

MINISTRE DE L'EDUCATION REPUBLIQUE DU MALI
NATIONALE

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



**UNIVERSITES DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO
FACULTES DE PHARMACIE**

Année Universitaire : 2017-2018

N°.....

THESE

**Etude managériale de la sous fréquentation
des pharmacies hospitalières : cas CHU
Point G.**

Présentée et soutenue publiquement Le:31/12/2018 devant le jury

De la faculté de pharmacie Par :

Mr. Marcel TRAORE

Pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président :Pr.Elimane MARIKO

Membre :Dr Yaya GOITA

Membre: Dr Balla Fatogoma COULIBALY

Directeur : Pr. Saïbou Maïga

Co-Directeur : Dr Issa Coulibaly

LISTE DES ENSEIGNANTS

**LISTE DES MEMBRES DE L'ADMINISTRATION ET DU CORPS
ENSEIGNANT A LA FACULTÉ DE PHARMACIE ANNEE
UNIVERSITAIRE 2017-2018.**

ADMINISTRATION

DOYEN : M. Boubacar TRAORE, Professeur

VICE-DOYEN : M. Ababacar MAIGA, Professeur

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : M. Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

AGENT COMPTABLE : M. Famalé DIONSAN, Contrôleur des Finances.

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Boubacar	Sidiki CISSE	Toxicologie
M. Mahamadou	CISSE	Biologie
M. Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
M.Souleymane	DIALLO	Bactériologie, Virologie
M.Kaourou	GOUCOURE	Physiologie
M. Boulkassoum	HAÏDARA	Législation
M. Moussa	HARAMA	Chimie Organique (décédé)
M. Gaoussou	KANOUTE	Chimie Analytique
M. Alou A.	KEÏTA	Galénique
M. Mamadou	KONE	Physiologie
M. Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
M. Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
M. Abdourahamane S.	MAÏGA	Parasitologie
M. Elimane	MARIKO	Pharmacologie

DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

M. Mounirou	BABY	Hématologie
M. Bakary M.	CISSE	Biochimie
M. Abdoulaye	DABO	Biologie/Parasitologie
M. Alassane	DICKO	Santé Publique
M. Amagana	DOLO	Parasitologie-Mycologie
M. Ousmane	KOITA	Biologie-Moléculaire

M. Boubacar TRAORE Parasitologie-Mycologie

2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE

M. Flabou BOUGOUDOGO Bactériologie-Virologie
M. Mahamadou DIAKITE Immunologie-Généraliste
M. Abdoulaye DJIMDE Parasitologie-Mycologie
M. Akory Ag IKNANE Santé Publique/Nutrition
M. Bourèma KOURIBA Immunologie, Chef de DER
M. Ousmane TOURE Santé Publique/ Santé environnement

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

M.Mohamed AG BARAIKA Bactériologie-virologie
M. Charles ARAMA Immunologie
M.Boubacar Tiétié BISSAN Biologie clinique
M.Seydou Sassou COULIBALY Biochimie clinique
Mme.Djénèba Koumba DIABITAO Biologie moléculaire
M.Laurent DEMBELE Biotechnologie microbienne
M.Klétigui Casimir DEMBELE Biochimie clinique
M. Seydina S. A. DIAKITE Immunologie
M.Yaya GOÏTA Biochimie clinique
Pr. Aldjouma GUINDO Hématologie
M. Ibrahima GUINDO Bactériologie Virologie
M. Kassoum KAYENTAO Santé Publique/ Bio statistiques
Mme.Aminatou KONE Biologie Moléculaire
M.Birama Apho LY Santé publique
M.Dinkorma OUOLOGUEM Biologie cellulaire
M. Issaka SAGARA Santé Publique/ Bio statistiques
M.Samba Adama SANGARE Bactériologie
M. Fanta SANGHO Santé publique
M. Mahamadou S. SISSOKO Santé Publique/ Biostatistiques

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

M. Djeneba COULIBALY Nutrition/Diététique
M. Djibril Mamadou COULIBALY Biochimie clinique

M. Souleymane	DAMA	Parasitologie entomologie med
M. Issa DIARRA		Immunologie
M. Mamadou Lamine	DIARRA	Botanique –Biologie végétale
Mme. Fatou DIAWARA		Epidémiologie
Mme Merepen dit Agnès	GUINDO	Immunologie
M. Oumar	GUINDO	Epidémiologie
M. Falaye	KEÏTA	Santé publique/Santé environnement
Mme. N'Deye Lailah Nina	KOITE	Nutrition
M.Yacouba	MAÏGA	Bio Statistique
M. Amadou Birama	NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
M. Oumar SANGHO		Epidémiologie
M. Diakaridja	TRAORE	Hématologie

DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

M. Drissa DIALLO		Pharmacognosie
M. Saïbou	MAÏGA	Législation
Mme.Rokia	SANOGO	Pharmacognosie Chef de DER

2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE

Néant

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

M. Loséni BENGALY		Pharmacie hospitalière
M. Bakary M.	CISSE	Galénique
M. Yaya	COULIBALY	Législation
M. Issa COULIBALY		Gestion
M Balla F.	COULIBALY	Pharmacie Hospitalière
M.Hama Boubacar	MAÏGA	Galénique
M.Moussa	SANOGO	Gestion
Mme.Adiaratou	TOGOLA	Pharmacognosie

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

M. Seydou L	COULIBALY	Gestion Pharmaceutique
M. Antoine	DARA	Sciences Pharmaceutiques
M. Daouda L.	DEMBELE	Pharmacognosie

M. Adama	DENOU	Pharmacognosie
M. Sekou	DOUMBIA	Pharmacognosie
M. Mahamane	HAÏDARA	Pharmacognosie
Mme Assitan KALOGA		Législation
M. Ahmed MAÏGA		Législation
Mme Aïchata B. A.	MARIKO	Galénique
M. Aboubacar	SANGHO	Législation
M. Bourama	TRAORE	Législation
M. Karim	TRAORE	Sciences Pharmaceutiques
M. Sylvestre	TRAORE	Gestion Pharmaceutique
Mme Aminata T.	TRAORE	Pharmacie Hospitalière
M. Mohamed dit S	TRAORE	Pharmacie Hospitalière

DER : SCIENCES DU MÉDICAMENT

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

M. Ousmane	DOUMBIA	Pharmacie Chimique
M. Benoit	Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
M. Ababacar I.	MAÏGA	Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

M Sékou	BAH	Pharmacologie, Chef de DER
---------	-----	----------------------------

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

M. Dominique P.	ARAMA	Pharmacie Clinique
M. Mody	CISSE	Chimie Thérapeutique
M. Tidiane	DIALLO	Toxicologie
M. Hamadoun Abba	TOURE	Bromatologie

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

M. Mahamadou	BALLO	Pharmacologie
Mme Dalaye B.	COULIBALY	Chimie Analytique
M. Blaise	DACKOOU	Chimie Analytique
Mme Fatoumata	DAOU	Pharmacologie
M. Ousmane	DEMBELE	Chimie Thérapeutique
M. Abdourahamane	DIARA	Toxicologie Bromatologie
M. Aiguerou dit A.	GUINDO	Pharmacologie

M. Madani	MARIKO	Chimie Analytique
M. Mohamed E. B	NACO	Chimie Analytique
M. Mahamadou	TANDIA	Chimie Analytique
M. Dougoutigui	TANGARA	Chimie Analytique
M. Hamadou A.	TOURE	Bromatologie

DER : SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

M. Moctar	DIALLO	Biologie / Chef de DER
M. Cheick F	TRAORE	Biologie/ Entomologie
M.Mamadou	TRAORE	Génétique

2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE

M.Lassana	DOUMBIA	Chimie appliquée
-----------	---------	------------------

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

M. Abdoulaye	KANTE	Anatomie
M. Boureima	KELLY	Physiologie Médicale

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

M. Seydou	SIMBO DIAKITE	Chimie Organique
M. Modibo	DIALLO	Galénique
M.Moussa	KONE	Chimie organique
M. Massiriba	KONE	Biologie Entomologie

CHARGES DE COURS (VACATAIRES)

M. Cheick O.	BAGAYOKO	Informatique
M. Babou	BA	Anatomie
M. Adourahamane	COULIBALY	Anthropologie Médicale
M. Souleymane	COULIBALY	Psychologie de la Santé
M. Bouba	DIARRA	Bactériologie
M. Modibo	DIARRA	Nutrition
M. Moussa I	DIARRA	Biophysique
M. Babacar	DIOP	Chimie
M. Atimé	DJIMDE	Bromatologie
M. Yaya	KANE	Galénique

M. Boubacar	KANTE	Galénique	
M. Aboubakary	MAÏGA		Chimie organique
M. Massambou	SACKO	SCMP/SIM	
M. Modibo	SANGARE	Anglais	
M. Sidi B.	SISSOKO	Histologie-Embryologie	
Mme Fatoumata	SOKONA	Hygiène du Milieu	
M. Fana	TANGARA	Maths	
M. Abdel K.	TRAORE		Pathologies Médicales
M. Boubacar	ZIBEÏROU		Physique

DEDICACE

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,

L'amour, le respect, A ceux qui me sont les plus chers

A ceux qui ont toujours cru en moi

A ceux qui m'ont toujours encouragé

Ainsi, c'est tout simplement que...

Je dédie cette thèse...

A l'Eternel Tout Puissant « Demandez, vous obtiendrez ; chercher, vous trouverez ; frappez, la porte vous sera ouverte. Celui qui demande reçoit ; celui qui cherche trouve ; et pour celui qui frappe, la porte s'ouvrira » Mt 7 :7-8 Je te rends grâce pour le don de la vie et tes immenses bienfaits. Mon âme te bénira toujours !

A mon feu père NOEL TRAORE

Dieu t'a rappelé quand j'ai eu mon DEF, Je me préparais à commencer le secondaire. Mais bien avant, tu m'as montré le chemin de Dieu, tu m'as appris à me débrouiller et à prendre soin de ma maman, frères et sœurs. Je te demande pardon pour toutes les amertumes liées à mon âge. Tu as voulu que je sois un pharmacien digne de ce nom. A travers ce travail, je voulais te dire que la jeune plante que tu as laissée est devenue un arbre prêt à porter de fruits. Sois toujours mon ange gardien. Que la terre de nos ancêtres te soit légère papa !

A ma maman KADIDIA TOURE :

Toi qui m'as donné le souffle de vie, toi qui m'as élevé dans la sérénité du cœur, toi qui t'es débrouillée seule après la mort de papa, sans rien, pour nous nourrir et nous éduquer. Que ce travail soit la récompense de tant d'amour, de sacrifices et de tant de patience pour tes enfants. Puisse l'Eternel, t'accorder une longue vie afin que je puisse te témoigner tout mon amour et ma gratitude. MERCI pour tout ce que tu fais pour moi. Je t'aime Maman !

A mes frères et sœurs : Marie Jeanne, Angeline, Jean Augustin, Albert et Etienne

Vous avez toujours été d'une façon ou d'une autre présent dans ma vie. J'ai toujours pu compter sur vous. Notre éducation couronnée d'amour et de quiétude demeure une force

indestructible dans le dur combat de la vie. Je vous dédie ce travail en espérant qu'il contribuera à consolider nos liens familiaux.

A mes oncles, tontons, tantes, cousins et cousines :

Je vous suis reconnaissant pour tout le soutien que vous n'avez jamais cessé de m'apporter tout au long de ces années.

Trouver ici mes profondes affections

A ma très chère grande famille

Vous avez été pour moi au long de mes études le plus grand symbole d'amour,

De dévouement qui ont ni cessé ni diminué.

Votre bonté et votre générosité sont sans limite.

Vos prières m'ont été d'un grand soutien au cours de ce long parcours.

J'espère de tout mon cœur qu'en ce jour vous soyez fière de moi, et que je réalise l'un de vos rêves.

Pour tous les encouragements et le réconfort qui n'ont cessé de me servir de guide.

J'espère être le garçon que vous aviez voulu que je sois, et je m'efforcerai d'être digne de ce que vous auriez souhaité que je sois.

Ce titre de docteur en pharmacie je le porterai fièrement et je vous le dédie tout particulièrement.

Puisse Dieu vous procure bonheur, santé, longue vie et vous garder à mes côtés le plus longtemps possible.

A mes très chers amis :

Aucun mot ne saurait exprimer tout ma gratitude et ma reconnaissance envers vous, pour votre soutien et votre patience, pour vos efforts et votre dévouement.

Je dédie ce travail à toutes nos préparations, les jours et les nuits blanches, nos larmes et nos fous rires, nos déceptions et nos éclats de joie.

A tous les moments qu'on a passés ensemble. A notre belle amitié.

Que Dieu vous comble de bonheur, de santé, de succès et de prospérité dans votre vie, vous protège.

A tous ceux dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

REMERCIEMENTS

A l'Afrique toute entière

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'accès aux soins de ta population.

A mon pays natal, le Mali

Tu m'as vu naître et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une instruction. Tu m'as donné un savoir incommensurable. Ma Profonde gratitude.

A tous les enseignants de la Faculté de Pharmacie et de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Merci pour la qualité de la formation

A mon Professeur Saibou Maïga : cher maître vos qualités humaines et religieuses font de vous une référence parmi vos semblables et un modèle à suivre. Votre disponibilité constante et vos soutiens ne m'ont jamais fait défaut. Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mon co-directeur Dr ISSA COULIBALY :

Je n'ai pas les mots justes pour vous remercier de la qualité de l'encadrement, pour votre disponibilité à n'importe quelle heure.

Vous avez été un conseiller, un grand frère et même un ami une fois de plus merci.

Au personnel de la pharmacie IDIELYDO: Pr GUINDO Aldiouma, Dr DIARRA Siraman, Dr SANOGO Benjamin, Tanti Hawa, KONATE Aminata, SANGARE Aminata, GOITA Almadane, Mamadou Sangare

Au personnel du laboratoire Sandoz Mali ;

A toute la promotion feu Albert DEMBELE :

Mes condisciples, merci pour tout.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

- **Professeur ELIMANE MARIKO**
- **Professeur titulaire en pharmacologie à la Faculté de médecine, de pharmacie et**
- **d'Odontostomatologie ;**
- **Colonel-major des forces armées du Mali / à la retraite.**

Honorable maître,

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre sens aigu du devoir d'assurer une formation de qualité à vos élèves, votre simplicité et votre disponibilité sont des valeurs qui font de vous un grand homme de science apprécié de tous.

Au moment de juger ce travail, recevez cher maître notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur El HADJI SAIBOU MAIGA

- **Professeur titulaire en législation à la FAPH ;**
- **Membre du comité national de la pharmacovigilance ;**
- **Pharmacien titulaire de l'officine du Point G ;**
- **Membre du comité d'éthique de la FAPH/FMOS ;**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali.**

Honorable maître,

A l'honneur que vous nous faites en acceptant d'être le directeur de cette thèse est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde reconnaissance.

Votre gentillesse extrême, vos qualités humaines et professionnelles ainsi que votre extrême disponibilité nous inspirent une grande admiration et un profond respect.

Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre gratitude et votre grande estime.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Dr Issa COULIBALY

- **Enseignant-chercheur ;**
- **Maître Assistant en gestion à la FMOS et FAPH ;**
- **Chef de service des examens concours et à la faculté FMOS et FAPH.**

Cher maître,

En acceptant de codiriger cette thèse, fut pour moi un grand honneur et même une fierté. Tout au long de ce travail, nous n'avons pas manqué d'appréhender et d'admirer votre sens du travail bien accompli. Trouvez ici, cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Dr Yaya GOITA

➤ **Maitres Assistant/Chargé des cours de biochimie à la FAPH.**

Cher maître,

Par votre sagesse, vous êtes considérés comme une personne ressource. Le choix porté sur vous à juger ce travail n'est pas fortuit, vous nous faites honneur.

Votre abord facile et votre simplicité sont des atouts qui nous ont fasciné et dont nous avons bénéficié au cours de notre travail.

Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Dr Balla Fatogoma COULIBALY

➤ **Maitre-Assistant en pharmacie hospitalière à la FAPH.**

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury, malgré vos nombreuses occupations. La clarté de votre enseignement, votre simplicité et votre sens élevé du devoir ont forcé notre admiration. Veuillez accepter l'expression de notre profonde gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACO : Association de Santé Communautaire.

CDD : Contrat a Duré Déterminé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLD : Comité Local de Développement

CPS : Cellule de Planification et des Statiques

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

DCI : Dénomination Commune Internationale

CNI : Centre National d'Immunisation

DNPFSS : Direction Nationale de la Planification et de la Formation Santé et Sociale

EPA :Etablissement Publique à caractère Administratif

EPH : Etablissement Public Hospitalier

FFI : Faisant Fonction d'Interne

KBK : Kita Bafoulabe Kenieba

MEG :Médicament Essentiel Générique

OMP : Office Malien de Pharmacie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDDSS :Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

PDS :Projet de Développement Sanitaire

PMI :Protection Maternelle et Infantile

PPM :Pharmacie Populaire du Mali

PPN : Politique Pharmaceutique Nationale

PSP-HR : Projet Sante, Population et Hydraulique Rurale

PSSP :Politique Sectorielle de Santé et de Populaire

SSP :Soins de Santé Primaire

UNICEF :Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAID :Agence des États-Unis pour le Développement International

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition du personnel qualifié en fonction de l'âge.....	32
Tableau II : Répartition du personnel qualifié selon le sexe.....	32
Tableau III : Répartition du personnel qualifié en fonction du statut matrimonial.....	33
Tableau IV : Répartition du personnel qualifié en fonction de la qualification professionnelle.....	33
Tableau V : Répartition du personnel qualifié en fonction des tâches.	34
Tableau VI : Répartition du personnel qualifié selon l'ancienneté.....	34
Tableau VII : Répartition du personnel qualifié en fonction de leur heure de début de service.....	35
Tableau VIII : Répartition du personnel qualifié en fonction de leur heure de fin de journée.....	35
Tableau IX : Perception du personnel qualifié sur le prix des médicaments de la pharmacie hospitalière.....	36
Tableau X : Perception du personnel qualifié sur la difficulté des malades à payer les médicaments.....	36
Tableau XI : Avis du personnel qualifié sur l'existence des difficultés rencontrées dans le service.....	37
Tableau XII : Réponse du personnel qualifié concernant la perception d'une rémunération.....	
Tableau XIII : Avis du personnel qualifié sur la satisfaction de la rémunération perçue.....	
Tableau XIV : Avis du personnel qualifié sur les causes de la sous-fréquentation de la pharmacie hospitalière.....	37
Tableau XV : Proposition d'amélioration de la fréquentation de la pharmacie hospitalière selon le personnel qualifié.....	39
Tableau XVI : Répartition du personnel de soutien en fonction de l'âge.....	39
Tableau XVII : Répartition du personnel de soutien selon l'ancienneté.....	40
Tableau XVIII : Heures de début des activités dans le service.....	40
Tableau XIX : Heures d'arrêt des activités dans le service.....	41
Tableau XX : Perception du personnel de soutien sur le prix des médicaments de la pharmacie hospitalière.....	41

Tableau XXI : Perception du personnel de soutien sur les difficultés des patients à payer les médicaments.....	42
Tableau XXII : Les plaintes des patients dans la pharmacie hospitalière selon personnel de soutien.....	42
Tableau XXIII : Avis du personnel de soutien sur les causes de la sous-fréquentation de la pharmacie hospitalière.....	43
Tableau XXIV : Proposition d'amélioration de la fréquentation de la pharmacie hospitalière selon le personnel de soutien.....	43
Tableau XXV : Répartition des patients en fonction de l'âge.....	44
Tableau XXVI : Répartition des patients selon le sexe.....	44
Tableau XXVII : Répartition des patients en fonction du niveau instruction.....	45
Tableau XXVIII : Répartition des patients en fonction de la résidence.....	45
Tableau XXIX : Répartition des patients en fonction de la profession.....	46
Tableau XXX : Fréquentation de la pharmacie hospitalière par les patients en année.....	46
Tableau XXXI : Perception des patients sur la qualité de l'accueil à la pharmacie hospitalière.....	47
Tableau XXXII : Perception des patients sur l'hygiène des locaux de la pharmacie hospitalière.....	47
Tableau XXXIII : Perception des patients sur la disponibilité du personnel soignant dans les unités de soins.....	48
Tableau XXXIV : Perception des patients sur le prix des médicaments de la pharmacie hospitalière.....	48
Tableau XXXV : Avis des patients sur la satisfaction de la qualité des prestations de la pharmacie hospitalière.....	49
Tableau XXXVI : Avis des patients sur la disponibilité des médicaments prescrits dans la pharmacie hospitalière.....	
Tableau XXXVII : Proposition d'amélioration de la fréquentation de la pharmacie hospitalière selon les patients.....	49

TABLE DES MATIERES

DEDICACE

REMERCIEMENTS

LISTE DES AVREVIATIONS

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS.....	3
III. GENERALITES.....	4
1 L'évolution du système de santé au Mali.....	4
1.1- Avant l'indépendance.....	4
1.2- Après l'indépendance (1960).....	5
1.2. Organisations et fonctionnements du système de santé Malien :.....	13
1.2.1. La politique sectorielle de santé au Mali :.....	13
1.2.2. Initiative de Bamako(IB).....	13
1.2.2.1. But de L'IB.....	15
1.2.2.2. Objectifs de l'IB.....	15
1.2.2.3. Les principes de l'IB.....	15
1.3. Les hôpitaux publics au Mali.....	16
1.3.1. Missions des hôpitaux.....	16
1.3.2. Organisation et fonction des hôpitaux au Mali.....	16
1.3.3. La réforme hospitalière de 1993.....	17
1.3.4. La réforme hospitalière de 2002 au Mali.....	17
2. La pharmacie hospitalière.....	18
2.1. Définition et missions d'une pharmacie hospitalière.....	18
2.2 Rôle du pharmacien hospitalier.....	20
2.3. Configuration structurelle de la pharmacie hospitalière.....	20
3.Le concept et théorie sur le management.....	21
3.1. Origine étymologique du terme "management".....	23
3.2. Les fondements historiques du management.....	23
3.2.1. La notion de Management moderne.....	24
3.2.2.Le processus du management.....	25
IV. Méthodologie.....	29
V. Résultats.....	32
A- Les résultats issus du questionnaire adresse au personnel qualifié.....	32
B- Les résultats issus du questionnaire adresse au personnel de soutien.....	39
C- Les résultats issus du questionnaire adresse aux patients.....	44
VI. Commentaires et Discussion.....	50
VII. Conclusion et Recommandations.....	55
Références bibliographie.....	58
Annexes.....	60

I. INTRODUCTION :

Le terme “management” est dérivé d’un vieux mot français « ménagement » qui jusqu’au XVIIIème siècle signifiait « avoir la responsabilité de quelque chose dont on n’est pas propriétaire ». Le terme moderne management est actuellement défini dans la langue française comme conduite, direction d’une entreprise[1].

Depuis plus d’une décennie le management en milieu hospitalier a connu d’énormes bouleversements organisationnels au Mali poussant ainsi les acteurs de la santé à prendre des mesures adéquates pour améliorer la sous fréquentation des pharmacies hospitalières. Cependant, force est de constater que cette sous fréquentation des services de santé demeure une préoccupation majeure pour L’OMS qui a entrepris des efforts considérables afin d’établir un accès équitable aux soins pour tous [2].

Des barrières financières et culturelles bloquent l’accès aux services de santé. Elles empêchent également la prise en charge précoce des malades entraînant ainsi une augmentation de la mortalité surtout chez les groupes vulnérables. Ces derniers par manque d’instruction et d’information assimilent la maladie à un mauvais sort ou à la sorcellerie, surtout en Afrique [3].

D’autres obstacles tels que le manque d’équipements, des erreurs de quantification, la mauvaise qualité de l’accueil, des prestations, des ruptures de stock ou de manque de certains médicaments essentiels, des insuffisances liées aux procédures comptables et gestionnaires contribuent à la sous fréquentation des services de santé, ce qui entrave la réalisation effective des missions des pharmacies hospitalières [4].

Le Mali a consenti d’immenses efforts pour rendre accessible à la population des médicaments de qualité. Cela s’est traduit par l’adoption de la Politique Pharmaceutique Nationale(PPN). Cette politique, devrait à long terme permettre l’augmentation de la fréquentation des pharmacies hospitalières. Ces pharmacies sont des structures au sein des hôpitaux ouverts au public sans rendez-vous, ce qui en fait un lieu privilégié pour rencontrer, informer et renseigner les patients [5].

Les pharmacies hospitalières sont chargées d’assurer la disponibilité au sein des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) des médicaments, matériels et dispositifs

médicaux, indispensables à la prise en charge des malades hospitalisés, des malades atteints d'une maladie sociale et suivis par un service hospitalier et des malades admis en urgence [6].

Leur organisation ainsi que leur fonctionnement varient d'un pays à un autre mais l'objectif recherché est d'assurer l'approvisionnement, la dispensation et le conseil [7].

Malgré des efforts fournis pour soutenir leur fonctionnement, force est de constater que les pharmacies hospitalières font face à d'énormes difficultés telles que : le manque de personnels qualifiés, d'infrastructures répondant aux normes d'un EPH, d'équipements et de plateau technique et surtout la non réception des commandes dans un délai raisonnable [4].

Cependant, Face à ces situations beaucoup d'effort ont été consentis, mais il en résulte la persistance de la sous fréquentation des pharmacies hospitalières. L'idéal serait d'avoir une fréquentation optimale répondant aux objectifs de la politique pharmaceutique nationale.

Cette étude, première du genre au Mali, se veut de chercher à **identifier les déterminants managériaux de la sous fréquentation des pharmacies hospitalières.**

A cet effet nous formulons les questions de recherche suivantes :

- 1- Quels sont les facteurs liés aux stocks pouvant expliquer la sous fréquentation des pharmacies hospitalières ?
- 2- Quels sont les facteurs économiques pouvant expliquer la sous fréquentation des pharmacies hospitalières ?

II. OBJECTIFS :

❖ Objectif général :

- Etudier les causes de la sous fréquentation de la pharmacie hospitalière CHU Point G.

❖ Objectifs spécifiques :

- Identifier les causes de la sous fréquentation de la pharmacie hospitalière du CHU Point G ;
- Analyser les causes de la sous fréquentation de la pharmacie hospitalière du CHU Point G.

III. GENERALITES :

1. L'évolution du système de santé au Mali[8] :

L'évolution du système de santé malien s'est faite en deux grandes périodes : la période coloniale et la période d'après les indépendances.

1.1- Avant l'indépendance :

❖ Période coloniale :

L'administration sanitaire, durant la période de la présence française, était organisée et structurée par rapport aux objectifs découlant des préoccupations de l'époque. Il s'agissait de combattre les maladies d'origine vectorielle essentiellement (grandes endémies) qui minaient la santé des populations valides susceptibles de constituer un vivier de main-d'œuvre, capable de répondre aux besoins de la métropole en certains produits (riz, arachide, coton...).

Le système de santé de l'époque coloniale fut organisé dans ce but. Il devait faire face en priorité aux conséquences dévastatrices de maladies à caractère endémo-épidémique, qui décimaient la population et engendraient incapacité et invalidité. L'accent fut alors mis sur :

- La prévention par des campagnes de vaccination de masse, qui finit par avoir raison de la redoutable variole ;
- Le dépistage et la prophylaxie, ont porté en priorité sur la lèpre, la trypanosomiase ou maladie du sommeil, le paludisme, méningite cérébro-spinale (épidémique)...

L'administration sanitaire a été bâtie autour de ces préoccupations. Fortement centralisée, l'administration sanitaire était dirigée par une inspection générale de la santé au niveau central, des médecins et/ou infirmiers faisant office de médecins dans les chefs-lieux de cercle. Elle encadrait un système de soins basé sur des hôpitaux (militaires) et surtout sur un service de prévention axé sur l'hygiène mobile et la prophylaxie (Grande endémies) et des dispensaires ruraux tenus par des auxiliaires de santé.

L'accès aux soins était gratuit. Les professionnels étaient polyvalents et mobiles. Ce dispositif semble avoir bien fonctionné, les résultats étant allés au-delà des objectifs : de grands féaux ont été plus ou moins maîtrisés et les bienfaits de ces actions ont favorablement rejailli sur le niveau de santé de la population.

1.2. Après l'indépendance (1960) :

L'organisation politique du système de santé du Mali après l'indépendance est passée par plusieurs étapes successives en fonction des orientations politiques du moment et des conditions de développement socio-économique du pays.

❖ **Les années 1960-1968 :** constitué une époque d'effervescence idéologique, sous-tendue par des grands idéaux de développement, dont les retombées heureuses devaient être partagées par toute la population. La stratégie développée par les pouvoirs publics de l'époque, (le régime était d'obédience socialiste), visait à passer d'une administration sanitaire centrée sur des besoins coloniaux à une centrée sur les besoins sanitaires de l'ensemble de la population (du peuple). La « médecine de masse » est ainsi née, en même temps qu'est né le bénévolat (investissement humain). L'Etat prend en charge entièrement la santé des populations. C'est la période de la gratuité de l'ensemble des soins y compris les médicaments et les hospitalisations.

L'organisation sanitaire mise en place pour exécuter la politique ainsi définie était centralisée ; la stratégie utilisa la « conscientisation des masses » et la démocratisation de l'accès des populations rurales (les masses rurales) aux services de santé, avec priorité à la santé de la mère et de l'enfant. Un ministère de la santé et des affaires sociales fut créé et une direction générale de la santé publique remplaça l'inspection générale de la santé.

La lutte contre la maladie fut axée sur les grandes endémies et sur le développement d'un réseau de dispensaires ruraux au niveau des chefs-lieux d'arrondissement et de gros villages.

L'élaboration du premier plan décennal de développement des services de santé(1966-1976) dont l'objectif était de doter le pays d'un noyau de structures de soins au lendemain de l'indépendance en remplacement du système hérité de la colonisation pour les populations indigènes a constitué l'instrument de mise en œuvre de cette politique de médecine de masse. Le plan décennal de développement 1966-1976 a permis de doter le pays d'un embryon de services nationaux de santé. L'Etat, face aux difficultés d'assurer la gratuité des médicaments créa la pharmacie populaire du Mali(PPM) chargée de l'importation et la vente des médicaments sur toute l'étendue du territoire national.

✓ **Durant les années 1969-1980** : l'organisation sanitaire ainsi que les priorités de santé ont été conservées jusqu'à l'adoption de la stratégie des « soins de santé primaires » issue de la conférence internationale tenue à Alma Ata (Kazakhstan-URSS 1978). La politique de santé, définie en conséquence, réservait toujours la priorité aux populations défavorisées (rurales) et vulnérables (mère et enfant), dont il convenait d'améliorer en premier lieu l'état de santé.

La stratégie intégrée (préventive, curative et promotionnelle) préconisait un dispositif sanitaire qui prolongerait le système de santé en profondeur jusqu'au sein du village.

Des agents de santé villageois (matrones, accoucheuses traditionnelles, hygiénistes secouristes) formaient l'équipe de santé villageoise. Leur équipement en matériels et en médicaments était constitué de trousse médicales (UNICEF). Les équipes de santé villageoise furent dénommées par la suite équipes de santé communautaire. Elles furent à la pointe de cette stratégie. La participation communautaire à ce niveau se manifestait sous forme de bénévolat (participation physique à la construction de cases de santé, de maternités rurales) et de rétribution du personnel (matrone surtout) par la population selon la coutume.

La stratégie d'intervention revêtit une autre dimension, celle intersectorielle, avec l'apparition du « secteur de base » ou « secteur de développement ». Entité résultant du découpage de l'espace agricole par le ministère de l'agriculture, elle préfigurait les aires de santé actuelles : une entité agricole organisée entre le village et le chef-lieu de cercle. Le chef-lieu du secteur de développement concentrait les services de l'agriculture, de l'éducation, de la santé et parfois de l'hydraulique. Cette approche de développement intersectoriel fut renforcée par l'introduction de « composantes santé » dans les projets de grandes opérations de développement (agriculture, élevage).

Les comités locaux de développement du ministère de l'administration territoriale (CLD), composés de représentants des services techniques déconcentrés de l'Etat, des maires et des représentants des populations, avaient comme présidents les commandants de cercle (actuels préfets). Les CLD furent impliqués à leur tour dans l'approche intersectorielle dans le cadre du financement de la santé. Ils inscrivaient et exécutaient la part réservée à la santé dans leur budget (de l'ordre de 7% dans la zone du PDS).

Le financement de la santé par les communes urbaines, malgré son inscription dans leur budget, n'a pu être opérationnel. Il a surtout consisté en la prise en charge (laborieuse) de l'indigence.

Dans les centres de santé, situés au chef-lieu de cercle, la participation communautaire se déroulait au sein des comités de gestion à travers l'implication d'au moins deux représentants des communautés. Elles n'ont pas donné les résultats escomptés dans la mesure où la plupart des représentants étaient désignés sans conviction par les populations, parce que demandé par les autorités sanitaires qui géraient directement en fait les services de santé.

Les difficultés de fonctionnement imputables aux ressources limitées de l'Etat ont conduit les médecins-chefs de cercle à procéder à la prise en charge du malade à ses frais (prise en charge de l'évacuation sanitaire et du coût des médicaments délivrés sur ordonnance). Ceci était valable aussi bien pour les malades externes que ceux hospitalisés. Cette pratique peut être considérée a posteriori comme l'ancêtre du système de recouvrement de coûts (terme introduit par la Banque Mondiale à la place de système de participation forfaitaire aux soins qui avait cours). Au niveau central et régional, l'administration sanitaire mise en place pour animer ce dispositif fut déconcentrée ; des directions régionales et des affaires sociales furent créées ainsi qu'une division de la santé familiale au sein de la direction nationale de la santé publique, en lieu et place de la section protection maternelle et infantile (PMI). Cette division prit plus tard la dénomination de division de la santé de la reproduction.

La notion de « cercle sanitaire » est née à cette époque. Une équipe polyvalente de professionnels de la santé, mise en place au chef-lieu de cercle, a été dénommée « équipe de santé de cercle ». Celle-ci est devenue beaucoup plus tard « équipe de santé du district » (cette dernière dénomination est empruntée à la terminologie des pays anglophones d'Afrique). Elle fut chargée de la formation, de la supervision et de l'encadrement des équipes de santé communautaire, des soins hospitaliers, de la référence et contre référence, avec prise en charge des malades évacués sur le centre de santé de cercle.

Le médecin du centre de santé de cercle devient en même temps, médecin-chef de cercle. Sur le plan du financement de la santé, le gouvernement était censé assurer la prise en charge totale de la santé des populations.

❖ **Les années 1980-1990** : constituèrent les années charnières dans le développement sanitaire et social de notre pays.

Les grandes réformes institutionnelles des années 1980 entreprises par l'Etat dans le cadre de la politique d'ajustement structurel, conduisirent à l'apparition d'un secteur privé de la santé (1985). Le système de santé étatique connut sa mue en système de santé national : des sous-systèmes firent leur apparition. Aux côtés du système public et du sous-système parapublic de santé, du sous-système privé de santé à but lucratif (1985) et un autre à but non lucratif, dirigé par des associations de santé communautaires (1989).

Un second plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS 1981-1990) fut élaboré. Il devait être exécuté séquentiellement sous forme de programme quinquennal (Programme de développement sanitaire et social – PRODESS1-) la première séquence du plan (1981-1986) était censée être exécutée dans les cadres des différents projets qui étaient soit en cours de préparation, soit en cours d'exécution.

L'intervention de la Banque Mondiale dans le domaine de la santé (1978), conduisit à un bouleversement dans l'approche de développement de la santé au Mali. Du développement par projets localisés, on passa à une approche globale et rationnelle de développement de l'ensemble du secteur. Celle-ci conduisit à la restructuration du secteur de la santé aussi bien sur le plan institutionnel qu'opérationnel. La réflexion qui était en cours vers la fin des années 80, a mûri et a conduit à scinder la direction générale de la santé publique en deux entités, dissociant la conception de l'exécution.

Les perspectives de financements étrangers dans le cadre de grands projets, conduisirent à la création d'une structure capable de planifier et d'élaborer des projets. A été ainsi créée dans ce cadre, la direction nationale de la planification et de la formation sanitaire et sociale (DNPFS) devenue par la suite cellule de planification et des statistiques (CPS). Les locaux furent construits par l'Etat et le personnel chargé d'animer ce service fut formé grâce au financement de l'OMS et de la Banque Mondiale. Les économistes firent leur apparition dans le corps des professionnels de la santé (1979).

L'administration sanitaire centrale fut restructurée en conséquence : naguère concentrée au sein d'une seule direction, elle fut déconcentrée. L'accent mis sur la prévention et l'hygiène conduisit à la création, respectivement, du centre national d'immunisation (CNI) et de la direction nationale de l'hygiène publique et de l'assainissement (1979). Les ingénieurs sanitaires firent leur apparition dans le corps des professionnels de la santé.

A la même période, furent créées les directions régionales de la santé publique et des affaires sociales de Koulikoro et de Tombouctou.

Une réforme pharmaceutique, entreprise sous la houlette de la Banque Mondiale, en financement conjoint, notamment avec le Fonds européen de développement, recommanda la réalisation d'une étude. Les résultats conduisirent à confier à la pharmacie populaire du Mali (PPM), en sus de son statut de société commerciale, une mission de service public. La pharmacie populaire du Mali fut chargée de l'approvisionnement en médicaments du secteur public de santé, sur la base de l'adoption d'une politique de médicaments essentiels en noms générique, préconisée par l'OMS. Une direction de la pharmacie et des médicaments fut créée en lieu et place de la défunte pharmacie d'approvisionnement du ministère de la santé publique. Cette dernière, qui devait être remplacée entre temps par l'Office malien de pharmacie (OMP), n'a pu voir le jour dans la mesure où une étude, commanditée par la Banque mondiale, concluait à la non viabilité d'une de ses composantes qui devait assurer la production nationale de médicaments. L'usine malienne de produits pharmaceutiques (UMPP) vit néanmoins le jour en dehors du système pharmaceutique mis en place dans le cadre du projet de développement sanitaire, financé par la Banque mondiale.

Dans le cadre des réformes, fut engagée la réflexion dans le sens du financement de la santé face à l'incapacité de l'Etat à l'assurer. Rappelons que l'Etat était seul à financer la santé. La Banque mondiale suggéra l'abandon de la gratuite généralisée des soins financés à fonds perdu par l'Etat et convia à réfléchir à une autre approche basée sur la mise en place de fonds de roulement qui permettrait le refinancement continu de l'activité d'approvisionnement en médicaments.

Cette proposition de la Banque mondiale était fondée sur des réalités évidentes qui étaient que, par défaut de financement suffisant par l'Etat, les populations contribuaient par la force des choses, à la prise en charge (quasi intégrale) de leurs dépenses de santé.

Dans le cadre du projet de développement sanitaire (1984-1990), qui comportait en outre, une composante approvisionnement en eau des populations rurales, fut expérimenté de manière formelle, un système de participation des populations au financement de la santé, que la Banque désigna sous le vocable « système de recouvrements de coûts ». Dans ce cadre, la stratégie développée dans la zone du projet, a été mise en œuvre à titre expérimental : un système de contribution des usagers sur base forfaitaire.

Le projet choisit d'expérimenter plutôt le recouvrement du coût des soins y compris le médicament que celui du seul coût des médicaments. Le forfait a été modulé en fonction de la priorité accordée par le Gouvernement à la santé de la mère et de l'enfant. Ainsi, une procédure de péréquation permettait de faire subventionner les soins en faveur de cette catégorie d'usagers des services de santé par les autres catégories.

Le Gouvernement, dans le cadre de sa politique de développement à la base, créa des comités locaux de développement (CLD) au niveau de chaque cercle, chargés de mobiliser des fonds en vue de contribuer au financement du développement local. Leur assiette était assise sur le recouvrement d'une taxe appelé taxe de développement. Dans la zone du projet PDS (Kita, Bafoulabé et Kéniéba), le fonds devait contribuer à subventionner les soins afin de réduire notablement la contribution des populations. La pratique du recouvrement des coûts, qui débuta en 1984 dans la zone du PDS, fut généralisée par la suite, avec le concours des ONG (Association française des volontaires du progrès, volontaires du corps de la paix, Coopération suisse, ...), avec des approches variées selon les réalités du terrain.

En 1987, l'UNICEF, qui avait une politique de soins gratuits à l'endroit de sa population cible (mère et enfant), lors de sa participation en 1987 à la 37^{ème} réunion du comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui s'était transporté à Bamako, adopta le système de recouvrement de coûts. Un fonds fut mis à cette occasion à la disposition des Etats pour procéder à sa mise en œuvre. Un appel solennel fut lancé par son directeur exécutif d'alors aux Etats, afin qu'ils adoptent cette nouvelle approche. « L'initiative de Bamako » venait ainsi de naître. La stratégie adoptée fut de procéder au recouvrement de coûts du seul médicament.

En 1990, un second projet en préparation depuis 1986 et financé par la Banque Mondiale, grâce au concours financier de la plupart des autres partenaires internationaux au développement, vit le jour sous l'appellation de « Projet santé, population et hydraulique rurale » (PSP-HR). A la conception de ce projet, la partie malienne proposa une nouvelle approche de développement de la sante. Elle tirait les leçons de tous les projets mis en œuvre depuis. Celle-ci proposa une rationalisation des interventions sur le terrain.

Pour ce faire, quatre facteurs ont été pris en compte :

- Une étude réalisée par l'institut Harvard dans le cadre du projet santé rural financé par l'US-AID (1978-1981), fit ressortir le coût insupportable de « l'approche village » basée sur les équipes de santé villageoises. En effet il a résulté des calculs que la seule activité de supervision englobait la quasi-totalité du budget de fonctionnement du projet (plus de 75 %) ;
- L'insuffisante participation des populations qui n'avait lieu qu'à travers leur représentation au sein des comités de gestion des centres de santé ;
- La faible performance des agents de santé villageois formés sur le tas et dans un laps de temps très court ;
- Les difficultés économiques du pays qui, sous ajustement structurel, a fini par instituer un concours d'accès à la Fonction publique, avec comme conséquence, une déperdition notable de cadres à la sortie des écoles de formation.

Il a été proposé à la banque :

1. Une approche qui rationaliserait l'espace sanitaire, à l'image des secteurs de développement du ministère de l'agriculture, et qui tiennent compte des directives de l'OMS, qui recommanda aux Etats membres d'assurer la couverture sanitaire respectivement dans un rayon de 5 et 10 kilomètres à la ronde (ces distances à la ronde préfiguraient les secteurs ou aires de santé actuelles) ;
2. Une approche de détermination de l'aire de santé, appelée « approche populationnelle », (terme emprunté à l'école de santé publique de Montréal), se basait sur le critère densité de la population afin de maximiser l'impact des interventions (contrairement au critère économique qui prévalait dans les secteurs de développement du ministère de l'agriculture). Les populations sont appelées (après d'intenses activités d'information et de sensibilisation), à se regrouper par village et par affinité, pour constituer des aires de santé viables. Elles choisiront librement une « capitale » ou sera construit, avec leur consentement et leur participation, un centre de santé dont la gestion leur sera entièrement dévolue. Elles devront toutefois s'organiser en association ;
3. Une approche qui utiliserait comme personnel des cadres paramédicaux de la santé d'abord (compte tenu du facteur coût face à la faiblesse des revenus des populations). Toutefois il fut entrevu une évolution possible vers l'utilisation des cadres médicaux, lorsque la situation socio-économique le permettra et selon la volonté des populations. Les agents

proviendraient du vivier non embauché par la Fonction publique. Ils seront recrutés et rétribués par les populations organisées en associations. Le but visé en premier lieu était d'élever le niveau des prestations de soins. En second lieu, de contribuer à l'emploi des jeunes diplômés.

Au vu de ces propositions qui viennent en rupture totale avec toutes les stratégies connues jusqu'à lors, la banque recommanda que l'approche soit expérimentée sous forme de projet pilote dans le cadre du projet de développement sanitaire en cours d'exécution. Trois chefs-lieux d'arrondissement furent choisis à cet effet dans la zone du PDS : Badinko dans le cercle de Kita ; Selinkégni dans le cercle de Bafoulabe et Darsalam dans le cercle de Kéniéba. L'évaluation favorable de cette étude (1986-1987), conduisit la Banque à accepter sa généralisation dans le cadre d'un second projet (PSP-HR) en préparation.

En 1989, un premier centre de santé communautaire urbain vit le jour à Bamako, en dehors de la zone du projet PDS, grâce à l'assistance de la coopération française. Un dispensaire et une maternité auparavant construit par la population du quartier Bankoni, ont servi de point de départ à cette opération. Cette structure, créée sous l'impulsion d'un cadre du ministère de la santé, devrait fonctionner avec l'aide du dit ministère. Le centre devrait procéder à l'instauration du paiement forfaitaire aux soins afin de pouvoir reconstituer un fonds de roulement à partir d'une dotation en médicaments, fournie par la pharmacie d'approvisionnement.

L'adoption de la déclaration de politique sectorielle de santé et de population (le 15 décembre 1990), fondée sur les soins de santé primaires, l'initiative de Bamako et le cadre conceptuel de relance des SSP est à la base de l'organisation actuelle du système de santé du malien. Cette politique sectorielle de santé a été complétée en 1993 par la politique nationale d'action sociale et de solidarité. Les deux politiques ont été reconduites en 1998 dans leurs orientations stratégiques à travers le troisième plan décennal de développement sanitaire (PDDSS) 1998-2007.

La mise en œuvre de ce plan s'est fait en deux tranches : la première tranche quinquennale de ce plan appelé « programme de développement sanitaire et social 1998-2002 (PRODESS) » et la seconde 2003-2008 ont été réalisés.

Une autre stratégie (plus récente) vit le jour grâce à la Coopération française : la médecine de campagne. L'approche communautaire de développement qui la caractérise est basée sur la privation et la médicalisation de l'espace sanitaire rural. Elle est fondée sur l'installation en milieu rural de médecins à titre privé et à but lucratif. Cette approche est en train d'évoluer vers l'élaboration de contrats de prestation de service entre des associations de santé communautaire et des médecins de campagne qui accepteraient d'exercer dans les CSCOM. Il y a donc jonction possible entre le sous-système de santé communautaire privé à but lucratif et celui à but non lucratif. Un sous-système unique de santé rural de proximité intégré devrait pouvoir, à terme, voir le jour.

Pour la mise en œuvre du PSP-HR, l'approche projet fut abandonnée au profit de l'approche programme. Le panier ainsi constitué était plutôt sous forme d'enveloppe globale annoncée par les partenaires, mais que chacun gérait à son niveau et selon ses procédures.

❖ **Les années 2000** : verront la mise en œuvre du PRODESS II qui prolonge en fait les stratégies identifiées dans le cadre du PSP-HR. La nouveauté serait que les financements des partenaires techniques et financiers emprunteraient le mécanisme d'aide budgétaire, qui aura à faire ses preuves.

1.2. Organisations et fonctionnements du système de santé Malien :

1.2.1. La politique sectorielle de santé au Mali [9] :

La politique sectorielle de santé du Mali a été bâtie sur une structure pyramidale de santé dont le premier niveau est le centre de santé communautaire (CSCOM), le second niveau est le centre de santé de référence (CSREF), le troisième et le quatrième niveau sont respectivement les hôpitaux régionaux et nationaux. La gestion de ces centres est assurée par des Associations de santé communautaire (ASACO) et plus précisément par l'organe de gestion qui est le comité de gestion. La mise en œuvre de la décentralisation partir de 1994 a mis souvent en cause la carte sanitaire élaborée et crée des problèmes qui interpellent les populations, les élus et les techniciens de santé.

1.2.2. Initiative de Bamako (IB) [10] :

Pour redynamiser les services de soins de santé primaires, une nouvelle stratégie a été adoptée lors de la 37^{ième} réunion régionale de l'OMS par les ministres africains réunis à Bamako. Cette stratégie qui vise à revitaliser les Soins de Santé Primaires à assise communautaire est connue sous le nom de l'Initiative de Bamako.

C'est une résolution prise par le comité régional de l'OMS pour l'Afrique à Bamako, en septembre 1987 à la demande de l'OMS qui vise à contribuer à l'accélération de la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires au niveau des districts en accordant la priorité aux femmes et aux enfants.

Elle se fonde sur le concept que les collectivités locales participent au financement et à la gestion des SSP, dont le fonctionnement est assuré en partie grâce aux revenus générés par le paiement des soins médicaux et spécifiquement les médicaments génériques. L'Initiative de Bamako représente donc un défi aux gouvernements africains en vue de mettre en place un système permanent et autonome d'approvisionnement en médicaments essentiels de base et un réseau de soins de santé primaires de qualité à la portée de tous. Malgré le défi que doit relever l'Initiative de Bamako au niveau des politiques et infrastructures, la plupart des pays africains constatent que son concept constitue une stratégie unique pour atteindre des objectifs de la « Santé pour tous ».

Dix ans après la conférence d'Alma Ata de 1978, il a été affirmé que « L'Afrique est resté le seul continent où le nombre absolu de décès des enfants de moins de 5 ans s'accroît toujours depuis 1980 et atteint, voire dépasse, quatre millions par an ». Durant cette dernière décennie, dans la plupart des pays africains, la détérioration des conditions socio-économiques s'est accompagnée d'une dégradation des conditions de santé des femmes et des enfants avec une augmentation de la malnutrition et des maladies transmissibles. Les insuffisances et les lacunes constatées, l'organisation et le fonctionnement des systèmes sur les Soins de Santé Primaires (SSP) ont eu comme principales conséquences :

- ✓ Le manque chronique de médicaments et autres produits essentiels, même ceux qui sont de première nécessité dans les formations sanitaires publiques
- ✓ La non-satisfaction de la demande pressante et énorme des populations en soins curatifs et l'insuffisance de la couverture des besoins en soins préventifs identifiés ;
- ✓ La baisse de la crédibilité des structures publiques en soins dont le rôle d'éducation et de conseil en matière de santé perd sa portée ;
- ✓ Le personnel est peu motivé.

C'est dans ce contexte presque le même dans les autres pays de la sous-région, Région, de l'Afrique en général, qu'il a été lancé à Bamako la stratégie de renforcement de la mise en œuvre des SSP dite Initiative de Bamako (IB).

1.2.2.1. But de L'IB [10] :

Le but de l'IB est d'assurer l'accès de tous aux soins de santé primaires (SSP), en mettant un accent particulier sur la santé de la mère et de l'enfant. En tant que bonne stratégie, elle vise à mobiliser les ressources nécessaires au renforcement et à l'élargissement du réseau des SSP à assise communautaire, grâce à un recouvrement du coût des médicaments et fournitures essentielles par les utilisateurs des services de santé. Elle est centrée sur le médicament essentiel générique (MEG).

1.2.2.2. Objectifs de l'IB [10] :

L'objectif général est l'accessibilité financière et géographique aux soins etdes MEG. Les objectifs spécifiques de l'IB peuvent être résuméscomme suit :

- ✓ Minimiser par tous les moyens possibles le coût des médicaments de première nécessité pour accroître leur accès aux plus démunis ;
- ✓ Assurer, par le renforcement du processus gestionnaire du système de santé, la disponibilité en permanence de ces médicaments essentiels au niveau de toutes les formations sanitaires ;
- ✓ Etablir, avec l'entière participation responsable des populations bénéficiaires organisées en comité de santé, un système de recouvrement des coûts de médicaments essentiels pour assurer le renouvellement des stocks initiaux mis en place par l'Etat ou autres volontés ;
- ✓ Etude des pratiques de la gestion des ressources humaines au niveau des CSCOM du centre
- ✓ Maintenir la participation symbolique déjà requise des populations à l'effort de santé, pour financer d'autres types d'intervention de SSP à assise communautaire ;
- ✓ Assurer la couverture sanitaire des populations en soins de santé de base en réutilisant les bénéfices tirés des ventes pour augmenter les stocks de médicaments essentiels en quantité et en qualité.

1.2.2.3. Les principes de l'IB [10] :

L'Initiative de Bamako répond aux principes généraux suivants :

- ✓ Un engagement national en faveur d'une accélération de l'accessibilité aux SSP pour tous
- ✓ Une politique concernant les médicaments essentiels, axée sur une utilisation rationnelle des médicaments et qui soit compatible avec le développement national des SSP et qui le complète ;
- ✓ Un financement communautaire des services de soins de santé, ordinairement sous forme de consultations et de traitements payant ;

- ✓ Un large soutien financier du gouvernement en faveur des soins de santé primaires (SSP).
- ✓ Le budget de la santé, en ce concerne l'aide aux services locaux des districts, doit être maintenu à son niveau actuel ou augmenté ;
- ✓ Une gestion et une décentralisation des ressources communautaires de sorte que les recettes à l'échelon local demeurent sous le contrôle communautaire, au lieu d'être versées au trésor public ou au Ministère de la santé ;
- ✓ Une décentralisation au niveau du district des prises de décisions du ministère de la Santé Publique concernant la gestion des SSP ;
- ✓ Des mesures garantissant que les personnes démunies puissent recourir aux SSP et en bénéficier par d'autres moyens selon des critères établis en collaboration avec les communautés ;

Des objectifs intermédiaires devront être clairement définis et il faudra convenir des indicateurs pour les mesures.

1.3. Les hôpitaux publics au Mali[11] :

Selon l'article 54 de la loi n°02-050 du 22 juillet 2002, de l'Assemblée Nationale du Mali « les établissements publics hospitaliers sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Leur objet principal est la réalisation du service public hospitalier. Il n'est ni industriel, ni commercial. Ils sont soumis au contrôle de l'Etat ».

1.3.1. Missions des hôpitaux :

Selon l'article 7 de la loi n°02-050 du 22 juillet 2002, portant réforme hospitalière, la mission des hôpitaux est fixée comme suite « Le service public hospitalier garantit l'accès de toutes les personnes présentes sur le territoire national à des soins d'urgence ou à des soins de référence de qualité. A ce titre, chaque établissement hospitalier est tenu d'accueillir en urgence et à tout moment, toute personne dont l'état de santé le justifie ».

1.3.2. Organisation et fonction des hôpitaux au Mali :

Selon l'article 56 de la loi n°02-050 les organes d'administration et de gestion des établissements publics hospitaliers sont :

- le conseil d'administration ;
- la direction générale ;
- le comité de direction ;
- les organes consultatifs.

1.3.3. La réforme hospitalière de 1993 :

C'est pendant les années 1990 que quatre hôpitaux nationaux furent érigés en statut d'Établissement Public à caractère Administratif (EPA) qui leur attribue la personnalité morale et l'autonomie de gestion. Ce nouveau statut n'a pas permis aux hôpitaux d'être autonomes, l'effet s'est limité à des mesures institutionnelles que sont entre autres (l'octroi de la personnalité juridique et de la capacité à gérer le produit des recouvrements, la mise en place d'un conseil d'administration, la nomination d'un agent comptable du Trésor, etc.) sans conséquence réelle sur les modalités de gestion de l'établissement hospitalier.

Selon l'article 1er de la loi 90-110 AN RM portant création des établissements publics à caractère administratif (EPA), elle était une personne morale de droit public dotée de l'autonomie financière, selon l'article 6 de la même loi, les organes d'administration et de gestion des établissements publics à caractère administratif étaient :

- Le Conseil d'administration ;
- La Direction générale ;
- Le Comité de gestion.

Selon l'article 21, et 22 de la même loi encore, Le comité de gestion était un organe consultatif chargé d'assister le Directeur général dans ses tâches de gestion.

Le comité se composait comme suit :

- Le Directeur généralPrésident
- Le Directeur général adjoint Membre
- Les Chefs de Services.....Membres
- Les représentants du personnel.....Membres.

Cette réforme purement bureaucratique avait beaucoup de mal à s'adapter dans le contexte malien d'où l'avènement de la réforme de 2002.

1.3.4. La réforme hospitalière de 2002 au Mali :

La réforme hospitalière axée autour de la défense du « Service Public Hospitalier », dont l'objectif fondamental était de permettre à chaque malien et à toute autre personne résidant au Mali, d'avoir accès à un niveau minimum de soins de référence de qualité, quel que soit son lieu de vie et ses caractéristiques socio-économiques produits aux meilleurs coûts. L'octroi de l'autonomie de gestion aux hôpitaux et la participation des communautés locales dans la gestion de l'hôpital étaient des éléments essentiels d'un nouveau choix stratégique qui va dans le sens de la décentralisation étatique.

- En ce qui concerne l'autonomie administrative et la gestion de la transformation des hôpitaux en Établissements Publics Hospitaliers (EPH) dotés de la personnalité juridique et de l'autonomie administrative et financière, cela doit aboutir à une véritable responsabilisation des directions de chaque hôpital quant à la planification des activités et à la gestion de l'hôpital. L'effet recherché était de permettre à l'administration hospitalière de gérer de façon indépendante les ressources humaines et financières de l'hôpital. Il leur appartiendra en effet de définir les voies et moyens pour permettre à l'hôpital de remplir au mieux ses missions de soins en toute indépendance.

- En ce qui concerne l'implication des populations locales à la gestion l'hôpital devrait passer de l'autogestion à la cogestion avec les communautés locales. Elles vont composer presque exclusivement le conseil d'administration. L'effet recherché est de diminuer le recours à la tutelle et d'accélérer le processus de prise de décision au sein de l'hôpital. En outre, les collectivités locales devraient apporter des subventions au financement des activités hospitalières.

En ce qui concerne l'intégration des services de spécialité il s'agit d'une révision du mode de fonctionnement des services de spécialité de sorte que ces derniers disposent de budgets délégués par la direction générale de l'hôpital et que les chefs de services puissent prendre des décisions importantes concernant l'organisation des soins, la collaboration interprofessionnelle etc. En somme l'effet recherché est un transfert des responsabilités de l'administration hospitalière vers les services de spécialité par la mise en place d'un dispositif permettant de rendre plus opérationnel les équipes professionnelles et de fournir des soins de meilleure qualité.

2.La pharmacie hospitalière :

2.1. Définition et missions d'une pharmacie hospitalière[12] :

La pharmacie hospitalière est une structure au sein de l'hôpital dont les missions découlent du but général et définissent la politique de l'hôpital,les missions d'une pharmacie hospitalière peuvent varier d'un pays à un autre, d'une région à une autre dans un même pays, mais ayant pour même dénominateur commun la disponibilité des produits pharmaceutiques à l'hôpital.

En France, l'une des principales missions de la pharmacie hospitalière, qui d'ailleurs a été précisée dans la loi du 8 décembre 1992, est « la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments ».

En Côte d'Ivoire, Les missions générales sont fixées par l'article L.595-2 du Code de la santé publique. Elles concernent la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des produits relevant du domaine pharmaceutique hospitalier, ainsi que les activités d'information, de promotion, d'évaluation, de suivi et de surveillance relatives à ces produits. Les missions particulières sont développées localement en vue d'améliorer la qualité et l'efficacité du service rendu, de mener ou de participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.

Au Mali, les pharmacies hospitalières sont chargées d'assurer la disponibilité au sein des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) des médicaments, matériels et dispositifs médicaux, indispensables à la prise en charge des malades hospitalisés, des malades atteints d'une maladie sociale et suivis par un service hospitalier et des malades admis en urgence [13].

A cet effet, elles procèdent à :

- La préparation, la cession des médicaments et des dispositifs médicaux ;
- La cession des plantes médicinales inscrites aux pharmacopées autorisées ;
- La dispensation des prescriptions d'aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales ;
- La réalisation des préparations magistrales et hospitalières à partir de matières premières ou de spécialités pharmaceutiques ;
- La réalisation des préparations rendues nécessaires par les expérimentations pour essai des médicaments conformément à la réglementation en vigueur ;
- La participation à la réalisation de la pharmacovigilance et la matériovigilance
- L'organisation de l'action d'information sur les médicaments, produits ou dispositifs médicaux, ainsi qu'à toute action de promotion de leur bon usage ;
- La participation à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans le domaine relevant de leur compétence ;
- L'encadrement des internes, des étudiants en pharmacie et des élèves des écoles de formation des techniciens de santé.

2.2 Rôle du pharmacien hospitalier [12] :

Le pharmacien hospitalier est chargé d'assurer, en relation avec l'ensemble des services hospitaliers, une prestation pharmaceutique axée sur la disponibilité, la sécurité, la qualité et une accessibilité financière pour le patient.

Sa mission peut se définir comme la mise en œuvre d'une organisation générale des prestations délivrées par la Pharmacie en optimisant les activités techniques et administratives du service, permettant de satisfaire les objectifs de soins des malades, les orientations de l'établissement et la gestion optimale des ressources disponibles.

Les activités traditionnelles du pharmacien hospitalier consistent en :

- L'approvisionnement en médicaments, produits et objets relevant du monopole pharmaceutique et des matériels médicaux stériles ;
- La dispensation des médicaments, produits et objets relevant du monopole pharmaceutique aux malades hospitalisés (ou ambulatoires dans certains cas) ;
- L'utilisation rationnelle et économique de ces biens pharmaceutiques ainsi que leur application correcte.

En dehors de ses tâches traditionnelles, le pharmacien hospitalier participe à des activités particulières qui varient d'un pays à un autre. Nous pouvons citer : L'hygiène hospitalière et la stérilisation ; la nutrition parentérale ; la microbiologie ; l'enseignement ; le contrôle de l'administration et du maniement des médicaments par les infirmières ; les dosages toxicologiques ; le suivi thérapeutique et la préparation des produits radio pharmaceutiques.

Le pharmacien hospitalier est également membre du Comité du médicament qui met en place des protocoles thérapeutiques et élabore le livret thérapeutique [14].

2.3. Configuration structurelle de la pharmacie hospitalière[15] :

La structure d'une organisation peut être définie simplement comme la somme totale des moyens employés pour diviser le travail en tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches.

Chaque pharmacie hospitalière a son organisation propre. Cependant l'on y retrouve le squelette d'une organisation de base comme celle de l'écrivain MINTZBERG qui comprend :

- L'organisation fonctionnelle, qui correspond aux procédures mises en œuvre pour l'accomplissement des missions ;
- L'organisation administrative et technique, qui correspond quant à elle, aux procédures d'exécution des tâches.

Une pharmacie hospitalière est constituée par un ensemble d'éléments indispensable à son bon fonctionnement. MINTZBERG distingue cinq unités de base :

a. Le centre opérationnel :

Les éléments constituant le centre opérationnel sont ceux qui concourent à la production du « service pharmaceutique ». Selon les organisations pharmaceutiques, on y retrouve le plus souvent les préparateurs en pharmacie. Toutefois, les internes en pharmacie, voire les pharmaciens eux-mêmes, peuvent en faire partie, lorsqu'une partie de leurs fonctions est axée sur la prestation de service (analyse des ordonnances, alimentation parentérale...).

b. Le sommet stratégique :

Il est représenté par le pharmacien chef de service. Il organise le travail de son service, définit les objectifs et gère les rapports entre la pharmacie, les autres services (unités de soins, services administratifs et financiers...) et les fournisseurs.

c. La ligne hiérarchique :

Elle peut être composée du préparateur classe fonctionnel qui est responsable de l'ensemble des aides, magasiniers et autres préparateurs ; de l'assistant en pharmacie, chargé du travail des opérateurs (préparateurs en pharmacie, internes, étudiants en cinquième année hospitalo-universitaire, externes) d'un secteur donné par exemple celui du médicament ou du matériel ; et du pharmacien praticien adjoint au chef de service.

d. La technostructure :

Elle assure la conception, la planification du travail des opérateurs et leur formation. Ces fonctions peuvent être assurées par les pharmaciens eux-mêmes ou par les internes en pharmacie. Il s'agit de l'écriture des bonnes pratiques de fabrication, de dispensation et de délivrance ; de la formation du personnel de la pharmacie et de l'encadrement des étudiants en pharmacie et des étudiants parapharmaceutiques.

e. Le support logistique :

Cet élément, en dehors du flux de travail, a pour mission de favoriser le travail des opérateurs. Il peut s'agir des services de comptabilité, de recherche et de développement, de secrétariat et d'informatique.

3. Le concept et théorie sur le management [1] :

3.1. Origine étymologique du terme "management" :

Le terme "management" est dérivé d'un vieux mot français « ménagement » qui jusqu'au XVIIIème siècle signifiait « avoir la responsabilité de quelque chose dont on n'est pas

propriétaire ». Le terme moderne management est actuellement défini dans la langue française comme conduite, direction d'une entreprise. Le verbe manager est dans les dictionnaires de Français synonyme de diriger, gérer, organiser.

➤ **To Manage** : diriger, administrer, gérer, mener, conduire, maîtriser, dompter, gouverner, mater, tenir, venir à bout, arranger, manier, manœuvrer.

➤ **To Manage** : S'y prendre, se tirer d'affaire, s'en tirer, s'arranger, se débrouiller, trouver moyen de, parvenir à...

Les autres termes modernes les plus couramment utilisés sont gérer, gestion et administrer, administration.

➤ **Gérer et gestion** : proviennent du verbe latin *gérer* qui signifie, conduire (au sens large de mener ou mener à bien), diriger et même gouverner.

Administrer et administration : proviennent du verbe administrer qu'on peut définir comme gérer un bien, gérer en défendant les intérêts de ceux qui nous confient leur patrimoine.

Les sens et nuances entre les termes manager, gérer, administrer, sont très proches. C'est tout à la fois arranger, aménager, prendre soin de, conduire, gouverner, manier, etc.

Ainsi les définitions les plus classiques du management se rapportent toujours à des activités ou des tâches en série que doit continuellement assurer le manager: Planifier, Organiser, Diriger, Contrôler (PODC).

➤ **Différence entre gestion et management.** Initialement, le terme française *gestion* était la simple traduction du terme anglais *management*. Ces termes sont utilisés avec des connotations légèrement différentes selon les emplois, les contextes et les cadres... Normalement dans l'entreprise, nous parlons de *gestion* pour un point de vue plus financier, prise de décision nécessitant des informations chiffrées, par exemple : la comptabilité, les tableaux de gestion, les notions de coûts, et leurs indicateurs d'activité. Quant au *management* lorsque nous nous intéressons à la *gestion des ressources humaines* il s'intéressera notamment à des aspects tels que la motivation du personnel, la communication interne, les modes de direction, le climat social, etc.

Au début du XXème siècle Fayol, décrit les composantes de la fonction administrative (qui correspond au concept d'administration au sens anglo-saxon): prévoir, organiser, commander, coordonner, contrôler.

L'ouvrage de Berle et Means paru en 1932 donne ses lettres de noblesse au management en mettant en avant le rôle du dirigeant ou du manager qui assure les fonctions précédemment décrites et qui n'est pas propriétaire de la firme qu'il dirige [16].

Les définitions qui suivent indiquent effectivement un « domaine d'intervention » très large de la part des dirigeants. À partir d'une connaissance rigoureuse des faits économiques, sociaux, humains et des opportunités offertes par l'environnement (marché, politique économique), le management est une façon de diriger et de gérer rationnellement une organisation (entreprise, organisme public, association), d'organiser les activités, de fixer les buts et les objectifs, de bâtir des stratégies. Il y parviendra en utilisant au mieux les hommes, les ressources matérielles, les machines, la technologie, dans le but d'accroître la rentabilité et l'efficacité de l'entreprise » (Crener et Monteil, 1979) [17].

Koontz et O'Donnell, de leur côté, ne donnent pas de définition du management mais introduisent dans leur ouvrage le rôle de la gestion et du gestionnaire. Ce dernier a la mission de « créer ou maintenir un environnement où les individus qui travaillent en groupe sont encouragés à collaborer de façon efficace et dynamique à la réalisation d'objectifs communs préétablis » [18].

Cet ensemble de définitions montre bien l'élargissement du champ d'étude : il s'agit de s'intéresser au phénomène organisationnel dans son ensemble, ce qui inclut toutes les formes d'organisations possibles. Le management de ces structures concerne essentiellement les problèmes de coordination des ressources internes (et plus seulement l'allocation de celles-ci). Le constat immédiat est que l'éventail des disciplines mobilisées est très large. De fait, la suprématie technique ne conditionne pas la réussite d'un « bon » management. A contrario, l'importance du facteur humain, en particulier dans l'activité de coordination est déterminant pour la survie d'une organisation. Cette transversalité est d'ailleurs bien illustrée par les différents développements du concept de management : le management de la qualité totale, le management stratégique, le management de la fonction commerciale, etc.

3.2. Les fondements historiques du management [19] :

Les pratiques du management datent de plusieurs milliers d'années mais le développement du management comme discipline de savoir est très récente. Plusieurs théories du management ont surgi suite à la révolution industrielle avec la prolifération des usines.

Dans son ouvrage *The Evolution of Management Thought*, Daniel Wren fait remonter l'histoire du management jusque cinq millénaires avant Jésus-Christ, chez les Sumériens, qui produisaient des relevés pour faciliter les activités gouvernementales et commerciales.

Le management a joué un rôle important dans la construction des pyramides d'Egypte, dans l'émergence de l'Empire romain et dans le succès commercial de Venise au XIV^{ème} siècle. Avec la révolution industrielle, au XVIII^{ème} siècle, des bouleversements sociaux ont fait faire de grands bonds en avant à la fabrication des produits de base et des biens de consommation.

Les principes d'Adam Smith touchant la production de masse par la spécialisation des tâches et la division du travail ont encore accéléré le changement industriel. Au tournant du XX^{ème} siècle, Henry Ford et d'autres industriels ont fait de la production de masse l'un des piliers de l'économie moderne. Depuis lors, les sciences et les pratiques de gestion ont connu un développement rapide et suivi. On peut schématiser l'histoire complexe du management de la façon suivante :

- **Approches préclassiques** : Afin de permettre une gestion plus efficace des usines, il s'est avéré nécessaire de coordonner les différents apports et moyens innovatifs de plusieurs personnes. Ces derniers, connus comme des contributeurs préclassiques de management ont essayé des techniques afin de résoudre des problèmes spécifiques.
- **Approches classiques** : ont cherché à élaborer des principes universels qui s'appliqueront à diverses situations de gestion.
- **Approches axées sur les ressources humaines** : se sont concentrées sur les besoins de l'être humain, sur les groupes de travail et sur le rôle des facteurs sociaux en milieu de travail.
- **Approches modernes** : concordent avec la conception des systèmes organisationnels et la démarche de contingence (adaptation aux circonstances) des environnements complexes et dynamiques.

3.2.1. La notion de management moderne[19] :

Le management sous sa forme moderne est le fruit d'une longue évolution historique aussi vieille que l'humanité.

Une croyance contestable en théorie du management est celle qui veut laisser croire que, Les ateliers du silex de l'homme préhistorique ou des potiers des temps pharaoniques étaient "organisés" sur un mode très proche du travail à la chaîne, avec ouvriers spécialisés, séquences "rationnelles", contremaîtres et surveillance hiérarchisée.

Ou encore, le gouvernement de Moïse et de ses compagnons ainsi que le système du mandarinat chinois sont perçus comme des formes de “bureaucraties” à structures fonctionnelles départementalisées, avec à leur tête un dirigeant rationnel et efficace [20].

Les données historiques les moins contestables situent l’apport le plus fondamental fait à la discipline du management au niveau de la révolution industrielle. Ce changement a consisté précisément en un changement radical dans la conduite et l’organisation du travail.

En effet, l’émergence d’une gestion systématique a marqué l’assemblée de l’Association Américaine des Ingénieurs Mécaniciens en 1886 [21].

A cette occasion, Henry Towne, cofondateur et président de Yale & Towne Manufacturing Company, fit un exposé où il demandait que “la gestion des ateliers” soit reconnue comme une discipline pratique analogue à l’ingénierie. Le développement d’une littérature spécifique et la formulation de principes de normalisation étant, selon lui, essentiels à cette reconnaissance. L’exposé de Towne eut des effets révolutionnaires. L’idée que le rôle des ingénieurs devait dépasser la simple efficacité technique pour tenir compte des coûts, des rapports et du bénéfice était nouvelle. L’exposé fut entendu par un homme dont les idées vont marquer à jamais la pensée managériale. C’était Frederick Taylor, Le père du management scientifique.

3.2.2. Le processus du management [19] :

Le management repose sur 4 activités : la planification, l’organisation, la direction et contrôle.

✓ La planification :

La planification est le moyen permettant d’anticiper et de préparer les actions à entreprendre dans le futur.

La planification opérationnelle laisse la place à une planification stratégique favorisant une démarche plus prospective, plus qualitative et plus souple, prenant en compte non seulement des dimensions économiques mais aussi et surtout des données concurrentielles, sociales, politiques et technologiques. L’incertitude des années 1990 conforte ce mouvement puisque à la planification stratégique succède le management stratégique dont l’ambition est de prendre en compte l’organisation et les processus qui la sous-tendent afin d’être plus global, plus réactif et plus décentralisé. Pour cela, le diagnostic tient une place primordiale dans la planification. Il permet de faire le point, de rechercher les causes et les conséquences des situations, puis d’envisager et évaluer les différentes alternatives possibles pour décider et définir l’ensemble des étapes permettant d’atteindre l’objectif fixé.

La décision étant prise, il faut construire le plan. Le processus de planification se décompose en 3 étapes :

- **Formulation du plan stratégique** : découle directement de la stratégie et en est la traduction directe sur le long terme. Il définit les grandes lignes directrices ainsi que leur articulation en termes de moyens et de durée.
- **Etablissement des plans opérationnels** : ces derniers définissent l'action quotidienne (à moyen et court terme) de chaque membre de l'organisation.
- **Détermination du budget** : C'est la traduction monétaire des objectifs des programmes d'action. Ce processus est consolidé par une infrastructure organisationnelle et par la définition des rôles de chacun dans l'élaboration des plans.

✓ **L'organisation :**

L'organisation est la partie la plus visible du management car elle permet de définir les tâches à accomplir, de les regrouper et d'établir des liens de subordination, de coopération et d'information.

Les formes d'organisation sont diverses mais le dénominateur commun que l'on peut retenir est la division du travail. On peut les répertorier autour des grandes catégories suivantes:

- **Organisation par fonctions** : Elle regroupe les tâches selon le critère de spécialisation. Même si son efficacité est reconnue car elle permet une bonne utilisation de ressources spécialisées, elle pose certains problèmes car elle est à l'origine de nombreux conflits.
- **Organisation hiérarchique** : Cette structure repose sur le principe de l'unité de commandement énoncé par H. Fayol. Cette structure entraîne une seule relation d'autorité-subordination : elle a la forme d'une pyramide ; l'autorité circule à sens unique du haut vers le bas. L'échelon supérieur détient l'autorité et peut la déléguer à l'échelon immédiatement inférieur.
- **Organisation hiérarchico-fonctionnelle** : Ce type de structure place à côté de la ligne hiérarchique un ou des états-majors composés de spécialistes (fonctionnels) dont le rôle consiste à éclairer les décisions de la direction générale et des directeurs opérationnels. Le personnel des états-majors ne dispose pas de pouvoir de commandement contrairement aux opérationnels.

Le principe est celui de la double ligne : *staff and Line*. Une ligne dispose d'une autorité générale (pouvoir de commandement), une autre d'une autorité dans la spécialité (pouvoir de conseil).

On trouve alors dans l'entreprise deux catégories d'individus, qui constituent les deux lignes. La ligne hiérarchique est celle des décideurs, elle est composée des opérationnels, parmi ceux-ci règne une unité de commandement très nette.

La ligne de conseil est formée des fonctionnels qui étudient, proposent, suggèrent, mais ne décident pas.

➤ **Organisation matricielle** : Cette structure adopte le principe de la dualité de commandement, c'est-à-dire que le personnel a deux supérieurs hiérarchiques en même temps. Par exemple, juxtaposition d'une structure hiérarchique et géographique. Cette dualité de commandement peut être temporaire ou permanente : on parlera alors de structure par projet et de structure multidimensionnelle.

Ces formes d'organisation se distinguent les unes des autres par :

- Le degré de délégation ;
- Le degré de décentralisation ;
- Les moyens de coordination ;
- Le nombre d'unités opérationnelles et fonctionnelles.

Ainsi le choix d'une structure pour une organisation reste délicat car il dépendra d'une multitude de facteurs (orientations, hommes en présence, style de direction, culture d'entreprise, environnement...).

Actuellement, les formes organisationnelles connaissent des transformations radicales : une « déhiérarchisations » afin de raccourcir les circuits de décision et de rendre toute son importance à la ligne managériale (structures plates). Une accentuation de la décentralisation afin d'accroître la flexibilité et l'adaptabilité à un environnement moins prévisible. un décloisonnement des structures favorisant la communication interne et le développement des réseaux tant à l'interne qu'à l'externe.

✓ **La direction :**

Le but de la direction est d'animer les hommes et les femmes qui planifient, organisent et contrôlent afin de donner vie à l'organisation. Pour cela, cinq points peuvent être qualifiés de majeurs :

➤ **La motivation** : Elle fait appel à de nombreuses théories et méthodes. La théorie classique. Le taylorisme est à l'origine de la plupart des systèmes de compensation financière. La théorie des besoins : théorie de **Maslow**

➤ **La théorie des deux facteurs : Herzberg** considère qu'il y a deux classes d'éléments motivants Les facteurs intrinsèques ou facteurs de satisfaction et de motivation (la réalisation de soi, la reconnaissance, l'intérêt du travail, la responsabilité, les possibilités de promotion et de développement...), puis les facteurs extrinsèques ou facteurs d'insatisfaction (politique du personnel, style de supervision, relations interpersonnelles, conditions de travail et de salaire...).

➤ **La théorie des pulsions** : Elle trouve son origine dans les principes de l'hédonisme où l'être humain choisit parmi différentes actions celle qui maximise son plaisir ou minimise sa peine.

La théorie de l'équité : les hommes recherchent une compensation équitable pour leurs efforts de travail. Cette théorie décrit la manière selon laquelle les récompenses et le coût des activités sont répartis entre individus.

✓ **Le contrôle :**

Le manager doit s'assurer que les résultats sont conformes aux objectifs. Le contrôle est donc un processus à la fois actif (action de correction avant la constatation de résultats), mais aussi réactif (correction après les résultats) fortement développé dans le management.

Selon les modes et les époques, l'approche du contrôle est différente. L'approche classique favorise le contrôle rigide et traditionnel tandis qu'à l'opposé certaines théories favorisent la mise en œuvre de l'autocontrôle.

La fixation des standards : il s'agit de déterminer des éléments de référence auxquels est comparé le résultat. Ils sont élaborés en fonction du résultat souhaité, se rapportent à un élément clé dont l'existence conditionne le succès d'ensemble et résultent d'une synthèse de plusieurs observations.

➤ **La mesure et la communication du résultat** : les techniques quantitatives de gestion permettent de mesurer les résultats tandis que la communication vise à favoriser l'information des acteurs concernés par ces données.

➤ **L'action corrective** : La modification de l'objectif, le renforcement d'un résultat obtenu ou l'inaction sont les trois voies que peuvent prendre les actions correctives. Toutefois, elles doivent être prises rapidement et prendre en compte l'ensemble des éléments qui influencent le résultat.

IV. METHOLOGIE DE LA RECHERCHE :

1. Type d'étude :

C'est une étude transversale de type descriptif qui a porté sur les causes sous-jacentes de la sous fréquentation de la pharmacie du CHU Point G. Elle consiste à recueillir des informations sur les différentes activités et prestations menées qui sont en rapport avec la sous fréquentation à l'aide de 3 fiches d'enquête.

2. Lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée à la pharmacie hospitalière du CHU Point G de Bamako capitale du Mali.

3. Durée d'étude :

Notre étude s'est déroulée de Mars à Novembre 2018 soit une période de 9 mois.

4. Population d'étude :

Notre population d'étude était composée :

- Des patients hospitalisés et non hospitalisés (les patients ambulants) au CHU Point G.
- Des personnes impliquées dans la gestion de la pharmacie hospitalière.

5. Critères d'inclusion :

Ont été inclus à l'étude :

- Toutes personnes travaillant au sein de la pharmacie hospitalière du CHU du Point G et qui ayant accepté de participer à cette étude ;
- Tous patients hospitalisés et ambulatoires au CHU du Point G et qui avait accepté de participer à cette étude.

6. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus à cette étude :

- Les personnes ne travaillant pas au sein de la pharmacie hospitalière du CHU du Point G ;
- Les patients hospitalisés et ambulatoires au CHU du Point G n'ayant pas accepté de participer à cette étude.

7. Echantillonnage :

7.1 Technique :

Dans notre étude l'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné était retenu.

7.2. Taille de l'échantillonnage :

- ✓ Deux cents (200) patients repartis comme suite : cent (100) patients hospitalisés et cent (100) patients non hospitalisés.

- ✓ Trente (30) acteurs clés impliqués dans la gestion de la pharmacie répartis comme suit :
 - Le directeur général (1) ;
 - Le directeur général adjoint (1) ;
 - Le chef comptable (1) ;
 - Un aide comptable (1) ;
 - Le pharmacien chef de service (1) ;
 - Le pharmacien chef de service adjoint (1) ;
 - Les assistants du pharmacien chef de service (3) ;
 - Le major de la pharmacie (1) ;
 - Les secrétaires aux pharmaciens (2) ;
 - Le Chargé d'approvisionnement (1) ;
 - Les thésards (10) ;
 - Les caissiers (2) ;
 - Les auxiliaires en pharmacies (2) ;
 - Le magasinier (2) ;
 - Le manœuvre (1).

Nous avons estimé que ces 30 acteurs répartis en 3 groupes (avec des questions différentes) sont impliqués activement dans la gestion de la pharmacie et sont capables de nous fournir les informations nécessaires (informateurs clés) pour pouvoir comprendre le phénomène de la sous fréquentation. Au moment de notre enquête, il y'avait 25 acteurs disponibles.

8. Outils de collecte des données :

Dans notre étude, l'outil de collecte des données était composé de :

Trois (3) fiches d'enquête différentes élaborées à cet effet, il s'agissait :

- Une fiche d'enquête élaborée pour les acteurs (personnel qualifié) impliqués dans la gestion de la pharmacie : le directeur général adjoint, le chef comptable, le pharmacien chef de service, les assistants du pharmacien chef de service, le major de la pharmacie, le chargé d'approvisionnement, les thésards ;
- Une fiche d'enquête élaborée pour les 200 patients (patients hospitalisés et non hospitalisés) ;
- Une fiche d'enquête pour le personnel de soutien : l'aide comptable, les secrétaires aux pharmaciens, les caissiers, les auxiliaires en pharmacies, le magasinier, le manœuvre.

9. Saisie et analyse des données :

9.1 Saisie des données :

Le logiciel Microsoft Word version 2016 a été utilisé pour la saisie des données durant ce travail.

9.2 Analyse des données :

Le logiciel SPSS version 23 a été utilisé pour l'analyse.

10. Confidentialité et l'éthique :

L'anonymat et la confidentialité étaient garantis pour l'ensemble des informations recueillies, la fiche d'enquête était individuelle et ne portait pas d'identité du patient, ni des personnes du service de la pharmacie hospitalière du CHU Point G.

V. RESULTATS :

A. Les résultats issus du questionnaire adressé au personnel qualifié :

1. Les caractéristiques sociodémographiques du personnel qualifié :

Tableau I : Répartition du personnel qualifié en fonction de l'âge.

Age	Fréquence	Pourcentage (%)
25-30 ans	11	61,1
31-36 ans	1	5,6
37 et plus	6	33,3
Total	18	100

La majorité du personnel qualifié enquêté avait leur âge compris entre 25 et 30 ans.

Tableau II : Répartition du personnel qualifié selon le sexe.

Sexe	Fréquence	Pourcentage (%)
Masculin	10	55,6
Féminin	8	44,4
Total	18	100

Plus de la moitié du personnel qualifié était de sexe masculin.

Tableau III : Répartition du personnel qualifié en fonction du statut matrimonial.

Statut Matrimonial	Fréquence	Pourcentage (%)
Célibataire	8	44,4
Marié	10	55,6
Total	18	100

L'essentiel du personnel qualifié enquêté était marié.

Tableau IV : Répartition du personnel qualifié en fonction de leur profession.

Profession	Fréquence	Pourcentage (%)
Pharmaciens	3	16,7
FFI	10	55,6
Inspecteur et Gestion services Hospitalières	1	5,6
Gestionnaire	1	5,6
Assistant en Sante Publique	1	5,6
Agent Comptable	1	5,6
Total	18	100

Plus de la moitié des acteurs enquêtés étaient des faisant fonctions d'interne en pharmacie.

Tableau V : Répartition du personnel qualifié en fonction des tâches.

	Fréquence	Pourcentage (%)
Réception des Matériaux	1	5,6
Dispensation Anticancéreux	1	5,6
Dispensation a l'officine	11	61,1
Gestion des Finances	1	5,6
Dispensation ARV	1	5,6
Gestion des Stock et Surveillance du Service	1	5,6
Finances de l'hôpital	1	5,6
Assistance au DG	1	5,6
Total	18	100

La Dispensation à l'officine était la tâche qui prédominait à plus de 50%.

Tableau VI : Répartition du personnel qualifié selon l'ancienneté.

Ancienneté	Fréquence	Pourcentage (%)
1-5 ans	14	77,8
6-11 ans	2	11,1
17-22 ans	1	5,6
23 et Plus	1	5,6
Total	18	100

La majorité du personnel qualifié avait de 1 à 5ans d'expériences de travail.

2. Les répartitions du personnel qualifié en fonction des heures d'activités :

Tableau VII : Répartition du personnel qualifié en fonction de leur heure de début de service.

Heures	Fréquence	Pourcentage (%)
8 h	15	83,3
9 h	2	11,1
10 h	1	5,6
Total	18	100

Plus de la moitié du personnel qualifié enquêté ont affirmé commencé leur service à 8h00.

Tableau VIII : Répartition du personnel qualifié en fonction de leur heure de fin de journée.

Heures	Fréquence	Pourcentage (%)
14 h	8	44,4
15 h	3	16,7
16 h	6	33,3
17 h	1	5,6
Total	18	100

Presque la majorité du personnel qualifié déclarait finir leur journée de travail à 14h.

3. Avis et proposition du personnel qualifié :

Tableau IX : Perception du personnel qualifié sur le prix des médicaments de la pharmacie hospitalière.

Appréciation Prix	Fréquence	Pourcentage (%)
Peu Cher	3	16,7
Pas Cher	15	83,3
Total	18	100

Près de la totalité du personnel qualifié enquêté trouva le prix des médicaments abordable.

Tableau X : Perception du personnel qualifié sur la difficulté des malades à payer les médicaments.

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	12	66,7
Non	6	33,3
Total	18	100

Plus de la moitié du personnel qualifié estimait que les malades ont des difficultés à payer les médicaments.

Tableau XI : Difficultés rencontrées par le personnel qualifié dans le service.

Difficultés	Fréquence	Pourcentage (%)
Manque d'équipement	11	61,1
Manque de communication	5	27,8
Manque d'infrastructure	2	11,1
Total	18	100

Plus de la moitié du personnel qualifié enquêté avait comme difficultés le manque d'équipement de travail.

Tableau XII : Réponse du personnel qualifié concernant la perception d'une rémunération.

Rémunération	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	10	55,5
Non	8	44,4
Total	18	100

Plus de la moitié du personnel qualifié avait une rémunération.

Tableau XIII :Avis du personnel qualifié sur leur satisfaction de la rémunération perçue.

Satisfaction	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	1	5,6
Non	17	94,4
Total	18	100

Plus de la majorité du personnel qualifié enquêté n'était pas satisfait de la rémunération.

Tableau XIV :Avis du personnel qualifié sur les causes de la sous-fréquentation de la pharmacie hospitalière.

Causes	Fréquences	Pourcentage (%)
Rupture de Stock	8	44,4
Non Prescription des MEG par les Soignants	6	33,3
Vente des Médicaments dans les Services	3	16,7
Non-Respect du SDAME	1	5,6
Total	18	100

La rupture de stocks était la plus remarquée par le personnel qualifié.

Tableau XV : Proposition d'amélioration de la fréquentation de la pharmacie hospitalière selon le personnel qualifié.

Propositions	Fréquentation	Pourcentage (%)
Disponibilité des Produits	12	66,7
Arrêt Vente hors Pharmacie	2	11,1
Privatisation Pharmacie	1	5,6
Prescription MEG	3	16,7
Total	18	100

Plus de la moitié du personnel qualifié enquêté proposait la disponibilité des produits dans la pharmacie.

B. Les résultats issus du questionnaire adressé au personnel de soutien:

1. Les caractéristiques sociodémographiques du personnel de soutien :

Tableau XVI : Répartition du personnel de soutien en fonction de l'âge.

Age	Fréquence	Pourcentage (%)
25-30 ans	4	57,1
31-36 ans	1	14,3
37 et Plus	2	28,6
Total	7	100

La moitié du personnel de soutien enquêté avait leur âge compris entre 25 et 30 ans.

Tableau XVII :Répartition du personnel de soutien selon l'ancienneté.

Ancienneté	Fréquence	Pourcentage (%)
1-5 ans	5	71,4
6 et Plus	2	28,6
Total	7	100

Plus de 50% du personnel de soutien avait de 1 à 5ans d'expériences de travail.

2. Les répartitions du personnel de soutien en fonction des heures d'activités :

Tableau XVIII :Répartition du personnel de soutien en fonction de leur heure de début de service.

Heures	Fréquence	Pourcentage (%)
8 h	5	71,4
9 h	2	28,6
Total	7	100

La majorité du personnel de soutien a déclaré commencé leur service à 8h00.

Tableau XIX :Répartition du personnel de soutien en fonction de leur heure de fin de journée.

Heures	Fréquence	Pourcentage (%)
15 h	1	14,3
16 h	5	71,4
18 h	1	14,3
Total	7	100

Plus de la moitié du personnel de soutien a déclaré fini leur journée de travail à 16H00.

3. Avis et proposition du personnel de soutien :

Tableau XX :Perception du personnel de soutien sur le prix des médicaments de la pharmacie hospitalière.

Appréciation prix	Fréquence	Pourcentage (%)
Très Cher	1	14,3
Pas Chers	6	85,7
Total	7	100

La majorité du personnel de soutien enquêté trouvait que les médicaments n'étaient pas cher.

Tableau XXI : Perception du personnel de soutien sur les difficultés des patients à payer les médicaments.

	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	4	57,1
Non	3	42,9
Total	7	100

Plus de la moitié du personnel de soutien enquêté pensait que les malades ont des difficultés à payer les médicaments.

Tableau XXII : Causes des plaintes des Patients dans la pharmacie hospitalière selon le personnel de soutien.

Plaintes	Fréquence	Pourcentage (%)
Rupture de Stock	3	42,3
Qualité de l'accueil	1	14,3
Problème de monnaie après-vente	3	42,3
Total	7	100

Presque la majorité du personnel de soutien annonçait que la rupture de stock et le problème de monnaie après-vente étaient les plaintes des patients.

Tableau XXIII :Avis du personnel de soutien sur les causes de la sous fréquentation de la pharmacie hospitalière.

Cause sous fréquentation	Fréquence	Pourcentage (%)
Rupture de stocks	7	100
Total	7	100

La totalité du personnel de soutien enquêté affirmait que la sous fréquentation de la pharmacie était due aux ruptures de stock.

Tableau XXIV :Proposition d'amélioration de la fréquentation de la pharmacie hospitalière selon le personnel de soutien.

Propositions	Fréquence	Pourcentage (%)
Disponibilité des Produits	5	71,4
Multiplication des Caisses de vente	2	28,6
Total	7	100

Plus de la moitié du personnel de soutien enquêté proposait la disponibilité des produits dans la pharmacie.

C. Les résultats issus du questionnaire adressé aux patients :

1. Les caractéristiques sociodémographiques des patients :

Tableau XXV: Répartition des patients en fonction de l'âge.

Age	Fréquence	Pourcentage (%)
10-15 ans	4	2,0
16-21 ans	21	10,5
22-26 ans	23	11,5
27-31 ans	38	19,0
32-37 ans	32	16,0
38-43 ans	30	15,0
44 et Plus	52	26,0
Total	200	100

Moins de la moitié des patients enquêtés avaient leurs âges compris entre 44 ans et plus.

Tableau XXVI : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Fréquence	Pourcentage (%)
Masculin	95	47,5
Féminin	105	52,5
Total	200	100

Plus de la moitié des patients étaient de sexe féminin.

Tableau XXVII : Répartition des patients en fonction du niveau instruction.

Niveau instruction	Fréquence	Pourcentage (%)
Supérieur	80	40,0
Secondaire	58	29,0
Primaire	17	8,5
Non Sclarises	45	22,5
Total	200	100

Presque la majorité des patients enquêtés avaient un niveau d'instruction supérieur.

Tableau XXVIII: Répartition des patients en fonction de la Résidence.

Résidence	Fréquence	Pourcentage (%)
Commune I	30	15,0
Commune II	39	19,5
Commune III	21	10,5
Commune IV	17	8,5
Commune V	28	14,0
Commune VI	23	11,5
Périphérie	42	21,0
Total	200	100

La majorité des patients résidaient dans la périphérie de Bamako.

Tableau XXIX : Répartition des patients en fonction de la profession.

Professions	Fréquence	Pourcentage (%)
Fonctionnaires	52	26,0
Ménagères	47	23,5
Commerçants	37	18,5
Etudiants/Elevés	36	18,0
Cultivateurs/Ouvriers	25	12,5
Autres	3	1,5
Total	200	100

Les fonctionnaires étaient les plus représentés.

Tableau XXX :Fréquentation de la pharmacie hospitalière par les patients en année.

Temps de fréquentation	Fréquence	Pourcentage (%)
Inf. à 1 an	178	89,0
1-2 ans	8	4,0
3-5 ans	8	4,0
6 et Plus	6	3,0
Total	200	100

Plus de la moitié des patients fréquentaient la pharmacie depuis moins d'une année.

2. Avis et proposition des patients :

Tableau XXXI : Perception des patients sur la qualité de l'accueil à la pharmacie hospitalière.

Qualité de l'accueil	Fréquence	Pourcentage (%)
Bonne	70	35,0
Passable	108	54,0
Mauvaise	22	11,0
Total	200	100

La majorité des patients enquêtés percevaient que l'accueil était passable dans la pharmacie.

Tableau XXXII : Perception des patients sur l'hygiène des locaux de la pharmacie hospitalière.

Propreté	Fréquence	Pourcentage (%)
Propre	103	51,5
Peu Propre	70	35,0
Pas Propre	27	13,5
Total	200	100

Plus de la moitié des patients trouvaient que les locaux de la pharmacie étaient propres.

Tableau XXXIII : Perception des patients sur la disponibilité du personnel soignant dans les unités de soins.

Disponibilité	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	119	59,5
Non	81	40,5
Total	200	100

La majorité des patients affirmaient que le personnel soignant était présent et disponible dans les unités de soins.

Tableau XXXIV : Perception des patients sur le prix des médicaments de la pharmacie hospitalière.

Appréciation prix	Fréquence	Pourcentage (%)
Très Chers	8	4,0
Chers	2	1,0
Peu Chers	38	19,0
Pas Chers	152	76,0
Total	200	100

Plus de la moitié des patients enquêtés ont déclaré que les médicaments n'étaient pas cher.

Tableau XXXV :Avis des patients sur la satisfaction de la qualité des prestations de la pharmacie hospitalière.

Satisfaction	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	65	32,5
Non	135	67,5
Total	200	100

Plus de la moitié des patients n'étaient pas satisfait la qualité des prestations de la pharmacie.

Tableau XXXVI :Avis des patients sur la disponibilité des médicaments prescrits dans la pharmacie hospitalière.

Disponibilité	Fréquence	Pourcentage
Oui	41	20,5
Non	159	79,5
Total	200	100

Plus de la moitié des patients enquêtés déclarait la nondisponibilité des produits prescrits dans la pharmacie.

Tableau XXXVII :Proposition d'amélioration de la fréquentation de la pharmacie hospitalière selon les patients.

Propositions	Fréquence	Pourcentage (%)
Disponibilité des produits	146	73,0
Multiplication des caisses de vente	29	14,5
Résoudre le problème de Monnaie après-vente	16	8,0
Bon accueil des patients	9	4,5
Total	200	100

La disponibilité des produits était la plus déclarée par les patients.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Données globales :

Durant une période de 9 mois, de Mars à Novembre 2018, nous avons mené une étude transversale de type descriptif portant sur les causes sous-jacentes de la sous-fréquentation de la pharmacie hospitalière du CHU Point G. Pour ce faire, nous avons inclus trois (3) populations différentes, constituées de : 200 patients, 18 personnels qualifiés et 7 personnels de soutien ayant chacune un questionnaire bien défini.

2. Limites et difficultés de l'étude :

Au cours de cette étude nous nous sommes heurtés à certaines limites et difficultés qui se sont résumées principalement à :

- ✓ Manque de coopération de certaines personnes ;
- ✓ Refus de certains patients à participer à l'enquêtes.

↳ Age :

L'âge moyen du personnel qualifié de notre étude était compris entre 25 et 30 ans soit 61,1% de notre échantillon avec une moyenne d'âge de $34,83 \pm 8,06$ ans. Cette forte représentativité des jeunes se justifie par la présence massive de thésards dans le service

Ce résultat a été observé chez le personnel de soutien dont 4 sur 7 personnes enquêtées avaient l'âge compris entre 25 et 30 ans soit 57,1%.

Les patients qui avaient leur âge supérieur à 44 ans ont été les plus représentés. La moyenne d'âge était de $36,87 \pm 2,07$ ans avec des extrêmes de 10 et 62 ans ; selon **Diagne N** au Sénégal en 2017 lors de son étude portant sur l'étude managériale des déterminants de la sous-fréquentation trouve que 75% de son échantillon du personnel qualifié avait entre 30 et 34 ans et la moyenne d'âge était de 33,25 ans avec des extrêmes de 34 à 39 ans. Les patients enquêtés avaient aussi un âge supérieur à 40 ans [2].

↳ **Sexe :**

Chez le personnel qualifié, les deux sexes ont été assez représentés avec un sex-ratio de 1,25 pour les hommes (55,6%). La présence de presque autant d'hommes que de femmes, ne pourrait pas être un obstacle à la fréquentation de la pharmacie hospitalière car réduisant le risque de réticence de certains clients lié au sexe du soignant.

Les patients étaient majoritairement de sexe féminin (52,5%) avec un sex-ratio de 1,11, plus de la moitié soit 69,0% avaient au moins un niveau secondaire et étaient des fonctionnaires à 26% et ménagères à 23,5%.

La prédominance du sexe féminin des patients est aussi rapportée dans la littérature [2 et 22], les femmes sont plus vulnérables aux maladies et sollicitent plus souvent les services de santé que les hommes. La forte représentativité des fonctionnaires et des instruits peut conduire à une forte fréquentation de la pharmacie hospitalière ; selon **Coulibaly L** en 2005 à Koulikoro lors de son étude avait eu 100% d'hommes parmi le personnel, cela s'explique par le fait que ces structures de santé sont éloignées de la ville[3].

↳ **Statut matrimonial et ancienneté :**

Le personnel qualifié ayant des obligations maritales ont été plus nombreux dans notre étude à une proportion de 55,6% et 77,8% de ce personnel avaient une ancienneté de moins de 5 ans avec des extrêmes de 1 à plus de 23 ans.

Cette majorité de mariés dans notre échantillon bien que jeune pourrait être liée aux us et coutumes locales qui favorisent le mariage en jeune âge.

La situation maritale et l'inexpérience peuvent se présenter comme des facteurs de sous fréquentation car le personnel marié ayant plus de contraintes familiales pourrait accuser plus d'irrégularité à son poste et peu expérimenté, peut-être plus d'erreurs.

Diagne N. avait eu des résultats contraires chez le personnel qualifié aux nôtres concernant la situation matrimoniale avec $\frac{3}{4}$ (75%) célibataires mais superposables aux nôtres concernant les années d'anciennetés avec 100% de moins de 4 ans d'ancienneté[2].

↳ **Accueil :**

Les résultats obtenus ont montré que 54% des patients affirmaient que l'accueil dans la pharmacie hospitalière était moyen. Seulement 34% des patients disaient que l'accueil était bon. Ce faible taux pourrait s'expliquer par certains constats selon les patients :

- ✓ Le personnel de la pharmacie est toujours occupé par son téléphone ;
- ✓ Ne salut pas les patients ;

- ✓ La nuit le personnel n'est pas toujours motivé à revoir les patients qui viennent acheter des médicaments.

COULIBALY I, au Mali en 2008 trouvait des résultats contraires aux nôtres dont la majorité des clients des trois officines était satisfaits de la qualité de l'accueil soit 86,7% [10].

↳ **Appréciation du prix des médicaments :**

La totalité du personnel qualifié trouvait que les prix des médicaments n'était pas cher, pourtant, 66,7% de ce personnel trouvait que les patients avaient des difficultés à payer leurs médicaments. Cette situation pourrait venir du nombre d'ordonnances délivrés par les soignants, du niveau de revenu bas des patients fréquentant les hôpitaux publics et l'instabilité de la situation économique du pays pouvant entraîner la sous-fréquentation de la pharmacie hospitalière. Ces mêmes résultats ont été affirmés par le personnel de soutien et par les patients, cela nous permet de comprendre que conformément à notre économie le prix des médicaments des pharmacies hospitalières n'est pas cher.

↳ **Difficultés rencontrées par le personnel qualifié :**

L'homme est un être complexe qui convient de considérer dans sa globalité pour mieux le saisir et le comprendre. Ceci est vrai tant dans le domaine social que celui de la santé[23]. C'est dans ce contexte que nous ne pouvons pas étudier les facteurs liés à la sous-fréquentation de la pharmacie hospitalière sans parler des difficultés rencontrées dans lesdits lieux tant sur le plan humain que matériel car nous sommes sans ignorer par exemple que les difficultés du personnel pourraient avoir un impact négatif sur la fréquentation de la pharmacie hospitalière.

Plus de la moitié du personnel qualifié soit 55,6% a affirmé avoir des difficultés dans leur travail au cours de notre étude, notamment par le manque de communication et d'équipements. L'administration de l'hôpital du Point G a connue plusieurs mutations, cela influença négativement la fréquentation de la pharmacie par les patients. Le même constat a été apporté par **Diagne N**, qui rapportait que 100% du personnel qualifié avait des difficultés dans leur travail notamment le manque d'équipement soit 28,6%[2].

↳ **Rémunération et satisfaction :**

Une forte proportion soit 94,4% du personnel qualifié de notre étude affirmait ne pas être satisfaite de la rémunération perçue. Cette insatisfaction financière peut être source de démotivation au travail et par la suite source d'insatisfaction des patients puis cause de la sous fréquentation de la pharmacie hospitalière. Ce résultat d'insatisfaction financière a été

rapporté par **Bakary G** en 2017 lors d'une étude dans quatre hôpitaux de Bamako. Il avait trouvé que 53.33% des enquêtes n'étaient pas satisfaites de la politique de rémunération[11].

↳ **Disponibilité des médicaments prescrits dans la pharmacie :**

A la suite de l'analyse de nos résultats, 79,5% des patients affirmaient que les médicaments qu'on leur prescrivait n'étaient pas disponibles à la pharmacie. Seulement 20,5% des patients trouvaient la totalité des médicaments prescrits. Cette non disponibilité de la totalité des médicaments prescrits peut être un facteur entamant la fréquentation de la pharmacie hospitalière.

↳ **Satisfaction de la qualité des prestations :**

La majorité des patients de notre étude soit 67,5% a affirmé ne pas être satisfaite de la qualité des services au niveau de la pharmacie hospitalière. Cet état de faits peut s'expliquer par la non disponibilité des produits d'une part, en effet 54% de ces patients ont affirmé que leurs médicaments n'étaient pas toujours disponibles, et d'autre part, par la moyenne qualité de l'accueil et le non professionnelisme des certains agents de la pharmacie.

↳ **Causes de la sous-fréquentation de la pharmacie hospitalière :**

La rupture de stock de médicaments dans la pharmacie hospitalière, la non prescription des MEG par les soignants et la vente des médicaments dans les services était selon notre personnel qualifié les principales causes de sous-fréquentation de la pharmacie du CHU Point G à des proportions respectives de 44,4, 33,3 et 16,7%. Cette prédominance de rupture de stock pourrait s'expliquer par le fait que la pharmacie manque d'une autonomie totale dans la gestion financière et aussi peut être une erreur dans la quantification des besoins en médicaments ;

Les taux de disponibilité des médicaments essentiels à la pharmacie hospitalière du CHU Point G selon les rapports des annuaires statistiques des hôpitaux du Mali étaient les plus bas au Mali en 2011, 2013 et 2014 avec 72,2, 81,6 et 86,6% [24, 25,26].

Diagne N. quant à lui rapporte comme principale cause de la sous-fréquentation le cout élevé du ticket de consultation avec un taux de 75% suivi du manque d'équipement (50%) et la coexistence avec d'autres centres de santé (50%) [2] ;

Notre étude s'était assignée comme objectif principal : **identifier les déterminants managériaux de la sous fréquentation des pharmacies hospitalières**. Cette étude auprès du personnel de soutien nous a révélé que 57,1% du personnel de soutien affirmait que les patients avaient des difficultés pour payer les médicaments

La rupture de stock et les problèmes de monnaies après les ventes étaient les plaintes qui revenaient le plus souvent. Dans notre étude l'ensemble du personnel de soutien et des patients ont fait savoir que la sous fréquentation est due à la rupture de stock récurrente de la pharmacie hospitalière.

Selon **Prof. Pascal Bonnabry** « dans un but d'amélioration de la qualité des soins, la pharmacie hospitalière a besoin de se concentrer sur un petit nombre de médicaments, mais bien adaptés au besoin, toujours disponibles, à un prix négocié et bien conservés » [23].

VII. CONCLUSION :

En somme nous dirons, à titre de rappelle que l'objectif général de notre étude était d'étudier les causes de la sous fréquentation de la pharmacie hospitalière CHU Point G.

Nous avons procédé par l'administration de questionnaire constitué de trois fiches différentes :

- ❖ La première fiche était destinée au personnel qualifié ;
- ❖ La deuxième fiche au personnel de soutien ;
- ❖ La troisième aux patients.

L'échantillonnage de type raisonné a produit des résultats qui nous ont permis d'identifier quelques causes de la sous fréquentation de la pharmacie hospitalière telle que : des ruptures des médicaments, les problèmes de monnaie après les ventes, la qualité moyenne de l'accueil et même l'insuffisance des caisses. Ces causes viennent surtout du fait que les responsables de ces dites structures sont mal outillé pour faire face à ces problèmes d'où tout l'intérêt de notre étude.

Pour le personnel qualifié dont la majorité était âgée de plus de 25 ans avec une expérience de 5 ans au moins ; nous avons une prédominance du sexe masculin, plus de la moitié nous avait affirmé que les médicaments n'étaient pas chers et insatisfait de la rémunération perçue, ce qui est l'un des facteurs démotivant dans le travail. Il est à noter que personnel qualifié a affirmé que les ruptures des médicaments étaient la principale cause de la sous fréquentation de la pharmacie.

Pour le personnel de soutien dont plus de moitié était âgé de plus de 25 ans avec une expérience de 5 ans au moins, ceci affirmait que les ruptures des médicaments et le problème de monnaie après-vente sont les deux plaintes qui reviennent le plus souvent.

Par contre pour les patients nous avons étudié 200 échantillons dont la majorité était des patients âgés de plus de 44 ans avec une prédominance du sexe féminin, la majorité de notre échantillon affirme que la qualité de l'accueil était moyenne, plus de la moitié des patients n'étaient satisfait de la prestation de la pharmacie et n'ont pas toujours les produits prescrits par le personnel soignant.

Au vue de ces éléments de réponse nous pouvons dire que la pharmacie de l'hôpital du Point G tente de satisfaire la demande des patients mais ils sont confrontés à des problèmes.

L'idéal pour la pharmacie hospitalière du Point G est d'évoluer vers l'autonomie tant en matière de gestion financière que logistique. Cette amélioration passe également par un effort de la part des autorités compétentes et par une active participation des populations.

VIII. RECOMMANDATIONS :

L'analyse des résultats obtenus nous a permis au terme de notre étude de faire les recommandations suivantes :

❖ A l'endroit du ministère de la santé :

- Accorder plus d'importance à la formation des pharmaciens en management de la santé.

❖ A l'endroit de l'administration de l'hôpital du Point G :

- Une autonomie de gestion de la pharmacie aux pharmaciens ;
- Envoyer des pharmaciens faire une formation en management de la santé ;
- De recruter plus de pharmaciens même si c'est dans le cadre d'un contrat à durée déterminée dans le but de renforcer l'équipe de la pharmacie hospitalière ;
- Rénover les locaux de la pharmacie et construire d'autres bâtiments pour augmenter la capacité du service, pour qu'il soit digne d'une pharmacie hospitalière d'un EPH ;
- Aménager la devanture et mettre en place un panneau d'orientation ce qui rendrait la pharmacie plus attractive ;
- Mettre à la disposition de la pharmacie une voiture de transport des médicaments en cas d'urgence ;
- Equiper la pharmacie d'équipement informatique et de logiciel de dispensation ;
- Multiplier les caisses de vente.

❖ A l'endroit du personnel soignant :

- De prescrire des médicaments essentiels génériques (MEG) qui sont disponibles dans la pharmacie conformément à la politique pharmaceutique ;
- D'orienter les patients vers la pharmacie hospitalière.

❖ A l'endroit de la pharmacie hospitalière :

- De faire une très bonne estimation des besoins en médicament ;
- Aux pharmaciens de s'impliquer davantage dans la gestion du stock enfin d'éviter les ruptures ;
- Aux pharmaciens chef de service, de communiquer, d'apprendre aux thésards et auxiliaires en pharmacie qui font la dispensation des médicaments, les bonnes techniques d'accueil des patients enfin de les fidéliser ;
- De prévenir les ruptures de stocks en faisant une bonne estimation des besoins ;
- Mettre en place un système de commande et livraison rapide des produits ;

- Renforcer l'équipe de garde pour une rapidité dans la dispensation ;
- Corriger le problème de monnaie après les ventes en demandant aux banques de leur fournir de la monnaie.
- Renforcer les acquis en matière de bonne collaboration avec les patients à travers des fiches d'évaluations.

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

[1] **BALLO DM.**, (2003), « Système d’approvisionnement d’une pharmacie hospitalière : cas des hôpitaux Gabriel Touré, Point-G, et Kati », Thèse de Pharmacie, FMPOS, Bamako.

[2] **N’Diawar Diagne.**, (2017), « Etude managériale des déterminants de la sous fréquentation du service de médecine au centre de sante Elisabeth Diouf de Golf », Mémoire de master, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Page N°2.

[3] **Lazare Coulibaly.**, (2005), « Etude de la sous fréquentation des CSCOM dans la région de Koulikoro (MALI) », Thèse de Médecine, FMPOS, P10.

[4] **Division Santé, Education et protection sociale, Initiative BACKUP**, (2007.), « Gestion de l’approvisionnement », 1ère édition Française, WWW.gtz.de/backup-initiative, consulté le 23 Septembre 2009.

[5] **Thomas Gendre.**, (20mars2015), « Attentes des patients vis-à-vis de la pharmacie d'officine : critères de choix d’une officine et de satisfaction des patients ».

[6] **Primature, Secrétariat du gouvernement, République du Mali**, (Décret n° 05- 063/P-RM du 16 Février 2005), « Fixant les modalités d’organisation et de fonctionnement des pharmacies hospitalières ».

[7] **Schmitt (Etienne).**, **Locher (François).**, (L’arrêté du 31mars 1999), « Cadre juridique du circuit du médicament en milieu hospitalier consécutif à l’arrêté », Les Nouvelles Pharmaceutiques 1999 ; 364 : 427-450.

[8] **AkoryAG IKNANE et al.**, (2015), « Politiques et Systèmes de Santé Organisation et Gestion », DERSP, livre, P215.

[9] **MAMADI K KONATE**, (2003), Politique de santé communautaire une viabilité économique et sociale des CSCOM au Mali, p7

[10]. **Issa COULIBALY.**, (2008), « ventes- conseil en officine « Perspectives vers l’optimisation des ventes en vue de la satisfaction des clients », thèse de pharmacie, FMPOS, P32 et P57.

[11] **Bakary G.**, (2017), « étude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du chu Gabriel Toure, de l’hôpital du mali, du chu mère-enfant, et du CHU du point G », Thèse de Pharmacie, Faculté de Pharmacie, Bamako-MALI.

[12] **SANOGO A.**, (2003), « Etude sur l'organisation et l'évaluation de l'activité pharmaceutique hospitalier et universitaire de Treichville (Abidjan-COTE D'IVOIRE) », FMPOS, Bamako.

[13] **Aïcha Niambele.**, (2008), « Rôle des Etablissements Grossistes Privés dans la mise en œuvre de la Politique Pharmaceutique Nationale du MALI », Thèse de Pharmacie, FMPOS, P17-21.

[14] **KADJA BA.**, (2006), « Gestion des médicaments essentiels de l'initiative de Bamako à l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar (République du Sénégal) », Thèse de Pharmacie, FMPOS, Bamako.

[15] **Niwaina.**, (2010), « Evaluation du système d'approvisionnement et de suivi des achats en médicaments essentiels dans les pharmacies hospitalières du Mali : cas des CHU du Point-G et de Kati » Thèse de Pharmacie, FMPOS, Bamako.

[16] **Adolf A Berle, Gardiner C Means.**, (1932), « The Modern Corporation and private Property », Mac Millan, New York.

[17] **Créner M, Monteil Bernard.**, (1979), « Principes de management », Presses universitaires du Québec, Diffusion Vuibert.

[18] **Koontz H, O'Donnell C.**, (1980), « Management principes et méthodes de gestion », Mac Graw Hill.

[19] **Asmae Diani.**, (2012), « Techniques et Economies de l'Entreprise II », Faculté des Sciences Juridiques Economiques et Sociales-FES, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah Royaume du Maroc.

[20] **Aktouf O.**, (1989), « Le management entre tradition et renouvellement », Gaetan Morin, Québec.

[21] **Duncan W Jack.**, (1990), « Les grandes idées du management, Afnor Gestion ».

[22] **Magne C.**, (2012), « Etude des facteurs entravant la bonne fréquentation des structures sanitaires en milieu rural : cas du CMA de Kongso Bafoussam III. », Ecole des infirmiers diplôme d'état de Bafoussam, Cameroun.

[23] **Pascal Bonnabry.**, (avril 2010), « Contribution de la pharmacie hospitalière à l'amélioration de la qualité des soins », Cours de pharmacie hospitalière Bamako, Mali, https://pharmacie.hug-ge.ch/ens/cours/bamako/05_QualiteSoins.pdf

[24] **SIH.**, (2012), « Annuaire statistique des hôpitaux du Mali ».

[25] **SIH.**, (2013), « Annuaire statistique des hôpitaux du Mali ».

[26] SIH., (2014), « Annuaire statistique des hôpitaux du Mali ».

Fiche d'enquête

TITRE: Etude managériale de la sous fréquentation des pharmacies hospitalières: cas CHU Point G.

Questionnaire pour le personnel qualifié

Etablissement public hospitalier (EPH):

Age :

Sexe : Masculin Féminin

Situation matrimoniale :

Célibataire Marié Divorcé

Qualification personnelle :

Ancienneté dans le service :

1) A quelle heure avez –vous l’habitude de démarrer les activités ?

.....

2) A quelle heure terminez-vous les activités ?

.....

3) Comment trouvez-vous les prix des médicaments ?

Très chère Peu chère Pas chère

4) Selon vous les malades trouvent-ils des difficultés à payer les médicaments ?

OUI Non

5) Quelles sont vos tâches dans le service ?

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

6) Avez-vous des difficultés par rapport à votre travail ?

Oui Non

Si oui les quelles ?

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

7) Êtes-vous rémunéré ?

Oui

Non

Si oui êtes vous satisfait de la rémunération ?

O

N

8) Selon vous quelles sont les causes de la sous fréquentation ?

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

9) Quelles solutions proposez-vous pour améliorer la fréquentation du service du pharmacie ?

.....
.....

Fiche d'enquête

TITRE: Etude managériale de la sous fréquentation des pharmacies hospitalières: cas CHU Point G.

Questionnaire pour le personnel de soutien

Etablissement public hospitalier (EPH):

Age:.....

Ancienneté dans le service :.....

1) A quelle heure le personnel commence habituellement à travailler ?

.....

2) A quelle heure le personnel arrête le travail ?

.....

3) Selon vous comment les patients trouvent-ils le prix des médicaments ?

Très chère Peu chère Pas chère

4) Selon vous les malades ont les difficultés à payer les médicaments ?

Oui Non

5) Quelles sont les plaintes des patients qui reviennent fréquemment dans la pharmacie ?

.....

.....

.....
.....

6) Selon vous quelles sont les causes de la sous fréquentation ?

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

7) Quelles solutions proposez-vous pour améliorer la fréquentation ?

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

Fiche d'enquête

TITRE: Etude managériale de la sous fréquentation des pharmacies hospitalières: cas CHU Point G.

Questionnaire aux patients

Etablissement public hospitalier (EPH):

Lieu d'habitation :.....

Age :.....

Sexe: Masculin Féminin

Niveau d'instruction

Non alphabétisé

Alphabétisation Primaire Secondaire Supérieur

Profession :.....

Patients Hospitalisé Non hospitalisé

1) Depuis quand fréquentez-vous cette structure ?

.....

2) Comment trouvez-vous la qualité de l'accueil réservée aux clients du service ?

Bonne

Justifiez :

.....

.....
.....

Bonne

Mauvaise

3) Comment trouvez-vous la propriété des locaux ?

Propre

Peu propre

Pas propre

4) Le personnel chargé de vous soigner est il toujours en placé ?

Oui

Justifiez :

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

Non

5) Comment trouvez-vous le prix des médicaments ?

Très chère

Un peu chère

Chère

6) Etes-vous satisfait de la qualité des prestations à chaque fois que vous consultez ?

Oui

Justifiez :

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

Non

7) Parvenez toujours à trouver dans le service les médicaments qui sont prescrits ?

Oui

Non

toujours

8) Que suggérez-vous pour améliorer la fréquentation du service ?

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

SERMENT GALIEN



Je jure, en présence des maitres de la faculté, des conseils de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples ;

➤ D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

➤ D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

➤ De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ;

➤ En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels ;

➤ Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure