

XVème Promotion d'Economie de la Santé



MEMOIRE DE RECHERCHE

**DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES EN ECONOMIE DE LA SANTE
(DESS-ES)**

**Evaluation de la performance d'une centrale d'achat : Cas de la
Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels Génériques et de
Consommables Médicaux (CAMEG) du Burkina Faso de 2008 à
2011**

Présenté par :

Dr Azèta ZALLE

Sous la Direction de :

Dr Amani KOFFI

Economiste de la santé

Directeur de l'Institut Supérieur de la

Santé / CESAG

DEDICACES

« O Eternel !tu es mon Dieu ; je t'exalterai, je célébrerai ton nom, car tu as fait des choses merveilleuses ; tes desseins conçus à l'avance se sont fidèlement accomplis » Esaïe 25 -1. Tu as été un refuge pour moi dans la détresse, un abri contre la tempête et un ombrage contre la chaleur. Reçois toute ma reconnaissance et toute la gloire pour le siècle des siècles.

Je dédie ce travail à :

Mon père,

Je ne pourrais trouver d'expression pour te remercier pour tout ton soutien constant et tes talents d'éducateur et de communicateur plein d'initiatives constructives

A ma mère,

Que ce travail soit pour toi le témoignage de ma reconnaissance et de tes multiples sacrifices

A mes frères et sœurs

A force de courage et de persévérance, j'achève un travail qui est aussi le vôtre. Merci pour votre soutien et votre amour

REMERCIEMENTS

Ce document est le fruit de plusieurs contributions. J'adresse mes sincères remerciements à tous ceux ou celles qui, d'une manière ou d'une autre m'ont aidé à son élaboration.

Particulièrement :

Au **Docteur Amani KOFFI**, Directeur de l'Institut Supérieur de Management de la Santé, notre Encadreur de mémoire qui a bien voulu diriger nos travaux de recherche nonobstant ses multiples occupations. Au-delà des relations académiques qui nous lient, vous avez été pour nous un véritable maître, disponible et vous nous avez fait profiter de votre riche expérience qui a été essentielle à la réalisation de ce travail

A Monsieur **Seydou COULIBALY**, contrôleur de gestion de la CAMEG, pour m'avoir acceptée en stage dans la structure et aussi pour m'avoir accueillie dans son service. Qu'il trouve ici mes sentiments de gratitude et de reconnaissance.

Aux Responsables des directions opérationnelles de la CAMEG et leur personnel qui ont bien voulu me consacrer une partie de leur temps pour mes entretiens et questions.

Mentions spéciales aux occupants du bureau ovale (M. **Dieudonné YOUNGBARE**, Mlle **Bintou TIENDREBEOGO**, M. **Tasséré BELEMSIGRI**)

A Monsieur **Marc Arthur OUEDRAOGO** pour votre précieuse aide dans la collecte des données nécessaires pour la rédaction du mémoire. Soyez béni.

Nous voudrions également remercier tous les stagiaires de la XVème promotion des économistes de la santé du CESAG, l'année fut très enrichissante pour nous.

Pour terminer, merci à tous ceux qui ont contribué d'une manière, ou d'une autre, à la réalisation de ce travail et dont nous avons manqué de mentionner les noms.

SIGLES ET ABREVIATIONS

CAMEG : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et Consommables médicaux

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

CNS : Comptes Nationaux de la Santé

DNS : Dépense Nationale de Santé

DRD : Dépôts Répartiteurs de Districts

DGPML : Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires

FOB : Free On Board

IEC/CCC : Information, Education, Communication/ Communication pour le Changement de Comportement

IST : Infection Sexuellement Transmissible

GMC : Générique le Moins Cher

LNSP : Laboratoire Nationale de Santé Publique

MEG : Médicament Essentiel Générique

OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OEIL : Outil d'Evaluation des Indicateurs Logistiques

OESL : Outil d'Evaluation du Système Logistique

PNS : Politique Nationale de Santé

PPN : Politique Pharmaceutique Nationale

SIDA : Syndrome Immuno Déficience Acquisse

SIGL : Système d'Information de Gestion Logistique

TPM+: Tuberculose Microscopique Positive

USAID: United States Agency for International Development

UEMOA : Union Economique Monétaire Ouest Africaine

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

WHO: World Health Organization

LISTE DES FIGURES

FIGURE N°1 : CARTE DES 13 REGIONS DU BURKINA FASO.....	8
FIGURE N°2: ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE DU BURKINA FASO.....	11
FIGURE N°3 : ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE LA CAMEG.....	21
FIGURE N° 4 : CYCLE LOGISTIQUE (SOURCE USAID PROJET DELIVER, 2007).....	25
FIGURE N°5 : CADRE DE MESURE DE LA PERFORMANCE DE LA CHAINE D'APPROVISIONNEMENT.....	31
FIGURE N°6 : COURBE D'EVOLUTION DU RATIO DE RUPTURE DES MEDICAMENTS.....	44
FIGURE N°7: COURBE D'EVOLUTION DU RATION TECHNIQUE D'ACHAT.....	46
FIGURE N°8 : COURBE D'EVOLUTION DU RATIO PRIX D'ACHAT DES MEDICAMENTS.....	47
FIGURE N°9 : COURBE D'EVOLUTION DU RATIO DES PRODUITS PERIMES ET AVARIES.....	49
FIGURE N°10 : COURBE D'EVOLUTION DU TAUX DE VARIATION DU CHIFFRE D'AFFAIRE.....	51
FIGURE N°11 : PERFORMANCE EN NOMBRE DE JOURS DE CREANCES CLIENTS ET DE DETTES	
Fournisseurs.....	53

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU N°I : EXEMPLES D'INDICATEURS SELON LES ACTIVITES	29
TABLEAU N°II : TAUX DE RUPTURE DES 45 MEG TRACEURS	42
TABLEAU N°III :LISTE DES PRODUITS CIBLES EN RUPTURE EN 2011	43
TABLEAU N °IV : RATIO TECHNIQUE D'ACHAT	45
TABLEAU N°V : RATIO PRIX D'ACHAT DE 2008 A 2011.....	47
TABLEAU N°VI : RATIO DES PRODUITS PERIMES ET AVARIES DE 2008 A 2011	48
TABLEAU N°VII : EVOLUTION DU CHIFFRE D'AFFAIRE.....	50
Tableau n°VIII : Taux d'endettement de la CAMEG.....	52

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	I
REMERCIEMENTS.....	II
SIGLES ET ABREVIATIONS	III
LISTE DES FIGURES.....	V
LISTE DES TABLEAUX	VI
RESUME.....	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	3
<i>HYPOTHESES DE RECHERCHE</i>	4
CHAPITRE I : CADRE DE L'ETUDE	7
1.1. PRESENTATION DU BURKINA FASO	7
1.1.1. <i>La situation géographique du Burkina Faso</i>	7
1.1.2. <i>L'organisation administrative du Burkina Faso</i>	7
1.1.3. <i>La population du Burkina Faso</i>	8
1.1.4. <i>L'économie du Burkina Faso</i>	9
1.1.5. <i>L'organisation du système de santé</i>	9
1.1.6. <i>L'organisation du secteur pharmaceutique</i>	12
1.1.7. <i>Le contexte sanitaire</i>	14
1.2. PRESENTATION DE LA CAMEG1	16
1.2.1. <i>L'historique</i>	16
1.2.2. <i>La forme juridique</i>	17
1.2.3. <i>Les objectifs</i>	18

1.2.4. Le contrôle de la qualité.....	18
1.2.5. L'organisation	20
1.2.6. La distribution	21
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE	22
2.1. NOTION DE LA PERFORMANCE.....	22
2.2. NOTIONS SUR LES CENTRALES D'ACHAT DES MEDICAMENTS	24
2.3. L'EVALUATION DE LA PERFORMANCE DES CENTRALES D'ACHAT ET DE DISTRIBUTION DE MEDICAMENTS...	27
2.3.1. L'évaluation par examination des Caractéristiques Idéales de Chaine D'approvisionnement.....	27
2.3.2. L'évaluation de la Performance par analyse des différentes fonctions de la chaine d'approvisionnement	28
2.3.3. L'évaluation par un tableau de bord.....	30
2.3.4. L'évaluation de la performance par d'autres modèles.....	32
CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE L'ETUDE	36
3.1. LE CADRE DE L'ETUDE	36
3.2. LE TYPE D'ETUDE	37
3.3. LA COLLECTE DES DONNEES	37
3.4. LE CHOIX DE LA METHODE.....	37
3.5. L'ANALYSE	38
3.6. LES INDICATEURS DE PERFORMANCE DANS NOTRE ETUDE.....	38
3.6.1. La disponibilité des médicaments	38
3.6.2. L'efficacité des achats	38
3.6.3. La gestion du stock.....	39
3.6.4. Le développement de la structure.....	39
3.7. DEFINITION DES VARIABLES DANS NOTRE ETUDE	39
3.8. L'INTERET DE L'ETUDE	40
3.9. LES LIMITES DE L'ETUDE	41
CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS.....	41

**Evaluation de la performance d'une centrale d'achat : cas de la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels
Génériques et de Consommables Médicaux (CAMEG) du Burkina Faso**

4.1. SUR LA DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS	42
4.2. L'EFFICACITE DES ACHATS	45
4.2.1. <i>Ratio technique d'achat</i>	45
4.2.2. <i>Ratio prix d'achat</i>	46
4.3. LA GESTION DU STOCK.....	48
4.4. LE DEVELOPPEMENT DE LA STRUCTURE	50
4.4.1. <i>L'évolution du chiffre d'affaires</i>	50
4.4.2. <i>Le taux d'endettement sur fonds propres</i>	52
4.4.3. <i>Nombre de jours créances clients/nombre de jours dettes fournisseurs</i>	53
CHAPITRE V : DISCUSSION	55
RECOMMANDATIONS.....	58
CONCLUSION.....	59
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE	60
ANNEXES.....	I

RESUME

La présente étude se propose d'évaluer la performance de la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels Génériques et Consommables Médicaux du Burkina Faso.

L'analyse s'appuie sur des données secondaires collectées au sein de la structure. La méthodologie utilisée pour atteindre cet objectif dans le cadre de notre étude, est une analyse des activités de la chaîne logistique telles que celles relatives à l'acquisition et à la gestion du stock et des indicateurs financiers et ceci à travers des indicateurs regroupés en fonction de la disponibilité, des achats, de la gestion de stock et de la performance financière.

Les résultats montrent une baisse progressive de la disponibilité des médicaments de 2008 à 2011. Le taux de rupture est passé de 0.56% en 2008 à 0.74%, 1.11% et 4.63% respectivement en 2009, 2010 et 2011. Les politiques d'acquisition ont permis d'avoir les médicaments à moindre coût pour la population. Le ratio technique d'achat était supérieur à 80% durant notre étude (94.82%, 97.33%, 93.35% et 98.29% respectivement en 2008, 2009, 2010 et 2011). Elle enregistre aussi un ratio prix d'achat des médicaments inférieur à 1 (79.84%, 68.64%, 59.33%, 58.34% respectivement en 2008, 2009, 2010 et 2011) donc les prix d'achat de ses médicaments sont inférieurs aux prix de référence internationale. De plus, elle assure son activité de gestion de stock avec moins de 3% de perte pour cause de péremption et avarie avec un ratio de produits périmés et avariés allant de 2.3% en 2008 à 2.83%, 2.27% et 2.88% respectivement en 2009, 2010 et 2011. Le chiffre d'affaires a été en croissance continue. Elle arrive aussi à recouvrer ses créances auprès de ses clients à temps pour régler ses dettes fournisseurs et dispose de ressources propres pour financer ses activités.

L'étude conclut en faveur d'un certain nombre de recommandations que sont, entre autres, le respect des délais de livraison des commandes par les différents fournisseurs, le renforcement de la logistique surtout en ce qui concerne les bons de commande des structures de santé, une norme décroissante d'année en année pour ce qui est du ratio de produits périmés et avariés pour une baisse des pertes dues aux avariés et périmés donc une réduction du gaspillage

Mots clé : médicaments essentiels génériques, centrales d'approvisionnement national, performance

ABSTRACT

This study aims to assess the performance of the Central purchasing generic essential drugs and medical consumables from Burkina Faso.

The analysis is based on secondary data collected within the structure. The methodology used to achieve this in the context of our study is an analysis of the activities of the logistics chain such as those relating to the acquisition and management of the stock and financial indicators and this through indicators grouped according availability, purchasing, inventory management and financial performance.

The results show a gradual decline in the availability of drugs from 2008 to 2011. The rupture rate increased from 0.56% in 2008 to 0.74%, 1.11% and 4.63% respectively in 2009, 2010 and 2011. Acquisition policies allowed to have drugs for the population at a lower cost. The technical ratio purchase was over 80% in our study (94.82%, 97.33%, 93.35% and 98.29% respectively in 2008, 2009, 2010 and 2011). Also, she recorded a purchase price ratio of drugs below 1 (79.84%, 68.64%, 59.33%, 58.34% respectively in 2008, 2009, 2010 and 2011) so the price to purchase its drugs are inferior to international reference price. Moreover, it ensures its management of stock with less than 3% loss through expiry and damaged with a ratio of expired and damaged products ranging from 2.3% in 2008 to 2.83%, 2.27% and 2.88% respectively in 2009 2010 and 2011 turnover has been growing continuously. She also happens to cover its debts from its customers in time to pay its debts and suppliers and its own resources to finance its activities.

The study concludes in favor of a number of recommendations that are among others an on-time delivery of orders from different suppliers, strengthening logistics especially regarding purchase orders from health structures , a decreasing from year to year standard in terms of the ratio of expired and damaged products for lower losses due to spoilage and expired therefore less waste.

Key words: generic essential drugs, national chains of supply, performance

INTRODUCTION

Les médicaments essentiels sont ceux qui répondent aux besoins de soins de santé prioritaires de la population. Ils sont sélectionnés en tenant compte du bien-fondé de la santé publique, des faits sur l'efficacité et l'innocuité et du rapport coût- efficacité. Ils doivent donc être disponibles dans le cadre des systèmes de santé opérationnels à tout moment et en quantités suffisantes, dans des formes posologiques appropriées, de qualité garantie et portant l'information adéquate et à un prix à la portée de l'individu et de la communauté (Radoli, 2009).

C'est pourquoi, la stratégie de l'OMS dans le domaine pharmaceutique est d' « aider à sauver des vies et à améliorer la santé en comblant l'immense fossé entre le potentiel qu'offrent les médicaments et la réalité pour des millions de personnes à savoir des médicaments inaccessibles, d'un coût inabordable, dangereux ou mal utilisés » (OMS,2004).

Or l'accès aux médicaments essentiels demeure l'un des principaux problèmes de santé publique au niveau mondial et bien que d'importants progrès aient été accomplis dans le domaine des produits pharmaceutiques depuis l'introduction de la notion-même de médicaments essentiels, toutes les populations n'ont pas profité, de la même façon, des améliorations apportées dans la prestation des services de santé, ni de traitements efficaces, à bas prix, par les médicaments essentiels. On estime qu'un tiers de la population mondiale n'a pas accès régulièrement aux médicaments essentiels et ce chiffre dépasse 50 % dans les régions les plus pauvres de l'Afrique et de l'Asie (OMS, 2004).

En 2001, au Burkina Faso, seulement 30 % de la population ont eu accès aux médicaments essentiels (CADSS, 2001).

Mais l'étude menée en 2010 pour estimer les prix, la disponibilité, l'accessibilité financière et les composantes des prix des médicaments au Burkina Faso, confirme que la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) basée sur la promotion des Médicaments Essentiels Génériques (MEG) avec une administration de leurs prix dans le secteur public et leur introduction dans le secteur privé commercial, a permis une amélioration significative de l'accessibilité financière des médicaments aux populations. Dans le secteur public, la disponibilité du médicament générique était de 73%.

Cette étude alerte également sur la faiblesse de l'accessibilité des populations aux médicaments au niveau hospitalier due à la mauvaise disponibilité de leurs équivalents Générique le Moins Cher (GMC) dans les centres hospitaliers publics et à leur coût trop élevé dans les officines pharmaceutiques.

Tout cela nous interpelle alors sur le fait qu'au Burkina Faso, l'accessibilité des médicaments essentiels génériques n'est pas parfaite pour toute la population.

Or, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'amélioration de l'accès aux médicaments et aux vaccins existants pourrait sauver quelques dix (10) millions de vies par an. L'accès aux médicaments reste l'une des principales causes de mauvais résultats pour la santé et se répercute sur les capacités des pays à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) (OMS 2004).

En effet, la plupart des principales causes de décès et d'invalidité dans les pays en développement peuvent être prévenues, traitées ou au moins atténuées avec des médicaments essentiels. Le VIH / sida tue encore environ deux (02) millions de personnes par an, à cause du manque de médicaments pour traiter les infections opportunistes et si toutes les personnes vivant avec le VIH/sida qui ont besoin d'un traitement en bénéficieraient effectivement d'ici à 2015, plus de sept (07) millions de morts et douze (12) millions de nouvelles infections pourraient être évitées d'ici à 2020. Les infections respiratoires, qui représentent plus de 4,25 millions de décès en 2004, sont habituellement guéries facilement avec des antibiotiques oraux peu coûteux. Les maladies diarrhéiques, une première cause de mortalité infantile, peuvent être traitées à la maison avec une solution orale de réhydratation et l'utilisation sélective des médicaments antimicrobiens (WHO, 2008a ; WHO, 2008b).

Mais, si de nombreux facteurs agissent sur l'accès aux médicaments, les capacités des chaînes d'approvisionnement nationales à dresser des prévisions, passer des marchés et fournir des médicaments essentiels et autres fournitures de santé, restent une contrainte essentielle. (Dowling Paul, 2011).

Les gouvernements du monde entier, dans le but d'avoir donc une population en bonne santé, veillent à ce que les chaînes d'approvisionnement des médicaments essentiels génériques soient efficaces et efficaces pour l'amélioration des soins de santé (Oluka et al, 2010).

De plus, l'étude sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement des contraceptifs en 2012, montre que l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement permet de rehausser la qualité de soins et de soutenir le choix des méthodes tout en limitant les ruptures de stock de contraceptifs et d'équipements associés. C'est ainsi qu'au Rwanda, cette amélioration a contribué au recul des pénuries avec un taux de rupture des implants passant de 37% en 2004 à 8% en 2006 puis à 3% en 2011 (USAID, 2011).

Karim et al (2008) font ressortir de l'analyse des données logistiques de la planification familiale fournies par 11 pays (Nigéria, Mali, Ouganda, Ghana, Rwanda, Paraguay, Bolivie, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Bangladesh) qu'une forte relation existe entre la disponibilité des produits et la performance du système logistique.

Au regard l'impact de la performance des chaînes d'approvisionnement sur la disponibilité des médicaments essentiels génériques et de l'importance de cette disponibilité sur l'amélioration de la santé des populations, il est judicieux d'évaluer la performance des structures en charges de ces chaînes d'approvisionnement.

Au Burkina Faso, c'est sur la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et Consommables Médicaux (CAMEG) que repose la responsabilité de l'approvisionnement des médicaments dans le secteur public.

D'où notre choix d'évaluer cette centrale en ce qui concerne sa performance. Nous nous proposons dans cette étude, d'évaluer sa capacité à dresser des prévisions, passer des marchés et fournir des médicaments essentiels.

L'étude s'articulera autour de deux parties : une première partie consacrée au cadre conceptuel et une deuxième partie au cadre opérationnel.

OBJECTIFS DE RECHERCHE

❖ Objectif Général

Evaluer la performance de la CAMEG de 2008 à 2011.

❖ **Objectifs Spécifiques :**

Suivre l'évolution et la disponibilité des médicaments de la CAMEG.

Evaluer les activités d'acquisition et de gestion du stock de la chaîne d'approvisionnement de la CAMEG.

Apprécier le développement financier de la CAMEG.

HYPOTHESES DE RECHERCHE

H1 : les taux de rupture de médicaments sont de plus en plus décroissants.

H2 : les indicateurs d'acquisition des médicaments essentiels sont conformes par rapport aux normes fixées pour la CAMEG.

H3 : l'indicateur de la gestion du stock est décroissant pour la CAMEG.

H4 : la CAMEG augmente son chiffre d'affaires.

H5 : la CAMEG arrive à rembourser ses fournisseurs.

PREMIERE PARTIE : CADRE

THEORIQUE

La première partie de notre travail servira à présenter un cadre d'analyse et à généraliser les relations théoriques déjà prouvées. Elle permet de clarifier les concepts utilisés dans l'étude. Elle comporte deux chapitres. Un premier chapitre porte sur une présentation du contexte général et sanitaire du Burkina Faso ainsi qu'une présentation de son système de santé et pharmaceutique suivi d'une présentation de la CAMEG. Le deuxième chapitre de notre étude porte sur la revue de la littérature où une synthèse des grandes dimensions théoriques en rapport avec l'évaluation de la performance des centrales d'achat de médicaments est présentée.

CHAPITRE I : CADRE DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, il est question d'une présentation du Burkina Faso suivi d'une présentation de la CAMEG.

1.1. PRESENTATION DU BURKINA FASO

La présentation du Burkina Faso se fera à partir de la présentation des composantes telles que la géographie, l'organisation administrative, la population, le système de santé, l'économie, etc.

1.1.1. La situation géographique du Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays enclavé de l'Afrique de l'ouest ayant une superficie de 274 200 km². Il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger et au sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. Le Burkina a un réseau hydrographique assez important, surtout dans sa partie méridionale. Les cours d'eau se rattachent à trois principaux bassins : les bassins de la Volta (le Mouhoun, le Nakambé et le Nazinon), de la Comoé et du Niger. Le Mouhoun est le seul fleuve permanent du pays avec la Comoé qui coule au sud-ouest. Le climat tropical est de type soudano-sahélien caractérisé par des variations pluviométriques considérables allant d'une moyenne de 350 mm au Nord à plus de 1 000 mm au Sud-ouest avec deux saisons très contrastées : la saison des pluies avec des précipitations comprises entre 300 mm et 1 200 mm et la saison sèche durant laquelle, souffle l'harmattan, un vent chaud et sec, originaire du Sahara. La saison des pluies dure environ 4 mois, entre mai-juin et septembre, sa durée est plus courte au nord du pays (DGMPL, 2010).

1.1.2. L'organisation administrative du Burkina Faso

Le pays est organisé en collectivités territoriales que sont les régions et les communes. Il compte ainsi en 2009 treize (13) régions administratives, 49 communes urbaines, 303 communes rurales et près de 9 000 villages. Le pays s'est engagé depuis plus d'une décennie dans un processus de décentralisation qui s'est davantage consolidé avec la communalisation intégrale mise en œuvre en 2006. Cette décentralisation s'est traduite par l'organisation du

pays en collectivités territoriales accompagnée d'une déconcentration de l'Administration. La subdivision administrative donne par ordre successif : la région, la province, la commune (rurale ou urbaine), le secteur de commune et le village. Ainsi, le territoire national est organisé en 13 régions, 45 provinces, 351 communes dont 302 communes rurales et 49 communes urbaines et 8228 villages. Les collectivités territoriales jouissent d'une autonomie d'organisation pour prendre en charge leur développement. (DGMPL, 2010.)

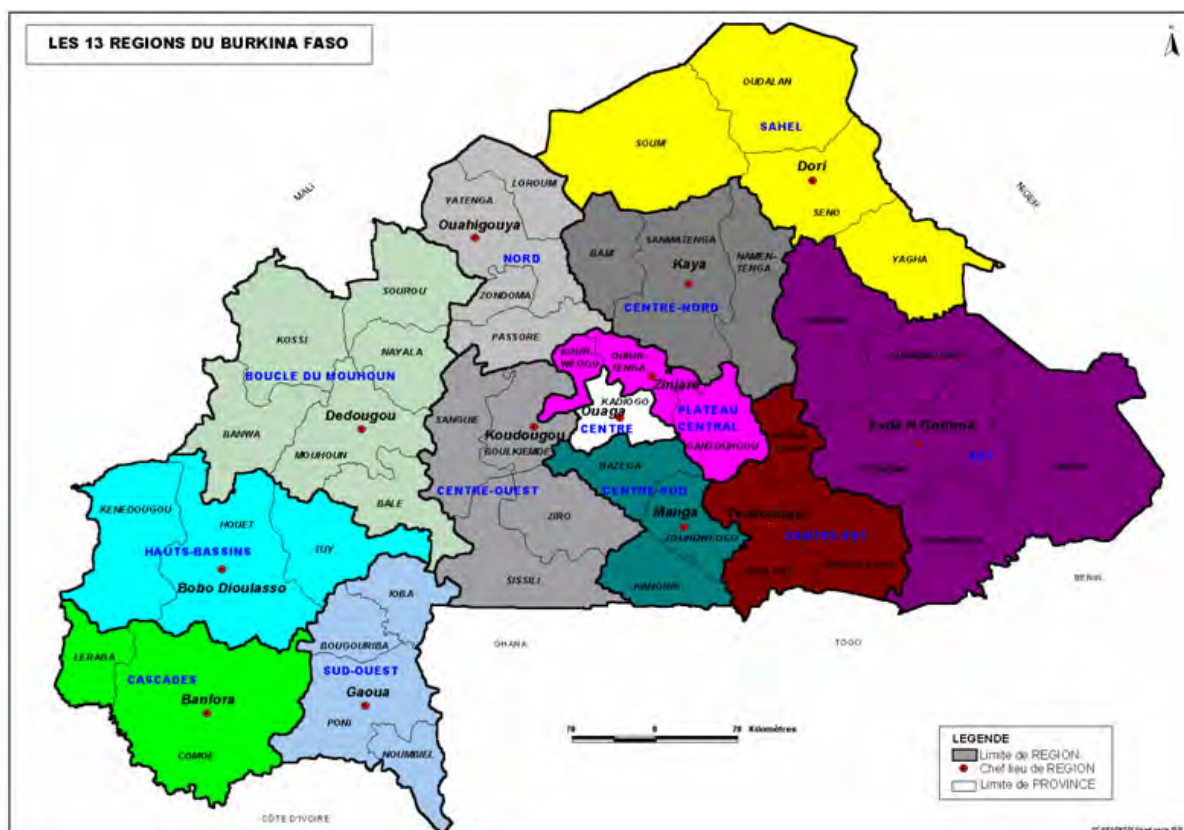


Figure n°1 : Carte des 13 régions du Burkina Faso (source: http://www.burkinafasocotedazur.org/documents/documents/demographie/carte_burkina.jpg)

1.1.3. La population du Burkina Faso

La population est estimée à 16 779 207 habitants en 2012 (Annuaire statistique de la santé, 2012).

Selon la Banque Mondiale, des évolutions positives dans le domaine du développement humain sont à noter : la mortalité infantile a baissé de 81 décès pour 1000 naissances d'enfants en 2003 à 65 décès pour 1000 naissances d'enfants en 2010 mais en 2013 ce taux a

augmenté à 78.3; le taux de mortalité maternelle était de 341 pour 100 000 naissances d'enfants en 2010 contre 484 en 1995.

L'espérance de vie à la naissance était de 57 ans pour les hommes contre 59 pour les femmes en 2013 soit légèrement supérieure à la moyenne régionale de 50 ans.

Le taux brut de scolarisation au primaire est passé de 57% en 2005 à 79,6% en 2012. Le taux d'alphabétisation parmi les jeunes était de 28,7% pour le Burkina Faso en 2010, alors que le taux moyen, pour l'Afrique subsaharienne, est de 70%. L'accès à l'enseignement secondaire est passé d'un taux de 20% en 2005 à 34,9% en 2012 pour le premier cycle.

Au cours de la même période, le taux de scolarisation pour le second cycle s'est accru de 5,6% à 11,3%. La qualité de l'enseignement secondaire reste cependant un sujet de préoccupation.

Il existe plus de 60 langues dont les principales sont : le mooré, le san, le fulfuldé, le gulmancéma, le dagara, le dioula, le bobo, le senoufo et le bissa. On y trouve des musulmans, des chrétiens et des animistes.

1.1.4. L'économie du Burkina Faso

Selon la Banque Mondiale, c'est un pays à faible revenu (660 dollars US par habitant en 2012), aux ressources naturelles limitées. L'économie du Burkina est dépendante de la production agricole, des exportations d'or (dont la production a atteint un niveau record au cours des trois dernières années) et de celles de coton (longtemps le principal produit d'exportation).

Grâce à une bonne gestion économique, le Burkina Faso a maintenu un taux de croissance moyen de plus de 5,5 % par an sur la période 2000-2012, un taux d'inflation de 3% et un déficit budgétaire également de l'ordre de 3%, ce qui est conforme aux critères de convergence de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Le taux de pauvreté au Burkina était estimé à 46% en 2009.

1.1.5. L'organisation du système de santé

➤ L'organisation administrative

Le Ministère de la santé comprend trois (03) niveaux dans sa structuration administrative :

- le niveau central composé des structures centrales et rattachées organisées autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général ;
- le niveau intermédiaire comprend les 13 directions régionales de la santé et
- le niveau périphérique constitué des districts sanitaires qui sont les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé. En 2012, on dénombre 70 districts sanitaires dont 63 opérationnels.

➤ **L'organisation de l'offre de soins**

Les structures publiques de soins sont organisées en trois (03) niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

Le premier niveau correspond au district sanitaire qui comprend deux échelons :

- le premier échelon de soins est le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS). En 2012, on en dénombre 1 495 et
- le deuxième échelon de soins est le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Il est le centre de référence des formations sanitaires du district. En 2012, on compte 44 CMA fonctionnels.

Le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence aux CMA.

Le troisième niveau est constitué par le Centre hospitalier universitaire. Il est le niveau de référence le plus élevé.

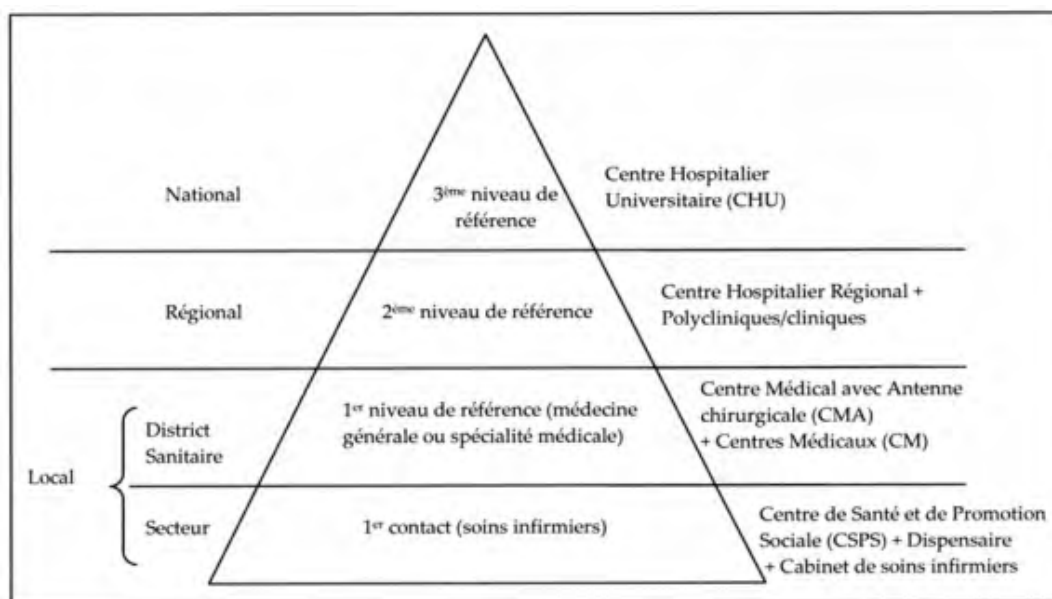


Figure n°2: Organisation du système de santé du Burkina Faso (source <http://tem.revues.org/docannexe/image/874/img-2-small580.jpg>).

A côté des formations sanitaires du Ministère de la santé, il existe d'autres structures publiques de soins telles que les services de santé des armées (SSA), les services de santé de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) qui relèvent respectivement du Ministère chargé de la défense et de celui chargé de la sécurité sociale.

En plus des structures publiques, le Burkina Faso compte des structures privées concentrées dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. En 2012, on dénombre 398 structures privées de soins. L'importance de la médecine traditionnelle est reconnue par la loi n° 23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de santé publique et une direction technique a été créée pour mieux coordonner le sous-secteur traditionnel.

L'organisation du système de santé tel que décrit s'inspire de la Politique Nationale de Santé (PNS) (annuaire statistique, 2012).

Les ressources allouées au secteur de la santé proviennent essentiellement :

- des ressources publiques composées du budget de l'Etat y compris le compte spécial "fonds d'appui au développement du système de santé" et des collectivités territoriales ;

- des ressources privées provenant des ménages et des entreprises privées et
- des ressources extérieures (dons, subventions, emprunts) et remise de dettes.

C'est ainsi que dans le CNS (2009), le secteur privé a le plus contribué dans le financement de la santé par rapport aux autres sources avec 116,02 milliards contre 100,64 milliards de FCFA en 2008 et 86,83 milliards en 2007 soit 39,11% des dépenses totales. Cette prépondérance se justifie notamment par l'importance des dépenses des ménages.

L'État, à travers les fonds publics, a contribué à hauteur de 104,36 milliards contre 68,67 milliards en 2007 et 79,56 milliards FCFA en 2008, soit 35,18% des dépenses totales.

Le reste du monde a contribué à la DNS (Dépense Nationale de Santé) pour 76,29 milliards de FCFA contre 64,5 milliards de FCFA en 2007 et 74,04 milliards de FCFA en 2008 soit 25,72% des dépenses totales.

Dans la distribution des dépenses de santé entre les prestataires, on note que 84,6 milliards de FCFA sont orientés vers les hôpitaux, 74,5 milliards de FCFA vers les détaillants et autres distributeurs de biens médicaux et 66,8 milliards de FCFA vers les prestataires de soins ambulatoires. Ceci représente respectivement 28,25%, 25,11% et 22,51% de la DNS.

1.1.6. L'organisation du secteur pharmaceutique

➤ La Politique pharmaceutique

Le secteur pharmaceutique au Burkina Faso est orienté par une Politique Pharmaceutique Nationale qui se traduit en actions à travers un cadre juridique et institutionnel et un système d'assurance qualité afin de répondre aux objectifs spécifiques suivants :

- garantir la disponibilité des Médicaments essentiels génériques (MEG) dans les structures de distribution et de dispensation du secteur public ;
- développer la distribution des MEG par le secteur privé ;
- développer et réglementer le circuit de distribution des médicaments ;
- renforcer le système d'assurance qualité des médicaments y compris les Médicaments traditionnels améliorés ;
- offrir des médicaments à moindre coût ;

- promouvoir l'usage rationnel des médicaments ;
- améliorer la gestion du secteur pharmaceutique ;
- développer les ressources humaines du secteur pharmaceutique et
- promouvoir la recherche dans le secteur pharmaceutique.

Le Ministère en charge de la santé a assigné à plusieurs de ses entités des responsabilités relatives à la mise en œuvre et à l'application de la réglementation sur les médicaments et autres produits pharmaceutiques.

➤ **Le système national de réglementation pharmaceutique :**

- La Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DGPML) est une structure centrale chargée de la mise en œuvre des politiques en matière de médicaments et de pharmacie, de médecine et de pharmacopée traditionnelles ainsi que de la biologie médicale. Egalement, le décret n°2009- 104/PRES/PM/MS portant l'organisation du Ministère de la santé attribue à la DGPML la prérogative de veiller à l'application des textes réglementaires.

- L'Inspection Technique des Services de Santé (ITSS) est une structure rattachée au cabinet du Ministre, est chargée de l'inspection.

- Le Centre de Documentation et d'Information sur le Médicament (CEDIM) est le centre national chargé de l'information scientifique sur le médicament et la documentation.

- Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) est chargé entre autres du contrôle de la qualité des médicaments et autres produits pharmaceutiques.

➤ **L'approvisionnement et la distribution**

L'approvisionnement en produits pharmaceutiques du Burkina Faso dépend essentiellement des importations car la production locale des médicaments reste très faible et concerne uniquement des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle.

Quant au circuit de distribution, il est relativement bien développé aussi bien au niveau du secteur public que privé.

La CAMEG est le principal fournisseur public auquel s'ajoutent, selon les marchés, des grossistes privés, voire des officines pharmaceutiques.

Le secteur privé caractérisé par un réseau privé de distribution pharmaceutique, comptait en 2009, huit (08) établissements pharmaceutiques de distribution en gros, 166 officines et environ 550 dépôts pharmaceutiques. Notons l'iniquité dans la répartition géographique des officines privées (concentrées à 84% dans les zones urbaines de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso), ce qui entraîne des problèmes d'accessibilité, particulièrement aux produits des maladies chroniques, peu disponibles sous forme générique au niveau des formations sanitaires publiques.

Dans le souci de renforcer l'accessibilité financière aux médicaments, les prix des médicaments de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) sous DCI (Dénomination Commune Internationale) fournis par la CAMEG aux structures des secteurs public et privé sont administrés par arrêté conjoint des ministères en charge de la santé et du commerce. Dans le secteur privé, les prix des médicaments fournis par les importateurs sont libéralisés depuis 1994 (DGPML, 2009).

1.1.7. Le contexte sanitaire

Le Burkina Faso est confronté régulièrement à des maladies à potentielle épidémique telles que la méningite, la rougeole, le choléra, la fièvre jaune, etc. Il fait aussi face à certaines maladies dont la charge de morbidité et de mortalité est importante. Il s'agit du paludisme, de la tuberculose, du VIH/SIDA, des diarrhées et des infections respiratoires aiguës.

- La méningite : le pays a enregistré ces 5 dernières années plus de 60 000 cas de méningites. En 2002 et en 2010, l'épidémie a été marquée respectivement par l'apparition de méningocoques de groupe W135 et du groupe X. De 2001 à 2009, la létalité de la méningite a toujours été supérieure à 5%.
- La rougeole : après la conduite de la campagne de vaccination de masse dans l'ensemble du pays en 2001, une réduction importante des cas et de décès a été notée en 2002. Cependant, des foyers épidémiques ont été détectés en 2002, en 2003 et en 2004, survenus essentiellement chez des enfants non vaccinés revenus de l'étranger et des adultes non scolarisés qui constituaient des groupes à risque. Mais en 2009, le

Burkina Faso a connu la plus grande flambée épidémique qui a touché 59 des 63 districts sanitaires avec une létalité de 0,67%.

- Le choléra : depuis la grande épidémie survenue en 2001, principalement dans la région du Centre Est, aucun cas autochtone de cholera n'a été détecté de 2002 à 2004. Mais en 2005, du 12 août au 13 octobre 2005, 1050 cas dont 16 décès ont été enregistrés et depuis lors, aucun cas de choléra n'a été notifié.
- Le paludisme : il demeure la première cause de morbidité et de mortalité au Burkina Faso. En 2009, selon l'annuaire statistique, le paludisme représentait 45,42% des motifs de consultation, 60,6 % des hospitalisations et 58,7 % des causes de décès. Au sein de la population des moins de cinq (05) ans, cette maladie est responsable de 52% des consultations, de 77,8% des hospitalisations et de 65% des décès. En 2009, la létalité du paludisme chez les moins de cinq (05) ans était élevée (3,3%) pour une moyenne nationale de 2,2%.
- La tuberculose : selon le rapport Global TB 2005 de l'OMS, l'incidence estimée est de 71 cas de tuberculose à microscopie positive (TPM+) pour 100 000 habitants et de 163 cas de tuberculose toutes formes pour 100 000 habitants. En 2009, 3061 nouveaux cas de TPM+ ont été dépistés, soit un taux de détection de 21,7%, qui est de loin inférieur au niveau requis de 80% fixé par l'OMS.
- Le VIH/Sida et les IST : dans le cadre de la prévention contre le VIH/Sida et les IST, des activités d'IEC/CCC ont touché environ 75% de la population. La promotion de la sécurité transfusionnelle a permis la collecte sécurisée de 34 199 dons de sang. Dans le cadre de la PTME, le taux de séropositivité chez les femmes vues en PTME a été estimé à 1,5 %. Le nombre de malades (PVVIH) sous traitement ARV a notablement augmenté, passant de 3867 en fin décembre 2004 à 26448 en fin décembre 2009 avec une proportion plus grande chez les adultes (25094) que chez les enfants (1354) soit une hausse de plus de 25 %. Cette prise en charge est assurée dans 82 établissements de santé tant publics, privés que communautaires dans les 13 régions sanitaires.

La nosologie des dix (10) principaux motifs de consultations externes en 2009 dans les districts sanitaires montre que le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les diarrhées sont les principales causes de consultation. Cependant, depuis plus de cinq (05) ans, le paludisme demeure la première cause de consultation au Burkina Faso et aussi l'analyse rétrospective de cette même période montre que les infections respiratoires aiguës, les

diarrhées et les affections de la peau sont présentes régulièrement dans les dix (10) principales causes de consultations (Ministère de la santé. Rapport des deuxièmes états généraux de la santé. Février 2010).

1.2. PRESENTATION DE LA CAMEG¹

1.2.1. L'historique

La volonté constante des autorités politiques du Burkina Faso à mettre à la disposition des populations des soins à moindre coût s'est traduite par des actes et des réformes de la politique du médicament dont entre autres :

- la mise en œuvre d'un programme d'approvisionnement des provinces en médicaments essentiels génériques par le système révolutionnaire ;
- la mise en place d'une commission chargée de la sélection des médicaments essentiels en 1987, suivie en 1989 de la publication de la première liste des médicaments essentiels et celle du formulaire national des médicaments essentiels (FNME) et
- la création en 1991 d'un centre d'information et de documentation sur les médicaments (CEDIM), suivie de la publication d'une seconde liste de médicaments essentiels et d'un formulaire national des médicaments essentiels.

C'est la logique de ce contexte qui a abouti en 1992 à la création de la CAMEG.

Les conséquences du changement de parité du Franc CFA en janvier 1994 sur les secteurs sociaux et particulièrement sur le secteur de la santé étaient considérables, le Burkina dépendant de l'extérieur pour ses approvisionnements en médicaments.

Le tableau de la situation du médicament se présentait de la manière suivante :

- une disponibilité en médicaments non satisfaisante dans les formations sanitaires publiques ;
- une accessibilité difficile pour les couches défavorisées des populations du fait des prix élevés des spécialités pharmaceutiques et de la faible proportion des médicaments essentiels génériques et

- des textes réglementaires ne favorisant pas l'introduction et la promotion des médicaments génériques.

Ces conséquences et le lancement de l'IB en 1993 ont conduit à la modification du décret n° 92-127/SAN- ASF du 21 Mai 1992 portant sur la création de la CAMEG en celui

n° 94-070/PRES/ASF du 15 Février 1994 permettant le début de ses activités sous la forme d'un projet avec un statut d'EPIC (établissement public à caractère industriel et commercial) afin d'apporter une réponse urgente aux préoccupations des populations.

Le projet qui avait une durée de vie de cinq (05) ans a été prorogé jusqu'au 31 décembre 1997. Au terme de cette phase, une commission composée d'experts nationaux et internationaux a été mise en place avec pour missions :

- d'évaluer le degré d'atteinte des objectifs assignés à la CAMEG ;
- de se prononcer sur la viabilité de la CAMEG et
- de proposer un nouveau statut juridique qui puisse assurer à la structure la pérennité de ses activités.

La commission a proposé la transformation le statut de la CAMEG en association à but non lucratif.

1.2.2. La forme juridique

La CAMEG est une association à but non lucratif dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie financière.

Elle est régie par :

- le décret N°92-127/SAN-ASF du 21 mai 1992, modifié par le décret N°94-070/PRES/SASF du 15 février 1994 ;
- la loi N° 10/92/ADP du 15/12/92 portant liberté d'association au Burkina Faso et
- la convention entre le gouvernement du Burkina Faso et la CAMEG signée le 04/08/2000.

Le statut du personnel est adopté par le Conseil d'Administration le 15/07/1998.

1.2.3. Les objectifs

La CAMEG assure une mission de service public à finalité sociale. Elle a pour objet :

- de fournir aux formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif et en priorité aux formations sanitaires de district, des médicaments essentiels génériques, des consommables médicaux et de laboratoire ainsi que du petit matériel médical ;
- d'acquérir les médicaments essentiels génériques aux meilleures conditions et
- de garantir leur disponibilité dans le respect des normes de qualité en vigueur.

1.2.4. Le contrôle de la qualité

La recherche de la qualité étant une préoccupation majeure pour la CAMEG, un service assurance qualité pour un meilleur suivi avec un manuel d'assurance qualité, a été mis à jour et est en vigueur depuis le 4 septembre 2006.

S'il est vrai que le contrôle de qualité constitue un élément important dans l'assurance qualité, il ne permet cependant pas à lui seul d'assurer la qualité d'un produit.

La qualité doit être assurée à tous les niveaux du circuit : la fabrication, le transport, le stockage, la distribution.

Aussi, la CAMEG a mis en place un système qui permet de vérifier le respect des normes à tous les niveaux.

❖ Au niveau du fournisseur :

Avant toute commande, le fournisseur passe par l'étape de la présélection où il est soumis à des critères de sélection rigoureux.

A la réception des produits, une vérification de la conformité des produits est effectuée avec le cahier de charges (date de péremption, conditionnement, etc.).

Les produits livrés doivent être obligatoirement accompagnés de certificat de lot afin d'assurer la traçabilité des médicaments distribués.

❖ Au niveau du stockage :

Au niveau des magasins, les dispositions sont prises pour que les produits soient stockés dans des conditions adéquates. On a :

- l'existence de magasins répondants aux normes optimales de stockage de produits pharmaceutiques ;
- la présence d'une chambre climatisée et d'une chambre froide dans chaque entrepôt et agence pour les produits thermosensibles ;
- la présence d'une armoire frigorifique dans chaque magasin ;
- un rayonnage adapté et
- le nettoyage et la désinfection des magasins.

Elle dispose d'une superficie de stockage de 27850m² pour les médicaments à température ordinaire, 294m² de chambre froide disponible plus 160m² du magasin de Tengandogo en construction, 770m² de chambre climatisée plus 320m² du magasin de Tengandogo en construction et enfin 1900m² pour les produits inflammatoires.

❖ Au niveau du contrôle de qualité :

Ce contrôle consiste à vérifier les aspects physico-chimiques du produit à un moment donné (identification du principe actif, dosage, etc.) et à assurer le contrôle microbiologique (test de stérilité). Ces contrôles sont en grande partie, effectués au Burkina au Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) et à l'étranger.

Les achats de produits de la CAMEG ont été fortement inspirés des procédures de passation des marchés publics avec cependant quelques particularités liées à la spécificité des articles achetés et au statut de la Centrale. Les achats se font par la procédure d'appel d'offres international. Pour plus d'efficacité, la procédure d'appel d'offres a été scindée en deux étapes :

- la présélection des fournisseurs avec plusieurs critères bien définis et
- la consultation restreinte.

Les fournisseurs retenus à l'issue de cette étape sont agréés pour une période de trois (03) ans. Durant ces trois (03) années, le fournisseur est régulièrement évalué et est donc susceptible en cas de défaillance d'être suspendu temporairement ou définitivement.

1.2.5. L'organisation

Les services de la CAMEG sont placés sous l'autorité d'un Directeur Général. Outre la Direction Générale, l'administration de la CAMEG regroupe trois (03) directions opérationnelles :

- la Direction des Achats et de la Logistique,
- la Direction Administrative et Financière,
- la Direction Ventes et Marketing.

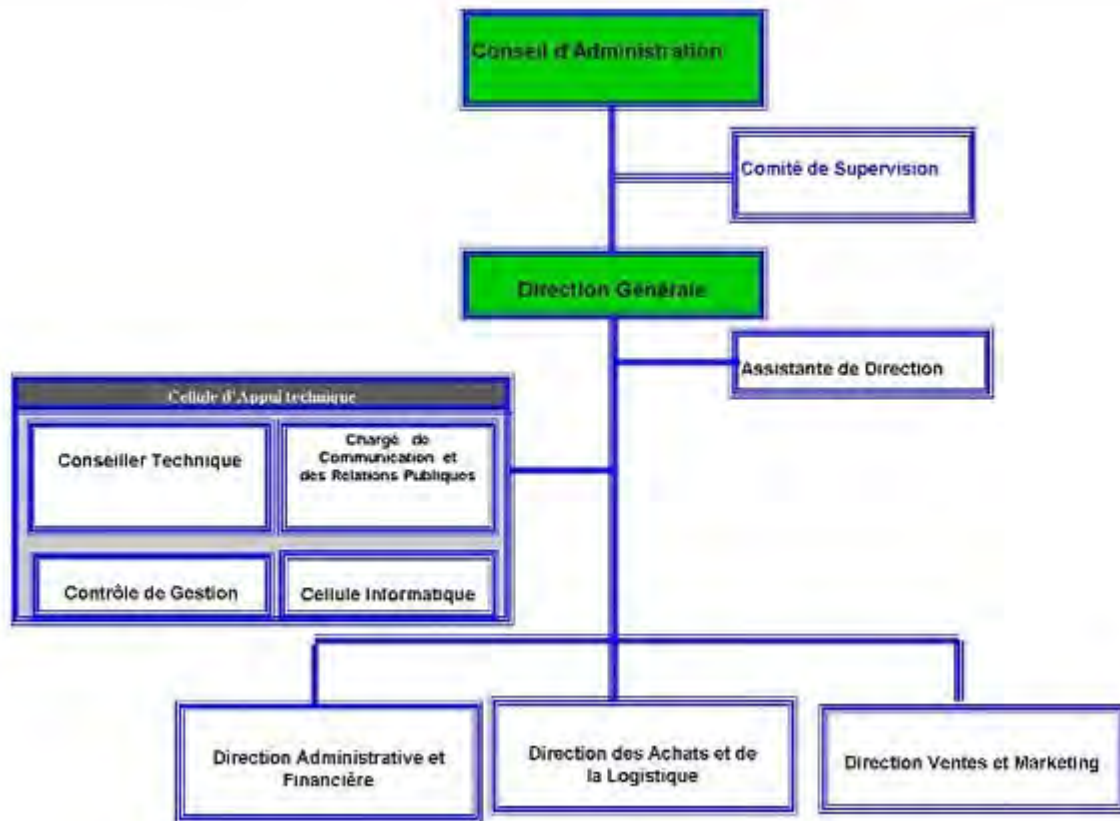


Figure n°3 : Organisation administrative de la CAMEG (source, données cameg)

La structure est administrée par un conseil d'administration composé de onze (11) membres dont quatre (04) représentants de l'Etat, deux (02) partenaires techniques et cinq (05) membres composés par les utilisateurs et autres usagers de la CAMEG.

1.2.6. La distribution

Elle se fait à partir des agences commerciales. La CAMEG compte, à ce jour, neuf agences commerciales qui sont :

- l'agence commerciale de Ouagadougou I (ACOI) ;
- l'agence commerciale de Ouagadougou II (ACOII) ;
- l'agence commerciale de Bobo dioulasso (ACB) ;
- l'agence commerciale de Fada N'gourma (ACF) ;
- l'agence commerciale de Ouahigouya (ACOHG) ;
- l'agence commerciale de Dédougou (ACD) ;

- l'agence commerciale de Gaoua (ACG) ;
- l'agence commerciale de Dori (ACDo) et
- l'agence commerciale de Tenkodogo (ACT).

Ces agences approvisionnent 67 Dépôts répartiteurs de district (DRD), 04 CHU, 09 CHR, 19 services rattachés au Ministère de la Santé, 33 projets / ONG, 59 confessions religieuses, 16 structures associatives à but non lucratif, 165 officines pharmaceutiques privées, 37 cliniques médicales et 05 grossistes répartiteurs.

La situation du parc automobile affecté à la distribution, est présentée comme suit :

- 07 camions remorques frigorifiques 40 tonnes ;
- 10 camions remorques 40 tonnes ;
- 10 camions remorques 20 tonnes ;
- 12 camionnettes Toyota olyn 7.23 tonnes et
- 09 fourgonnettes type Hiace.

1. www.cameg.com et entretiens avec le personnel

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE

L'objectif de ce chapitre est de fournir dans un premier temps des renseignements sur la notion de performance et des centrales d'achat et dans un second temps de faire ressortir les grandes dimensions de l'évaluation de la performance de ces dernières.

2.1. NOTION DE LA PERFORMANCE

L'évaluation et le suivi de la performance des entreprises sont des activités qui ont pris beaucoup d'ampleur ces dernières années et sont devenues nécessaires étant donné la marge de manœuvre significativement réduite que possèdent les dirigeants. Le nouvel ordre économique mondial oblige de plus en plus les entreprises à faire «plus» et avec «moins». Pour évaluer ainsi la qualité de leurs décisions, les dirigeants doivent surveiller, mesurer et gérer la performance de leur organisation (Medori et Steeple, 2000). Mais c'est quoi la

performance ? Le mot « performance » puise ses origines dans le latin « performare » et a été emprunté à l'anglais au XV^{ème} siècle et signifiait l'accomplissement, la réalisation et les résultats réels. En effet, *to perform* signifie accomplir une tâche avec régularité, méthode et application, l'exécuter et la mener à son accomplissement d'une manière convenable (Bourguignon, 1995).

La performance est donc le résultat d'une action, voir le succès ou l'exploit. Ainsi, elle est définie comme la réalisation des objectifs organisationnels quels que soient la nature et la variété de ces objectifs. Mais dans la pratique, on constate que la performance est un mot-valise, un concept flou et multidimensionnel qui en définitive ne prend de sens que dans le contexte dans lequel il est employé (Melchior Salgado, 2013).

Gleason et Barnum (1982) distinguent deux aspects de la performance: celui de l'efficacité et celui de l'efficience. L'efficacité mesure le degré d'atteinte des objectifs, tandis que l'efficience mesure le degré auquel les ressources sont utilisées de façon économique pour atteindre ces objectifs. Ainsi, pour être performante, une organisation devra atteindre tous les objectifs qu'elle s'est fixés (efficacité) de façon économique (efficience). Une mesure de performance devra alors fournir une information permettant d'évaluer et de quantifier l'efficacité et l'efficience de l'organisation par rapport à l'atteinte d'objectifs prédéfinis.

Marion et al (2012), distinguent en plus de l'efficacité et de l'efficience, la cohérence qui traduit l'harmonie des composants de base de l'organisation pour mesurer la performance organisationnelle et la pertinence qui met en relation les objectifs ou les moyens avec les contraintes de l'environnement. La pertinence permet d'évaluer la performance dans le domaine stratégique, c'est-à-dire l'avantage concurrentiel à partir d'une appréciation entre l'adéquation des éléments de l'offre (créateurs de valeur) et les attentes du marché.

Pour l'OMS, l'évaluation de la performance d'un système de santé repose sur cinq indicateurs : le niveau général de santé de la population, les inégalités de santé dans la population, le degré général de la réactivité du système de santé (satisfaction des malades au bon fonctionnement du système), la distribution de la réactivité dans la population (satisfaction des personnes de niveau économiques diverses) et la répartition de la charge du financement du système au sein de la population. Pour l'organisation dire qu'un système de services de santé est performant revient à comparer la réalisation des objectifs du système

avec ce que le système peut être capable d'accomplir, c'est-à-dire l'atteinte des meilleurs résultats possibles avec les mêmes ressources. Ces objectifs sont :

- l'amélioration de la santé de la population desservie ;
- la réactivité (respect des personnes et l'attention accordée aux clients) et
- l'équité dans la contribution financière (OMS, Rapport de la santé dans le monde, 2000).

2.2. NOTIONS SUR LES CENTRALES D'ACHAT DES MEDICAMENTS

Les centrales d'achat dans les pays en développement, sont généralement l'épine dorsale des modèles d'approvisionnement et de distribution de médicaments de la santé publique. C'est une agence dans la chaîne d'approvisionnement des produits de santé dans un pays, qui a la charge de passer les commandes des produits de santé destinés au secteur public ou privé, puis de distribuer ces produits à tous les établissements de santé. Elle est dépositaire d'un stock central et est responsable des fonctions de gestion supplémentaires telles que la quantification, la planification de l'approvisionnement et des marchés (Yadav, Tata, et Babaley 2011).

Selon leur structure juridique, on a :

- les centrales d'achat étatiques dont le budget est voté avec celui de l'Etat qui applique les principes de la comptabilité nationale et dont les éventuels bénéfices vont au trésor public ;
- les centrales d'achat parapublique, qui sont sous contrôle de l'Etat mais sont dotées d'un capital propre et disposent d'une autonomie de gestion l'autorisant à réinvestir ses éventuels bénéfices et
- les centrales d'achat entièrement indépendantes de type privé à but non lucratif (Blaise et al, 1998).

Mais quel qu'en soit leur statut, les chaînes d'approvisionnement doivent garantir que le produit voulu arrive à la destination prévue en toute sécurité et qu'il soit disponible au moment désiré pour assurer le traitement nécessaire du patient.

La gestion de la chaîne d'approvisionnement désigne « l'ensemble des activités impliquées dans l'acheminement d'un produit du premier fournisseur au client final » (par exemple, des personnes sollicitant des services de planification familiale). Elle doit être axée sur le service des clients, en particulier sur les six éléments déterminants du service encore appelés les « six bons ». En effet, elle assure le **Bon** produit, dans les **Bonnes** quantités, en **Bonne** condition, livré au **Bon** endroit, au **Bon** moment et pour le **Bon** prix (Jacoby, 2009).

La gestion de la logistique recouvre un certain nombre d'activités en appui aux six bons. Au fil des années, les spécialistes en logistique ont élaboré une approche systématique à la description des activités d'un système logistique. C'est ce qu'ils ont appelé le cycle logistique

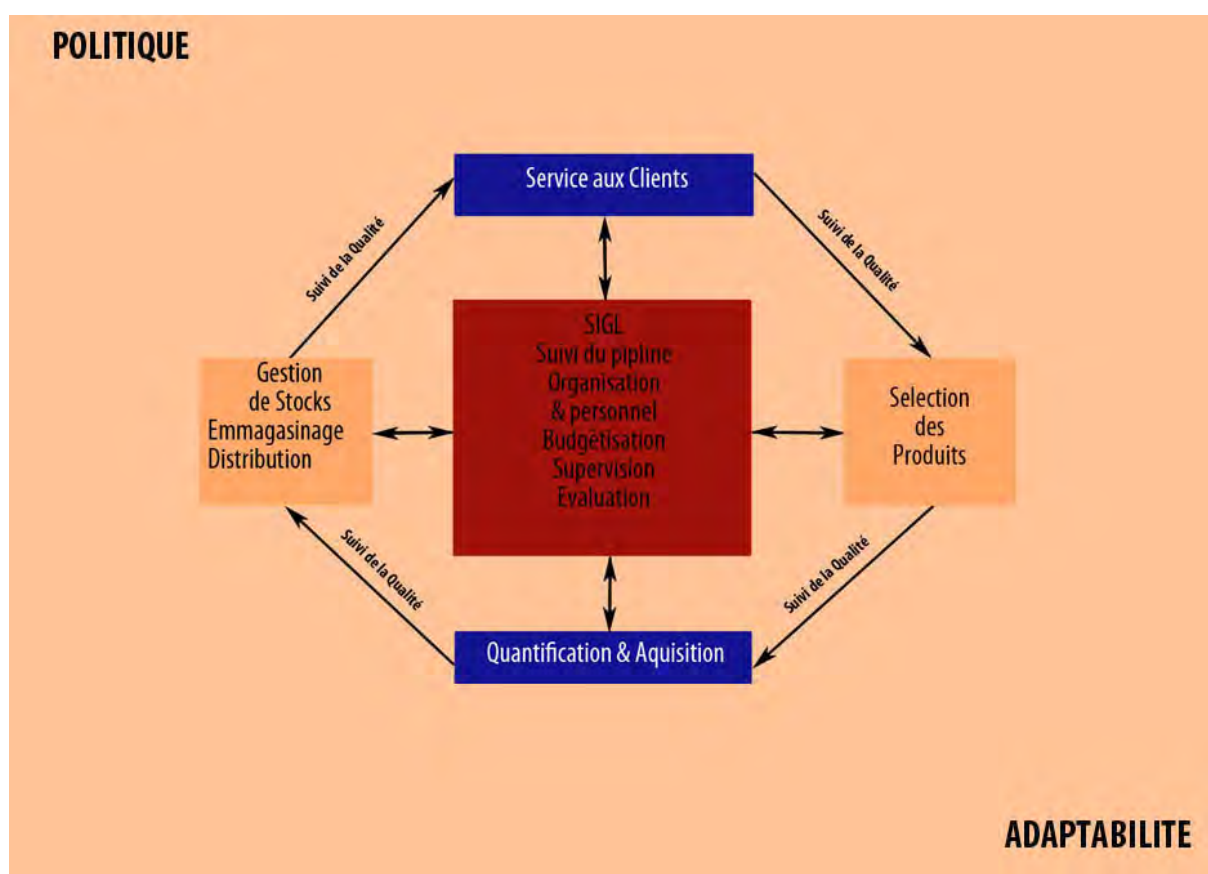


Figure n° 4 : Cycle logistique (source USAID | PROJET DELIVER, 2007)

Le cycle logistique s'applique à tous les produits. Le processus est un cycle continu et les clients en font partie intégrante (USAID, 2007).

Les activités principales du cycle logistique sont les suivantes :

Le service aux clients se trouve au sommet du cycle pour montrer son importance. Tout le travail que nous effectuons en logistique a pour but de servir le client. Si nous parvenons à suivre la règle des « six bons », nous servons les clients.

La sélection des produits consiste à établir une gamme limitée de produits jugés nécessaires. Les critères sur lesquels elle est fondée sont : le profil épidémiologique du pays, l'efficacité, l'innocuité, la composition, les formes galéniques disponibles et le rapport coût/bénéfice.

La prévision des besoins et l'acquisition des produits sont les activités qui permettent de faire parvenir les produits dans le pays ou le programme, en quantités appropriées qui seront nécessaires pour servir l'ensemble des clients. Une fois que les quantités nécessaires pour répondre aux besoins sont déterminées, nous devons obtenir ces produits auprès du fabricant ou du revendeur, c'est-à-dire que nous devons les acheter.

La gestion de stock a pour rôle l'entreposage et la distribution des produits dans l'ensemble du système. L'entreposage doit être adéquat afin de maintenir la qualité des produits et la capacité d'entreposage doit être suffisante pour gérer l'ensemble des produits dans le système. Le transport doit aussi être sûr et fiable et doit être disponible de manière régulière.

Le système d'information en gestion de la logistique (SIGL) est le moyen par lequel nous collectons et communiquons l'information qui permet aux gestionnaires de prendre les décisions dont ils ont besoin pour garantir la disponibilité des produits et le service aux clients. Chacune des fonctions du cercle logistique requiert des informations précises pour fonctionner.

Le suivi de la qualité est écrit tout autour du cycle logistique. La raison en est que les activités prenant place dans le cycle doivent être contrôlées pour garantir leur correct fonctionnement, faute de quoi, des mesures correctives doivent être prises.

L'environnement politique à l'intérieur duquel fonctionne le cycle logistique peut affecter totalement ou partiellement le fonctionnement du système logistique.

L'adaptabilité fait référence à la capacité du système logistique à s'adapter aux changements.

2.3. L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES CENTRALES D'ACHAT ET DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS

L'évaluation de la performance peut se faire en utilisant plusieurs modèles.

2.3.1. L'évaluation par examination des Caractéristiques Idéales de Chaîne

D'approvisionnement

Une chaîne d'approvisionnement intégrée ou transparente, est une approche d'amélioration de la performance qui développe des liens continus entre les différents acteurs, niveaux et fonctions au sein d'une chaîne d'approvisionnement afin d'optimiser le service à la clientèle.

Les caractéristiques souhaitables d'une chaîne d'approvisionnement, définies ici, sont les suivantes :

Les processus rationalisés qui impliquent d'éliminer les obstacles bureaucratiques pouvant séparer les informations de l'offre et de la demande ou les actions ou les processus qui n'ajoutent pas de la valeur à la chaîne d'approvisionnement, qui entravent la circulation des informations et des matières premières. Ici, on cherche à savoir si les systèmes sont-ils optimaux ? Les échelons et procédés non productifs sont-ils éliminés ?

La confiance et la collaboration qui doivent être présentes entre les acteurs et les niveaux tant au sein des institutions et qu'entre les organisations participant à la chaîne logistique de bout-en-bout. Les partenaires se font-ils confiance ? Collaborent-ils ? Coordonnent-ils et partagent- ils les données ?

L'agilité ou la souplesse qui permet à la chaîne d'approvisionnement d'effectuer les tâches logistiques rapidement, précisément et efficacement. La chaîne d'approvisionnement peut-elle réagir rapidement aux changements de l'offre et de la demande ?

La visibilité entre les différents acteurs et les différents niveaux qui permet de « voir » où sont les produits. De cette façon, l'écart virtuel entre l'offre et la demande est réduite et la transparence des données et des informations est améliorée. Les données de la chaîne

d'approvisionnement (offre, demande, financement) sont-elles visibles de bout en bout de la chaîne d'approvisionnement, pour tous ?

L'alignement des objectifs et des incitations permet de savoir si les partenaires partagent les mêmes objectifs et s'il existe des incitations en place pour faire ce qu'il faudrait faire pour améliorer la performance (The JSI Framework for integrated supply management in public health, 2012).

Evaluer la performance de la chaîne d'approvisionnement par cette méthode consiste à voir dans quelle mesure elle présente des caractéristiques souhaitables.

2.3.2. L'évaluation de la Performance par Analyse des Différentes Fonctions de la

Chaîne d'approvisionnement

L'évaluation de la performance des chaînes d'approvisionnement peut se faire aussi par une analyse des différentes fonctions de la chaîne d'approvisionnement. En effet, Karim et al (2008) identifient un indice à sept points pour mesurer la logistique. Ces points de la performance sont la sélection des produits, la prévision, les achats, le contrôle des stocks, l'entreposage et les fonctions de distribution de la chaîne d'approvisionnement.

Cet indice, appelé Outil d'Evaluation du Système Logistique(OESL), permet d'évaluer les performances d'un système logistique d'un programme sanitaire.

L'USAID (2007) a mis en place aussi des indicateurs qui suivent le cycle logistique et servent à mesurer la disponibilité des stocks, la performance du système logistique ainsi que la performance du système de distribution, de prévisions et des acquisitions. On peut avoir le pourcentage des structures recevant la quantité de produits commandée, le taux de rupture de stock comme indicateurs de la disponibilité ; l'écart entre les prévisions de consommation et la consommation réelle comme indicateur de prévision ; le pourcentage du prix moyen international moyen payé comme indicateur de l'approvisionnement ; le taux de précision de l'inventaire comme indicateur de la gestion de l'entrepôt et le délai moyen de livraison comme indicateur de la distribution.

Aronovich et al (2010), quant à eux passent, par un modèle qui se compose de quatre types d'indicateurs pour mesurer chacune des activités du cycle logistique. Ce sont les indicateurs

de qualité qui disent comment une activité logistique est effectuée, les indicateurs du temps qui portent sur le temps nécessaire pour effectuer une activité, les indicateurs financiers qui aident les gestionnaires à identifier les facteurs de coûts de la chaîne d'approvisionnement et à se déplacer vers une chaîne gérée plus efficacement et enfin, les indicateurs de productivité qui examinent la façon dont les ressources sont utilisées.

Tableau n°I : Exemples d'indicateurs selon les activités (source : Aronovich, 2010)

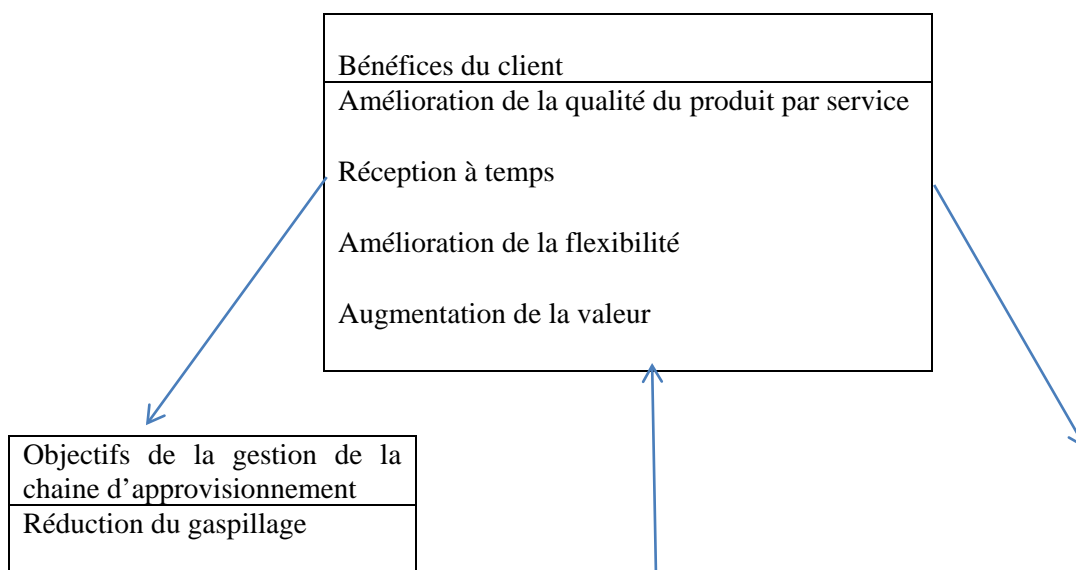
Indicateurs	Activités				
	Sélection/prévision/ marchés	Fournisseur	Entreposage	Gestion des stocks	Distribution
Qualité	% des produits sur LNME Taux de Précision des prévisions Engagement à réaliser un plan d'approvisionnement	% des commandes qui répondent aux critères définis (par exemple bons produits, quantités correctes.)	Taux de précision de l'inventaire Taux d'accidents à l'entrepôt	Précision des factures de commande Précision de la tenue des dossiers de stock	% des expéditions arrivées à l'heure % des expéditions arrivant en bon état
Temps	Temps mis entre la publication d'un bon de commande et le moment où le contrat est reçu et signé par le fournisseur	Temps de livraison du fournisseur	Délai de traitement des commandes	Temps d'enregistrement des commandes reçues dans le système informatique	Délai moyen de livraison des commandes aux structures de santé

Evaluation de la performance d'une centrale d'achat : cas de la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels Génériques et de Consommables Médicaux (CAMEG) du Burkina Faso

Financier	Coût de fonctionnement de l'unité de passation des marchés % de la moyenne des prix internationaux de référence	Coûts liés à la gestion des fournisseurs	Coûts liés à l'entreposage	Coût annuel de la réalisation des inventaires	Coût total de transport
Productivité	% des achats d'urgence	La capacité du fournisseur à remplir les commandes complètement en termes de biens et quantité	Taux d'utilisation de l'espace de stockage disponible	Taux de rotation de l'inventaire	Rendement de la flotte

2.3.3. L'évaluation par un tableau de bord

Brewer et Speh (2000) ont développé un modèle qui mesure la performance de la chaîne d'approvisionnement en utilisant un tableau de bord. Ils affirment en premier lieu que les organisations, en général, bien qu'elles soient conscientes de l'importance des activités d'approvisionnement, continuent d'utiliser des systèmes de mesure de la performance qui ne prennent pas en compte ces activités ou qui ne motivent pas le personnel à agir de façon conséquente. Ainsi, ils ont développé leur modèle de tableau de bord dévoilant les perspectives importantes de la gestion de la chaîne d'approvisionnement tout en conciliant le système de mesure avec des objectifs généraux d'approvisionnement afin de favoriser leur réalisation.



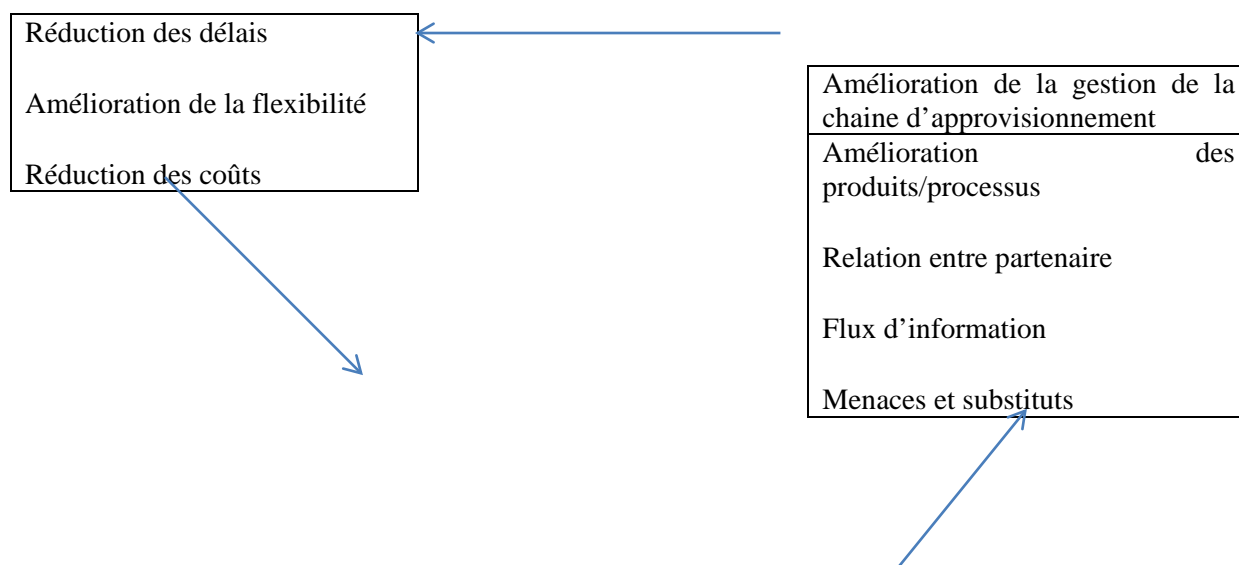


Figure n°5 : Cadre de mesure de la performance de la chaîne d'approvisionnement (Bewer et Steph, 2000).

Ce modèle décrit les de la chaîne devraient être mesurées. Chaque perspective clés qui mesurent la montre que pour évaluer

Bénéfices financiers
Marge de profits plus élevée
Meilleur flux monétaires
Croissance des revenus
Rendement des actifs plus élevé

perspectives de la gestion d'approvisionnement qui par les gestionnaires. renferme les indicateurs performance. Le modèle le niveau d'atteinte des

objectifs de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, il est question de mesurer des données telles que la réduction du gaspillage, les coûts et les délais ainsi que l'amélioration de la flexibilité. Concernant les bénéfices clients, il faudrait mesurer la performance surtout sous l'angle de la qualité des produits et des niveaux du service offert aux clients.

Il devient donc essentiel de rechercher quels sont les véritables bénéfiques pour les clients et les conditions qui peuvent les créer. L'efficience est l'élément de la performance qui est le plus souvent mesuré. Le modèle désigne la marge de profits, les flux monétaires, la croissance des revenus et le rendement des actifs comme indicateurs de mesure de la performance financière et de la réduction des coûts. L'amélioration des activités des approvisionnements est la dernière perspective exposée par leur modèle. Cette dernière nous fait comprendre qu'il existe quatre (04) indicateurs qu'il faut mesurer et qui sont relatifs aux sources majeures entraînant l'amélioration de ces activités, l'amélioration des produits/processus qui est en rapport avec l'efficacité des activités, la relation entre partenaires, les flux d'information à travers les différents intervenants qui aident à la prise de décisions, et finalement, les menaces et les substituts qui font référence à l'évaluation des processus d'approvisionnement par rapport à ceux de la concurrence.

Pour Jobin et al. (2003), il est possible que les gestionnaires aient accès à une vaste gamme d'indicateurs de performance. Mais, selon la nature du contexte organisationnel, ces indicateurs ont tendance à changer et des préoccupations de gestion peuvent alors s'ajouter. Cependant, ils associent les indicateurs de performance d'approvisionnement à trois dimensions de préoccupations incontournables: «performance financière», «performance opérationnelle» et «performance client». Chacun de ces volets est mesuré à l'aide d'indicateurs. Selon leur modèle, une grande partie de la performance financière peut s'appuyer sur une logique de comptabilité par activité (activity based costing) qui vise à mieux assigner les coûts aux différentes activités et processus et permet de voir les activités consommatrices de ressources. La performance opérationnelle fait référence au niveau de service offert par les fournisseurs, à l'évaluation de la gestion des stocks et à la distribution interne des produits. Pour les indicateurs traitant la satisfaction des clients internes, leur utilité est de mesurer la performance des processus sous l'angle des bénéficiaires ou par la satisfaction des unités de soins qui utilisent directement les services offerts.

2.3.4. L'évaluation de la performance par d'autres modèles

Oluka et al (2010), dans leur étude sur la lutte des obstacles de la chaîne d'approvisionnement, utilisent trois types de variables pour mesurer la performance de la chaîne d'approvisionnement qui sont les liens de collaboration, les pratiques des marchés publics et de la distribution et enfin la distribution des médicaments. Simatupang et

Sridharan(2004) affirment que les liens de collaboration entre les membres de la chaîne d'approvisionnement et les prestataires de soins sont essentiels et selon Ntayi et al(2009), les catalyseurs des relations de collaboration sont le partage de l'information, l'harmonisation de décision et une meilleure coordination. Le partage de l'information permet aux acteurs de la chaîne de créer une meilleure performance. Ramdas et al(2000) définissent l'harmonisation de la décision comme la planification concertée des activités. La planification concertée des activités réduit l'écart entre l'expression de la commande et la livraison effective améliorant ainsi la performance d'exécution avec une livraison à temps et une disponibilité constante des produits.

Les pratiques de passation des marchés doivent permettre de réduire les coûts et d'améliorer l'efficacité des marchés. Ainsi l'achat doit être bénéfique et efficace si la chaîne d'approvisionnement aspire à l'efficacité. Lee (2004) indique que pour rendre la chaîne d'approvisionnement efficace, la composante distribution et logistique doit répondre rapidement aux changements de la demande. Cette réactivité nécessite la disponibilité des informations.

Mais l'étude réalisée par Dowling (2011), sur les chaînes d'approvisionnement de la santé dans les pays en développement montre que l'évaluation de la performance des chaînes d'approvisionnement de ces pays se heurte d'une part à l'absence de données sur la performance, de nombreuses chaînes d'approvisionnement nationales ne surveillent, ni ne rendent compte régulièrement de leur performance mais si surveillance il y a elle se fonde souvent sur des données de relevé périodique, pour un nombre d'indicateurs restreint. D'autre part, la présence de plusieurs facteurs de confusion ayant une incidence sur la disponibilité des médicaments, notamment le financement influence sur la performance. Il est souvent difficile de dire si la performance (disponibilité des médicaments) est tributaire des facteurs de la chaîne d'approvisionnement ou d'autres facteurs, notamment un financement insuffisant des fournitures. Néanmoins, elle retient que la mesure la plus courante de la performance des chaînes d'approvisionnement dans les pays en développement est le taux de rupture de stock.

Les ruptures de stock sont, d'ordinaire, évaluées sur un nombre restreint d'articles (ou traceurs), choisis en raison de leur importance sanitaire.

L'accessibilité (en terme de prix) est un autre indicateur courant de l'accès aux médicaments.

DEUXIEME PARTIE :
CADRE OPERATIONNEL

La deuxième partie de notre étude va s'atteler à évaluer la performance de la CAMEG. Dans cette partie, nous allons mettre en pratique les concepts théoriques abordés dans la première partie. Pour cela, nous présenterons dans le chapitre III, la méthodologie détaillée, entreprise pour effectuer la recherche. Une explication minutieuse de ses différentes composantes lui est réservée. Le chapitre IV contient les résultats issus de l'analyse des données. Le chapitre V porte sur les discussions qui découlent de l'analyse des résultats. Cette partie se termine par la

conclusion qui récapitule l'ensemble des résultats par rapport à la problématique de base et clôture l'ensemble de l'étude.

CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Ce chapitre comprend une description détaillée de la méthodologie entreprise pour évaluer la performance de la CAMEG.

3.1. LE CADRE DE L'ETUDE

Notre étude s'est effectuée à la Centrale d'Achat de Médicaments Génériques et de Consommables Médicaux du Burkina Faso. Elle est responsable de l'essentiel de

l'approvisionnement et de la distribution des médicaments dans le secteur public et dispose de plusieurs atouts, notamment au niveau de la logistique, des ressources humaines, de ses capacités de stockage et de sa reconnaissance par des fournisseurs reconnus mondialement.

3.2. LE TYPE D'ETUDE :

C'est une étude longitudinale rétrospective de 2008 à 2011.

3.3. LA COLLECTE DES DONNEES :

Elle s'est faite à la suite d'un stage au sein de la structure pendant une durée de quatre (04) mois (septembre-décembre 2013).

Les données de l'étude sont des données secondaires et leur collecte s'est faite principalement par consultation des rapports d'activités annuels et aussi par entretiens avec certains membres du personnel de la structure. Ces données ont été collectées au sein de la direction des achats et de la logistique qui s'occupe des procédures d'achat des médicaments, de la réception, de l'entreposage, du contrôle qualité et de la distribution. Aussi, au niveau de la direction financière et administrative en ce qui concerne les données financières et au niveau de la direction des ventes et du marketing pour les données concernant les ventes.

3.4. LE CHOIX DE LA METHODE

Dans notre étude, l'évolution de la performance se fera par la méthode d'évaluation de la performance par analyse des différentes fonctions de la chaîne d'approvisionnement de l'USAID (2007) et par la méthode d'évaluation par un tableau de bord de Bewer et Steph (2000) pour ce qu'il en ait des indicateurs financiers. Les fonctions de la chaîne qui seront évaluées sont celles relatives à l'acquisition et à la gestion du stock. La sélection ne sera pas évaluée car au niveau de la CAMEG, elle se fait déjà sur la base de la liste nationale de médicaments essentiels.

Le contrôle de la qualité ne sera pas évalué parce qu'à chaque livraison de médicaments, un échantillonnage est fait pour être envoyé au laboratoire. Le règlement du fournisseur est lié aux résultats de ce contrôle. En cas de non-conformité au contrôle qualité, les produits sont mis en quarantaine, le fournisseur est averti et une contre- expertise est réalisée. La

confirmation de la non-confirmation conduit à la destruction des produits concernés. La quantification ne sera pas non plus évaluée par manque de données sur les quantités prévues.

3.5. L'ANALYSE

L'analyse se fera à partir du logiciel EXCEL2010 qui a servi à construire les tableaux et les courbes et calculer les différents taux et ratio.

3.6. LES INDICATEURS DE PERFORMANCE DANS NOTRE ETUDE

Les indicateurs sont regroupés en fonction de la disponibilité, des achats, de la gestion de stock et de la performance financière.

3.6.1. La disponibilité des médicaments

Elle donne une indication générale sur la capacité de la CAMEG à satisfaire les besoins des formations sanitaires. Cette indication sera donnée par le ratio de rupture des médicaments traceurs. On va du principe que si le médicament n'est pas en rupture, il est à 100% disponible donc la quantité demandée sera dans ce cas égale à la quantité offerte.

Elle sera vérifiée par l'hypothèse H1 de notre étude. La norme du ratio de rupture au niveau de la CAMEG est inférieure ou égale à 8%.

3.6.2. L'efficacité des achats

Elle sera mesurée d'un côté, par le ratio prix d'achat des médicaments et de l'autre côté par le ratio technique d'achat. Une baisse du ratio prix d'achat et une augmentation du ratio technique d'achat signifierait une amélioration des efforts pour se procurer des produits de qualité au prix le plus bas possible. La norme du ratio technique est de 80% et celle du ratio prix d'achat est de 1%.

Elle sera vérifiée par l'hypothèse H2 de notre étude.

3.6.3. La gestion du stock

Elle sera mesurée par le ratio des produits périmés et avariés. Ce ratio permet de mesurer les pertes de produits pour cause de péremption ou avaries. Le taux maximum admis qui est de 3%.

Elle sera vérifiée par l'hypothèse H3 de notre étude.

3.6.4. Le développement de la structure

Il sera mesuré par la variation en volume et en pourcentage du chiffre d'affaires, le taux d'endettement sur fonds propres, le nombre jours de créances « clients » comparé à celui de la dette « fournisseurs ». Cet indicateur sera vérifié par les hypothèses H4 et H5 de notre étude.

3.7. DEFINITION DES VARIABLES DANS NOTRE ETUDE

Dans le cadre notre étude, les indicateurs utilisés auront le sens suivant :

Le ratio de rupture de stock permet de mesurer les ruptures de stock sur les quarante-cinq (45) produits cibles au cours de l'année. Ces produits sont les quarante-cinq (45) médicaments essentiels génériques traceurs au niveau des dépôts départementaux de district. Il est déterminé par le rapport entre le nombre de produits cibles en rupture et le nombre total des produits cibles de la CAMEG qui est de 45. Un panier de médicaments sera constitué à partir de ces produits cibles pour l'intérêt de notre étude (voir annexe n°1). Le ratio de rupture de stock est nombre de produits cibles en rupture par rapport au nombre total de produits cibles.

Les achats des médicaments par les structures représentent les dépenses effectuées par les structures pour acheter les médicaments à la CAMEG.

Le ratio de prix d'achat ne s'applique qu'aux 45 produits cibles. Il est déterminé par le rapport entre la valeur FOB des achats effectués par la CAMEG et la valeur des produits valorisés à partir des prix tirés du catalogue OMS/AFRO majorés de 20% pour tenir compte de l'effet volume et 1,5 % pour la mise à FOB. Selon la convention entre la CAMEG et l'Etat Burkinabé ce ratio doit être inférieur à 1. Ce qui signifiera qu'à défaut d'être moins élevé, les

prix obtenus par la CAMEG ne doivent pas être supérieurs aux prix de référence. Le ratio de prix d'achat est le montant total FOB CAMEG par rapport au prix total FOB OMS/AFRO.

Le ratio technique d'achat est le ratio qui permet de vérifier le recours de la CAMEG à la procédure d'achat par Appel d'Offres. Il est déterminé par le rapport entre la valeur des achats par Appel d'Offres et la valeur totale des achats effectués à la même période.

Le ratio produit périmé est la valeur totale des produits des périmés et avariés sur la valeur du stock moyen.

La valeur des produits périmés et avariés est la valeur des pertes de produits pour cause de péremption ou avarie.

Le chiffre d'affaires représente la valeur de la production de la CAMEG, la recette issue de ses activités.

Le taux endettement sur fonds propres est un indicateur qui permet de mesurer la santé financière d'une entreprise. Il permet de savoir si l'entreprise est solvable, et de mesurer son niveau d'endettement. Un bon ratio pour cet indicateur est un ratio inférieur à 1. C'est le rapport des endettements de l'entreprise sur les fonds propres.

Le nombre de jours de créances clients représente le nombre de jours requis pour convertir une créance client en liquidité. Cet indicateur mesure le délai de paiement des clients à une entreprise et est lié à la relation client-fournisseur. Il est égal aux créances clients divisées par le chiffre d'affaires, le tout multiplié par 360jours.

Le nombre de jours de dettes fournisseurs mesure le délai de paiement d'une entreprise à ses fournisseurs. Il est égal au total des dettes fournisseurs par rapport au total des achats de médicaments, le tout multiplié par 360jours.

Le panier de médicaments sur lequel se fait le calcul des ratios technique d'achat, ratio prix, taux de rupture est constitué de la liste des 45 médicaments essentiels génériques au niveau des dépôts régionaux de districts (voir annexe n°1).

3.8. L'INTERET DE L'ETUDE

L'intérêt de cette étude se situe à deux (02) niveaux.

Le premier intérêt de ce travail est qu'il offre à nous, stagiaire en économie de la santé, l'opportunité d'avoir un cadre d'application de l'évaluation de la performance dans le domaine de la santé plus précisément dans le secteur de l'approvisionnement et de la distribution des produits pharmaceutiques.

Cette étude permettra aussi aux responsables de la CAMEG d'avoir un document de base pour évaluer les efforts en matière d'approvisionnement de médicaments génériques.

3.9. LES LIMITES DE L'ETUDE

Notre étude s'appuie sur les informations fournies par la centrale d'achat. Elles ne sont pas confrontées à celles disponibles dans les pharmacies des structures publiques sanitaires car nous n'avons pas pu faire des enquêtes ni avoir des entretiens avec les responsables des pharmacies des structures. De plus, les données qualitatives et quantitatives sur l'utilisation dans les services de santé n'ont pas pu être collectées dans le cadre de l'étude. Nous n'avons donc pas pu évaluer la performance sur toute la chaîne d'approvisionnement, à savoir jusqu'à dans les services de santé et au niveau de l'utilisation par les patients. Néanmoins, dans son fonctionnement normal, la CAMEG centralise les besoins en médicaments essentiels de toutes les structures sanitaires, on peut dire que ces limites n'influencent pas les conclusions de nos travaux.

CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS

Dans le chapitre IV, il s'agira de présenter les principaux résultats qui proviennent de l'analyse des données que nous avons collectées.

Nous présenterons les résultats en rapport avec la disponibilité, puis les résultats concernant l'efficacité d'achat et de la gestion de stock puis nous finirons par l'analyse des indicateurs financiers.

4.1. SUR LA DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS

Cette notion est abordée par le taux de rupture de stock des 45 médicaments cibles.

Le tableau ci-dessous illustre le taux de ruptures de stock.

Tableau n°II : Taux de rupture des 45 MEG traceurs

Année	Taux de rupture
2008	0,56%
2009	0,74%
2010	1,11%
2011	4,63%

Source : Nous même à partir de la synthèse des rapports d'activités de 2008 à 2011.

Durant l'année 2008 les ruptures ont été observées aux mois de février, juin et juillet. En effet, un des produits cibles (tétracycline 1% pommade) a été simultanément en rupture pendant au moins une semaine dans toutes les agences de la CAMEG durant ces trois mois. Cela fait un taux de 2.22% pour chacun de ces mois et une moyenne annuelle de 0.56% (voir annexe n°2).

L'année 2009 a été soldée par un taux moyen de 0.74%. Ce taux est dû aux ruptures constatées aux mois de septembre, d'octobre, de novembre et de décembre. Pendant ces mois, 01) des produits cibles (acetyl salicylate de lysine 900mg inj) a été simultanément en rupture pendant au moins une (01) semaine dans toutes les agences. Ce qui fait un taux annuel moyen de 0.74% (voir annexe 3).

Pour l'année 2010, le taux annuel moyen de 1.11% s'explique par une rupture d'un des produits cibles (acetyl salicylate de lysine 900mg inj) pour les mois de janvier, de février, de juin, de juillet, d'août et de septembre (voir annexe 4).

Quant à l'année 2011, elle a été soldée par un taux moyen annuel de 4.63%. Ce taux s'explique par quatre (04) types de ruptures simultanées :

- une rupture simultanée de 04 produits cibles aux mois de janvier et d'octobre d'où un taux de 8.89% pour ces mois,
- une rupture simultanée de 02 produits pour chacun des mois de février , de mars, d'avril, de mai et de juillet (taux de rupture de 4.44%),
- une rupture simultanée de trois produits cibles pour les mois d'août et de septembre avec un taux de 6.67% et
- une rupture d'un des produits cibles pour le mois de juin (voir annexe 5).

Tableau n°III : Liste des produits cibles en rupture en 2011

Produits en rupture pour l'année 2011	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre
Cloxacilline 500mg gélule	-	-	-	-	R	R	R	R	R	R
Diazépam 5mg/ml, 2ml inj	R	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erythromycine 50mg cp blister	R	R	R	R	R	-	-	-	-	-
Fluconazole 50mg gel blister	-	-	-	-	-	-	-	-	R	R
Furosémide 10mg/ml, 2ml inj	-	-	-	-	-	-	-	R	R	R
Mebendazole 100mg cp blister	R	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Métoclopramide 10mg/2ml, 2ml inj	R	R	-	-	-	-	-	-	-	-
Paracétamol 500mg cp blister	-	-	R	-	-	-	-	-	-	-
Quinine sulfate 300mg cp blister	-	-	-	-	-	-	R	R	-	-
Trétracycline 1% ophtalmique pde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R
Benzyl pénicilline 1MUI inj	-	-	-	R	-	-	-	-	-	-

(R= rupture)

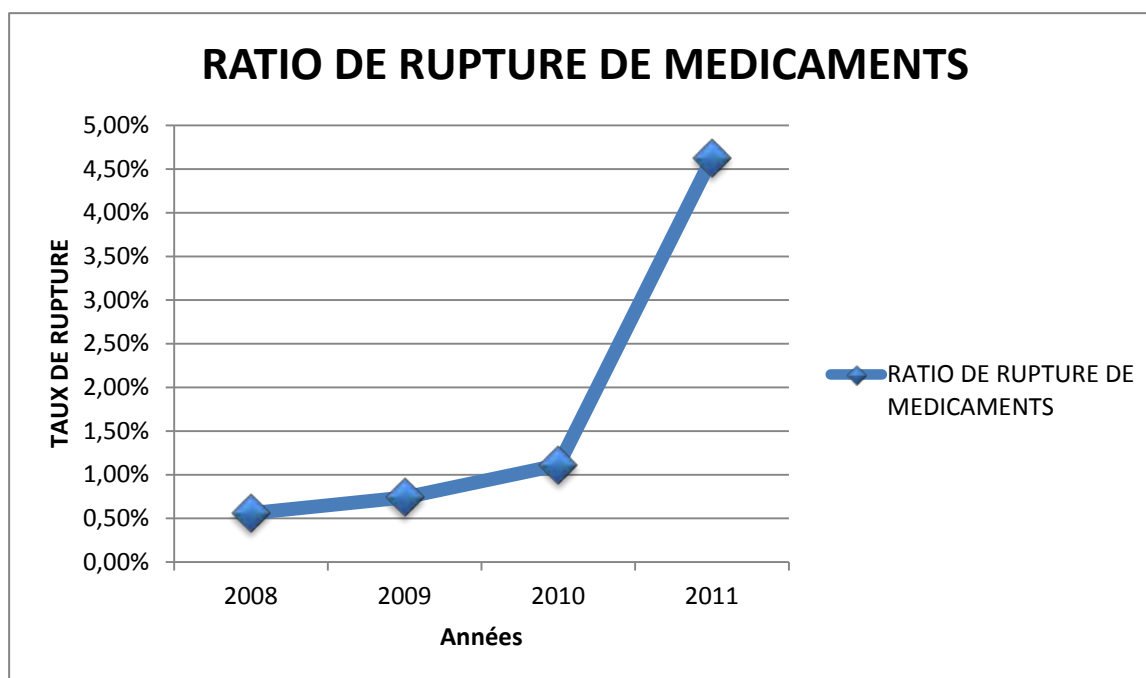


Figure n°6 : Courbe d'évolution du ratio de rupture des médicaments (source : nous même à partir des données du tableau n°II)

La figure n° 6 nous montre le ratio de rupture de médicaments durant les quatre années. L'allure de cette courbe nous permet de noter une croissance du taux de rupture des médicaments. De 0.56% en 2008, ce taux a augmenté pour atteindre 4.63% en 2011. Cela signifie que la disponibilité des médicaments (qui est 1 moins le taux de rupture) de la CAMEG a diminué entre 2008 et 2011.

Dans le cas de la CAMEG, les différents taux s'expliquent par un retard dans les délais de livraison des commandes par les différents fournisseurs. En plus de ces délais, le manque de certaines matières premières sur les chaînes internationales a contribué à augmenter la non disponibilité des produits. Dans l'ensemble, les taux de ruptures sont inférieurs à la norme de référence qui est de 8%. En outre l'objectif du PNDS de rendre les médicaments disponibles à 95% est atteint. Avec ces résultats, on est tenté de dire que le taux de rupture au cours de ces quatre années est acceptable ; mais il ne faut pas occulter une diminution de la disponibilité. On est passé en moyenne d'un produit (01) en rupture en 2008 à douze (12) produits en ruptures en 2012.

Hypothèse H1 (les taux de rupture de médicaments sont de plus en plus décroissants) n'est donc pas vérifiée.

4.2. L'EFFICACITE DES ACHATS

Elle sera mesurée par le ratio prix d'achat et le ratio technique d'achat.

4.2.1. Ratio technique d'achat

Ce ratio permet de vérifier le recours de la CAMEG à la procédure d'achat par Appel d'Offres. Le tableau suivant illustre la valeur de ce ratio durant notre période d'étude.

Tableau n °IV : Ratio technique d'achat

Année	Ratio technique d'achat
2008	94,82%
2009	97,33%
2010	93,35%
2011	98,29%

Source : Rapport d'activités de la structure

En 2008, 94.82% des achats en médicaments et consommables de la CAMEG ont été effectués par appel d'offres international. Ce taux est passé à 97.33% en 2009. En 2010, ce taux a chuté 93.35% et en 2011 on constate que 98.29% des achats ont été effectués par appel d'offres international.

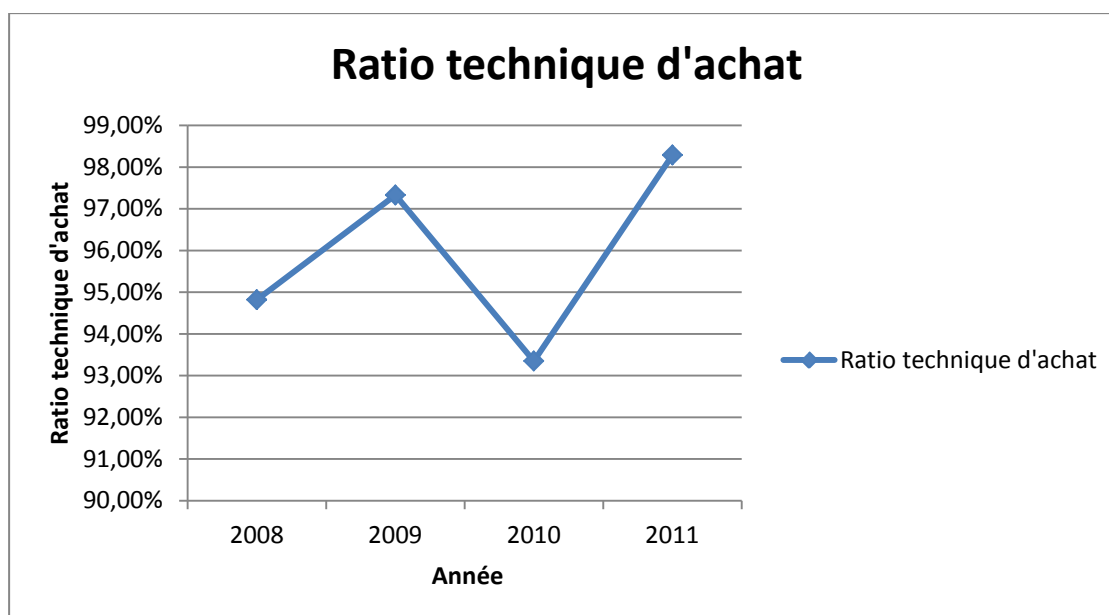


Figure n°7: Courbe d'évolution du ratio technique d'achat (source : nous même à partir des données du tableau n°IV).

La figure ci-dessus nous montre l'évolution du ratio technique d'achat. L'évolution de cette courbe est dans l'ensemble croissante bien qu'il y ait une baisse du ratio en 2010. Ces ratios sont toujours supérieurs à la norme de 80%. Ces ratios nous renseignent également sur la capacité de la CAMEG à mettre en œuvre un système d'approvisionnement capable de fournir des médicaments à bas prix. En effet, en lançant des appels d'offres, on peut généralement se procurer les médicaments à un meilleur prix que si l'on s'adresse à un fournisseur unique, qui fixe seul les prix car l'appel d'offres est une procédure consistant à mettre en concurrence plusieurs fournisseurs. La décision d'achat est prise sur la base du prix des médicaments des soumissionnaires ayant répondu à la notification.

4.2.2. Ratio prix d'achat

Ce ratio révèle si la CAMEG arrive à acquérir ses médicaments à des prix inférieurs aux prix moyens internationaux. Le tableau n°IV nous montre les différents ratios prix d'achat de la CAMEG de 2008 à 2011.

Tableau n°V : Ratio prix d'achat de 2008 à 2011

Année	Ratio prix d'achat
2008	79,84%
2009	68,64%
2010	59,33%
2011	58,34%

Source : Nous même à partir d'une synthèse des rapports d'activités.

Le ratio prix d'achat qui est le rapport entre les prix d'achat des produits cibles de la CAMEG et les prix d'achat de références internationaux a connu une bonne évolution au cours de ces années. En effet de 79.84% en 2008, il est passé à 68.64%, 59.33% et 58.34% respectivement en 2009, 2010 et 2011.

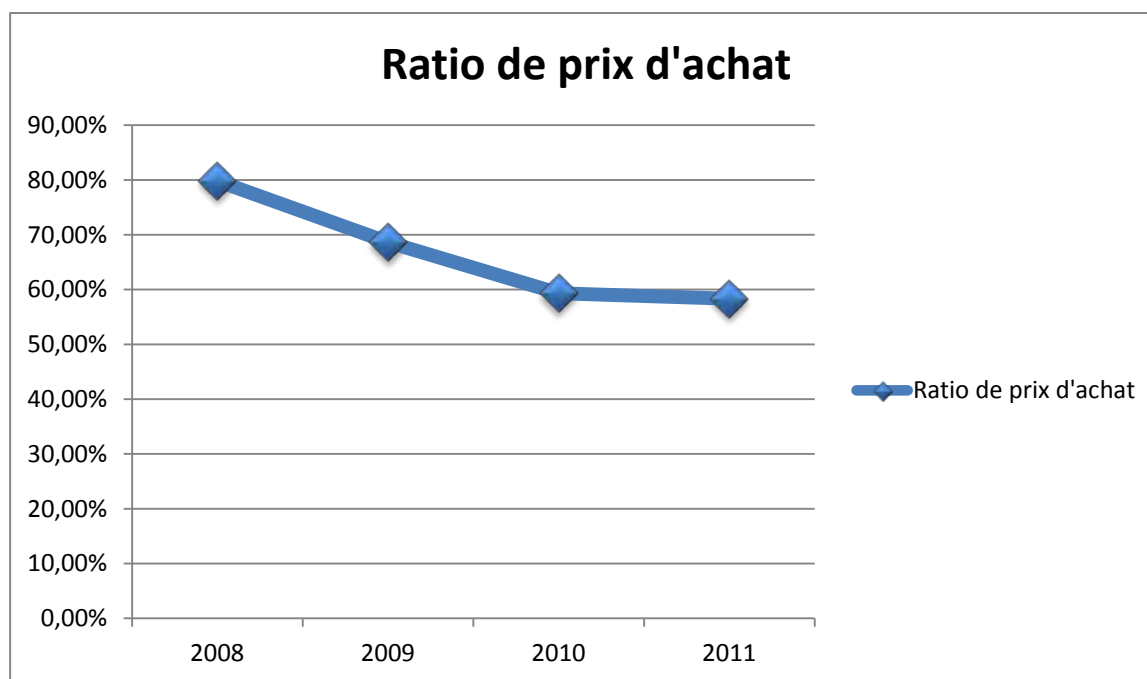


Figure n°8 : Courbe d'évolution du ratio prix d'achat des médicaments (source : nous même à partir du tableau n°V).

La figure ci-dessus nous montre l'évolution du ratio prix d'achat de 2008 à 2011. La courbe d'évolution du ratio de prix d'achat de la CAMEG est décroissante. Cela signifie que ce ratio a été en baisse continue pendant les quatre années de l'étude. De plus, il a été inférieur à la

norme (01), ce qui veut dire que la CAMEG a pu se procurer les médicaments à un prix inférieur au prix de référence international. La CAMEG a donc fait des économies sur les achats et aide ainsi le Ministère dans sa vision à améliorer l'accessibilité financière des médicaments essentiels de qualité.

Au regard de l'augmentation du ratio technique d'achat supérieure à 80% et de la diminution du ratio prix d'achat inférieure à 01, on peut dire que les indicateurs d'acquisition des médicaments essentiels sont satisfaisants pour la CAMEG.

L'hypothèse H2 (les indicateurs d'acquisition des médicaments essentiels sont corrects par rapport aux normes fixées pour la CAMEG) est donc vérifiée.

4.3. LA GESTION DU STOCK

Elle est évaluée par le ratio des produits périmés et avariés qui est la valeur des pertes pour cause de péremptions ou avaries.

Tableau n°VI : Ratio des produits périmés et avariés de 2008 à 2011

Année	ratio produits périmés et avariés
2008	2,30%
2009	2,83%
2010	2,27%
2011	2,88%

Source : Synthèse des rapports d'activités de la CAMEG

Le tableau ci-dessus nous montre que le ratio des produits périmés et avariés était de 2.30% en 2008. En 2009, il a augmenté à 2.83% suivi d'une baisse à 2.27% en 2010 puis finalement d'une augmentation en 2011.

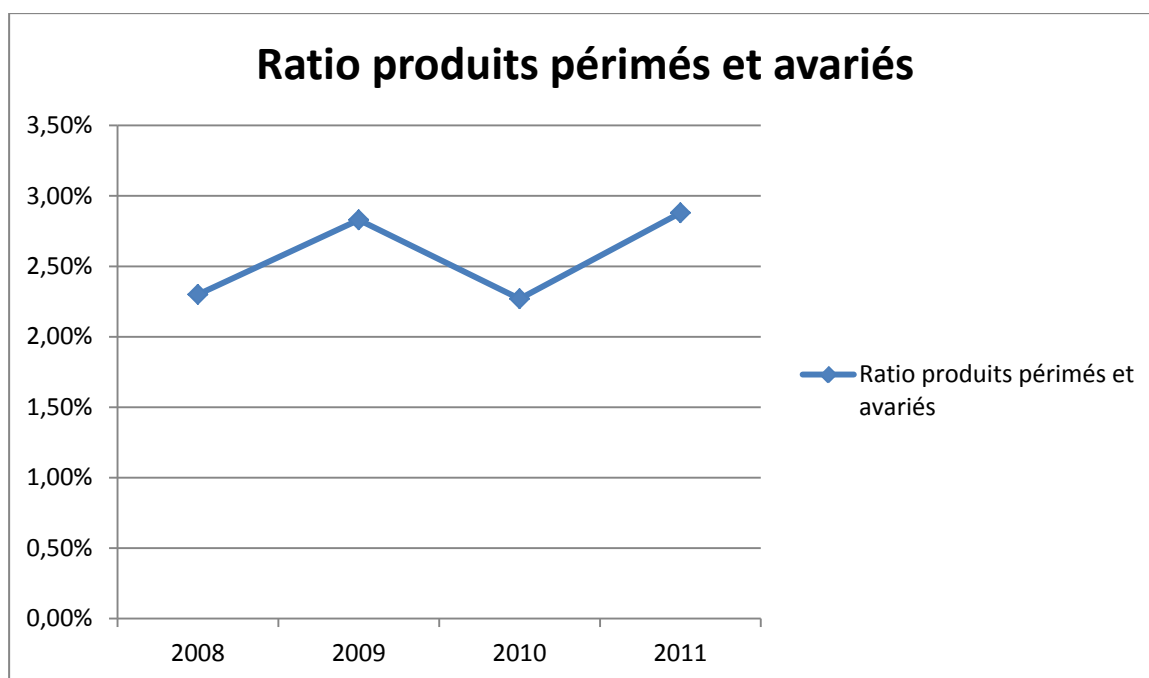


Figure n°9 : Courbe d'évolution du ratio des produits périmés et avariés (source : Nous même à partir du tableau n°VI).

La figure ci-dessus nous montre l'évolution du ratio produit périmés et avariés de 2008 à 2011. On constate une courbe en dent de scie. Ce taux augmente, baisse pour encore augmenter. La cible idéale est 0%, mais cela est difficile à réaliser étant donné les divers facteurs (les activités de manutention, de livraison, un produit peut être introduit sans succès de vente, le retrait d'un médicament du protocole de prise en charge d'une pathologie alors qu'il est déjà disponible..) qui peuvent contribuer à l'expiration ou à avarie du produit. Dans le cas de la CAMEG, la cible est de 3%. Les ratios au cours de ces 4 années bien qu'ils soient en deçà de la norme fixée par la CAMEG, cette dernière devrait fixer pour une gestion efficiente, des normes régressives qui sont fonction de la norme de l'année antérieure de sorte que celles-ci constituent une incitation pour améliorer les pratiques de gestion de stocks. Ainsi, une baisse continue de ce taux va engendrer la baisse des pertes dues aux avaries et aux péremptions. On peut donc conclure que l'hypothèse H3 (l'indicateur de la gestion du stock est décroissant pour la CAMEG) n'est pas vérifiée.

4.4. LE DEVELOPPEMENT DE LA STRUCTURE

Le développement financier de la structure sera étudié sous l'angle de l'évolution du chiffre d'affaires, du taux d'endettement et de la capacité de la CAMEG à payer ses fournisseurs.

4.4.1. L'évolution du chiffre d'affaires

L'analyse du chiffre d'affaires est nécessaire pour caractériser la place de l'entreprise dans son secteur d'activité, sa position sur le marché et ses aptitudes à développer différentes activités d'une manière profitable.

Le chiffre d'affaires représente le montant des affaires réalisées par l'entreprise avec les tiers dans l'exercice de l'activité professionnelle, normale et courante.

L'analyse de l'évolution du chiffre d'affaires se fera par une analyse de ce dernier en valeur courante puis en valeur constante après déflation à travers le tableau d'évolution du chiffre d'affaires suivi d'une analyse de sa courbe de variation.

Déflater un chiffre d'affaires consiste à passer d'une mesure de ce dernier en valeur courante à une mesure en volume ou valeur constante. Pour cela, on choisit une année de base (dans notre cas, c'est l'année 2007) puis on déflate les chiffres d'affaires des autres années pour déterminer la variation du chiffre d'affaires en valeur constante.

Pour cela, on utilise une formule qui est $CA\ constant = CA\ courant / (1 + inflation)$

Tableau n°VII : Evolution du chiffre d'affaires

Année	Chiffre d'affaires courant	Inflation Burkina en %	Chiffre d'affaires constant	Création de richesse	Taux de variation du CA constant
2008	21 508 742 394	10,66	19 436 781 487		
2009	23 210 689 774	2,61	22 620 701 906	3 183 920 419	16,38%
2010	27 241 754 110	-0,76	27 451 547 271	4 830 845 366	21,36%
2011	30 806 424 318	2,76	29 979 071 715	2 527 524 444	9,21%

Source : Synthèse à partir du compte de résultat de la CAMEG.

L'analyse du tableau du chiffre d'affaires de la CAMEG entre 2008 et 2011 nous permet de voir que les ventes aussi bien en valeur constante que courante, ont connu une hausse continue. Les ventes de l'année 2009 sont en croissance par rapport à celles de 2008, de même que celles de 2010 par rapport à 2009 et celles de 2011 par rapport à 2010.

La création de richesse (différence du chiffre d'affaires constant entre deux années) a été positive durant ces années d'étude bien qu'elle diminue en 2011. Ces ventes constituent le noyau de l'activité de la CAMEG. Les résultats enregistrés en terme de chiffre d'affaires au cours de ces années sont consécutives au dynamisme des équipes de ventes, à la bonne disponibilité des produits et aux efforts de recouvrement des créances.

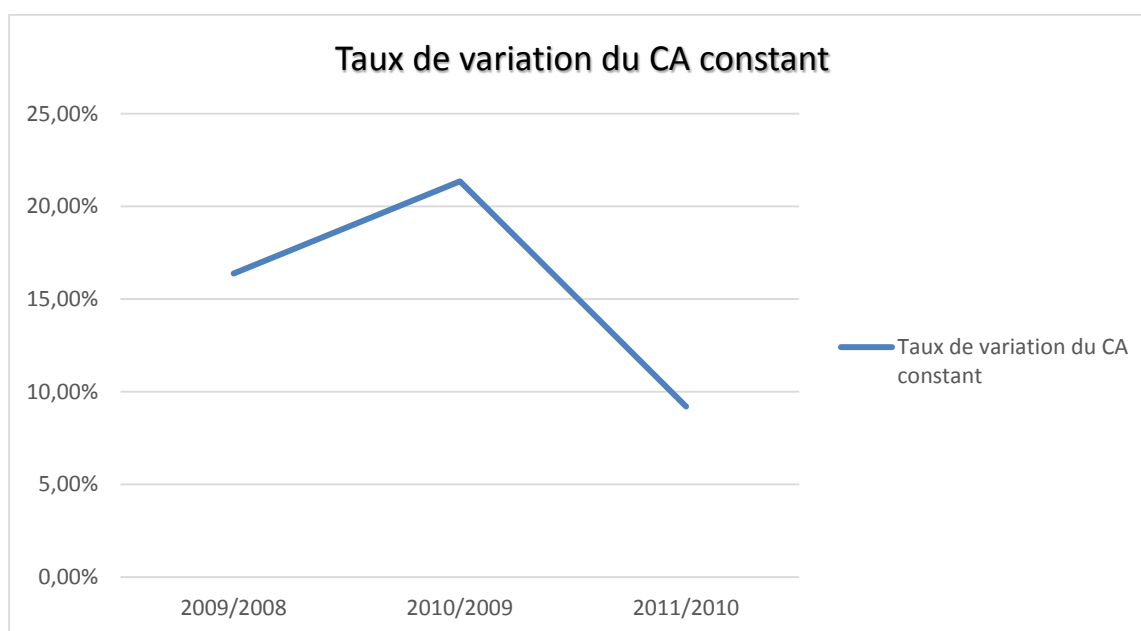


Figure n°10 : Courbe d'évolution du taux de variation du chiffre d'affaire (source : nous même à partir du tableau n°VII).

L'évolution du chiffre d'affaires constant à travers le taux de variation de ce dernier, nous montre qu'en 2008 et 2009 le chiffre d'affaires a connu une augmentation de 16,38%. De même entre 2009 et 2010 sa variation est positive de 21,36% et supérieure à celle de 2009/2008. En revanche, malgré le Pic de CA en volume est atteint en 2011, le taux de croissance a baissé à 9,21%. Cela par une stagnation du prix de vente des médicaments

associée à une diminution de la variation des quantités vendues pendant l'année 2010 à 2011.

Cette diminution s'explique par la baisse de la disponibilité de certains médicaments.

Dans l'ensemble, la structure a augmenté son activité avec une croissance continue du chiffre d'affaires en volume et la variation de la croissance est positive aussi même si celle observée entre 2011/2010 est inférieure à celle observée entre 2010/2009. On peut alors que l'hypothèse H4 (la CAMEG augmente son chiffre d'affaires) est vérifiée.

4.4.2. Le taux d'endettement sur fonds propres

Le taux d'endettement permet de mesurer la santé financière d'une entreprise en faisant ressortir la solvabilité de cette dernière.

Tableau n°VIII : Taux d'endettement de la CAMEG

Années	2008	2009	2010	2011
Fonds propres	1 787 800 016	13 252 423 840	15 306 488 376	16 717 494 249
Total endettement	11 787 802 024	13 252 425 849	15 306 490 386	16 717 496 260
Taux endettement/fonds propres	7,93%	10,89%	40,10%	30,26%

Source : Données financières tirées des comptes de bilan de la CAMEG.

Le taux d'endettement sur fonds propre est un indicateur financier qui est utilisé ici comme un révélateur. Il servira à mesurer que les résultats opérationnels de la chaîne d'approvisionnement sont en phase avec les résultats financiers de l'entreprise.

Dans le cas de la CAMEG, les résultats des taux d'endettement sur fonds propre observés sont excellents car ils sont tous inférieurs à 100%. Donc les ressources propres sont supérieures aux emprunts et cela permet à la structure de financer plus ses activités par capitaux propres lui conférant ainsi une autonomie financière.

4.4.3. Nombre de jours créances clients/nombre de jours dettes fournisseurs

L'indicateur nombre de jours de créances clients est fondamentalement lié à la relation client-fournisseur. Il représente le nombre de jours requis pour convertir une créance en liquidité, liquidité qui sera utilisée pour régler le fournisseur.

Le nombre de jours créances clients/ nombre de jours dettes fournisseurs de la CAMEG est illustré par le graphique ci-dessous.

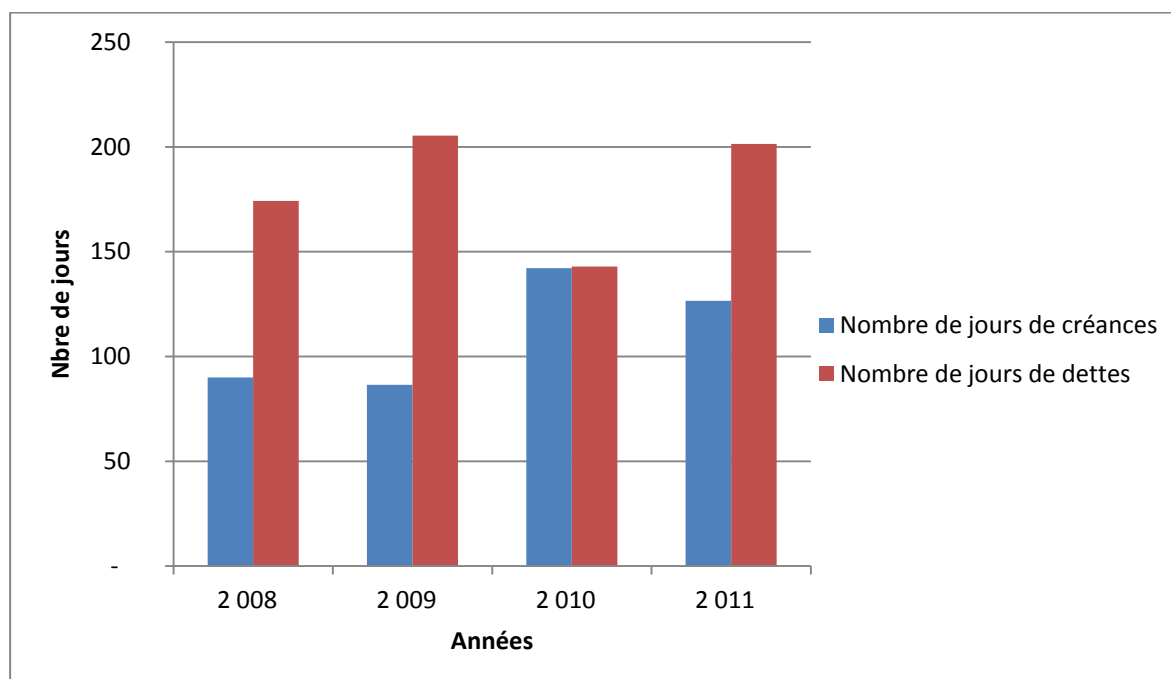


Figure n°11 : Performance en nombre de jours de créances clients et de dettes fournisseurs (source : Nous même à partir de l'analyse des rapports financiers de la CAMEG, voir annexe n° 6).

La courbe n°11 nous donne d'une part le nombre de jours de créances de clients de la CAMEG, c'est-à-dire le nombre de jours moyen que les clients de la structure mettent pour payer leurs créances et d'autre part le nombre de jours de dettes fournisseurs, c'est-à-dire le nombre moyen de jours que la CAMEG met pour régler ses fournisseurs.

Le nombre de jours de créances est de 90 jours pour l'année 2008, 86 jours pour l'année 2009, 142 jours pour l'année 2010 et 127 jours pour l'année 2011.

Ces nombres de jours de créances s'expliquent en grande partie par la part importante des créances des structures sanitaires publiques dans le total des créances. Ces structures ont leurs avoirs au niveau du trésor public et les procédures de décaissement des finances publiques viennent augmenter le nombre de jours de créances.

Le nombre de jours de dettes de fournisseurs sont de 174 jours pour l'année 2008, 205 jours pour 2009, 143 jours pour 2010 et 201 jours pour l'année 2011.

L'analyse de ces graphiques montre que pour toutes les années de l'étude, le nombre de jours moyens que la structure met à recouvrer ces créances est inférieur à celui qu'elle met pour régler ses fournisseurs. Elle encaisse donc ses fonds à temps pour régler ses fournisseurs. Cela est d'autant plus intéressant du fait que son chiffre d'affaires est principalement constitué de la vente des médicaments. Cela lui permet de se réapprovisionner de façon continue donc d'assurer une bonne disponibilité.

Au vu de la croissance de ces trois (03) indicateurs, on peut dire que la structure arrive à régler ses fournisseurs.

L'hypothèse H5 (la CAMEG arrive à régler ses fournisseurs) est donc vérifiée.

CHAPITRE V : DISCUSSION

La recherche de la littérature nous conduit à dire que les études d'évaluation de la performance des centrales d'achat de médicaments sont relativement rares. Il y a d'autres études, mais la plupart du temps, les outils développés, dans les pays en développement pour évaluer la chaîne d'approvisionnement ne sont pas spécifiques à cette dernière mais se penchent sur tout le système pharmaceutique en allant des politiques jusqu'à leur utilisation dans les services de santé.

Déjà en 1996, l'OMS avait défini une série d'indicateurs pour le suivi de la mise en œuvre des politiques pharmaceutiques avec 38 indicateurs de performance qui permettent un suivi des principaux aspects de chaque stratégie prioritaire de la politique pharmaceutique:

- la mise en place d'une législation et d'une réglementation pharmaceutiques appropriées ;
- la sélection des médicaments essentiels et amélioration de la procédure d'homologation ;
- le maintien d'une part significative du budget de la santé pour les médicaments et mise sur pied d'une politique de financement pertinente dans le secteur public ;
- l'amélioration des procédures d'achat de médicaments dans le secteur public ;
- le renforcement de la logistique et de la distribution des médicaments dans le secteur public ;
- la mise en place d'une politique des prix des médicaments, tant pour le secteur public que pour le secteur privé et
- la valorisation de l'information et des programmes de formation continue sur l'usage des médicaments.

Dans le cadre de chacune des stratégies, les indicateurs de performance permettent d'évaluer l'efficacité et l'efficience des activités et mécanismes qui ont été mis en place. Cette efficacité est mesurée en fonction de normes fixées au niveau national et qui peuvent évoluer avec le temps.

C'est également le cas de DELIVER (2008), qui a développé un Outil d'évaluation des indicateurs logistiques (OEIL) au niveau des structures sanitaires pour évaluer la performance

du système logistique et certains résultats de programmes, ainsi que la disponibilité des produits de santé. C'est un outil d'évaluation quantitatif, qui mesure cinq indicateurs logistiques:

- l'état du stock (pourcentage de centres dont les niveaux de stock garantissent une disponibilité des produits à court terme) ; fréquence de rupture de stock (pourcentage de centres ayant connu une rupture de stock, à n'importe quel moment pendant une période de temps donnée ou lors de la visite.) ;
- les conditions de stockage ;
- la précision des prévisions (différence, exprimée en pourcentage, entre les prévisions de consommation et la consommation effective) ;
- la qualité des données du SIGL (pertinence des données logistiques pour la gestion de stock) et
- le taux de satisfaction des commandes (pourcentage de commandes passées et satisfaites comme requis).

DELIVER a également développé l'Outil d'évaluation du système logistique (O.E.S.L) qui permet d'évaluer les performances d'un système logistique d'un programme sanitaire donné. Cet outil suit le cycle logistique et examine l'ensemble des composantes du cycle. Ses objectifs consistent à diagnostiquer les domaines qui nécessitent des améliorations, contrôler les performances du système, sensibiliser l'ensemble des partenaires aux performances du système, recueillir les connaissances (logistiques) des personnes interrogées et utiliser les résultats de l'analyse à des fins de planification du travail. D'une manière générale, les principaux éléments sur lesquels se concentre l'OESL en vue d'évaluer un programme de santé sont, l'organisation et la gestion du personnel, le système d'information de gestion (SIGL), la sélection des produits, les prévisions, l'acquisition des produits, les procédures de contrôle d'inventaire, le stockage, le transport et distribution, l'appui institutionnel, l'utilisation des produits et le financement.

Néanmoins, ce type d'étude est intéressant car elle permet d'évaluer les activités qui sont propres à la centrale d'achat. La CAMEG arrive à assurer avec efficacité et efficience les achats et cela engendre des effets bénéfiques comme une diminution des tarifs des produits pharmaceutiques qui sont plus avantageux car négociés pour tout le circuit. Cette étude a révélé par l'analyse du taux de rupture de stock, du ratio technique d'achat, du ratio prix

d'achat, du ratio des produits périmés et avariés que la CAMEG a accompli avec efficacité et efficience, les activités de la chaîne logistique qui ont été prises en compte dans cette évaluation et ceci en ayant une évolution positive de son chiffre d'affaires et en arrivant à régler ses fournisseurs.

On peut dire qu'elle est une structure pérenne, puisque selon BARBEREAU(2013), pour qu'une centrale d'achat soit pérenne il faut qu'elle arrive à:

- assurer son indépendance technique et financière ;
- sortir des procédures des marchés publics (les recettes doivent venir des ventes de médicaments ;
- solvabiliser les acheteurs et
- Augmenter son chiffre d'affaires pour diminuer les marges et faire baisser les prix des produits.

RECOMMANDATIONS

De l'analyse des résultats de cette recherche, les mesures proposées pour améliorer la performance de la CAMEG sont :

- ❖ veiller au respect des délais de livraison des commandes par les différents fournisseurs car le non-respect de ces derniers sont la principale cause de rupture de stock au niveau de la CAMEG ;
- ❖ renforcer la coordination avec les structures sanitaires pour éviter les ruptures ou les surplus de stock au niveau de ces dernières ;
- ❖ renforcer la logistique surtout en ce qui concerne les bons de commande des structures de santé. Ces derniers ne sont pas informatisés et cela empêche l'évaluation du taux de satisfaction des commandes ;
- ❖ fixer une norme décroissante d'année en année pour ce qui est du ratio de produits périmés et avariés pour une baisse des pertes dues aux avariés et périmés donc une réduction du gaspillage.

CONCLUSION

Les médicaments jouent un rôle capital en santé publique. Ils peuvent sauver des vies et améliorer la santé. Ils améliorent la confiance et la participation dans les services de santé et jouent également un rôle d'interface entre le prescripteur, le dispensateur et le consommateur.

Aussi, les ruptures d'approvisionnement à répétition placent les patients ainsi que les professionnels de la santé dans une situation problématique.

Dans notre étude sur la CAMEG, structure sur laquelle repose le système national d'approvisionnement pour assurer l'accessibilité des médicaments, nous avons observé une baisse progressive de la disponibilité des médicaments de 2008 à 2011. En effet, le taux de rupture est passé de 0.56% en 2008 à 0.74%, 1.11% et 4.63% respectivement en 2009, 2010 et 2011. Bien que ce taux soit passé à 4.63% en 2011, la structure a assuré une disponibilité minimale de 95.37%. Les politiques d'acquisition lui permettent d'avoir les médicaments à moindre coût pour la population. En effet, le ratio technique d'achat était supérieure à 80% durant notre étude (94.82%, 97.33%, 93.35% et 98.29% respectivement en 2008, 2009, 2010 et 2011). Elle passe presque tous ses achats par appel d'offres international, ce qui lui permet d'avoir un bon rapport qualité/prix. Elle enregistre aussi un ratio prix d'achat des médicaments inférieur à 1 (79.84%, 68.64%, 59.33%, 58.34% respectivement en 2008, 2009, 2010 et 2011) donc les prix de d'achat de ses médicaments sont inférieurs aux prix de référence internationaux.

De plus, elle assure son activité de gestion de stock avec moins de 3% de perte pour cause de péremption et avarie avec un ratio de produits périmés et avariés allant de 2.3% en 2008 à 2.83%, 2.27% et 2.88% respectivement en 2009, 2010 et 2011.

Le chiffre d'affaires a été en croissance continue. La CAMEG arrive aussi à recouvrer ses créances auprès de ses clients à temps pour régler ses dettes fournisseurs et dispose de ressources propres pour financer ses activités.

Tout ceci nous a permis de voir que si la structure a été moins efficace en ce qui concerne la disponibilité des médicaments, elle a été, par contre, efficace dans ses fonctions d'acquisition et de gestion du stock. De plus, elle a une bonne situation financière qui lui permet d'assurer un approvisionnement continu en médicaments essentiels génériques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Aronovich, Dana, Marie Tien Ethan Collins, Adriano Sommerlatte, and Linda Allain. Measuring Supply Chain Performance: Guide to Key Performance Indicators for Public Health Managers. Arlington, 2010. Va.: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 1.

Barbureau S, L'approvisionnement en médicament dans les pays en voie de développement, il faut sauver les centrales d'achats publiques de médicaments en Afrique, Médecine et santé tropicales, vol 23, juillet-aout-septembre 2013.

Blaise Pierre, Dujardin Bruno, De Béthune Xavier, Vandenberg Daniel : Les centrales d'achat de médicaments essentiels ; une priorité pour les systèmes de santé des pays en développement, cahiers santé, 8, 217-26.

Brewer, p.c., speh, t.w. (2000). «Using the balanced scorecard to measure supply chain performance», Journal of business logistics, vol.21, n°1, p.75-93.

Brudon Pascal, Rainborn Jean-Daniel, Reich. R. Michael, Indicateurs pour le suivi de la mise en œuvre des politiques pharmaceutiques, guide pratique, OMS, 1996, 264 pages .

Bourguignon A, Peut-on définir la performance ? Revue française de comptabilité, n°269, juillet-aout 1995.

Cellule d'appui à la décentralisation des services (CADSS), formation des médecins en gestion des districts sanitaires MS/DGSP/CADSS, modules 1 à 15, Ouagadougou 2001.

David Radoli : médicaments essentiels en soins de santé primaires, contact, une publication du conseil œcuménique des églises, n°187, janvier-mai 2009.

Direction Générale de la Pharmacie du Médicament et des Laboratoires : Cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé au Burkina Faso, OMS 2010.

Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires : Mesurer les prix, la disponibilité, l'accessibilité financière et les composantes des prix des médicaments au Burkina Faso, Rapport d'étude 2010.

Dowling Paul, chaînes d'approvisionnement de la santé dans les pays en développement : analyse de la situation, Arlington (va), USAID/DELIVER PROJECT, task order 4, 2011

Getting products to people : The JSI Framework for integrated supply management in public health, january 2012.

Gleason, J., Barnum, D.T. (1982). «Toward Valid Measures of Public Sector Productivity: Productivity Measures in Urban Transit», Management Science, Vol.28, n04, p.379-386.

Jacoby D., Guide to supply chain management: how getting it right boosts corporate performance, John Wiley & Sons, 2009.

Jobin, M.H., Beaulieu, M., Bovin, A. (2003). «Gérer la performance de la logistique hospitalière», Groupe de Recherche Chaîne, HEC Montréal, Cahier n003-02, Montréal.

Karim, Ali Mehryar, Briton Bieze, and Jaya Chimnani. 2008. Measuring Family Planning Logistics System Performance in Developing Countries: Working Paper. Arlington, Va.: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order.

Lee, H. (2004). "The Triple-A Supply Chain", Harvard Business Review, October pp. 102-12.

Marion A., Asquin A., Everaere C., Vinot D., Wissler M., Diagnostic de la performance d'entreprise, Concepts et Méthodes, Dunod 2012.

Medori D, Steeple D, A framework for auditing and enhancing performance measurement systems, International Journal of operations and production management, 20(5), 520-533, 2000.

Melchior Salgado : Analyse des fondamentaux de la performance et de sa valorisation, le projet RVAL, hal-00842228, version 1-8 Jul 2013.

Ministère de la Santé, Direction Générale de l'Information et des Statistiques Sanitaires : Annuaire statistique 2012, mai 2013, Burkina Faso.

Ministère de la Santé : Comptes nationaux de la santé et sous comptes paludisme, tuberculose et VIH/SIDA, 2009, Burkina Faso.

Ministère de la Santé, Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires, Liste nationale des médicaments et consommables médicaux essentiels, Edition 2012, Burkina Faso.

Ntayi, J.M., Gerrit, R., and Eyaa, S. (2009), Supply Chain Swiftness in a Developing Country: The Case of Uganda Small and Medium Sized Enterprises, E-Journal of Business and Economic Issues, Vol. IV, No. I.

Organisation Mondiale de la Santé, rapport sur la performance des systèmes de santé, 2000.

Perspectives Politiques de l'OMS sur le médicament : stratégie pharmaceutique de l'OMS, 2000-2003, n°1, décembre 2000, Genève.

Perspectives Politiques de l'OMS sur le médicament : accès équitable aux médicaments essentiels, cadre d'action collective, Mars 2004, Genève.

Pratiques à Haut Impact dans la Planification Familiale (HIP) : Gestion de la chaîne d'approvisionnement, Investir dans la sécurité contraceptive et consolider les systèmes de santé. Washington USAID, novembre 2012.

Pross Nagitta Oluka, Francis Ssenoga and Stephen Kambaza Tackling Supply Chain Bottlenecks of Essential Drugs: a Case of Uganda Local Government Health Units, août 2010.

Ramdas, K. and R. Spekman. "Chain or Shackles: Understanding What Drives Supply Chain Performance", Interfaces, (30:4), 2000, pp. 3-21.

Rapport d'évaluation du système national de réglementation pharmaceutique du Burkina Faso
Ministère de la santé DGPML, septembre 2009.

Simatupang, T.M. and Sridharan, R. (2004). "The Collaboration Index: A Measure for Supply
Chain Colloboration" International Journal of Physical Distribution & Logistics Management,
(35:1), pp. 44-62.

USAID | PROJET DELIVER, Commande de travail n° 1. 2008. Outil d'Évaluation des
Indicateurs Logistiques (OEIL). Arlington, Va.: USAID | PROJET DELIVER, Commande de
travail n° 1.

USAID | PROJET DELIVER, Commande de travail n° 1. 2007. Indicateurs de suivi et
d'évaluation de performance des systèmes logistiques. Arlington, Va.: USAID | PROJET
DELIVER, Commande de travail n° 1.

USAID, PROJET DELIVER, Supply chain integration: seamlessly linking the pieces,
Arlington, VA: USAID, PROJET DELIVER, 2011, p 9.

WHO (World Health Organisation) 2008a, Global Burden of Disease Summary Tables,
Geneva, WHO.

WHO (World Health Organisation) 2008b, The Ten causes of death, Fact Sheet, n°310,
Geneva, WHO.

Yadav, P., H. L. Tata, and M. Babaley. 2011. "Storage and Supply Chain Management."
World Medicines Situation Report. Geneva: World Health Organization.

www.worldbank/donnéespays Dernière mise à jour: 30 sept. 2013.

www.cameg.com

http://www.burkinafaso-cotedazur.org/documents/documents/demographie/carte_burkina.jpg

ANNEXES

Annexes n°1 : Liste des 45 médicaments essentiels génériques traceurs au niveau
DRD

Tableau n°I : liste des 45 médicaments essentiels génériques traceurs au niveau DRD

N°	DESIGNATION	FORMES	DOSAGE
1	Acetylsalicylate de lysine	Pdre inj	Equiv 500mg base
2	Acyclovir	Comp	400mg
3	Alcool éthylique	Solution	96°
4	Amoxicilline	Susp buv	250mg/5ml
5	Amoxicilline	Gél	500mg
6	Ampicilline	Pdre inj	500mg ou 1g
7	Artésunate+Amodiaquine ou Artemether + Luméfantrine	Comp	50mg+153mg ou 20 mg + 120mg
8	Benzathine Benzylpénicilline	Pdre inj	2,4 M UI
9	Butylscopolamine	Inj	10mg/1ml
10	Ceftriaxone	Pdre inj	500mg
11	Ciprofloxacine	Comp	500mg
12	Cloxacilline	Gélule/comp	500mg

**Evaluation de la performance d'une centrale d'achat : cas de la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels Génériques et de Consommables Médicaux (CAMEG) du
Burkina Faso**

13	Compresse	Conso	40X40
14	Coton	Conso	50g
15	Cotrimoxazole	Comp	480mg
16	Diazépam	Inj	5mg/ml; 2ml
17	Eau Ppi	Inj	5ml
18	Erythromycine	Comp	500mg
19	Fluconazole	Gélule	50mg
20	Furosémide	Inj	10mg/ml, 2ml
21	Gants chirurgicaux	Conso	7,5 ; 8
22	Glucose	Inj	5%, 10% ; 250ml, 500ml
23	Hydrocortisone	Poudre Inj	100mg
24	Ibuprofène	Comp	400mg
25	Intranule	Conso	
26	Mebendazole	Comp	100mg
27	Métoclopramide	Inj	5mg/ml; 2ml
28	Métronidazole	Comp	250mg
29	Métronidazole	Susp buv	125mg/5ml
30	Miconazole	Crème	2%
31	Ocytocine	Inj	5 UI/ml
32	Paracétamol	Comp	500mg,

**Evaluation de la performance d'une centrale d'achat : cas de la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels Génériques et de Consommables Médicaux (CAMEG) du
Burkina Faso**

33	Perfuseur	Conso	
34	Phénobarbital	Inj	100mg/ml
35	Phénoxyméthyl pénicilline	Comp	250mg
36	Polyvidone iodée	Sol externe	10%
37	Quinine	Inj	100mg/ml, 4ml
38	Quinine	Comp	300mg
39	Ringer lactate	Inj	
40	Sel ferreux+acide folique	Comp	60 mg+400 µg
41	Sels de réhydratation orale	Poudre	Glucose anhydre 13,5g, NaCl 2,6g, Citrate trisodique 2,9g, KCl 1,5g
42	Seringue	Inj	5ml, 10ml
43	Sodium chlorure	Inj	0,90%
44	Sulfadoxine/pyriméthamine	Comp	500mg+25mg
45	Tétracycline	Pommade	1%

Source : Liste nationale des médicaments et consommables médicaux essentiels, 2012

Annexe n°2 : Tableau des ratios de rupture 2008 (source ; rapport d'activités CAMEG)

RATIO RUPTURE DE STOCK ANNEE 2008													
MOIS													
	JAN	FEV	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOU T	SEPT	OCT	NOV.	DEC	ANNNE 2008 Moyenne
Nombre de produits cibles en rupture	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0,25
Nombre total de produits cibles	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45
Taux de rupture	0,00%	2,22%	0,00%	0,00%	0,00 %	2,22 %	2,22 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,56%

**Evaluation de la performance d'une centrale d'achat : cas de la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels Génériques et de Consommables Médicaux (CAMEG) du
Burkina Faso**

Annexe n°3 : Tableau des ratios de rupture 2009 (source ; rapport d'activités CAMEG)

RATIO RUPTURE DE STOCK ANNEE 2009													
MOIS													
	JAN	FEV	MARS	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	ANNEE 2009 MOYENNE
Nombre de produits cibles en rupture	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0,33
Nombre total de produits cibles	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45
Taux de rupture	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,22%	2,22%	2,22%	2,22%	0,74%

Annexe n°4 : Tableau des ratios de rupture 2010 (source ; rapport d'activités CAMEG)

RATIO RUPTURE DE STOCK ANNEE 2010													
MOIS													
	JAN	FEV	MARS	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	ANNEE 2010 MOYENNE
Nombre de produits cibles en rupture	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0,5
Nombre total de produits cibles	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45
Taux de rupture	2,22%	2,22%	0,00%	0,00%	0,00%	2,22%	2,22%	2,22%	2,22%	0,00%	0,00%	0,00%	1,11%

Annexe n°5 : Tableau des ratios de rupture 2011 (source ; rapport d'activités CAMEG)

RATIO RUPTURE DE STOCK ANNEE 2011													
MOIS													
	JAN	FEV	MARS	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	ANNEE 2011 MOYENNE
Nombre de produits cibles en rupture	4	2	2	2	2	1	2	3	3	4	0	0	2,08
Nombre total de produits cibles	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45
Taux de rupture	8,89%	4,44%	4,44%	4,44%	4,44%	2,22%	4,44%	6,67%	6,67%	8,89%	0,00%	0,00%	4,63%

0 signifie qu'aucun produit cible n'a été en rupture de stock simultanément dans les agences pendant au moins une semaine, au cours de ce mois.

1 signifie qu'un produit cible a été en rupture de stock simultanément dans les agences de la CAMEG pendant au moins une semaine au cours du mois.

2 signifie que deux des produits cibles ont été en rupture de stock simultanément dans les agences de la CAMEG pendant au moins une semaine au cours du mois.

3 signifie que trois des produits cibles ont été en rupture de stock simultanément dans les agences de la CAMEG pendant au moins une semaine au cours du mois.

4 signifie que quatre des produits cibles ont été en rupture de stock simultanément dans les agences de la CAMEG pendant au moins une semaine au cours du mois.

Annexe n°6 : Tableau du nombre de jours des créances des clients et de dettes fournisseurs

Année	Chiffre d'affaire	Achats de médicaments	Créances clients	Dettes fournisseurs	Nombre de jours de créances	Nombre de jours de dettes
2 008	21 508 742 394	20 419 667 904	5 377 638 396	9 881 337 095	90	174
2 009	23 210 689 774	20 856 874 169	5 574 534 559	11 901 671 476	86	205
2 010	27 241 754 110	23 629 145 188	10 755 134 255	9 379 831 086	142	143
2 011	30 806 424 318	29 923 186 019	10 828 477 968	16 739 768 403	127	201