



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION



MEMOIRE DE FIN D'ETUDE

Pour l'obtention du Master in Business Administration en Gestion des services de santé

Option : Gestion des Programmes de santé

27ème Promotion

Diagnostic de la gestion des stocks de médicaments essentiels et des dispositifs médicaux à la Pharmacie Centrale de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar Sénégal

Présenté par :

Racky DIOUF

Encadreur :

Dr Malick NIANG

Enseignant associé au CESAG

Année académique 2016-2017

Dédicaces

Nous dédions ce travail à :

- Mes parents **Maye Diouf** et **Farba Diouf** pour votre affection et pour tous les sacrifices que vous avez consentis pour notre éducation. Je suis redevable d'une éducation dont je suis fier. Que le bon Dieu vous accorde une longue vie et une très bonne santé.
- Mon cher époux **Dr Boubacar SY** ton soutien infaillible, tes précieux conseils, ton profond attachement et ta présence à mes côtés témoignent ton ressenti. Nous prions que la lumière d'ALLAH guide tes pas et te comble de bonheur.
- Mes enfants **Mame Aïda, Ahmadou, Papa Farba** et **Mouhamadou**, en témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection que je porte pour vous. Sachez que le courage et la persévérance sont les clés du succès. Que le bon Dieu vous garde et vous protège, tout en espérant que ce travail soit pour vous un exemple à dépasser.
- **Dr Astou Niang Diop Gueye** pour tout le soutien apporté à l'aboutissement de ce travail. Que Dieu vous accorde une bonne santé.
- **Awa Sidibé Toure** ton soutien, ta solidarité, ton accompagnement et ta compréhension nous ont séduits. Puisse Dieu renforcer nos liens d'amitié.
- Ma famille, mes sœurs et frère.
- Ma belle famille.
- Toute la famille GSS de la 27^{ème} promotion.
- Tout le personnel de la pharmacie de l'HALD.

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier **DIEU**, Le Tout Puissant et Miséricordieux, qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce modeste travail.

Nous exprimons notre profonde gratitude à l'ancienne Directrice **Mme Aissatou Sy Ndiaye** de nous avoir gratifié de cette formation, ainsi que l'actuel Directeur **M. Babacar Thiandoum** pour sa disponibilité et son sens de l'écoute.

Nous tenons à saisir cette occasion et adresser nos profonds remerciements et reconnaissance au **Dr Malick Niang**, notre maître et Directeur de mémoire, pour ses précieux conseils et son orientation ficelée durant tout ce temps. Les conseils qu'il nous a prodigués, la patience et la confiance qu'il nous a témoignées ont été déterminantes dans la réalisation de notre travail. Que Dieu vous bénisse et vous accorde une longue vie et une santé éternelle.

Nous tenons à remercier **Dr El Hadji GUEYE**, Directeur du Département CESAG Santé pour sa disponibilité et son professionnalisme qui font de lui un maître exemplaire. Que Dieu vous bénisse.

Nos sincères remerciements au **Dr Mor Fall** Chef de Service de la Pharmacie Centrale de l'HALD. Merci de nous avoir ouvert vos portes, votre simplicité, votre disponibilité et vos conseils riches, nous ont beaucoup marqué. Nous vous souhaitons une très bonne continuation pleine de succès.

A **Mme Soukeyna GUEYE**, pour son soutien et à tout le personnel enseignant du CESAG SANTE pour la qualité de l'enseignement reçu tout au long de la formation.

Au **Pr Boubacar WADE**, enseignant associé au CESAG

A **M. Alassane SECK** agent comptable particulier de l'HALD

A **M. Dib Coor SENE** contrôleur de gestion à l'HALD

A **M. Ndiame DIOP** service administratif et financier de l'HALD

A tous les étudiants de la promotion CESAG SANTE particulièrement la famille GSS 2016-2017.

Nous remercions tout le personnel de l'HALD particulièrement le personnel de la pharmacie centrale ainsi qu'à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réussite de ce travail.

Liste des abréviations et sigles

ACS : Acteur communautaire de Santé

AMM : Autorisation de mise sur le marché

AOF : Afrique Occidentale Française

CSP : Code de Santé Publique

DPM : Direction de la Pharmacie et du Médicament

DS : District Sanitaire

EPS : Etablissement publique de santé

HTA : Hypertension artérielle

ICP : Infirmier chef de poste

LNCM : Laboratoire Nationale de Contrôle des Médicaments

LNME : Liste Nationale des Médicaments Essentiels

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non gouvernemental

PF : Planification familiale

PIB : Produit intérieure brut

PNA : Pharmacie national d'approvisionnement

PNDS : Programme national de développement sanitaire

PNLP : Programme national de lutte contre le paludisme

PPN : Politique pharmaceutique nationale

PSE: Plan Sénégal Emergent

PSN : Plan stratégique national

PTF : Partenaire technique et financier

RM : Région médical

Liste des figures

| | |
|--|----|
| Figure1 : carte du Sénégal..... | 4 |
| Figure 2 : Pyramide Sanitaire Nationale..... | 7 |
| Figure 3 : Centre hospitalier universitaire Aristide le Dantec vue aérienne..... | 13 |
| Figure 4 : répartition des prestataires selon la catégorie socio professionnelle..... | 39 |
| Figure 5 : Répartition des prestataires selon l'utilisation des outils de gestion des stocks..... | 40 |
| Figure 6 : Diagramme d'ISHIKAWA pour l'analyse des causes liées au taux élevé de produits périmés..... | 48 |
| Figure 7 : le diagramme de PARETO..... | 51 |

Liste des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau I : Infrastructures sanitaires au Sénégal entre 2013 et 2015 | 8 |
| Tableau II : Priorisation du problème | 22 |
| Tableau III : Comparaison entre les différentes méthodes de quantification | 29 |
| Tableau IV : Déroulement de l'enquête | 37 |
| Tableau V: Priorisation des causes..... | 49 |
| Tableau VI: Priorisation des causes par fréquence cumulée | 50 |
| Tableau VII : Priorisation des solutions..... | 53 |
| Tableau VIII : Cadre logique, Formation du personnel sur les paramètres de gestion des médicaments et des dispositifs médicaux..... | 55 |
| Tableau IX: Plan d'action..... | 58 |
| Tableau X : Budget détaillé des activités..... | 61 |
| Tableau XI : Cadre de suivi-évaluation | 63 |

Table des matières

| | |
|---|----|
| Dédicaces | i |
| Remerciements | ii |
| Liste des figures | iv |
| Liste des tableaux | v |
| Introduction | 1 |
| PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE | 3 |
| CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE..... | 4 |
| I.1 Analyse de l'environnement externe de l'hôpital | 4 |
| I.1.1 Présentation du Sénégal | 4 |
| I.1.2 Organisation du système de santé au Sénégal..... | 6 |
| I.1.3 Le financement de la santé..... | 8 |
| I.1.4.1 La politique pharmaceutique nationale (PPN)..... | 9 |
| I.1.4.2 Cadre juridique et institutionnel | 10 |
| I.2 Environnement interne de l'hôpital | 10 |
| I.2.4. Synthèse de l'analyse de l'environnement interne | 18 |
| I.3. Identification des problèmes et priorisation..... | 18 |
| I.3 1 Identification | 19 |
| I.3.2. Priorisation..... | 19 |
| CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE..... | 21 |
| II.1 Problématique..... | 21 |
| II.1.1. Contexte et justificatif | 21 |
| II.1.2. Revue de la littérature..... | 23 |
| II.1.3 Intérêt de l'étude | 24 |
| II.2. But et objectif de notre étude..... | 25 |

| | |
|---|----|
| II.2.2 Objectif de l'étude | 25 |
| II.3. Définition des concepts et des outils de gestion | 25 |
| DEUXIEME PARTIE : <u>METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ENQUETE</u> | 34 |
| CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE | 35 |
| III.1. Population et type d'étude | 35 |
| III.1. 1. La population d'étude | 35 |
| III.1.2. Le type d'étude | 35 |
| III.2. Echantillonnage | 35 |
| III.3. Technique et outils de collecte de données | 36 |
| III.4. Déroulement de l'enquête | 36 |
| III.5. Traitement et analyse des données | 37 |
| III.6. Difficultés de l'étude | 37 |
| CHAPITRE 4 : RESULTATS DE L'ENQUETE | 37 |
| IV.1. Résultats des questionnaires soumis aux Prestataires de service | 38 |
| IV.1.1. Répartition des prestataires selon la catégorie socio professionnelle | 38 |
| IV.1.2. Répartition des prestataires selon l'estimation des besoins en produits pharmaceutiques | 38 |
| IV.1.3. Répartition des prestataires selon la disponibilité d'outils de gestion des stocks | 39 |
| IV.1.4. Répartition des prestataires selon l'utilisation des outils de gestion des stocks | 39 |
| IV.1.5. Répartition des prestataires selon la formation continue en gestion des stocks | 39 |
| IV.1.6. Supervision des prestataires de services par la pharmacie centrale | 40 |
| IV.2. Résultats de l'entretien avec les pharmaciens du service | 40 |
| IV.3. Analyse et Commentaires | 41 |
| TROISIEME PARTIE: <u>DETERMINATION DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS</u> | 44 |
| CHAPITRE 5 : IDENTIFICATION DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION | 45 |
| V.1. Visualisation des causes du taux élevé de péremption | 46 |

| | |
|--|----|
| V.2. Hiérarchisation des causes..... | 48 |
| CHAPITRE 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS..... | 51 |
| VI.1. Identification des solutions | 51 |
| VI.2. Priorisation et choix de la solution..... | 51 |
| CHAPITRE 7: PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION | 53 |
| VII.1. Cadre logique..... | 53 |
| VII.2. Plan d'action | 56 |
| VII.4. Suivi et d'Evaluation de la mise en œuvre | 61 |
| CHAPITRE 8 : RECOMMANDATIONS | 63 |
| Conclusion..... | 65 |
| Références bibliographiques | A |
| Annexe | E |

Introduction

Les médicaments occupent une place importante dans la stratégie des Soins de santé primaires adoptés par plusieurs pays du tiers monde.

Le fonctionnement optimal des hôpitaux est conditionné par l'acquisition des produits pharmaceutiques. La gestion de ces produits nécessite un travail d'équipe, encadré par les professionnels du médicament que sont les pharmaciens, médecins, techniciens supérieurs et préparateurs en pharmacie, infirmiers, et autres agents de santé.

Dans les hôpitaux, le circuit des médicaments et dispositifs médicaux, recouvre le système logistique, qui est l'ensemble du processus matériel qui va de l'achat des produits de santé à leur mise à disposition pour les patients [14]. Le pharmacien hospitalier est celui qui a la responsabilité, tant professionnelle que réglementaire et administrative, de l'organisation et du bon fonctionnement de ce circuit. En amont, il assure l'approvisionnement, la détention et la gestion des produits de santé sur la base de besoins pharmaceutiques définis. En aval, il dispense ces produits de santé aux patients hospitalisés en toute sécurité et selon les règles générales de bon usage, tout en s'assurant que la sécurisation du circuit des produits de santé est prise en compte. Ces deux facettes de l'exercice hospitalier, celle du gestionnaire de produits et celle du professionnel de santé expert du médicament et des dispositifs médicaux, constituent le socle de base de la pratique hospitalière de la pharmacie.

Les produits de santé constituent le principal poste budgétaire des hôpitaux. Il nécessite une organisation et un fonctionnement optimum des pharmacies hospitalières dans un objectif d'efficacité toujours améliorée. Aussi, la démarche qualité est désormais incontournable dans le paysage hospitalier.

La pharmacie de l'hôpital est considérée comme un service médico-technique de par sa composante médico-pharmaceutique (dispensation et analyse pharmaceutique). Gérée par un pharmacien, elle est placée administrativement « sous l'autorité du directeur de l'hôpital ». La pharmacie de l'hôpital, comme ce fut historiquement le cas, n'est plus une entité isolée au sein de l'hôpital.

Elle s'articule autour des pôles de gestion et se situe fonctionnellement dans une position transversale entre : les unités de soins, les flux réciproques d'information (établissement des besoins pharmaceutiques) et les services non médicaux de l'hôpital (administratif, financier et

technique). L'objectif de notre étude est d'analyser le système de gestion interne des médicaments et des dispositifs médicaux.

Dans le but d'améliorer les pratiques internes de gestion des médicaments au sein de l'hôpital, notre étude comportera trois parties :

- Première partie : l'analyse situationnelle et le cadre théorique ;
- Deuxième partie : la méthodologie et les résultats de l'enquête ;
- Troisième partie: la détermination des causes et leur priorisation, l'identification et la priorisation des solutions, le plan de mise en œuvre.
- Enfin, nous allons formuler des recommandations pour une disponibilité permanente et une utilisation rationnelle des médicaments à l'hôpital Aristide Le Dantec.

**PREMIERE PARTIE : ANALYSE
SITUATIONNELLE ET CADRE
THEORIQUE**

CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE

I.1 Analyse de l'environnement externe de l'hôpital

I.1.1 Présentation du Sénégal



Figure 1: carte du Sénégal (intercarto -2004)

Le Sénégal est situé en Afrique occidentale. Il a une superficie de 196 722 km². 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 République de Guinée et à l'Ouest par l'Océan Atlantique.

La Gambie est une enclave de terre située entre les régions de Kaolack et de Ziguinchor, sur le cours inférieur du fleuve du même nom.

Le climat est tropical et se caractérise par une longue saison sèche de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre. Celle-ci est plus longue en Casamance au sud du pays où les précipitations annuelles sont les plus importantes, avec une moyenne de 1 400 mm. Celles-ci chutent considérablement au Nord, avec moins de 381 mm. A l'instar des autres pays du Sahel, le Sénégal est confronté à la désertification depuis plusieurs décennies.

D'après le programme national de développement sanitaire (PNDS) 2009-2018 du Sénégal, la population du pays est estimée à 14 038 881 habitants en 2016 [22].

La région la moins étendue, celle de Dakar, occupe 0,3 % de la superficie du territoire national et abrite près de 23 % de la population totale et 75 % de la population urbaine.

Le taux d'accroissement naturel du Sénégal est de 2.7 et reste élevé du fait d'une fécondité encore importante [22]. En effet, l'indice synthétique de fécondité estimé à 5.3 enfants par femme est beaucoup plus élevé en milieu rural (6.4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4.1 enfants par femme).

Le Sénégal compte plus de 20 ethnies et plus de 90 % de la population appartiennent à cinq groupes ethniques dominants : Wolof (43 %), Poular (24 %), Sérér (15 %), Diola (5 %) et Mandingue (4 %).

La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94 % de musulmans). On y trouve aussi des chrétiens (4 %); des animistes et les autres représentent les 2 % restants.

Au niveau administratif, la loi N° 2013-10 du 18 décembre 2013 portant Code général des collectivités locales actuellement appelée collectivité territoriale marque la troisième réforme majeure dans le processus sénégalais de décentralisation. Cette décentralisation entreprise depuis 1972 a été approfondie par l' « Acte 3 de la décentralisation » de 2014 qui confère plus de pouvoir et d'autonomie aux nouvelles collectivités territoriales (commune et département) et l'érection de pôles régionaux de développement. Le territoire Sénégalais compte 14 régions administratives 45 départements et 575 communes.

Le Sénégal, à travers ses plus hautes autorités, s'est résolument engagé vers un nouveau modèle de développement économique et social. Et le référentiel de ce modèle est le Plan Sénégal Emergent (PSE) qui vise l'émergence dans la solidarité et l'équité. Cette nouvelle stratégie de développement est celle d'un « **Sénégal émergent en 2035 avec une société solidaire et un état de droit** » stratégie qui met l'accent sur la création de richesse et d'emploi, le renforcement de la gouvernance, le développement des secteurs stratégiques ayant des impacts significatifs sur l'amélioration du bien-être des populations à travers la protection des groupes vulnérables et la garantie de l'accès aux services essentiels.

Sur le plan économique, le Sénégal est classé parmi les pays à faible revenu. Le PIB est de 7 172 milliards de FCFA en 2012, et le PIB/tête d'habitant est de 598 ,212 FCFA en valeur nominale. Mais les performances économiques sur la période 2000-2011 ont été insuffisantes pour réduire la pauvreté. Le taux de croissance du PIB s'est établi en moyenne annuelle à 3.9%, un ratio légèrement supérieur au croit démographique [5].

La crise financière internationale pourrait encore affecter négativement les prévisions optimistes de croissance économique et exercer une pression supplémentaire sur la situation budgétaire du Sénégal sur les moyens et long termes et compromettre, ainsi, l'objectif de réduction de la pauvreté de moitié en 2015.

La part du budget de l'Etat allouée à la santé se situe actuellement à 10 % et devrait atteindre 15% conformément aux engagements pris par les chefs d'Etats africains à Abuja en 2000. L'économie reste encore vulnérable aux chocs exogènes.

I.1.2 Organisation du système de santé au Sénégal

Le système de santé se présente sous forme pyramidale avec trois niveaux :

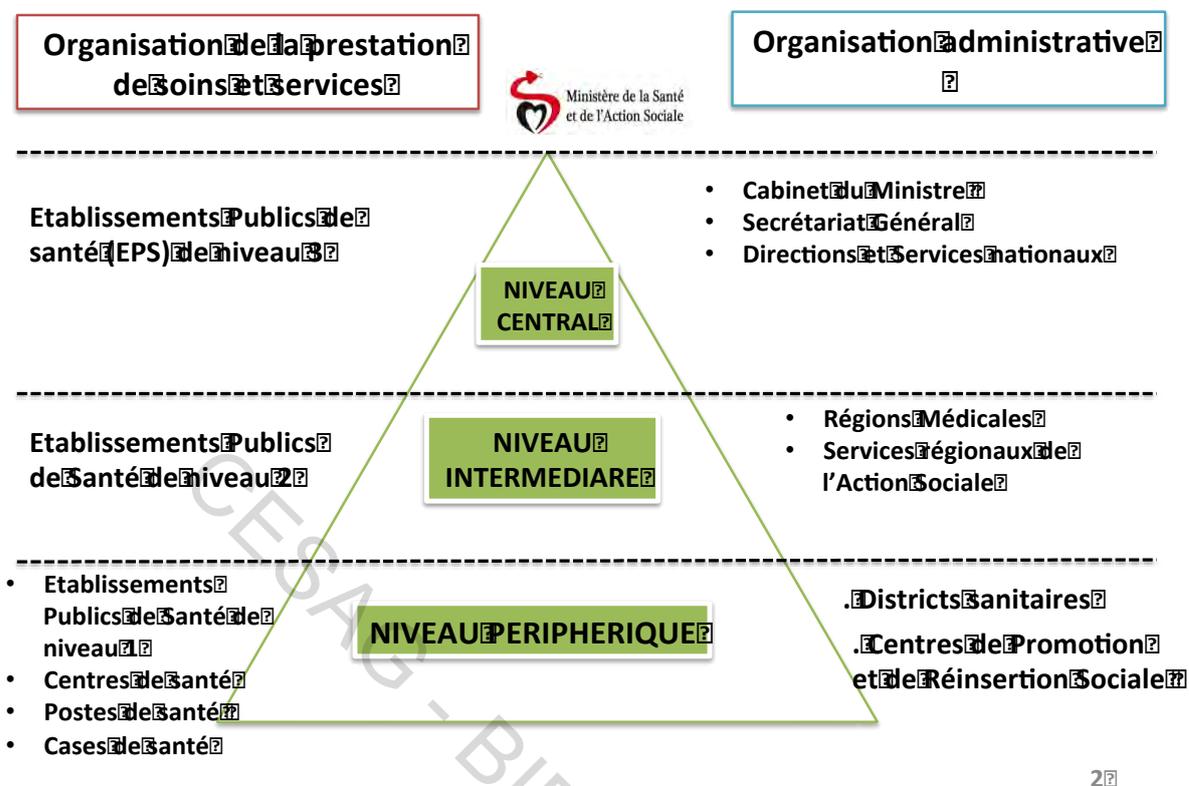


Figure 2: Organisation du Système de Sante au Sénégal (Source MSAS, annuaire statistique 2015)

- l'échelon périphérique ou district sanitaire (DS) est une zone opérationnelle comprenant au moins un centre de santé qui polarise un ou plusieurs postes de santé ;
- l'échelon régional : c'est la région médicale (RM) ou région administrative elle assure la coordination au niveau régional ;
- l'échelon central ou national : il regroupe le Cabinet du Ministre, le Secrétariat général, les Directions nationales et les services rattachés [17].

L'offre de service est assurée par des établissements publics de santé hospitaliers et non hospitaliers

Des efforts considérables ont été consentis en ce qui concerne la couverture passive dans le souci d'améliorer l'accessibilité géographique de 2009 à 2013.

L'offre du secteur privé vient compléter ce dispositif avec 4 hôpitaux, 24 cliniques, 414 cabinets médicaux et des services médicaux d'entreprises et de laboratoires d'analyses

médicales. Cette offre privée a renforcé le plateau technique avec des équipements tels que le scanner, l'IRM des laboratoires spécialisés dans les analyses de pointes [16].

Le secteur privé des soins de santé au Sénégal est composé d'un vaste et dynamique secteur à but lucratif, de réseaux d'ONG à but non lucratif, de communautés professionnelles et d'organisations de la société civile. 80 % des établissements du secteur privé sont concentrés dans la capitale, Dakar, entraînant une faible couverture par le secteur privé de l'intérieur du pays [16].

Cependant, en termes de couverture en infrastructures sanitaires et de personnels qualifiés, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes préconisées par l'OMS.

En rapport avec les normes de la carte sanitaire, le système présente :

- 1 hôpital pour 378 093 habitants (contre 1 /300 000 habitants pour un EPS 2),
- 1 centre de sante pour 146 081habitants (contre 1 / 150 000 habitants),
- 1 poste de sante pour 10 301 habitants (contre 1 poste rural pour 5 000 habitants, et 1 poste urbain pour 10 000 habitants).

Ceux-ci expliquent les contraintes et les lacunes du système qui impactent négativement sur la couverture et la qualité des services du public.

Les centres de santé de district proposent des services de premier niveau et des services d'hospitalisation limités.

I.1.3 Le financement de la santé

Le financement des services de santé provient essentiellement de l'Etat, des partenaires au développement, des populations et des collectivités locales.

L'Etat est le principal pourvoyeur en ressources financières du secteur de la santé dans la mise en œuvre du Programme national de développement sanitaire (PNDS) avec un apport de 475,96 milliards de FCFA représentant 51% du financement. Il est suivi par les partenaires techniques et financiers (PTF) avec un apport de financement de 249,52 milliards de FCFA, représentant 26,7% [16].

Les populations et les collectivités territoriales ont respectivement contribué pour 19, 3% et 3% dans le financement de la santé. Les partenaires qui interviennent dans le renforcement du

système de santé (RSS) ; l'Agence Française de Développement (AFD), la Banque Africaine de Développement (BAD), la Banque Mondiale (BM) la Coopération Technique Belge (CTB), la Coopération Chinoise, la Coopération Espagnole, AMREF, JICA, GF ATM-RSS, GAVI-RSS, Lux Dev, Présidents Malaria Initiative (PMI), UNFPA, USAID, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Fonds Mondial (FM), UNITAID, OMVS, DAHWN.

Ces deux dernières décennies sont marquées par une amélioration de la situation sanitaire comme en atteste la tendance de la plupart des indicateurs suivis par les programmes de santé. Le paludisme demeure la première cause de morbidité au Sénégal. Tous les efforts consentis ces dernières années se sont traduits par une baisse spectaculaire de la morbidité proportionnelle palustre qui est passée de 39.7%, en 2000, à 3% en 2009. (Sources : Plan Sénégal Emergent).

Par ailleurs, les maladies cardiovasculaires (deuxième cause de mortalité après le paludisme) constituent un véritable problème de santé publique du fait de l'augmentation de leur incidence [16].

La mortalité infanto-juvénile est passée de 139 pour mille en 1997 à 72 pour mille en 2011. La mortalité maternelle est passée de 401 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005 à 392 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2010 et 2011. Ce rythme de réduction est trop lent malgré tous les efforts consentis à savoir une augmentation de la proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié, une amélioration du taux de consultation prénatale (CPN). Les causes sont diverses et variées, nous citons les pathologies obstétricales directes (hémorragies, dystocies, HTA et ses complications) et les pathologies obstétricales indirectes dominées par l'anémie et le paludisme [16].

I.1.4 La Politique pharmaceutique du Sénégal

I.1.4.1 La politique pharmaceutique nationale (PPN)

En 2006, le Sénégal a signé son document de Politique Pharmaceutique Nationale (PPN). Cette politique a pour but d'assurer la disponibilité et l'accessibilité géographique et financière des médicaments de qualité à toutes les couches de la population sur l'ensemble du territoire [15]. Ce document est complété par le Plan Directeur Pharmaceutique National (PDPN) qui décline les différentes activités devant mener à l'atteinte des objectifs de la PPN.

I.1.4.2 Cadre juridique et institutionnel

Le secteur pharmaceutique est assujéti à une législation ou cadre juridique réglementant son fonctionnement. Plusieurs dispositions ont été prises par l'Etat du Sénégal pour compléter et mettre à jour la législation pharmaceutique. Parmi ces dispositions nous pouvons noter : la loi n° 65-33 du 19 mai 1965 portant modification des dispositions du Code de la santé publique (CSP) relatives à la préparation, à la vente et à la publicité des spécialités pharmaceutiques, la loi 94-57 du 28 juin 1994 portant sur la définition du médicament, la loi 73-62 du 19 décembre 1973 portant création de l'Ordre des pharmaciens, la liste nationale des médicaments essentiels (LNME), la pharmacovigilance, le Visa ou Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), etc. Toutes ces lois sont réglementées par des décrets d'application.

La mise en œuvre et le suivi de la politique et des programmes dans le domaine de la pharmacie et du médicament sont assurés par la **Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM)**.

Le contrôle de qualité des médicaments est assuré par le **Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM)**.

La **Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA)** assure l'approvisionnement en médicaments des structures publiques.

I.2 Environnement interne de l'hôpital

I.2.1. Présentation de l'hôpital A. Le Dantec

I.2.1.1 Historique

Dès 1868, il est fait état d'une Case-hôpital où les Sœurs de l'Immaculée Conception soignent les malades qui font recours à elles et logent les femmes malades abandonnées. Mais ce n'est qu'en Août 1912 qu'est créé l'Hôpital Civil de Dakar en remplacement de la Case hôpital.

A ce moment-là, il était appelé « Hôpital Central » et cette dénomination montrait la vocation que l'on entendait lui donner : une place privilégiée au niveau de Dakar.

Puis le nom change, les populations autochtones l'appellent « Hôpital Indigène » sans

doute par opposition à « Hôpital Colonial » puisqu'à cette époque, l'hôpital Principal avait une vocation militaire.

En 1932, il est dirigé par le Directeur de l'Ecole de Médecine et comprend alors 400 lits et 104 agents y travaillent. C'est en 1956 que cet établissement prend le nom d'Hôpital Aristide Le Dantec en souvenir de ce Professeur Agrégé qui a dirigé pendant plusieurs années l'Ecole de Médecine de Dakar. Il ne comptait alors que 10 services médicaux spécialisés dans divers domaines de la Médecine. En 1962, il est érigé en Centre Hospitalier Universitaire (CHU) avec une triple mission de soins, de formation et de recherche, devenant ainsi le premier CHU de l'Afrique occidentale française (AOF).

L'hôpital a été érigé en Etablissement public de santé (EPS) par décret N° 99-852 du 27 août 1999 en application des lois 98 - 08 du 12/02/98 portant réforme hospitalière et 98-12 du 02/03/98 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé.

Conformément aux dispositions des lois suscitées et de leur décrets d'application, l'hôpital Aristide Le Dantec dispose désormais, d'un organe délibérant : le Conseil d'Administration, d'un organe d'exécution des délibérations, du Conseil d'Administration : la Direction, et de deux organes consultatifs : la Commission médicale d'établissement (CME) et le Comité technique d'établissement (CTE).

I.2.1.2 Situation géographique

L'hôpital Aristide Le Dantec se trouve dans la région de Dakar où se concentre l'écrasante majorité de la population sénégalaise.

En effet, dans la ville de Dakar, sont concentrées plus de 70% des activités économiques. Cette particularité a fait drainer beaucoup d'individus vers la capitale à la recherche d'un emploi. Ce surpeuplement associé à des conditions de vie précaires pour la majorité des populations entraîne un risque de sur morbidité et de surmortalité.

I.2.1.3 Mission de l'hôpital

La mission de l'hôpital Aristide Le Dantec s'inscrit dans le cadre de la loi sur la réforme hospitalière dont l'un des objectifs est de garantir l'accessibilité des soins à toutes les populations et la dispensation de soins de qualité. Etant la dernière référence dans la pyramide

sanitaire, l'HALD a une triple mission : soins de qualité, formation continue et recherche médicale et paramédicale. C'est dans ce cadre qu'il a contribué à la formation de plusieurs générations de médecins, infirmiers, sages-femmes, etc.

I.2.1.4 Fonctionnement de l'hôpital

L'hôpital A. le Dantec est régi par un Conseil d'Administration et est composé de services administratifs, médicaux, chirurgicaux, médicotechniques et de soutien. Nous notons également la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et le comité technique d'établissement.

✓ **Services médicaux et spécialités médicales** : il s'agit de

- la médecine interne,
- les services de néphrologie et de gastro-entérologie,
- la pédiatrie,
- la dermatologie,
- la cardiologie.

✓ **Services chirurgicaux et spécialités chirurgicales**:

- la chirurgie générale,
- la chirurgie pédiatrique,
- l'orthopédie-traumatologie,
- l'urologie-andrologie,
- l'institut curie (Cancérologie),
- l'odontologie et la stomatologie,
- l'ophtalmologie,
- l'anesthésie-réanimation,
- la clinique gynécologique et obstétricale.

✓ **Services d'aide aux diagnostics** :

- le laboratoire de biochimie,
- le laboratoire de biologie,
- le laboratoire de bactériologie,
- le laboratoire de cytologie,
- le laboratoire de parasitologie,
- le laboratoire d'anatomie pathologie,

- la radiologie, la Pharmacie.

Tous les services cliniques de l'hôpital mènent des activités de consultation, d'hospitalisation, d'enseignement et de recherche, conformément aux missions dévolues à l'HALD. Ils sont appuyés par les services d'aide au diagnostic, les services administratifs et le service technique de maintenance.

✓ **L'organe de délibération : Le Conseil d'Administration (CA)**

Dans chaque EPS, il est mis en place un Conseil d'Administration qui définit la politique de l'établissement et délibère sur toutes les mesures concernant sa gestion. Le CA de l'HALD arrête le budget de fonctionnement et d'investissement de l'hôpital. Il délibère sur le budget, les comptes prévisionnels, les comptes de fin d'exercice ainsi que les emprunts. Il revient également au CA de fixer le tarif des prestations dans une fourchette de prix établie par arrêté interministériel. Les délibérations du CA portent aussi sur les conventions de coopération et les accords entre hôpitaux. La durée du mandat des administrateurs est de trois ans renouvelable, sans limitation.

✓ **La Commission Médicale d'Etablissement (CME)**

Elle est composée de l'ensemble des chefs de services médicaux, pharmaceutiques et odontologiques, et de trois représentants des corps des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes non chefs de service élus par leurs pairs. Elle est présidée par un médecin qui collabore étroitement avec le Directeur. Elle est consultée sur toutes les questions relatives aux soins et assure la promotion de l'évaluation de la qualité des soins au sein de l'établissement.

✓ **Le Comité Technique d'Etablissement (CTE)**

Il a pour rôle de faire participer le personnel technique de l'établissement à la résolution des problèmes touchant à l'hygiène, à la sécurité, au plan de formation, à la politique d'intéressement, aux conditions, à l'organisation du travail dans l'établissement, etc.

Il est composé d'un représentant de chaque catégorie du personnel désigné par ses pairs. Présidé par le Directeur, il se réunit au moins deux fois par an.

✓ **Les organes exécutifs**

Il s'agit de la Direction et de tous les services qui participent à la mise en œuvre de la politique définie par le CA.

- Cellule contrôle de gestion,
- Cellule d'Audit interne,
- Cellule de communication
- Cellule de passation des marchés;
- Cellule Partenariat
- Service Administratif et financier (SAF) ;
- Service des Soins Infirmiers (SSI) ;
- Service Social ;
- Service des Ressources Humaines ;
- Service Technique de Maintenance,
- Agence Comptable (AC)

Présentement, tous les services proposés par l'organigramme sont fonctionnels.

En l'absence de manuels de procédures adaptés à la structure permettant la participation de tous les acteurs et décrivant clairement les missions et tâches de chacun, des procédures informelles sont quelquefois utilisées. Toutefois, des termes de référence ont été élaborés en vue d'avoir un manuel des procédures financières et comptables validé par le conseil d'administration (CA).

I.2.1.5. Structure architecturale de l'hôpital

La configuration architecturale de l'hôpital Aristide Le Dantec est une structure de type pavillonnaire ; il n'y a aucun lien fonctionnel entre les différents services et cela constitue un véritable handicap. Un organigramme hiérarchisé montre les liens entre les différents services. (Voir organigramme).

I.2.1.6 Ressources de l'hôpital

○ Ressources financières

Les ressources financières proviennent principalement de la subvention de l'Etat et des recettes générées par les activités des services. En outre, l'hôpital reçoit, en cours d'exercice, une subvention spéciale, un appui financier des partenaires au développement ou des dons.

○ Ressources matérielles

Les infrastructures et équipements se caractérisent par leur vétusté.

L'âge de la plupart des bâtiments remonte à l'époque coloniale et du fait de leur état de dégradation très avancé, de nombreuses dépenses de réhabilitation sont engagées pour les rendre fonctionnels. Il en est de même pour les équipements médicaux dont les dernières acquisitions datent de très longtemps. Ils sont ainsi sujets à des pannes fréquentes exemple le cas de la radiologie, engendrant de nombreuses dépenses de maintenance. Certains services sont cependant dotés de quelques équipements de pointe : simulateur et radiothérapie en Cancérologie, angiographie en cardiologie, appareils de dernière génération en Cytogénétique etc.

○ Ressources humaines

L'effectif de l'hôpital le Dantec est estimé à 1890 agents en 2017 répartis comme suit :

- Personnel médical : 176 agents,
- Personnel paramédical : 242 agents,
- Personnel administratif : 157 agents,
- Personnel de soutien : 301 agents,
- Détachés de la mairie : 10 agents,
- Agents du ministère de la santé : 264
- Les contractuels de l'hôpital : 500 agents,
- Les universitaires : 120 agents,
- Personnel technique : 18 agents.

Le personnel médical de l'hôpital le Dantec est varié, nous retrouvons entre autre les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes, les dentistes, les techniciens, les infirmiers, les secrétaires, les chauffeurs, les brancardiers etc.

I.2.2. Synthèse de l'analyse externe de l'hôpital

La synthèse de l'analyse externe nous a permis de souligner les opportunités, les menaces, les forces et les faiblesses.

❖ **Opportunités**

- L'introduction de nouvelle forme de prise en charge : télémédecine,
- La gestion axée sur les résultats(GAR).

❖ **Menaces**

- Le payement différé par certains patients (IPM, assurance, CMU) ;
- La migration de certains services vers d'autres structures sanitaires exemple du service ORL de Dantec vers l'hôpital Fann.
- La gestion des ressources humaines ;

❖ **Forces**

- La diversité des services de soins ;
- La qualité des soins, la recherche et l'innovation ;
- La démographie médicale
- L'attractivité extérieure

❖ **Faiblesses**

- L'insuffisance de véhicule pour la logistique des médicaments
- L'irrégularité de la transmission du feed-back ou retro d'information,
- L'absence de logiciel (intra net) dans l'hôpital,
- L'endettement

I.2.3. La pharmacie centrale de l'hôpital A. Le Dantec

Créée en même temps que l'hôpital, la pharmacie centrale est située entre le service de la radiologie et les services de biologie et de biochimie.

○ **Configuration :**

Logée dans un vieux bâtiment sur la voie principale de l'hôpital, la pharmacie centrale est configurée comme suit :

- Un bureau du chef de service
- Une salle de préparation magistrale
- Un bureau du pharmacien adjoint
- Une salle pour la confection des kits
- Deux boxes pour le comptable des matières et le pharmacien assistant
- Une salle de dispensation et de réception des commandes
- Deux magasins pour le stockage des médicaments.
- Des locaux excentrés pour abriter les services de la pharmacie IB spécialisée dans la dispensation et la vente au détail.
- Une pièce réservée aux antirétroviraux (ARV) et à l'hémodialyse.

○ **Personnel de la pharmacie centrale:**

Le personnel de la pharmacie est divers et varié. Nous pouvons constater la présence de six (6) pharmaciens, un (1) comptable des matières, un magasinier, deux (2) préparateurs en pharmacie, deux (2) gestionnaires en pharmacie, trois (3) aides magasiniers, dix (10) journaliers, des stagiaires, une femme de ménage.

○ **Mission et fonctionnement de la pharmacie**

La pharmacie de l'HALD a pour mission d'assurer la logistique des médicaments et autres dispositifs médicaux, l'enseignement et la recherche.

La pharmacie centrale veille toujours sur la bonne marche de l'hôpital en mettant à la disposition des médicaments essentiels et des dispositifs médicaux dans toutes les unités de soins de l'hôpital. Cependant au début de chaque mois, les services déposent leurs cahiers de bon de commande où ils expriment la totalité des besoins mensuels. Chaque cahier sera quantifié en fonction de la disponibilité du produit par un pharmacien puis visé par le comptable matière. Et la livraison sera faite sous la supervision du pharmacien.

Nous notons d'autres activités comme la préparation du sirop de morphine pour la pédiatrie, la vente et la dispensation des anticancéreux, la gestion des antis rétroviraux (ARV).

○ **Objectifs de la pharmacie**

Les objectifs de la pharmacie se résument principalement à l'assurance de la disponibilité permanente des médicaments aux usagers que sont les patients et les services (consultations externes, explorations d'aide au diagnostic, les hospitalisations, les interventions chirurgicales, la recherche) [9].

I.2.4. Synthèse de l'analyse de l'environnement interne

L'étude de l'analyse interne nous a permis, de mettre en exergue les forces et les faiblesses de la pharmacie centrale de l'hôpital le Dantec.

Les forces

- ✓ Existence d'une chambre froide et des réfrigérateurs tactiles de dernière génération conçus pour la conservation des produits thermosensibles ;
- ✓ Autonomie financière ;
- ✓ Sélection des médicaments faite sur la base de la Liste nationale des médicaments essentiels ;
- ✓ Prix accessibles.
- ✓ Respect de la réglementation ;

Les faiblesses

- ✓ Absence de manuel de procédure ;
- ✓ Défaut d'inventaire physique annuel ;
- ✓ Absence de dispositif de suivi des activités ;
- ✓ Faible accès aux ressources documentaires.

I.3. Identification des problèmes et priorisation

Pour l'identification et la priorisation des problèmes recensés au niveau de l'hôpital Le Dantec, nous avons administré un questionnaire, nous avons adopté la technique dite : approche par recherche de consensus. La technique consiste en une réflexion collective, et un vote individuel, avec un groupe de personnes ressources, dit groupe nominal (chef de service, pharmaciens, ACP, CG, SAF, médecin, moi-même).

I.3 1. Identification des problèmes

L'administration du questionnaire aux personnes ressources nous a permis d'identifier un certains nombres de problèmes:

- ✓ les longues procédures pour les appels d'offres,
- ✓ les contraintes budgétaires (budget insuffisant),
- ✓ le taux élevé de péremption des produits,
- ✓ l'absence de logiciel de gestion des produits,
- ✓ le manque de formation continue du personnel,
- ✓ les problèmes de stockage,
- ✓ les ruptures de stock.
- ✓ un système d'information sanitaire non adapté.

I.3.2. Priorisation

Pour ce qui est de la priorisation du problème, nous avons convenu, avec le groupe nominal, des critères validés pour hiérarchiser les problèmes.

Un groupe de travail a été constitué. Il s'agit de :

- ✓ l'agent comptable : AC
- ✓ le contrôleur de gestion : CG
- ✓ le pharmacien chef
- ✓ la pharmacienne assistante
- ✓ le service administratif et financier : SAF
- ✓ le médecin du personnel
- ✓ moi- même

Nous avons, par la suite, procédé après discussion, au choix du problème prioritaire après avoir trié la liste des problèmes recensés.

La priorisation s'est basée sur les critères suivants :

❖ L'importance du problème :

Il s'agit de voir si le problème entrave l'atteinte des objectifs du service ou de l'établissement.

❖ L'ampleur du problème: désigne la fréquence, la récurrence, l'incidence, l'étendue du problème, le nombre de secteurs affectés et l'impact sur la performance.

❖ La perception du problème : désigne comment le personnel appréhende le problème et comment la structure adhère à la résolution du problème.

❖ **La solvabilité:** désigne l'existence de solutions possibles, et la possibilité de mise en œuvre des moyens nécessaires à la résolution du problème.

Pour chaque problème identifié, chaque membre du groupe a attribué un certain nombre de points par critère en fonction de l'échelle ci-dessous :

Niveau faible = 1 point

Niveau moyen = 2 points

Niveau élevé = 3 points

Tableau I: Priorisation du problème source (nous-mêmes)

| Critères Problèmes | L'importance | L'ampleur | La perception | La solvabilité | Total | Score |
|--|--------------|-----------|---------------|----------------|-------|------------------|
| Les longues procédures pour les appels d'offres | 2 | 3 | 2 | 1 | 8 | 5 ^{eme} |
| Les contraintes budgétaires (budget insuffisant) | 3 | 1 | 2 | 1 | 7 | 7 ^{eme} |
| Le taux élevé de péremption des produits | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | 1 ^{er} |
| L'absence de logiciel de gestion des produits | 3 | 2 | 3 | 3 | 11 | 2 ^{eme} |
| Le manque de formation continue du personnel | 2 | 3 | 2 | 2 | 9 | 4 ^{eme} |
| Les problèmes de stockage | 2 | 1 | 1 | 3 | 7 | 6 ^{eme} |
| Les ruptures de stock | 3 | 3 | 1 | 3 | 10 | 3 ^{eme} |
| Le système d'information sanitaire non adapté | 2 | 1 | 1 | 2 | 6 | 8 ^{eme} |

En regardant le tableau, le problème prioritaire est **le taux élevé de péremption des produits**, puis vient en 2^{eme} position l'absence de logiciel de gestion des produits et en 3^{eme} position les ruptures de stock.

Nous allons apporter notre contribution à sa résolution pour une meilleure amélioration des pratiques de gestion en interne des médicaments essentiels et des dispositifs médicaux à la pharmacie centrale de l'hôpital le Dantec.

CHAPITRE II: CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

II.1 Problématique

II.1.1. Contexte et justificatif

Les médicaments occupent une place importante dans la stratégie des Soins de santé primaires adoptés par plusieurs pays du tiers monde.

Suite à une première conférence internationale qui s'était tenue en 1978 à Alma Ata, au Kazakhstan, une politique de soins de santé primaire (SSP) a été élaborée pour répondre à l'objectif de « la santé pour tous en 2000 ». Les ministres africains de la Santé, sous l'égide de l'UNICEF et de l'OMS, se sont réunis à Bamako en septembre 1987. Lors de ces 37 ième sessions du Comité régional de l'OMS, ils ont lancé cette initiative visant à relancer et à revitaliser le système des soins de santé primaire (SSP) afin de les rendre accessibles, géographiquement et économiquement, tout en étant équitables pour l'ensemble de la population [31].

Cependant, cette initiative internationale ne couvre pas tous les besoins. Il faut un système adapté qui doit définir une bonne politique de sélection, d'acquisition, de distribution et d'utilisation rationnelle des produits au niveau des unités de soins. La qualité des soins est la « Capacité de satisfaire de manière équitable aux besoins implicites et explicites des patients, selon les connaissances professionnelles du moment et en fonction des ressources disponibles » [1].

Cependant, la loi 98-08 portant réforme hospitalière au Sénégal, et la politique nationale de santé visent à optimiser la gestion des établissements publics de santé (EPS) en fournissant des soins de qualité à moindre coût à toute la population même les plus démunies. [19]. Aujourd'hui, nous sommes dans un contexte où les ressources se font de plus en plus rares, donc une bonne maîtrise des pratiques de gestion interne en médicaments et consommables

médicaux est fondamentale. Ainsi, les ruptures de médicaments dans les EPS constituent un obstacle pour le bon fonctionnement des unités de soins [4].

Une utilisation rationnelle et une disponibilité permanente en médicaments essentiels et consommables médicaux contribueraient à :

- sauver des vies dans les structures sanitaires ;
- assurer une bonne prise en charge des patients ;
- augmenter le taux de fréquentation de la structure ;
- réduire le temps d'attente ;
- assurer une rentrée de fond ;
- renforcer les relations de confiance entre la structure et les patients.

En tant qu'hôpital de référence et centre hospitalier national (CHN), l'hôpital A. Le Dantec joue un rôle remarquable dans la dispensation des soins. Il reçoit en moyenne cinq cents à six cent patients par jour selon le bureau des entrées de l'hôpital Dantec. Avec la réhabilitation de certains services (néphrologie, cancérologie, le service d'accueil et d'orientation...) et les installations d'équipements (chambre froide...) l'hôpital A. Le Dantec doit continuer à faire des efforts pour trouver des moyens permettant de réduire les ruptures fréquentes de médicaments essentiels et des dispositifs médicaux.

La disponibilité permanente en médicaments de qualité et en quantité suffisante, est un domaine stratégique dans toute politique qui vise à améliorer la santé des populations [21]. Ceci est confirmé dans le document de la Politique pharmaceutique nationale qui dit que : « le médicament est un outil précieux de prévention et de lutte contre la maladie.»

Une bonne gestion des médicaments et du matériel médical est une lourde tâche pour les pays où les pénuries sont chroniques, les conditions climatiques et géographiques défavorables et surtout quand les ressources financières sont limitées [32].

La problématique de la gestion des médicaments repose sur l'ensemble des intervenants depuis la chaîne de fabrication jusqu'à la dispensation au lit du malade. Cependant, La gestion de stock des médicaments se confronte à de multiples problèmes à l'image des ruptures, des produits périmés et des contraintes de livraison dues à plusieurs raisons, ce qui influent négativement sur l'état de santé des patients. Cette problématique est plus fréquente dans les structures de santé publique tels que les hôpitaux, d'où la nécessité de s'efforcer à trouver des solutions pour garantir une meilleure gestion de stock de médicament susceptible d'éviter tout type d'anomalie qui peut affecter la santé des patients.

Notre étude trouve sa justification dans la volonté de vouloir améliorer la qualité du service au sein de l'hôpital, les pratiques de gestion interne des stocks et des approvisionnements en médicaments essentiels et en consommables médicaux.

Les bonnes pratiques de gestion interne des médicaments constitueraient la solution la plus appropriée pour améliorer la qualité des services au niveau des unités de soins.

La mise en œuvre des recommandations formulées contribuerait à :

- une amélioration de la qualité des services au sein de l'hôpital,
- une nette diminution des ruptures de médicaments et de consommables médicaux,
- une bonne tenue des supports de gestion des stocks,
- une meilleure qualité des soins,
- une réduction du gaspillage des ressources (médicaments achetés et périmés).

II.1 .2. Revue de la littérature

Actuellement plusieurs études faites sur le médicament ont permis de mieux connaître les facteurs ou stratégies à entreprendre pour mieux contribuer à la gestion interne des médicaments. A Hoggy, Kindo R. à travers son mémoire publié en 2012, a montré que le médicament est souvent considéré comme un catalyseur du système de santé. L'inaccessibilité de celui-ci pour des raisons logistiques et financières pourrait entraîner inévitablement une baisse de la fréquentation de la structure sanitaire, une démotivation du personnel soignant, une impossibilité de sensibiliser sur les aspects préventifs [24]. Le développement du marché parallèle et l'automédication de la population insuffisamment éduquée sur le plan sanitaire

peuvent entraîner des dangers graves [12]. Au Bénin dans la ville de Kpomasse, la gestion des médicaments était assurée par des infirmiers et des sages-femmes qui n'avaient pas les compétences [27].

Une étude faite à Abass Ndao par A. Kourouma en 2001 montre qu'un dysfonctionnement du système logistique avait entraîné un taux de rupture de 66.6% [26].

Pour Pierre Zermati (1985) dans « la pratique de la gestion des stocks. 3ème édition Dunod » faire la gestion des stocks c'est :

- définir, calculer et adopter continuellement les paramètres de gestion pour chaque article (quantité à commander ou à stocker, stock de sécurité, délai d'obtention, etc.) ;
- définir les procédures de contrôle du stock ;
- avoir une idée sur la cadence de consommation des articles.

L'accès aux médicaments essentiels devrait demeurer prioritaire. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, bien que des progrès considérables aient été faits en la matière depuis une trentaine d'années, depuis l'introduction de la notion de médicaments essentiels, tous n'ont pas profité de la même façon des améliorations apportées dans la prestation des services de santé, ni de traitements efficaces à bas prix par les médicaments essentiels. On estime que près des 2/3 de la population mondiale ont accès à des traitements complets et efficaces au moyen des médicaments dont ils ont besoin, mais qu'un tiers n'y a pas accès régulièrement à ces médicaments [35].

II.1.3 Intérêt de l'étude

II.1.3.1 Intérêt pour l'hôpital Aristide Le Dantec

Cette étude permettra à l'hôpital de disposer d'un document de référence pour améliorer les performances de l'hôpital à travers une disponibilité permanente en quantité et en qualité de médicaments essentiels et de dispositifs médicaux.

II.1.3.2 Intérêt pour le Cesag

L'amélioration des pratiques de gestion des médicaments dans une structure publique de santé de niveau trois (EPS 3) a toujours été une préoccupation des étudiants du Cesag. Notre étude a pour intérêt le renforcement de la documentation du Cesag.

II.1.3.3 Intérêt pour le système de santé au Sénégal

Notre étude porte sur la résolution des problèmes de gestion interne des médicaments au niveau de la pharmacie centrale de l'hôpital A. Le Dantec. Elle servira à compléter le manuel de procédure dans la gestion des médicaments au niveau national.

II.2. But et objectif de notre étude

II.2.1 But de l'étude

Le but de notre étude est de contribuer à l'amélioration des pratiques de gestion interne des médicaments essentiels et des dispositifs médicaux à la pharmacie centrale de l'hôpital A. Le Dantec.

II.2.2 Objectif de l'étude

❖ Objectif général

L'objectif général de notre étude est d'analyser le système de gestion interne des médicaments et des dispositifs médicaux.

❖ Objectifs spécifiques

- Décrire le système de gestion des stocks de médicaments et des dispositifs médicaux ;
- Identifier les problèmes de gestion des stocks ;
- Proposer des solutions pour résoudre ces problèmes ;
- Formuler des recommandations.

II.3. Définition des concepts et des outils de gestion

- Médicament

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le médicament est défini comme étant toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés préventives et curatives à l'égard des maladies humaines et animales ainsi que toute substance pouvant être administrée à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou restaurer corriger modifier leurs fonctions organiques [3].

- Médicament essentiel

Un médicament essentiel est un médicament qui satisfait aux besoins prioritaires de la population en matière de soins de santé.

Il est choisi compte tenu de leur intérêt en santé publique, des données sur leur efficacité et leur innocuité, et de leur coût / efficacité par rapport à d'autres médicaments [34].

- Médicament générique

Un médicament générique est un médicament dont le brevet d'exploitation est tombé dans le domaine public. Les droits d'exclusivité ont expiré [2].

- Dispositif médical

Un dispositif médical (DM) est tout instrument, appareil, équipement, matière ou autre article, utilisé seul ou en association chez l'être humain pour le diagnostic, la prévention, le traitement d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap, ou d'étude ou remplacement ou modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique [2].

- Stock

Le stock est l'ensemble des médicaments et des consommables médicaux présents dans un dépôt à un moment donné [11].

- Processus d'approvisionnement

❖ La sélection

La sélection consiste à choisir à partir d'une offre très abondante les médicaments à acquérir et à distribuer. Elle désigne également l'établissement de listes restrictives pour les deux étapes de l'acquisition et de la distribution.

Le médicament essentiel sélectionné doit présenter certains critères à savoir des données sûres et fiables, une bonne biodisponibilité, une stabilité assurée, une utilisation rationnelle, une qualité garantie, l'existence d'installations de fabrication locale [13].

❖ L'acquisition

L'acquisition est l'achat ou les dons des médicaments sélectionnés. L'acquisition des médicaments essentiels s'articule autour de quatre étapes [10] :

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

○ **La quantification**

La quantification implique une estimation des quantités de chaque médicament à acquérir.

Il existe trois méthodes de quantification : la méthode de la consommation, la méthode de la morbidité et la méthode de la consommation ajustée.

Tableau II: Comparaison entre les différentes méthodes de quantification (source nous-mêmes)

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | sanitaires locales par catégories Estimation des populations utilisatrices réparties par tranches d'âge | |
|--|--|--|--|

○ Le choix du mode d'acquisition

Les principales méthodes d'acquisition des médicaments sont :

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

Ces différentes méthodes d'acquisition varient en termes d'effet sur les prix, les délais de livraison et la charge de travail pour le bureau des achats.

○ Appel d'offres ouvert

L'appel d'offres ouvert est une procédure formelle par laquelle un fabricant ou son représentant, local ou mondial, est invité à fixer des prix sur la base des termes et des conditions spécifiées dans l'invitation à soumission.

○ Appel d'offres restreint

L'appel d'offre restreint ou appel d'offres fermé ou sélectif est une procédure par laquelle les fournisseurs intéressés approuvent au préalable, les processus de pré qualification qui tiennent compte de :

- l'adhésion aux bonnes pratiques de fabrication : BPF;
- la qualité des prestations antérieures;
- leur pérennité financière;
- des factures associées.

○ Négociation par mise en concurrence

La négociation par mise en concurrence encore appelée achat négocié ou shopping local ou international est une procédure par laquelle l'acheteur s'adresse à un nombre limité de

fournisseurs sélectionnés environ trois pour qu'ils fixent leur prix. Dans ce cas de marché, les acheteurs peuvent marchander avec les fournisseurs certains prix ou services.

○ **Achat direct**

L'achat direct est la méthode d'approvisionnement la plus simple et la plus chère. Dans ce cas l'achat est direct et s'effectue autour d'un seul fournisseur, soit avec un prix fixe soit avec un prix négocié.

○ **L'identification et sélection des fournisseurs**

Le choix du fournisseur est très important car il impacte sur la qualité et sur le coût du médicament acquis. Les fournisseurs potentiels font l'objet d'une sélection préalable et sont surveillés par un processus qui tient compte de :

- la qualité des produits
- la fiabilité des services
- des délais de livraison
- la viabilité financière.

La sélection du fournisseur dépend du coût, de la régularité des approvisionnements, mais aussi et surtout de la qualité des médicaments.

○ **La réception et la vérification des médicaments**

Une commission de réception vérifie la qualité des médicaments acquis et les réceptionne. Cette commission aura pour tâches de :

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

❖ **Distribution des médicaments essentiels**

Le système de distribution des médicaments essentiels et des dispositifs médicaux vise à assurer l'acheminement de tous ces produits du fournisseur jusqu'aux structures sanitaires qui les utilisent [17].

Un système de distribution bien géré doit :

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

❖ **Utilisation des médicaments essentiels et des dispositifs médicaux**

Les médicaments devraient être utilisés à bon escient, sans risques, et seulement quand c'est utile. L'utilisation des médicaments essentiels interpelle certains acteurs du système de santé comme le prescripteur, le gestionnaire des produits et le patient.

❖ **Gestionnaire de médicaments**

Le gestionnaire est la personne formée pour gérer les produits médicamenteux. A l'hôpital A. Le Dantec ce rôle est aussi assuré par le major de service ou le surveillant de service.

Le major de service est en général un infirmier qualifié qui s'occupe de tout ce qui administration. Nous avons le major technique et le major administratif.

La qualité de la gestion des stocks effectuée par le gestionnaire a des répercussions sur la qualité de la pratique des prescripteurs. Ces derniers adaptent leurs ordonnances selon les produits disponibles en stock [25].

- **Evolution de l'état d'un stock**

L'évolution de l'état d'un stock peut être étudiée grâce à une technique mathématique nécessitant la détermination des différents paramètres :

- **la Consommation moyenne mensuelle (CMM)** : C'est l'indicateur de consommation.

Pour un médicament donné, pendant une période donnée, la CMM se calcule en divisant la somme des sorties de médicament par la période, multiplier par 30.

$$\text{CMM} = \frac{\text{Total des sorties durant une période donnée}}{\text{Nombre de jours de ces sorties}} * 30$$

En cas de rupture

S'il y a eu des ruptures, il faudrait alors tenir compte du temps de rupture des médicaments. La somme totale des sorties (consommations) est divisée par le nombre de jours de présence en stock (on soustrait le nombre de jours de rupture du nombre total de jours pendant la période), puis on multiplie par 30

$$\text{CMM} = \frac{\text{Total des sorties pendant la période}}{\text{Nombre de jours pendant la période} - \text{Nombre de jours de rupture}} * 30$$

- **Le stock de sécurité (SS)**

C'est la quantité d'un médicament en dessous de laquelle le stock disponible ne doit jamais descendre pour éviter les ruptures. Ce stock de sécurité tient compte des imprévus non planifiés dans la consommation courante par exemple les épidémies, ou une augmentation du délai de livraison, ou des ruptures de stock chez le fournisseur. On a coutume de prévoir un stock de sécurité égal à 2 mois de consommation mensuelle.

$$S_s = \text{CMM} * 2$$

- **Le délai de livraison (DL)**

C'est la période exprimée en mois qui s'écoule entre la date d'envoi du bon de commande et la date de réception effective de la commande.

- **Le stock minimum (Smi):**

C'est le stock d'alerte ou le point de commande (PC), c'est le stock à partir duquel on doit lancer une commande. Le Smi doit tenir compte du délai de livraison et doit être supérieur au stock de sécurité.

$$\text{Smi} = \text{Ss} + (\text{CMM} * \text{DL})$$

- **La périodicité de la commande**

C'est la fréquence à laquelle la pharmacie doit passer ses commandes de façon régulière, exemple tous les trois mois. La période de commande est aussi appelée délai d'approvisionnement (DA).

- **Le stock de roulement (Sr)**

C'est le stock nécessaire pour satisfaire les besoins entre deux livraisons. Il tient compte du délai d'approvisionnement (DA), c'est-à-dire de la périodicité de la commande.

$$\text{Sr} = \text{CMM} \times \text{DA}$$

- **Le stock maximum (Sm)**

Il représente les besoins totaux. C'est le stock à constituer au moment d'un réapprovisionnement, mais aussi le stock à ne pas dépasser pour éviter le sur-stockage, l'occupation inutile de l'espace de stockage et les périmés.

Le stock maximum est la somme du stock minimum (= stock sécurité + stock nécessaire pendant le délai de livraison) et du stock de roulement.

$$\begin{aligned} \text{SM} &= \text{SS} + \text{SDL} + \text{SR} \\ &= \text{Smi} + \text{SR} \end{aligned}$$

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE ET RESULTATS DE
L'ENQUETE

CHAPITRE III: METHODOLOGIE

III.1. Population et type d'étude

III.1. 1. La population d'étude

Notre population d'étude est composée des responsables administratifs, le personnel de la pharmacie centrale, les majors de service, les gestionnaires des produits et les surveillants de service.

III.1.2. Le type d'étude

La méthodologie de notre étude est celle de résolution des problèmes. Il s'agit d'une étude qualitative, quantitative et transversale.

III.2. Echantillonnage

Pour la constitution de l'échantillon, nous allons procéder par la technique d'échantillonnage du choix raisonné ou les unités statistiques sont choisies selon des critères prédéfinies. Les éléments de l'échantillon ont été sélectionnés en fonction de la taille du service.

Ce qui nous a permis de choisir des services représentatifs pour faire notre étude. Ce faisant nous avons choisi les services suivants :

- la pharmacie hospitalière
- l'urologie
- la pédiatrie
- la dermatologie
- les urgences chirurgicales
- la cardiologie

- la radiologie
- le service de réanimation
- l'accueil
- la maternité
- la chirurgie infantile.

III.3. Technique et outils de collecte de données

Nous avons procédé à un pré test puis nous avons administré un questionnaire. La revue documentaire, l'observation participative et la recherche sur internet sont des méthodes qui nous ont permis d'avoir une réponse sur certains thèmes de notre étude.

III.4. Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée du 17 décembre 2018 au 05 février 2019.

Tableau IV : déroulement de l'enquête

| Activité / mois | Décembre 2018 | Janvier 2019 | Février 2019 | Mars 2019 | Avril 2019 |
|---|------------------|-----------------|-----------------|--------------|---------------|
| Prise de contact | * | | | | |
| Elaboration du questionnaire | | * | | | |
| Pré test | | | * | | |
| Administration du questionnaire | | | * | | |
| Entretien avec les pharmaciens et les chefs de services | | | * | | |

| | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|---|---|
| Recueil de données | | | | * | |
| Analyse des données | | | | * | |
| Traitement des données | | | | * | * |

III.5. Traitement et analyse des données

Nous avons traité les données en utilisant le tableur Excel et Word pour l'élaboration des questionnaires. Les données sont ensuite présentées sous forme de tableau et de graphique.

III.6. Difficultés de l'étude

Comme difficultés rencontrées nous pouvons noter que certains acteurs n'ont pas voulu répondre à notre questionnaire, ou à certaines questions posées. La surcharge de travail pour certains personnels, les urgences à prendre en charge pour d'autres faisaient que les rencontres se déroulaient durant les après midi.

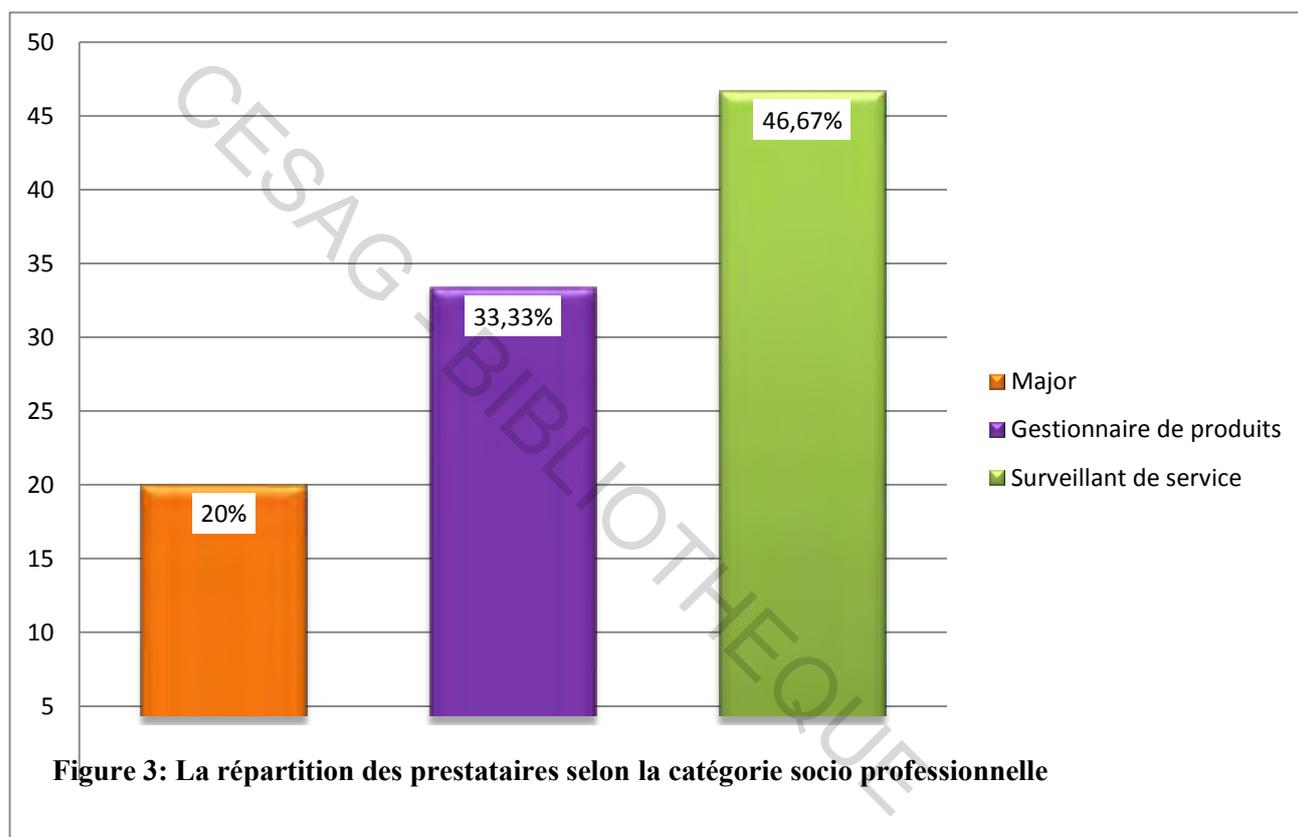
CHAPITRE IV: RESULTATS DE L'ENQUETE

L'enquête a été réalisée en deux parties :

- Un premier questionnaire destiné aux prestataires de service à savoir les surveillants de service, les gestionnaires de produits et les majors de service.
- Un entretien avec les pharmaciens de la pharmacie centrale

IV.1. Résultats des questionnaires soumis aux Prestataires de service

IV.1.1. Répartition des prestataires selon la catégorie socio professionnelle



Selon la figure 1 ci-dessus, **46,67%** des prestataires étaient des surveillants de service, environ **33%** étaient des gestionnaires de produits et **20%** des majors de service.

IV.1.2. Répartition des prestataires selon l'estimation des besoins en produits pharmaceutiques

Selon les résultats de l'enquête, **93%** des prestataires faisaient l'estimation des besoins en produits pharmaceutiques.

IV.1.3. Répartition des prestataires selon la disponibilité d'outils de gestion des stocks

Selon les résultats de notre enquête nous avons constaté que environ 53% des prestataires ne disposaient pas d'outils de gestion.

IV.1.4. Répartition des prestataires selon l'utilisation des outils de gestion des stocks

Selon la figure 5 ci-dessous, environ 13% des prestataires utilisaient l'outil informatique 20% les fiches manuelles et 13% les deux types d'outils de gestion et 53,33% n'utilisaient aucun outil de gestion des stocks.

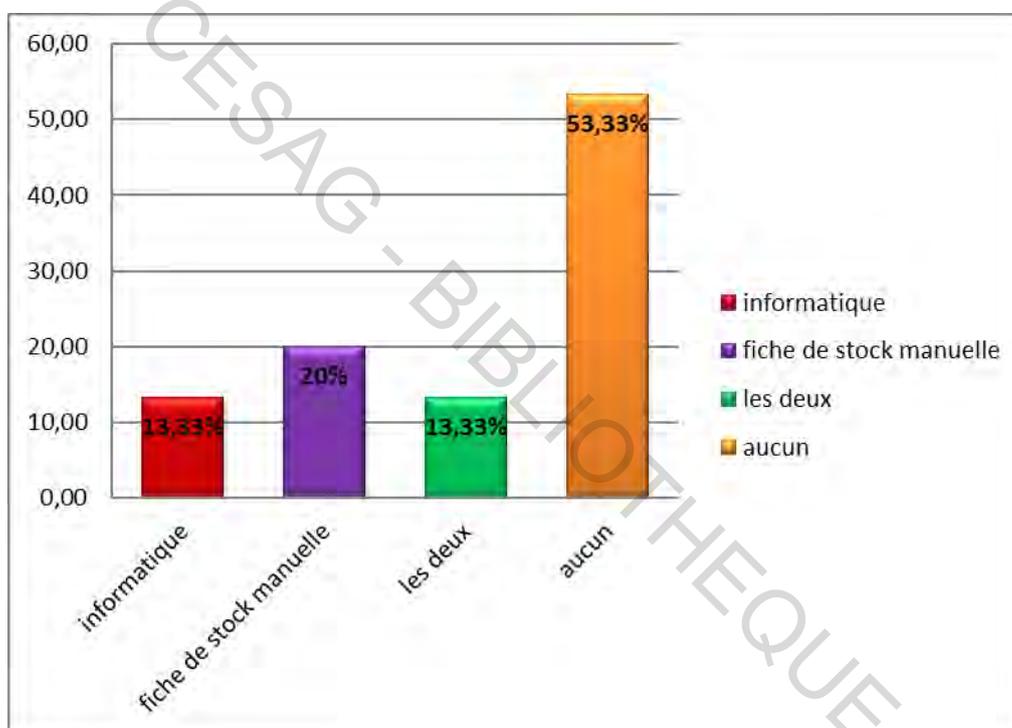


Figure 4: Répartition des prestataires selon l'utilisation des outils de gestion des stocks

IV.1.5. Répartition des prestataires selon la formation continue en gestion des stocks

Selon les résultats de notre enquête, 86,67% n'avaient pas bénéficié d'une formation continue en gestion des stocks.

IV.1.6. Supervision des prestataires de services par la pharmacie centrale

L'enquête menée auprès des prestataires avait montré que 86% des prestataires de service n'avaient pas subi une supervision.

IV.2. Résultats de l'entretien avec les pharmaciens du service

D'après l'entretien eu avec les pharmaciens 80% d'entre eux avaient jugé que le budget alloué aux produits pharmaceutiques était insuffisant.

L'acquisition des médicaments de la pharmacie se fait par achat direct, par appel d'offre ouvert et autre (entente directe...).

D'après l'entretien eu avec les pharmaciens de la pharmacie centrale, 80% avaient jugé peu satisfaisante la qualité du fournisseur.

Toutes les commandes étaient faites auprès du fournisseur par écrit avec bon commande.

Les délais de livraisons variaient d'un fournisseur à l'autre et peuvent aller de 21 jours à un mois. La réception était faite avec une équipe de réception. Les magasins de stockage qui sont au nombre de cinq, ont été jugés trop étroits, mal éclairé avec une température intérieure non conforme, une humidité assez élevée, et sont infestés de rats et de termites.

L'entreposage des produits était effectué par rayonnage selon la forme pharmaceutique (sonde, cathéter, gants, les formes injectables), par palettes au sol (casaques, champs opératoires, solutés, les povidones) et parfois les cartons directement sur le sol (paracétamol injectable).

L'échange avec les pharmaciens avait permis de constater qu'il y'avait des responsables de stock dont la fonction était : la gestion comptable du stock (le comptable), la gestion physique du stock (le magasinier).

La valeur du stock était estimée entre cinq cent millions et sept cent cinquante millions par an. Un inventaire physique des produits était effectué de façon périodique (inventaire annuel de fin d'exercice).

La discussion avec les pharmaciens permettait de connaître l'existence de produits périmés et de leur valeur qui était estimée entre dix et quinze millions de franc CFA par an.

L'entretien avec les pharmaciens avait permis de comprendre que les processus d'approvisionnement des commandes de médicaments en interne se faisaient à travers un bon de commande signé par le chef de service de l'unité de soins.

La livraison interne s'effectuait à l'aide des charriots et des lits destinés au transport des malades.

Pour le suivi de ces produits jusqu'au lit du malade, le service de la pharmacie n'avait pas eu à faire des supervisions dans les différents services.

IV.3. Analyse et Commentaires

Nous avons mené une étude quantitative et qualitative sur les pratiques de gestion interne des médicaments essentiels et des dispositifs médicaux à l'hôpital le Dantec.

Un questionnaire a été administré aux majors de service, aux surveillants de service, et aux gestionnaires en pharmacie. Un entretien a été également réalisé avec les pharmaciens de la pharmacie centrale sur les procédures de gestion.

Nos résultats avaient montré que 46,67 % des prestataires étaient des surveillants de service contre respectivement 20 et 33,33 % pour les majors de service et gestionnaire en pharmacie.

Plus de 50% des prestataires n'étant pas des gestionnaires en pharmacie donc n'ont pas reçu une formation en gestion des médicaments. Ce qui pourrait constituer un handicap pour une gestion efficace des produits. Le gestionnaire en pharmacie est doté de connaissance sur les paramètres de gestion telle que la consommation moyenne mensuelle, le stock de sécurité, le stock de roulement, les délais de livraison etc.

L'utilisation de ces paramètres permettrait une disponibilité permanente des médicaments [8].

Parmi les prestataires 53% ne disposaient pas d'outils de gestion des stocks ; alors que la mise en place de procédures et d'outils de gestion est un gage de réussite pour une bonne organisation et une gestion rigoureuse d'une unité de soins [6].

En effet, la bonne tenue de fiches de stocks permettrait de visualiser par écrit la consommation moyenne facilitant ainsi l'évaluation des quantités à commander.

En effet, une étude réalisée dans le secteur pharmaceutique au Congo a montré que la mauvaise tenue des outils de gestion avait pour conséquences, des ruptures de stocks en

médicaments parfois disponibles au niveau supérieur de la chaîne des approvisionnements et aussi quelques fois, des péremptions évitables [6].

Environ 87 % des prestataires n'avaient jamais bénéficié d'une formation continue en gestion des médicaments. La formation continue permettrait d'améliorer la gestion du cycle logistique dont le but est d'assurer la continuité des services, de satisfaire la demande et d'éviter les ruptures de stock [7].

L'absence d'outils de gestion et le manque de formation continu en gestion des médicaments pourraient constituer un obstacle pour la bonne gestion des médicaments.

La pharmacie centrale ne faisait pas de supervision dans les unités de soins, alors que ces supervisions pourraient permettre :

- une utilisation efficace des médicaments.
- un retour d'information (feed-back) sur la consommation des produits.
- De voir les conditions de stockage et de conservation des produits, et de pouvoir apporté des correctifs si nécessaire.

L'entretien avec les pharmaciens avait relevé l'insuffisance du budget alloué à l'approvisionnement des produits pharmaceutiques ce qui pourrait entraver une bonne marche de l'hôpital ; vu que la principale méthode d'acquisition était l'achat direct avec la PNA. L'inconvénient de l'achat direct c'est que les prix sont fixes et non négociables, ce qui pourrait entraîner une tension de trésorerie.

Cependant, les autres fournisseurs avaient été sélectionnés par appel d'offre, les pharmaciens jugeaient leurs prestations peu suffisantes malgré l'engagement pris; parmi ces manquements nous pourrions citer : des délais de livraison souvent non respectés, des dates de péremption parfois trop proche surtout pour les produits sensibles. Ce qui pourrait être la cause de rupture fréquente de certains produits.

Quelles que soient les méthodes d'acquisition des produits, les commandes se faisaient par écrit sur bon de commande.

Ce qui assurait une meilleur traçabilité des produits et un bon suivi des délais de livraison qui était approximativement de vingt et un jours après réception du bon de commande par le fournisseur.

L'aménagement des locaux n'était pas adéquat (humidité, éclairage, température...) pour un bon stockage des produits ce qui pourrait affecter leur qualité et leur efficacité. Et par conséquent entraîner des pertes énormes vu que la valeur du stock variait entre deux cent cinquante millions et cinq cent millions de francs CFA, l'inventaire annuel avait permis d'évaluer les périmés entre cinq et dix millions de franc. Ce qui représente 1.9% du budget de fonctionnement de la pharmacie, selon le contrôleur de gestion.

Le bon de commande interne est déposé auprès du pharmacien adjoint, ce dernier quantifie de façon rationnelle et équitable les produits en tenant compte de la quantité disponible.

Le bon de commande était ensuite remis au magasinier pour la sortie des produits. Après un dernier contrôle par un pharmacien les produits étaient livrés au major de service. Pour régulariser la sortie des produits, le cachet du service demandeur est apposé sur le bon de sortie relié avec les deux premiers volets du bon de commande interne.

L'acquisition des médicaments se fait par appel d'offres ouvertes (80%) et les autres méthodes seulement 20% d'utilisation.

TROISIEME PARTIE:
DETERMINATION DES CAUSES ET LEUR
PRIORISATION IDENTIFICATION ET
PRIORISATION DES SOLUTIONS
PLAN DE MISE EN ŒUVRE

CHAPITRE V: IDENTIFICATION DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION

Dans ce chapitre, nous allons identifier les causes possibles du problème (le taux élevé de produits périmés). La recherche des causes d'un problème s'effectue à travers un brainstorming avec les différents acteurs.

Le Brainstorming (Remue-méninges) nous a permis d'élargir notre vision du problème pour identifier de causes possibles. C'est une technique de créativité permettant de produire un maximum d'idées, qui se pratique en groupe et qui a pour objectif la résolution de problème. Il est conçu dans les années 30 par Alex Osborne, qui travaillait pour une agence de publicité américaine.

L'outil pour visualiser les causes possibles d'un problème considéré comme un effet est le diagramme de 'causes à effets' également appelé diagramme d'Ishikawa ou diagramme en arête de poisson. Ce diagramme est utile, parce qu'il permet d'avoir une vision globale des causes mais également permet de classer les idées émises, en grands chapitres.

Ishikawa propose cinq (5) grandes familles de causes que sont :

Première famille de causes : **Matières** : Correspond à ce qui est consommable, énergie, matière première, l'information.

Deuxième famille de causes : **Méthodes** : Correspond aux méthodes en rapport avec l'organisation (procédures, consignes, instruction de travail, modes opératoires, etc.);

Troisième famille de causes : **Matériels** : Correspond aux différents investissements (installation, machines, équipements);

Quatrième famille de causes : **Milieu** : Correspond à l'environnement (température, hygrométrie (teneur de l'humidité de l'air), propreté, bruit, éclairage, etc.);

Cinquième famille de causes : **Main-d'œuvre** : Correspond à tout ce qui est en rapport avec l'action humaine (**compétences, formation, comportement, communication, etc.**).

Après avoir identifié les causes, il faut les hiérarchiser. Pour cela nous adoptons **le vote pondéré** dont la démarche est la suivante: pour chaque cause identifiée, une lettre lui sera affectée (A, B, C...), chaque participant du vote pondéré dispose de **20 points** maximum et

chacun a le droit d'attribuer au maximum **5 points** par cause tout en respectant le principe de l'anonymat.

V.1. Visualisation des causes du taux élevé de péremption

Le diagramme d'ISHIKAWA, ou diagramme de cause à effet, est une représentation structurée de toutes les causes qui conduisent à une situation. Son intérêt est de permettre aux membres d'un groupe d'avoir une vision partagée et précise des causes possibles d'une situation. Le schéma comprend les facteurs causaux identifiés et catégorisés selon la **règle des " 5 M "**.

❖ Causes liées à la matière

Absence d'organigramme éclairé

Absence de système d'information sanitaire adapté

❖ Causes liées à la méthode

Lenteur dans les procédures de commandes

Mauvaise quantification des besoins

Lenteur dans le mode d'acquisition des produits

❖ Causes liées au matériel

Absence de logiciel de gestion des stocks

Etroitesse des locaux

❖ Causes liées au milieu

Température non adaptée

Insalubrité des locaux

Mauvaise luminosité

❖ Causes liées à la main-d'œuvre (personnel)

Faible compétence des prestataires sur la gestion des stocks

Pléthore de personnels de soutien.

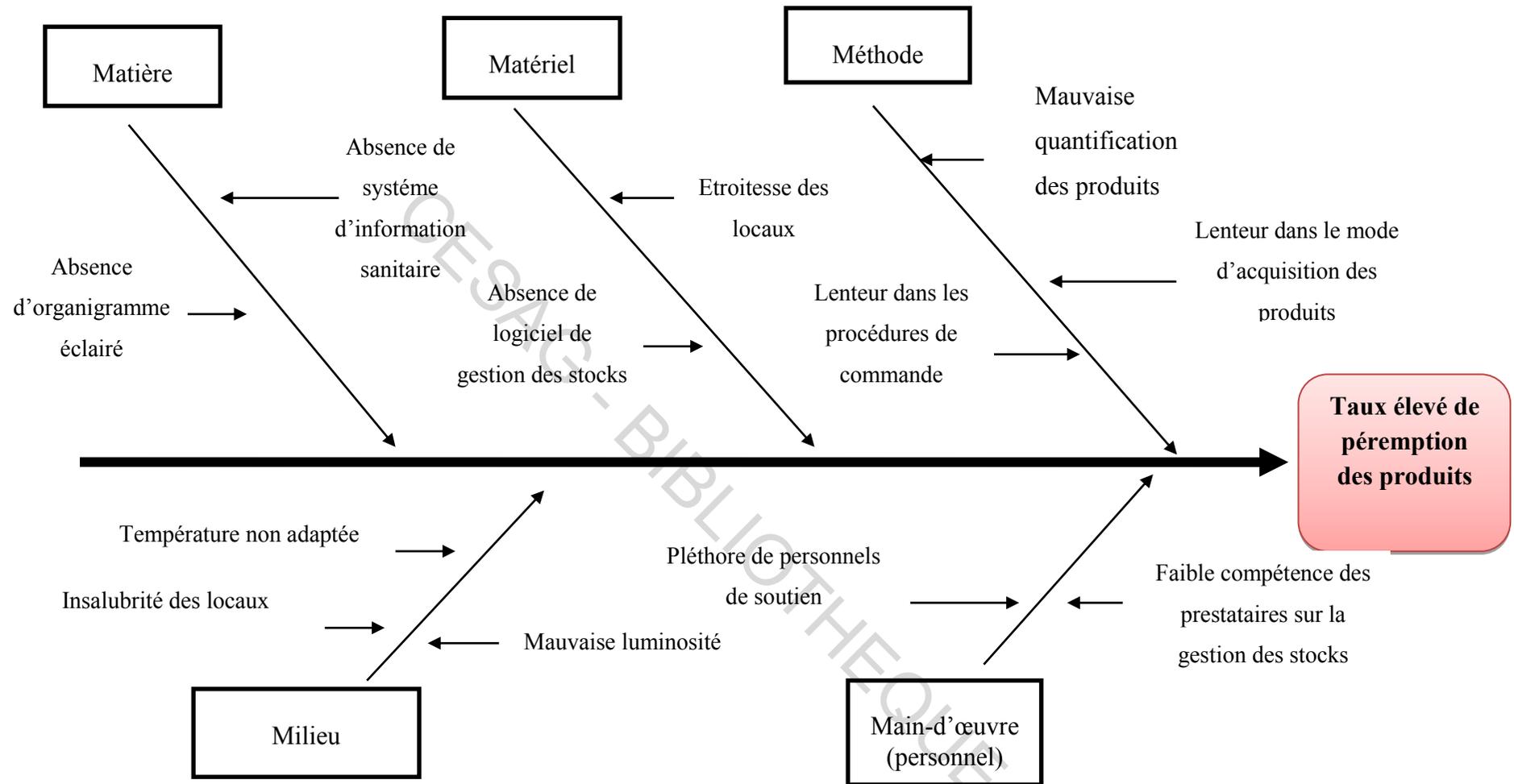


Figure 5: Diagramme d'ISHIKAWA, analyse des causes du taux élevé de péremption des produits (source Dr. Rémi Bachelet Maître de conférences à Centrale Lille)

V.2. Hiérarchisation des causes

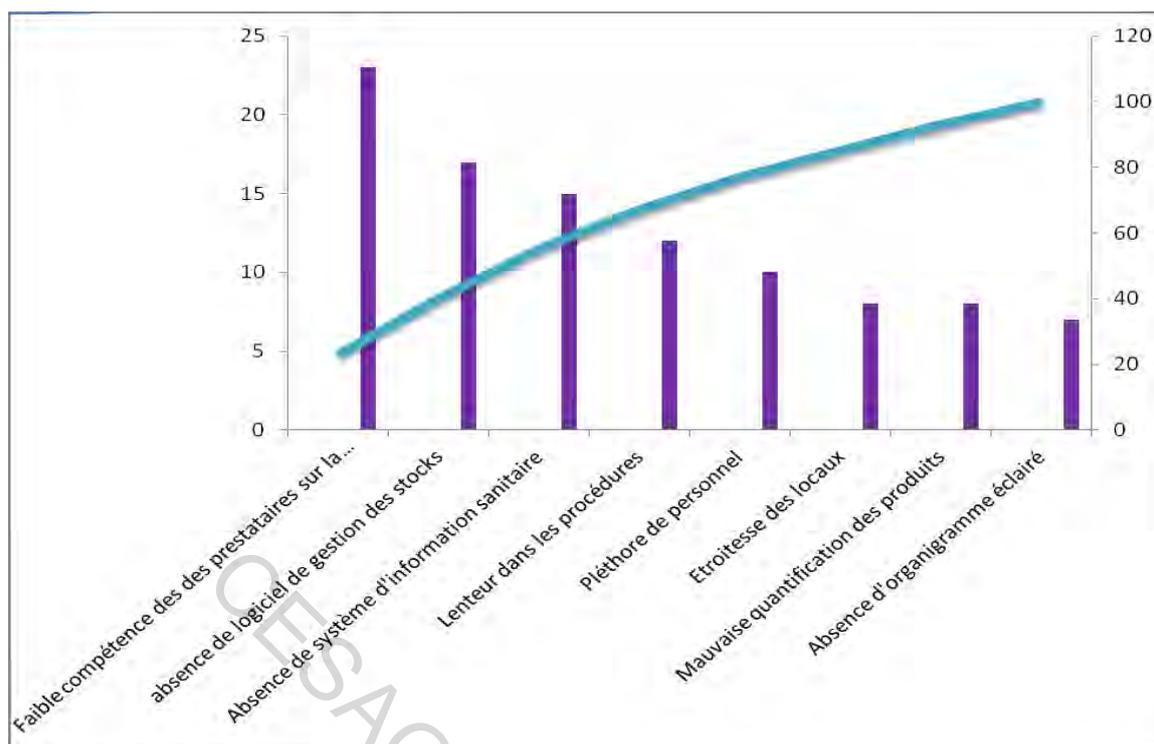
Le résultat du vote pondéré est consigné dans le tableau ci-dessous :

Tableau III : Priorisation des causes (source nous même)

| Causes | Notation | Participant 1 | Participant 2 | Participant 3 | Score | rang |
|--|----------|---------------|---------------|---------------|-------|------------------|
| Absence de système d'information sanitaire | B | 2 | 3 | 4 | 9 | 3 ^{eme} |
| Absence de logiciel de gestion des stocks | C | 4 | 3 | 3 | 10 | 2 ^{eme} |
| Etroitesse des locaux | D | 2 | 2 | 1 | 5 | 6 ^{eme} |
| Mauvaise quantification des produits | E | 1 | 2 | 2 | 5 | 6 ^{eme} |
| Lenteur dans les procédures de commande | F | 2 | 2 | 3 | 7 | 4 ^{eme} |
| Absence d'organigramme éclairé | L | 2 | 1 | 1 | 4 | 8 ^{eme} |
| Faible compétence des prestataires sur la gestion des stocks | M | 5 | 5 | 4 | 14 | 1 ^{er} |
| Pléthore de personnels de soutien | N | 2 | 2 | 2 | 6 | 5 ^{eme} |

Tableau IVI: Priorisation des causes par fréquence cumulée (source nous même)

| Causes | Score obtenu | Fréquence en % | Fréquence cumulée |
|--|--------------|----------------|-------------------|
| Faible compétence des prestataires sur la gestion des stocks | 14 | 23 | 23 |
| Absence de logiciel de gestion des stocks | 10 | 17 | 40 |
| Absence de système d'information sanitaire | 9 | 15 | 55 |
| Lenteur dans les procédures de commande | 7 | 12 | 67 |
| Pléthore de personnel de soutien | 6 | 10 | 77 |
| Etroitesse des locaux | 5 | 8 | 85 |
| Mauvaise quantification des produits | 5 | 8 | 93 |
| Absence d'organigramme éclairé | 4 | 7 | 100 |
| TOTAL | 60 | 100 | |



Fréquence
Fréquence cumulée

Figure 6: le diagramme de PARETO source (nous-mêmes)

D'après la figure 7 représentant le diagramme de Pareto, nous avons constaté que 80% des produits périmés étaient dus à :

- La faible compétence des prestataires sur la gestion des stocks,
- L'absence de logiciel de gestion des stocks de médicaments
- L'absence de système d'information sanitaire.

CHAPITRE VI: IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

VI.1. Identification des solutions

A la suite du Brainstorming, le groupe de travail a proposé les solutions suivantes :

- ✓ Mettre en place un logiciel de gestion des stocks ;
- ✓ Mettre en place un système d'information sanitaire fiable et adapté ;
- ✓ Rationnaliser la dotation des produits au niveau des unités de soins ;
- ✓ Assurer la formation continue des prestataires sur la gestion des stocks.
- ✓ Réaménager les locaux de la pharmacie.
- ✓ Responsabiliser plus de pharmaciens hospitaliers pour diminuer le nombre pléthorique de personnel de soutien.

Le choix de la solution s'est basé sur les critères suivants :

- ✓ la solution retenue va-t-elle permettre de résoudre le problème
- ✓ la faisabilité financière de la solution retenue ?
- ✓ la solution retenue est-elle réalisable ?

VI.2. Priorisation et choix de la solution

Coût faible = 3, Coût moyen = 2, Coût élevé = 1

Efficacité : grande = 3, moyenne = 2, minime = 1

Impact : court terme = 3, moyen terme = 2, long terme = 1

Tableau VI: Priorisation des solutions (source nous même)

| Solution | Critères | | | Score |
|---|------------|------------------------|---------------------------|-------|
| | Réalisable | Résolution du problème | La faisabilité financière | |
| Assurer la formation continue des prestataires sur la gestion des stocks. | 3 | 3 | 3 | 9 |
| Mettre en place un logiciel de gestion des stocks | 3 | 3 | 2 | 8 |
| Mettre en place un système d'information sanitaire fiable et adapté ; | 3 | 2 | 1 | 6 |
| Simplifier les procédures d'appel d'offre | 2 | 2 | 1 | 5 |
| Responsabiliser plus de pharmacien pour diminuer le nombre pléthorique de personnel de soutien. | 2 | 1 | 1 | 4 |
| Réaménager les locaux de la pharmacie. | 1 | 2 | 1 | 4 |

Le groupe de travail retient comme solution prioritaire : Assurer la formation continue des prestataires sur la gestion des stocks de médicaments ce qui va améliorer la gestion des médicaments de la pharmacie centrale.

CHAPITRE VII: PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION

Cette partie comportera un cadre logique, un plan d'action, une budgétisation et un volet suivi- évaluation.

VII.1. Cadre logique

C'est une représentation des principes du programme qui traduit la conversion des intrants en activités, des activités en produits, des produits en résultats et des résultats en impact;

Il permet :

- ✓ l'identification les facteurs de succès ;
- ✓ de fournir la base pour l'évaluation d'un programme.

Objectif général du projet

Améliorer les pratiques de gestion interne des médicaments et des dispositifs médicaux à la pharmacie centrale de l'HALD d'ici à Décembre 2020.

Objectifs spécifiques du projet

- Former les 26 agents de la pharmacie et des 16 majors des unités de soins sur les outils de gestion des stocks de médicaments et des dispositifs médicaux d'ici à décembre 2020.
- Former les 26 agents de la pharmacie et des 16 majors des unités de soins sur les techniques de quantification des médicaments et des dispositifs médicaux d'ici à décembre 2020.
- Former 26 agents de la pharmacie et des 16 majors des unités de soins sur la gestion des stocks de médicaments et des dispositifs médicaux d'ici à décembre 2020.

Tableau VII: Cadre logique (source nous même)

| | LOGIQUE D'INTERVENTION | INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES | SOURCES ET MOYENS DE VERIFICATION | CONDITIONS CRITIQUES |
|--------------------------------------|---|---|---|--|
| Objectif général | Amélioration des pratiques de gestion interne des médicaments et des dispositifs médicaux au 31 décembre 2020 | Taux de disponibilité des médicaments essentiels et des dispositifs médicaux | Fiches d'inventaire Rapport d'évaluation | Engagement de la direction Engagement du chef de service Adhésion du personnel |
| Objectifs spécifiques (Effet) | OS1 Renforcer les capacités des 42 agents sur les outils de gestion des stocks de médicaments et des dispositifs médicaux d'ici décembre 2020. | Proportion d'agents capable d'utiliser correctement les outils de gestion des stocks | Fiche de stocks | Engagement du chef de service Motivation du personnel |
| | OS2 Renforcer les capacités des 42 agents sur les techniques de quantification des médicaments et des dispositifs médicaux d'ici décembre 2020 | Proportion d'agents qui maîtrisent les techniques de quantification des produits | Fiche de stock Fiches d'évaluation | Engagement du chef de service Motivation du personnel Adhésion du personnel |
| | OS3 Renforcer les connaissances des 42 agents sur la gestion des stocks de médicaments et des dispositifs médicaux d'ici à décembre 2020 | Proportion d'agents ayant une bonne connaissance sur la gestion des stocks de médicaments | Fiche de stock Fiches d'évaluation | Engagement du chef de service Motivation du personnel Adhésion du personnel |

| | LOGIQUE D'INTERVENTION | INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES | SOURCES ET MOYENS DE VERIFICATION | CONDITIONS CRITIQUES |
|-----------------------------|--|---|--|--|
| Résultats (Extrants) | R1. 70 à 80 % des agents utilisent correctement les outils de gestion | Nombre d'agents utilisant correctement les outils de gestion sur le nombre d'agents formé | Rapport d'activité de formation | Adhésion du personnel Adhésion du chef de service |
| | R2. 70 à 80 % des agents maîtrisent les techniques de quantification des produits | Nombre d'agents maîtrisant les techniques de quantification sur le nombre d'agents formé | Rapport des activités de formation | Adhésion du chef de service, Adhésion du personnel |
| | R3 : 70 à 80 % des agents ont une bonne connaissance de la gestion des stocks de médicaments | Nombre d'agents ayant une bonne connaissance de la gestion sur le nombre total d'agents formés | Rapport d'activité de formation | Adhésion du chef de service Adhésion du personnel |
| Activités | A1 : Organiser une réunion d'information avec les agents à former A1.2 : Organiser des séances de formation sur les outils de gestion | Nombre d'agents ayant participé à la réunion sur le nombre d'agents à former Nombre d'agents ayant participé à la formation sur le nombre d'agent à former | Compte rendu réunion Feuille de présence Compte rendu réunion Feuille de présence | Direction Chef de service pharmacie Agents concernés Chef de service Pharmacie Agents concernés |

| | LOGIQUE D'INTERVENTION | INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES | SOURCES ET MOYENS DE VERIFICATION | CONDITIONS CRITIQUES |
|------------------|--|--|--|-------------------------------|
| Activités | A2: Organiser une session de formation sur les techniques de quantification des médicaments et des dispositifs médicaux | Nombre d'agents formés sur le nombre prévu | Rapport des activités de formation La feuille de présence | Adhésion des agents |
| | A3: Organiser une session de formation sur la gestion des stocks de médicaments | Nombre d'agents formés sur le nombre prévu | Rapport des activités de formation | Adhésion des agents concernés |
| Intrants | Ressources Humaines Ressources Financières, Matériels et supports de formation | | | |

VII.2. Plan d'action

Notre plan d'action s'articule autour de 6 rubriques citées ci-après:

- ✓ les activités à mener pour la réussite de la solution retenue ;
- ✓ la période des activités ;
- ✓ les résultats attendus ;
- ✓ les ressources humaines, matérielles et financière pour la mise en œuvre ;
- ✓ les personnes responsables ;
- ✓ les sources de financement.

Tableau IX : Plan d'action (source nous même)

| Activités | Résultat attendu | Période | Ressources matérielles | Ressources humaines | Ressources financières (FCFA) | Source de financement | Responsable |
|--|---|--------------------------|--|--|-------------------------------|-----------------------|---|
| - Organiser une réunion d'information avec les agents à former | 42 agents sensibilisés sur la tenue de la formation | Janvier 2020 (1 jour) | Salle de réunion Matériels didactiques Feuille de présence Plaquette de formation | Agents à former Chef de division formation -Chef de service pharmacie Chef des ressources humaines Direction Formateurs | 55 000 | L'hôpital | -Chef de division formation -Chef de service pharmacie SAF ACP |

| | | | | | | | |
|---|---|----------------------------|--|-------------------------------|---------|---------|---|
| Organiser des séances de formation sur les outils de gestion | 42 agents formés sur les outils de gestion des stocks | Février 2020 (sur 2 jours) | -1 consultant en gestion des médicaments -Matériel et documents de formation - une salle pour la formation | Formateurs et agents à former | 710 000 | Hôpital | -Chef de division formation -Chef de service pharmacie - SAF - ACP |
| Organiser une session de formation sur les techniques de quantification des médicaments et des dispositifs médicaux | 42 agents formés sur les techniques de quantification des médicaments et des dispositifs médicaux | Avril 2020 (sur 2 jours) | -1 consultant sur les techniques de quantification des stocks de médicaments -Matériel et documents de formation - une salle pour la formation | Formateurs et agents à former | 710 000 | Hôpital | - Chef de division formation - Chef de service pharmacie - SAF - ACP |

| | | | | | | | |
|---|---|-----------------------|--|-------------------------------|---------|---------|---|
| Organiser une session de formation sur la gestion des stocks de médicaments | 42 agents formés sur la gestion des stocks de médicaments et des dispositifs médicaux | Juin 2020 (2jours) | -1 consultant sur la gestion des stocks de médicaments -Matériels et supports de formation - une salle pour la formation | Formateurs et agents à former | 710 000 | Hôpital | - Chef de division formation - Chef de service pharmacie - SAF - ACP |
|---|---|-----------------------|--|-------------------------------|---------|---------|---|

Tableau X: Budget détaillé des activités (source nous même)

| Désignation | Quantité | Nombre | Prix unitaire FCFA | Montant FCFA | Source de Financement |
|---|--------------|----------|--------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Activité A1 | | | | | |
| -matériels et supports pour réunion | - | - | - | 12 500 | Hôpital |
| -un local | - | - | - | A la disposition de l'hôpital | |
| -Collation | - | - | - | 55 000 | |
| Sous-total 1 | | | | 67 500 | |
| Activité A2 | | | | | |
| Matériels et supports pour la formation | 44 personnes | 3 | 1500 | 66 000 | Hôpital |
| Perdiems | 1 | 6 | 25 000 | 150 000 | |
| Honoraire du chargé de formation | | | | | |
| Agent à former | 44 | 6 | 5000 | 1 320 000 | |
| Pause santé | 44 | 6 | 3000 | 792 000 | |
| Sous-total 2 | | | | 2 328 000 | |
| TOTAL | | | | 2 395 500 | |

VII.4. Suivi et d'Evaluation de la mise en œuvre

❖ Le suivi de la mise en œuvre

Le suivi est le processus systématique du recueil et du contrôle continu de l'état d'exécution des activités, des objectifs spécifiques de la solution retenue selon les échéanciers fixés, ainsi que l'utilisation des ressources.

Il porte généralement sur les processus de mise en œuvre, notamment sur le moment et le lieu où se déroulent les activités, les auteurs des activités et le nombre de gens ou d'entités atteints 00000par celles-ci.

Le suivi de l'exécution se fera sur les activités prévues dans le plan d'action, pour chaque activité, il détermine le statut sur son état d'avancement et sur l'utilisation des ressources.

L'utilisation des pourcentages de ressource permettra de rendre compte du niveau de réalisation des activités.

❖ L'évaluation de la mise en œuvre

L'évaluation est un processus d'analyse quantitatif et ou qualitatif qui consiste à apprécier soit le déroulement d'une action ou d'un programme, soit à mesurer leurs effets.

L'évaluation de la mise en œuvre de ce projet portera sur le processus d'exécution des activités, de l'utilisation des ressources et la portée des résultats.

L'évaluation va nous permettre de juger de l'efficacité du projet à travers une meilleure organisation des activités de la pharmacie, une disponibilité des intrants, une diminution des produits périmés et une amélioration nette des pratiques de gestion des stocks de médicaments essentiels et des dispositifs médicaux.

Les indicateurs de suivi et évaluation sont :

- Taux de disponibilité des médicaments essentiels et des dispositifs médicaux,
- Proportion d'agents pouvant utiliser correctement les outils de gestion des stocks,
- Proportion d'agents qui maîtrisent les techniques de quantification des produits,

- Proportion d'agents ayant une bonne connaissance sur la gestion des stocks de médicaments.

Pour évaluer l'effet de la formation sur le personnel, nous irons effectuer des missions de supervisions des agents de la pharmacie et des unités de soins chaque trimestre.

Tableau XI : Cadre de suivi-évaluation (source nous même)

| INTRANTS | PROCESSUS | EXTRANTS | EFFETS | IMPACT |
|--------------------------|--|--|---|--|
| Nombre d'agents à former | Pourcentage de séances de formation du personnel | 70 à 80% des agents utilisent correctement les outils de gestions, | 90% de diminution du taux de péremption | Augmentation de 15% du taux de satisfaction sur la qualité des soins à l'HALD. |
| Nombre d'agents à former | Pourcentage de séances de formation du personnel | 70 à 80% des agents maîtrisent les techniques de quantification | | |
| Nombre d'agents à former | Pourcentage de séances de formation du personnel | 70 à 80% des agents ont une bonne connaissance sur la gestion des stocks | | |

CHAPITRE VIII: RECOMMANDATIONS

Pour améliorer les pratiques de gestion interne des médicaments essentiels et des dispositifs médicaux à la pharmacie centrale de l'hôpital A. Le Dantec, les autorités de l'hôpital se doivent de travailler en parfaite synergie. Des actions doivent être menées : la formation continue du personnel en charge des médicaments, une informatisation du système de gestion interne, l'aménagement adéquat des locaux de stockage au niveau de la pharmacie et des unités de soins, revoir à la hausse le budget de fonctionnement de l'hôpital, mettre à la disposition de toutes les unités de soins des gestionnaires en pharmacie, effectuer des supervisions au niveau des unités de soins, faire des inventaires trimestriels, exiger des fournisseurs un respect stricte du cahier des charges.

- A l'endroit du chef service de la pharmacie centrale de l'hôpital:
 - impliquer davantage le comptable matière
 - faire des inventaires physiques chaque trimestre
 - veiller au respect strict des sorties : premier venu premier sorti (first in first out) tout en vérifiant les dates de péremption des produits.
 - veiller au respect strict du cahier des charges par le fournisseur sélectionné,
 - assurer la supervision régulière des unités de soins,
 - redéployer et capaciter les gestionnaires en pharmacie dans toutes les unités de soins,
 - assurer la formation continue des prestataires et du personnel de la pharmacie en gestion des médicaments.

- A l'endroit de la Direction de l'hôpital :
 - rationaliser le budget de la pharmacie,
 - doter la pharmacie d'un logiciel de gestion des médicaments,
 - recruter des gestionnaires en pharmacie,

- mettre en place une commission de réception des médicaments au niveau des unités de soins.
- A l'endroit du Ministère de la sante :
 - revoir à la hausse la subvention allouée à l'hôpital A. Le Dantec.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Conclusion

Au terme de notre étude qui est une contribution à l'amélioration de la pratique de gestion interne des médicaments, le problème qui se pose à l'hôpital Aristide Le Dantec est celui de la disponibilité des produits pharmaceutiques qui est un facteur déterminant dans la dispensation des soins.

Ce problème de disponibilité des produits est lié selon notre étude, à un taux élevé de produits périmés, une mauvaise utilisation des outils de gestion, une mauvaise quantification des produits et un déficit de formation des prestataires (environ 87% des prestataires n'avaient pas bénéficié de formation continue). En effet, plus des deux tiers des prestataires qui géraient les produits au niveau des unités de soins, n'étaient pas des gestionnaires en médicament de formation et aussi plus de 53% des prestataires ne disposaient pas d'outils de gestion

Il s'avère donc impératif d'accentuer les efforts en vue d'une amélioration des pratiques de gestion internes des médicaments et des dispositifs médicaux. Une pratique d'inventaire régulier, la mise en place et l'utilisation judicieuse et correcte des outils de gestion assurent la mise à jour quotidienne pour une maîtrise parfaite de la gestion du stock.

Certes, ces propositions faites au cours de l'étude n'ont pas la prétention de régler définitivement la problématique de rupture de médicaments et tous les problèmes liés à la gestion des stocks et des approvisionnements mais nous estimons que si elles étaient appliquées, on noterait une amélioration notable de la disponibilité des médicaments de la pharmacie et une meilleure prise en charge des patients hospitalisés.

En autres propositions nous avons la mise en place d'une logistique de gestion adaptée, la disponibilité permanente en médicaments essentiels de qualité, un personnel motivé et bien qualifié, un engagement fort des autorités de la structure et une formation continue de tous les acteurs.

Toutes ces remarques nous avaient amené à développer un projet qui pourrait contribuer à l'amélioration des pratiques de gestion.

Référence bibliographique

OUVRAGE

1. **Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale.** (1996). Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques. *Paris: ANDEM.*
2. **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé :** les médicaments génériques : des médicaments à part entière. Décembre 2012. P68.
3. **Article L 5111-1, du code de la santé publique ;** Loi n° 2007-248 du 26 février 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament France.
4. **Avelé D. Bikourane N.** La mise en œuvre d'outils du contrôle de gestion et management de la performance en milieu hospitalier : une approche par étude de cas dans les hôpitaux publics camerounais. 21 p.
5. **Déclaration de la mission du FMI au Sénégal pour la cinquième revue de l'ISPE :** Communiqué de presse n°13 /112 du 10 AVRIL 2013
6. **Direction Générale de la Santé Congo ;** manuel de gestion des médicaments dans les hôpitaux de référence.2009. 28p.
7. **Formation en gestion de stock de médicaments des prestataires de soins et responsables de structures sanitaires.** Guide de stagiaire Sénégal. Mai 2007.31p.
8. **Gestion des médicaments :** pharmaciens sans frontières comité- international Unité Pharmaceutique Avril 2004 module 3.
9. **Haute Autorité de santé.** HAS, Service évaluation économique et santé publique / novembre 2016 : Choix méthodologiques pour l'analyse de l'impact budgétaire à la HAS.
10. **Jérôme D. Miloud K. Germán V.** OMS ; Guide d'analyse économique du circuit du médicament; 2001, 70p.

11. **Manuel de gestion des médicaments dans les pharmacies des circonscriptions socio sanitaires.** Ministère de la santé, des affaires sociales et de la famille. Direction générale de la santé. P.26
12. **Millot.** Politiques nationales. Le Médicament Essentiel en Afrique pour une vision globale Med trop ; 66 ; 558-564. 2006
13. **Perspectives politiques de l’OMS sur les médicaments.** Médicaments essentiels et politique pharmaceutique. : La sélection des médicaments essentiels. Groupe Technologie de la santé et produits pharmaceutiques Siège de l’OMS, Genève, Suisse ; Juin 2002.
14. **Peters G. Klimek YC.** Une politique du médicament pour l’Afrique: contrainte et choix. Paris Karthala p.198).
15. **Politique pharmaceutique nationale** : Direction de la pharmacie et des laboratoires ; Ministère de la santé et de la prévention médicale aout 2006 ; p.27.
16. **Programme santé digitale/Sénégal** : Plan Stratégique santé digitale 2018-2023.
17. **Quick D. J. et Coll.** Bien gérer les médicaments : la sélection, l’acquisition, la distribution et l’utilisation des produits pharmaceutiques dans les soins de santé primaires MSH, IUED.1988.
18. **Quick D. J. et Coll.** Bien gérer les médicaments: quantification des besoins en médicaments. 1985.
19. **Reforme hospitalière loi et décret** ; 1998 ministère de la santé, direction des établissements de santé. P. 23.
20. **République du Sénégal, Ministère de la santé et de la prévention,** janvier 2009, Plan National de développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018.
21. **Stratégie pharmaceutique de l’OMS** : cadre d’action pour les médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques, 2000-2003. 70p.
22. **Université de Genève, Faculté des sciences, Section sciences pharmaceutiques** Travail de recherche en pharmacie hospitalière – Hôpitaux universitaires de Genève HUG - mai 2008 Vanessa Kolly.
23. **Valery R.,** L’initiative de Bamako 15 après-un agenda inachevé, Washington, Banque Mondiale, 2004, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion paper.

THESES ET MEMOIRES

24. **Kindo, R.** « Contribution à l'amélioration des pratiques de gestion des médicaments et consommables médicaux à Hoggy » p.28 ; 2012
25. **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. 76p.
26. **Kourouma. A.** contribution à l'amélioration de la gestion des stocks et des approvisionnements en médicaments à la pharmacie de l'hôpital Abass Ndao. Cesag/DESS/GPS, p.85 2001.
27. **Nkunzimana C.** 1996. Disponibilité des médicaments sous noms génériques dans les formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif du département de l'Atlantique Benin. Cotonou ; Mémoire n 108/IRSP ; p.66
28. **Tangni H.I.** Contribution à l'amélioration de la gestion autonome des stocks et des approvisionnements en médicaments essentiels à l'hôpital Aristide Le Dantec. Mémoire de fin formation DSGS, Dakar. 2002.
29. **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. 79p

WEBOGRAPHIE

30. **Assemblée mondiale de la Santé, 56.** (2003). Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires : vingt-cinquième anniversaire : Rapport du Secrétariat. Organisation mondiale de la Santé. <http://www.who.int/iris/handle/10665/85075> consulte le 27/12/18.
31. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas>. Accessibilité des médicaments en Afrique de l'ouest : problématique de la prise en charge des médicaments périmés dans le secteur pharmaceutique public : Etude de cas PSF37 au Benin. Marie De Solère. 2013 186 p. consulte le 01/02/19.
32. [Mémoire Online](#) . Evaluation des risques socio-économiques liés à la gestion de stocks de médicaments dans les organisations humanitaires à Goma en RDC. Consulté le 08/01/19.
33. www.acadpharm.org/dos-public/France-Georges-intro-2013.03.20. 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 14/01/19.

34. www.who.int/whr/2010/fr/ OMS, rapport sur la santé dans le monde 2013 : la recherche pour la couverture sanitaire universelle. OMS. Consulté le 06/01/ 2019.

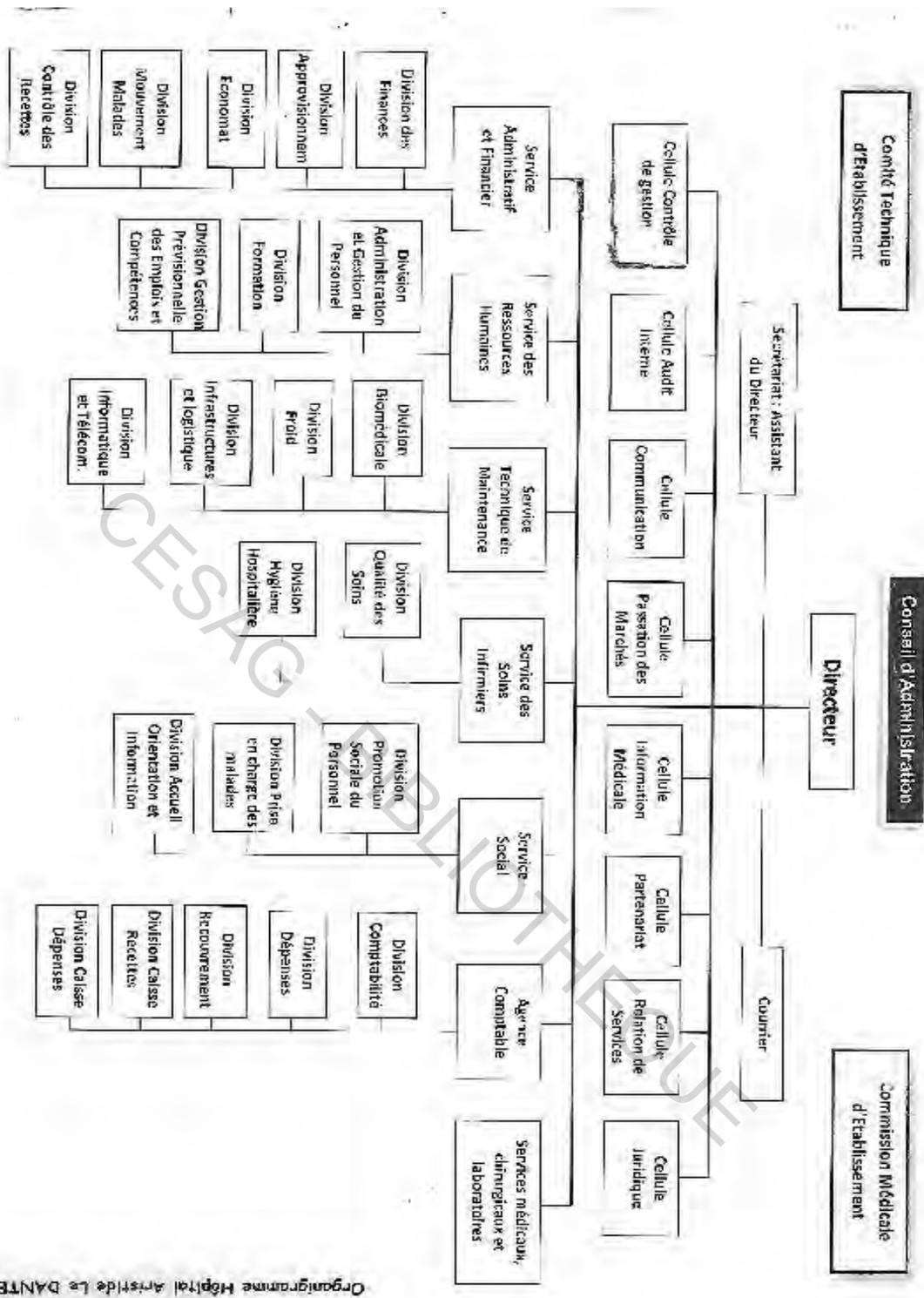
35. www.researchgate.net. Vermeulen L. From Basel to Brussels: the FIP Basel Statements as the foundation of the EAHP Statements of Hospital Pharmacy. Eur J Hosp Pharm. 2014 Oct;21(5):262-3.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe

Annexe1 : Bon de commande interne

CESAG - BIBLIOTHEQUE



Annexe 5 : Guide d'entretien destiné aux pharmaciens responsables de la pharmacie centrale

1. Comment faites-vous la sélection de médicaments essentiels et de consommables médicaux?

2. Parmi les méthodes d'acquisition suivante la ou lesquelles utilisez-vous :

- Appel d'offre ouverte
- Appel d'offre restreint
- Négociation par mise en concurrence
- Achat direct
- autres

3. Quelles sont les contraintes et ou avantages de la ou des méthodes utilisées

4. La prestation des fournisseurs est

- Insatisfaisante
- Peu satisfaisante
- Satisfaisante

5. Le budget alloué à la pharmacie est

- Suffisante
- Peu suffisante
- Insuffisante

6. Quelle est ou quelles sont la ou les méthodes utilisées pour passer vos commandes

- Par téléphone
- Par extranet
- Par écrit avec bon de commande

7. Quels sont les délais d'acquisition des produits

- 7 jours

- 15jours
- 30 jours
- Autres à préciser

8. Comment procédez-vous pour la réception des produits

9. comment est constituée l'équipe chargée de la réception

10. Combien de magasin disposez-vous

11. L'entreposage des produits se fait par

- Rayonnage
- Palette au sol
- Carton directement sur le sol

12. Les critères de stockage sont

- Niveau d'utilisation
- Forme pharmaceutique
- Indication clinique
- Ordre alphabétique

13. Disposez-vous d'un ou des responsables de stock

- Oui
- Non

14. Quelle est la fonction du ou des responsables de stock

15. Faites vous des inventaires physiques des produits

- Oui
- Non

16. Quelle est la périodicité des inventaires

- Mensuelle
- Trimestrielle
- Semestrielle
- Annuelle

17. Vous arrive t-il d'avoir des produits périmés

- Oui
- Non

18. comment faite vous la gestion des périmés

19. Quelle est la valeur du stock

- 250 à 500 000 millions
- 500 à 750 000 millions
- Supérieur à 750 000 millions

20. Quelle est la valeur annuelle des produits périmés

- Inférieur à 10 millions
- 10 à 20 millions
- Supérieure à 20 millions

21. Quels sont les outils de commande interne

- Bon de commande
 - Intranet
 - Appel téléphonique
22. Quels sont les délais d'approvisionnement des services
- 7 jours
 - 15 jours
 - 21 jours
23. Quels outils disposez-vous pour la livraison interne
- Chariot
 - Camionnette
24. Comment faite vous le suivi des produits livrés aux services de soins
-
25. Disposez-vous d'un organigramme affiché du service
- Oui
 - Non
26. Le personnel bénéficie t-il de formation
- Oui
 - Non
27. Si oui quelle est la périodicité de cette formation
- 3 mois
 - 6 mois
 - 12 mois ou plus
28. Quelles sont les difficultés rencontrées dans le système de gestion des médicaments
-
29. Que suggérez-vous pour rendre plus efficace cette gestion
-

Annexe 6 : Questionnaire des majors, des surveillants de service et des gestionnaires de médicaments

1. Catégorie socio professionnelle :

- Surveillant de service
- Major de service
- Gestionnaire de produits
- Autre

2. faites-vous l'estimation de vos besoins en produits pharmaceutiques

- Oui
- Non

3. Si oui, comment procédez-vous

4. Disposez-vous d'outil de gestion de stock

- Oui
- Non

5. Si oui, parmi les outils suivants, le ou lesquels disposez-vous

- Informatique (Excel, Word....)
- Fiche de stock manuelle

6. Bénéficiez-vous de formation continue en gestion des stocks

- Oui
- Non

7. Si oui, quelle est la périodicité de la formation

- Inférieure à trois mois
- Trois à 6 mois

Supérieure à six mois

8. Es-ce-que vous êtes supervisés par la pharmacie centrale

Oui

Non

9. Si oui, quelle est la périodicité des supervisions

Chaque semaine

Chaque mois

Autres à préciser

10. Avez-vous accès au fiche de consommation du malade

Oui

Non

11. Quelles sont les difficultés rencontrées dans la gestion des produits