

MINISTRE DE L'EDUCATION  
NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET  
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO  
FACULTE DE PHARMACIE

Année Universitaire : 2018-2019

N°.....

**THESE**

**L'APPROVISIONNEMENT ET LA GESTION DU  
STOCKS EN MEDICAMENTS ESSENTIELS DANS LES  
CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRES : CAS  
DES CSCOM DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE  
BAMAKO.**

Présentée et soutenue publiquement le.../...../2019 devant le jury

De la faculté de pharmacie Par :

**M. BARADJI Almamy**

Pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie

(Diplôme d'Etat)

**JURY**

Président : Pr. MARIKO Elimane

Membre : Dr CISSE Mody  
: Dr DIAKITE Seydou Simbo

Co-Directeur : Dr COULIBALY Issa

Directeur : Pr. MAÏGA Saïbou

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE PHARMACIE**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019**

**ADMINISTRATION**

**Doyen : Boubacar TRAORE, Professeur**

**Vice-doyen : Ababacar I. MAIGA, Professeur**

**Secrétaire principal : Seydou COULIBALY, Administrateur Civil**

**Agent Comptable : Famalé DIONSAN, Contrôleur des Finances**

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

<b>N</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITE</b>
<b>1</b>	<b>Boucar Sidiki</b>	<b>CISSE</b>	<b>Toxicologie</b>
<b>2</b>	<b>Mahamadou</b>	<b>CISSE</b>	<b>Biologie</b>
<b>3</b>	<b>Daouda</b>	<b>DIALLO</b>	<b>Chimie Générale et Minérale</b>
<b>4</b>	<b>Souleymane</b>	<b>DIALLO</b>	<b>Bactériologie/Virologie</b>
<b>5</b>	<b>Kaourou</b>	<b>DOUCOURE</b>	<b>Physiologie</b>
<b>6</b>	<b>Boukassoum</b>	<b>HADARA</b>	<b>Législation</b>
<b>7</b>	<b>Moussa</b>	<b>HARAMA</b>	<b>Chimie Organique (décédé)</b>
<b>8</b>	<b>Gaoussou</b>	<b>KANOUTE</b>	<b>Chimie Analytique</b>
<b>9</b>	<b>Alou A.</b>	<b>KEITA</b>	<b>Galénique</b>
<b>10</b>	<b>Mamadou</b>	<b>KONE</b>	<b>Physiologie</b>
<b>11</b>	<b>Mamadou</b>	<b>KOUMARE</b>	<b>Pharmacognosie</b>
<b>12</b>	<b>Bréhima</b>	<b>KOUMARE</b>	<b>Bactériologie et Virologie</b>
<b>13</b>	<b>Abdourahamane S.</b>	<b>MAIGA</b>	<b>Parasitologie</b>
<b>14</b>	<b>Elimane</b>	<b>MARIKO</b>	<b>Pharmacologie</b>

## DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES

### 1. PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHES

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Ousmane	KOITA	Biologie/Moléculaire
2	Mounirou	BABY	Hématologie
3	Bakary Mamadou	CISSE	Biochimie
4	Abdoulaye	DABO	Biologie/Parasitologie
5	Alassane	DICKO	Santé Publique
6	Amagana	DOLO	Parasitologie-Mycologie
7	Boubacar	TRAORE	Parasitologie-Mycologie

### 2. MAITRES DE CONFERENCES /MAITRES DE RECHERCHE

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
2	Mahamadou	DIAKITE	Immunologie Généralistes
3	Abdoulaye	DJIMBE	Bactériologie-Virologie
4	Akory Ag	IKNANE	Santé Publique-Nutrition
5	Bourèma	KOURIBA	Immunologie Chef de DER
6	Ousmane	TOURE	Santé Publique/Santé Environnement

### 3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

<b>N</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITE</b>
<b>1</b>	<b>Mohamed Ag</b>	<b>BARAIKA</b>	<b>Bactériologie</b>
<b>2</b>	<b>Charles</b>	<b>ARAMA</b>	<b>Immunologie</b>
<b>3</b>	<b>Seydou Sassou</b>	<b>COULIBALY</b>	<b>Biochimie Clinique</b>
<b>4</b>	<b>Djeneba Koumba</b>	<b>DIABITAO</b>	<b>Biologie Moléculaire</b>
<b>5</b>	<b>Laurent</b>	<b>DEMBELE</b>	<b>Biotechnologie/Microbienne</b>
<b>6</b>	<b>Kléligui Kasimir</b>	<b>DEMBELE</b>	<b>Biochimie Clinique</b>
<b>7</b>	<b>Seydina S.A.</b>	<b>DIAKITE</b>	<b>Immunologie</b>
<b>8</b>	<b>Yaya</b>	<b>GOITA</b>	<b>Biochimie Clinique</b>
<b>9</b>	<b>Aldjouma</b>	<b>GUINDO</b>	<b>Hématologie</b>
<b>10</b>	<b>Ibrahima</b>	<b>GUINDO</b>	<b>Bactériologie-Virologie</b>
<b>11</b>	<b>Kassoum</b>	<b>KAYENTAO</b>	<b>Santé Publique-Bio statistique</b>
<b>12</b>	<b>Aminatou</b>	<b>KONE</b>	<b>BiologieMoléculaire</b>
<b>13</b>	<b>Birama apho</b>	<b>LY</b>	<b>Santé Publique</b>
<b>14</b>	<b>Dinkorma</b>	<b>OUOLOGUEM</b>	<b>Biologie Cellulaire</b>
<b>15</b>	<b>Issaka</b>	<b>SAGARA</b>	<b>Santé Publique-Bio statistique</b>
<b>16</b>	<b>Samba Adama</b>	<b>SANGARE</b>	<b>Bactériologie</b>
<b>17</b>	<b>Fanta</b>	<b>SANGHO</b>	<b>Santé Publique</b>
<b>18</b>	<b>Mahamadou S.</b>	<b>SISSOKO</b>	<b>Santé Publique-Bio statistique</b>

#### 4. ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mamadou Lamine	DIARRA	Botanique
2	Djénéba	COULIBALY	Nutrition/Diététique
3	Djibril Mamadou	COULIBALY	Biochimie Clinique
4	Souleymane	DAMA	Parasitologie Entomologie Médical
5	Issa	DIARRA	Immunologie
6	Fatou	DIAWARA	Epidémiologie
7	Merepen dit Agnès	GUINDO	Immunologie
8	Oumar	GUINDO	Epidémiologie
9	Falaye	KEITA	Santé Publique/Santé Environnement
10	N'Deye Lailah Nina	KOITE	Nutrition
11	Yacouba	MAIGA	Bio statistique
12	Amadou Birama	NIANGALY	Parasitologie- Mycologie
13	Oumar	SANGHO	Epidémiologie
14	Djakaridia	TRAORE	Hématologie

#### DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES

##### 1. PROFESSEURS /DIRECTEURS DE RECHERCHES

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
2	Saibou	MAIGA	Législation
3	Rokia	SANOGO	Pharmacognosie Chef de DER

## 2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHES

<b>N</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITE</b>
-	NEANT	-	-

## 3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHES

<b>N</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITE</b>
1	Loséni	BENGALY	Pharmacie Hospitalière
2	Bakary M.	CISSE	Galénique
3	Yaya	COULIBALY	Législation
4	Adiaratou	TOGOLA	Pharmacognosie
5	Issa	COULIBALY	Gestion
6	Balla F.	COULIBALY	Pharmacie Hospitalière
7	Hama Boubacar	MAIGA	Galénique
8	Moussa	SANOGO	Gestion

### 3. ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHES

<b>N</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITE</b>
<b>1</b>	<b>Seydou Lallaye</b>	<b>COULIBALY</b>	<b>Gestion Pharmaceutique</b>
<b>2</b>	<b>Antoine</b>	<b>DARA</b>	<b>Sciences Pharmaceutiques</b>
<b>3</b>	<b>Daouda Lassine</b>	<b>DEMBELE</b>	<b>Pharmacognosie</b>
<b>4</b>	<b>Adama</b>	<b>DENOU</b>	<b>Pharmacognosie</b>
<b>5</b>	<b>Mahamane</b>	<b>H AidARA</b>	<b>Pharmacognosie</b>
<b>6</b>	<b>Assitan</b>	<b>KALOGA</b>	<b>Législation</b>
<b>7</b>	<b>Sékou</b>	<b>DOUMBIA</b>	<b>Pharmacognosie</b>
<b>8</b>	<b>Ahmed</b>	<b>MAIGA</b>	<b>Législation</b>
<b>9</b>	<b>Aichata Ben Adam</b>	<b>MARIKO</b>	<b>Galénique</b>
<b>10</b>	<b>Aboubacar</b>	<b>SANGHO</b>	<b>Législation</b>
<b>11</b>	<b>Bourama</b>	<b>TRAORE</b>	<b>Législation</b>
<b>12</b>	<b>Karim</b>	<b>TRAORE</b>	<b>Sciences Pharmaceutique</b>
<b>13</b>	<b>Sylvestre</b>	<b>TRAORE</b>	<b>Gestion Pharmaceutique</b>
<b>14</b>	<b>Aminata Tièba</b>	<b>TRAORE</b>	<b>Pharmacie Hospitalière</b>
<b>15</b>	<b>Mohamed dit Sarmoye</b>	<b>TRAORE</b>	<b>Pharmacie Hospitalière</b>

## **DER : SCIENCES DU MEDICAMENT**

### **1. PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE**

<b>N</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITE</b>
<b>1</b>	<b>Ousmane</b>	<b>DOUMBIA</b>	<b>Pharmacie Chimique</b>
<b>2</b>	<b>Benoit Yaranga</b>	<b>KOUMARE</b>	<b>Chimie Analytique</b>
<b>3</b>	<b>Ababacar I.</b>	<b>MAIGA</b>	<b>Toxicologie</b>

### **2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHE**

<b>N</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITE</b>
<b>1</b>	<b>Sékou</b>	<b>BAH</b>	<b>Pharmacologie Chef DER</b>

### **3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE**

<b>N</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITE</b>
<b>1</b>	<b>Dominique Patomo</b>	<b>ARAMA</b>	<b>Pharmacie Chimique</b>
<b>2</b>	<b>Mody</b>	<b>CISSE</b>	<b>Chimie Thérapeutique</b>
<b>3</b>	<b>Tidiane</b>	<b>DIALLO</b>	<b>Toxicologie</b>
<b>4</b>	<b>Hamadoun Abba</b>	<b>TOURE</b>	<b>Bromatologie</b>

### **4. ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

<b>N</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITE</b>
<b>1</b>	<b>Mahamadou</b>	<b>BALLO</b>	<b>Pharmacologie</b>
<b>2</b>	<b>Dalaye Bernadette</b>	<b>COULIBALY</b>	<b>Chimie Analytique</b>
<b>3</b>	<b>Blaise</b>	<b>DACKOUO</b>	<b>Chimie Analytique</b>
<b>4</b>	<b>Fatoumata</b>	<b>DAOU</b>	<b>Pharmacologie</b>
<b>5</b>	<b>Ousmane</b>	<b>DEMBELE</b>	<b>Chimie Thérapeutique</b>
<b>6</b>	<b>Abdourahamane</b>	<b>DIARA</b>	<b>Toxicologie-Bromatologie</b>
<b>7</b>	<b>Aiguerou dit Abdoulaye</b>	<b>GUINDO</b>	<b>Pharmacologie</b>



<b>8</b>	<b>Madani</b>	<b>MARIKO</b>	<b>Chimie Analytique</b>
<b>9</b>	<b>Mohamed El Béchir</b>	<b>NACO</b>	<b>Chimie Analytique</b>
<b>10</b>	<b>Mahamadou</b>	<b>TANDIA</b>	<b>Chimie Analytique</b>
<b>11</b>	<b>Dougoutigui</b>	<b>TANGARA</b>	<b>Chimie Analytique</b>

## **DER : SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1. PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE**

<b>N</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITE</b>
<b>1</b>	<b>Moctar</b>	<b>DIALLO</b>	<b>Biologie Chef de DER</b>
<b>2</b>	<b>Cheick F.</b>	<b>TRAORE</b>	<b>Biologie/Entomologie</b>
<b>3</b>	<b>Mahamadou</b>	<b>TRAORE</b>	<b>Génétique</b>

### **2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHEF**

<b>N</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITE</b>
<b>1</b>	<b>Lassana</b>	<b>DOUMBIA</b>	<b>Chimie Appliquée</b>

### 3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Abdoulaye	KANTE	Anatomie
2	Boureima	KELLY	Physiologie Médical

### 4. ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Seydou Simbo	DIAKITE	Chimie Organique
2	Modibo	DIALLO	Génétique
3	Moussa	KONE	Chimie Organique
4	Massiriba	KONE	Biologie- Entomologie

### CHARGES DE COURS (VACATAIRES)

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Cheick Oumar	BAGAYOKO	Informatique
2	Babou	BAH	Anatomie
3	Abdourahamane	COULIBALY	Anthropologie Médicale
4	Souleymane	COULIBALY	Psychologie de la Santé
5	Bouba	DIARRA	Bactériologie
7	Modibo	DIARRA	Nutrition
8	Moussa I.	DIARRA	Biophysique
9	Babacar	DIOP	Chimie
10	Atimé	DJIMBE	Bromatologie
11	Yaya	KANE	Galénique
12	Boubacar	KANTE	Galénique
13	Aboubakary	MAIGA	Chimie Organique
14	Massambou	SACKO	SCMP/SIM
15	Modibo	SANGARE	Anglais
16	Sidi Boula	SISSOKO	Histologie- Embryologie
17	Mme Fatoumata	SOKONA	Hygiène du Milieu
18	Fana	TANGARA	Maths
19	Abdel Kader	TRAORE	Pathologies Médicales
20	Boubacar	ZIBEIROU	Physique

DEDICACES  
&  
REMERCIEMENTS

## **DEDICACES**

### **Je dédie ce travail**

A **ALLAH**, le Tout Puissant et le Tout Miséricordieux ! Gloire à **ALLAH** ! qui m'as permis de vivre ce moment précieux de ma vie. Je t'en rends grâce. Que nos pas soient guidés dans ta miséricorde et dans ta lumière.

**Au Prophète Mohamed (PSL)**, que la paix et la bénédiction soient sur lui, sur toute sa famille et ses compagnons.

### **A mon père : feu Cherif BARADJI**

Les mots me manquent pour qualifier tout l'amour que j'ai pour vous. Votre dévouement, vos soucis permanents de notre bien - être, vos bénédictions, vos prières, votre amour, votre courage et votre soutien m'ont Permis d'être là aujourd'hui. Je ne cesse de penser à vous. Qu'ALLAH le tout puissant vous pardonne, et que votre âme se repose en paix.

### **A ma Maman : Hawa CISSE**

Toi qui m'as élevé dans la sérénité du cœur, toi qui te levais très tôt le matin pour que je puisse déguster le petit déjeuner avant d'y aller à l'école. 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 !

## **REMERCIEMENTS :**

### **A MES TANTES ET TONTONS**

Je vous remercie tous de m'avoir soutenu et donné le courage de parcourir ce long Chemin.

Votre soutien a été sans faille. Je ne saurai jamais vous oublier. Ce travail est le fruit de vos efforts conjugués.

### **A MES SŒURS ET FRERES**

Ce travail est le vôtre aussi. Vous aviez été toujours là pour moi dans mes épreuves.

Je suis fière de vous avoir comme frère, j'espère être à la hauteur de vos attentes. Que DIEU tout puissant nous accompagne.

### **A ma bien aimée : Aminata DIAKITE**

Tes conseils, ne m'ont jamais fait défaut. Que le bon DIEU t'accorde prospérité et bonheur.

Retrouve ici mes considérations et ma gratitude.

### **Au corps enseignants de la FMOS/FAPH**

Merci pour vos qualités intellectuelles, votre disponibilité, votre amour du travail bien fait, mes chers maîtres, je suis fier de toute la formation que j'ai reçue auprès de vous.

### **Au DER de chimie de la FAST :**

Merci d'avoir mis à notre disposition une salle pour l'encadrement.

### **Au personnel des CSCom de la commune IV qui ont participé à l'étude :**

Merci pour votre contribution pour mener à bien ce travail.

### **Au personnel de la pharmacie Laya :**

**Dr TOURE Dinkorma Ouologuem, interne Abdoul Karim TRAORE, Dr FOFANA Modibo, Baladji TRAORE, Mariam NANTOUME, Aboubacar DOUMBIA, Dr Alkaly Doumbia.**

### **A La famille TRAORE au POINT G :**

Votre accueil et la considération que vous avez portés à mon égard ont fait que je me sentais chez moi. Merci pour votre hospitalité et le diatiguiya dont vous m'avez accordé. Que le tout puissant vous récompense et vous donne longue vie.

### **A mes amis : Dr Assetou Coulibaly, Dr Amoudiat, Fousseni Berthe, Dr Sidy Diawara, Aichata camara,**

Votre respect envers les autres, votre Disponibilité, votre écoute de l'autre ne m'ont jamais laissé indifférent. Ce modeste travail est le fruit de votre contribution.

**A mes amis de tous les jours : Dr Kantra SACKO, Dr Abdrahamane GUINDO, Dr Thierno DIALLO, Dr MAGASS, Dr Fodé SIDIBE, Coumba, Aîchata, Dr François**

Plus que des amis vous êtes des frères. Nous avons partagé tant de moment de joie et de peine. Ce travail est le fruit de notre acharnement quotidien.

**A tous les étudiants de la section pharmacie promotion Feu Pr Albert Y DEMBELE :**

Je n'oublierai jamais les bons moments passés ensemble.

**A tous ceux qui m'ont appris le sens du savoir et le respect du devoir.**

Je remercie tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé durant ce parcours.

HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY



**HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY :**

**A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY :**

**Professeur MARIKO ELIMANE**

- **Professeur honoraire en pharmacologie à la Faculté de médecine et d'odontostomatologie et à la faculté de pharmacie / à la retraite ;**
- **Colonel-major des forces armées Maliennes / à la retraite ;**
- **Recteur de l'université scientifique libre de Bamako ;**
- **Ancien coordinateur de la cellule sectorielle de lutte contre le VIH/SIDA au ministère de la défense et des anciens combattants.**

**Honorable maître,**

Vous nous honorez en acceptant de présider ce jury de thèse, malgré vos multiples occupations. Vos qualités scientifiques et votre souci pour la culture de l'excellence auprès de vos apprenants font de vous un maître exemplaire.

Veillez accepter, cher maître nos sentiments de reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE :**

**Dr CISSE MODY**

- **Maître-Assistant en chimie thérapeutique à la FAPH ;**
- **Membre de la SOACHIM (Société Ouest Africaine de Chimie) ;**

**Cher maître,**

Votre présence dans ce jury de thèse nous honore. Nous avons été touchés par votre simplicité et votre disponibilité. Nous avons également apprécié vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines. Vous restez un maître distingué. Permettez-nous de vous exprimer ici, cher maître le témoignage de notre reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE :**

**Dr DIAKITE SEYDOU SIMBO**

**Pharmacien chef du service Laboratoire Pharmacie**

**Assistant en chimie organique à la faculté de pharmacie**

**Président de la commission médicale d’établissement (CME) du CHU de Kati**

**Cher maître,**

Nous vous remercions d’avoir participé avec spontanéité au jury de cette thèse. Votre simplicité, votre humanisme, votre don d’écoute et votre amour pour le travail bien fait, font de vous un exemple. Vos remarques et suggestions ont beaucoup contribué à l’amélioration de la qualité de ce travail.

Trouvez ici, cher maître l’expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :**

**Dr COULIBALY ISSA**

- **Maître - Assistant en gestion à la FMOS et FAPH ;**
- **Chef de service des examens et concours à la faculté FMOS et FAPH ;**
- **Ancien président de l'ordre des pharmaciens de la région de Koulikoro ;**
- **Titulaire d'un master en management des établissements de santé ;**
- **Doctorant en science de gestion à l'école doctorale des sciences juridiques, politiques, économiques et de gestion de l'université Cheikh Anta Diop de Dakar**

**Cher maître,**

L'occasion que vous m'avez offerte en acceptant de codiriger cette thèse fut pour moi un grand honneur.

Vos qualités intellectuelles, votre disponibilité, votre rigueur, votre amour pour le travail bien fait et vos qualités humaines font de vous un maître admirable. Votre abord facile, votre esprit critique et votre objectivité ont largement contribué à renforcer la qualité de ce travail.

Puissions-nous cher maître continuer à bénéficier de votre enseignement.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :**

**Professeur MAIGA SAIBOU :**

- **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,**

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant d'être le directeur ce travail ;

Nous avons été profondément touchés par la qualité de votre enseignement ;

Votre pédagogie, votre rigueur dans la démarche scientifique, votre simplicité font de vous un maître admiré et respecté ;

Veillez recevoir ici cher maître, l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre grande estime.

## LISTE DES ABREVIATIONS

## LISTE DES ABREVIATIONS

**AG** : Assemblé Générale.

**AMO** : Assurance Maladie Obligatoire.

**ASACo** : Association de Santé Communautaire.

**ASACOBA** : Association de Santé Communautaire de Banconi.

**BC** : Bon de Commande.

**BL** : Bordereau de Livraison.

**CA** : Conseil d'Administration.

**CANAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

**CAP** : Certificat d'Aptitude Professionnel.

**CCC** : Communication pour le Changement de Comportement.

**CG** : Comité de Gestion.

**CMM** : Consommation Moyenne Mensuelle.

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire.

**CMDT** : Compagnie Malienne pour le Développement du Textile.

**CNIECS** : Centre National d'Information d'Education et de Communication pour la Santé.

**CRGS** : Compte Rendu de Gestion des Stocks.

**CS** : Comité de Surveillance.

**CSCom** : Centre de Santé Communautaire.

**CSRef** : Centre de Santé de Référence.

**CVR** : Cahier de Versement des Recettes.

**DCI** : Dénomination Commune Internationale.

**DMT** : Département de Médecine Traditionnel.

**DPM** : Direction de la Pharmacie et du Médicament.

**DRC** : Dépôt Répartiteur du Cercle.

**DTC** : Directeur Technique du Centre.

**DV** : Dépôt de Vente.

**EIVG** : Etablissement d’Importation et de Ventes en Gros des Produits Pharmaceutiques.

**EPH** : Etablissement Public Hospitalier.

**FEFO** : First Expir First Out (premier périmé premier sorti).

**FENASCOM** : Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire du Mali.

**FIFO** : First In First Out (premier entrée, premier sortie).

**FPJ** : Fiche de Pointage Journalière.

**FRH**: Fiche Récapitulative Hebdomadaire.

**IB** : Initiative de Bamako.

**IS** : Inspection de la Santé.

**ISAS** : Inspection de la Santé et des Affaires Sociales.

**LNME** : Liste Nationale des Médicaments Essentiels.

**LNS** : Laboratoire National de la Santé.

**ME** : Médicament Essentiel.

**MEG** : Médicament Essentiel Générique.

**MTA** : Médicament Traditionnel Amélioré.

**OMP** : Offre Malien de Pharmacie.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale.

**PHARMAPPRO** : Pharmacie d’Approvisionnement.

**PMA** : Paquet Minimum d’Activité.

**PPM** : Pharmacie Populaire du Mali.

**PPN** : Politique Pharmaceutique Nationale.



**PRODESS II** : Programme de Développement Socio Sanitaire.

**PSPHR** : Programme Santé Population et Hydraulique des Populations Rurales.

**PV** : Procès-Verbal.

**SDAD-ME** : Schéma Directeur d’Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels.

**SSP** : Soins de Santé Primaire.

**UMPP** : Usine Malienne des Produits Pharmaceutiques.

**USAID** : United States Agency for International Development (l’Agence des Etats-Unis pour le Développement International).

**UNICEF** : United Nations International Children’s Emergency Fund (Fond d’Urgence International des Nations Unies pour l’Enfance).

# TABLE DES MATIERES

## Table des matières

	INTRODUCTION .....	2
I.	OBJECTIFS .....	5
1.	Objectif général : .....	5
2.	Objectifs spécifiques : .....	5
II.	GENERALITES : .....	7
1.	Définition de certaines terminologies : .....	7
2.	La politique sanitaire du Mali : .....	9
3.	Initiative de Bamako : .....	9
4.	Historique et évolution des CSCom : .....	12
5.	Le Fonctionnement des CSCom : .....	13
6.	La gestion d'un CSCom : .....	15
7.	La Création de l'ASACo et du CSCom : .....	17
8.	La politique Pharmaceutique Nationale (PPN) du Mali : .....	19
9.	Approvisionnement en médicaments essentiels des établissements de santé : .....	21
10.	Les principes de gestion du SDAD-ME : .....	24
11.	Types de supports de gestion du SDAD-ME : .....	24
12.	Le Schéma d'Approvisionnement, cas du CSCom : .....	26
13.	Stockage des médicaments : .....	26
14.	Gestion des stocks des médicaments essentiels : .....	27
15.	Le circuit de distribution des produits pharmaceutiques au Mali : .....	27
16.	La structure des prix des médicaments .....	30
III.	METHODOLOGIE : .....	33
IV.	RESULTATS : .....	36
V.	COMENTAIRES ET DISCUSSION : .....	55
	CONCLUSION .....	61
	RECOMMANDATIONS : .....	62
VI.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES : .....	64
VII.	ANNEXES .....	xxxiv

# LISTE DES TABLEAUX

## LA LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I</b> : Répartition des gérants des dépôts par CSCom et par sexe.....	36
<b>Tableau II</b> : Répartition des gérants des dépôts par CSCom et par qualification.....	36
<b>Tableau III</b> : Répartition des gérants des dépôts par CSCom et par ancienneté .....	37
<b>Tableau IV</b> : La disponibilité des supports de gestion des médicaments essentiels par CSCom ..	38
<b>Tableau V</b> : L'existence de document de Politique Pharmaceutique Nationale par CSCom .....	39
<b>Tableau VI</b> : La répartition des CSCom en fonction de la disponibilité d'une liste nationale de médicaments essentiels en DCI.....	40
<b>Tableau VII</b> : Répartition des CSCom par mode d'Estimation des besoins en ME.....	41
<b>Tableau VIII</b> : L'implication du DTC au processus de détermination des besoins de commande des ME par CSCom.....	41
<b>Tableau IX</b> : Les supports de gestion utilisés par les gérants des dépôts pour estimer les besoins de commande en ME par CSCom .....	42
<b>Tableau X</b> : La répartition des CSCom en fonction de la connaissance du SDAD-ME par les gérants des dépôts.....	42
<b>Tableau XI</b> : L'existence d'un responsable chargé de l'achat des médicaments essentiels par CSCom .....	43
<b>Tableau XII</b> : Le profil du personnel chargé de l'achat de médicament par CSCom .....	43
<b>Tableau XIII</b> : Répartition des CSCom en fonction de la durée d'élaboration d'une commande	44
<b>Tableau XIV</b> : La répartition des CSCom en fonction du délai de livraison des ME.....	44
<b>Tableau XV</b> : Répartition des CSCom en fonction des fréquences des commandes des ME .....	45
<b>Tableau XVI</b> : Répartition des CSCom par commande exceptionnelle .....	45
<b>Tableau XVII</b> : Le profil du personnel chargé de la sélection des fournisseurs par CSCom.....	46
<b>Tableau XVIII</b> : Répartition des CSCom par fournisseurs pour leur approvisionnement .....	46
<b>Tableau XIX</b> : L'existence d'une commission de réception des ME par CSCom .....	47
<b>Tableau XX</b> : Les opérations effectuées au cours de la réception des médicaments essentiels par les gérants des dépôts et par CSCom .....	47
<b>Tableau XXI</b> : La répartition des CSCom en fonction des supports de gestion utilisés pour faire le contrôle physique à la réception.....	48
<b>Tableau XXII</b> : Perception des gérants de la satisfaction des commandes par CSCom.....	48
<b>Tableau XXIII</b> : Répartition des CSCom par rapport aux réclamations faites en cas de non- conformité des commandes après la réception.....	49
<b>Tableau XXIV</b> : Les supports de gestion utilisés pour faire la réclamation par CSCom .....	49

<b>Tableau XXV</b> : Répartition des dépôts de vente en fonction de la fréquence des inventaires par CSCom .....	50
<b>Tableau XXVI</b> : Aperçu sur la gestion des ME dans les DV selon les normes et procédures de gestion de stock (DPM) par CSCom .....	51
<b>Tableau XXVII</b> : L'existence de ruptures des médicaments essentiels par CSCom au cours des 12 mois qui précédaient notre étude.....	52
<b>Tableau XXVIII</b> : L'existence de médicaments périmés/avariés dans les dépôts de vente des CSCom au cours des 12 mois qui précédaient notre étude .....	52
<b>Tableau XXIX</b> : Les médicaments périmés/avariés par CSCom au cours des 12 mois qui précédaient notre étude.....	53
<b>Tableau XXX</b> : Le mode de gestion des produits périmés par CSCom.....	53

# LISTE DES FIGURES

## LA LISTE DES FIGURE

<b>Figure 1</b> : Schéma d'importation et distribution des médicaments au mali.....	30
<b>Figure 2</b> : Structure des prix des médicaments en DCI.....	31



# INTRODUCTION

## **INTRODUCTION**

Le médicament représente une donnée socio-économique importante pour le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté définie dans tous les pays en développement. On évalue qu’environ les deux tiers des dépenses de santé des ménages sont consacrés à l’acquisition de produits pharmaceutiques [1].

Tous les centres de santé intégrés ont besoin de médicaments et d’autres produits pharmaceutiques. La gestion de ces produits nécessite un travail d’équipe et concerne tout le personnel : médecins, infirmiers et responsables des dépôts de médicaments. Chaque agent de santé doit par conséquent savoir gérer correctement tous les stocks de l’établissement [1].

La crise économique qui a frappé le monde entier en 1980, a eu pour conséquence la mise en place des programmes d’ajustement structurel dans certains pays africains. Et c’est à la suite de ces programmes que l’OMS a été rejoint par l’UNICEF pour lancer l’Initiative de Bamako (IB) en 1980. Elle vise la fourniture de médicaments essentiels et leur utilisation rationnelle dans le contexte des soins de santé primaires, d’abord dans les pays africains mais par la suite élargi à d’autres continents. L’IB introduit l’élément de recouvrement des coûts ainsi que la gestion communautaire de l’approvisionnement en médicaments et des ventes [2].

Elle vise à corriger également les insuffisances liées à l’application des axes issus de la déclaration de la conférence d’Alma Ata. Selon l’OMS les médicaments essentiels sont ceux qui répondent aux besoins de santé prioritaires d’une population donnée ; ils sont sélectionnés en fonction de la prévalence des maladies, leur innocuité, leur efficacité et d’un rapport coût/efficacité favorable. Ils doivent être disponibles à tout moment, être de qualité, de quantité suffisante et accessible à un prix abordable pour la communauté [3].

En 1975, une liste de médicaments essentiels génériques (MEG) avait été proposée par l’Organisation Mondiale de la Santé auprès des états membres dont le Mali en fait partie. Ces états membres devraient alors se focaliser sur le système d’approvisionnement et la gestion des médicaments essentiels génériques particulièrement en Afrique où 90% des médicaments sont importés [3]. C’est dans cette optique que le Mali a élaboré sa propre Politique pharmaceutique en 1990 [4].

Au vue de cette politique, l’approvisionnement des médicaments essentiels se fait suivant le Schéma Directeur d’Approvisionnement et de Distribution en Médicament Essentiel (SDAD-ME) [4]. Dans la mise en œuvre de ce schéma d’approvisionnement, la Pharmacie Populaire du Mali (PPM)

apparaît comme un fournisseur privilégié qui a la charge d'assurer l'approvisionnement en produits pharmaceutiques de tous les établissements publics [4].

Les centres de santé communautaires constituent le premier point de contact des malades avec la base de la pyramide sanitaire au Mali et sont dotés d'une autonomie de gestion. Leur mode de fonctionnement est basé sur le système de recouvrement des coûts via la tarification des actes de soin et l'application de la valeur indiciaire sur la vente des médicaments essentiels [5].

De plus en plus d'énormes difficultés de fonctionnement ont été relevées dans la gestion des ME au niveau des CSCom notamment l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques (des erreurs de quantification, des insuffisances liées aux procédures comptables et de gestion, de l'usage inapproprié des médicaments, des ruptures de stock et/ou de manque de certains médicaments essentiels qui entravent la réalisation effective des missions des dépôts de pharmacie). Cette situation affecte le bon fonctionnement des CSCom, en les empêchant de réaliser leur mission qui est essentiellement centrée sur la production des soins de qualité [6].

Partant de ce constat, nous avons voulu initier la présente étude pour étudier le système d'approvisionnement et la gestion des stocks de médicaments essentiels dans les centres de santé communautaires principalement ceux de la commune IV du district de Bamako.

# OBJECTIFS

## **I. OBJECTIFS**

### **1. Objectif général :**

Evaluer le système d'approvisionnement et de gestion des stocks des médicaments essentiels dans les centres de santé communautaire : cas des CSCom de la commune IV du district de Bamako.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Analyser le processus d'expression des besoins ;
- Identifier le mode de sélection des fournisseurs ;
- Evaluer la procédure de passation des commandes en médicaments essentiels, et la gestion des stocks.

# GENERALITES

## II. GENERALITES :

### 1. Définition de certaines terminologies :

#### ❖ Médicament :

Selon l'OMS : On entend par médicament, toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou l'animal, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions Organiques [3].

#### ❖ Le brevet du médicament :

Le médicament, comme n'importe quelle invention, est protégé par un brevet.

Il s'agit d'un titre délivré par les pouvoirs publics permettant à l'inventeur de prétendre au monopole d'exploitation de son invention pendant une certaine durée, généralement fixée à 20 ans, avec une prolongation possible de la période d'exclusivité de 5 ans (Certificat Complémentaire de Protection) [1].

#### ❖ Le concept de Médicaments Essentiels :

Selon l'OMS, « les médicaments essentiels sont ceux qui satisfont aux besoins de la majorité de la population en matière de soins de santé, ils doivent être disponibles à tout moment en quantité suffisante et sous forme pharmaceutique appropriée » [3].

#### ❖ Liste nationale des médicaments essentiels :

C'est un répertoire hautement sélectif des médicaments destinés à répondre aux besoins de santé de la majorité de la population, organisée par classes thérapeutiques sous leurs dénominations communes internationales (DCI), choisis par un comité local et basée sur l'ampleur de morbidité et des soins de santé ; ne prenant en considération que les médicaments pour l'efficacité et l'innocuité desquels il existe des preuves scientifiques adéquates, et tenant compte de la biodisponibilité et de la stabilité sous les conditions locales, des possibilités de fabrication locale, du coût et d'une forte préférence pour les produits ne comportant qu'un seul ingrédient[3].

#### ❖ Médicaments Génériques :

Selon l'OMS, les médicaments génériques sont « Des produits dont l'exploitation ne fait l'objet d'aucun brevet, soit qu'ils soient tombés dans le domaine public, soit qu'aucun brevet n'a jamais été déposé »

Les médicaments génériques sont des « copies » de médicaments brevetés (ou spécialités) [3].

#### ❖ Dénomination Commune Internationale (OMS) :

Nom reconnu à l'échelle mondiale pour désigner chaque substance pharmaceutique en substitution à son nom chimique rarement simple [2].

#### ❖ Spécialité pharmaceutique :

Une spécialité est un produit pharmaceutique caractérisé par une dénomination spéciale : nom de marque, de fantaisie, présentée dans un emballage uniforme et caractéristique, conditionné pour l'utilisation [3].

❖ **Centre de santé communautaire (CSCom) :**

Selon l'article 3 de l'arrêté ministériel N94/MSSPA-MATS-MP du 21 Aout 1994, au Mali le CSCom (centre de Santé Communautaire) est une formation sanitaire de 1<sup>er</sup> niveau créée sur la base de l'engagement d'une population définie, et organisée au sein d'une Association de Santé Communautaire (ASACo) pour répondre de façon efficace et efficiente ses problèmes de santé. En outre, les CSCom constituent des pièces maitresses de la politique nationale de santé. Leurs résultats devraient augurer de ce que l'on est en droit d'attendre comme effets de la nouvelle politique de décentralisation institutionnelle. A cet égard, les CSCOM sont considérés comme des structures d'avant - garde du processus qui visent l'organisation de la prise en charge du développement local par les collectivités décentralisées, avec la participation concertée de l'Etat, des ONG et des autres partenaires.

❖ **Association de santé communautaire(ASACo) :**

L'association de santé communautaire (ASACo) est un regroupement volontaire de personnes mettant en commun leurs efforts et leurs moyens financiers, pour parvenir à un même but à savoir l'amélioration de l'offre des soins de qualité dans leur aire de santé. C'est aussi un groupement d'usagers du service public de la santé, pouvant être autorisé à créer et faire fonctionner un établissement de santé dénommé " Centre de santé communautaire" (Loi N° 02-049 du 22 juillet 2002), portant loi d'orientation sur la santé. L'ASACo doit avoir : un nom, une adresse, un objet et des représentants ou membres. Elle doit rédiger ses statuts et son règlement intérieur. Pendant la phase de préparation et de rédaction de ces documents, les populations peuvent se faire aider par l'équipe Socio- Sanitaire du district [9].

❖ **Missions des CSCom [5].**

Les CSCom ont pour mission de fournir le Paquet Minimum d'activités savoir :

- Gérer la mise en œuvre des actions socio - sanitaires au sein des populations ;
- Fournir des prestations curatives telles que : soins courants aux malades, dépistage et traitement des endémies locales, exploration para clinique courante ;
- Assurer la disponibilité des médicaments essentiels ;
- Développer des activités de soins préventifs (santé maternelle infantile / planning familiale / Vaccination, Education pour la Santé) ;
- Initier et développer des activistes promotionnelles (Hygiène-Assainissement, Développement Communautaire, Information Education Communication) ;
- Promouvoir la participation communautaire dans la gestion des CSCom et la prise en charge des problèmes de santé de l'individu et de la collectivité.



## **2. La politique sanitaire du Mali :**

### **2.1. L'organisation du système de santé et l'offre de soins [7] :**

#### **2.1.1. L'organisation du système de santé :**

Le système de santé du Mali est organisé selon les dispositions de la politique sectorielle de santé et de population. Cette politique sectorielle consacre la différenciation des missions par niveau, ce qui est la concrétisation de l'une des orientations de l'Organisation Mondiale de la Santé, à savoir que « Le pouvoir de décision et les structures qui le sous-tendent doivent se rapprocher le plus possible du niveau opérationnel ou d'exécution, c'est-à-dire au niveau du District Sanitaire ».

#### **2.1.2. Le système de l'offre de soins au Mali [7] :**

Au Mali, le système de prestations de soins est organisé sous forme pyramidale :

- La base est constituée par les Centres de Santé Communautaires qui correspondent au premier niveau de contact de la population avec le système de santé. Le deuxième niveau de contact de ce premier échelon est le Centre de Santé de Référence (Hôpital de District sanitaire).

- Au second échelon, il y a les établissements publics hospitaliers de deuxième référence.

- Au sommet de la pyramide, il y a la troisième référence : c'est-à-dire les hôpitaux nationaux qui sont des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) de dernier recours ayant le statut de centre hospitalier – universitaire (CHU). Conformément aux orientations de l'Initiative de Bamako, il a été institué un système de recouvrement des coûts des prestations, des actes et des médicaments à tous les niveaux. La politique pharmaceutique est basée sur l'accessibilité financière et géographique des médicaments essentiels génériques. L'approvisionnement se fait à travers le Schéma Directeur d'approvisionnement en Médicaments Essentiels (SDAD-ME).

La gestion des 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 à 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.

### **3. Initiative de Bamako [8] :**

Pour redynamiser les services de soins de santé primaires, une nouvelle stratégie a été adoptée lors de la 37<sup>ème</sup> 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 lancé 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, 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).

### **3.1. But de L'IB [8] :**

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).

### **3.2. Objectifs de l'IB [8] :**

L'objectif général est l'accessibilité financière et géographique aux soins et des MEG.

Les objectifs spécifiques de l'IB peuvent être résumés comme 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 ;
- ✓ 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.

### **3.3 Les principes de l'IB [8] :**

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.

#### **4. Historique et évolution des CSCom [10] :**

En 1964, le Mali a opté pour l'extension des soins de santé de base. Entre 1966 et 1968, le 1<sup>er</sup> plan décennal des services de santé était en application il se donnait comme objectif la mise sur pied d'une pyramide sanitaire allant de l'équipe de santé de village jusqu'aux cadres supérieurs avec comme objectifs prioritaires les soins préventifs, l'éducation sanitaire, hygiène et les soins curatifs essentiels.

En 1978, avec la conférence d'Alma Ata, la politique de soins de santé primaires fut adoptée. Dans ce contexte, plusieurs expériences ont été menées : l'opération Mali Sud compagnie malienne de développement et de texture (CMDT), le projet Santé Rurale de Koro, Yelimané, Mopti, etc. Toutes ces expériences se fondaient sur la mise en place d'agents de santé villageois qui constituaient une équipe dans le contexte d'un système de santé conçu comme une pyramide. Une dimension additive permettait en 1987 de combler une lacune des soins de santé primaires ; c'est celle de l'accessibilité aux médicaments essentiels. Elle fut introduite par James Grant, Directeur exécutif de l'UNICEF, sous le concept d'initiative de Bamako (IB).

En somme, avec les contraintes de différents ordres, le Mali adoptera une politique de concentration des services basés sur la stratégie des soins de santé primaire (SSP). Elle était fondée sur la justice sociale, l'équité en matière d'accès aux soins de santé. Cette stratégie n'a malheureusement pas permis d'atteindre les objectifs escomptés cause de l'insuffisance des moyens financiers et la centralisation de la conception des programmes. La situation sanitaire ne s'était par conséquent pas améliorée.

Vers la fin des années 1980, l'une des questions l'ordre du jour était le chômage des jeunes médecins. Cette réalité a fait germer de nouvelles idées sur le terrain des expériences accumulées. Ainsi on abordait le problème d'une offre de soins de qualité par l'emploi des jeunes médecins au niveau les plus périphériques. A cela, il faut ajouter la volonté des communautés de se structurer en des associations qui prennent en charge la gestion de leurs problèmes de santé. Elles étaient confrontées déjà de grandes difficultés sur le plan sanitaire.

Parmi celles-ci, il est noté la disponibilité de médicaments essentiels, l'insuffisance des structures publiques, etc. La recherche de solutions à ces difficultés est l'origine du mouvement de santé communautaire dont le pionnier demeure l'ASACOPA (Association de Santé Communautaire de Banconi) créée en 1989.

Il faut en outre rappeler que c'est suite à la 37<sup>ème</sup> réunion régionale de l'OMS tenue à Bamako en 1987, qu'une redynamisation des SSP fut adoptée et mise en application à travers le renforcement de la participation des communautés. Cette redynamisation reposait sur les piliers suivants :

- les services de soins primaires ;
- une politique d'approvisionnement en médicaments essentiels ;
- un système de gestion de service de santé impliquant la participation des collectivités locales.

Apparu comme phénomène urbain, le mouvement de création des CSCom va progressivement s'étendre au monde rural grâce un foisonnement sans précédent d'initiatives locales. L'accroissement du nombre de ces structures passées dans l'intervalle d'une décennie de 10 en 1993 à 123 en 1996, puis 285 en 1999, illustre s'il est encore besoin de l'ampleur du phénomène. Ce système de santé connu un engouement si important au sein des populations que l'Etat était obligé de les considérer partir à de 1991 comme un élément moteur de sa nouvelle politique de santé. A la suite de cette reconnaissance officielle, une structure d'envergure fut mise en place pour exécuter et coordonner au niveau national le Programme Santé Population et l'Hydraulique des Populations Rurales (PSPHR). Cela fut rendu possible avec l'aide des partenaires au développement (USAID, Banque Mondiale). Ce système visait principalement à réduire la mortalité infantile et maternelle [6].

Le PSPHR, pour atteindre ses objectifs a soutenu la création de nouveaux CSCom à travers des contributions financières, la construction ou la rénovation de locaux de centre d'alphabétisation, la mise leur disposition d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) (avec médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale (DCI) et matériels). Il encouragea aussi l'autonomie de gestion de ces centres et la prise en charge de leur cout de fonctionnement par les populations, grâce la généralisation du système de tarification des prestations des services.

## **5. Le Fonctionnement des CSCom :**

### **5.1. L'accueil et l'orientation du client [11] :**

Comme on le remarque, quand un patient vient dans un CSCom, le gérant est souvent la première personne à qui il s'adresse. La première impression est donc capitale. Correctement accueilli,

informé et orienté, le patient sera dans toutes les dispositions pour mieux se faire soigner et faire une bonne publicité du CSCoM à l'extérieur. Par contre une fois mal accueilli, il entraînera dans sa fuite beaucoup d'autres patients. Pour ainsi améliorer l'information et faciliter le travail du gérant, il est conseillé d'installer un panneau d'affichage indiquant : les tarifs des prestations, les conditions pour devenir adhérent et les avantages et les lieux de ventes des cartes de membre. En outre le gérant doit aimablement indiquer au patient le circuit à faire dans le CSCoM. Ce circuit est le suivant : Dépôt (vente ticket) poste de consultation dépôt (vente de médicaments).

### **5.2. La carte de membre**

L'adhésion à une ASACo se fait sur la base de la carte de membre, dont le prix est fixé par l'assemblée générale de l'ASACo. Il varie selon les ASACo. La carte peut être individuelle ou familiale, et porte le nom du chef de famille ainsi que ceux de ses ayants droits. Ce sont les membres du comité de gestion qui sont chargés de vendre les cartes, et de tenir le registre des membres. Généralement, la plupart des malades se rendent directement au centre ; il est préférable de laisser un stock de carte auprès du gérant. Pour une meilleure gestion, les cartes doivent être numérotées et inscrites dans un "registre des membres". La validité de la carte de membre est fixée par l'ASACo, elle est le plus souvent d'un an [11].

Le gérant doit demander à tout patient qui se présente pour la première fois au centre, s'il détient une carte d'adhérent ou non. S'il n'a pas de carte, il doit immédiatement lui en proposer une en lui indiquant le prix et les avantages à savoir : l'obtention de tarifs préférentiels sur les prestations offertes pour lui et ses ayants droits ; la possibilité de voter pour le renouvellement du conseil d'administration ; la possibilité de se présenter au conseil d'administration. Pour celui qui possède la carte, il doit la présenter à chaque fois qu'il vient au CSCoM [11].

### **5.3. Les tickets :**

Pour bénéficier d'une prestation fournie par le CSCoM, le patient est tenu d'avoir un ticket dont le tarif varie selon que l'on soit adhérent ou non. Dans les deux cas, le tarif est fixé en assemblée générale de l'ASACo sur proposition du conseil d'administration.

Ainsi, le gérant avant de délivrer un ticket doit demander au patient sa carte de membre. A ce niveau, il peut encore profiter de l'occasion pour informer le patient non adhérent des avantages que procure la carte. Le gérant en délivrant le ticket au patient, doit inscrire sur le ticket et la souche : la date, le nom du patient, et sa signature. Le ticket de consultation peut avoir une durée de plusieurs jours. Les souches des tickets doivent être conservées soigneusement.

### **5.4. Le Profil de l'équipe du CSCoM :**

L'équipe de santé minimale d'un CSCoM se compose de :

- Un chef de CSCoM ou directeur technique qui doit avoir le niveau minimum d'un technicien de santé.
- Un gérant dont le niveau minimum doit être celui du certificat d'aptitude professionnel (CAP) en comptabilité de préférence.
- Un responsable de la maternité dont le niveau minimum doit être celui d'une infirmière obstétricienne.

### **5.5. La Répartition des tâches au niveau du CSCoM**

Il faut rappeler que le CSCoM est une structure sanitaire de premier niveau qui offre un paquet minimum d'activités (PMA). Le PMA comprend des activités curatives (diagnostic et traitement, référence des cas, observation des urgences), des activités préventives et promotionnelles (PEV, CPN, accouchement, consultations post-natales, CCC (communication pour le changement de comportement), distribution gratuite des moustiquaires imprégnées, surveillance préventive des enfants, planning familial ...).

## **6. La gestion d'un CSCoM [11] :**

### **6.1. Les grands principes de gestion :**

- **La transparence** : la situation comptable produite doit refléter la situation réelle du CSCoM. On ne doit rien cacher, rien omettre, rien transformer. Toutes les sorties doivent être justifiées sur une pièce comptable (sortie d'argent, de médicaments, de matériels ou autres). Toutes les recettes doivent être enregistrées sur la base d'une pièce comptable. Toutes les pièces justificatives (comptables) doivent être conservées soigneusement, archivées et disponibles.
- **Le maintien en capital** : le capital se compose de tout ce que possède le centre (richesse du centre), c'est à-dire : le stock de médicaments et les supports de gestion, les disponibilités financières (argent disponible en banque et/ou en caisse), les immobilisations et le matériel, les dotations aux amortissements, les créances.

NB : il faut soustraire les dettes du total des éléments ci-dessus cités pour avoir le capital net.

- **Le principe de la séparation des comptes** : ce principe consiste à séparer les recettes provenant de la tarification des actes, des recettes provenant de la vente des médicaments. Ces deux types de recettes doivent faire l'objet d'enregistrement dans deux comptes séparés. On utilisera les recettes de la vente des médicaments uniquement pour les dépenses liées au médicament : achat de médicaments, salaires du gérant, dépenses de fonctionnement du dépôt. De même, les recettes de la tarification couvriront les dépenses du dispensaire et de la maternité : salaires et accessoires, dépenses de fonctionnement. Les autres recettes du

CSCoM (vente des cartes de membre, legs et dons ...) doivent être comptabilisées dans le compte de la tarification. Les ressources du CSCoM ne doivent servir qu'à financer les activités de santé (cf. article 6 décrets 02-314 / P-RM du 04 juin 2002).

**NB :** le compte médicament, peut apporter un appui au fonctionnement sur une partie de

L'excédent annuel du dépôt à condition que :

- Il y ait un bilan excédentaire ;
- La décision soit prise par le conseil d'administration ;

### **6.2. Les types de contrôle :**

Les conditions favorables au contrôle sont :

- Une organisation rigoureuse et systématique, c'est-à-dire : une définition claire des tâches de chacun, une définition des prérogatives et des responsabilités, une bonne circulation de l'information.
- Un personnel compétent et disponible.
- Des supports de gestion pertinents et tenus correctement.

### **6.3. Le contrôle interne :**

Il consiste à vérifier la moralité des dépenses, le respect de normes et procédures de gestion du CSCoM et doit être effectué par le commissaire aux comptes. On a :

- **Le contrôle des enregistrements comptables**

Il a triplé objectifs :

- ✓ S'assurer que toutes les opérations ont fait l'objet d'un enregistrement comptable et que rien n'a été oublié (contrôle d'"exhaustivité") ;
- ✓ S'assurer que tous les enregistrements comptables correspondent à une opération réelle, pièce justificative à l'appui, qui provient bien de l'activité du CSCoM (contrôle de "réalité") ;
- ✓ S'assurer que les montants comptabilisés ne sont pas erronés (contrôle d'"exactitude"),
- **Le contrôle du personnel :** il porte entre autres sur les éléments suivants : la ponctualité, l'assiduité, le rendement, et le système de notation.

### **6.4. Le contrôle externe**

Il est toujours nécessaire pour valider les comptes de l'année, et est complémentaire du contrôle interne. Il consiste à vérifier la régularité et la conformité des résultats de l'exercice de l'année du CSCoM par rapport aux normes et procédures établies. Il est effectué par une structure ou une personne externe entre autres : le Maire de la commune ; la FENASCOM ; le représentant de l'état ; le CSRef ; la direction régionale de la santé ; l'inspection de la santé etc.



## **6.5. La répartition des rôles :**

### **6.5.1. La présentation :**

Comme toute autre organisation, le CSCoM ne peut fonctionner efficacement que si les trois niveaux (décision, action et contrôle) sont bien structurés et s'articulent correctement. Il faut considérer la répartition des tâches selon ces trois niveaux.

### **6.5.2. La répartition des tâches de la gestion du CSCoM :**

Il ne s'agit ici que d'une proposition cohérente de répartition des tâches.

Il incombe ensuite à chaque centre d'y apporter les modifications nécessaires pour respecter ses particularités.

### **6.5.3. La Description des postes :**

La description des postes est faite sur des fiches individuelles appelées fiches de poste. Il existe une fiche par salarié et sur chacune de ces fiches on note : l'intitulé du poste, le service auquel appartient ce poste, le niveau hiérarchique de la personne qui occupe le poste, les responsabilités liées au poste, les avantages liés au poste. Ces fiches ne s'établissent pas une fois pour toute ; elles suivent l'évolution des structures. Utilité des fiches de poste :

- ✓ Elles permettent de recruter le profil adéquat ;
- ✓ Elles facilitent l'adaptation du nouvel employé dans l'organisation, dans la mesure où il sait tout de suite ce qu'on attend de lui et quelles sont ses attributions précises ;
- ✓ Elles facilitent une bonne répartition du travail ;
- ✓ C'est l'outil de base pour la supervision et l'évaluation des postes ;

## **7. La Création du CSCoM [12] :**

Le CSCoM est créé en Assemblée Générale et sa reconnaissance légale est matérialisée par l'obtention d'un récépissé délivré par l'administration. Conformément au décret numéro 05299/P-RM du 28 juin 2005 relatif aux conditions de création.

Les principes fondamentaux de fonctionnement des CSCoM sont entre autres :

- ✓ Seules les ASACo peuvent créer et faire fonctionner un CSCoM.
- ✓ Le respect de la carte sanitaire pour l'implantation d'un site de CSCoM.
- ✓ L'ASACo pour créer un CSCoM, doit adresser une demande d'autorisation au Maire de la commune.
- ✓ Le dossier de création comprend :
- ✓ Une demande timbrée à deux cent (200) F CFA,
- ✓ La copie du récépissé de déclaration de l'ASACo,

- ✓ Trois (3) copies des statuts et règlement intérieur de l'ASACo,
- ✓ Une (1) note de présentation du projet comportant une étude sommaire de faisabilité et un plan de financement du CSCoM.
- ✓ L'autorisation de création est accordée par le Maire après avis favorable du médecin chef de cercle ou de la commune du district de Bamako.
- ✓ La signature et le respect de la convention d'assistance mutuelle COMMUNE/ASACo.
- ✓ L'application stricte des statuts et règlement intérieur, notamment la tenue des réunions statutaires et le renouvellement des organes de gestion.

#### **7.1. Le fonctionnement de L'ASACo :**

Les activités courantes de L'ASACo sont confiées à un conseil d'administration, élu tous les 3ans par l'Assemblée Générale pour veiller à l'application de ses décisions et à un bureau désigné en son sein pour assurer la continuité des activités. L'ASACo doit apporter appui et conseils au directeur du centre de santé, informer les populations de l'aire de santé, afin de les mobiliser, et représenter l'association dans ses relations extérieures.

Chaque personne adhérente à l'ASACo reçoit une carte d'adhérent qui concrétise sa décision et lui permet de voter lors des assemblées générales, de présenter sa candidature au conseil de gestion et de bénéficier avec ses ayants droits de la tarification normale lorsqu'ils ont recours aux services du centre. Si sa participation à la réalisation du service public impose au centre d'accueillir toutes les personnes qui sollicitent ses soins, l'ASACo exige généralement des non adhérents une tarification supérieure à celle de ses membres [13].

#### **7.2. Les organes de gestion de l'ASACo [12] :**

Ils sont au nombre de quatre : l'Assemblée Générale (AG), le Conseil d'Administration (CA), le Comité de Gestion (CG), et le Comité de Surveillance (CS).

#### **7.3. L'Assemblée Générale :**

C'est l'instance suprême de décision de l'ASACo. Elle est composée de l'ensemble des représentants des villages, quartiers ou fractions qui composent l'aire de santé. C'est elle qui met en place le CA (conseil d'administration).

#### **7.4. Le Conseil d'Administration :**

Il a pour mission de veiller au bon fonctionnement du CSCoM ; à ce titre il est chargé :

- ✓ D'examiner et adopter les budgets et programmes annuels d'activités du centre ;
- ✓ D'assurer le suivi et le contrôle de l'exécution des programmes ;
- ✓ De recruter sur la base des contrats, le personnel nécessaire au fonctionnement du centre ;
- ✓ De rendre des comptes à l'AG, de l'état de fonctionnement du CSCoM.

Le CA se réunit en session ordinaire une (1) fois par semestre, et en session extraordinaire chaque fois que le besoin se présente. Il est élu pour une durée de trois (3) ans renouvelable et comprend : un président, un vice-président, un secrétaire administratif, un trésorier général, un trésorier adjoint, deux (2) secrétaires à l'organisation, deux (2) commissaires aux comptes et deux (2) commissaires aux conflits.

#### **7.5. Le comité de gestion :**

Il veille à la bonne exécution des décisions du CA, à cet effet, il est chargé :

- ✓ Du suivi de la gestion du CSCom.
- ✓ D'approuver le budget de fonctionnement mensuel du centre proposé par le chef du CSCom.
- ✓ D'effectuer les dépenses obligatoires pour la bonne marche du centre,
- ✓ De justifier les dépenses effectuées auprès du CA.
- ✓ De statuer sur les sanctions disciplinaires du premier degré pour le personnel.

Il se réunit une fois par mois en session ordinaire, et en session extraordinaire quand le besoin se présente. Elu par le CA parmi les membres avec voix délibérative, le comité de gestion se compose : d'un président, un trésorier, un commissaire aux comptes, le gérant du dépôt pharmaceutique et le chef du CSCom.

### **8. La politique Pharmaceutique Nationale (PPN) du Mali [14] :**

La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) a été adoptée le 12 juin 1998. Cette PPN a pour but de rendre accessible géographiquement, physiquement et financièrement à la population des médicaments essentiels de qualité.

#### **8.1. Rappel historique de l'évolution du secteur pharmaceutique du Mali :**

##### **1ère étape, 1960-1980 :**

Cette étape est caractérisée par la gratuité des soins et des médicaments. Création de la pharmacie d'approvisionnement (PHARMAPPRO) pour l'approvisionnement des hôpitaux en Médicaments et de la pharmacie populaire du Mali (PPM) qui importait des médicaments destinés à la vente.

##### **2ème étape, 1981-1990 :**

- En 1981, la PHARMAPPRO a été dissoute et remplacée par l'office malien de pharmacie (OMP) qui en plus de l'importation de médicaments faisait la recherche à travers la division de la médecine traditionnelle (DMT) et la production par l'usine malienne des produits pharmaceutiques (UMPP).

- En 1982, création de l'inspection de la santé et des affaires sociales (ISAS)

- En 1983, introduction de la notion de médicaments essentiels

- En Septembre 1987 initiative de Bamako (IB)

**3ème étape : 1990 à nos jours :**

- En 1990, déclaration de la politique sectorielle de santé et de population ;

- En 1995, mise en place du schéma directeur d'approvisionnement et de distribution en médicaments essentiels (SDAD-ME) avec l'implication du secteur privé pour appuyer la PPM et des communautés.

**8.2. Les objectifs de la PPN :**

Au Mali, l'élaboration d'une politique pharmaceutique nationale avait comme objectif général de rendre accessible géographiquement, physiquement et financièrement à la population des médicaments essentiels de qualité. Ses objectifs spécifiques sont :

- Développer des médicaments essentiels génériques (MEG) en dénomination commune internationale (DCI) de qualité à travers tous les circuits de distribution ;
- Améliorer les pratiques de prescription et de dispensation des médicaments ;
- Garantir la disponibilité des ME et autres produits pharmaceutiques à travers un système de recouvrement des coûts ;
- Développer la recherche sur la pharmacopée traditionnelle ;
- Promouvoir la production des médicaments traditionnels ;
- Assurer la disponibilité et la qualité des analyses biomédicales par niveau de soins ;
- Assurer la qualité des médicaments et autres produits pharmaceutiques ;
- Développer la complémentarité entre secteurs privé, public et communautaire dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique.

**8.3. Les orientations de la PPN :**

Les orientations de la PPN du Mali portent essentiellement sur le choix des médicaments, sur l'amélioration des pratiques de prescription et de dispensation des médicaments, sur la recherche et surtout sur la mise en place d'un système d'approvisionnement régulier en médicaments essentiels de qualité et à des coûts compatibles avec le pouvoir d'achat de la population. Pour cela, l'Organisation Mondiale de la Santé encourage et entreprend les travaux visant à combler certaines lacunes qui existent dans nos connaissances sur les meilleurs moyens de choisir, de se procurer et de distribuer les médicaments et aussi sur leur utilisation par les prescripteurs et les malades.

En dépit des grands progrès accomplis, nous devons noter que la mise en œuvre de politiques pharmaceutiques cohérentes se heurte encore à des difficultés majeures qui sont le mauvais usage des médicaments et surtout l'insuffisance de l'approvisionnement en médicaments.

## **9. Approvisionnement en médicaments essentiels des établissements de santé :**

Selon la politique pharmaceutique nationale, l'approvisionnement en médicaments se fait à travers le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution en Médicaments Essentiels (SDAD-ME).

### **9.1. Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDAD-ME) [15 ; 2] :**

Mise en place à partir de 1995 par le département suite à la dévaluation du franc CFA, le

SDAD-ME décrit les mesures pratiques et fonctionnelles devant permettre la mise en œuvre du volet approvisionnement en médicaments essentiels de la politique sectorielle de santé et de population du Mali.

L'objectif est d'assurer un approvisionnement correct des populations sur l'ensemble du territoire en fonction de leur pouvoir d'achat.

### **9.2. Stratégies du SDAD-ME [15] :**

Les stratégies de ce SDAD-ME sont basées sur :

- l'approvisionnement national des Médicaments Essentiels en DCI par Appel d'offres sur la base d'un plan annuel d'approvisionnement ;
- la pérennisation du système par la mise en place de dotations initiales servant de fonds de roulement et par institution et consolidation du recouvrement des coûts suivant les principes de l'Initiative de Bamako ;
- l'approvisionnement des régions en médicaments essentiels de qualité basé sur le système logistique « réquisition » : évaluation des besoins à commander sur la base de la liste nationale des Médicaments Essentiels en DCI pour chaque niveau opérationnel.

Cet approvisionnement sera réalisé à travers un réseau de dépôts régionaux. Dépôts Répartiteurs de Cercle (DRC) et les Dépôts de Vente (DV), des formations publiques et communautaires.

- L'implication et l'appui du secteur privé pour une meilleure diffusion des Médicaments Essentiels Génériques en DCI dans ce secteur sous la forme de blisters.

### 9.3. Les acteurs du SDAD-ME et leurs fonctions : [16]

#### 9.3.1. Les acteurs du niveau central :

Sous la coordination du Secrétariat Général, les différentes fonctions sont assumées par les structures suivantes :

- **L'approvisionnement** : PPM et autres fournisseurs :

La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) est désignée par l'Etat comme l'outil privilégié pour la mise en œuvre du SDAD-ME. Elle est chargée de l'approvisionnement des établissements publics et parapublics (EPH), en médicaments essentiels et autres produits de qualité et financièrement accessibles aux populations.

Les fournisseurs privés sont chargés d'approvisionner les officines privées en médicaments essentiels génériques DCI.

- **La supervision et le suivi** :

La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) a un rôle central dans toute la mise en place et le suivi du SDAD-ME ; elle est l'organe centralisateur et de diffusion des informations relatives au SDAD-ME.

Elle est l'élément central qui définit les normes, procédures, outils principaux de gestion.

De plus, elle appuie la PPM dans l'approvisionnement et la distribution.

La DPM conduit périodiquement des activités de recherche opérationnelle aussi bien sur les pratiques professionnelles que sur les prix. Les résultats de ces études doivent être largement diffusés pour leur exploitation pour l'amélioration du fonctionnement du SDADME

- **Le contrôle et l'inspection**

Le contrôle administratif à l'importation et post marketing est assuré par la DPM

Le Laboratoire National de la Santé (LNS) effectue le contrôle analytique à l'importation et sur le réseau national de distribution.

Pour l'inspection, l'Inspection de la Santé (IS) est chargée du contrôle du respect de la législation, de la réglementation et des procédures.

- **L'Information et la communication**

La DPM en collaboration avec Le Centre National d'Information d'Education et de Communication pour la Santé (CNIECS) conçoit des outils et des supports. La DPM sera chargée de la mise en œuvre au niveau central. Ces supports seront utilisés par les structures opérationnelles, les ONG et autres partenaires conduisant des activités opérationnelles.

### 9.3.2. Les acteurs du niveau régional [7] :

- **L'approvisionnement de la région** : les magasins régionaux de la PPM et autres fournisseurs.

Au niveau de chaque région la PPM dispose d'un magasin régional. Ce magasin a pour fonction l'approvisionnement des pharmacies hospitalières et des DRC en ME.

Pour les Pharmacies et dépôts privés, l'approvisionnement en ME se fait aussi bien par les grossistes privés que le magasin régional PPM.

- **La Supervision et le suivi** :

La DRS a pour mission la supervision des structures de distribution et de vente des ME (DRC, DV). Elle doit aussi collaborer avec le pharmacien de la PPM et lui apporter un appui technique. Cet appui peut être soit à travers son expérience pour permettre au pharmacien PPM d'améliorer sa gestion du stock, soit en facilitant l'accès du pharmacien PPM aux informations relatives aux DRC.

La Direction Régionale de la Santé conduit périodiquement des activités de recherche opérationnelle aussi bien sur les pratiques professionnelles que sur les prix. Les résultats de cette étude doivent être largement diffusés pour leur exploitation pour l'amélioration du fonctionnement du SDAD-ME

- **Contrôle : la Direction Régionale de la Santé (DRS)**

La DRS a un rôle de contrôle du fonctionnement du SDAD-ME.

En matière de contrôle de qualité, la DRS assure le relais du LNS soit en effectuant directement sur place certains contrôles soit en transmettant au LNS des échantillons pour analyse.

- **Information et communication**

La DRS est chargée développer et de mettre en œuvre un plan d'information et de communication à l'adresse des différents acteurs. Elle apporte aussi un appui technique aux districts pour une meilleure appropriation du fonctionnement du SDAD-ME.

### 9.3.3. Les acteurs du niveau local [7] :

- **Approvisionnement**

Au niveau du district, les ME sont stockés dans un Dépôt Répartiteur de Cercle. Le gérant du DRC s'approvisionne au niveau du magasin régional de la PPM (MRPPM). Il assure la distribution des médicaments et autres produits aux dépôts de vente du CS Réf et des CSCom.

Le Dépôt Répartiteur de Cercle ne vend pas aux malades les ME, il ne fait que céder aux Dépôts de Vente, les ME étant cédés aux malades par le gérant du DV.

- **La supervision et le suivi** :

Le district doit assurer la supervision des structures de distribution et de cession des ME

(DRC, DV). Les rapports de supervision doivent toujours être transmis à la DRS pour qu'elle puisse à son tour jouer un rôle d'appui technique par rapport au fonctionnement du SDAD-ME.

Le district conduit périodiquement des activités de recherche action aussi bien sur les pratiques professionnelles que sur les prix. Les résultats de cette étude doivent être largement diffusés pour leur exploitation pour l'amélioration du fonctionnement du SDAD-ME.

• **Le contrôle :**

Le district a un rôle de contrôle du bon fonctionnement du SDAD-ME.

Il peut aussi prélever des échantillons et les transmettre au LNS à travers la DRS pour analyse en cas de besoin.

• **Information et communication**

Le niveau opérationnel met en œuvre les activités du plan de communication développé par la région. Il utilise les outils et supports élaborés par le niveau central.

**10. Les principes de gestion du SDAD-ME [14] :**

**Principe n° 1 : Maintien du capital**

La valeur du capital initial et les dotations complémentaires doivent exister à chaque évaluation. Elle doit être inférieure ou égale à l'avoir au moment de l'évaluation.

**Principe n° 2 : Séparation de caisse**

Le circuit des recettes issues de la vente des médicaments doit être différent du circuit des recettes générées par les actes médicaux : Supports, Comptes et caisses.

**Principe n° 3 :** Principe de la gestion intégrée des produits gratuits et des dons, les produits issus de dons sont intégrés dans le cycle logistique du SDAD-ME. Ils sont gérés par les DRC et les DV de la même façon que les autres médicaments et en utilisant les mêmes supports de gestion.

**Principe n° 4 : Transparence des comptes**

Toute transaction doit être enregistrée sur un support approprié et accessible à tout moment.

**Principe n° 5 : Gestion communautaire**

Le transfert de compétence aux collectivités décentralisées doit s'appliquer aux dépôts de vente de médicaments.

**11. Types de supports de gestion du SDAD-ME [16] :**

La gestion efficace des dépôts nécessite l'utilisation d'un certain nombre de documents, appelés "supports de gestion", décrits ci-dessous :

• **L'ordonnance**



C'est le document qui permet la bonne utilisation des médicaments prescrits par les prescripteurs autorisés. Il comporte deux volets dont l'un (la souche) reste au dépôt ; il doit être classé, conservé, par ordre de numérotation et l'autre volet (l'originale) est rendu au malade.

Un support de gestion qui donne la situation des entrées et des sorties des médicaments avec la justification (situation du stock). C'est le support de base de la gestion des médicaments.

• **La fiche d'inventaire**

Il permet de déterminer le stock disponible et utilisable à la suite d'un inventaire. Il est utilisé immédiatement après l'inventaire pour mettre à jour la fiche de stock.

Il est exploité pour déterminer la valeur du stock de médicament et des supports à porter au bilan.

• **Le cahier de versement des recettes**

Toutes les recettes de la journée sont enregistrées dans ce cahier et versées périodiquement (suivant les instructions locales) au caissier sous la double signature de la partie versante et du caissier.

• **La fiche de pointage journalière et la fiche récapitulative hebdomadaire (DV)**

Ce sont des documents qui permettent au gérant de suivre les sorties par ordonnance des médicaments et d'établir la situation des stocks par jour et par semaine et de mettre à jour la fiche de stock périodiquement par jour et par semaine.

• **Le bon de commande**

Il permet l'enregistrement des besoins en médicaments du dépôt. La commande est rédigée par le gérant et visée par ses superviseurs (pharmacien et chef du centre de santé selon le cas).

Les bons de commande des dépôts répartiteurs sont adressés au Magasin régional de la PPM et à tout autre fournisseur agréé en cas de rupture de stock à la PPM.

Les bons de commande des dépôts de vente sont adressés au dépôt répartiteur du cercle.

• **Le bordereau de livraison**

A la livraison d'une commande, il est nécessaire de remplir un formulaire permettant de mentionner les quantités livrées par le fournisseur. Ce document est appelé Bordereau de livraison. Il permet de comparer ce qui a été commandé et réellement acheté et livré.

• **La fiche de réception**

Elle est annexée au Procès-Verbal (PV) de réception qui fait le compte rendu du déroulement de la réception. La fiche de réception permet de mentionner les quantités de produit réellement mises à la disposition du gérant après une livraison.

• **Compte rendu de gestion de stock**

C'est un support permettant de faire le récapitulatif du mouvement du stock pendant une période donnée (semestrielle ou annuelle). Il s'agit d'un rapport de gestion de stock. Il est rempli à partir de la fiche de stock.

### **12. Le Schéma d'Approvisionnement, cas du CSCoM [17] :**

Respecter les normes de gestion des médicaments (depuis la commande jusqu'à l'utilisation et la justification par la bonne tenue de la comptabilité) :

- ✓ Les médicaments autorisés dans les dépôts pharmaceutiques des CSCoM sont les médicaments essentiels en dénomination commune internationale (DCI). Les ASACo doivent s'approvisionner en DCI auprès du dépôt répartiteur de cercle (DRC) en passant respectivement par la DRS et la Pharmacie Populaire du Mali (PPM). Les gérants des pharmacies doivent tenir régulièrement les fiches de stock ;
- ✓ Procédures de commandes : Le gérant contrôle régulièrement les quantités en stock grâce aux fiches de stock (stock minimum et le stock maximum). Il prépare la liste et la quantité valorisée des produits à commander et la soumettre au Chef de Centre qui vise le bon de commande. Il commande d'urgence (au besoin entre 2 périodes) afin d'éviter une rupture certaine de stocks ;
- ✓ Procédures de réception : elle doit se faire en présence des personnes suivantes : le Chef de centre, le Gérant, un ou plusieurs représentants du Comité de Gestion. Il faut vérifier que les quantités livrées et leur qualité sont bien les mêmes que les quantités commandées ;
- ✓ Établir / signer un PV de réception après s'être rassurer que les médicaments notés sur le bon de livraison sont bien ceux qui sont reçus ;
- ✓ Effectue régulièrement les inventaires : S'assurer que le stock théorique (inscrit sur les fiches de stock) est identique au stock réel (ce qui existe effectivement dans le dépôt) ;
- ✓ Le commissaire aux comptes contrôle chaque fin de mois les justificatifs de versement et vérifie si l'argent encaissé est bien dans la caisse.

**N.B :** Il faut ouvrir des comptes pour y déposer les ressources issues de la gestion des services du CSCoM.

### **13. Stockage des médicaments [18] :**

Les produits réceptionnés sont listés par la suite dans le registre d'entrée qui comporte la date, la désignation, la quantité. Ils sont ensuite stockés dans le magasin par ordre alphabétique, en fonction de la classe, de la forme, de la date de péremption et des conditions de conservations. Chaque médicament comporte une fiche de stock qui doit être remplie avant d'être classée.

## **14. Gestion des stocks des médicaments essentiels :**

### **14.1. Définition de la gestion de stock [19,20] :**

Du point de vue général, le stock peut être défini comme étant « Une provision de produits en instance de consommation ». Du point de vue du pharmacien, un produit est considéré comme consommé dès qu'il est dispensé au service de soins. Pour l'infirmier, le produit n'est consommé que lorsqu'il a été administré au patient. Gérer un stock en pharmacie, c'est donc faire en sorte que ce stock soit constamment apte à répondre aux besoins des malades en médicaments [20].

### **14.2. Objectif d'une bonne gestion de stock des médicaments essentiels [19] :**

L'objectif d'une bonne gestion en pharmacie hospitalière est d'assurer la disponibilité permanente des médicaments et des articles relevant du domaine pharmaceutique hospitalier dans l'établissement de soins ; de préserver le capital « Médicament » de la structure.

### **14.3. Principes généraux pour une bonne gestion de stock des ME [19] :**

La gestion du stock comprend, d'une part, la gestion matière et d'autre part la gestion financière. Les deux sont étroitement liées puisque chaque entrée ou sortie de produits dans le stock (gestion matière), quelle que soit la raison (achat, vente, péremption, vol, avarie, délivrance « gratuite ») a une conséquence en terme de valorisation du stock et/ou des avoirs en caisse (gestion financière).

La gestion des produits pharmaceutiques nécessite :

- ✓ du personnel formé préalablement à la gestion des produits pharmaceutiques et consommables médicaux ;
- ✓ un local adapté à la bonne conservation des produits pharmaceutiques ;
- ✓ la disponibilité permanente des outils de gestion et la bonne utilisation de ceux-ci ;
- ✓ le suivi et la supervision régulière ainsi que l'auto évaluation ;
- ✓ le contrôle externe périodique. Un stock se gère afin d'éviter les ruptures (arrêt des soins ou des activités, baisse de la fréquentation) et les sur-stockages (immobilisation de la trésorerie, augmentation du risque de péremption ou d'avarie, vol...).

En résumé le stock augmente par le jeu des entrées (livraisons de fournisseurs, retours de services...) et diminue par le fait des sorties (dispensation, casse, vol, péremption...). Pour apprécier la qualité de la gestion du stock, il faut utiliser les outils de gestion.

## **15. Le circuit de distribution des produits pharmaceutiques au Mali [14] :**

Le circuit de distribution se définit comme étant le chemin suivi par un produit ou un service, pour aller du stade de la production à celui de consommation.

Au Mali, les médicaments nécessaires pour répondre aux besoins de la population proviennent de l'usine malienne de produits pharmaceutiques (UMPP), du Département de Médecine traditionnelle

(DMT) et des importations (par des établissements pharmaceutiques d'importation et des ventes en gros).

### **15.1. Les structures de fabrication des médicaments au Mali :**

Ces structures sont :

- **L'UMPP** (usine malienne de produits pharmaceutiques) constitue la principale unité de production. Elle produisait en 2000, 25 médicaments avec un chiffre d'affaires de 2,6 milliards de FCFA qui actuellement ne dépasse pas 500 millions par ans. Elle figure actuellement au programme de privatisation et réalise 7 formes pharmaceutiques (sirops, comprimés, dragées, solutés injectables, solutés massifs, pommade, poudre orale) pour une gamme de 30 produits. Ces médicaments sont à majorité des ME en DCI.
- **Le DMT** (département de médecine traditionnelle) : créé en 1973, il est devenu centre collaborateur de l'OMS et centre de formation reconnu par l'OUA en 1981. Il a obtenu des résultats qui ont permis à ce jour la mise sur le marché malien de 07 médicaments traditionnels améliorés (MTA), c'est-à-dire des préparations phytothérapeutiques à posologie établie et à toxicité déterminée, financièrement accessible à la population. Les formes disponibles sont sirop, sachet et pommade.
- Usine de soluté et médicaments essentiels génériques à Sanakoroba / Humanwel.

### **15.2. Les structures de distribution des médicaments au Mali :**

Parmi les structures de distribution des médicaments au Mali, on peut distinguer :

#### **Les structures d'importation et de vente en gros des produits pharmaceutiques**

**Au Mali [7] :**

- **Les Etablissements d'Importation et des Ventes en Gros des produits pharmaceutiques (EIVG) :**

Ce sont des sociétés autorisées à importer et à vendre en gros, tous les produits pharmaceutiques conformément aux dispositions en vigueur. Les conditions d'importation des produits pharmaceutiques au Mali sont fixées par l'arrêté interministériel n° 91-2776/MEFMDRE-MSPAS-PF du 25 Juillet 1991.

- **La société d'importation et de vente en gros des produits pharmaceutiques étatique :**

Aujourd'hui, la PPM a pour mission l'acquisition par appel à la concurrence internationale et la distribution des ME génériques sur toute l'étendue du territoire national selon un schéma directeur d'approvisionnement. Elle dispose de 15 points de ventes repartis en magasins régionaux et en officines témoins. En outre, il existe un seul point de vente au détail à savoir l'officine initiative de Bamako.

- **Les sociétés d'importation et de vente en gros des produits pharmaceutiques privés :**

Depuis la libéralisation du secteur pharmaceutique en 1985, le nombre des grossistes privés n'a cessé d'augmenter au Mali. Bien que leur installation ne fût pas facile, ces structures privées ont pour but de renforcer l'accessibilité des populations aux médicaments.

Et ceci par l'installation d'un réseau d'importation et de distribution des médicaments à plusieurs circuits.

- **Les structures de ventes en détail : les officines et dépôt de pharmacie :**

Rappelons que les officines de pharmacie sont des établissements pharmaceutiques affectés à l'exécution des ordonnances magistrales, à la préparation des médicaments inscrits aux pharmacopées autorisées, à la vente des objets de pansement ou tout article présenté comme conforme à la pharmacopée autorisée et enfin des produits vétérinaires. Elles sont habilitées à vendre les médicaments en détail aux populations.

Les dépôts sont des établissements pharmaceutiques habilités à vendre en détail les produits pharmaceutiques dans les localités dépourvues d'officine ouverte au public. La liste des produits vendus dans les dépôts est fixée par un arrêté de ministre de la santé.

- **Autres structures de distribution des médicaments au Mali : [15 ; 16]**

On peut citer entre autres les organismes de coopération internationale, multinationale ou bilatérale, les organisations non gouvernementales, et les missions religieuses qui interviennent largement dans le secteur sanitaire au Mali. Leur appui s'exerce principalement au niveau des programmes régionaux des soins de santé primaires, mais aussi dans les hôpitaux.

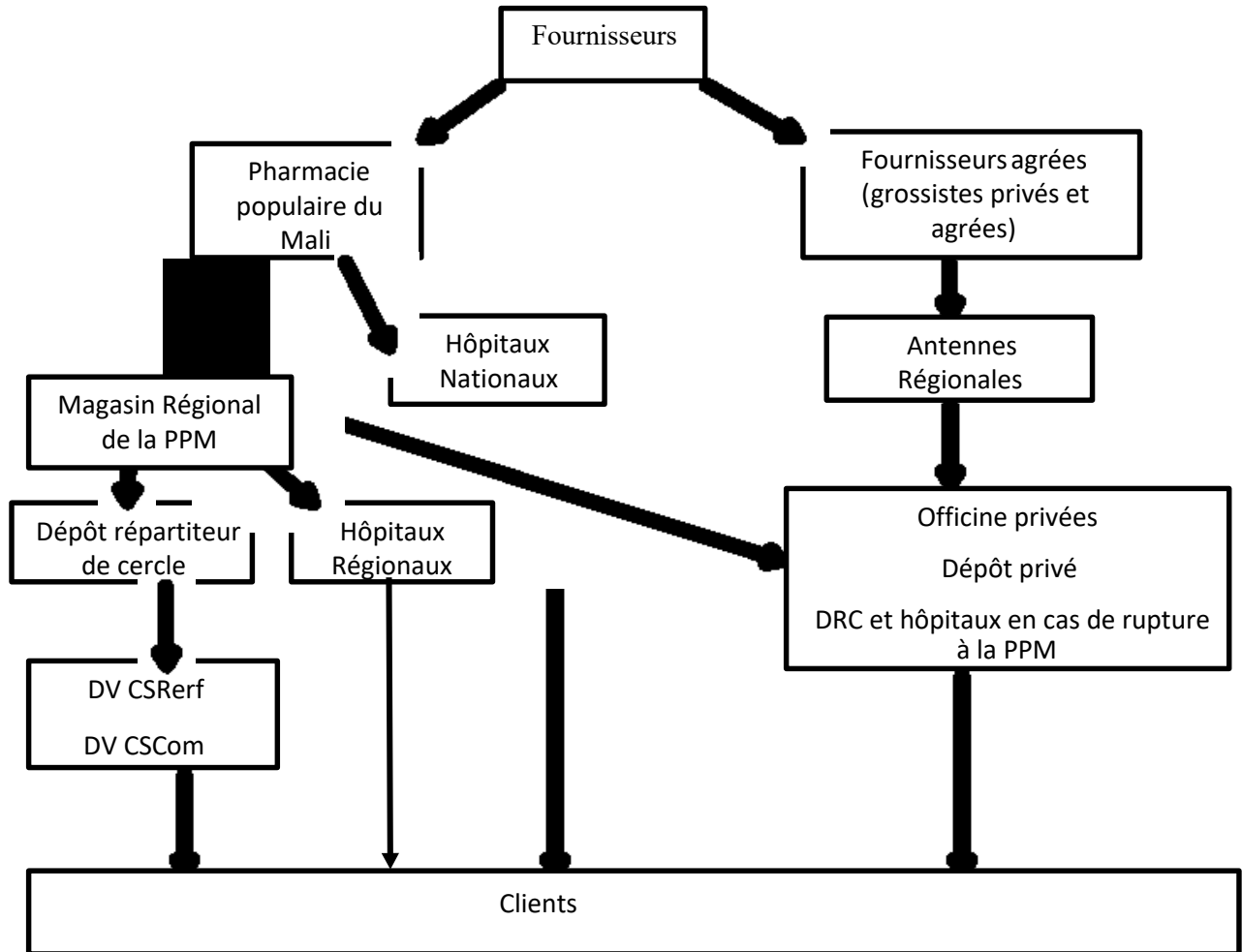


Figure 1 : Schéma d'importation et distribution des médicaments au Mali [15]

## 16. La structure des prix des médicaments [15]

En 1960, en République du Mali, les prix des médicaments étaient fixés par l'Etat. Ce travail était fait par le Ministère des affaires économiques en collaboration avec le Ministère de la Santé. Les coefficients étaient appliqués sur toute l'étendue du territoire national.

A partir de 1991, avec la mise en œuvre de la réforme pharmaceutique, le prix de cession des ME pour les secteurs publics, communautaire et privé est établi pour un exercice entier par application de coefficients multiplicateurs fixés par la PPM en collaboration avec le ministère en tutelle de la santé. Ces coefficients sont élaborés dans le contrat plan Etat /PPM renouvelable tous les trois ans. En 1992, l'ordonnance CTSP du 14 Avril 1992 institua la liberté des prix et de la concurrence.

En 1998, le Mali a pris pour option tarifaire de ne pas générer d'excédents sur le recouvrement des coûts afin d'améliorer l'accessibilité financière du médicament, seules les charges fixes et variables directement liées à l'approvisionnement et à la dispensation seront grevées (cf. Décision N°951998).

Depuis fin janvier 2003, il existe un barème des prix par niveau élaboré suite à la révision des prix des médicaments essentiels en DCI.

Les médicaments ne figurant pas sur la liste des ME en DCI seront vendus aux niveaux inférieurs du pipeline et aux malades en affectant au prix de cession un coefficient multiplicateur défini par la décision n° 95-1998 /MSSPA



**Figure 2 :** Structure des prix des médicaments en DCI [15]

Le prix des ME varie (de 1,15 à 1,30) d'un niveau à un autre de la pyramide sanitaire ; cela est dû à l'application du coefficient multiplicateur au prix de cession des ME.

MATERIEL  
&  
METHODOLOGIES



### **III. METHODOLOGIE :**

#### **1. Période et type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude descriptive et transversale allant de Juin 2018 à février 2019, soit 09 mois.

#### **2. Lieu d'étude :**

Notre étude s'est déroulée dans la commune IV du district de Bamako, au niveau des CSCom

#### **3. Population d'étude :**

L'étude a porté sur l'ensemble du personnel impliqué dans l'approvisionnement et la gestion des médicaments essentiels des neufs (9) centres de santé communautaire de la commune IV du district de Bamako.

#### **4. Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans notre étude :

- Les gérants des différents dépôts.

#### **5. Critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Le personnel non impliqué dans le processus de l'approvisionnement et la gestion des stocks des médicaments essentiels.

#### **6. Type d'échantillonnage :**

Il s'agissait d'un échantillonnage non probabiliste de type raisonné non aléatoire, qui a consisté à retenir les dépôts de vente des neufs (9) centres de santé communautaire de la commune IV du district de Bamako.

#### **7. Technique de collecte des données :**

Un questionnaire a été établi et adressé à chaque gérant de DV.

#### **8. Stratégie d'analyse des données :**

- Le logiciel Microsoft office Word 2016 a été utilisé pour la saisie des données,
- Le logiciel SPSS version 21 a été utilisé pour analyser les données.

#### **9. Considérations éthiques :**

L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été préservés.

#### **10. Variables à collecter :**

Nous avons retenu comme variables :

- Les caractères sociodémographiques ;
- Disponibilité des supports de gestion ;
- Détermination des besoins de commande en ME ;
- Existence de document de Politique Pharmaceutique Nationale ;
- Existence de la liste nationale de médicament essentiels ;
- Mode d'estimation des besoins en ME ;
- Implication du DTC dans la gestion des stocks ;
- Le profil du personnel chargé de l'achat de ME ;
- La connaissance du SDAD-ME par les gérant ;
- Commande des ME ;
- Délai de livraison des commandes ;
- Les fournisseurs des ME ;
- La fréquence des commandes ;
- Commande exceptionnelle ;
- Réception des commandes ;
- La fréquence des inventaires ;
- Les normes et procédures de gestion des stocks ;
- Rupture des ME ;
- Mode de gestion des médicaments périmés.

# RESULTATS

#### IV. RESULTATS :

##### 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

**Tableau I :** Répartition des gérants des dépôts par CSCom et par sexe

CSCom	Masculin	Féminin	Total
CSCom1	-	1	1
CSCom2	-	1	1
CSCom3	1	-	1
CSCom4	-	1	1
CSCom5	-	1	1
CSCom6	1	-	1
CSCom7	-	1	1
CSCom8	-	1	1
CSCom9	-	1	1
<b>Total</b>	<b>2(22,2%)</b>	<b>7 (77,8%)</b>	<b>9(100%)</b>

Le sexe féminin était majoritairement représenté, avec un sexe ratio de 0,28.

**Tableau II :** Répartition des gérants des dépôts par CSCom et par profession.

CSCom	Comptable	Aide comptable	Infirmier	Aide-soignant	Total
<b>Cscom1</b>	-	-	1	-	1
<b>CSCom2</b>	-	-	1	-	1
<b>CSCom3</b>	1	-	-	-	1
<b>CSCom4</b>	-	-	1	-	1
<b>CSCom5</b>	1	-	-	-	1
<b>CSCom6</b>	-	1	-	-	1
<b>CSCom7</b>	-	-	1	-	1
<b>CSCom8</b>	-	-	1	-	1
<b>CSCom9</b>	-	-	-	1	1
<b>Total</b>	<b>2 (22,2%)</b>	<b>1 (11,1%)</b>	<b>5 (55,6%)</b>	<b>1 (11,1%)</b>	<b>9(100%)</b>

Plus de la moitié des gérants des dépôts des CSCom était des infirmiers.

**Tableau III** : Répartition des gérants des dépôts par CSCom et par ancienneté

CSCom	[6 à 10 ans]	[11 ans et plus]	Total
CSCom1	-	1	1
CSCom2	-	1	1
CSCom3	1	-	1
CSCom4	1	-	1
CSCom5	1	-	1
CSCom6	-	1	1
CSCom7	1	-	1
CSCom8	-	1	1
CSCom9	1	-	1
Total	<b>5 (55,6%)</b>	<b>4 (44,4%)</b>	<b>9 (100%)</b>

Plus de la moitié des gérants ont effectué plus de six (6) ans dans le dépôt.

**2. DISPONIBILITE DES SUPPORTS DE GESTION DES ME :**

**Tableau IV : La disponibilité des supports de gestion des médicaments essentiels par CSCoM**

Supports de gestion	CSCoM									Total oui	Total non
	CSCo m1	CSCo m2	CSCo m3	CSCo m4	CSCo m5	CSCo m6	CSCo m7	CSCo m8	CSCo m9		
Fiche de stock	Oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	9	0
Ordonnances	Oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	9	0
Fiche d’inventaire	Oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	8	1
CVR	Oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	9	0
Cahier des dépenses	Oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	9	0
FPJ	Oui	oui	oui	non	oui	non	non	non	oui	5	4
FRH	Non	oui	non	oui	oui	non	non	non	non	3	6
BC	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	8	1
BL	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	9	0
Fiche de réception	non	oui	oui	non	non	non	non	non	non	2	7
LNME	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	8	1
Fiche de réclamation	non	non	non	non	non	non	non	non	non	0	9
Registre de CRGS	non	oui	non	non	non	non	non	oui	non	2	7

Il ressort dans ce tableau que la fiche de stock, le cahier de versement des recettes, le cahier des dépenses et le bordereau de livraison étaient disponibles dans tous les dépôts de vente des structures de santé enquêtées.

### 3. DETERMINATION DES BESOINS DE COMMANDE EN MEDICAMENTS ESSENTIELS :

**Tableau V** : L'existence de document de Politique Pharmaceutique Nationale par CSCom

CSCom	Oui	Non	Total
CSCom1	1	-	1
CSCom2	1	-	1
CSCom3	1	-	1
CSCom4	1	-	1
CSCom5	1	-	1
CSCom6	1	-	1
CSCom7	1	-	1
CSCom8	1	-	1
CSCom9	1	-	1
Total	<b>9 (100%)</b>	0	<b>9 (100%)</b>

Le document de Politique Pharmaceutique Nationale était disponible dans tous les dépôts des différents CSCom.

**Tableau VI :** La répartition des CSCom en fonction de la disponibilité d'une liste nationale de médicaments essentiels en DCI

CSCom	Oui	Non	Total
CSCom1	1	-	1
CSCom2	1	-	1
CSCom3	1	-	1
CSCom4	1	-	1
CSCom5	1	-	1
CSCom6	1	-	1
CSCom7	1	-	1
CSCom8	-	1	1
CSCom9	1	-	1
Total	<b>8 (88,9%)</b>	1 (11,1%)	9 (100%)

La quasi-totalité des CSCom disposait la liste nationale de médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale.



**Tableau VII : Répartition des CSCom par mode d’Estimation des besoins en ME**

CSCom	CMM	Total
CSCom1	1	1
CSCom2	1	1
CSCom3	1	1
CSCom4	1	1
CSCom5	1	1
CSCom6	1	1
CSCom7	1	1
CSCom8	1	1
CSCom9	1	1
<b>Total</b>	<b>9 (100%)</b>	<b>9 (100%)</b>

La CMM était la méthode la plus sollicitée par tous les gérants des différents CSCom pour estimer leur besoin en ME.

**Tableau VIII : L’implication du DTC au processus de détermination des besoins de commande des ME par CSCom**

CSCom	Oui	Total
CSCom1	1	1
CSCom2	1	1
CSCom3	1	1
CSCom4	1	1
CSCom5	1	1
CSCom6	1	1
CSCom7	1	1
CSCom8	1	1
CSCom9	1	1
<b>Total</b>	<b>9(100%)</b>	<b>9(100%)</b>

Dans ce tableau, on constate que les DTC étaient impliqués dans le processus de détermination de besoins dans tous les CSCom.

**Tableau IX :** Les supports de gestion utilisés par les gérants des dépôts pour estimer les besoins de commande en ME par CSCom

CSCom	Bon de commande	Fiche de stock	LNME	Total
CSCom1	1	-	-	1
CSCom2	-	1	-	1
CSCom3	1	-	-	1
CSCom4	-	1	-	1
CSCom5	1	-	-	1
CSCom6	-	-	1	1
CSCom7	1	-	-	1
CSCom8	1	-	-	1
CSCom9	1	-	-	1
<b>Total</b>	<b>6(66,7%)</b>	<b>2(22,2%)</b>	<b>1(11,1%)</b>	<b>9(100%)</b>

Il ressort dans ce tableau que le bon de commande était le support le plus utilisé par les gérants des dépôts pour estimer les besoins en commande des ME.

#### 4. COMMANDE :

**Tableau X :** Répartition des CSCom en fonction de la connaissance du SDAD-ME par les gérants des dépôts

CSCom	Oui	Non	Total
CSCom1	1	-	1
CSCom2	1	-	1
CSCom3	1	-	1
CSCom4	1	-	1
CSCom5	1	-	1
CSCom6	1	-	1
CSCom7	1	-	1
CSCom8	1	-	1
CSCom9	1	-	1
<b>Total</b>	<b>9(100%)</b>	<b>0</b>	<b>9(100%)</b>

Tous les gérants des DV des CSCOM ont affirmé être au courant de l’existence du Schéma Directeur d’Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels.

**Tableau XI :** L'existence d'un responsable chargé de l'achat des médicaments essentiels par CSCom

CSCom	Oui	Non	Total
CSCom1	1	-	1
CSCom2	1	-	1
CSCom3	1	-	1
CSCom4	1	-	1
CSCom5	-	1	1
CSCom6	1	-	1
CSCom7	-	1	1
CSCom8	1	-	1
CSCom9	1	-	1
<b>Total</b>	<b>7(77,8%)</b>	<b>2(22,2%)</b>	<b>9(100%)</b>

Sur les neufs CSCom, seuls deux n'avaient pas une personne chargée de l'achat des médicaments essentiels.

**Tableau XII :** Le profil du personnel chargé de l'achat de médicament par CSCom

CSCom	Trésorier	Comptable	Président de l'ASACo	gérant du DV	Pas de chargé de l'acha	Total
CSCom1	-	-	-	1	-	1
CSCom2	1	-	-	-	-	1
CSCom3	-	-	-	1	-	1
CSCom4	1	-	-	-	-	1
CSCom5	-	-	-	-	1	1
CSCom6	-	-	1	-	-	1
CSCom7	-	-	-	-	1	1
CSCom8	-	1	-	-	-	1
CSCom9	1	-	-	-	-	1
<b>Total</b>	<b>3(33,4%)</b>	<b>1(11,1%)</b>	<b>1(11,1%)</b>	<b>2(22,2%)</b>	<b>2(22,2%)</b>	<b>9(100%)</b>

Nous avons constaté que la personne chargée de l'achat des médicaments essentiels diffère d'un CSCom à un autre. Cependant, le trésorier et le gérant du dépôt étaient les plus sollicités.

**Tableau XIII** : Répartition des CSCom en fonction de la durée d'élaboration d'une commande

CSCom	un jour	Deux jours	Total
CSCom1	1	-	1
CSCom2	1	-	1
CSCom3	-	1	1
CSCom4	-	1	1
CSCom5	1	-	1
CSCom6	1	-	1
CSCom7	-	1	1
CSCom8	1	-	1
CSCom9	1	-	1
<b>Total</b>	<b>6(66,7%)</b>	<b>3(33,3%)</b>	<b>9(100%)</b>

Pour la plupart des CSCom le temps nécessaire à l'élaboration d'une commande ne dépassait pas une journée.

**Tableau XIV** : La répartition des CSCom en fonction du délai de livraison des ME

CSCom	1 jour	2 jours	[1-2 jours]	[2-4 jours]	Total
CSCom1	1	-	-	-	1
CSCom2	-	1	-	-	1
CSCom3	-	1	-	-	1
CSCom4	1	-	-	-	1
CSCom5	1	-	-	-	1
CSCom6	1	-	-	-	1
CSCom7	-	1	-	-	1
CSCom8	-	-	-	1	1
CSCom9	-	-	1	-	1
<b>Total</b>	<b>4(44,5%)</b>	<b>3(33,3%)</b>	<b>1(11,1%)</b>	<b>1(11,1%)</b>	<b>9(100%)</b>

Le délai de livraison des commandes variait d'un CSCom à un autre, cependant il était d'un jour dans plus de 1/3 des CSCOM enquêtés.

**Tableau XV : Répartition des CSCom en fonction des fréquences des commandes des ME**

CSCom	Hebdomadaire	Mensuel	Total
CSCom1	1	-	1
CSCom2	-	1	1
CSCom3	-	1	1
CSCom4	-	1	1
CSCom5	1	-	1
CSCom6	-	1	1
CSCom7	-	1	1
CSCom8	-	1	1
CSCom9	-	1	1
<b>Total</b>	<b>2(22,2%)</b>	<b>7(77,8%)</b>	<b>9(100%)</b>

Nous avons constaté que dans la majorité des CSCom enquêtés les commandes se faisaient mensuellement.

**Tableau XVI : Répartition des CSCom par commande exceptionnelle**

CSCom	Oui	Non	Total
CSCom1	1	-	1
CSCom2	1	-	1
CSCom3	-	1	1
CSCom4	1	-	1
CSCom5	1	-	1
CSCom6	1	-	1
CSCom7	1	-	1
CSCom8	1	-	1
CSCom9	1	-	1
<b>Total</b>	<b>8(88,9%)</b>	<b>1(11,1%)</b>	<b>9(100%)</b>

La quasi-totalité des CSCOM faisait des commandes exceptionnelles, la raison évoquée par les gérants était qu'en cas d'augmentation de la consommation du mois pouvant occasionner une rupture de stock de médicaments généralement la période du paludisme.

## 5. SELECTION DES FOURNISSEURS :

**Tableau XVII :** Le profil du personnel chargé de la sélection des fournisseurs par CSCom

CSCom	Le Gérant	Le DTC	Le Président
CSCom1	1	1	-
CSCom2	1	1	-
CSCom3	1	1	-
CSCom4	1	1	-
CSCom5	1	1	-
CSCom6	1	1	-
CSCom7	1	1	-
CSCom8	1	1	-
CSCom9	1	1	-
<b>Total</b>	<b>9(100%)</b>	<b>9(100%)</b>	<b>0</b>

La sélection des fournisseurs était faite par le gérant en collaboration avec le DTC.

**Tableau XVIII :** Répartition des CSCom par fournisseurs pour leur approvisionnement

CSCom	CSRef	PPM	Laborex	Pharma Etoile	K-Pharma
CSCom1	1	1	1	-	-
CSCom2	1	1	-	-	-
CSCom3	1	1	-	-	-
CSCom4	1	1	-	-	-
CSCom5	1	1	-	1	-
CSCom6	1	1	-	1	1
CSCom7	1	1	-	-	-
CSCom8	1	1	-	-	-
CSCom9	1	1	-	1	-
<b>Total</b>	<b>9(100%)</b>	<b>9(100%)</b>	<b>1(11,1%)</b>	<b>3(33,3%)</b>	<b>1(11,1%)</b>

Presque la moitié des CSCom ne se limitait pas seulement au fournisseur privilégié.

## 6. LA RECEPTION DES COMMANDES

**Tableau XIX : L'existence d'une commission de réception des ME par CSCoM**

CSCoM	Oui	Non	Total
CSCoM1	1	-	1
CSCoM2	1	-	1
CSCoM3	1	-	1
CSCoM4	1	-	1
CSCoM5	1	-	1
CSCoM6	1	-	1
CSCoM7	1	-	1
CSCoM8	-	1	1
CSCoM9	1	-	1
<b>Total</b>	<b>8(88,9%)</b>	<b>1(11,1%)</b>	<b>9(100%)</b>

Dans la majorité des CSCoM enquêtée, la commission de réception des ME n'était pas fonctionnelle.

**Tableau XX : Les opérations effectuées au cours de la réception des médicaments essentiels par les gérants des dépôts et par CSCoM**

Opérations	CSCoM									Total oui	Total non
	CSCo m1	CSCo m2	CSCo m3	CSCo m4	CSCo m5	CSCo m6	CSCo m7	CSCo m8	CSCo m9		
Ouverture des colis	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	9	0
Date de péremption	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	9	0
Pointage de la quantité sur le BL	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	9	0
Etat des conditionnements	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	9	0
Aspect macroscopique	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	9	0
Rédaction du PV de réception	non	non	non	non	non	non	non	non	non	0	9

Les procédures de réception n'étaient pas entièrement respectées par le personnel chargé de la réception des médicaments essentiels commandés dans les différents CSCoM.

**Tableau XXI :** La répartition des CSCom en fonction des supports de gestion utilisés pour faire le contrôle physique à la réception

CSCom	Bon de commande	Facture d'achat	Cahier de PV	Fiche de stock
CSCom1	1	1	-	-
CSCom2	1	1	-	-
CSCom3	1	1	-	-
CSCom4	1	1	-	-
CSCom5	1	1	-	-
CSCom6	1	1	-	-
CSCom7	1	1	-	-
CSCom8	-	1	-	-
CSCom9	1	1	-	-
<b>Total</b>	<b>8(88,9%)</b>	<b>9(100%)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Aucun gérant des dépôts n'utilisait la totalité des supports de gestion pour la réception des ME comme le recommande le guide de la DPM.

### 7. PERCEPTION DES GERANTS DES DV DE LA SATISFACTION DES COMMANDES EFFECTUEES CHEZ LE FOURNISSEUR :

**Tableau XXII :** Perception des gérants de la satisfaction des commandes par CSCom

CSCom	Très bien	Bien	Passable	Total
CSCom1	-	1	-	1
CSCom2	1	-	-	1
CSCom3	1	-	-	1
CSCom4	1	-	-	1
CSCom5	1	-	-	1
CSCom6	1	-	-	1
CSCom7	-	1	-	1
CSCom8	1	-	-	1
CSCom9	-	-	1	1
<b>Total</b>	<b>6(66,7%)</b>	<b>2(22,2%)</b>	<b>1(11,1%)</b>	<b>9(100%)</b>

Plus de la moitié des gérants ont affirmé être très bien satisfait de la prestation du fournisseur approprié.



**8. RECLAMATION DES GERANTS EN CAS DE NON-CONFORMITE DES COMMANDES A LA RECEPTION :**

**Tableau XXIII :** Répartition des CSCom par rapport aux réclamations faites en cas de non-conformité des commandes après la réception

CSCom	Oui	Non	Total
CSCom1	-	1	1
CSCom2	1	-	1
CSCom3	1	-	1
CSCom4	1	-	1
CSCom5	1	-	1
CSCom6	-	1	1
CSCom7	1	-	1
CSCom8	-	1	1
CSCom9	1	-	1
<b>Total</b>	<b>6(66,7%)</b>	<b>3(33,3%)</b>	<b>9(100%)</b>

Il ressort dans ce tableau que plus de la moitié des gérants des dépôts faisait la réclamation.

**Tableau XXIV :** Les supports de gestion utilisés pour faire la réclamation par CSCom

CSCom	Téléphone	Verbale	Total
CSCom1	1	-	1
CSCom2	1	-	1
CSCom3	-	1	1
CSCom4	-	1	1
CSCom5	-	1	1
CSCom6	-	1	1
CSCom7	-	1	1
CSCom8	-	1	1
CSCom9	-	1	1
<b>Total</b>	<b>2(22,2%)</b>	<b>7(77,8%)</b>	<b>9(100%)</b>

La quasi-totalité des gérants des dépôts faisait la réclamation verbalement.

## 9. INVENTAIRE :

**Tableau XXV** : Répartition des dépôts de vente en fonction de la fréquence des inventaires par CSCom

---

CSCom	Mensuel	Total
CSCom1	1	1
CSCom2	1	1
CSCom3	1	1
CSCom4	1	1
CSCom5	1	1
CSCom6	1	1
CSCom7	1	1
CSCom8	1	1
CSCom9	1	1
<b>Total</b>	<b>9(100%)</b>	<b>9(100%)</b>

---

L'inventaire se faisait mensuellement dans tous les dépôts de vente des CSCom.

Les supports de gestion utilisés étaient entre autres : la fiche d'inventaire et les fiches de stock.

**10. GESTION DES STOCKS SELON LES NORMES ET PROCEDURES DE GESTION :**

**Tableau XXVI :** Aperçu sur la gestion des ME dans les DV selon les normes et procédures de gestion de stock (DPM) par CSCoM

Supports de gestion	CSCoM									Total oui	Total non
	CSCo m1	CSCo m2	CSCo m3	CSCo m4	CSCo m5	CSCo m6	CSCo m7	CSCo m8	CSCo m9		
Zones de stockage séparées	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	9	0
Stock de sécurité	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	8	1
Stockage au sol	non	oui	non	oui	non	non	oui	non	non	3	6
Thermomètre dans le DV	non	non	non	non	non	non	non	non	non	0	9
Respect de la chaîne de froid	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	9	0
Stockage sur étagère	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	9	0
Fiche de stock	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui	8	1
Fiche de stock/jour	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	8	1
FIFO	non	non	non	non	non	non	non	non	oui	1	8
FEFO	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	8	1
Forme galénique	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	8	1
Ordre alphabétique	oui	non	non	non	oui	non	non	non	non	2	7
Trace de rongeurs	non	non	non	non	non	non	non	non	non	0	9
Présence d'humidité	non	non	non	non	non	non	non	non	oui	1	8
DV à clé	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	9	0
Capital maintenu	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	8	1

Il ressort dans ce tableau qu'aucun gérant des DV n'a respecté à 100% les normes et procédures fondamentales qui sont nécessaires pour la meilleure gestion de stock au sein des CSCoM comme le préconise le guide du SDAD-ME élaboré par la DPM.

**11. GESTION DES RUPTURES DES MEDICAMENTS DANS LES DV AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS QUI PRECEDAIENT NOTRE ETUDE :**

**Tableau XXVII :** L'existence de ruptures des médicaments essentiels par CSCoM au cours des 12 mois qui précédaient notre étude

Produits	CSCoM									Total oui	Total non
	CSCo m1	CSCo m2	CSCo m3	CSCo m4	CSCo m5	CSCo m6	CSCo m7	CSCo m8	CSCo m9		
Antiémétique	non	non	non	non	oui	non	non	non	non	1	8
Complément	non	non	non	oui	oui	non	non	non	non	2	7
Antalgique	non	oui	non	oui	non	non	non	oui	non	3	6
Antibiotique	non	non	non	non	non	non	non	oui	non	1	8
Antipaludique	non	non	oui	non	non	oui	non	non	non	2	7

Presque tous les CSCoM avaient eu au moins un produit en rupture au cours des 12 mois qui précédaient notre étude.

**12. MEDICAMENTS PERIMES/AVARIES DANS LES DV AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS :**

**Tableau XXVIII :** L'existence de médicaments périmés/avariés dans les dépôts de vente des CSCoM au cours des 12 mois qui précédaient notre étude

CSCoM	Oui	Non	Total
CSCoM1	1	-	1
CSCoM2	1	-	1
CSCoM3	-	1	1
CSCoM4	1	-	1
CSCoM5	-	1	1
CSCoM6	-	1	1
CSCoM7	-	1	1
CSCoM8	1	-	1
CSCoM9	1	-	1
<b>Total</b>	<b>5(55,6%)</b>	<b>4(44,4%)</b>	<b>9(100%)</b>

Il y a eu des médicaments périmés/avariés dans presque 2/3 des CSCoM au cours des 12 mois précédant l'enquête.

**Tableau XXIX :** Les médicaments périmés/avariés par CSCoM au cours des 12 mois qui précédaient notre étude

Produits	CSCoM									Total oui	Total non
	CSCo m1	CSCo m2	CSCo m3	CSCo m4	CSCo m5	CSCo m6	CSCo m7	CSCo m8	CSCo m9		
Antiparasitaire	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	1	8
Benzodiazépine	non	oui	non	non	non	non	non	non	non	1	8
Antalgique	non	non	non	oui	non	non	non	non	non	1	8
Antibiotique	non	non	non	oui	non	non	non	non	oui	2	7
Antipaludique	non	non	non	non	non	non	non	oui	non	1	8

Il ressort dans ce tableau que le CSCoM4 avait plus des produits périmés que les autres CSCoM

**Tableau XXX :** Le mode de gestion des produits périmés par CSCoM

CSCoM	Incineration	Stockage au magasin	Retour au CSRef	Total
CSCoM1	-	-	1	1
CSCoM2	-	-	1	1
CSCoM3	-	-	1	1
CSCoM4	-	-	1	1
CSCoM5	-	-	1	1
CSCoM6	-	-	1	1
CSCoM7	-	-	1	1
CSCoM8	-	-	1	1
CSCoM9	-	-	1	1
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9(100%)</b>	<b>9(100%)</b>

Tous les dépôts des CSCoM envoyaient les produits périmés au centre de santé de référence.

COMMENTAIRES  
&  
DISCUSSION

## **V. COMENTAIRES ET DISCUSSION :**

Nous avons effectué une étude portant sur l'approvisionnement et la gestion des stocks des médicaments essentiels dans les centres de santé communautaires : cas des CSCom de la commune IV du district de Bamako.

Cette étude avait pour objectif général d'évaluer le système d'approvisionnement et de gestion des stocks des médicaments essentiels dans les neufs (9) CSCom de la commune IV du district de Bamako.

Les données de cette étude ont été recueillies à partir de questionnaires spécifiques adressés aux gérants des DV qui sont responsables de l'approvisionnement, la gestion de stock et la dispensation des ME aux malades.

Les résultats obtenus ont fait l'objet de commentaires et discussion.

### **❖ LIMITES ET DIFFICULTES DE L'ETUDE :**

Les limites de notre étude portaient sur le choix des CSCom de la commune IV du district de Bamako, et nous avons par endroits été confrontés au non-respect des rendez-vous par certains gérants et la disponibilité de certains supports de gestion.

### **❖ LES RESULTATS DE L'ETUDE :**

#### **1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :**

Les gérants étaient le seul personnel exerçant dans le DV. Ils assuraient à la fois l'approvisionnement, le magasinage s'il y a lieu, la gestion du stock, la dispensation des médicaments aux malades ainsi que la mise à jour des supports de gestion.

Les gérants des dépôts étaient des femmes dans 77,8% avec un ratio de 0,28. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les hommes demandent plus que les femmes et la quasi-totalité du salaire du personnel du centre est fait à travers des fonds de recouvrement.

Nos résultats se rapprochent de celui de BERTHE H, 2018. qui avait trouvé que 52% des gérants étaient du genre féminin [22].

Nous avons remarqué que les infirmières et les comptables étaient majoritairement représentés dans les dépôts. Ceci serait dû à la précarité de la gestion financière des CSCom qui ne leur permettait pas de recruter assez de personnel qualifié.

Le rapport final du PRODESS II, 2014. avait trouvé que le nombre du personnel qualifié était insuffisant [23].

## **2. DISPONIBILITE DES SUPPORTS DE GESTION :**

Les principaux supports de gestion des ME (la fiche de stock, la fiche des inventaires, le bon de commande, la fiche de pointage journalier, la fiche récapitulative hebdomadaire et le cahier de versements des recettes) étaient disponibles dans la quasi-totalité des dépôts de vente des structures de santé enquêtées. Les autres supports de gestion des ME se faisaient rare dans les dépôts de vente. Ce résultat est identique à celui de BERTHE H, 2018. Cette situation peut avoir un impact négatif sur la gestion des stocks des médicaments [22].

## **3. DETERMINATION DES BESOINS EN MEDICAMENTS ESSENTIELS :**

La détermination des besoins en médicaments essentiels était faite à partir de la fiche de stock et le bon de commande dans 66,7% des dépôts de vente. Ce résultat diffère de celui de BERTHE H, 2018. qui avait trouvé dans son étude que 52% des gérants des DV déterminaient ses besoins en médicaments essentiels à partir de la liste nationale des ME [22]. BALLO M.D, 2003. avait trouvé dans son étude aux CHU de G Touré, de Point G et de Kati que la liste de médicaments autorisés au Mali n'était pas largement diffusée à travers les formations hospitalières [20]. Cela démontre que les besoins en ME exprimés à partir de la liste nationale des médicaments référencée doit être améliorée au niveau des CSCom.

Nous avons remarqué l'implication des DTC dans le processus de détermination des besoins en médicaments essentiels dans tous les DV enquêtés.

L'estimation des besoins en commande se faisait mensuellement et cela à travers la CMM (100%). Ce résultat est presque identique à celui de COULIBALY J.Y, 2015. avait trouvé dans son étude au CHU du Point G que l'estimation des besoins était faite par périodicité, méthodes de calcul (CMM à partir du logiciel de gestion) et aussi en fonction de la disponibilité de liquidités financières [14]. Par contre, BALLO D. M, 2003. avait trouvé que l'estimation était basée sur la méthode de la consommation corrigée, en fonction des consommations moyennes antérieures et du stock disponible [20].

## **4. COMMANDE :**

En ce qui concerne la procédure de commande, les gérants remplissaient le bon de commande, et le soumettaient au DTC pour l'approbation. Le DTC ajustait la commande en fonction de la nécessité. Cette procédure se rapproche de celui de BERTHE H, 2018. mais contraire à celle de KADJA B. A, 2006. à l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar au Sénégal [18]. Aussi, COULIBALY. J.Y, 2015. au CHU du point-G avaient trouvé que le bon de commande suivait le même processus, mais pouvait être modifié en fonction de la disponibilité financière [14]. Cet état de fait pourrait être avantageux pour une bonne gestion des stocks en ME du fait que le DTC soit le principal administrateur.



Le temps moyen nécessaire à l'élaboration d'une commande était de 24 heures dans 66.7% des DV enquêtés ; et 48 heures dans 33.3%. Ce résultat est conforme à la norme recommandée par l'OMS qui ne doit pas excéder les 72 heures [24]. MIWAINA.G,2010. avait obtenu dans son étude aux CHU du point-G (4à5 jours) et de Kati (7à10 jours) [2].

Le délai de livraison était d'une journée dans 55.6% des DV enquêtés. Cette courte durée du délai de livraison serait dû du fait que le processus de validation du bon de commande était court de même que les quantités commandées sont peu importantes. Ce résultat est similaire à celui de BERTHE H, 2018. qui avait trouvé dans son étude que le délai de livraison était d'une journée dans tous les DV de Dioïla [22].

Les commandes étaient faites à un rythme mensuel dans tous les dépôts de vente enquêtés. Ce résultat pourrait s'expliquer du fait que les CSCom ont un volume de travail très réduit, mais aussi la dette du fournisseur était remboursée avant l'acquisition de la nouvelle commande. Ce résultat est identique à celui de BERTHE H, 2018. qui avait trouvé à Dioïla que les commandes étaient faites à un rythme mensuel dans tous les DV du district sanitaire de Dioïla [22]. Au BENIN, une étude faite par SOMDA C, en 2006 au niveau des centres de santé avait révélé que les commandes étaient faites selon une périodicité variable ou inconnue [25].

L'appréciation de la prestation du fournisseur était très satisfaisante pour la plupart des gérants soit 66,7%. Ce résultat est similaire à celui trouvé respectivement par MIWAINA G, 2010. 90% dans les CHU du point-G et de Kati [2]. Et de SOMDA C, 2006. 99% au Benin [25].

### **5. La sélection des fournisseurs :**

Le gérant du DV, jouant le rôle d'auxiliaire en pharmacie était le responsable de la planification de l'approvisionnement en médicaments essentiels dans les dépôts de vente des médicaments, par contre il était aidé par le DTC.

Les CSCom ne se limitaient pas seulement aux fournisseurs privilégiés dans 44,4% de cas, cela s'explique non seulement par la rupture fréquente chez les fournisseurs privilégiés (PPM, CSRef) mais aussi par le fait que les prescripteurs ont tendances à se focaliser sur les spécialités. Ce résultat n'est pas conforme à celui décrit par le guide du SDAD-ME [16].

### **6. LA RECEPTION :**

La commission de réception des médicaments essentiels commandés existait dans 88,9% des CSCom. Cependant, cette commission n'était pas fonctionnelle dans 77,8% des cas.

Cet état de fait pourrait s'expliquer par le fait que le DTC et le gérant du DV sont les seuls instruits parmi les membres du comité de réception dans la plupart des CSCom. Le système de contrôle physique des ME existait dans tous les DV. Il était réalisé par le gérant seul ou en collaboration avec

le DTC dans la majorité des cas. Le PV de réception n'était pas fait par les gérants. Toutes les étapes n'étaient pas respectées ; aussi les supports de gestion pour le contrôle physique n'étaient pas utilisés à 100%. Ce résultat n'est pas conforme à la norme recommandée par le guide du SDAD-ME [16].

## **7. GESTION DU STOCK :**

Bien gérer un stock, c'est mettre en place un moyen de suivi permettant de connaître à tout moment l'état de ce stock [22].

Lors de notre enquête, nous avons constaté que la zone de séparation entre les stocks existait dans presque tous les dépôts enquêtés. Excepter le CSCoM8 les autres CSCoM disposaient le stock de sécurité. Ce résultat est très proche de celui trouvé par BERTHE H, 2018. à Dioïla [22].

Les médicaments étaient rangés sur les étagères et sur les palettes au besoin, cependant dans 3 dépôts de vente des cartons contenant des médicaments ont été retrouvés au sol. La chaîne de froid était respectée dans tous les CSCoM. Cependant, dans les neuf CSCoM enquêtés, le thermomètre qui permettait de mesurer la température du DV n'existait pas. Cet état de fait s'explique non seulement du fait que ces gérants ignoraient que la température du DV devait être prise à tout moment de la journée, mais aussi comment s'en procurer de ce thermomètre.

La fiche de stock existait pour chaque médicament essentiel dans tous les dépôts de vente. Ces fiches de stock étaient mises à jour après la réception d'une nouvelle commande. Il serait donc souhaitable de bien remplir ces fiches de stocks, car elles renferment d'informations indispensables à la gestion du stock qui constitue une partie essentielle dans l'approvisionnement d'un DV.

En Côte d'Ivoire, le modèle des fiches de stocks prévoyait le stock de sécurité et le stock d'alerte (ou stock de protection). Ces deux informations permettent de savoir à quel moment une commande doit être faite pour éviter une éventuelle rupture des stocks [19].

Tout ceci pour montrer que la maîtrise du stock doit être une des priorités pour le gérant du dépôt de vente.

L'inventaire était fait mensuellement dans 100% Des dépôts de vente. Ce résultat est légèrement supérieur à celui de BERTHE H, 2018. qui avait trouvé dans son étude que l'inventaire était fait mensuellement dans 96% de cas. En Côte d'ivoire, SANOGO A, 2003. avait trouvé que l'inventaire général était effectué au moins deux fois par ans sous la supervision du pharmacien chef de service et de ses adjoints [19]. Alors que d'après l'étude de SOMDA C, 2006. l'inventaire était mensuel dans 10% des centres de santé, trimestriel dans 30% des centres, annuel dans 10% des centres et pas de périodicité fixe dans 50% des centres [25].

Les ME sont classés dans la surface de vente des dépôts de vente selon :

La méthode FEFO dans 88,9% des dépôts de vente, contrairement à ceux-ci 11,1% des gérants des DV classaient les médicaments essentiels selon la méthode FIFO.

L'ordre alphabétique n'était pas respecté dans 77,8% des dépôts.

La classification par forme galénique était respectée dans 88,9% des dépôts, par contre 11,1% des gérant ne respectaient pas cette méthode.

Au Benin, SOMDA C, 2006. lors de son étude avait observé que le rayonnage (classement) était selon l'ordre alphabétique dans 50% des centres de santé et dans les 50% autres il n'existait pas un type de classement [25].

Tous les dépôts de vente du district sanitaire se fermaient à clé. Aucune trace de rongeurs n'a été retrouvée. La présence de l'humidité a été remarquée dans un seul dépôt de vente. Le capital était maintenu dans 88.9 % des DV, cela ne l'était pas dans 11.1% des dépôts de vente.

#### **8. RUPTURE DE STOCK ET MEDICAMENTS PERIMES :**

Il ressort de notre étude que 77,8% des CSCom ont connu des ruptures de stock, parfois des ruptures à répétition pour le même médicament. Ces ruptures seraient dues non seulement par la non maîtrise de la CMM et du stock minimal ou stock d'alerte, mais aussi par la non disponibilité des produits chez la PPM. Seulement 44,4% des dépôts de vente enquêtés n'ont pas connus de péremption de médicaments les 12 mois précédant l'enquête. Ces médicaments variaient d'une structure à une autre. Cela est dû au manque de communication entre les gérants et les prescripteurs par rapport aux médicaments qui tendaient vers la péremption.

Nous avons constaté que même les produits de gratuité sont aussi concernés par les ruptures et les péremptions.

#### **9. LA TENUE DES SUPPORTS DE GESTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS :**

Excepté les fiches de stock et le bon de commande les autres supports de gestion des médicaments essentiels n'étaient pas bien tenus. Cette situation s'expliquerait par le fait que les DTC ne sont pas fortement impliqués dans le processus d'utilisation des supports de gestion.

CONCLUSION  
&  
RECOMMANDATIONS

## **CONCLUSION**

L'objectif général de notre étude était d'évaluer le système d'approvisionnement et la gestion des stocks des médicaments essentiels dans les centres de santé communautaires : cas des CSCom de la commune IV du district de Bamako.

La politique des médicaments essentiels adoptée par les pays en développement était dans le but de rendre les médicaments accessibles et disponibles aux populations. Dans l'ensemble, nous avons remarqué que le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels n'était pas bien suivi. La liste nationale des médicaments essentiels n'était pas respectée alors qu'elle est un outil très important pour la détermination des besoins. L'estimation des besoins était faite par le gérant en collaboration avec le DTC. Le temps nécessaire à l'envoi d'une commande était de 1 jour. Peu de supports de gestion des ME existaient dans les DV enquêtés et ils n'étaient pas bien tenus. Cependant leur interprétation qui devrait conduire à des prises de décisions adéquates faisait défaut ; d'où la fréquence des ruptures de stock et quelques médicaments qui sont périmés dans la plupart des dépôts de vente enquêtés.

## **RECOMMANDATIONS :**

Au terme de notre étude, sur la base des difficultés rencontrées lors de notre enquête et dans une perspective d'amélioration, nous formulons les recommandations suivantes :

### **❖ Au District sanitaire de la commune IV :**

- Mettre à la disposition des gérants des DV la Liste Nationale de Médicaments Essentiels (LNME) par niveau,
- Assurer les formations de mise à niveau des gérants des dépôts de vente sur la gestion des médicaments essentiels au moins une session par an,
- Organiser des activités de supervision des gérants des DV,

### **❖ Aux médecins prescripteurs :**

- Prescrire plus dans les DCI que dans les spécialités.

### **❖ A l'ASACo :**

- Recruter assez de personnel qualifié pour la gestion des médicaments essentiels,
- Renforcer la disponibilité des supports de gestion des médicaments essentiels,
- Construire des locaux appropriés permettant d'éviter l'entrée de l'eau dans les dépôts de vente des médicaments essentiels,
- Respecter le SDAD-ME,
- Mettre en place des comités de réception des ME commandés et veiller à ce qu'ils soient fonctionnels.

### **❖ Aux gérants DV :**

- Faire une auto évaluation en matière de gestion des médicaments essentiels,
- Respecter les normes et procédures de gestion des médicaments essentiels notamment,
- Renseigner correctement les supports de gestion des ME,

# REFERENCES

# BIBLIOGRAPHIQUES

## VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. **G.Millot.** Le médicament essentiel en Afrique pour une vision globale. Med Trop 2006 ; 66. p558-564
2. **MIWAINA Gilbert.** 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, Univ. Bamako.FMPOS.2010 Thèse N°44. p30, 116.
3. **Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels** (17ième liste révisée en 2011).
4. **Ministère de santé et d'hygiène publique,** rapport d'évaluation du PDDSS 2011. Cellule de planification et de statistique secteur santé, développement social et promotion de la famille
5. **KONATE. M.K et al,** politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaire au Mali : Etude de cas en milieu urbain et rural, 2003, p36.
6. **CLOEZ. Sandrine,** Démarches qualité utilisées pour l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques. Application aux achats locaux en BOSNIE-HERZEGOVINE. Thèse de pharmacie, Angers, Univ. d'Angers, fac. de pharmacie, février 1999.
7. **ARNAUD L,** Problématique de l'exercice privé en officine de pharmacie à Bamako et périphéries, thèse de pharmacie, Univ, Bamako. FMPOS. 2010. Thèse N°38 p5.
8. **Coulibaly I.** vente conseil en officine « perceptives vers l'optimisation des ventes en vue de la satisfaction des clients », thèse pharmacie, Univ. Bamako. FMPOS. 2008, p32.
9. [www.aho.afro.who.int](http://www.aho.afro.who.int) . 20/02/ 2019.
10. **SIDI BECAYE DOUMBIA.** 2016. Communication de la FENASCOM organisation et fonctionnement des organes de gestion des ASACO. p1, 2,3.
11. **SANAMA BAGADEMA.** Etude de la gestion des ASACO : Le cas des CSCOM 1 et 2 de Boukassoumbougou au sein du district de Bamako. thèse médecine, Univ. Bamako. FMPOS.2010. p34.
12. [www.cnom.santé.gov.ml](http://www.cnom.santé.gov.ml). 20/02/2019.
13. **H.BALIQUE et al.** dix ans d'expérience des CSCOM au mali. 2001. p35- 48.
14. **COULIBALY J.Y.** Approvisionnement de la pharmacie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point-G en Médicament Essentiels Génériques (MEG) et Dispositifs Médicaux (DM), Thèse de pharmacie, **Bamako, FAPH, 2015, N°08.**



15. **BAKABE Mahamadou. Roumanatou.** Evaluation de la disponibilité et de la commercialisation des médicaments après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) auprès des établissements d'importation et de vente en gros des médicaments de Bamako. Thèse de pharmacie, Bamako, FMPOS, 2008, N°9. p32-46.
16. **Ministère de la santé Direction de la pharmacie et du médicament (DPM),** Manuel du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDAD-ME), version 2010.
17. **Association des Municipalités du Mali (AMM).** Guide pratique pour l'amélioration de la gestion municipale de la santé communautaire, Janvier 2016 ; p67.
18. **KADJA B.A.** Gestion des médicaments essentiels de l'initiative de Bamako à l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar (République du Sénégal). Thèse de pharmacie, Bamako, FMPOS, 2006, N°2.
19. **SANOGO A.** Etude sur l'organisation et l'évaluation de l'activité pharmaceutique hospitalière au centre hospitalier et universitaire de Treichville (Abidjan-COTE D'IVOIRE). Thèse de pharmacie, Bamako, FMPOS, 2003, N°31. p7,39-40.
20. **BALLO D.M.** Système d'approvisionnement d'une pharmacie hospitalière : cas des hôpitaux Gabriel Touré, Point- G, et Kati. Thèse de pharmacie, Bamako, FMPOS, 2003, N°17. p93.
21. **Lapointe C, et al.** Gestion des médicaments : Optimisation dans une pharmacie à usage intérieur. Gestions hospitalières 2007 ; 470 : 626-631.
22. **BERTHE.H.** Utilisation des supports de gestion des médicaments essentiels dans les structures de santé de Dioïla : cas de 23 CSCom et du CSRef. Thèse de pharmacie, Bamako, FAPH, Mai 2018.
23. **Ministère de la santé et de l'hygiène publique,** rapport PRODESSIII Version finale (2014-2018) 11Mai 2014. Cellule de planification et de statistique secteur santé, développement social et promotion de la famille p234.
24. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE,** Promouvoir l'usage rationnel des médicaments : éléments principaux. Septembre 2002.

- 25. SOMDA C.** Evaluation du système logistique de gestion des médicaments essentiels génériques dans la commune de Kpomassé (Benin). Mémoire de maîtrise en Santé publique, Ouidah, IRSP, 2006, N°413.

# ANNEXES

## VII. ANNEXES

### QUESTIONNAIRE :

Bonjour Madame/Monsieur, vous avez devant vous M. BARADJI Almamy étudiant en 6<sup>ème</sup> Année pharmacie. Avec votre permission, j'ai l'honneur de vous adresser un questionnaire de thèse en pharmacie dont le thème s'intitule : « L'approvisionnement et la gestion des stocks des médicaments essentiels dans les centres de santé communautaire : cas des CSCOM de la commune IV du district de Bamako ».

Sachez que l'anonymat et la confidentialité sont de règle.

Date de l'enquête :...../...../2018.

CSCOM de :.....

#### I. CARACTERISTIQUE SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

- 1) Sexe /...../ 1= Masculin, 2= Féminin.
- 2) Niveau d'étude /...../ 1=Doctorat, 2=TSS, 3=TS, 4=Autres.  
Si autres, préciser :.....
- 3) Etes-vous sous contrat ? /...../ 1=Oui, 2=Non.  
Si oui quel type de contrat ? /...../ 1=CDD, 2=CDI.
- 4) Etes-vous rémunéré par /...../ 1=Etat, 2=Collectivité, 3=ASACO.
- 5) Quelle ancienneté avez-vous ? /...../ 1=[0 à 5 ans], 2=[6 à 10 ans], 3=[11 ans et plus]
- 6) Avez-vous occupé un autre poste avant d'être gérant du dépôt de vente ? /...../ 1=Oui, 2=Non.  
Si oui le quel :.....

#### II. DETERMINATION DES BESOINS :

- 1) Existe-t-il un document de politique nationale en matière de médicaments ? /...../ 1=Oui, 2=Non.
- 2) Existe-t-il une liste nationale de médicaments essentiels en dénomination commune internationale officiellement adoptée et diffusée dans tous le pays ? /...../ 1=Oui, 2=Non.
- 3) Qui est chargé de l'estimation des besoins en médicaments essentiels ?  
.....
- 4) Comment faites-vous l'estimation de vos besoins ? /...../ 1=CMM, 2=Morbidité, 3=Disponibilité financière.
- 5) Le directeur technique du centre(DTC) est-il impliqué dans l'estimation des besoins en médicaments essentiels ? /...../ 1=oui, 2=non.  
Commentaire :.....  
.....
- 6) Quels sont les supports de gestion utilisés pour l'estimation des besoins ?  
.....  
.....  
.....  
.....

### III. COMMANDE :

- 1) Etes-vous au courant de l'existence du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des médicaments essentiels ? /...../ 1=Oui, 2=Non.
- 2) Si oui, vos commandes suivent-elle ce schéma ? /...../ 1=Oui, 2=Non.
- 3) Existait-il un responsable chargé de l'achat des médicaments essentiels ? /...../ 1=Oui, 2=Non
- 4) Quel rôle joue-t-il dans le centre de santé communautaire ?  
.....  
.....
- 5) Comment passez-vous vos commandes ? /...../ 1=Rédaction d'un bon de commande, 2=Par téléphone, 3=Autres.  
Si autre préciser :.....
- 6) Quel est le temps nécessaire à l'élaboration d'une commande ?  
.....
- 7) Quel était le temps nécessaire à l'envoi d'une commande ?  
.....
- 8) Quel est le délai de livraison ?.....
- 9) Les approvisionnements se limitent-il ?
  - 9-1. Au fournisseur privilégié ? /...../ 1=Oui, 2=Non.
  - 9-2. si non, autres à préciser :.....  
.....
  - 9-3. quelles en sont les raisons ?.....  
.....
  - 9-4. Aux produits présents sur la liste nationale des médicaments essentiels ? /...../ 1=Oui, 2=Non.
- 10) Quel est votre rythme de commande ? /...../ 1=Hebdomadaire, 2=Mensuel, 3=Trimestriel, 4=Semestriel.
- 11) Il vous est arrivé par fois de faire des commandes exceptionnelles ? /...../ 1=Oui, 2=Non.  
Si oui, dans quel contexte ;.....
- 12) Qui est chargé de la sélection des fournisseurs ?  
.....

### IV. CONTROLE DES PRODUITS A LA RECEPTION :

- 1) Existe-t-il un comité de réception de la commande ? /...../ 1=Oui, 2=Non.
- 2) Existe-t-il un système de contrôle physique (qualitatif et quantitatif) des médicaments commandés ? /...../ 1=Oui, 2=Non.
- 3) Que faites-vous en cas de non-conformité de la commande ?  
.....  
.....
- 4) En général, les quantités livrées/reçues correspondent-elles aux quantités commandées pour tous les médicaments essentiels d'usage courant ? /...../ 1=Oui, 2=Non.
- 5) Les délais de livraison prévus sont-ils respectés ? /...../ 1=Oui, 2=Non.  
Si non, quelles en sont les raisons ?

.....  
.....  
6) Quels sont les supports de gestion que vous utilisez pour la réception des médicaments commandés ?

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

7) Pouvez-vous estimer votre état de satisfaction par rapport aux commandes que vous recevez du fournisseur privilégié ? /...../ 1=très bien, 2=bien, 3=passable.

8) Il vous est arrivé de faire des réclamations ? /...../ 1=Oui, 2=Non.

Commentaire :.....  
.....  
.....

9) Quels sont les supports utilisés pour la réclamation ?

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

## V. GESTION DE STOCK :

Normes et procédures de gestion de stock :

1) Existence de zone séparée pour le stockage ? /...../ 1=Oui, 2=Non.

2) Existence d'un stock de sécurité ? /...../ 1=Oui, 2=Non.

3) Stockage au sol. /...../ 1=Oui, 2=NON.

4) Mesure de la température. /...../ 1=Oui, 2=Non.

5) Respect de la chaîne de froid pour les produits qui le nécessitent. /...../ 1=Oui, 2=Non.

6) Stockage sur étagères. /...../ 1=Oui, 2=Non.

7) Existence d'une fiche de stock pour chaque médicament. /...../ 1=Oui, 2=Non.

8) Les fiches de stock sont-ils à jour ? /...../ 1=Oui, 2=Non.

9) Existence des fiches inventaires ? /...../ 1=Oui, 2=Non.

Si oui, à quel rythme est-il fait ? /...../ 1=Mensuel, 2=Trimestriel, 3=Semestriel, 4=Annuel.

10) Existence des ruptures de stock les 12 mois précédent l'enquête ? /...../ 1=Oui, 2=Non.

Si oui, quels sont ces médicaments ainsi que le nombre de jours de rupture.

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

11) Existence des médicaments périmés et/ou avariés les 12 mois précédent l'enquête ? /...../ 1=Oui, 2=Non.

Si oui, quels sont ces médicaments ainsi que les quantités périmées :.....



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

3) Les difficultés avec les fournisseurs :

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

4) Les difficultés financières :

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

JE VOUS REMERCI !!!



REGION DE :.....  
CERCLE DE :.....

**REPUBLIQUE DU MALI**  
**UN Peuple-UN But-UNE Foi**

**FICHE DE STOCK**

Dépôt de Vente.....

Code..... Dosage.....

Désignation du produit.....

Forme galénique.....

Unité de vente.....Prix Achat.....Prix Vente.....

Stock Minimum.....

Stock Maximum.....

Mois	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
<b>Consom Mation</b>													
<b>Jour de rupture</b>													
<b>CCM</b>													

Dates	N° du Lot	Sorties	Origine Déstination	Entré es	Date de péremption	Perte ou ajustem	Stock dispo	Observat ions



## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom :** BARADJI

**Prénom :** Almamy

**Date de naissance :** 15/03/1993

**E-mail :** hawaalmamy@gmail.com

**TITRE :** L'approvisionnement et la gestion des stocks des médicaments essentiels dans les centres de santé communautaires : Cas des CSCOM de la commune IV du district de Bamako.

**ANNEE ACADEMIQUE :** 2018-2019

**PAYS :** Mali

**LIEU DU DEPOT :** Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) et de la faculté de pharmacie (FAPH) BP.1805 Bamako.

**SECTEUR D'INTERET :** Santé publique (gestion pharmaceutique).

### RESUME :

Nous avons réalisé une étude sur l'approvisionnement et la gestion des stocks des médicaments essentiels dans les centres de santé communautaire : cas des CSCOM de la commune IV du district de Bamako.

Notre étude s'est déroulée dans les neufs (9) CSCOM de la commune IV du district de Bamako. Il s'agissait d'une étude descriptive transversale. A la fin de notre étude, nous avons remarqués :

Que la détermination des besoins était faite par les gérants en collaboration avec le DTC dans tous les CSCOM.

La CMM était la méthode la plus sollicitée par les gérants des différents CSCOM pour estimer leur besoin en ME.

En ce qui concerne la Liste Nationale des Médicaments, elle était disponible dans 88,9% des CSCOM mais son utilisation faisait défaut.

Le SDAD-ME n'était pas respecté dans 55,6% des CSCOM enquêtés.

La commande se faisait mensuellement dans 77,8% des DV des CSCOM.

Quant aux normes et procédures fondamentales pour la meilleure gestion des stocks élaborées par la DPM, n'étaient bien respectées.

Pour la plupart des CSCOM, le temps nécessaire à l'envoi d'une commande était d'un (1) jour.

**MOTS CLES :** Approvisionnement, Gestion, Stock, ME.

## *Serment de Galien*

**Je jure en présence des maîtres de la faculté, des conseillers 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.**

-----0-----

*Je le jure !!!*