



CESAG Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

**CESAG EXECUTIVE EDUCATION
(CEE)**

MBA-GESTION DES PROJETS

(MBA-GP)

Promotion XIV
(2014-2015)

Mémoire de fin d'études

THÈME

**ÉVALUATION DU SYSTÈME
D'APPROVISIONNEMENT ET DE GESTION
DES STOCKS DE CTA CHEZ LES AGENTS DE
SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC) DANS LE
CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DU
PALUDISME AU TOGO: *Cas du district sanitaire
de Doufelgou***

Présenté par :

DZENYO Komlanvi

Encadré par :

Monsieur BA Mamadou
Professeur associé au CESAG
et
Dr TCHAGAFU Moukaïla
Médecin et Consultant en
Gestion des Projets

Mai 2016

DEDICACE

Je dédie ce mémoire à :

-mes enfants Ornéla et Esther : ce travail est le fruit de l'amour que j'ai pour vous.

Qu'il soit pour vous un exemple à suivre ;

-mon épouse pour les sacrifices consentis toute mon absence ;

-ma maman KPOGO Tassi, pour l'éducation et le soutien inestimable que tu me donnes. Que Dieu t'accorde longue vie ;

-mon papa pour avoir suscité en moi dès ma prime en enfance le goût des études.

REMERCIEMENTS

Le présent document est le fruit des efforts conjugués de nombreuses bonnes volontés. Qu'il nous soit permis ici, au terme de ce travail de leur témoigner nos profondes gratitude.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à :

-Notre directeur de mémoire Monsieur Mamadou BA. Votre disponibilité, votre appui, vos conseils et la qualité de votre encadrement nous ont servi de boussole dans l'élaboration de ce travail.

-Notre co-directeur Dr TCHAGAFU Moukaïla, médecin, consultant en gestion des projets. Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté co-encadrer ce travail. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

-Tous les membres du jury, c'est pour nous un honneur de pouvoir bénéficier de vos critiques et suggestions pour améliorer le travail que vous avez accepté de juger. Hommage à vous.

-L'administration du CESAG et à tous les enseignants de la XIVème promotion du Master en Business Administratif (MBA) Gestion des Projets. Veuillez trouver ici l'expression de nos remerciements les plus sincères pour les efforts que vous avez déployés pour nous assurer une formation de qualité.

-Aux premiers responsables du ministère de la Santé et de la Protection Sociale du Togo, pour nous avoir permis cette formation. Trouvez ici, l'expression de nos profondes reconnaissances.

-Au Directeur Préfectoral de la Santé de Doufelgou. Merci pour votre disponibilité et vos conseils.

-Aux Agents de Santé Communautaire Paludisme et Responsables des Formations Sanitaire de Doufelgou pour leur disponibilité dans la collecte des données.

Enfin, à vous tous qui de près ou de loin, avez contribué à la réalisation de ce mémoire et dont les noms n'y figurent pas, nous vous adressons nos sincères remerciements.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

- AFASA : Association des Femmes Pour l'Alphabétisation la Santé, et les Activités génératrice de revenus
- ASACO: Association de Santé Communautaire
- ASC : Agent de Santé Communautaire
- BEPC : Brevet d'Études du Premier Cycle
- CAMEG : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
- CEPD : Certificat d'Études du Premier Degré
- CESAG : Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
- CCM : Country Coordinating Mechanism
- CMM : Consommation Moyenne Mensuelle
- CMS : Centre Médico-Social
- CSCom : Centre de Santé Communautaire
- CSréf : Centre de Santé de référence
- CTA : Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémésinine
- DPS : Direction (eur) Préfectoral de la Santé
- DTC : Directeur Techniques des Centres
- FS : Formation Sanitaire
- MBA : Master en Business Administratif
- OMD : Objectifs du Millénaires pour le Développement
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- PEC : Prise en Charge
- PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme
- PRA : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
- RFS : Responsable de Formation Sanitaire
- TDR : Test de Diagnostic Rapide
- USP : Unités de Soins Périphériques

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Résumé des politiques d'approvisionnement.....	11
Tableau n°2 : Résumé des formules de quantification selon la méthode basée sur la consommation.....	25
Tableau n°3 : Résumé des formules de quantification selon la méthode basée sur la morbidité.....	29
Tableau n°4 : Connaissance de rupture de CTA en 2015.....	41
Tableau n°5 : Remplissage des fiches de consommation journalière par ceux qui en possèdent en 2015.....	44
Tableau n°6 : Disponibilité de fiche de stock chez les ASC.....	44
Tableau n°7 : Remplissage des fiches de stock par les ASC en 2015.....	45
Tableau n°8 : Raisons de non remplissage de fiche de stock par les ASC.....	45
Tableau n°9 : Réalisation d'inventaire périodique par les ASC en 2015.....	46
Tableau n°10 : Existence de PV d'inventaire chez les ASC qui en font.....	46
Tableau n°11 : Circuit d'approvisionnement des ASC en 2015.....	47
Tableau n°12 : Respect de la périodicité dans l'approvisionnement.....	49
Tableau n°13 : Adéquation quantités commandées et quantités servies de CTA en 2015 aux ASC.....	49
Tableau n° 14: Analyse des critères de demande de ravitaillement en CTA par les ASC en 2015.....	50
Tableau n°15 : Critères de calcul des quantités pour réapprovisionnement.....	51
Tableau n°16 : Connaissance des méthodes de calcul de la CMM.....	52
Tableau n°17 : Niveau d'instruction des ASC enquêtés	54

LISTES DES GRAPHIQUES

Graphique n°1 : Répartition des formes de Coartèm en rupture en 2015.....	41
Graphique n°2 : Répartition selon la durée de rupture la plus longue.....	42
Graphique n°3 : Répartition selon la possession de fiche de consommation journalière.....	43
Graphique n°4 : Périodicité de l'approvisionnement.....	48
Graphique n°5 : Promptitude des rapports d'activités des ASC en 2015.....	53

LISTE DES FIGURES

Figure n°1 : les deux composantes du stock.....	12
Figure n°2 : Stock d'alerte, seuil d'alerte, et stock de protection.....	14
Figure n° 3 : Coûts de gestion de stock.....	16
Figure n°4 : Schéma de la logique d'intervention de la PEC du palu par les ASC.....	38
Figure n°5 : Schéma du circuit d'approvisionnement des ASC.....	39

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION GENERALE

➤ **Contexte de l'étude**

Le paludisme est une maladie parasitaire due à un hématozoaire appelé Plasmodium. Il constitue un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale et l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans de nombreux pays. On estime qu'en 2012, il a été à l'origine de 207 millions de cas et de 627 000 décès (WHO ; 2013).

Au Togo, le paludisme constitue un des lourds fardeaux du système de santé. Il est endémique avec une transmission stable qui dure presque toute l'année sur l'ensemble du pays. Le paludisme a été le motif de 34,3% des consultations dans les centres de santé avec un taux d'hospitalisation proportionnel de 25,4% et un taux de mortalité proportionnel de 20%. Le taux de létalité est de 4% (PNLP ; 2013). Les populations les plus touchées sont les enfants de moins de cinq et les femmes enceintes vivant majoritairement dans les zones rurales.

Le Togo a souscrit à diverses initiatives de lutte contre la maladie telles que l'Initiative faire reculer le paludisme en 1998, la Déclaration d'Abuja en 2000 et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) adopté en 2000 qui visait à maîtriser avant 2015 le paludisme et autres maladies. Pour atteindre les objectifs d'accès universel, le Togo met en œuvre le plan stratégique national 2011-2015 de la lutte contre le paludisme. Ce plan opérationnalise le projet «Renforcement des services de prévention et de prise en charge du paludisme pour un accès universel au Togo » et s'inscrit dans la 9^{ème} série d'appel à proposition composante paludisme du Fonds Mondial.

Dans le district de Doufelgou, pour mettre en œuvre ce projet, des agents de santé communautaire ont été formés ou remis à niveau et installés dans leurs communautés pour la prise en charge gratuite des cas de paludisme simple et l'envoi des cas graves vers les formations sanitaires. Ceci dans un double objectif de faciliter l'accessibilité géographique et financière aux soins en cas de

paludisme dans l'optique d'éviter les complications qui sont les formes fatales de la maladie.

Si la bonne santé est un facteur de productivité et que les agents de santé communautaires représentent une solution d'investissement efficace pour renforcer les soins de santé primaire (Unicef ; 2012), la disponibilité des médicaments est un facteur indispensable pour parvenir à ce dessein. Ainsi, il paraît important de se pencher sur les causes de la récurrence des ruptures de stocks de médicaments auprès des ASC afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge du paludisme en milieu communautaire au Togo.

➤ **Problématique**

Par ses propriétés thérapeutiques, le médicament permet aux professionnels de santé ainsi qu'aux pouvoirs publics d'assurer la santé des populations. De ce fait, sa disponibilité est essentielle pour garantir une prise en charge des patients en temps réels.

Pour rapprocher davantage les soins des bénéficiaires, des ASC sont formés et installés dans leur communauté (situé à plus de 5km des Formations Sanitaires) pour la prise en charge gratuite du paludisme simple et le référencement des cas de paludisme grave vers les formations sanitaires. Quelques années après le démarrage, ces ASC sont confrontés à des difficultés qui impactent sur leur travail. Notre présence dans le milieu et le stage nous ont permis de constater que ces ASC sont confrontés à une récurrence de la rupture des CTA-TDR.

L'analyse des rapports de synthèse des activités de l'année 2014 et de quelques mois de 2015 montre que certains ASC sont restés pendant plus d'un mois sans CTA sans compter les jours intercalés de rupture et de disponibilité. Un entretien avec le responsable de l'ONG Association des Femmes pour l'Alphabétisation la Santé, et les Activités génératrice de revenus (AFASA), chargé du suivi-supervision de ces ASC ainsi qu'avec certains responsables des formations

sanitaires ont permis de confirmer cette disponibilité en « *pointillée* » des CTA–TDR. Le rapport de supervision du comité de suivi stratégique du CCM souligne ce constat en ces termes « la dotation en intrants pour le niveau communautaire demeure irrégulière » (CCM ; 2014).

Il apparaît dès lors que l'indisponibilité des médicaments relève des insuffisances dans la gestion des approvisionnements et des stocks de CTA dont les conséquences sont néfastes pour toute la chaîne de la prise en charge communautaire du paludisme.

L'une des conséquences de cette indisponibilité des médicaments reste le référencement. Ainsi les patients qui pouvaient être pris en charge en milieu communautaire sont référés vers les formations sanitaires. D'autres patients court-circuitent ces ASC pour s'adresser directement aux Unités de Soins Périphériques (USP). Ces derniers établissements de soins se trouvent alors submergés par l'afflux des patients qui n'y ont normalement pas leur place ; (parce que pouvant être prise en charge par l'ASC). Une autre conséquence de l'indisponibilité des CTA reste la non-fréquentation des ASC. En effet, de l'insuffisance de l'approvisionnement en médicaments résulte des cas de suppression ou de distorsion de la demande. Une pénurie générale de médicaments dissuade les patients de demander les soins, ce qui a pour effet de faire disparaître une partie de la demande globale, alors qu'une abondance des médicaments les y encourage (OMS ; 1989). Ceci se lit dans les rapports mensuels d'activités des ASC de Broukou (1FS du district) dans les mois de Septembre et Octobre 2015 où respectivement 232 et 541 cas ont été traités à cause de la disponibilité des médicaments contre un maximum de 165 en Juillet pour tous les mois précédents. Lorsque les médicaments manquent, les patients cherchent probablement moins à demander des soins, dans ce cas, le profil général de la demande de soins s'en trouve déformé. Ces malades qui, ne se présentent plus à l'ASC pour la recherche de soins, se livrent soit à la tradithérapie soit à eux-mêmes.

Ainsi, il se révèle que malgré tous les efforts pour lever les barrières financières et géographiques, l'accès aux soins des populations vulnérables reste limité par l'accessibilité physique des médicaments. Si le médicament requis doit être disponible chez l'ASC, pour quelles raisons n'est-il pas mis à la disposition du malade ? Quelles sont les causes profondes de la récurrence des ruptures de stocks de CTA auxquelles sont confrontés les ASC du district ?

➤ **Objectif général de l'étude**

Faire l'analyse des forces et des faiblesses du système d'approvisionnement des ASC en médicaments afin de contribuer à l'amélioration de la PEC gratuite du paludisme.

➤ **Objectifs spécifiques**

Cette étude vise spécifiquement à :

- ✓ Analyser la pertinence du système actuel d'approvisionnement des ASC en CTA ;
- ✓ Analyser l'efficacité du dispositif actuel ;
- ✓ Analyser l'efficience du dispositif actuel d'approvisionnement des ASC ;
- ✓ Faire des suggestions pour améliorer la disponibilité des intrants.

➤ **Méthodologie sommaire**

Il s'agit d'une étude descriptive afin d'analyser les principaux facteurs qui limitent la disponibilité des CTA auprès des ASC. Pour y arriver, nous avons fait une revue de littérature associée à une enquête par sondage et par entretien pour explorer les causes des ruptures de ces médicaments auprès des acteurs impliqués.

➤ **Intérêt de l'étude pour le ministère de la santé et les ASC**

L'accès aux soins nécessite la disponibilité de tous les moyens mais surtout des médicaments. Or des études réalisées par plusieurs auteurs soulignent que la

disponibilité permanente des médicaments dans les structures s'avère très difficile car la plupart sont confrontés à de nombreuses difficultés au niveau de l'approvisionnement et de la gestion des stocks de médicaments. Ces difficultés sont souvent liées à des facteurs pouvant être internes ou externes. Ainsi, apparait la nécessité pour chaque système de santé qui se veut efficace de connaître les causes de ces dysfonctionnements afin d'y faire face. C'est dans ce cadre que cette recherche est entreprise pour contribuer à l'amélioration de la disponibilité des CTA auprès des ASC dans le cadre de la prise en charge gratuite du paludisme. Ainsi cette étude identifiera certaines causes qui seront prises en compte par les autorités soucieuses d'améliorer la santé de leur population.

➤ **Pour nous-mêmes**

Cette étude constitue d'une part un champ d'application de nos connaissances acquises en gestion des projets et de vivre la réalité de la gestion des approvisionnements en médicaments surtout dans une intervention de santé à base communautaire. D'autre part elle découle d'une exigence académique pour les stagiaires du Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG) qui doivent présenter un mémoire à la fin de leur formation.

➤ **Pour le CESAG**

Ce mémoire permettra au CESAG d'apprécier la capacité de ses stagiaires à mettre en pratique les connaissances acquises en gestion et de compléter sa documentation disponible sur la gestion des CTA-TDR.

➤ **Plan de l'étude**

L'étude est articulée autour des axes suivants :

- ✓ Une présentation de l'étude dans laquelle sont abordés le contexte, la problématique et les objectifs de l'étude;
- ✓ Une première partie théorique et conceptuelle qui comprend deux chapitres dont les approches théoriques d'approvisionnement et de gestion des stocks dans les organisations, méthodologie et présentation du district sanitaire de Doufelgou ;
- ✓ Une deuxième partie pratique également subdivisée en deux qui présente, les résultats de l'enquête et enfin l'interprétation et les suggestions.

PREMIÈRE PARTIE :

**POLITIQUE D'APPROVISIONNEMENTS EN
MEDICAMENTS, MÉTHODOLOGIE ET
CADRE PHYSIQUE DE L'ETUDE**

CHAPITRE PREMIER : Approches d'approvisionnement et gestion des stocks dans les organisations

I.1 Généralités et enjeux d'une politique d'approvisionnement

➤ L'évaluation

L'évaluation est un acte permettant de porter une appréciation selon une démarche critique fondée sur une collecte systématique de données à propos de multiples objets dans le but de prendre des décisions (Valéry Ridde et Christian Dagenais et al. 2012).

Cette définition fait sortir les éléments essentiels de l'évaluation : utiliser une méthode pour juger de la valeur de quelques choses et prendre des décisions.

Nous retenons dans ce travail la définition de Contandriopoulos pour qui, l'évaluation consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes dans le but d'aider à la prise de décision afin de modifier une situation problématique qui est ici la rupture des CTA.

➤ Approvisionnement

L'approvisionnement est un ensemble d'activités et de ressources par lesquels les stocks se déplacent selon les besoins de l'entreprise. C'est aussi une technique ou méthode permettant de livrer un bien, ou un service, à un tiers.

L'approvisionnement en médicament consiste à amener les médicaments de son fabricant à son utilisateur qui est ici le malade. Il a pour but de répondre aux besoins des malades en matière de médicaments au moment où ils ont besoins.

➤ Stock

Pour une entreprise, les stocks représentent les biens achetés, transformés ou à vendre à un moment donné. Le stock représente de manière habituelle, l'ensemble

des biens qui interviennent dans le cycle d'exploitation de l'entreprise ou qui peuvent être vendu « en l'état ».

Dans ce travail, le stock de CTA, est la provision de médicaments qui est disponible auprès des ASC pour servir le malade.

➤ **Rupture**

Microsoft Encarta 2009 l'a défini comme un niveau d'approvisionnement insuffisant pour satisfaire la demande du client. Cette définition sous-entend un niveau minimum ou un stock de sécurité.

Dans ce travail et en fonction des recommandations nationales qui interdisent aux ASC de réaliser les TDR, lorsque les CTA ne sont pas disponibles, nous considérons comme rupture l'absence totale de CTA quel que soit la quantité de TDR auprès de l'ASC le rendant ainsi incapable de répondre aux besoins de soins des populations.

I.2.-Méthodes et outils de la gestion des approvisionnements et des stocks

I.2.1-Méthodes de gestion des approvisionnements

Dans les projets, l'efficacité de la gestion logistique nécessite la définition d'une stratégie de réapprovisionnement utilisant des méthodes et outils qui doivent être connus et respectés par tous. Définir une stratégie de réapprovisionnement revient à répondre aux questions suivantes : quoi, quand et combien acheter. Dans les projets de PEC du paludisme, le « quoi » à acheter étant les CTA-TDR, la combinaison de quand et de combien autrement de la quantité et de la date permet de définir 4 politiques d'approvisionnement résumé dans le tableau suivant :

Tableau n°1 : Résumé des politiques d'approvisionnement

Combinaisons de politiques	Dates fixes	Dates variables
Quantités fixes	Approvisionnement automatique	Point de commande
Quantités variables	Méthode de complètement	Achat opportuniste

Source : Maitrise approfondie de la gestion des stocks

La définition d'une stratégie nécessite une gestion et une surveillance rationnelle et rigoureuse du stock. Ceci amène à définir les différentes composantes d'un stock.

I.2.1.1-Notion de stock moyen

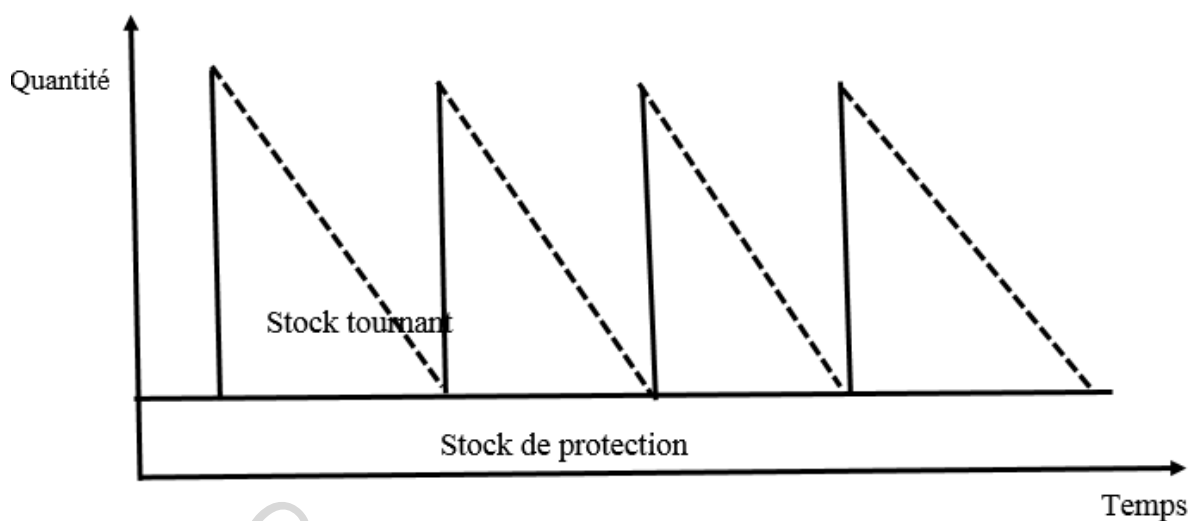
I.2.1.1.1-Définition

Le stock réel de chaque médicament varie en permanence selon les achats et les consommations, il est préférable de considérer un stock moyen pour le suivi rationnel du stock.

Le stock moyen se compose de deux éléments :

- ✓ le stock de protection, appelé aussi stock de sécurité, c'est une partie du stock qui n'est normalement pas utilisé. Il permet de répondre aux aléas les plus fréquents (retard de livraison, augmentation de la consommation).
- ✓ Le stock tournant, appelé aussi stock actif, il évolue entre un maximum le jour de la livraison et un minimum correspondant au stock de protection.

Figure n°1. Les deux composantes du stock.



Source : *Comment maîtriser la gestion des approvisionnements et des stocks de médicaments, (1996)*

I.2.1.1.2-Mode de calcul

Le stock moyen peut être calculé de deux façons différentes :

A priori, sur la base des consommations et du nombre prévisionnel de commandes ;

A posteriori, sur la base d'inventaires périodiques (méthode comptable traditionnelle).

I.2.1.1.2.1- Méthode prévisionnelle

Soit :

St, le stock tournant

Q, la quantité commandée à chaque commande ;

C, la consommation de la période ;

N, le nombre de commandes de la période ;

Sm, le stock moyen ;

Sp, le stock de protection.

$$\left\{ \begin{array}{l} St = Q/2 \\ \text{or} \\ Q = C/N \end{array} \right\} \longleftrightarrow St = C/2N$$

Formule de calcul du stock tournant

$$Sm = St + Sp \longleftrightarrow Sm = (C/2N) + Sp$$

Formule de calcul du stock moyen

I.2.1.1.2.2-Méthode comptable

Soit :

-**Sm**, le stock moyen ;

SI, le stock de début de période ;

SF, le stock de fin de période ; on a :

$$Sm = (S.I + S.F) / 2$$

I.2.1.2-Notion de stock d'alerte

Encore appelé stock critique, c'est le niveau de stock pour lequel on déclenche la commande au risque de connaître la rupture. Il est calculé pour couvrir la consommation de médicaments entre le moment où l'on constate le besoin de réapprovisionnement jusqu'à la mise à disposition de la nouvelle livraison.

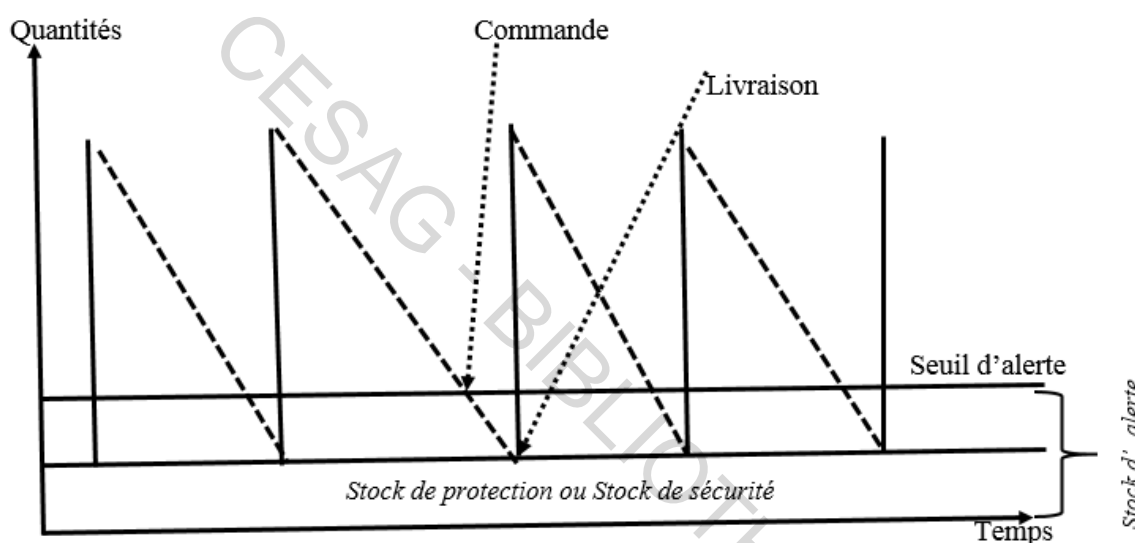
Stock d'alerte = Stock minimum + stock de sécurité

I.2.1.2.1-Le stock minimum

Encore appelé stock tampon, ou stock d'alarme, il correspond à la consommation de l'article (médicaments) durant le délai d'approvisionnement (laps de temps entre la commande et la livraison).

Exemple : Si le délai d'approvisionnement est de cinq jours et la consommation quotidienne est de 100 unités, le stock minimum est de $5 \times 100 = 500$ unités.

Figure n°2 : stock d'alerte, seuil d'alerte et stock de protection



Source : *Comment maîtriser la gestion des approvisionnements et des stocks de médicaments (1996)*

I.2.2-Les coûts de gestion des approvisionnements et des stocks

Le coût total d'approvisionnement se décompose en quatre types de coûts.

I.2.2.1-Le coût de possession

Il regroupe l'ensemble des coûts générés par le maintien des articles en stock : coût des locaux occupés, de gardiennage, d'assurance, le coût d'opportunité du capital utilisé pour l'achat, etc. Le taux de possession du stock est généralement exprimé en % de la valeur totale de l'article.

Coût de possession = Taux de possession * stock moyen

I.2.2.2-Le coût de passation d'une commande

Il correspond aux frais engagés pour chaque commande: préparation de commande, élaboration du bon de commande, communications téléphoniques, etc.

I.2.2.3-Le coût total d'approvisionnement

Il correspond au coût d'achat majoré du coût de possession du stock et de passation des commandes.

I.2.2.4-Le coût de rupture (ou coût de pénurie)

Le coût de rupture recouvre un ensemble de coûts apparents ou cachés qui est la conséquence d'une rupture de stock : pénalités de retard spécifiées dans un contrat, recours à des fournitures spéciales à prix majorés, recours à des transports exceptionnels onéreux.

La maîtrise des quantités à commander et des coûts liés à l'approvisionnement permet une gestion efficace et économique des stocks.

I.2.3-La gestion économique des stocks

La gestion des stocks poursuit un double objectif contradictoire : assurer une disponibilité permanente des médicaments avec un minimum de coût de possession de ces stocks. Ceci revient à définir la quantité économique à commander. La quantité économique est celle qui minimise les coûts de gestion de stock c'est-à-dire les coûts de passation de commandes et de détention de stocks. Il est déterminé par la méthode de Wilson.

Le modèle de Wilson propose de déterminer le lot de commande optimum qui minimise le coût des approvisionnements. Ce modèle n'intègre pas le coût éventuel de rupture. Le modèle repose sur un certain nombre d'hypothèses :

- Consommation régulière tout au long de l'année ;
- Aucune pénurie n'est admise ;

- Il y existe un nombre optimal de commandes égales d'approvisionnement.

Soient :

C la consommation annuelle de l'élément approvisionné (en quantité)

P le prix unitaire de l'élément

Q la quantité approvisionnée à chaque commande (Stock moyen = $2Q$)

N le nombre annuel de commandes (où $N = QC$)

t le taux de possession du stock

Ca le coût de passation d'une commande

Coût de passation : $y1 = Ca * QC$

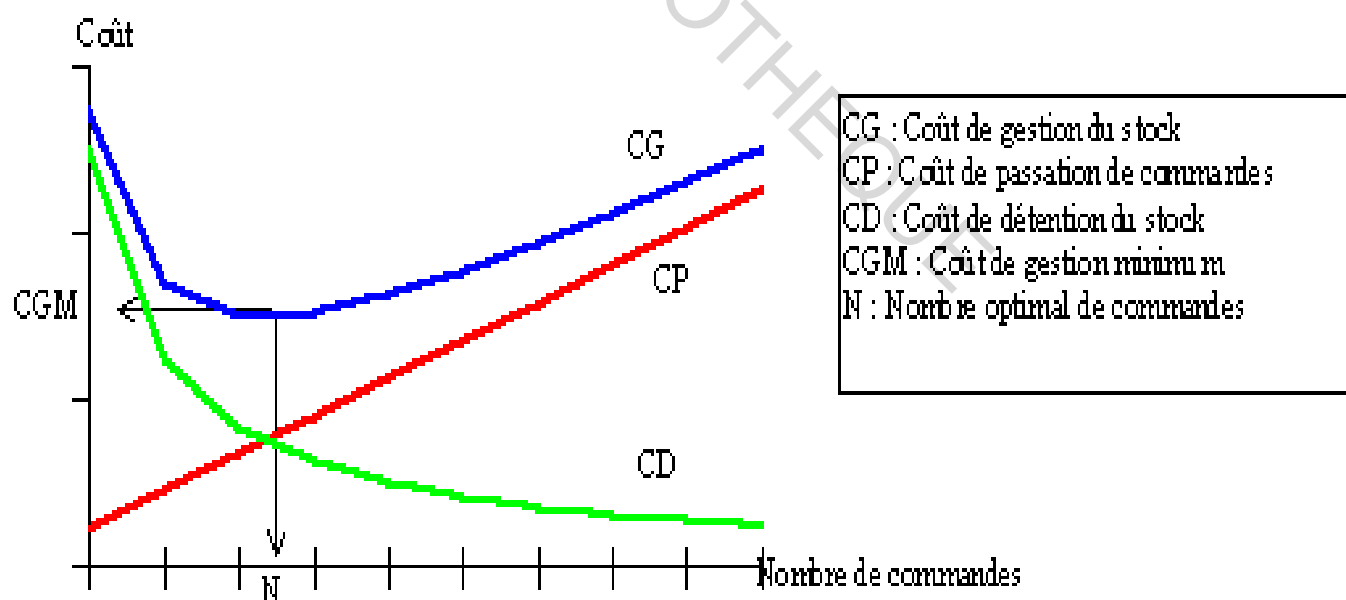
Coût de possession : $y2 = t * p * 2Q$

Formule de Wilson : Q représente le lot économique, ou N le nombre optimal de commandes.

$$Q = \sqrt{\frac{2 * Ca * C}{t * p}}$$

$$N = \frac{C}{Q} = \sqrt{\frac{2 * C * t * p}{Ca}}$$

Figure n°3 : le coût de gestion du stock



Source : *Comment maîtriser la gestion des approvisionnements et des stocks de médicaments (1996)*

Remarque : Si le stock de sécurité est connu de manière certaine, la formule de Wilson reste valable. Le stock de sécurité s'ajoute ainsi à la quantité optimale à commander.

Intérêt et limites du modèle

Le modèle de Wilson est basé sur des hypothèses simplificatrices qui limitent son usage :

- Une consommation régulière des approvisionnements ;
- Un coût de possession calculé à partir d'un prix d'achat et indépendant des quantités achetées,
- Un coût de lancement indépendant du volume de la commande ;
- L'absence du coût de pénurie.

I.2.4-Quelques outils de gestion des stocks de médicaments

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 distribution de médicaments.

I.2.4.1-La fiche de stock

La fiche de stock est le principal instrument de gestion des stocks. Pour chaque article médicament et matériel une fiche de stock doit être établie et mise à jour régulièrement par un seul et même agent. Elle permet de :

- Identifier tous les mouvements de stock : «Entrées-Sorties » ;
- Connaître à tout moment le niveau théorique des stocks ;
- Prévoir correctement les commandes ;
- Calculer la Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) pour chaque produit.

Sur cette fiche de stock seront notés :

- le nom du médicament, sa forme, son dosage, son conditionnement ;

(Il y aura une fiche de stock par référence, par forme, par dosage, détenue à la pharmacie de stock. Il faut, par exemple une fiche de stock pour Coartèm 6 comprimés, une autre pour Coratèm 12 comprimés) ;

- le stock de sécurité ou stock minimum est prévu et mentionné pour pallier d'éventuels retards de livraison, une augmentation de la consommation. Il est fonction du délai de livraison des commandes ; (le stock de sécurité correspond en général à 1 mois de consommation, si les délais de livraison sont de 1 mois) ;
- la Consommation Moyenne Mensuelle (CMM). Elle est la quantité moyenne des produits consommés par mois. Elle peut se calculer après quelques mois (3 au moins) de consommation et sert à évaluer les besoins totaux par référence. Ces besoins totaux sont notés dans la case stock maximum de la fiche de stock.

La fiche de stock se présente avec un entête et 6 colonnes en recto et verso.

I.2.4.2-La fiche d'inventaire

Les fiches d'inventaire pré-imprimées facilitent la rédaction des rapports d'inventaire et évitent ainsi les erreurs de transcription.

I.2.4.3- Le bon de commande

Les bons de commande pré-imprimés facilitent la rédaction des commandes et évitent ainsi les erreurs de transcription.

I.2.4.4-Le bon de livraison

C'est une copie de la liste des produits livrés. Il est rempli par le fournisseur et doit être accompagné de la facture du fournisseur. Il est rempli en double exemplaire : un qui reste au fournisseur et le deuxième qui est destiné à la structure cliente.

I.2.4.5- Le Procès-verbal (PV) de réception

Il s'agit du document qui confirme la quantité qui rentre dans le dépôt au moment de la réception. Il permet de justifier les casses, les détériorations, les pertes ou les vols de produits qui peuvent se produire au cours du transport depuis le fournisseur. Une fois archivé, il fait office de registre des entrées. Le PV de réception accompagné du bon de livraison, du bon de commande et de la facture permettent au client de procéder au paiement du fournisseur.

I.3-Les causes des ruptures de stocks

I.3.1-Ruptures de stocks et processus de gestion des stocks et des approvisionnements

La cause principale du problème de rupture de stock de médicaments est la non maîtrise par le personnel des paramètres de gestion ainsi que la difficulté de ce dernier à pouvoir déterminer les besoins réels pour assurer une disponibilité totale des médicaments afin d'éviter les ruptures de stocks (Vidal K.;2003). Pour l'auteur c'est la faible qualification du personnel et de l'insuffisance d'utilisation des outils de gestions de stock qui engendre les ruptures. Selon ses résultats c'est la mauvaise quantification des besoins en médicaments qui justifie les ruptures de stock. En effet, il constate que l'estimation des besoins se fait lorsque le responsable juge le niveau du stock disponible bas. L'expression des besoins se fait sur des feuilles vierges car dit-il, les bons de commandes existent mais en quantité insuffisante. Cette quantification fondée sur aucune base rationnelle (stock d'alerte par exemple) utilisant des outils qui ne laissent aucun historique des commandes (bon de commande par exemple) expliquent les disfonctionnements en particulier les ruptures au niveau de la pharmacie. Pour y remédier l'auteur propose la formation du personnel en ces outils de gestion.

Pour l'AEDES (1997), c'est le mode d'approvisionnement des structures de soins qui explique les ruptures. En effet elle distingue deux modes

d'approvisionnements des structures. Mode décentralisé basé sur une commande établie par la structure à approvisionner ; et le mode d'approvisionnement centralisé basé sur une définition des produits et quantités à livrer par le niveau central. En cas d'approvisionnement centrifuge (par le niveau central) ; les quantités servies ne respectent pas toujours les besoins des structures de base. Des aléas de transport entravent parfois la dotation de ces structures de base en temps opportun. Enfin l'AEDES recommande le mode décentralisé qui permet une autonomie de gestion et de décision aux structures de base.

Pour d'autres auteurs c'est le circuit de l'information troisième composante du circuit du médicament, qui explique les ruptures de stocks de médicaments. Selon l'OMS (2001) le manque d'information peut créer des ruptures de stocks ou des sentiments de pénuries. Lorsque la communication et la coordination ne sont pas efficaces, il peut arriver l'existence de « stocks dormants » à certain niveau de la chaîne et une rupture à d'autres. Ceci est particulièrement vérifié lorsque la communication entre les différents acteurs impliqués dans l'approvisionnement à différents niveaux ne fonctionne pas bien. Il en est de même lorsque le système d'information et de gestion des médicaments ne permet pas de produire des données exploitables pour des prises de décisions en temps réel. En effet, un manque de coordination entre les ministères de la santé, les partenaires et les acteurs périphériques peut être à l'origine de ruptures de stock ou à l'inverse de surstocks provoquant l'accumulation de produits périmés.

L'idée de communication est aussi retrouvée par Ahouangan B.J.O (2007) lorsqu'elle remarque que c'est une insuffisance de coordination et de communication entre les différentes structures impliquées dans l'acquisition des CTA qui est à l'origine du manque d'espace pour le stockage ainsi que les ruptures de stock. En effet, l'auteur constate que les responsables des structures impliqués dans la gestion des CTA n'étaient pas au même niveau d'information d'où une insuffisance de communication. Il constate que la Pharmacie Nationale

d'Approvisionnement (PNA) n'était pas impliquée dans le processus d'acquisition des CTA. Ainsi, la non implication de la PNA est l'origine des problèmes d'approvisionnement et de gestion des CTA selon l'auteur.

De ce qui précède, une utilisation rationnelle des outils et méthode de gestion, ainsi que la communication entre les différents acteurs sous quelque formes que ce soit sont indispensables pour une gestion efficace des stocks afin d'éviter les ruptures de médicaments.

I.3.2-Rupture de stocks et financement des achats de médicaments

Certains auteurs, comme le Dr Hubert Baliqne pense que les ruptures sont dues aux faibles crédits alloués aux structures de santé par les autorités pour l'achat des médicaments.

Pour Valéry Ridde, et al ; (2010), la rupture de stocks des médicaments est un effet de la pression exercée par la gratuité sur les systèmes de santé. Il s'agit en effet d'un effet pervers de la gratuité des médicaments. Les auteurs font remarquer que la difficulté majeure reste le sous-financement des politiques d'exemption de paiement des médicaments. Ce qui a un impact négatif sur la disponibilité des médicaments, l'approvisionnement des laboratoires et la motivation du personnel. Selon ses résultats, les acteurs font remarquer des problèmes de disponibilité, notamment les antipaludéens, et des retards de livraison. Il apparaît donc que le sous-financement et / ou l'arrêt de l'allocation des ressources financières de l'état, qui, face à ses multiples obligations fait une analyse Vital, Essentiel et Non Vital (VEN) des médicaments à acheter explique la pénurie de certains médicaments tels les CTA devant les ARV.

Cette idée de sous-financement de la gratuité est aussi constatée par Youssouf Sanogo Y. T. (2013) dans son étude portant sur la mise en œuvre de l'exemption de paiement du traitement du paludisme dans deux CSCom du district sanitaire de Sikasso. Il remarque que ce sont la lenteur et l'absence dans le rapportage des

Directeur Techniques des Centres (DTC), le financement insuffisant de la politique par l'Etat malien et le protectionnisme des membres des Association de Santé Communautaire (ASACO) contre une éventuelle décapitalisation des recettes des FS qui expliquent les ruptures de CTA constatées dans les FS.

Par ailleurs, il constate que les membres des ASACO accusent sciemment du retard dans la levée de leurs intrants au CSréf de Bamako afin de profiter vendre leur antipaludiques.

Cet auteur a le mérite d'avoir trouvé une combinaison de causes à la fois internes et externes à la gestion des stocks pour expliquer les ruptures de CTA dans la politique de gratuité.

Un financement adéquat et à temps réel est indispensable pour un bon fonctionnement de la logistique du médicament.

La gestion des approvisionnements et des stocks s'inscrit en soit dans une littérature dont la prise en compte et la maîtrise s'avère indispensable pour éviter les ruptures. Ainsi, il s'avère nécessaire d'exposer ici ce processus d'approvisionnement en médicaments.

I.4- Processus d'approvisionnement en médicaments

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

Dans l'approvisionnement en médicament, la logistique comporte tous les aspects du processus qui permet d'apporter un médicament depuis son fournisseur ou le fabricant jusqu'à celui qui le délivre et finalement au patient donc son utilisation. Ainsi, le circuit du médicament va du fabricant au patient et comporte les étapes suivantes (OMS ; 1989, OMS ; 2001) :

- ✓ La sélection (choix des médicaments à acquérir et à distribuer) ;
- ✓ La quantification (estimation des quantités nécessaires);

- ✓ L'acquisition (choix des fournisseurs, passation et suivi des commandes, contrôle quantitatif et qualitatif des médicaments enfin règlement des fournisseurs) ;
- ✓ la distribution (réception, stockage, inventaire, transport, et tenue de registre de suivi et de contrôle) ;
- ✓ L'utilisation (prescription, délivrance, et utilisation des médicaments, observance par les patients).

Un processus d'approvisionnement et de gestion efficace permet d'assurer la disponibilité permanente des médicaments en quantités suffisantes, de qualité et à des coûts raisonnables aux populations. Ainsi toutes les étapes nécessitent des attentions particulières.

I.4.1- La sélection

La sélection constitue la première étape du processus et consiste à choisir à partir d'une offre très abondante les médicaments à acquérir et à distribuer. La sélection proprement dite désigne l'établissement d'une liste restrictive pour les étapes de quantification et d'acquisition.

Pour la prise en charge du paludisme, les médicaments sélectionnés sont les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémésinine suite à la chloroquinorésistance.

I.4.2- La quantification

La quantification est le processus qui permet l'estimation de la quantité nécessaire d'un produit pour satisfaire les besoins d'approvisionnement. La quantification implique d'estimer les quantités requises d'un produit donné, le financement nécessaire pour son achat et son calendrier de livraison afin de garantir un approvisionnement ininterrompu au sein d'un programme donné. La quantification des CTA comme tout autre médicament se fait à partir de deux grandes méthodes :

- méthode basée sur la consommation et
- la méthode basée sur la morbidité.

Il existe une troisième méthode qui est une méthode basée sur la consommation : la méthode basée sur la consommation par substitution.

En pratique, le choix se portera sur une combinaison des deux méthodes, en particulier si les médicaments sont introduits pour la première fois.

I.4.2.1-La méthode basée sur la consommation

Elle utilise la consommation antérieure des médicaments pour prévoir les besoins à venir. Dans cette méthode, on établit la liste des médicaments à acquérir et les quantités nécessaires pour chaque produit sont calculées à partir des états de stock les plus précis se rapportant à la consommation passée. La consommation constatée au cours d'une période récente de 6 à 12 mois est alors ajustée pour tenir compte des ruptures de stock afin d'obtenir la Consommation Moyenne Mensuelle (CMM). Cette consommation moyenne ajustée est alors multipliée par le nombre de mois devant être couvert par l'acquisition. Les niveaux des stocks de sécurité (en mois) sont multipliés par la consommation moyenne mensuelle. Ces deux chiffres sont additionnés pour obtenir les besoins brut pour cette période, puis les produits en stocks et tous les produits en commande sont soustraits pour obtenir la quantité à acheter.

Un tableau de la page suivante fait un résumé de cette méthode :

Tableau n°2 : Résumé des formules de quantification selon la méthode basée sur la consommation

N°formule	Objectif de la formule	Calculs
1	Consommation Mensuelle Moyenne (préférée)	$CMM = CT / [Pe - (Jrup : 30,5)]$
2	Consommation Mensuelle Moyenne (ajustée)	$CMM = CT / (P_M - M_{RS})]$
3	Besoins en stock de sécurité de bases	$C_{MM} * P_A$
4	Quantité à commander	$Q_C = CMM * (D_a + P_A) + S_s - (S_d + S_c)$

Source: Bien gérer les médicaments(MSH)

CMM : Consommation Mensuelle Moyenne ;

CT : Consommation Totale de la période étudiée en unité de base ;

Jrup : Nombre de jours de rupture de stock pour un produit pendant la période étudiée ;

Da : Délais d'approvisionnement (pour des fournisseurs attendus ou dans le pire des cas) en mois;

Mrup : Nombre estimé de mois de rupture de stock pour un produit pendant la période estimée ;

PA : Période d'Approvisionnement (nombre de mois couvert par la commande) ;

Qc : Quantité à Commander en unité de base, avant l'ajustement pour les périodes ou les changements de programmes ;

Pe : Période étudiée en mois, moins le nombre de mois de données étudiées pour les prévisions ;

Sd : Stock maintenant disponibles en unité de base ;

Sc : Stock maintenant en Commande en unité de base ;

Ss : Quantité nécessaire pour le stock de sécurité.

Le plus souvent, la méthode basée sur la consommation est la méthode la plus simple pour les besoins de quantification, à condition que les données sources soient complètes, exactes et ajustées à bon escient, pour tenir compte des périodes de rupture de stock et des changements anticipés au niveau de la demande et de l'utilisation. En revanche, cette méthode a l'inconvénient de perpétuer l'usage irrationnel en calculant un approvisionnement en médicaments qui peuvent ne pas être prescrits conformément aux directives standardisées de diagnostic et traitement.

I.4.2.2-La méthode basée sur la morbidité

Elle évalue les besoins pour un médicament ou un produit donné à partir de l'incidence ou de la prévalence du paludisme simple ou des modèles de traitements pour une maladie donnée (par ex., les Directives Standardisée de Traitements (DST)). Ensuite, l'incidence attendue (le nombre d'épisodes de traitement (ET) qui doit être administré pour chaque conditionnement de traitement ou chaque tranche de poids ou d'âge) du paludisme doit être estimée.

La quantification implique de multiplier le nombre d'épisodes de traitement (ET) par la quantité de chaque médicament nécessaire pour chaque épisode de traitement (QE), dans les UB spécifiées dans les directives pour chaque tranche d'âge et à chaque niveau de soins. Ce résultat est alors multiplié par le pourcentage de cas susceptibles d'être traités (PT) selon ce schéma posologique.

Les estimations sont alors ajustées pour remplir le circuit d'approvisionnement en prévoyant le vol et le gaspillage.

Tableau n° 3: Résumé des formules de quantification selon la méthode basée sur la morbidité

N°formule	Objet de la formule	Formule
1	Quantité requise en UB avant ajustements	$QT = ET \times QE \times PT$
2	Quantité totale requise après ajustements	$QA = QT + (QT \times AU)$

Source: Strengthening Pharmaceutical Systems (2011)

QE = Quantité de chaque médicament nécessaire pour chaque épisode de traitement ;

ET = Nombre d'épisodes de traitement projetés ;

QT = Quantité requise, en UB, avant ajustements pour modifications programmatiques et incertitudes ;

PT = Pourcentage de cas qu'il est prévu de traiter ;

QA = Quantité requise, en UB, après ajustements pour modifications programmatiques et incertitudes ;

AU = Ajustement d'utilisation (pour modifications programmatiques et incertitudes).

I.4.2.3-La méthode basée sur la consommation par substitution

Elle est une forme de méthode basée sur la consommation, qui utilise des données sur l'incidence du paludisme, la consommation ou l'utilisation des CTA et des TDR, ou les dépenses relatives à un système d'approvisionnement « standard » – ou une association des trois – pour extrapoler le taux de consommation ou d'utilisation aux fins du système cible d'approvisionnement, en tenant compte de la couverture de la population ou du niveau de prestations à fournir. La méthode basée sur la consommation par substitution est utilisée en cas d'absence cruciale de données ou lorsque les deux autres méthodes, basées sur la

morbidité ou la consommation, ne sont pas applicables (par ex., dans le cas de nouveaux programmes).

I.4.3-L'acquisition

L'acquisition est l'achat aux fabricants des médicaments sélectionnés et quantifiés. Pour y arriver, il faut choisir, les fournisseurs, passer les commandes suivre puis réceptionner.

I.4.3.1-Choix des fournisseurs

Les fournisseurs potentiels sont choisis selon une sélection préalable. Ils sont sélectionnés par un processus qui tient compte de la qualité des produits, des délais de livraisons, du coût et de la viabilité de leurs services.

La littérature suggère 4 modes pour choisir son fournisseur afin d'acheter les médicaments :

- Appel d'offre ouvert
- Appel d'offert restreint
- Négociation par mise en concurrence
- Achat direct ou entente directe.

I.4.3.1.1-Appel d'offre ouvert

Les appels d'offre ouverts internationaux attirent habituellement les offres les plus concurrentielles et potentiellement les plus bas prix. Ils sont fortement recommandés par la banque mondiale et l'OMS pour acquérir les médicaments afin de garantir les rapports qualités/coûts.

I.4.3.1.2-Appel d'offre restreint

Ici, les fournisseurs sont choisis à travers un processus de pré-qualification préalable qui tient compte :

- ✓ de l'adhésion aux bonnes pratiques de fabrication
- ✓ de la qualité des prestations antérieures

- ✓ de leur pérennité financière
- ✓ et de facteurs associés.

I.4.3.1.3-Négociation par mise en concurrence

Dans la négociation concurrentielle, le fournisseur est choisi parmi un nombre limité de fournisseurs sélectionnés (au moins trois) qui proposent leurs prix.

I.4.3.1.4-Achat direct

La méthode d'approvisionnement la plus simple est l'achat direct auprès d'un seul fournisseur, mais, elle est habituellement la plus chère, donc déconseillé dans la recherche coût-efficacité.

Mais pour des médicaments n'ayant qu'une seule source d'approvisionnement, l'acheteur ne peut que s'adresser à ce seul fournisseur.

I.4.3.2-La passation de la commande

Elle est déclenchée par la stratégie d'approvisionnement en vigueur. Souvent par le point de commande, elle consiste à adresser au fournisseur un bon de commande précisant les quantités, les formes à acquérir, constituant ainsi un contrat écrit entre le fournisseur et l'acheteur. De ce fait, elle utilise des données provenant de la gestion des stocks et celles provenant des fournisseurs préalablement choisis sur les délais de livraisons. Lorsque cette commande doit faire l'objet d'une passation de marché, les informations relatives à la quantification doivent être disponibles six à 12 mois d'avance.

I.4.3.3-La réception et le contrôle qualitatif et quantitatif

A cette étape, une commission, vérifie la quantité et la qualité des médicaments conformément aux spécifications des bons de commandes et la réceptionne. Cette réception est sanctionnée par l'établissement d'un procès-verbal de réception signé par les membres de la commission.

I.4.3.4-Règlement de la facture

Lorsque le procès-verbal de réception, est favorable, la facture est réglée par l'acheteur en comparant le bon de commande, le procès-verbal de réception et la facture.

I.4.4-La distribution

La distribution consiste à acheminer les médicaments depuis les organismes d'acquisition jusqu'aux consommateurs. Cette distribution doit se faire dans une dynamique qui garantit à temps réel les médicaments aux populations.

Un système de distribution bien géré doit :

- approvisionner dans les délais tous les niveaux de la pyramide de la santé en CTA,
- optimiser la gestion des stocks pour éviter les avariés, ou les ruptures,
- fournir des informations pour faire les prévisions en utilisant les outils de gestions (fiches de stock ; fiches d'inventaires, les bons de commandes, les PV de réception et des logiciels de gestion).

I.4.5-L'utilisation

Elle correspond à la phase d'utilisation du médicament et interpelle trois types d'acteurs : le prescripteur, le gestionnaire du magasin et le patient. Tous ceux-ci doivent utiliser les CTA de façon rationnelle pour éviter leur rupture.

Notre travail va consister à évaluer à la lumière du processus décrit ici, l'approvisionnement des ASC en CTA. Nous allons nous focaliser essentiellement sur la quantification, la distribution et la mise en œuvre des généralités de la gestion des stocks afin d'identifier les obstacles qui entravent l'efficacité du travail des ASC dans Doufelgou.

CHAPITRE II : Méthodologie et présentation du district sanitaire de Doufelgou

II.1- Méthodologie de l'étude

II.1.1-Type de l'étude

C'est une étude descriptive transversale. Elle vise à analyser les causes de rupture des CTA-TDR auprès des ASC en 2015 avec des incursions faites en 2014 pour compréhension, dans le cadre de la PEC communautaire gratuite du paludisme dans le district sanitaire de Doufelgou au Togo.

II.1.2-Population de l'étude

Il s'agit des acteurs impliqués dans l'approvisionnement et la gestion des CTA-TDR, dans le cadre de la PEC communautaire du paludisme dans Doufelgou. Ce sont ici les ASC, les responsables des FS, l'ONG AFASA qui est un sous-traitant direct du Plan-Togo chargé du suivi des ASC, les points focaux préfectoral et régional du paludisme, le DPS, la PRA-Kara (personnel impliqué dans la gestion des CTA) et le PNLP. C'est de cette cible prioritaire que sera tiré l'échantillon à soumettre à l'étude.

Signalons qu'actuellement, il existe au Togo deux types d'ASC qui font la prise en charge du paludisme. Un premier type coordonné par Plan-Togo qui prend en charge uniquement le paludisme et un second type coordonné par l'Unicef-Togo qui intervient pour une prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (toux, paludisme, diarrhée, malnutrition).

Dans ce travail, nous nous sommes intéressés aux ASC qui font la prise en charge du paludisme uniquement, donc coordonnés par l'ONG Plan.

II.1.3-Echantillon

Les échantillonnages par quota et par choix raisonné sont utilisés au cours de la recherche. Ainsi, pour l'étude, l'échantillon est sélectionné parmi les acteurs du niveau communautaire (ASC), district, région, la PRA kara et le PNLP. Disposant de 19FS (04CMS; 14dispensaires et 1hôpital de district) avec des ASC paludisme fonctionnels y compris l'hôpital de district, on a un échantillon de 37ASC qui est soumis au questionnaire à raison de 2 par FS et 1 pour l'hôpital de district. Ces ASC ont été choisis à partir de la liste alphabétique de leur nom présente auprès des responsables des FS. Ainsi, les premiers et les derniers de chaque liste ont été retenus pour l'enquête. Des remplaçants ont été contactés en cas de non disponibilité du « titulaire » en descendant ou remontant au nom suivant selon la position de l'intéressé empêché.

Pour mieux comprendre le phénomène, cette analyse quantitative est complétée et élucidée par des entretiens au niveau des autres acteurs impliqués dans l'approvisionnement. Ainsi, on a fait des entretiens avec: le point focal de district, le point focal régional, le responsable de l'ONG AFASA.

II.1.4-Méthodes et outils de collecte des données

La démarche adoptée a combiné les approches qualitative et quantitative afin de mieux comprendre ce dysfonctionnement qui affecte tant l'efficacité de la PEC du paludisme. Cette posture a permis de faire :

- ✓ une observation prolongée, le recueil et l'exploitation des supports de gestion disponibles ;
- ✓ parallèlement à l'observation, des entretiens informels ont été réalisés auprès des ASC et des responsables des formations sanitaires. Ces entretiens ont été complétés par d'autres formels auprès du DPS, des points focaux du district et de la région, les responsables de l'ONG. Ces entretiens ont été conduits à l'aide de guide élaborés à partir des principaux éléments

explicatifs du problème tiré de la revue de littérature, la documentation disponible et le concours de personnes ressources.

Quant à l'approche quantitative, elle a été conduite grâce à un questionnaire conçu pour explorer à l'image du processus d'approvisionnement en médicaments, les phases de quantification, d'acquisition et de distribution qui se révèlent ici comme comportant les facteurs explicatifs des ruptures de CTA auprès des ASC de Doufelgou.

II.1.5-Analyse et traitement des données

C'est une étape qui traite les informations obtenues par l'enquête pour les présenter de manière à pouvoir comparer les résultats observés aux résultats attendus. Ici, le dépouillement des données quantitatives ainsi que leur analyse sont faits à l'aide du logiciel SPHINX. Le logiciel Excel a servi pour la construction des graphiques. Enfin, le logiciel Word a servi pour le traitement de texte. À l'opposé des données quantitatives, une analyse thématique des entretiens est faite afin de décrire le processus de gestion logistique des CTA, les difficultés qui justifient la contre-performance de la PEC du paludisme, et les perceptions des acteurs.

II.1.6-Difficultés et limites

L'indisponibilité de certains acteurs nous a amené à reporter plusieurs fois certains rendez-vous et à ne pas pouvoir rencontrer par exemple le responsable d'achat de la PRA –Kara.

L'administration directe et indirecte utilisée dans la collecte des données associée dans une certaine mesure à notre familiarité du milieu peut être source de biais dans les réponses données par certains ASC.

De même, les entretiens requièrent dans leur conception, conduite et exploitation une expérience. De ce fait, il n'est pas évident que notre instrument soit exempt d'erreurs.

L'étude n'ayant concerné qu'une partie de la chaîne d'approvisionnement, nous espérons que d'autres études ultérieures s'y pencheront, essentiellement sur le processus d'achat et le financement afin de mieux comprendre le phénomène de rupture des CTA au Togo.

II-2-Cadre physique de l'étude

Une présentation géographique du cadre de l'étude s'avère indispensable pour orienter le regard du lecteur sur le site qui prête son cadre à l'évaluation du système d'approvisionnement en intrant des ASC afin de lui exposer le contexte dans lequel l'intervention se déroule.

II.2.1-Situation géographique du district sanitaire de Doufelgou

Le district sanitaire de Doufelgou est l'un des quarante districts actuels du Togo. Ces limites épousent entièrement celles administratives de la préfecture de Doufelgou. Elle est située au Nord Togo dans la région de la Kara à près de 450 km au nord de Lomé, la capitale. Elle a une superficie de 1275km² et est limitée au Nord par le district sanitaire de la Kéran, au Sud par le district de la Kozah, au Nord-Est par la République du Bénin, au Sud-Est par le district de la Binah puis à l'Ouest par le district de Dankpen. Elle compte aujourd'hui 14 cantons.

Elle est traversée par la chaîne de l'Atakora sous le nom des Monts Défalés qui constitue un obstacle naturel rendant difficile la liaison de l'hôpital de district aux USP situés à l'Ouest de la montagne. Par ailleurs, elle est traversée par la route nationale N°1 Lomé-Cincansé à Niamtougou (chef-lieu de la préfecture, hôpital de District) constituant ainsi une opportunité économique.

II.2.2-Aspects sociodémographique et économique

II.2.2.1-Données sociodémographiques

La préfecture de Doufelgou a une population chiffrée à 78 635 habitants selon le RGPH4 (DGSCN, 2010) avec une densité de 62 habitants au km². Sur le plan

culturel, deux ethnies prédominent : les Nawdba à l'Est et les Lamba à l'Ouest. Cependant, on y rencontre d'autres ethnies telles entre autres les kabyès, les Kotocoli, les Ewé, les Peulh. Sur le plan religieux, l'Islam et le Christianisme sont les religions importées les plus pratiquées. Cependant, l'animisme reste la religion de prédilection pour les populations de Doufelgou.

II.2.2.2-Données économiques

Bien que traversée par la grande route reliant le port de Lomé aux pays du Sahel, l'économie locale de Doufelgou s'appuie essentiellement sur l'agriculture. Cette agriculture est fortement tributaire de la pauvreté des sols qui sont de nature caillouteuse et latéritique, souvent impropre à l'agriculture à laquelle s'ajoutent les anomalies climatiques du climat Soudanien dont bénéficie la moitié septentrionale du pays. Ces conditions ne sont pas toujours favorables à l'agriculture. Les autres secteurs d'activités comme le commerce, l'élevage et l'artisanat offrent également des emplois non négligeables même s'ils souffrent de contraintes organisationnelles et financières.

II.2.3-Offre de service de santé

II.2.3.1-Offres en infrastructures sanitaires

Le district sanitaire de Doufelgou compte au total 23 formations sanitaires dont un (01) hôpital de district ; 04 CMS ; 14 dispensaires ; 02 centres de récupération nutritionnel, 01 centre médical des armées et 01 centre privé. Parmi, ces FS 19 disposent des ASC paludisme fonctionnels. Cinquante-deux villages sur 100 sont situés dans un rayon de 5km des formations sanitaires donnant ainsi un taux d'accessibilité de 52%.

II.2.3.2-Offres en ressources humaines

Le district compte au total 176 agents répartis comme suit : 03médecins ; 69 agents paramédicaux, 66 personnels d'appui hospitalier (aides-soignants) ; 05

personnels administratifs, et 33 personnel de soutiens. Les CMS sont dirigés par des assistants médicaux A₂, (Revue des activités de Doufelgou 2014). Cette offre est complétée par des ASC qui sont formés et installés dans les villages dont 198 actifs pour la PEC du paludisme simple.

II.2.4-Présentation de la PEC communautaire du paludisme

II.2.4.1-Justification de la PEC communautaire du paludisme dans Doufelgou

Elle s'inscrit dans les efforts du ministère de la santé et de la protection sociale visant à réduire la morbidité et la mortalité palustre qui demeure très élevée dans les deux régions les plus excentrées du Togo par l'amélioration de l'accessibilité. En effet, Doufelgou est la troisième préfecture la plus pauvre de la région Kara avec une accessibilité géographique aux formations sanitaires légèrement au-dessus de la moyenne (52%) auxquelles s'ajoutent l'ignorance des populations qui, entraînent des décès qui peuvent être évités. La PEC communautaire du paludisme vient pour pallier à ce problème afin de réduire la mortalité palustre.

II.2.4.2-Logique d'intervention de la PEC communautaire du paludisme

Le travail de la PEC communautaire du paludisme consiste à la sensibilisation des populations sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), la consultation, le diagnostic et le traitement des patients souffrant du paludisme et la référence des cas graves et des autres maladies vers les formations sanitaires. Cette intervention, si elle est menée telle que prévue, participera à l'accélération de la réduction de la morbidité et de la mortalité palustre. La stratégie de la PCIME-C se décline en 4 dimensions auxquelles s'ajoute la CCC :

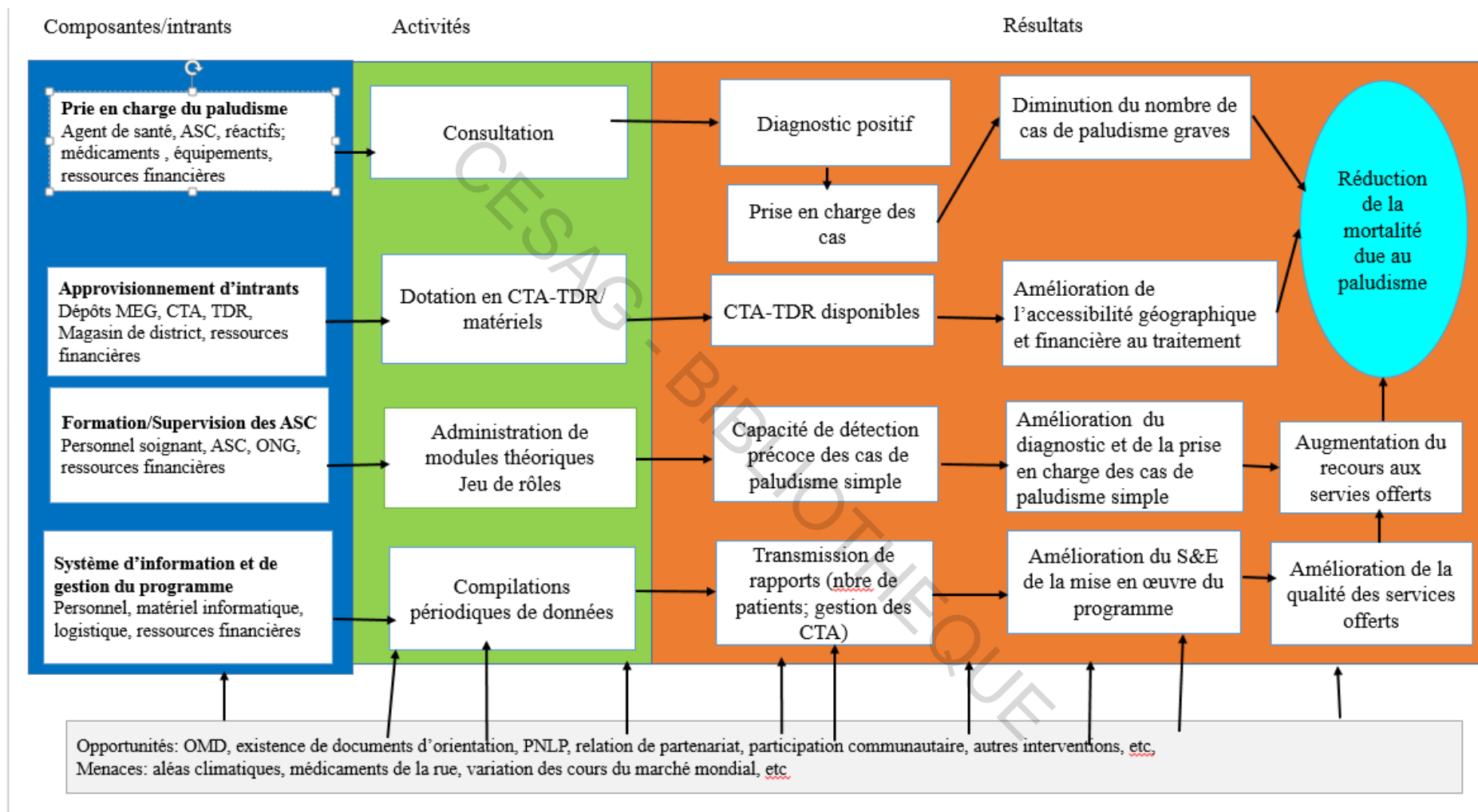
- La prise en charge des cas de paludisme simple,
- L'approvisionnement et la gestion des intrants (CTA-TDR),
- Formation/supervision des agents de santé communautaire,

- Le système d'information et de gestion.

Le modèle logique de l'intervention est représenté par le schéma adapté de la page suivante. Des quatre composantes découlent plusieurs activités qui conduiront aux effets (immédiats, intermédiaires), pour aboutir à la réduction de la mortalité due au paludisme.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Figure n°4 : Schéma de la logique d'intervention

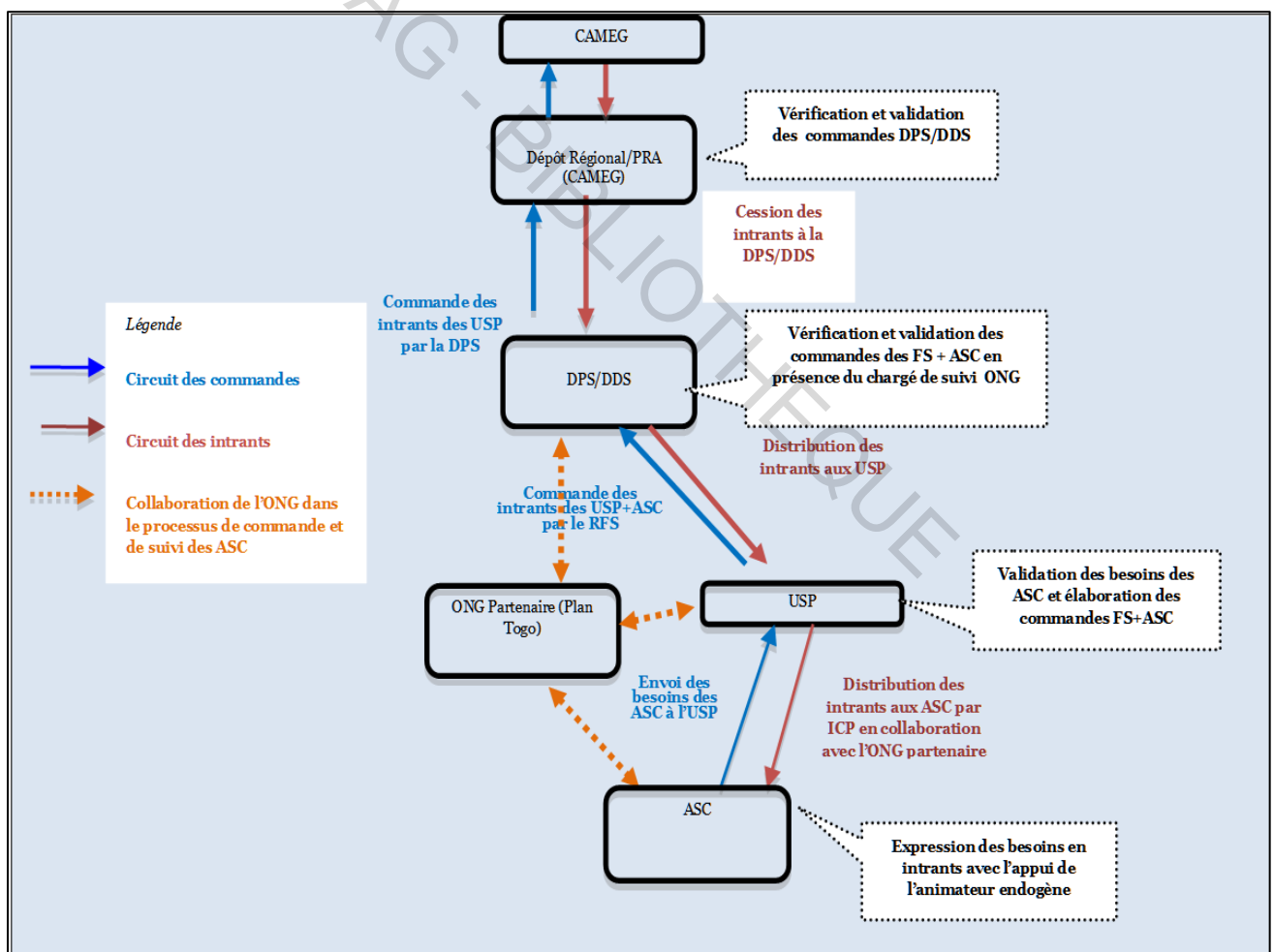


Source : Adapté du modèle de Fournier cité par Kouyaté A. B et al ; 20

II.2.4.3-Circuit d'approvisionnement des ASC

Théoriquement, les commandes proviennent des ASC, compilés au niveau de la formation sanitaire et envoyé au point focal de district qui compile pour le district et s'approvisionne à la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement (PRA). Mais les ASC ne commandent pas, mais sont approvisionnés dans un système de dotation, et leurs besoins sont estimés à partir de leurs rapports d'activités mensuels par le niveau supérieur qui est ici le PNLP en relation direct avec la CAMEG. En fonction des besoins estimés, la CAMEG, approvisionne les PRA. Ainsi, les flèches bleues ne servent qu'à la transmission des rapports.

Figure n°5 : Schéma du circuit d'approvisionnement des ASC



Source : manuel de gestion et de sécurisation des intrants antipaludiques au niveau formations sanitaires et communautaire du Togo (2013).

DEUXIÈME PARTIE :

**PRÉSENTATION ET ANALYSE DES
DONNÉES, INTERPRÉTATION DES
RÉSULTATS ET SUGGESTIONS**

CHAPITRE III : Analyse de la gestion des stocks et des approvisionnements des ASC dans le district sanitaire de Doufelgou

III.1. Analyse de la disponibilité des intrants

III.1.1- Analyse de l'état de la rupture

Tableau n°4: Connaissance de rupture de CTA en 2015

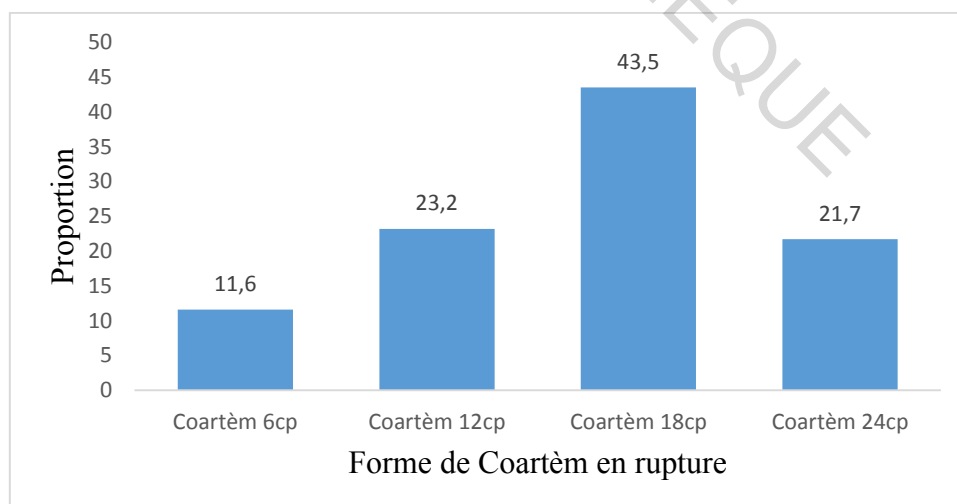
Rupture	Nombre de citation	Fréquence
Oui	37	100%
Non	0	0,0%
TOTAL CIT.	37	100%

Source : Enquête de terrain

Ce tableau montre que la totalité des ASC enquêtés ont connu de rupture de médicaments en un moment donné de l'année 2015.

III.1.2-Analyse des produits en rupture

Graphique n°1 : Répartition des formes de Coartèm en rupture en 2015



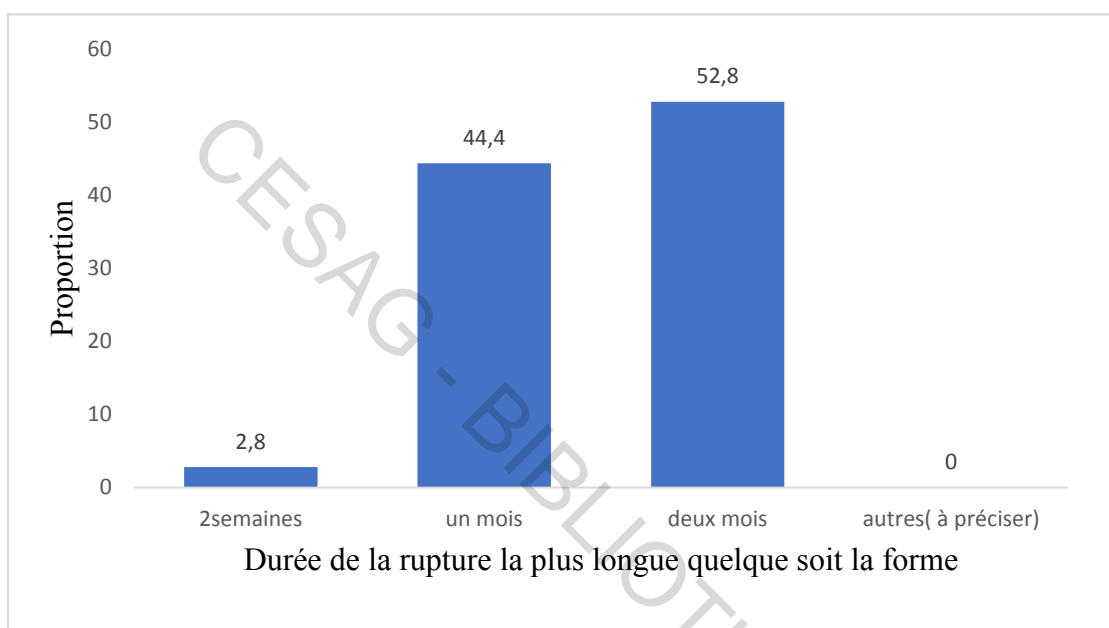
Source : Enquête de terrain

Les résultats de l'enquête confirment que c'est la forme de 18 comprimés qui a été plus touchée par cette rupture. En effet, 43,5% des ASC affirment avoir connu

de rupture pour cette dernière. En outre, respectivement 23,2% et 21,7% ont eu rupture respectivement des formes de 12 cp et de 24cp.

III.1.3- Analyse de la durée de rupture

Graphique n°2: Répartition selon la durée de la rupture de CTA en 2015



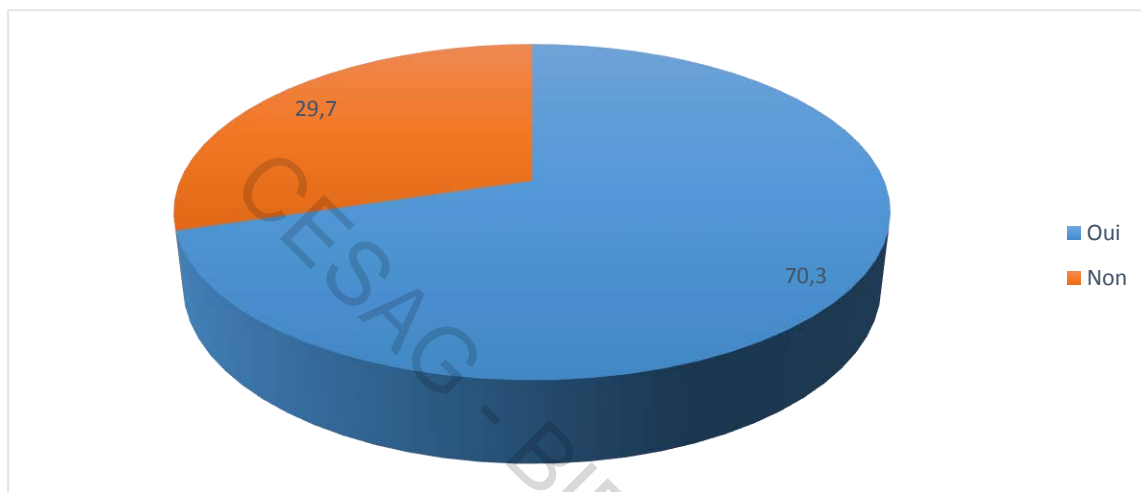
Source : Enquête de terrain

Au regard des résultats, 52,8% des ASC ont connu une rupture de deux mois pour au moins une forme de CTA contre 44,4% qui n'ont qu'une rupture d'un mois. Ainsi, 97,2% des ASC ont connu une rupture minimum d'un mois.

III.2- Gestion des stocks et outils de gestion

III.2.1- Analyse de l'existence d'une fiche de consommation

Graphique n°3: Répartition selon la possession de fiche de consommation



Source : Enquête de terrain

Les résultats révèlent que 70,3% des ASC enquêtés disposent de fiches de consommation contre 29,7% qui n'en disposent pas.

Quel est le degré d'utilisation de cette fiche par ceux qui en possèdent ?

III.2.2- Analyse du remplissage des fiches de consommation

Tableau n°5: Remplissage des fiches de consommation journalière par ceux qui en possèdent en 2015

remplissage des Fiche de consommation journalière	Nb. cit.	Fréq.
Toujours	14	53,8%
Rarement	4	15,4%
Jamais	8	30,8%
TOTAL CIT.	26	100%

Source : Enquête de terrain

Le tableau ci-dessus montre que 53,9% de ceux qui possèdent les fiches de consommation journalière les remplissent toujours contre 30,8% qui ne l'ont jamais rempli. Entre ces deux extrêmes une proportion de 15,4% les remplit rarement. Ce tableau montre par ailleurs que sur les 37 AS C enquêtés, 23 ne remplissent pas toujours les fiches de consommation soit parce qu'ils n'en possèdent pas soit ils oublient de le remplir.

III.2.3-Analyse de l'existence des fiches de stocks

Tableau n°6: disponibilité de fiche de stock en 2015

disponibilité de fiche de stock	Nb. cit.	Fréq.
Oui	29	78,4%
Non	8	21,6%
TOTAL CIT.	37	100%

Source : Enquête de terrain

Ce tableau montre que 78,4% des ASC enquêtés disposent d'une fiche de stock contre 21,6% qui n'en disposent pas.

III.2.4-Analyse du remplissage des fiches de stocks

Tableau n°7: Remplissage des fiches de stock par les ASC en 2015

Remplissage	Nb. cit.	Fréq.
Toujours	15	51,7%
Rarement	8	27,6%
Jamais	6	20,7%
TOTAL CIT.	29	100%

Source : Enquête de terrain

Selon ce tableau, 51,7% des ASC qui disposent des fiches de stocks, les remplissent toujours, contre 20,7% qui ne l'ont jamais rempli. Entre ces deux extrêmes, 27,6% le remplissent rarement.

Il se dégage des deux tableaux que 22 ASC sur 37 soit (59,4%) ne remplissent pas toujours leurs fiches de stocks soit par ce qu'ils n'en ont pas, soit pour d'autres raisons. Quelles sont-elles ?

III.2.5-Analyse des motifs de non remplissage des fiches de stocks

Tableau n°8 : Raisons de non remplissage de fiche de stock par les ASC

Pour quelles raisons, ne remplissez-vous pas la fiche de stock?	Nb. cit.	Fréq.
Difficultés de tracé et de remplissage	9	64,3%
Quantité trop petite	2	14,3%
pas de temps	0	0,0%
Oubli	3	21,4%
TOTAL CIT.	14	100%

Source : Enquête de terrain

Les résultats ci-dessus montrent que, parmi les ASC qui n'ont jamais rempli les fiches de stocks (14 sur 37), 64,3% évoquent des difficultés de tracé et de

remplissage contre 21,4% qui évoquent l'oubli.

III.2.6- Analyse de la réalisation des inventaires

Tableau n°9 : Réalisation d'inventaire périodique par les ASC en 2015

INVENTAIRE	Nb. cit.	Fréq.
Toujours	27	73,0%
Rarement	2	5,4%
Jamais	8	21,6%
TOTAL CIT.	37	100%

Source : Enquête de terrain

D'après ce tableau, les ASC enquêtés réalisent dans une proportion de 73,0% l'inventaire de leurs médicaments contre 21,6% qui déclarent ne l'avoir jamais fait. Une minorité de 5,4% déclarent le faire rarement. Il se dégage de ce tableau que 10 ASC sur 37 enquêtés soit (27,02%) ne font pas toujours d'inventaire.

III.2.7- Analyse de l'existence de PV d'inventaire

Tableau n°10: Existence de PV d'inventaire chez les ASC qui en font

existence de PV	Nb. cit.	Fréq.
Oui	8	27,6%
Non	21	72,4%
TOTAL CIT.	29	100%

Source : Enquête de terrain

Ayant déclaré majoritairement qu'ils font d'inventaire, ces inventaires ne sont presque jamais consignés par écrit comme le révèle le tableau ci-dessus. Ainsi,

72,4% des ASC interrogés ne disposent pas de PV d'inventaire contre 27,6% qui en disposent. Ceci laisse planer du doute sur l'effectivité de ces inventaires.

III.3 Analyse du circuit d'approvisionnement des ASC en CTA

Les ASC s'approvisionnent au niveau de la formation sanitaire dont ils relèvent. En effet, les médicaments sont répartis depuis le niveau central par aire sanitaire et envoyés à la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement de médicaments de Kara (PRA-Kara). Le point focal régional, une fois informé passe vérifier l'arrivée effective des CTA. La PRA et le point focal régional appelle les points focaux chargés du paludisme des districts qui passent lever leur stock. Ce stock est réparti par le point focal du district entre les formations sanitaires et les ASC selon une clé de répartition envoyée depuis le programme paludisme (niveau central). Après la répartition, les responsables des FS sont appelés pour la récupération de leur stock ainsi que celui des ASC de leur zone de couverture. Ainsi, à l'USP, le responsable de la FS appelle les ASC qui viennent enlever leur stock réparti depuis la direction du district.

III.3.1 Analyse du circuit d'approvisionnement

Tableau n°11: Circuit d'approvisionnement des ASC en 2015

Canal de transmission des intrants	Nombre de cit.	Fréq.
l'animateur endogène m'amène	05	13,5%
l'ICP amène à l'USP	00	00,0%
je vais chercher à l'USP	32	86,5%
TOTAL CIT.	37	100%

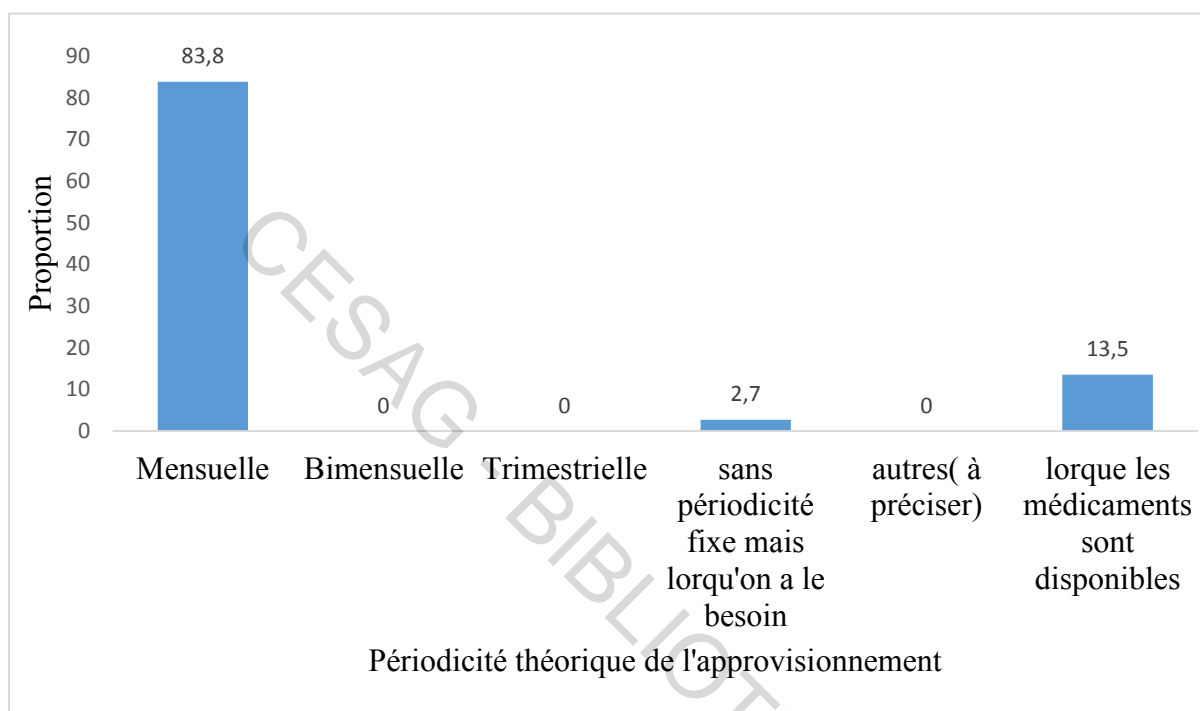
Source : Enquête de terrain

Selon les résultats, la majorité des ASC (86,5%) se rendent à la formation sanitaire pour chercher les intrants. A côté, les 13,5% reçoivent leurs intrants par le biais de l'animateur endogène qui les leur achemine.

III.3 .2 Analyse de la périodicité de l'approvisionnement et sa régularité

III.3.2.1- Analyse de la périodicité des approvisionnements

Graphique n°4: Périodicité de l'approvisionnement



Source : Enquête de terrain

La majorité des ASC (83,8%) déclarent que l'approvisionnement est mensuel contre une minorité (13,5%) qui estime qu'ils sont approvisionnés lorsque les médicaments sont disponibles au niveau supérieur.

III.3.2.2- Analyse du respect de la périodicité des approvisionnements

Tableau n°12: Respect de la périodicité dans l'approvisionnement

Respect de la périodicité	Nb. cit.	Fréq.
Toujours	6	16,7%
Rarement	27	75,0%
Jamais	3	8,3%
TOTAL CIT.	36	100%

Source : Enquête de terrain

Pour la majorité des enquêtés (75,0%), la périodicité de l'approvisionnement est rarement respectée contre 16,7% qui estiment que cette périodicité est toujours respectée. Pour 8,3% des enquêtés, la périodicité théorique de l'approvisionnement n'a jamais été respectée. A côté, un enquêté s'est abstenu.

III.3.3-Analyse de la conformité des commandes à la réception au niveau de l'ASC

Tableau n°13: Adéquation quantités commandées et quantités servies de CTA en 2015 aux ASC

adéquation quantités servies et commandées	Nb. cit.	Fréq.
Toujours	4	10,8%
Rarement	28	75,7%
Jamais	5	13,5%
TOTAL CIT.	37	100%

Source : Enquête de terrain

Selon, le tableau, 75,7% des ASC déclarent que les quantités de médicaments qui leur sont servies sont rarement conformes à la quantité qu'ils ont voulue ou

commandée. A côté, 13,5% ont été plus catégorique dans leur déclaration en disant que le rapport quantité commandée et servie n'a jamais été identique.

Les données de ce tableau sont à prendre avec tact car, les ASC ne commandent plus mais la situation n'est pas tout aussi différente que lorsqu'ils faisaient les commandes.

III.4-Analyse de la gestion des ravitaillements

III.4.1-Analyse des critères de ravitaillement

Tableau n°14: Analyse des critères de demande de ravitaillement en CTA par les ASC en 2015

critère de demande de ravitaillement	Nb. cit.	Fréq.
médicaments finis	18	48,6%
fin de chaque mois	12	32,4%
stock d'alerte atteint	5	13,5%
on ne demande pas	2	5,4%
TOTAL CIT.	37	100%

Source : Enquête de terrain

Ce tableau montre que 48,6% des ASC enquêtés demandent à être ravitaillés lorsque les médicaments sont complètement finis contre seulement 13,5% qui le font lorsqu'ils ont atteint leur stock de sécurité. Cette dernière position est à prendre avec pincette puisque aucune quantité n'est admise et écrite comme stock de sécurité sur les fiches de stock tracées.

III.4.2-Analyse des méthodes de calcul des quantités de réapprovisionnement

Tableau n°15: Critères de calcul des quantités pour réapprovisionnement

Critère de calcul de la quantité à demander	Nb. cit.	Fréq.
à partir de la CMM-Sd	9	27,3%
on reconduit la commande du mois passé	1	3,0%
on ajoute un peu à la consommation du mois	17	51,5%
les intrants viennent de la DPS déjà partagé	6	18,2%
TOTAL CIT.	33	100%

Source : Enquête de terrain

Ce tableau montre que 51,5% des ASC ajoutent un peu à ce qu'ils ont reçu le mois précédent contre 27,3% qui disent qu'ils font cette estimation à partir de la CMM-Sd. Ces derniers résultats doivent être pris avec beaucoup de réserve puisque les intéressés n'ont aucune connaissance sur le calcul de la CMM. A côté, 18,2% semblent dire à nos yeux la réalité : les intrants sont partagés depuis la DPS. Quatre enquêtés se sont abstenus.

On lit indirectement à travers ce tableau que 28 ASC sur 37 soit (75,6%) d'enquêtées méconnaissent les critères de calcul des quantités de réapprovisionnement.

III.4.3- Analyse de la maîtrise du calcul de la CMM

Tableau n°16: Connaissance des méthodes de calcul de la CMM

Calcul CMM	Nb. cit.	Fréq.
Pas de notion	17	51,51%
on additionne les consommations des 3 derniers mois qu'on divise par 3	06	18,18%
addition de la consommation des 3 derniers mois divisé par 3 et multiplié par 2	01	3,03
on ne commande pas, et on ne connaît pas le calcul de CMM	02	6,06
Qtés consommées dans le mois/3	02	6,06
Quantité utilisée au cours du mois x 2 - quantité totale du mois	02	6,06
(2x CMM)- Sd	01	3,03
Je ne comprends pas	01	3,03
on ne commande pas	01	3,03
TOTAL CIT.	33	100%
Non réponses	04	

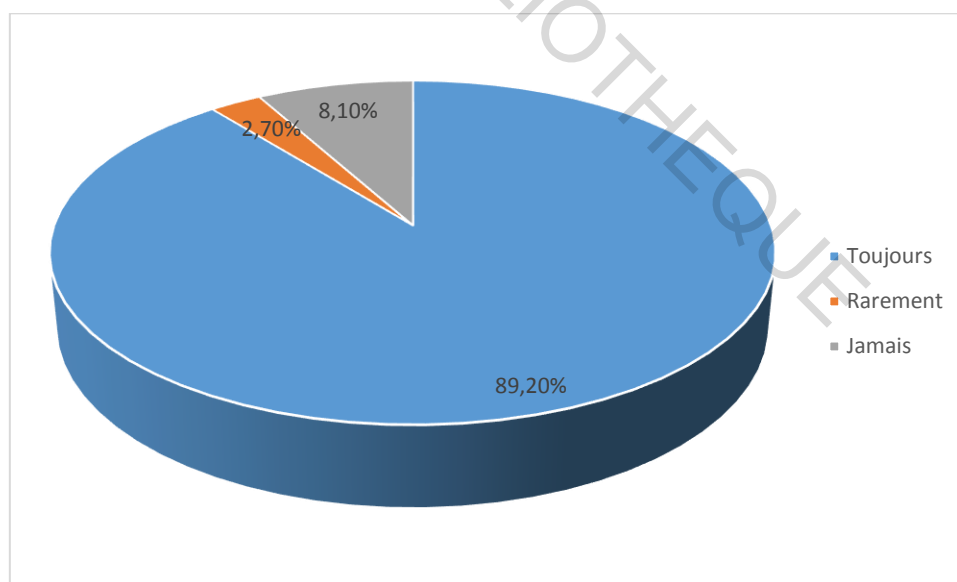
Source : Enquête de terrain

Ce tableau montre que plus de la moitié (51,51%) déclarent n'avoir aucune notion de la CMM. Seule 18,18% ont pu donner la bonne réponse. A côté, diverses d'autres formules ont été données pour le calcul.

III.5-Analyse du circuit de rapportage

Les supports de rapports sont en trois exemplaires dont une souche. A la fin de chaque mois, deux feuillets sont enlevés et transmis à l'animateur endogène qui garde une copie pour la Formation Sanitaire (FS) et transmet le dernier feuillet à l'ONG. L'ONG, se charge de saisir les rapports et produire un rapport synthétisé de tous les ASC. Elle envoie une copie au point focal du district et à Plan-Togo. Ce rapport est analysé et validé par le point focal de district puis transmis à la région. Le point focal régional fait une analyse et compilation des données de tous les districts et le transmet au niveau central. Ce rapport contient une rubrique gestion des intrants qui est utilisé par le niveau central comme consommation antérieure. Toutefois ceci est loin dès fois de la réalité car les intrants n'ont pas couvert la totalité de la période dont il réflète le rapport.

Graphique n°5: Promptitude des rapports d'activité des ASC en 2015



Source : Enquête de terrain

Selon ce graphique, la majorité des ASC déclarent toujours rendre leurs rapports d'activité le 25 de chaque mois. A côté, 8,10% ne le rende jamais dans les délais.

III.6-Analyse du niveau d'instruction des ASC

Tableau n°17: Niveau d'instruction des ASC en 2015

niveau d'instruction	Nb. cit.	Fréq.
Primaire	6	16,2%
Collège	25	67,6%
Lycée	6	16,2%
Université	0	0,0%
TOTAL CIT.	37	100%

Source : Enquête de terrain

Ce tableau montre qu'aucun des ASC n'a franchi le cap du baccalauréat. 67,6% ont franchi le cap du CEPD pour rentrer au CEG sans toutefois nous permettre de savoir s'ils ont eu le BEPC. A coté, 16,2% l'ont eu et sont allés aux lycées.

CHAPITRE IV : Synthèses des analyses et recommandations

Cette partie expose les forces et faiblesses du système des approvisionnements et de gestion des stocks actuellement chez les ASC et envisage des mesures pour son amélioration.

IV.1-Présentation des forces et faiblesses du système d'approvisionnement et de gestion des CTA

IV.1.1- Circuit d'approvisionnement

Forces

- ✓ Existence d'un système d'approvisionnement en place pour la gestion des CTA.

Le système d'approvisionnement repose sur une centralisation des achats qui épouse entièrement celles des autres médicaments essentiels et génériques. Ainsi, il implique outre le PNLP, la CAMEG, le PRA Kara et les dépôts des districts qui acheminent ces CTA vers les ASC. Mais ces médicaments ne connaissent pas les mêmes procédures de gestion et cession comme les MEG. Ainsi, ils ne sont pas enregistrés ni comme entrée ni sortie dans les dépôts pharmaceutiques. Ils disposent de leurs propres outils de gestion du fait aussi de leur gratuité.

- ✓ Respect du circuit d'approvisionnement par les ASC

86,5% des ASC se rendent dans les formations sanitaires (USP) pour chercher les intrants. Les autres sont approvisionnés par l'animateur endogène au moment des superviseurs.

Faiblesses

- ✓ La complexité du circuit d'approvisionnement associé à la lourdeur administrative.
- ✓ La rigidité du schéma d'approvisionnement

En effet, l'approvisionnement de l'ASC se fait dans un circuit long et complexe qui ne bénéficie d'aucun financement pour le transport des intrants à en croire aux propos des points focaux régional et préfectoral. Ainsi, une fois les CTA disponibles au niveau national il faut que la CAMEG trouve du temps avec ses moyens logistiques limités pour approvisionner à tour de rôle toutes les Pharmacies Régionales d'Achat (PRA). Par exemple au moment de notre enquête, les CTA étaient déjà disponibles au niveau national quand les ASC étaient en rupture à la base parce que le tour de la région n'était pas encore arrivé.

Cette complexité du circuit amène parfois les points focaux à faire de l'économie dans la distribution des stocks disponibles à leur niveau. Ainsi, lorsque les stocks arrivent au district, il sert de petite quantité aux ASC afin de disposer de médicaments sur une période assez longue. Alors, la complexité du circuit d'approvisionnement explique les petites quantités mises à la disposition des ASC chaque fois et les conduit d'emblée à la rupture. En effet, pour 75,7% des ASC les quantités reçues sont rarement conformes à ce qu'ils auraient voulu. Cette proportion est de 13,5% pour ceux qui estiment que la quantité voulue n'a jamais été conforme à celle servie (cf tableau n°13). Aussi, une fois servie, faut-il attendre et profiter de la réunion mensuelle des RFS au district pour acheminer les petites quantités vers les ASC, (cf tableau n°11).

Par ailleurs, les districts ne peuvent pas se passer des stocks tampons, d'où la rigidité du système.

La complexité de ce circuit associé à l'absence d'une ligne budgétaire pour le transport n'encourage pas les acteurs pour la recherche des intrants et crée des ruptures à la base. C'est en cela que nos résultats se rapprochent de celui de Sanogo Y (2013) sur la mise en œuvre de la gratuité dans des centres de santé à Bamako.

IV.1.2-Paramètres de ravitaillement

Forces

- ✓ Mise en place de quelques paramètres de gestion

Faiblesses

- ✓ Non-respect des paramètres de gestion mises en place au début du projet,
- ✓ absence d'élaboration de commande par les ASC,
- ✓ non remplissage des outils de gestions (cahiers de commande, cahier de consommation journalière, fiches de stocks,
- ✓ absence d'estimation des besoins par la base,
- ✓ mauvaise maîtrises des paramètres de gestion (CMM, stock de sécurité).

Une gestion efficace et rationnelle de l'approvisionnement exige la quantification des besoins par ceux qui le ressentent. Dans le cadre de la PEC du paludisme en milieu communautaire dans le district de Doufelgou, les ASC n'établissent pas de commande, par conséquent ne font aucune quantification des besoins en fonction des réalités du terrain (tendance à la hausse ou à la baisse des fréquentations dans les jours à venir, le nombre de jours de rupture). Ceci se rapproche des résultats de Youssouf Sanogo Y.T. (2013) lorsqu'un enquêté lui répond en colère qu'ils ne font pas de commandes, tout vient de Bamako.

D'après le point focal régional, la quantification est faite par le niveau central. Cette quantification est faite à base des rapports d'activités envoyés par les ASC et les districts de la base. Or les rapports d'activités subissent presque tous les mois les effets de la rupture et ne reflètent pas toujours les besoins réels. Ainsi, l'utilisation de ces rapports sans procéder à des ajustements en se basant sur la morbidité ne rend pas compte de la file active. Cette stratégie ne fait que perpétuer des erreurs de quantification se traduisant par la chronicité des ruptures. De ce fait, certains agents de santé communautaire estiment ne pas maîtriser les critères sur lesquels on les dote en intrants au regard des quantités dérisoires qu'on leur

donne chaque fois. Dans ce sens, pour fautes d'exercices, ils ont oublié les paramètres de gestions telles entre autre CMM, stock de sécurité.

En conclusion, cette étape du circuit est déterminante de la disponibilité des médicaments. Elle doit être faite convenablement par ceux qui sentent les besoins. Par ailleurs, ne faisant pas de commande, les paramètres élémentaires de gestion sont mal maîtrisés. Ainsi, la majorité des ASC déclarent n'avoir aucune notion sur la CMM (cf tableau n°16). Les ASC maitrisent mal cette notion et expriment leurs commandes lorsque tout le stock est presque épuisé (cf tableau n°14). L'approvisionnement se faisant dans un circuit long et complexe, il s'avère très évident des cas de ruptures à répétition.

L'établissement de la commande par les ASC ainsi que leur formation à l'utilisation des paramètres de gestion doivent être réinstaurés pour garantir une autonomie dans la gestion des médicaments à la base.

Dans un sens toujours d'autonomisation, il faut décentraliser l'achat des CTA en dotant chaque district en période fixe du financement nécessaire à cette fin.

IV.1.3- Outils de gestion des stocks

Forces

- ✓ Mises en place de quelques outils de gestion (fiche de stock tracé dans un cahier, cahier de commande, cahier de rapport mensuel des activités chez l'ASC,)

Faiblesses

- ✓ Mise à jour irrégulière des outils de gestion (les cahiers de commande non utilisés, fiches de stocks non tracé ou non remplies,
- ✓ Conservation des CTA hors de leurs boîtes,

En tant que partie intégrante de la logistique, la gestion des stocks s'effectue pendant la période comprise entre l'approvisionnement et la cession des médicaments. Ces processus de stockage doivent être organisés de sorte

qu'aucune différence ne soit observée entre le stock théorique et celui réel. Ainsi, afin d'éviter cette situation et les ruptures de stock, cette partie nécessite un suivi rationnel et régulier avec des outils bien adaptés. L'observation nous a permis de constater que les ASC disposent de caisses en bois avec cadenas pour la garde des médicaments. Cependant, disent-ils, les quantités dérisoires de CTA reçues presque chaque fois, amène certains ASC à ne plus l'utiliser, faisant que certaines caisses sont couvertes de poussières et les quelques médicaments restants gardés dans les sacs.

Le manque d'utilisation rationnelle des outils de gestion explique la récurrence des ruptures de stocks. La quantification doit, pour être efficace, s'appuyer sur des données précises relatives à la morbidité et à l'utilisation des médicaments ainsi que sur des décisions fondamentales quant à l'avenir du programme (OMS, 1989). Ceci nécessite la redynamisation des outils de gestion dont la bonne tenue doit être de mise. En effet, l'enquête révèle que 29,7% des ASC enquêtés ne disposent pas de fiches de consommation et 30,8% de ceux qui en disposent ne l'ont jamais rempli (cf graphique n°3 et tableau n°5). Il en est de même pour les fiches de stock où 21,6% n'en disposent pas et parmi ceux qui en disposent (20,7%) ne l'ont jamais rempli (cf tableaux n°6 et 7). Signalons que les ASC ont été formées au début de l'initiative pour tracer dans un cahier les fiches de stocks et de consommation journalière pour en faire usage.

Un autre fait marquant de ce remplissage en est la qualité. En effet, mis en place au début de l'initiative, la bonne tenue de ces outils restent un défi majeur à relever. La plupart des ASC qui en disposent les remplissent rarement et mal à tel point que les données renseignées sont difficile à exploiter, les amenant parfois à produire des rapports erronés. Pour ceux qui ne les remplissent pas, les raisons de difficultés de tracé et de remplissage (64,3%), les quantités dérisoires et l'oubli ont été souvent évoqués (tableau n° 8). Ainsi, les systèmes d'information indispensables au suivi des stocks et de la documentation associée sont mal gérés,

ce qui entraîne des lacunes dans le contrôle des commandes à tous les niveaux. Or une bonne gestion des stocks veut que l'on sache à chaque instant, le niveau de son stock à partir de ces outils. Ceci amène ces ASC à travailler dans un flou total où le réapprovisionnement est demandé lorsque le stock est épuisé (tableau n°14).

L'observation nous a permis de voir que le pourcentage d'enregistrement de stock exact qui indique la qualité du système d'enregistrement ne peut pas être calculé en raison de l'inexistence ou l'incomplétude des données renseignées chez les ASC qui ont pu reproduire les fiches de stock dans leur cahier. Ce qui serait dû au niveau d'instruction de ces ASC (16,2% sont confirmés avoir eu leur BEPC et rentrés au lycée) (cf tableau n°17) et de la qualité des supervisions. Or un enregistrement immédiat permet d'éviter des écarts entre le stock théorique et le stock physique et ainsi produire des données de qualité pour l'estimation des besoins.

L'ONG chargée du suivi, disposant moins d'expertise dans le domaine n'a pas amené les ASC à une utilisation systématique de ces outils. Cette attitude de l'ONG, se trouve justifiée dans la mesure où le niveau central n'a jamais contraint cette dernière à le faire et continue à servir les districts lorsque les médicaments sont disponibles.

Quant au niveau district, ils ne disposent ni fiche de stock ni de fiches d'inventaire. Le point focal se sert des fiches de répartition qu'il conçoit comme fiche de sortie et des bordereaux de livraison reçu pour justifier les entrées.

Le manque de rigueur dans la gestion à tous les niveaux explique malheureusement la rupture des stocks. En effet, le niveau supérieur semble cacher ses difficultés à approvisionner normalement les ASC derrière le boycott des outils de gestion à la base ainsi que la cessation de l'élaboration des commandes venant de la base. Ainsi, certains ASC disent qu'ils subissent une politique qui vient du « haut ».

Les insuffisances constatées ici, se rapprochent des résultats des travaux de Vidal K. 2003 qui expliquent les ruptures par les difficultés des acteurs dans la maîtrise des paramètres et outils de gestion.

IV.1-4-Circuit de rapportage

Forces

- ✓ Existence d'un système de rapportage connu et respecté de tous les ASC,
- ✓ Promptitude des ASC dans la transmission des rapports au niveau supérieur

Les rapports suivent le circuit inverse des intrants. Ainsi, ils proviennent des ASC vers les formations sanitaires, le district, la région et le niveau central.

IV.1.5- Les facteurs extra-logistiques

Ils relèvent plus de facteurs humains et politiques. Le niveau central accuse les ASC d'être à l'origine des ruptures. Ceux-ci sont plus soupçonnés dans la qualité de leur travail qui, d'après les responsables sanitaires ne respectent pas les procédures et normes édictées. Selon les termes du point focal régional et préfectoral, les ASC sont dévorateurs de CTA, en ce sens que dès que les CTA sont disponibles, ils alignent les populations pour faire un dépistage. Tout porte à croire que toutes les populations piquées ne présentent pas tous des signes de paludisme mais bénéficient des CTA. Par conséquent, la remise à niveau des ASC ainsi que leur suivi régulier dans la réalisation du travail doivent être renforcés pour éviter les « probables » gaspillages. A côté les ASC évoquent des raisons politiques pour justifier les ruptures. Pour eux, les ruptures de médicaments auprès d'eux sont une stratégie des « chefs » afin d'éviter la décapitalisation des caisses des formations sanitaires qui vivent avec le recouvrement des coûts des médicaments dans un contexte dominé par la prise en charge du paludisme comme principale pathologie dans les formations sanitaires. Cette idée semble trouver écho auprès du responsable approvisionnement CTA du PNL qui accusent les

niveaux intermédiaires de créer une rupture artificielle afin de vendre les autres médicaments antipaludiques.

IV.2- Recommandations

A la lumière de l'analyse des résultats, nous formulons les suggestions suivantes :

➤ Au niveau central (PNLP-CAMEG) et régional

- Concevoir des outils de gestion et les rendre disponibles à tous les niveaux (fiches de stock, fiches de commande, fiches d'inventaire ;)
- Former et ou remettre à niveau tous les acteurs (ASC, responsables des FS, point focal de district et de région, ONG) du système d'approvisionnement au remplissage des outils de gestion (fiche de stock, de commande, PV d'inventaire etc) ainsi que les paramètres de gestion (CMM, stock de sécurité, seuil d'alerte, point de commande, stock minimum, QEC) ;
- Assurer le suivi régulier de la gestion des intrants à travers des supervisions formatives ;
- Réinstaurer l'expression des besoins à la base ; et ainsi utiliser un système d'approvisionnement décentralisé ;
- Donner plus d'autonomie de gestion aux districts en décentralisant le financement des achats des CTA gratuits par la mise à disposition des fonds ; ou amener les CTA jusqu'au district afin que les RFS puissent prendre une quantité suffisante lorsqu'ils arrivent à la réunion mensuelle;
- Fixer et respecter un seuil de stock de sécurité prédéfini et mentionné sur les fiches de stocks pour chaque niveau de la chaîne de l'approvisionnement ;
- Utiliser pour la quantification globale la sommation des besoins exprimés par la base et procéder à des ajustements ultérieurs jusqu'à cerner avec certitude les CMM de chaque niveau.

- Faire une évaluation d'impacts financiers de la mise en œuvre de la gratuité de traitement du paludisme sur les centres de santé du district.

- **Au point focal du district et aux responsables des Formations sanitaires**
- Respecter les besoins exprimés par chaque ASC ;
- Constituer un stock tampon au niveau des formations sanitaires pour les ASC ;
- Renforcer le suivi technique des ASC afin de les amener à faire un bon travail et non « un dépistage » en cas de disponibilité des intrants;
- Aider les ASC dans l'expression des besoins ;
- Amener les ASC à utiliser les caisses pour la conservation des intrants quelques soit les quantités ;
- Former les ASC à faire des inventaires de stock de CTA ;

- **A l'ASC**
- Remplir régulièrement les outils de gestion,
- Faire les commandes lorsque le seuil d'alerte est atteint;
- Respecter le seuil d'alerte défini et enseigné dans le projet ;
- Fournir les rapports d'activité dans les délais ;
- Utiliser toujours les caisses pour la conservation des intrants.

CONCLUSION GENERALE

L'objectif de cette étude est d'évaluer le système d'approvisionnement et de gestion de stock de CTA dans la prise en charge communautaire du paludisme dans le district sanitaire de Doufelgou.

L'analyse du système d'approvisionnement et de gestion des stocks de CTA révèle des insuffisances à l'origine des ruptures. En effet, la non-utilisation rationnelle des outils de gestion, le système d'approvisionnement centrifuge utilisé dans les dotations, le non-respect des périodicités d'approvisionnement, l'insuffisance et l'inadéquation entre les quantités dotées et les besoins réels des districts, et des facteurs extra-logistiques permettent d'expliquer les récurrences de rupture de stock constatées. Pour résoudre le problème, des suggestions ont été faites et se résument à la mise en place et l'entretien d'un système logistique fonctionnel dans un sens du bas vers le haut (bottom up) et non comme le « top down ». Ainsi, l'absence d'un système d'information due à l'absence et ou une absence d'utilisation rationnelle et rigoureuse des outils de gestion pour assurer la traçabilité des CTA, la non régularité dans les dotations, la défaillance de suivi sur la gestion des médicaments sont autant de point à améliorer pour assurer une meilleure disponibilité de ces produits et mieux couvrir les besoins des populations.

De plus, l'ensemble des déterminants du problème n'a pu être abordé. Des compléments d'étude sont donc nécessaires pour améliorer et préciser certains points tels le financement des CTA, le système d'achat et l'impact financiers de la prise en charge gratuite du paludisme sur les recettes des formations sanitaires afin de mieux garantir l'accessibilité physique des CTA aux populations.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- AEDES, Belgique (1997). *Approvisionnement en médicaments*. 3^{ème} édition.
- 2- Ahouangan B. J. O. (2007). *Contribution à l'amélioration de la gestion des stocks de médicaments: Cas des CTA au niveau de la pharmacie Nationale d'Approvisionnement du Sénégal* (mémoire).
- 3- DPS Doufelgou (2015): *Revue des activités sanitaires du district de Doufelgou 2014*.
- 4- Kouyaté B.A, Ki S., Domboe A. (2013). *Implication des agents de santé communautaires dans la prise en charge à domicile du paludisme avec les nouveaux médicaments antipaludiques au niveau de trois districts au Burkina Faso* (rapport d'évaluation).
- 5- Ministère de la santé (2012). *Plan National de Développement Sanitaire du Togo 2012-2015*.
- 6- Mouhib A. (2013). *Analyse de la gestion des médicaments au niveau d'une structure d'accueil des urgences : Cas de l'hôpital Mokhtar Soussi Taroudannt* : (mémoire).
- 7- OMS, (1989). *Comment estimer les besoins en médicaments*.
- 8- OMS (2001). *Guide d'analyse économique du circuit du médicament*.
- 9- OMS, (2015). *Approche épidémiologique de la lutte contre le paludisme : guide des instructeurs*
- 10-PNLP (2013). *Manuel de gestion et de sécurisation des intrants antipaludiques au niveau formations sanitaires et communautaire du Togo*.
- 11- PNLP (2013) *mise en œuvre du plan stratégique national 2011-2015 de lutte contre le paludisme : Rapport annuel*.
- 12- Pharmaciens Sans Frontières Comité - International Unité Pharmaceutique, Module 3, (2004). *Gestion des médicaments*.

13- Philippe Rabiller, (1996). *Comment maîtriser la gestion des approvisionnements et des stocks de médicaments* in 'Gestions Hospitalières n°357'.

14- Pouye C.M.T., (2010). *Contribution à l'amélioration de la gestion des stocks de médicaments: Cas du dépôt de la pharmacie IB de l'Hôpital Général de Grand Yoff (HOGGY)* (mémoire).

15- Quick D.J.et coll , (1988). *Bien gérer les médicaments : la sélection, l'acquisition, la distribution, et l'utilisation des produits pharmaceutiques dans les soins de santé primaires.* (MSH, IUED).

16- Sanogo D. (2010). *Evaluation du processus de mise en œuvre du système de gratuité du traitement du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de Bamako* (mémoire).

17- Sanogo Y. T., (2013). *Mise en œuvre de l'exemption de paiement du traitement du paludisme dans deux CSCom du district sanitaire de Sikasso* (mémoire).

18- Strengthening Pharmaceutical Systems (2011). *Manuel de quantification des intrants antipaludiques: Tests de diagnostic rapide et combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine pour le traitement de première intention du paludisme à P. falciparum.*

19- Valéry Ridde et al, (2010). *Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé. World Health Report (2010) Background Paper, No 18.*

20- Vidal Mariurs Koulai Iro (2003). *Gestion des stocks et des approvisionnements en médicaments : Cas de la pharmacie centrale du Centre Hospitalier National de Fann* (mémoire)

21- World Health Organization (2013). *World Malaria Report.*

ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

MBA GESTION DES PROJETS

EVALUATION DU SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT ET DE GESTION DES STOCKS DE CTA-TDR DANS LE CADRE DE LA

DECEMBRE 2015 - CESAG

Dans le cadre de la rédaction de notre mémoire axé sur le système d'approvisionnement des ASC en intrants, nous voulons vous poser quelques questions. Toutes les réponses sont bienvenues et restent confidentielles. Merci pour votre collaboration

Rupture d'intrants

1. Avez-vous eu de rupture de médicaments cette année?

1. oui 2. non

2. de quel intrants?

1. Coartèm 2. TDR

3. Si Coartèm, de quelle forme?

1. Coartèm 6cp 2. Coartèm 12cp 3. Coartèm 18cp 4. Coartèm 24cp

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

4. Quelle a été la durée de la rupture la plus longue que vous avez connue quelque soit la forme?(vérifier la fiche de stock et le registre de consultation)

1. 2semaines 2. un mois 3. deux mois 4. autres(à préciser)

OUTILS DE GESTION, METHODES DE QUANTIFICATION, PROMPTITUDE DANS LES COMMANDES

5. Avez-vous de fiches de consommation journalière?

1. oui 2. non

6. Remplissez-vous ces fiches?(à vérifier)

1. toujours 2. rarement 3. jamais

7. Avez-vous de fiche de stock? (à vérifier)

1. oui 2. non

8. Remplissez-vous ces fiches de stock? (à vérifier)

1. toujours 2. rarement 3. jamais

9. Faites-vous un inventaire périodique?

1. Toujours, rarement, jamais

10. Avez-vous un PV d'inventaire? (à vérifier)

1. oui 2. non

11. Si jamais fait, pourquoi?

12. Quelle est la périodicité de votre approvisionnement?

- 1. mensuelle
- 2. bimensuelle
- 3. trimestrielle
- 4. sans périodicité fixe mais lorsqu'on a le besoin
- 5. autres(à préciser)
- 6. lorsque les médicaments sont disponibles

13. Cette périodicité est-elle respectée?

- 1. toujours
- 2. rarement
- 3. jamais

14. Les quantités servies sont-elles conformes à celle demandées?

- 1. toujours
- 2. rarement
- 3. jamais

15. Sur quels critères, déclenchez-vous la commande?

- 1. médicaments finis
- 2. fin de chaque mois même si la quantité en stock peut couvrir le mois suivant
- 3. stock d'alerte atteinte
- 4. autres(à préciser)

16. Comment calculez-vous les quantités à commander à chaque commande?

- 1. à partir de la CMM-Sd
- 2. on reconduit la commande du mois passer
- 3. on ajoute un peu à la consommation du mois
- 4. autres(à préciser)

17. Comment calculez-vous la CMM?

18. Cette commande intégrée au rapport d'activité est-elle transmise le 25 de chaque mois à l'animateur endogène?

- 1. toujours,
- 2. rarement
- 3. jamais

19. Combien de temps dure la commande ainsi faite?

- 1. une semaine
- 2. un mois
- 3. 2mois
- 4. autres(à préciser)
- 5. sa varie en fonction de la disponibilité des intrants et de celui qui doit aller chercher
- 6. lorsque les médicaments sont disponibles

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

20. Votre stock de sécurité vous permet-il de couvrir ce temps?

- 1. toujours
- 2. rarement
- 3. jamais

CIRCUIT D'APPROVISIONNEMENT

21. Comment les intrants vous parviennent-ils?

- 1. l'animateur endogène m'amène
- 2. l'ICP me l'amène
- 3. je vais chercher à l'USP

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

22. Diposez-vous d'un vélo ou d'une moto pour le transport des intrants?

- 1. oui
- 2. non

Permettez-nous de vous connaître davantage

23. Quel est votre âge svp?

24. SEXE

- 1. masculin
- 2. féminin

25. Quel est votre niveau d'instruction?

- 1. primaire
- 2. collègue
- 3. lycée
- 4. université

26. Quelle est la distance entre l'USP et votre résidence ou ton village?

GUIDE D'ENTRETIEN DESTINES AU POINT FOCAL PREFECTORAL ET REGIONAL

1-Faites-nous un peu l'historique de l'arrivée de la PEC gratuite du paludisme (date et documents officiels stipulant la gratuité des CTA dans la région ?

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

2-Comment se fait la gestion des CTA? (Gestion du stock physique : évaluation des besoins, réception, stockage, distribution; rapportage)

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

Quels sont les critères sur lesquels se base le niveau supérieur dans votre dotation ?

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

Quels sont les critères utilisés par le niveau régional pour doter les districts ?

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

3-Quelles sont les difficultés liées au circuit de dotation et de la gestion des CTA ?
(fréquence, promptitude et régularité des dotations, rapports entre besoins estimés et quantités dotées, existences de fournisseurs répondant par exemples à des besoins d'urgence, existence d'espace suffisant pour les entrepôts etc...)

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

Comment pouvez-vous expliquer les ruptures de CTA auprès des ASC ?

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

Les acteurs impliqués jouent-ils efficacement leurs rôles dans la gestion des approvisionnements ?

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

Disposez-vous d'un dépôt de stock de médicaments ?

.....
.....

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

Disposez-vous de fiche de stock ?.....

Ces fiches sont-elles remplies régulièrement ? (à vérifier).....

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

Disposez-vous des PV de réception d'intrants ? (à vérifier).....

Faites –vous d'inventaire périodique ? A quelle fréquence ?.....

Avez-vous des PV d'inventaires ? (vérifier la régularité de ces PV sur 3mois ou 3 périodes).....

.....
.....

4. Quelles sont vos suggestions pour l'organisation des services afin d'améliorer l'approvisionnement et la gestion des CTA pour une disponibilité constante auprès des ASC ?

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

RESUME

Objectif : Connaitre les causes profondes de la rupture des CTA-TDR dans le cadre de la PEC communautaire du paludisme en évaluant la gestion des approvisionnements et des stocks dans cette intervention.

Méthode : Les échantillonnages par quota et par choix raisonné sont utilisés au cours de ce travail avec 37 ASC dans une approche quantitative associée à celle qualitative qui a utilisé un guide d'entretien et de l'observation participante.

Résultats : Les données recueillies révèlent un manque de rigueur dans la gestion de la logistique. En effet, aussi bien chez le point focal préfectoral que chez 21,6% des ASC enquêtés, les fiches de stock ne sont pas disponibles. Parmi ceux qui en possèdent, à peine la moitié (51,7%) les remplit régulièrement mais avec une qualité qui ne permet pas l'exploitation des données pour incomplétude ou incohérence. Les paramètres de gestion sont tout aussi bien maîtrisés. Ainsi 51,5% des ASC n'ont aucune notion de la CMM. Devant ces négligences, aucune contrainte n'est faite sur les acteurs de la part du niveau supérieur. Quant à l'estimation des besoins, elle est faite, non pas par la base (ASC et point focal) mais par le niveau central aboutissant à une dotation qui perpétue des erreurs de quantification.

Le long circuit d'approvisionnement associé à l'absence d'une ligne budgétaire pour le transport des intrants n'encouragent pas les acteurs à chercher les intrants. Par ailleurs des données extra-logistiques ont pu être identifiées et concernent la qualité du travail des ASC qui sont qualifiés de « dévorateurs de CTA » et le niveau supérieur qui est soupçonné de « conscient dans sa dotation en quantité dérisoire » afin d'éviter la diminution des recettes des formations sanitaires.

Conclusion: Des facteurs logistiques et extra-logistiques permettent d'expliquer les récurrences de rupture de stock constatées. Pour résoudre le problème, des suggestions ont été faites et se résument à la mise en place et l'entretien d'un système logistique fonctionnel dans un sens du bas vers le haut (bottom up) et non comme le « top down » tel que pratiqué actuellement.

Summary

Goal: Know the deep causes of breaking of artemisinin-based combination therapy and rapid diagnostic test (ACT-RDT) in the context of the community's health care of malaria by studying the management of the supplying chain.

Method: The sampling per quota and per reasoned choice are used during the research with thirty seven (37) community health agent in quantitative approach joined with the qualitative ones, which has used discussion guide and participating observation.

Result: The collected data reveal deficiency of rigor in the logistics management. As well as for the prefectural focal point and near 21, 6% of the community health agent investigated, the stock sheet is not available. Hardly, among those who have it, even half of them (51,7%) fill the stock sheet regularly in; but with negligence which does not allowed the use of the data. The management parameters' are bad mastered. Thus, 51,5% of the community health agent know nothing about monthly medium consumption (CMM). In front of these shortcomings, there is any constraint on the actors from the superior level. As far as the estimation needs is concerned, it is done not, by the community health agent and the focal point but by the central level. Thus leads to the endowment perpetuate shortcoming of quantification's. The complexity of the supply chain and the lack of budget for the transport discourage actors to look for input. Moreover, extra-logistics data have been identified and concern the quality of the community health agent work, who are qualified as "Devouring" of the artemisinin-based combination therapy (ACT) and the superior level which is suspected to be "aware" of the few quantity in the endowment in order to avoid the receipts' diminution of the health centers.

Conclusion: Logistics facts and extra logistics facts allow to explain the current' breaking of stock known. To solve the problem, suggestions have been made such as: the setting of logistics functional system up from the bottom to the up.

TABLE DES MATIÈRES

Page de garde.....	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTES DES GRAPHIQUES	vi
LISTE DES FIGURES.....	vi
.....	1
INTRODUCTION GENERALE.....	1
➤ Contexte de l'étude	2
➤ Problématique	3
➤ Objectif général de l'étude.....	5
➤ Objectifs spécifiques.....	5
➤ Méthodologie sommaire	5
➤ Intérêt de l'étude pour le ministère de la santé et les ASC.....	5
➤ Pour nous-mêmes.....	6
➤ Pour le CESAG	6
➤ Plan de l'étude.....	7
PREMIÈRE PARTIE :	8
POLITIQUE D'APPROVISIONNEMENTS EN MEDICAMENTS, MÉTHODOLOGIE ET CADRE PHYSIQUE DE L'ETUDE	8
CHAPITRE PREMIER : Approches d'approvisionnement et gestion des stocks dans les organisations	9
I.1 Généralités et enjeux d'une politique d'approvisionnement	9
➤ L'évaluation.....	9
➤ Approvisionnement	9
➤ Stock	9
➤ Rupture	10
I.2.-Méthodes et outils de la gestion des approvisionnements et des stocks ..	10
I.2.1-Méthodes de gestion des approvisionnements	10

I.2.1.1-Notion de stock moyen.....	11
I.2.1.1.1-Définition	11
I.2.1.1.2-Mode de calcul	12
I.2.1.1.2.1- Méthode prévisionnelle.....	12
I.2.1.1.2.2-Méthode comptable.....	13
I.2.1.2-Notion de stock d'alerte	13
I.2.1.2.1-Le stock minimum	14
I.2.2-Les coûts de gestion des approvisionnements et des stocks	14
I.2.2.1-Le coût de possession.....	14
I.2.2.2-Le coût de passation d'une commande	15
I.2.2.3-Le coût total d'approvisionnement	15
I.2.2.4-Le coût de rupture (ou coût de pénurie).....	15
I.2.3-La gestion économique des stocks	15
I.2.4-Quelques outils de gestion des stocks de médicaments	17
I.2.4.1-La fiche de stock	17
I.2.4.2-La fiche d'inventaire	18
I.2.4.3- Le bon de commande	18
I.2.4.4-Le bon de livraison.....	18
I.2.4.5- Le Procès-verbal (PV) de réception.....	19
I.3-Les causes des ruptures de stocks.....	19
I.3.1-Ruptures de stocks et processus de gestion des stocks et des approvisionnements	19
I.3.2-Rupture de stocks et financement des achats de médicaments	21
I.4- Processus d'approvisionnement en médicaments	22
I.4.1- La sélection.....	23
I.4.2- La quantification.....	23
I.4.2.1-La méthode basée sur la consommation	24
I.4.2.2-La méthode basée sur la morbidité	26
I.4.3-L'acquisition.....	28
I.4.3.1-Choix des fournisseurs	28
I.4.3.1.1-Appel d'offre ouvert	28

I.4.3.1.2-Appel d’offre restreint.....	28
I.4.3.1.3-Négociation par mise en concurrence.....	29
I.4.3.1.4-Achat direct.....	29
I.4.3.2-La passation de la commande.....	29
I.4.3.3-La réception et le contrôle qualitatif et quantitatif.....	29
I.4.3.4-Règlement de la facture.....	30
I.4.4-La distribution.....	30
I.4.5-L’utilisation.....	30
CHAPITRE II : Méthodologie et présentation du district sanitaire de Doufelgou.....	31
II.1- Méthodologie de l’étude.....	31
II.1.1-Type de l’étude.....	31
II.1.2-Population de l’étude.....	31
II.1.3-Echantillon.....	32
II.1.4-Méthodes et outils de collecte des données.....	32
II.1.5-Analyse et traitement des données.....	33
II.1.6-Difficultés et limites.....	33
II-2-Cadre physique de l’étude.....	34
II.2.1-Situation géographique du district sanitaire de Doufelgou.....	34
II.2.2-Aspects sociodémographique et économique.....	34
II.2.2.1-Données sociodémographiques.....	34
II.2.2.2-Données économiques.....	35
II.2.3-Offre de service de santé.....	35
II.2.3.1-Offres en infrastructures sanitaires.....	35
II.2.3.2-Offres en ressources humaines.....	35
II.2.4-Présentation de la PEC communautaire du paludisme.....	36
II.2.4.1-Justification de la PEC communautaire du paludisme dans Doufelgou.....	36
II.2.4.2-Logique d’intervention de la PEC communautaire du paludisme.....	36
II.2.4.3-Circuit d’approvisionnement des ASC.....	39
DEUXIÈME PARTIE :.....	40

PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES, INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET SUGGESTIONS	40
CHAPITRE III : Analyse de la gestion des stocks et des approvisionnements des ASC dans le district sanitaire de Doufelgou	41
III.1. Analyse de la disponibilité des intrants	41
III.1.1- Analyse de l'état de la rupture	41
III.1.2-Analyse des produits en rupture	41
III.1.3- Analyse de la durée de rupture	42
III.2- Gestion des stocks et outils de gestion	43
III.2.1- Analyse de l'existence d'une fiche de consommation	43
III.2.2- Analyse du remplissage des fiches de consommation.....	44
III.2.3-Analyse de l'existence des fiches de stocks	44
III.2.4-Analyse du remplissage des fiches de stocks	45
III.2.5-Analyse des motifs de non remplissage des fiches de stocks.....	45
III.2.6- Analyse de la réalisation des inventaires.....	46
III.2.7- Analyse de l'existence de PV d'inventaire.....	46
III.3 Analyse du circuit d'approvisionnement des ASC en CTA	47
III.3.1 Analyse du circuit d'approvisionnement	47
III.3 .2 Analyse de la périodicité de l'approvisionnement et sa régularité..	48
III.3.2.1- Analyse de la périodicité des approvisionnements	48
III.3.2.2- Analyse du respect de la périodicité des approvisionnements ...	49
III.3.3-Analyse de la conformité des commandes à la réception au niveau de l'ASC.....	49
III.4-Analyse de la gestion des ravitaillements.....	50
III.4.1-Analyse des critères de ravitaillement.....	50
III.4.2-Analyse des méthodes de calcul des quantités de réapprovisionnement.....	51
III.4.3- Analyse de la maîtrise du calcul de la CMM	52
III.5-Analyse du circuit de rapportage	53
III.6-Analyse du niveau d'instruction des ASC	54
CHAPITRE IV : Synthèses des analyses et recommandations	55

IV.1-Présentation des forces et faiblesses du système d’approvisionnement et de gestion des CTA	55
IV.1.1- Circuit d’approvisionnement.....	55
IV.1.2-Paramètres de ravitaillement	57
IV.1.3- Outils de gestion des stocks.....	58
IV.1.4-Circuit de rapportage.....	61
IV.1.5- Les facteurs extra-logistiques	61
IV.2- Recommandations	62
CONCLUSION GENERALE	64
BIBLIOGRAPHIE	66
ANNEXES	69
RESUME.....	76
Summary.....	77
TABLE DES MATIÈRES	78