.

C'est un outil de gestion, élaboré en 1970 par un bureau d'étude (Practical concepts Inc, PCI) sous l'égide de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) pour répondre aux besoins de planification, de gestion et d'évaluations des projets.

Le cadre logique n'est pas à proprement parler une méthode d'évaluation, il est plutôt un outil de conception et de conduite de projet. A ce titre, il incorpore un dispositif de suivi et d'évaluation.

En outre, le cadre logique synthétise sous forme de tableau (une matrice), toutes les informations clés d'un projet : objectifs, résultats, activités, risques, programmation, ressources. La méthode du cadre logique est la succession d'étapes et d'analyses qui va permettre l'élaboration progressive de la matrice

- ✚ Finalité ou objectif global :

La finalité ou Objectif global, traduit ce vers quoi sont orientés les efforts déployés du projet. Le projet seul ne permet pas d'atteindre ces objectifs globaux qui sont généralement définis dans les programmes et plans des pays.

L'objectif global ou la finalité d'une action renvoie donc à l'état final attendu, aux intentions explicites de ses promoteurs relatives aux valeurs à promouvoir. IL s'agit généralement d'objectif sectoriels ou nationaux auxquels le projet est censé contribuer.

✚ But ou objectifs spécifiques :

Le but est le problème que le projet est censé résoudre à terme ou le besoin à satisfaire. C'est, en d'autres termes, la situation de fin de projet.

Il indique ce qui devra être atteint à moyen terme, c'est-à-dire les bénéfices durables à procurer aux bénéficiaires du projet, de l'institution ou du système.

✚ Les résultats :

Les résultats sont ceux par quoi l'on détermine si le projet ou programme produit les effets voulus grâce à la réalisation de ses objectifs particuliers.

Ils peuvent aussi être définis comme l'énoncé synthétique précisant les réalisations à obtenir à la fin du projet pour atteindre le but fixé. Ce sont les services que doit offrir le projet.

Dans ce cas le programme qui comporte la prestation de services à une population, la mesure des résultats devrait porter directement sur les changements attendus chez cette population. Par exemple, les résultats peuvent être rattachés aux comportements, aux connaissances, aux attitudes, aux valeurs ou à d'autres caractéristiques ciblées par le programme.

✚ Les produits ou extrants :

Les extrants ou produits sont les produits directs des activités de programme. Ils sont habituellement mesurés en fonction de la qualité de travail accompli. Ils peuvent comprendre par exemple, le nombre de bénéficiaires servis, le niveau de service fourni, le nombre de séances d'informations d'éducatives organisées. etc.

✚ Intrants ou moyens :

Les moyens ou intrants sont constitués par toutes les ressources consacrées à la mise en œuvre et au fonctionnement du projet. Pour la plupart, ils sont facilement exprimables sous formes monétaire.

✚ Les indicateurs objectivement vérifiables (IOV) :

Les indicateurs objectivement vérifiables sont des facteurs ou variables, de nature quantitatives ou qualitatives, qui constituent un moyen simple et fiable de mesurer et d'informer des changements liés à l'intervention ou d'aider à apprécier la performance d'un acteur du développement.

Les IOV sont les indices, les signes, les paramètres qui permettent d'observer le progrès fait vers l'atteinte des résultats ou d'un objectif. Ils sont objectivement vérifiables lorsque différentes personnes effectuent les mêmes mesures, indépendamment les uns des autres obtiennent les mêmes résultats.

La pertinence des indicateurs est aussi fondamentale que celle des objectifs. Ceux-ci doivent être bien pensés, SMART :

- Specific (spécifique - un indicateur ne mesure qu'un seul aspect du projet)
- Measurable (mesurable - deux évaluateurs trouveraient le même résultat)
- Achievable (atteignable)
- Reliable (fiable)
- Time-bound (temporellement défini)

✚ Les moyens de vérification :

Les moyens de vérifications sont les sources et techniques de recueil d'informations permettant de rassembler l'information nécessaire pour l'obtention des IOV.

✚ Les hypothèses :

Facteurs externes qui, à chaque niveau peuvent influencer l'évolution du projet

Les hypothèses décrivent les conditions, les évènements ou les éléments sur lesquels l'équipe du projet n'a aucune emprise et qui sont nécessaires pour la réussite du projet.

Le tableau ci-dessous présente notre cadre logique (Voir Tableau XIV).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau XIV : Cadre logique de la mise œuvre de la solution pour la réduction des ruptures de stock

		INDICATEUR OBJECTIVEMENT VERIFIABLE (IOV)	MOYENS DE VERIFICATION	HYPOTHESES
OBJECTIF GLOBAL	Assurer la disponibilité des services de santé de qualité au Sénégal	Taux de satisfaction des populations quant à l'utilisation des services de santé.	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport d'évaluation - Rapport Enquête Démographie Santé (EDS- MIC) 	Adhésion de tous les acteurs du système de santé à la politique de couverture sanitaire universelle.
OBJECTIF SPECIFIQUE	Faciliter la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels au centre de santé Gaspard KAMARA	Taux de rupture des médicaments essentiels.	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport de supervision - Fiches de stocks 	Difficultés d'approvisionnement de la PNA
RESULTATS :	R.1.Former le personnel de la pharmacie à la maîtrise du système d'approvisionnement et de gestion des stocks.	- Nombre de personnes formés à la gestion des stocks	- Rapport de formation.	- Adhésion des agents de santé.
	-R.2.Sensibiliser les chefs de services à l'amélioration du système d'information en gestion du médicament (SIGM)	- Nombre de chefs de services sensibilisés au bon rapportage des données.	- Compte rendu de la réunion de sensibilisation.	- Adhésion des chefs de services.

	R.3. Doter la pharmacie du centre de sante d'outils de gestion (Fiches de stocks, registre d'inventaire)	- Mille (1000) fiches de stocks et vingt-cinq (25) registres d'inventaire	- Bon de commande et bordereau de livraison	- Ressources financières
ACTIVITES :	R1. A.1 Recruter deux experts pour l'appui technique lors de la formation.	- deux (2) experts pour l'appui techniques recrutés.	-Rapport des activités de formation.	-Adhésion du personnel
	R1. A2- Elaborer le planning et le lieu de formation.	- le planning et le lieu de la formation élaborés.		
	R1. A3 Organiser deux (2) séances de formations de trois (3) jours sur le système d'approvisionnement et la gestion des stocks	- Deux (2) séances de formations de 3 jours sont organisées.		
	R2- organiser deux (2) séances sensibilisation des chefs de services à l'amélioration du SIGM.	- Deux (2) séances des sensibilisations des chefs de services sont organisés.	-Rapport d'activité de la sensibilisation	- Adhésion des chefs de services.
	R3. Mettre en place les outils de gestion (Fiches de stocks et registres d'inventaires).	Mille (1000) fiches de stocks et vingt-cinq (25) registres d'inventaires sont confectionnés	- Bon de commande et bon de réception	- Disponibilité financière

Source : Nous -même

4.1.2.2. Plan d'action pour l'amélioration de la gestion des stocks et du bon rapportage des données.

Notre plan d'action s'articule autour des six rubriques citées ci-dessous :

- Les activités à mener pour la réussite de la solution retenue
- La date de début et de fin des activités
- Les ressources humaines et matérielles nécessaires pour la mise en œuvre
- Les personnes responsables
- Le budget
- Les sources de financement

Les activités à mener pour la mise en œuvre de la solution débuteront le 3 janvier 2018 par les réunions de sensibilisation des chefs de services. Les séminaires de formation débuteront le 11 janvier et prendront fin le 13 janvier 2018. Deux experts sont recrutés pour apporter leur appui technique aussi bien pour la sensibilisation des chefs de services que pour la formation de tout le personnel de la pharmacie.

Les deux réunions de sensibilisation pour l'amélioration du système d'information en gestion du médicaments (SIGM) seront organisées au centre de santé Gaspard KAMARA. Sont concernés tous les chefs de services, notamment, Le major, la maitresse sage- femme, la pharmacie du centre de santé. Ces réunions sont placées sous la supervision du médecin-chef. Une salle sera aménagée à cet effet.

Quant au séminaire de formation, ils se tiendront à Sally, loin de l'environnement habituel de travail. Il s'agira de pendant ce séminaire de formation de montrer à toutes les personnes impliquées dans l'approvisionnement, la gestion du stock et du rapportage, l'importance de l'activité qu'elle mènent. La formation concerne, outre le personnel de la pharmacie du district centre (pharmacien et dépositaire), le dépositaire du centre de santé Gaspard KAMARA et tous les responsables de services impliquées dans le rapportage des données. (Voir Tableau XV).

Tableau XV : Plan d'action pour l'amélioration de la gestion des stocks et du bon rapportage des données.

ACTIVITÉS	DATE DE DÉBUT ET DE FIN	RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES	PERSONNES RESPONSABLES	SOURCE DE FINANCEMENT
Réunion de sensibilisation des chefs et majors de services à l'importance du bon rapportage des données.	Du 03 au 04 janvier 2018	Médecin -chef du District Centre.	Deux experts recrutés	Le centre de santé Gaspard KAMARA
Mise en place des outils de gestion	Du 05 au 08 janvier 2018	-le président du comité de gestion et le gestionnaire du centre de santé. -Bon de commande -Bon de livraison -Fiches de stocks	Le gestionnaire du centre de santé	Le centre de santé Gaspard KAMARA
Formation du personnel de la pharmacie et des chefs de services à la maîtrise la gestion des stocks et du bon rapportage	Du 11 au 13 Janvier 2018	- Les deux experts -Matériels et documents de formation. -fournitures de bureau	Les deux experts recrutés	ONG (Partenaire technique et financier)
Supervision	Tous les trois mois	- le pharmacien du district -Fiche de supervision	Le pharmacien du district	Le district sanitaire centre

Source : Nous -même

Tableau 2: Budget de formation du personnel à la gestion des stocks.

Dénomination	Nombre	Jour	Prix unitaire (FCFA)	Total (FCFA)	Source
Séjour à l'hôtel	10	04	35.000	1.400.000	- Centre de santé Gaspard KAMARA - Appui de partenaires techniques et financiers
Location de la salle de formation	01	03	300.000	900.000	
Honoraire des formateurs	02	03	50.000	300.000	
Perdiem des participants	10	04	10.000 frs	400.000	
Forfait transport	10	-	25.000	250.000	
Pause-café	10	06	2.500	150.000	
Petit déjeuner	10	04	2.500	100.000	
Déjeuner	10	03	7.500	225.000	
Perdiem chauffeur	01	03	10.000	30.000	
Sous total				3.755.000	
Kit des participants	10	-	5.000	50.000	-Centre de santé Gaspard KAMARA - Appui de partenaires techniques et financiers
Papier padex	02	-	5.000	10.000	
Marqueur		4	2.000	8.000	
Forfait communication	-	-	-	30.000	
Dotation en carburant	03	-	30.000	90.000	
Sous total				188.000	
TOTAL				3.943.000	

Source : Nous-même

4.1.2.3. Suivi de la mise en œuvre de la solution

Vu l'importance de l'étude, les responsables du centre ne devraient ménager aucun effort pour adhérer à la mise en œuvre de la solution. Les chefs de services doivent tous s'impliquer dans la mise en place d'un système d'information en gestion du médicament afin de permettre aux responsables de la pharmacie de connaître les réels besoins du centre en matière d'approvisionnement en médicaments essentiels.

La mise en œuvre de la solution implique donc une implication certaine de chaque acteur afin d'atteindre cet objectif d'amélioration de la gestion des stocks et des approvisionnements.

Il ne devrait en principe avoir aucune difficulté pour la mise en œuvre de la solution dans la mesure où elle résulte de la volonté du centre de santé Gaspard KAMARA d'assurer la disponibilité d'un service de santé de qualité.

Le budget exigé pour sa réalisation d'un montant de trois-million-neuf-cent-quarante-trois-milles FCFA (3.943.000) devrait être mobilisé grâce à la bonne volonté des responsables du centre de santé (le médecin -chef, le comité de santé) et surtout avec l'appui d'une ONG ou partenaire technique pour le renforcement des capacités.

Les activités démarreront le 3 janvier 2018 par les réunions de sensibilisation des chefs de services. Ces réunions ont pour objectif d'amener les responsables de services à mieux comprendre et saisir leur rôle dans la gestion des stocks à s'y investir davantage. Ces réunions se tiendront au centre Gaspard KAMARA. La mise en place des outils de gestion se fera juste après les séances de sensibilisation, également avec la volonté des responsables et les ressources de l'organisation.

La formation du personnel de la pharmacie et des responsables des services à la maîtrise de la gestion des stocks et de bon rapportage des données, démarreront aux dates prévues grâce à l'appui de partenaires techniques et financiers.

Evaluation de la mise en œuvre

A la fin du premier trimestre de l'année 2018, une supervision sera faite afin d'évaluer la mise en œuvre de notre solution. Les supervisions permettront ainsi, tous les trois mois, de constater le gap entre ce qui se fait et c'est prévu afin de corriger les écarts et rendre le

processus dynamique. Aussi, il serait intéressant de mettre sur pied un comité médicament impliquant tous les chefs de services et le personnel de la pharmacie, qui se tiendra une fois le mois et présidé par le médecin chef de district.

Grâce à l'adhésion de tout le personnel de la pharmacie, les responsables du centre et le partenaire technique et financier, les activités inscrites dans le plan d'action pourront être réalisées. Le rapport de formation nous servira de moyen de vérification.

Quant à la mise en place des outils de gestion, les différents bons de commande et bordereaux de livraison permettront de vérifier que les fiches de stocks et les registres d'inventaires ont été confectionnés et mis à la disposition du personnel de la pharmacie.

Quant à la formation, elle sera effective et un rapport d'activité ainsi que les factures des prestations du séjour et des déjeuners et pause -café serviront de moyens de vérification. Un pré-test et un post test seront organisés pour apprécier le niveau de compréhension du personnel de la pharmacie à l'issue du séminaire de formation.

Les activités mentionnées dans le plan d'action sont donc réalisées à plus de 75%.

4.2. RECOMMANDATIONS DE L'ÉTUDE

L'évaluation du système d'approvisionnement en médicaments essentiels dans le centre de santé Gaspard KAMARA dans le District Sanitaire Centre de Dakar dans un contexte de couverture sanitaire universelle, nous a permis de comprendre les problèmes qui minent la chaîne d'approvisionnement et les solutions à apporter afin d'obtenir des services de santé de qualité. Il convient donc de faire les recommandations à toutes les personnes impliquées pour un meilleur système de santé.

AU CENTRE DE SANTE GASPARD KAMARA :

- Former les gestionnaires de stocks (dépositaire et vendeurs) et tous les chefs de services de la structure au bon rapportage.
- Recruter du personnel qui a au moins terminé les études moyennes (détenteur d'un BFM) pour assurer la gestion des médicaments au niveau du centre santé.
- Respecter rigoureusement les procédures de gestion des médicaments essentiels (remplir chaque jour et correctement le registre de sortie des médicaments par malade, la fiche de stock, le registre de distribution journalière et commander les MPE sur la base de la consommation moyenne mensuelle).
- Faire mensuellement l'inventaire physique des stocks de médicaments du centre de santé.
- Organiser chaque mois une réunion du comité médicament.
- Doter la pharmacie et le dépôt du centre de santé d'outils informatiques et d'un logiciel de gestion de stocks.

AU DISTRICT SANITAIRE CENTRE :

- Multiplier les supervisions au niveau des points de prestation de services afin de vérifier la maîtrise de la bonne gestion de stocks par les dépositaires.
- Demander aux centres et postes de santé d'élaborer chaque un rapport de consommation afin de saisir l'état réel de leur besoin.
- Disposer d'un espace plus spacieux pour le stockage des médicaments.

✚ A LA PNA/ PRA :

- Trouver des fournisseurs crédibles afin d'assurer la disponibilité constante et permanente des médicaments essentiels dans toutes structures publiques de santé.
- Etablir un chronogramme de commandes et de livraisons des médicaments essentiels au niveau national.
- Elaborer un manuel de procédure pour la maîtrise du système d'approvisionnement et la gestion des stocks.
- Recruter des opérateurs privés outillés dans la logistique du médicament et les former dans la quantification des consommations des centres de santé.
- Mettre en place un système électronique d'information en gestion du médicament (e-SIGM) au plan national.

✚ A L'ACMU :

- Assurer le remboursement des prestations de soins des structures de santé dans le cadre des initiatives de gratuité.
- Assurer le remboursement des montants dus aux mutuelles de santé pour la prise en charge totale des personnes bénéficiant de la Bourse de sécurité familiale dans le cadre de CMU.
- Assurer le versement des 3500 frs représentant la subvention de l'Etat à la prise en charge des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle.

✚ AU MINISTÈRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE :

- Dissocier le pharmacien du district de celui du centre de santé de référence (Gaspard KAMARA).
- Affecter un pharmacien au centre de santé de référence du district.
- Affecter des gestionnaires de pharmacie dans toutes les formations sanitaires publiques.

✚ A L'ETAT :

- Ouvrir à l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire (ENDS), un cursus de formation de gestionnaire en pharmacie.
- Soustraire la PNA de la procédure classique de passation de marchés publics.
- Mettre les moyens financiers à la disposition de l'ACMU pour assurer sa mission.

CONCLUSION GENERALE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

La présente étude a contribué à une meilleure compréhension du système d'approvisionnement en médicaments essentiels dans les structures publiques de santé au Sénégal dans un contexte de couverture universelle.

Elle a permis d'éclairer davantage sur le fait que la problématique de la gestion des médicaments essentiels est encore une question très superficiellement prise en compte par les décideurs publics alors qu'elle constitue l'épine dorsale d'un service de santé de qualité.

L'évaluation a donné de constater au centre de santé Gaspard KAMARA que :

- (1) Les ruptures des médicaments essentiels sont importantes et qu'il existe une responsabilité en cascade, partagée à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement (PNA, PRA, dépôts de pharmacie des districts, des centres de santé et des postes de santé).
- (2) Les ruptures fréquentes des médicaments essentiels dans les structures publiques de santé sont un frein à la bonne marche de politique de Couverture Maladie Universelle.
- (3) Le remboursement tardif, des montants de la prise en charge des prestations au niveau de la gratuité et des subventions au niveau des mutuelles de santé par l'Etat, constitue un grand goulot d'étranglement donc un facteur limitant de cette politique de justice sociale et d'équité.

Au milieu de tous ces écueils, la détermination de chaque acteur du système de santé doit être sans faille, car « l'habitude du désespoir est plus terrible que le désespoir lui-même ». Et ces mots d'Albert CAMUS, repris naguère par la ministre française de la santé Roselyne Bachelot-Narquin, lors de 10 ans de CMU en France, doivent forger « *notre refus à se résigner devant l'insupportable et à accepter l'inacceptable.* »

Tous les acteurs du système de santé doivent faire de l'approvisionnement en médicament une préoccupation de premier niveau et accepter emprunter le chemin de la Couverture Sanitaire Universelle, qui s'annonce comme « *la troisième transition sanitaire mondiale* ⁴² *après la transition démographique et la transition épidémiologique* ».

⁴² Dr Oumar SAGNA, thèse de Doctorat P.9

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

1. BOURDILLON F, BRÜCKE G, TABUTEAU D. Traité de santé publique. Paris : Lavoisier Médecine Sciences, 3ème édition ; 2016. 713 pages
2. BOURDILLON F, GRIMALDI A, TABUTEAU D, PIERRU F. LYON-CAEN O. Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire. Paris : Éditions Odile ;
3. BRECHAT PH. Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie. Des solutions pour un système de santé et d'assurance maladie durable. Paris : Presses de l'EHESP ; mars 2016.
4. BUISSON JP, GIORGI D. La politique du médicament. Paris : Edition Montchrestien ; Coll : Clefs/ Economie. 160 pages
5. CHADALAT JF, TABUTEAU D. Les dix ans de la CMU (1999-2009). Paris : Edition de santé et Presses de Science Po ; verbatim santé, Décembre 2009.
6. KEROUEDAN D. BRUNET-JAILLY J. Santé mondiale. Enjeu stratégique, jeux diplomatiques. Paris : Presses de Sciences Po ; Juin 2016.
7. N'DA P. Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines : réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article. Paris : L'Harmattan ; 275 pages.
8. PERRET B. Evaluation de Politiques Publiques, Paris : La Découverte ; Collection Repères ; Novembre 2014. 125 pages.
9. PETERS G, KLIMEK YC. Une politique du médicament pour l'Afrique : contrainte et choix. Paris : Karthala, 198 pages
10. TABUTEAU D, BRAS PL. Les assurances maladies. Paris : Presses Universitaires de France ; Collection Que sais-je ? février 2012.
11. TABUTEAU D. Démocratie sanitaire, les nouveaux défis de la politique de santé. Paris : Editions Odile Jacob ; septembre 2013.

THESES ET MEMOIRES

12. ADZODO A. Une étape vers la couverture sanitaire universelle : évaluation de la performance de la couverture maladie obligatoire et de l'Institut national d'assurance maladie au Togo. [Mémoire] CESAG : DESS-ES ; 2015. 125 pages.

13. KINTOMONHO S.R. Contribution à l'amélioration de la gestion des approvisionnements en médicaments essentiels : Cas de la PNA du Sénégal. [Mémoire]. CESAG : DESS- GSS ; 2005. 76 pages.
14. SAGNA O. Enjeux et défis de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) : « Appréciation de la préférence et des déterminants de l'adhésion et de la fidélisation dans les mutuelles de santé au niveau de la région de Ziguinchor (Sénégal). [Thèse] Doctorat en Santé Publique. Sénégal : ISED-UCAD ; mention Economie de la Santé, 2017,
15. VIDAL I.K.M. Contribution à l'amélioration de la gestion des stocks et des approvisionnements en médicaments : cas de la pharmacie centrale du CHN de FANN. [Mémoire]. CESAG : DESS-GSS ; 2003. 79 pages.

WEBOGRAPHIE

16. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017. (En ligne). Sénégal : MSAS (consulté le 12.06.2017)
Disponible : www.coopami.org/fr/countries/countries/senegal/social.../social_protection05.pdf
17. FRANCE G « Médicaments : Ruptures de Stocks, Ruptures d'approvisionnement ». Une problématique polymorphe, diversité d'origines, solutions plurielles, dans la perspective d'un environnement global économique difficile et en pleine mutation. [consulté le 06/07/2017]
Disponible : www.acadpharm.org/dos_public/FRANCE_Georges_intro_2013.03.20.pdf
18. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). Rapport définitif RGPHAE, 2013, [consulté le 06/07/2017] Disponible : www.ansd.sn/ressources /RGPHAE-2013/ressources/doc/pdf/2.pdf
19. OXFAM. Couverture santé universelle : Pourquoi les personnes en situation de pauvreté sont les laissés pour compte des régimes d'assurance maladie ? OXFAM 176, publié en Octobre 2013, [consulté le 20 juillet 2017] Disponible : https://www.oxfam.org/.../bp176-universal-health-coverage-091013-summ-fr_1.pdf

20. La couverture universelle, en matière de santé : Un engagement à combler les écarts de santé [consulté 12/06/2017] Disponible : <https://documentslide.org> › Comics
21. Fondation Rockefeller. Save the Children La Couverture universelle en matière de santé : un engagement à combler les écarts de santé. Cahier thématique : Ruptures d'approvisionnement de médicaments. [Consulté le 20 juillet 2017.] Disponible. https://www.savethechildren.org.uk/.../La_Couverture_Universelle_en_Matiere_de_Santé;
22. Les ruptures d'approvisionnement en médicaments. Un enjeu de santé publique qui nécessite des actions concertées. [Consulté le 18 juillet 2017] Disponible : www.opq.org/cms/.../1233_38_frCA_0Rapport_ruptures_approvisionnement.pdf
23. Organisation Mondiale de la Santé, UNICEF. Rapport sur la santé dans le monde 2010 : Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture sanitaire universelle. [Consulté le 19 juillet 2018]. OMS. Genève- Disponible : www.who.int/whr/2010/fr/
24. OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2013 : La recherche pour la couverture sanitaire universelle. OMS [consulté le 31 juillet 2017] Disponible : www.who.int/whr/fr/
25. MAEDA, ARAUJO, CASHIN C, Joseph Harris, Naoki Ikegami, et Michael R. Reich (Groupe Banque Mondiale). Une couverture sanitaire universelle pour un développement durable inclusif: Une synthèse de 11 études de cas pays. Disponible : <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/.../9781464805929.pdf?>

ANNEXES

Annexe 1: Questionnaire

EVALUATION DU SYSTEME
D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS
ESSENTIELS DANS LES STRUCTURES PUBLIQUES

SEPTEMBRE A OCTOBRE 2017 - CESAG SANTE / MEMOIRE MBAGSS27 QUESTIONNAIRE

PROCESSUS D'APPROVISIONNEMENT

1. Quel est le nombre de personnes chargées de l'approvisionnement ?

2. Combien de personnes chargées de l'approvisionnement ont bénéficié de formation ?

3. Quel le nombre de professionnel de santé ?

4. Quelle est la fréquence de commande des médicaments ?

5. Quel est le délai de livraison des médicaments ?

DISPONIBILITE DU MEDICAMENT DANS LES STRUCTURES

6. Les ruptures concernent quels médicaments ?

7. Quelle est la fréquence des ruptures de médicaments ?

ACCESSIBILITE DU MEDICAMENT

8. Quelles sont les tarifs appliqués aux bénéficiaires des mutuelles concernant les médicaments génériques ?

9. Quelles sont les tarifs appliqués aux bénéficiaires des mutuelles concernant les médicaments de marque ou spécialité ?

FACTEURS LIMITANTS

10. Quel est le délai de remboursement des prestations de la CMU ?

Annexe 2: Guide d'entretien

EVALUATION DU SYSTEME
D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS
ESSENTIELS DANS LES STRUCTURES PUBLIQUES

SEPTEMBRE A OCTOBRE 2017 - CESAG SANTE / MEMOIRE MBAGSS27 GUIDE D'ENTRETIEN

PROCESSUS D'APPROVISIONNEMENT

1. Pouvez décrire le processus mise en place par la PNA pour l'approvisionnement en médicaments essentiels ?

CESAG BIBLIOTHEQUE

2. Ce processus a-t-il changé depuis la mise en place de la couverture maladie universelle ?

CESAG BIBLIOTHEQUE

3. Le dispositif mis en place par la PNA favorise-t-il la disponibilité constante et permanente du médicament dans la structure ?

CESAG BIBLIOTHEQUE

4. Quelles sont les difficultés rencontrées par ce dispositif dans le cadre de la couverture maladie universelle ?

CESAG BIBLIOTHEQUE

5. Quelles sont les forces de dispositifs ?

6. Quelles suggestions pouvez-vous faire pour améliorer ce dispositif ?

II. FONCTIONNEMENT DU SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT

7. Disposez-vous du personnel requis pour l'approvisionnement du médicament

8. Ce personnel a bénéficié de formation continue dans le cadre de la gestion des a

9. Le personnel est-il constitué de professionnel de la santé ?

10. Comment se fait la commande des médicaments ?

11. La procédure de commande a telle évolué dans le cadre de la couverture

maladie universelle ?

12. Les commandes sont-elles satisfaites par la PNA ?

1. Entière 2. Moyenne 3. Faible

13. Existe-t-il des délais de livraisons des commandes ?

1. OUI 2. NON

14. Si oui, ces délais sont-ils respectés ?

0La question n'est pertinente que si Q13 = "Oui"

15. (Bis) Si non, donnez les raisons ?

La question n'est pertinente que si Q13 = "non"

16. La structure dispose-t-elle des outils pour une bonne gestion des stocks ?

1. Rapport commande 2. Bordereau de livraison 3. Autre

17. Si Autre, précisez

18. Existe-t-il une fiche de stock pour chaque produit ?

I. 19. Les fiches de stock sont-elles

20. Existe-t-il un chronogramme de commande des médicaments de la PNA ?

21. Quelles suggestions pouvez faire un meilleur fonctionnement du système d'approvisionnement ?

DISPONIBILITE DU MEDICAMENT DANS LES STRUCTURES

22. Connaissez-vous des ruptures des stocks de médicaments ?

23. Ces ruptures concernent quels médicaments ?

24. Ces ruptures sont-elles prolongées ?

25. Des contrôles de gestion sont-elles régulièrement effectuées pour apprécier la disponibilité la gestion ?

1. Inventaire 2. supervision

26. Quelles suggestions pouvez faire pour éviter des ruptures de stocks ?

ACCESSIBILITE DU MEDICAMENT

27. Quelles sont les initiatives de gratuité prise en charge dans la structure ?

1. Césarienne 2. Plan sésame 3. Soins de enfants de moins de 5 ans 4. Dialyse

28. La prise en charge gratuite des médicaments est assurée pour chacune de ces initiatives ?

29. Existe-il des mutuelles de santé à base communautaire ayant signé des conventions avec la structure ?

30. Cette convention a-t-elle été signé dans le cadre de la CMU ?

1. OUI 2. NON

FACTEURS LIMITANTS

31. Existe t-il un délai de remboursement des prestations effectuées dans le cadre de la CMU ?

32. Que pensez-vous de ce délai ?

33. Constitue-t-il une entrave au bon fonctionnement de la politique de couverture maladie universelle de la structure ?

34. La participation financière au niveau des médicaments est-elle supportable par les bénéficiaires des mutuelles de santé ?

35. Existe-t-il d'autres facteurs entravant la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels ?

36. Les adhérents des mutuelles de santé sont-ils satisfaits de la disponibilité des médicaments

1. Entière 2. Moyenne. 3. Faible

Annexe 3: Focus Group

**EVALUATION DU SYSTEME
D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS
ESSENTIELS DANS LES STRUCTURES PUBLIQUES**

SEPTEMBRE A OCTOBRE 2017 - CESAG SANTE / MEMOIRE MBA

GSS27 FOCUS GROUP

PROCESSUS D'APPROVISIONNEMENT

1. Le processus d'approvisionnement a-t-il changé depuis la mise en place de la couverture maladie universelle ?

2. Quelles sont les difficultés rencontrées par le dispositif d'approvisionnement dans le cadre de la couverture maladie universelle ?

3. Quelles suggestions pouvez-vous faire pour améliorer le dispositif d'approvisionnement ?

FONCTIONNEMENT DU SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT

4. La procédure de commande des médicaments a-t-elle évolué dans le cadre de la couverture maladie universelle ?

DISPONIBILITE DU MEDICAMENT DANS LES STRUCTURES

5. Connaissez-vous des ruptures des stocks de médicaments ?

6. Ces ruptures concernent quels

FACTEURS LIMITANTS

7. Existe-il un délai de remboursement des prestations effectuées dans le cadre de la CMU ?

8. Constitue-t-elle une entrave au bon fonctionnement de la politique de couverture maladie universelle de la structure ?

TABLE DES MATIÈRES

DEDICACE.....	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTES DES FIGURES.....	vii
LISTES DES ABREVIATIONS	viii
LISTE DES ANNEXES	ix
SOMMAIRE.....	x
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : FONDEMENTS THEORIQUES DE L'ETUDE	10
CHAPITRE I : CADRE CONTEXTUEL DE L'ETUDE	11
1.1. ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE	11
1.1.1. PRESENTATION DU SENEGAL	11
1.1.1.1. Territoire et organisation administrative.....	11
1.1.1.2. Population	12
1.1.1.3. Économie.....	13
1.1.1.4. Situation socio-politique	13
1.1.2. PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE	14
1.1.2.1. Organisation du système de santé.....	14
1.1.2.2. Politique de santé.....	15
1.1.2.3. Ressources Humaines.....	15
1.1.2.4. Infrastructures, Équipements et Maintenance	16
1.1.2.5. Les Ressources financières.....	16
1.2. ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE.....	16
1.2.1. PRESENTATION DU DISTRICT SANITAIRE CENTRE DE DAKAR	17
1.2.1.1. Organisation administrative du District Sanitaire Centre	17
1.2.1.2. Les structures sanitaires du District Centre	17
1.2.1.3. Les ressources humaines du District Centre	19
1.2.1.4. Données démographiques du District Centre.....	23
1.2.2. PRESENTATION DU CENTRE DE SANTE GASPARD KAMARA.....	25
1.2.2.1. Historique.....	25
1.2.2.2. Données physiques	25
1.2.2.3. Caractéristiques socio-économique et démographique	25
1.2.2.4. Répartition du personnel	26

1.2.2.5. Couverture opérationnelle.....	26
CHAPITRE II : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE	27
2.1. NOTIONS THEORIQUES	27
2.1.1. LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE	27
2.1.1.1. Le modèle sénégalais de la couverture sanitaire universelle	28
2.1.1.1.1. Nomenclature des régimes de couverture sanitaire universelle au Sénégal... ..	28
2.1.1.1.1.1. Régime Obligatoire :.....	28
2.1.1.1.1.2. Régime volontaire :	29
2.1.1.1.1.3. Régime d'assistance médicale.....	29
2.1.1.1.2. Le plan stratégique.....	31
2.1.1.1.3. Plan de mise en œuvre.....	31
2.1.1.1.3.1. La couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé.....	32
2.1.1.1.3.2. L'assistance médicale	32
2.1.2. LE SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS ESSENTIELS	36
2.1.2.1. Du concept de médicaments essentiels.....	36
2.1.2.2. Le système d'approvisionnement au Sénégal :.....	37
2.1.2.2.1.1. Procédure d'approvisionnement de la PNA.....	38
2.1.2.2.1.2. Les modèles d'approvisionnement de la PNA.....	40
2.1.2.2.1.3. Le processus d'approvisionnement en médicaments essentiels du district sanitaire centre de Dakar :	41
2.1.3. PRISE EN CHARGE DU MEDICAMENT DANS LE CADRE DE LA CSU	45
2.2. LA REVUE DE LA LITTERATURE	45
DEUXIEME PARTIE : PHASE OPERATIONNELLE DE L'ETUDE	50
CHAPITRE III : CONSIDERATIONS D'ORDRE METHODOLOGIQUE ET RESULTATS DE L'ETUDE	51
3.1. CONSIDERATIONS D'ORDRE METHODOLOGIQUE.....	51
3.1.1. APPROCHE DE L'ETUDE :	51
3.1.1.1. Type de l'étude.....	51
3.1.1.2. Population cible.....	52
3.1.2. METHODOLOGIE DE L'APPROCHE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE	52
3.1.2.1. Au niveau quantitatif :.....	52
3.1.2.2. Au niveau qualitatif :	52
3.1.3. PERIODE DE L'ETUDE.....	53
3.1.4. CRITERE D'INCLUSION ET DE NON INCLUSION	53
3.1.4.1. Critère d'inclusion	53

3.1.4.2. Critère de non inclusion	53
3.1.5. OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES.....	54
3.1.5.1. Le volet qualitatif :	54
3.1.5.2. Le volet quantitatif :	54
3.1.6. ANALYSE ET TRAITEMENT DES DONNEES	54
3.1.7. LIMITES DE L'ETUDE	55
3.2. RESULTATS DE L'ETUDE	55
3.2.1. STATISTIQUE DESCRIPTIVE	55
3.2.1.1. Statistique descriptive du volet quantitatif de l'étude	55
3.2.1.1.1. Disponibilité des kits de césariennes :	55
3.2.1.1.2. Disponibilité des médicaments pour les enfants de moins de cinq (5) ans : ...	61
3.2.1.1.3. Disponibilité des médicaments essentiels au niveau du Plan Sésame	64
3.2.1.2. Analyse descriptive du volet qualitatif de l'étude.....	65
3.2.1.2.1. Processus d'approvisionnement	65
3.2.1.2.1.1. Fonctionnement du système d'approvisionnement.....	66
3.2.1.2.1.2. Disponibilité du médicament dans la structure	67
3.2.1.2.1.3. Accessibilité du médicament.....	67
3.2.1.2.1.4. Facteurs limitants	68
3.2.2. IDENTIFICATION DES PROBLEMES.....	69
3.2.2.1. Priorisation des problèmes	69
3.2.2.2. Analyse du problème	71
3.2.3. IDENTIFICATION ET ANALYSE DES CAUSES DES RUPTURES DE MEDICAMENTS	74
3.2.3.1. Identification des causes :	75
3.2.3.2. Analyse des causes	79
3.2.3.3. HIÉRARCHISATION DES CAUSES	82
CHAPITRE IV : SOLUTIONS ET RECOMMANDATIONS DE L'ETUDE.....	83
4.1. SOLUTION DE L'ETUDE	83
4.1.1. IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	83
4.1.1.1. Identification des solutions possibles	83
4.1.1.2. Justification de la solution.....	86
4.1.2. MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION	86
4.1.2.1. Le cadre logique	87
4.1.2.2. Plan d'action.....	93
4.1.2.3. Mise en œuvre de la solution.....	96
4.2. RECOMMANDATIONS DE L'ÉTUDE.....	98
CONCLUSION GENERALE	100

BIBLIOGRAPHIE	102
ANNEXES	105
TABLE DES MATIÈRES.....	116

CESAG - BIBLIOTHEQUE