

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



U.S.T.T-B



Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Pharmacie

FAPH

Année universitaire 2022 - 2023

THEME

Thèse N° :..... /

**EVALUATION DU RESPECT DU SCHEMA DIRECTEUR
D'APPROVISIONNEMENT, DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS
ESSENTIELS ET AUTRES PRODUITS DE SANTE DANS LES CENTRES DE
SANTE COMMUNAUTAIRE DE KATI EN 2022 : ENJEUX ET LIMITEs**

Présenté et Soutenu publiquement le ... / .../2024 devant le jury de la Faculté de Pharmacie

Par :

M. COULIBALY SEKOU ABDOUL SALAM

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Pharmacie (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M. Sékou Fantamady TRAORE, **Professeur**
Membre : M. Ismaila SIMAGA, **Médecin**
Membre : M. Issa COULIBALY, **Maître de conférences**
Co-Directeur : M. TRAORE Sylvestre, **Pharmacien**
Directeur : M. Sékou BAH, **Professeur titulaire**

**LISTE DES MEMBRES DE L'ADMINISTRATION ET DU
CORPS ENSEIGNANT A LA FACULTÉ DE PHARMACIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023**

➤ **ADMINISTRATION**

Doyen : Boubacar TRAORE, Professeur

Vice-doyen : Sékou BAH, Maître de Conférences

Secrétaire principal : Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

Agent comptable : Ismaël CISSE, Contrôleur des Finances.

➤ **PROFESSEURS HONORAIRES**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
2	Boubacar Sidiki	CISSE	Toxicologie
3	Bakary Mamadou	CISSE	Biochimie
4	Abdoulaye	DABO	Malacologie -Biologie animale
5	Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
6	Mouctar	DIALLO	Parasitologie-mycologie
7	Souleymane	DIALLO	Bactériologie - Virologie
8	Kaourou	DOUCOURE	Physiologie humaine
9	Ousmane	DOUMBIA	Chimie thérapeutique
10	Boukassoum	HAÏDARA	Législation
11	Gaoussou	KANOUTE	Chimie analytique
12	Alou A.	KEÏTA	Galénique
13	Mamadou	KONE	Physiologie
14	Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
15	Abdourahamane S.	MAÏGA	Parasitologie
16	Saïbou	MAÏCA	Législation
17	Elimane	MARIKO	Pharmacologie
18	Mahamadou	TRAORE	Génétique
19	Sékou Fantamadv	TRAORC	Zoologie
20	Yaya	COULIBALY	Législation

➤ **PROFESSFURS DECEDES**

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITE
1	Mahamadou	CISSE	Biologie
2	Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
3	Moussa	HARAMA	Chimie analytique
4	Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
5	Moussa	SANOGO	Gestion pharmaceutique

➤ **DER: SCIENCES BIOLOGIQUES ET MÉDICALES**

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	GRADE	SPECIALITE
1	Mounirou	BABY	Professeur	Hématologie
2	Mahamadou	DIAKITE	Professeur	Immunologie-Génétique
3	Alassane	DICKO	Professeur	Santé Publique
4	Abdoulaye	DJIMDE	Professeur	Parasitologie-Mycologie
5	Amagana	DOLO	Professeur	Parasitologie-Mycologie
6	Aldjouma	GUINDO	Professeur	Hématologie. Chef de DER
7	Akory Ag	IKNANE	Professeur	Santé Publique/Nutrition
8	Kassoum	KAYENTAO	Directeur de recherche	Santé publ./ Bio-statistique
9	Ousmane	KOITA	Professeur	Biologie-Moléculaire
10	Issaka	SAGARA	Directeur de recherche	Bio-statistique
11	Boubacar	TRAORE	Professeur	Parasitologie-Mycologie

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	GRADE	SPECIALITE
1	Bourèma	KOURIBA	Maître de conférences	Immunologie
2	Almoustapha Issiaka	MAÏGA	Maître de recherche	Bactériologie-Virologie
3	Mahamadou S.	SISSOKO	Maître de recherche	Bio-statistique
4	Ousmane	TOURE	Maître de recherche	Santé Publiq/Santé environ.
5	Djibril Mamadou	COULIBAL Y	Maître de conférences	Biochimie clinique
6	Djénéba Coumba	DABITAO	Maître de conférences	Biologie-moléculaire
7	Antoine	DARA	Maître de conférences	Biologie-moléculaire
8	Souleymane	DAMA	Maître de conférences	Parasitologie - Mycologie
9	Laurent	DEMBELE	Maître de conférences	Biotechnologie-Microbienne
10	Seydina S. A.	DIAKITE	Maître de conférences	Immunologie
11	Fatou	DIAWARA	Maître de conférences	Epidémiologie
12	Ibrahima	GUINDO	Maître de conférences	Bactériologie Virologie
13	Amadou Birama	NIANGALY	Maître de conférences	Parasitologie – Mycologie
14	Fanta	SANGO	Maître de conférences	Santé publ/Santé commun.
15	Yéya dit Dadio	SARRO	Maître de conférences	Epidémiologie

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	GRADE	SPECIALITE
1	Mohamed	AG BARAIKA	Maître-Assistant	Bactériologie-Virologie
2	Charles	ARAMA	Maître-Assistant	Immunologie
3	Boubacar Tiétiè	BISSAN	Maître-Assistant	Biologie clinique
4	Seydou Sassou	COULIBALY	Maître-Assistant	Biochimie Clinique
5	Klétigui Casimir	DEMBELE	Maître-Assistant	Biochimie Clinique
6	Yaya	GOITA	Maître-Assistant	Biochimie Clinique
7	Aminatou	KONE	Maître-Assistant	Biologie moléculaire
8	Birama Apho	LY	Maître-Assistant	Santé publique
9	Dinkorma	OUOLOGUEM	Maître-Assistant	Biologie Cellulaire

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	GRADE	SPECIALITE
1	Djénéba	COULIBALY	Assistant	Nutrition/Diététique
2	Issa	DIARRA	Assistant	Immunologie
3	Merepen dit Agnès	GUINDO	Assistant	Immunologie
4	Falaye	KEITA	Attaché de Recherche	Santé Publique/Santé Environn.
5	N'Deye Lallah Nina	KOITE	Assistant	Nutrition
6	Djakaridia	TRAORE	Assitant	Hématologie

➤ DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Rokia	SANOGO	Professeur	Pharmacognosie Chef de DER

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Loséni	BENGALY	Maitre de Conférences	Pharmacie hospitalière
2	Mahamane	HAIDARA	Maitre de Conférences	Pharmacognosie

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Bakary Moussa	CISSE	Maitre-Assistant	Galénique
2	Issa	COULIBALY	Maitre-Assistant	Gestion
3	Balla Fatogoma	COULIBALY	Maitre-Assistant	Pharmacie hospitalière
4	Adama	DENOU	Maitre-Assistant	Pharmacognosie
5	Hamma Boubacar	MAÏGA	Maitre-Assistant	Galénique
6	Adiaratou	TOGOLA	Maitre-Assistant	pharmacognosie

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Seydou Lahaye	COULIBALY	Assistant	Gestion pharmaceutique
2	Daouda Lassine	DEMBELE	Assistant	Pharmacognosie
3	Sékou	DOUMBIA	Assistant	Pharmacognosie
4	Assitan	KALOGA	Assistant	Législation
5	Ahmed	MAÏGA	Assistant	Législation
6	Aichata Ben Adam	MARIKO	Assistant	Galénique
7	Aboubacar	SANGHO	Assistant	Législation
8	Bourama	TRAORE	Assistant	Législation
9	Sylvestre	TRAORÉ	Assistant	Gestion pharmaceutique
10	Aminata Tiéba	TRAORE	Assistant	Pharmacie hospitalière
11	Mohamed dit Sarmove	TRAORE	Assistant	Pharmacie hospitalière

➤ DER : SCIENCES DU MEDICAMENT

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Sékou	BAH	Professeur	Pharmacologie
2	Benoit Yaranga	KOUMARE	Professeur	Chimie Analytique
3	Ababacar I.	MAÏGA	Professeur	Toxicologie

1. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Tidiane	DIALLO	Maitre de Conférences	Toxicologie
2	Hamadoun Abba	TOURE	Maitre de Conférences	Bromatologie Chef de DER

2. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Dominique Patomo	ARAMA	Maitre-Assistant	Pharmacie chimique
2	Mody	CISSE	Maitre-Assistant	Chimie thérapeutique
3	Ousmane	DEMBELE	Maitre-Assistant	Chimie thérapeutique
4	Madani	MARIKO	Maitre-Assistant	Chimie Analytique
5	Karim	TRAORE	Maître-Assistant	Pharmacologie

3. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Mahamadou	BALLO	Assistant	Pharmacologie
2	Dalave Bernadette	COULIBALY	Assistant	Chimie analytique
3	Blaise	DACKOOU	Assistant	Chimie Analytique
4	Fatoumata	DAOU	Assistant	Pharmacologie
5	Abdourahamane	DIARA	Assistant	Toxicologie
6	Aiguerou dit Abdoulaye	GUINDO	Assistant	Pharmacologie
7	Mohamed El Béchir	NACO	Assistant	Chimie analytique
8	Mahamadou	TANDIA	Assistant	Chimie Analytique
9	Dougoutigui	TANGARA	Assistant	Chimie analytique

➤ DER : SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
-	-	-	-	-

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIAUTE
1	Lassana	DOUMBIA	Maitre de Conférences	Chimie appliquée
2	Abdoulaye	KANTE	Maitre de Conférences	Anatomie
3	Boubacar	YALCOUYE	Maitre de Conférences	Chimie organique

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Mamadou Lamine	DIARRA	Maitre-Assistant	Botanique-Biol. Végét Chef de DER
2	Boureima	KELLY	Maître-Assistant	Physiologie médicale

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

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

➤ CHARGES DE COURS (VACATAIRES)

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Cheick Oumar	BAGAYOKO	Informatique
2	Babou	BAH	Anatomie
3	Souleymane	COULIBALY	Psychologie
4	Yacouba M	COULIBALY	Droit commercial
5	Moussa I	DIARRA	Biophysique
6	Satigui	SIDIBÉ	Pharmacie vétérinaire
7	Sidi Boula	SISSOKO	Histologie-embryologie
8	Fana	TANGARA	Mathématiques
9	Djénébou	TRAORE	Sémiologie et Pathologie médicale
10	Mahamadou	TRAORE	Génétique
11	Boubacar	ZIBÉÏROU	Physique

Bamako, le 22 juin 2023


P/Le Doyen PO
Le Secrétaire Principal

Seydou COULIBALY
Administrateur Civil

DEDICACES

Je dédie ce travail,

A ALLAH, le Tout Puissant, le Tout Miséricordieux, l'Omniscient et l'Omnipotent ; Nulle divinité autre que lui, le Connaisseur de l'invisible tout comme visible, c'est à lui toutes nos louanges ; Toi qui m'as permis de vivre ce moment inoubliable de ma vie. Je Te rends grâce pour le don de la vie et Tes immenses bienfaits ; Je Te demande d'y mettre ta « baraka » et de faire en sorte qu'il soit un moyen de m'approcher encore plus près de toi ; Que nos pas soient guidés dans ta miséricorde et dans ta lumière. Amen !

Au Prophète MOHAMED, que la paix et la bénédiction d'ALLAH soient sur Lui, sur toute sa famille et sur ses compagnons. Amen !

➤ **A mon père Amadou COULIBALY**

Ce travail est le tien, aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que tu as consenti pour mon instruction et mon bien être. Je te remercie pour tout le soutien et l'amour que tu me porte depuis mon enfance et j'espère que ta bénédiction m'accompagnera pour toujours. Qu'ALLAH le tout puissant, te donne une très longue vie pour goûter les fruits de ce travail.

➤ **A ma mère Taneratou AOUSSE**

Les mots me manquent pour qualifier tout l'amour que j'ai pour toi. Tu as été toujours attentionnée et soucieuse de notre avenir. Merci maman pour tout l'amour et pour tout le sacrifice consentis pour mon éducation. Que dieu le tout puissant, te donne une longue vie, pleine de santé et de bonheur afin que je puisse profiter de ta sagesse.

➤ **A ma tante Fanta COULIBALY**

Vous m'avez aimé comme ton propre enfant, celle qui est toujours à mes côtés quel qu'en soit la situation. Les mots me manquent pour te dire à quel point je vous aime. Vous occupez une place très importante dans ma vie. Ce travail est le vôtre qu'Allah le tout puissant vous prête une très longue vie pour bénéficier des fruits de ce travail.

➤ **A ma tante Bintou CISSOUMA**

Je vous remercie pour votre soutien et votre respect que le tout puissant nous donne une longue vie pour récolter des fruits de ce travail.

➤ **A mon tonton Modibo KEITA**

Je profite de ce travail pour vous faire part de ma reconnaissance et mon remerciement pour tous les soutiens et sacrifices. Qu'ALLAH vous accorde une bonne santé et longue vie.

➤ **A ma tante Ramata COULIBALY**

Tu as été la mère de tous les enfants, tu nous as entouré de toute ton affection, ton attention et ton amour. Toi qui as toujours été là pour tes enfants et tes petits enfants. Qu'ALLAH vous donne une belle et longue vie.

REMERCIEMENTS

- **Mes remerciements vont à l'endroit de mes oncles, tantes, frères, sœurs, cousins et cousines.**

Recevez mes considérations venant du fond du cœur, c'est grâce à vous que je suis ce que je suis aujourd'hui. Aucun mot ne convient pour vous remercier. Qu'ALLAH vous le rende au centuple.

- **A mes amis, vous avez été plus que des amis mais des frères**

Je garde de vous l'image des sœurs. Je me souviendrai toujours des moments difficiles ainsi des moments agréables que nous avons vécus ensemble. Je demande au Tout Puissant de renforcer davantage notre amitié et de réaliser tous nos vœux. Bonne chance et bon courage!

- **A mes maîtres, Dr Issa COULIBALY, Dr Sylvestre TRAORE, Dr Mohamed dit Sarmoye TRAORE**

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté d'encadrer ce travail et pour l'intérêt que vous avez accordé pour cette thèse. Vous avez suivi mes travaux avec intérêt et une confiance imperturbable en sa réussite. Vos rigueurs, vos déterminations dans la démarche scientifique, vos disponibilités et vos sens élevé pour la formation des étudiants ont été un apport capital pour l'aboutissement de ce travail. Merci chers maîtres et veuillez recevoir notre profonde gratitude.

- **A tous mes maîtres de la FAPH**

Merci pour la formation reçue. Ce travail est le fruit de votre enseignement. J'espère qu'il vous rendra fiers de moi.

- **A mes camarades de la promotion Feu Pr Idrissa Diallo, 14ème promotion du numéris clausus,**

Merci pour les moments de joie que vous m'avez offerts et en souvenir de tout ce que nous avons partagé ensemble. Que le Tout Puissant nous prête une longue vie

« Ensemble nous y arriverons »

- **A mes camarades de promotion**

Je remercie également tous mes promotionnaires de Thèse de la FAPH faisant fonction d'interne à la pharmacie hospitalière du CHU Pr BSS de Kati, pour tout ce moment passé ensemble.

➤ **A mon groupe d'exposé, Dr Pascal koniba DAKUO, Binta M'BAYE, Fatoumata KEITA, Dr Cheick Oumar Diarra, Adama TIMBINE**

Je vous remercie infiniment pour tout ce que vous avez fait pour ma modeste personne, qu'Allah le tout puissant vous récompense. J'ai sincèrement apprécié votre gentillesse, vos qualités humaines et vos conseils. Votre aide a été capitale dans la réalisation de ce travail et j'espère que vous en serez fier. Retrouvez ici ma profonde gratitude et reconnaissance.

➤ **A tous mes ami (e) s particulièrement Dr KAMISSOKO Souleymane, Dr Akis MAIGA, Mariam B DIALLO, Dr Cheick Oumar COULIBALY, Dr Hamadi SISSOKO, Dr Arouna BOLOZOGOLA, Adama TIMBINE, Dr Mohamed HAIDARA, Oumar GUINDO, Djibril SAMAKE, Saidou Gouro DIALL, Abdoulaye Aziz I KEITA, Ousmane KONTA, Ousmane DOUMBIA, Gaoussou Keita, Abdoulaye MARICO, Fatoumata KEITA, Bourama SAMAKE, Assane TRAORE, Hamala DIAKITE.**

Nous avons passé ensemble des moments difficiles. Merci pour votre inestimable soutien. Plus que des amis vous êtes des frères et sœurs pour moi. Que l'entente règne entre nous pour toujours.

➤ **Aux personnels des officines « Kati Marché, les Hirondelles et Baminata »,**

A travers ces quelques mots, je voudrais vous dire sincèrement merci. Vous avez été un soutien inconditionnel durant toutes ces années. Ce qui m'a beaucoup aidé à m'améliorer et à m'ouvrir aux autres. Vous m'avez appris le travail en équipe, le travail sous pression, le respect des critiques et celui de l'autre.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY
À NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Professeur Sékou Fantamady TRAORE

- Professeur honoraire en entomologie médicale, responsable du cours de biologie cellulaire à la FAPH ;
- Ancien co-directeur du MRTC ;
- Ancien directeur de département d'ontologie et des maladies à transmission vectorielle ;
- Ph D en entomologie médicale ;

Cher Maître

Séduit par la qualité de votre parcours, nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Veuillez recevoir ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude et notre respect le plus sincère.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Ismaila SIMAGA

- Médecin chef du District Sanitaire de Kati;
- Membre du groupe chargé de la revision des modules de gestion des centres santé communautaire;
- Membre de la commission chargée de la mise en oeuvre des nouvelles gratuité.

Cher Maître

Votre humanisme, votre disponibilité permanente, votre dévouement et l'amour du travail bien fait, font de vous un maître admiré de tous. Vous n'avez ménagé aucun effort à la réalisation de ce travail. Veuillez accepter notre entière considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Issa COULIBALY

- Maître de conférences ;
- Maître-assistant en gestion à la Faculté de Pharmacie ;
- Titulaire d'un master en management des établissements de santé
- Enseignant chercheur ;
- Chargé de cours de gestion à la FMOS ;
- Chef de service des examens et concours de la faculté de Pharmacie ;
- Praticien hospitalier au CHU BOCAR SIDY SALL de Kati ;
- Membre du Groupe de Recherche sur le secteur public en Afrique ;
- Membre du Laboratoire tél médecine, télé-enseignement de l'UCAD de Dakar
- Membre du Laboratoire de Recherche en GRH/ Stratégie et Organisation de l'Université Cheick Anta DIOP de Dakar;
- Ancien président de l'ordre des pharmaciens de Koulikoro

Cher Maître

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir parmi les membres de ce jury. Votre disponibilité, votre abord facile, votre rigueur, votre amour pour le travail bien fait et vos qualités humaines font de vous un maître admirable. Vos qualités intellectuelles votre esprit critique et votre objectivité contribueront sans doute à renforcer la qualité de ce travail.

Cher Maître, nous vous prions de bien vouloir trouver ici l'expression de tout notre respect.

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR

DR SYLVESTRE TRAORE ;

- Assistant en Gestion Pharmaceutique à la FAPH ;
- Spécialiste en Gestion Pharmaceutique et Logistique Santé
- Pharmacien au CHU de Kati.

Cher Maître,

Ce travail est avant tout le vôtre et nous sommes heureux de témoigner que vous n'avez jamais ménagé votre peine pour qu'il soit mené à bien. Votre souci pour la formation continue des étudiants, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité, votre grande ouverture et vos conseils nous ont très favorablement marqués. Permettez-nous cher maître de vous réitérer l'expression de notre reconnaissance, de notre admiration et de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Pr SEKOU BAH

- Professeur titulaire de pharmacologie et de pharmacognosie
- Titulaire d'un PhD en pharmacologie
- Titulaire d'un master en santé communautaire internationale
- Maître de conférences de Pharmacologie à la Faculté de Pharmacie (FAPH)
- Doyen de la FAPH ;
- Membre du comité technique de pharmacovigilance
- Chef de service de la Pharmacie Hospitalière du CHU Point G.

Honorable maitre,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant d'être le directeur de cette thèse, votre qualité humaine fait de vous un homme respecté. Veuillez recevoir ici cher maître, l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre grande estime.

LISTE DES ABREVIATIONS

ASACO	: Association de Santé Communautaire
ASC	: Agent de Santé Communautaire
BC	: Bon de Commande BL : Bon de Livraison
CMM	: Consommation Moyenne Mensuelle
CNIECS	: Centre National d'Information et de Communication pour la Santé
CSCOM	: Centre de santé communautaire
CSRéf	Centre de santé de référence
DCI	: Dénomination Commune Internationale
DEC	: Délai Entre Commande
DMT	: Département la Médecine Traditionnelle
DL	: Délai de livraison
DNS	Direction nationale de la santé
DRC	: Dépôt Répartiteur de Cercle
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DPM	: Direction de Pharmacie et Médicament
DTC	: Directeur Technique du Centre
DV	: Dépôt de Vente
EPH	: Etablissement Public Hospitalier
IS	Inspection de la santé
ME	: Médicaments Essentiels
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PPM	: Pharmacie Populaire du Mali
PPN	: Politique Pharmaceutique Nationale
SDADM	: Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments
E-PS	Essentiels et autres produits de santé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition selon la qualification des gérants	21
Tableau II: Connaissance des gérants sur l'existence du SDADME-PS	23
Tableau III: Relatif à l'existence d'un responsable de l'achat des médicaments.....	25
Tableau IV: Répartition des Cscoms en fonction des difficultés dans l'approvisionnement en ME.....	26
Tableau V: Existence d'un chargé de l'estimation des besoins en médicament.....	27
Tableau VI: Existence des supports de gestion utilisée pour l'estimation des besoins	28
Tableau VII: Relatif à l'existence des supports utilisés pour les commandes des médicaments	28
Tableau VIII: Relatif à la fréquence des commandes effectuées par les gérants.....	29
Tableau IX: Relatif au degré de satisfaction des CSCom sur les commandes passées chez leurs fournisseurs privilégiés	31
Tableau X: Relatif au rangement des médicaments	32
Tableau XI: Relatif à l'existence de FBR dans votre structure.....	33
Tableau XII: Relatif à l'effet de FBR dans leur structure	34
Tableau XIII: Relatif aux avantages de financement dans leur structure.....	34
Tableau XIV: Relatif aux insatisfactions de ce financement dans leur structure.....	34

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Schéma du circuit d'approvisionnement en médicament au Mali.....	11
Figure 2:Structure des prix des médicaments en DCI.....	14
Figure 3:Carte sanitaire	18
Figure 4 : Répartition selon le sexe des gérants des DV	21
Figure 5: Répartition des gérants selon leur disponibilité et leur contrat.....	22
Figure 6:Répartition des gérants selon leur ancienneté.....	22
Figure 7:Connaissance des gérants sur l'existence d'un document de politique nationale en matière de médicament.....	23
Figure 8:Répartition des gérants selon leur connaissance sur l'existence d'une liste nationale de ME en DCI	24
Figure 9: Respect du SDADME-PS par les CSCOMS	24
Figure 10 : Approvisionnement effectué au niveau du drc	25
Figure 11: Détermination des besoins en ME	26
Figure 12:Implication du DTC dans l'estimation des besoins en ME	27
Figure 13: Relative au délai de livraison des commandes effectuées par les gérants	29
Figure 14 : Commandes exceptionnelles faite par les gérants	30
Figure 15 : Réclamation faite en cas de non-conformité des commandes	30
Figure 16 : Relative à l'existence d'un comité de réception	31
Figure 17 : Existence d'une chaine de froid.....	32
Figure 18 : Gestion des médicaments périmés	33

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS	3
Objectif général.....	3
Objectifs spécifiques	3
I. GENERALITE.....	4
1.1. Quelques définitions.....	4
1.2. Système de l'offre de soins au Mali	4
1.3. Evolution du secteur pharmaceutique du Mali.....	5
1.4. Politique Sectorielle de Santé et de population	6
1.5. Approvisionnement en médicaments au Mali	6
1.6. Financement basé sur les résultats	15
II. METHODOLOGIE.....	17
2.1. Cadre d'étude et lieu d'étude	17
2.2. Type d'étude	18
2.3. Période de l'étude	18
2.4. Population d'étude	19
2.5. Critères de l'étude.....	19
2.6. Échantillonnage	19
2.7. Traitement et analyse de données	19
2.8. Variables	19
2.9. Ethique.....	20
III. RESULTATS	21
3.1. Caractéristique socio-démographique	21
3.2. Approvisionnements en médicaments essentiels.....	23
3.3. Commande.....	26
3.4. Réception	31

3.5. Gestion des stocks	32
3.6. Financement basé sur le résultat	33
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	35
4.1. Limites et difficultés rencontrées :	35
4.2. Caractéristiques sociodémographique des personnes enquêtées :.....	35
4.3. Approvisionnement en médicaments essentiels	36
4.4. Gestion des médicaments	36
4.5. Commande.....	37
4.6. Réception	38
4.7. Financement basé sur le résultat (FBR).....	38
CONCLUSIONS	39
RECOMMANDATIONS	40
REFERENCES	41
ANNEXES	44

INTRODUCTION

Selon l'OMS « un médicament est toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger, ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique » [1].

En 1981, l'Organisation Mondiale de la Santé a créé le Programme d'Action pour les Médicaments Essentiels (DAP) pour soutenir les pays développant une politique nationale pour l'usage rationnel des médicaments. Le Mali a adopté le 12 juin 1998 la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) révisée en 2009 et validée en 2012. Elle devait permettre de garantir un accès équitable aux médicaments essentiels de qualité aux populations et promouvoir leur usage rationnel [2]. Les médicaments essentiels sont ceux qui satisfont aux besoins prioritaires de la majorité de la population en matière de soins de santé. Ils doivent être disponibles à tout moment et en quantité suffisante et à un prix accessible [3].

Au Mali afin d'assurer un approvisionnement correct des populations en produits pharmaceutiques, le schéma d'approvisionnement en médicaments essentiels a été élaboré en 1995 et révisé en 2010 sous le terme de Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME) [4]. Ce schéma décrit le circuit du médicament dans la pyramide sanitaire à savoir : le niveau central approvisionne le niveau régional, qui à son tour approvisionne le niveau district en ME. Les centres de santé communautaires (CSComs) qui relèvent des districts sanitaires ont l'obligation de s'approvisionner au niveau du dépôt répartiteur du district en ME, sauf les CSComs du district de BAMAKO. Ces derniers s'approvisionnent directement au niveau des officines de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM), les Centres de santé de référence de Bamako ne disposant pas de DRC. La PPM est chargée de rendre disponible les ME à travers ses magasins centraux et régionaux. L'accès aux médicaments essentiels demeure l'un des principaux problèmes de santé publique au niveau mondial. En effet l'OMS estime qu'un tiers de la population mondiale n'a pas un accès fiable aux médicaments dont elle a besoin. La situation est encore alarmante dans les pays pauvres d'Afrique et d'Asie, où jusqu'à 50% de la population n'a pas un tel accès [5].

En Afrique le médicament représente jusqu'à 50% des dépenses de santé des ménages et entre 20 à 30% du total des coûts de fonctionnement des établissements sanitaires publics et privés [5].

Au Mali, de plus en plus d'énormes difficultés liées à la gestion des ME au niveau des dépôts de vente des médicaments dans les CSComs et des Csref ainsi qu'au niveau des pharmacies hospitalières sont rapportées, parmi lesquelles on peut citer : l'insuffisance de personnel qualifié, les ruptures de stock, le sur-stockage, les difficultés liées à la traçabilité des médicaments [6].

D'importants efforts sont faits par l'Etat, les partenaires techniques et financiers et les ONG pour rendre les ME et plus particulièrement ceux des programmes de santé prioritaires disponibles et accessibles aux populations.

En dépit de ces efforts, des insuffisances majeures ont été observées dans le système d'approvisionnement des médicaments dans le district sanitaire de Kati, lors des supervisions intégrées et dans les comptes rendus de gestion des stocks (CRGS) fournis par les CSComs. Il s'agit :

- ✓ Le non-respect du circuit normal d'approvisionnement en médicaments essentiels du secteur marchand par certains CSComs au niveau du dépôt répartiteur (DRC). Indépendamment du fait que ceci peut être à l'origine d'introduction de médicaments de mauvaise qualité dans ces CSComs, il a été constaté aussi des péremptions et donc des pertes énormes qui se chiffrent à des millions au niveau du DRC (Inventaire de fin d'année du DRC 2017).
- ✓ Des ruptures fréquentes de certains ME liées à des programmes de santé prioritaires.

Ce travail a été initié dans le but de rechercher des solutions adaptées et efficaces aux insuffisances du système d'approvisionnement des médicaments essentiels dans le district sanitaire de Kati.

OBJECTIFS

Objectif général

Evaluer le respect du schéma directeur d’approvisionnement, de distribution des médicaments essentiels et autres produits de santé dans les CSComs de Kati en 2022

Objectifs spécifiques

- Déterminer le système d’approvisionnement en médicaments essentiels du district sanitaire de Kati.
- Déterminer l’influence du programme de financement basé sur le résultat (FBR) dans le respect du SDADME-PS pour les CSComs de Kati.
- Identifier les insuffisances et les limites du SDADME-PS.

I. GENERALITE

1.1. Quelques définitions

1.1.1. Médicaments essentiels

Selon l’OMS « les médicaments essentiels sont ceux qui satisfont les 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 » [7].

1.2.1. Dénomination Commune Internationale

Selon l’OMS « la Dénomination Commune Internationale (DCI) est le nom reconnu à l’échelle mondiale pour désigner chaque substance pharmaceutique en substitution à son nom chimique rarement simple » [8].

1.2. Système de l’offre de soins au Mali

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 Etablissements 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 et de Distribution des Médicaments Essentiels et d’autres Produits de Santé (SDADME-PS) (9)

1.3. Evolution du secteur pharmaceutique du Mali

- 1^{ère} 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.
- 2^{ème} 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 le Département 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)
- 3^{ème} 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 d'autres Produits de Santé (SDADME-PS) avec l'implication du secteur privé pour appuyer la PPM et des communautés [10].

1.3.1. Politique Pharmaceutique National du Mali

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 [11].

1.3.2. 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 [11].

1.3.3. 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 des 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 d'ordre gestionnaires et de l'insuffisance de personnel qualifié. [9]

1.4. Politique Sectorielle de Santé et de population

Adoptée par le Gouvernement en décembre 1990 se traduit par une volonté explicite et soutenue visant l'amélioration de l'état de santé de la population. Elle fait siens des principes de l'Initiative de Bamako et la stratégie des soins de santé primaire. Elle a retenu quatre stratégies majeures :

- L'extension de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité des prestations,
- La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels,
- La participation communautaire dans la gestion du système,
- La mobilisation des ressources nécessaires au financement du système de santé y compris dans le recouvrement des coûts. [11]

1.5. Approvisionnement en médicaments au Mali

Selon la Politique Pharmaceutique Nationale, l'approvisionnement en médicaments se fait à travers le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution en Médicaments Essentiels et d'autres Produits de Santé (SDADME-PS). [12]

1.5.1. Circuit de distribution des produits pharmaceutiques au Mali

Le circuit de distribution se définit comme étant le chemin suivi par un produit ou un service, 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 laboratoire Pharmacosma, du Département de Médecine Traditionnelle (DMT) et des importations (par des établissements pharmaceutiques d'importation et des ventes en gros). [12]

Les structures de fabrication des médicaments au Mali ces structures sont :

- L'Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques (UMPP) : 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. [12]
- Le laboratoire Pharmacosma : c'est un laboratoire qui produisait uniquement des produits cosmétiques. A partir de 2003, il a commencé à produire également des médicaments génériques ; notamment 6 médicaments (essentiellement la forme sirop) sont sur le marché. Il a été inauguré le 28 novembre 2003.
- Le 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.
- BioMed : Créé en 2018, c'est une unité de production de médicaments à base de plantes médicinales au Mali. Il est la première marque de laboratoire malienne à détenir une licence d'exploitation d'une unité de fabrication de produits pharmaceutiques et il produit actuellement une gamme de sept (7) produits composés de gélules, comprimés et de sirops. [13]

1.5.1.1. Les structures de distribution des médicaments au Mali

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

- Les Etablissements d'Importation et des Ventes en Gros des produits pharmaceutiques (EIVG) qui 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° 912776/MEF-MDRE-MSPAS-PF du 25 Juillet 1991 [12].

- Le Grossiste répartiteur étatique au Mali, représenté par la Pharmacie Populaire du Mali (PPM), l'unique grossiste étatique a pour mission l'acquisition par appel à la concurrence internationale et la distribution des MEG sur toute l'étendue du territoire national selon le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels et d'autres Produits de Santé (SDADME-PS). 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.

On peut citer parmi les structures de distribution des médicaments au Mali, entre autres les organismes de coopération internationale, multinationale ou bilatérale, les organisations non gouvernementales, les Dépôts Répartiteur de Cercle (DRC), les Associations Sanitaire Communautaire (ASACO), les CSCom 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. [12]

1.5.2. Schéma Directeur d'Approvisionnement, de Distribution des Médicaments Essentiels et d'autres produits de santé (SDADME-PS)

Mise en place en 1995 par le département suite à la dévaluation du franc CFA, le SDADME-PS 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. [11]

1.5.2.1. Stratégies de ce SDADME-PS

Elles sont basées sur :

- L'approvisionnement national des Médicaments Essentiels en D.C.I. 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 D.C.I. pour chaque niveau opérationnel ; Cet approvisionnement sera réalisé à travers un réseau de dépôts régionaux, Dépôts Répartiteurs

de Cercle (D.R.C.) et les Dépôts de Vente (D.V.) des formations publiques et communautaires ;

- L'implication et l'appui du secteur privé pour une meilleure diffusion des Médicaments Essentiels Génériques en D.C.I. dans ce secteur sous la forme de blisters. [11]

1.5.2.2. Acteurs du SDADME-PS et leurs fonctions

▪ Les acteurs du niveau central

La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) et autres fournisseurs agréés assurent l'approvisionnement ;

La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) définit les normes, procédures et principaux outils de gestion et enfin supervise le SDADME-PS ;

Le Laboratoire National de la Santé (LNS) assure le contrôle de qualité des ME;

La Direction Nationale de la Santé (DNS) veille à l'application des textes dans les formations sanitaires, publiques, communautaires et parapubliques ;

L'Inspection de la Santé (IS) veille au respect de la réglementation en vigueur et assure une mission de contrôle.

▪ Les acteurs du niveau régional

Les Magasins Régionaux PPM (MR- PPM) assurent l'approvisionnement ;

La Direction Régionale de la Santé (DRS) assure la supervision par le suivi, le contrôle, et les conseils.

▪ Les acteurs du niveau local

Le Centre de Santé de Référence (CS Réf) assure l'approvisionnement / gestion de stock à travers le Dépôt Répartiteur de Centre (DRC) ; assure également la distribution à travers les dépôts de vente du cercle et des Centres de Santé Communautaires (CSCoM) et la supervision / suivi, contrôle, conseils par l'équipe. [11]

1.5.2.3. Principes de gestion du SDADME-PS

Principe n° 1 : 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° 2 : 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°3 : la gestion intégrée au SDADME-PS des produits de gratuité et des dons Les produits des programmes spécifiques (lèpre, tuberculose, onchocercose, SIDA, le paludisme et les produits de la césarienne ainsi que les produits issus des dons sont intégrés dans le cycle logistique du SDADME-PS. Ils sont gérés au même titre que les autres médicaments au niveau des DRC et des DV.

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]

5.2.4. Types de supports de gestion du SDADME-PS

- ✚ La fiche de compte rendu de consommation (Ordonnances, Fiches de pointage : journalier et hebdomadaire)
- ✚ Le compte rendu d'emmagasiner (Fiche de stock, Fiche d'inventaire)
- ✚ Les fiches de transaction (Compte rendu et Bon de commande de produits)

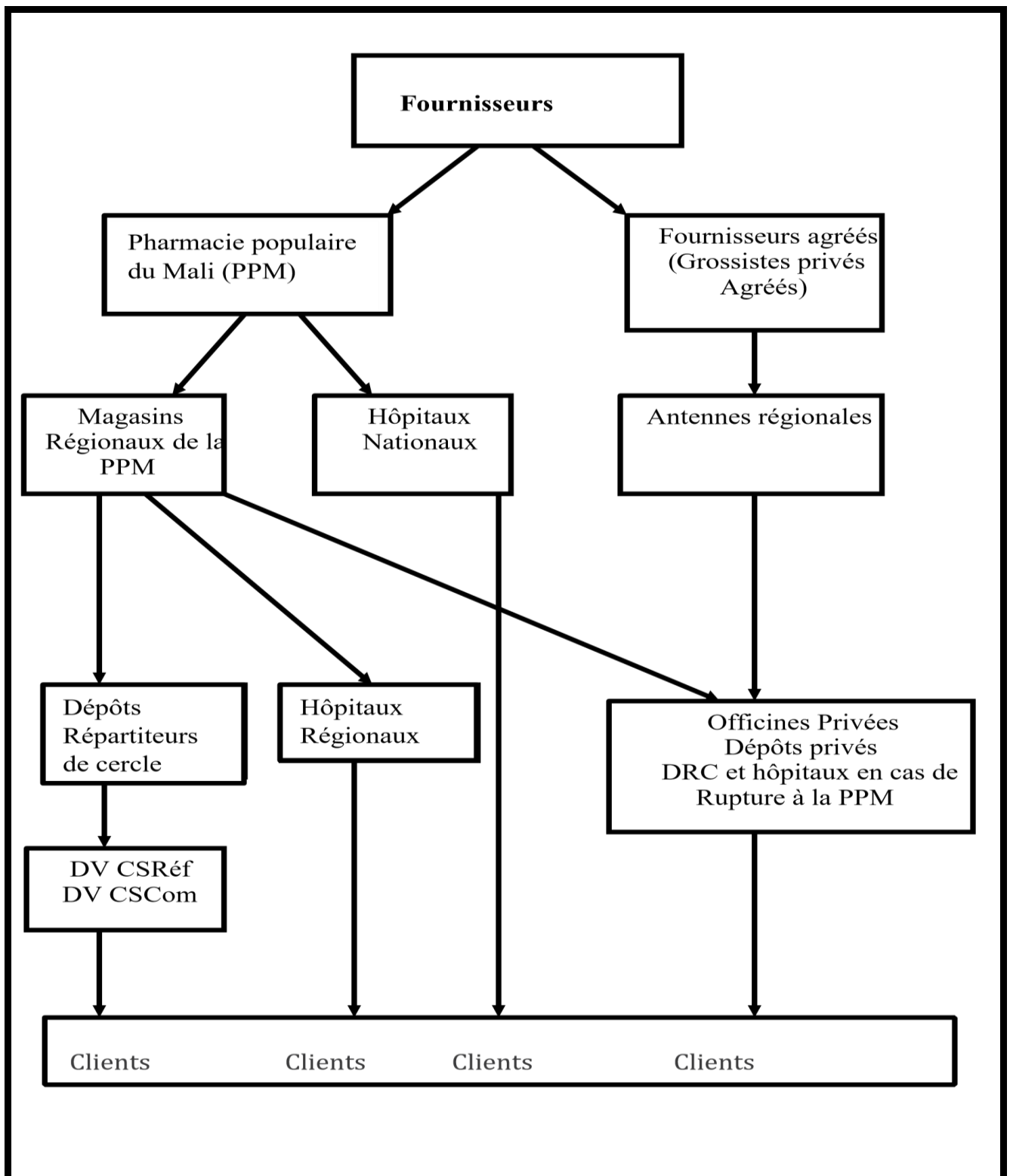


Figure 1: Schéma du circuit d’approvisionnement en médicament au Mali. [11]

Au Mali, le circuit d'approvisionnement en médicament comporte deux branches. Les grossistes privés auprès desquels les officines privées s'approvisionnent de même que les DRC et les hôpitaux en cas de rupture de stock à la PPM.

La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) assure l'approvisionnement des structures sanitaires publiques et communautaires. [14]

La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) est une entité stratégique responsable des achats, du stockage, et de la distribution des produits pharmaceutiques du niveau central vers le niveau régional ou du district selon les produits. Elle a été créée le 05 octobre 1960 suivant l'ordonnance n°18/P-GP comme société et entreprise d'Etat puis érigée depuis le 11 juin 1993 en établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) suivant la loi N°93032/AN-RM. La mise en œuvre de cette mission est assurée à travers un contrat Plan avec l'Etat, renouvelable tous les trois ans. [14]

Actuellement, avec l'augmentation de la concurrence, la satisfaction du client est devenue essentielle pour la survie de l'entreprise. La PPM, dans l'optique d'accomplissement de sa mission de service publique a le souci de sauvegarder son image et son développement à travers la satisfaction des clients. La PPM dispose de quinze (15) points de vente dont un seul point de vente en détail (Officine Initiative de Bamako). Les points de vente sont repartis comme suit :

- Sikasso : un magasin régional
- Koulikoro
- Kayes
- Ségou
- Mopti

Par ailleurs, à Koutiala, Gao, et Tombouctou il y a des officines témoins (Grossistes).

En outre, à Bamako il existe le magasin du district (Darsalam), cinq (5) officines grossistes et l'initiative de Bamako.[14]

Les hôpitaux de troisième référence s'approvisionnent directement à la PPM centrale, les hôpitaux de deuxième référence et les DRC s'approvisionnent à travers les magasins régionaux de la PPM. Les DV des CSCom et du CSRéf font leur approvisionnement auprès des DRC. [11]

1.5.3. Structure des prix des médicaments

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. [11]

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.

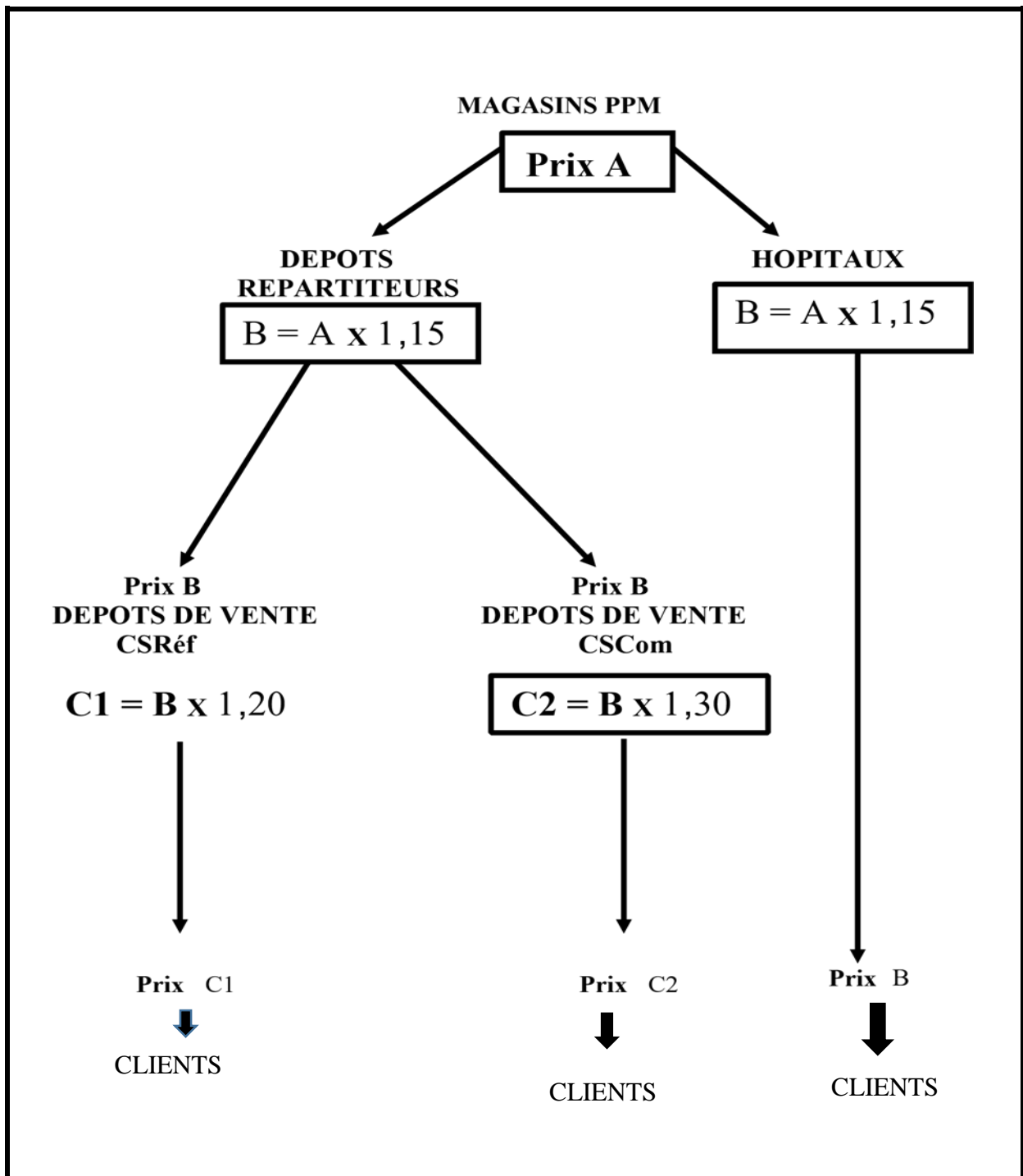


Figure 2: Structure des prix des médicaments en DCI. [11]

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. [11]

1.6. Financement basé sur les résultats

En Afrique, le terme ‘FBR’ pour ‘financement basé sur les résultats’ traduit une approche dans laquelle ‘les fournisseurs de soins de santé sont payés pour fournir des services spécifiques, à condition que les services suivent des protocoles explicites, avec un système d’inspection et d’audit pour assurer la conformité et améliorer la qualité si nécessaire’. Sa diffusion en Afrique sub-saharienne a été particulièrement rapide. Au Mali, les débats sur le FBR ont gagné en intensité à partir de 2010. Cette mise en discours a été favorisée par la mobilisation croissante d’un certain nombre d’acteurs et d’institutions intervenant dans le domaine de la santé qui ont activement soutenu son déploiement.

La crise politico-sécuritaire qui a suivi le coup d’état de mars 2012 a eu une incidence a priori limitée sur le processus de mise en place du premier projet pilote de FBR. En effet, contrairement à beaucoup d’autres donateurs, les financements des bailleurs néerlandais de ce projet, n’ont pas été interrompus. En revanche, un autre projet pilote de FBR, financé par la Banque mondiale dans le cadre du Projet de renforcement de la santé de la reproduction (PRSR) qui devait démarrer dès 2012 n’a démarré qu’en 2016 à cause de la crise politique (Banque mondiale, 2017). Le premier projet pilote a été expérimenté entre 2012 et 2013 dans trois districts sanitaires de la région de Koulikoro pendant 18 mois. Il a été conçu par des organisations de coopération néerlandaises. Selon les auteurs de l’évaluation de ce projet – également acteurs de sa mise en œuvre – ce premier projet pilote a donné lieu à une augmentation de l’utilisation des services et de la couverture sanitaire et une amélioration de la qualité des services. Dans cet article, nous nommons cette première expérimentation ‘premier projet FBR’.

A partir de juillet 2016, le second projet pilote financé par la Banque mondiale a été mis en œuvre pendant huit mois dans tous les dix districts sanitaires que compte la région de Koulikoro. Dans ce texte, il est désigné sous le nom de ‘second projet FBR. [15]

L’objectif général de ce programme est d’améliorer l’équité en santé des mères et des enfants par une meilleure connaissance de la mise en œuvre de réformes sanitaires. [16]

Les répartitions des fonds d’achats se font comme suites :

- **Niveau CSCom** : 60% pour les investissements et 40% pour les primes de personnel ;
- **Niveau Csref** : 60% pour les primes au personnel, 40% pour le fonctionnement et les investissements

Les vérifications sont assurées par les services techniques de l’état avec un dispositif de contre-vérification indépendant assuré par les ONG. [17]

L'avènement du FBR dans les structures sanitaires notamment les Cscoms, a été un nouvel élan dans leur approvisionnement en médicaments et d'autres.

II. METHODOLOGIE

2.1. Cadre d'étude et lieu d'étude

L'étude a été réalisée dans le district sanitaire de Kati. Le cercle de Kati est situé de part et d'autre du fleuve Niger et fait partie du domaine de grés de Koulikoro qui constituent les monts Manding. Il forme un plateau très découpé par un réseau hydrographique.

- Situé environ à quinze (15) Km de Bamako, le cercle de Kati couvre une superficie de 22.500 Km².
- Il est limité : à l'Est par les cercles de Koulikoro et de Dioila, à l'Ouest par le cercle Kita, au Nord par le cercle de Kolokani, au Sud par les cercles de Bougouni et Kangaba et au Sud-ouest par la République de la Guinée Conakry.
- Le climat est soudanien en grande partie et se caractérise par une saison de pluie allant de juin en octobre, une saison sèche et chaude (mars, juin) une saison sèche et froide (novembre, février).
- La végétation est caractérisée par une savane herbeuse parsemée d'arbre fruitier (Karité, Néré, Baobab... etc.) et d'arbuste.
- Le relief est dominé par les chaînes de mont Manding au Nord et au Sud-est rendant difficile les déplacements dans certaines localités telles que le Sobra et Niouma Makana.
- Le Cercle de Kati compte 671739 habitants en 2018 (RGPH 2009 actualisée /DNSI). Cette population est composée de Bambara (autochtones), des Malinkés, des Peulhs, des Sarakolé, des Bozos, des Bobos, des Senoufos, et des Dogons.
- Ce cercle est érigé en une collectivité suivant la Loi N°96-059 du 04 novembre 1996 portant création de Communes et compte trente-sept (37) communes ; 520 villages et quartiers. Il dispose de trois (3) CSRéf dont le CSRéf de Kati est le plus ancien.
- Le District de Kati est subdivisé en vingt-trois (23) communes dont une commune urbaine. L'Administration publique est représentée par le Préfet, les Sous-préfets central de Kati, de Néguela et de Siby ainsi que les services techniques déconcentrés.



Figure 3: Carte sanitaire

Source : SLIS CSRéf de Kati

2.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive quantitative.

2.3. Période de l'étude

L'étude a été réalisée sur une période de 12 mois allant de juillet 2022 à juillet 2023. Elle a comporté les phases suivantes :

- De juillet à septembre 2022 : Rédaction et correction du protocole
- D'octobre à décembre 2022 : Collecte données
- Janvier 2023 : Analyse des données
- De février à mai 2023 : Rédaction et correction de la thèse
- De juin à juillet 2023 : Période de soutenance.

2.4. Population d'étude

Ont été concernées dans notre étude toutes les personnes impliquées dans le processus d'approvisionnement en médicaments essentiels des cinq (5) CSComs urbains et péri-urbains du district sanitaire de Kati. Représenter dans le tableau sous dessous

CSCOMS	NIVEAU
SANAFARA	URBAIN
KOKO I	URBAIN
KOKO II	URBAIN
MALIBOUGOU	URBAIN
FARADA	URBAIN
KALIFABOUGOU	RURAL
YELEKEBOUGOU	RURAL
DIAGO	RURAL
DIO-GARE	RURAL
SONIKEGNY	RURAL

2.5. Critères de l'étude

2.5.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude le DRC, les cinq (5) CSComs urbains et cinq (5) CSComs péri-urbains et ruraux du district sanitaire de kati.

2.5.2. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude tous les autres CSComs et toutes autres structures de santé du district sanitaire de Kati publiques et privées (hôpital, clinique, cabinets médicaux).

2.6. Échantillonnage

Un échantillonnage par choix raisonné a été utilisé. Il consistait à retenir les dépôts de vente des cinq (5) CSComs urbains et 5 CSComs ruraux et péri urbains choisis dans le district sanitaire de Kati.

2.7. Traitement et analyse de données

Les données ont été recueillies sur des fiches d'enquêtes préétablies. Elles ont été saisies sur le logiciel Word Office et analysé par la suite Microsoft Office Excel.

2.8. Variables

Les variables suivantes ont été utilisées dans notre étude pour l'atteinte de nos objectifs :

- Profils socio-démographiques ;
- L'ancienneté ;
- Approvisionnement en ME ;
- Limites dans l'application du SDADME-PS ;
- Impact du FBR sur l'approvisionnement.

2.9.Ethique

L'autorisation du médecin chef du district a été obtenue avant le début des enquêtes. Chaque personne enquêtée a été identifiée par un code unique, l'anonymat a été garanti.

III. RESULTATS

3.1. Caractéristiques socio-démographique

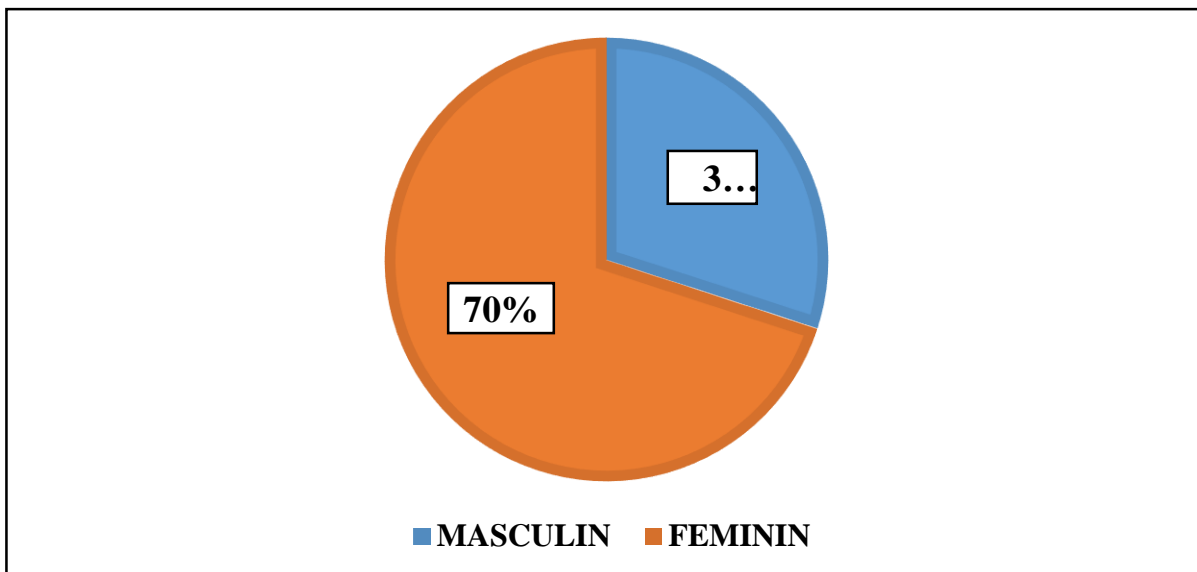


Figure 4 : Répartition selon le sexe des gérants des DV

Le sexe féminin a été le plus dominant avec 70%. Le sexe ratio H/F=0,42.

Tableau I: Répartition selon le niveau d'étude des gérants

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage %
Infirmière	1	10
Matrone	4	40
Gestionnaire	1	10
Comptable	2	20
Technicien supérieur	1	10
Sage-femme	1	10
Total	10	100

Les matrones ont été les plus représentées avec 40%.

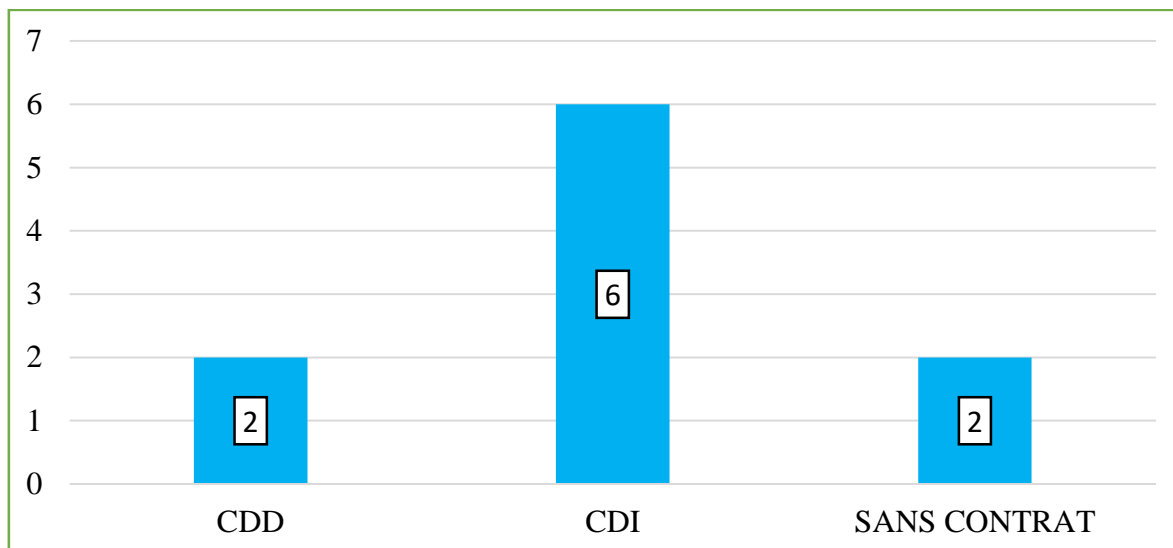


Figure 5: Répartition des gérants selon leur contrat

La majorité des gérants des DV était sous contrat à durée indéterminée.

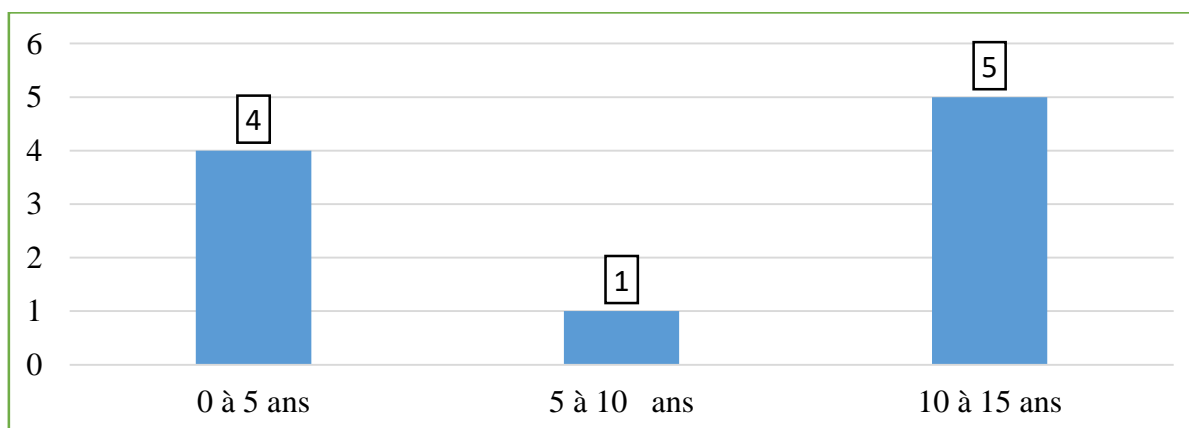


Figure 6: Répartition des gérants selon leur ancienneté

La moitié des gérants des DV de médicaments avait une ancienneté comprise entre 10 à 15 ans.

3.2. Approvisionnements en médicaments essentiels

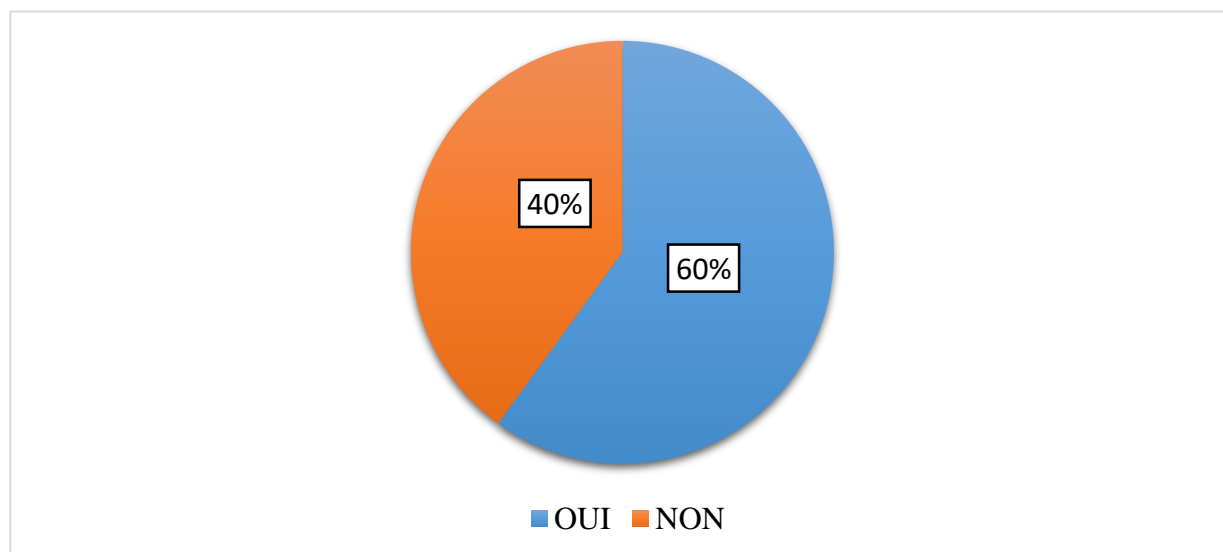


Figure 7: Existence d'un document de politique nationale en matière de médicament

Plus de la moitié des gérants des DV de ME connaissait l'existence d'un document de politique nationale en matière de médicament.

Tableau II: Connaissance des gérants sur l'existence du SDADME-PS

Connaissance des gérants sur l'existence du SDADME-PS	Effectifs	Pourcentage %
Oui	10	100
Non	0	0
Total	10	100

Tous les gérants des dépôts de vente enquêtés avaient connaissance de l'existence du SDADME-PS

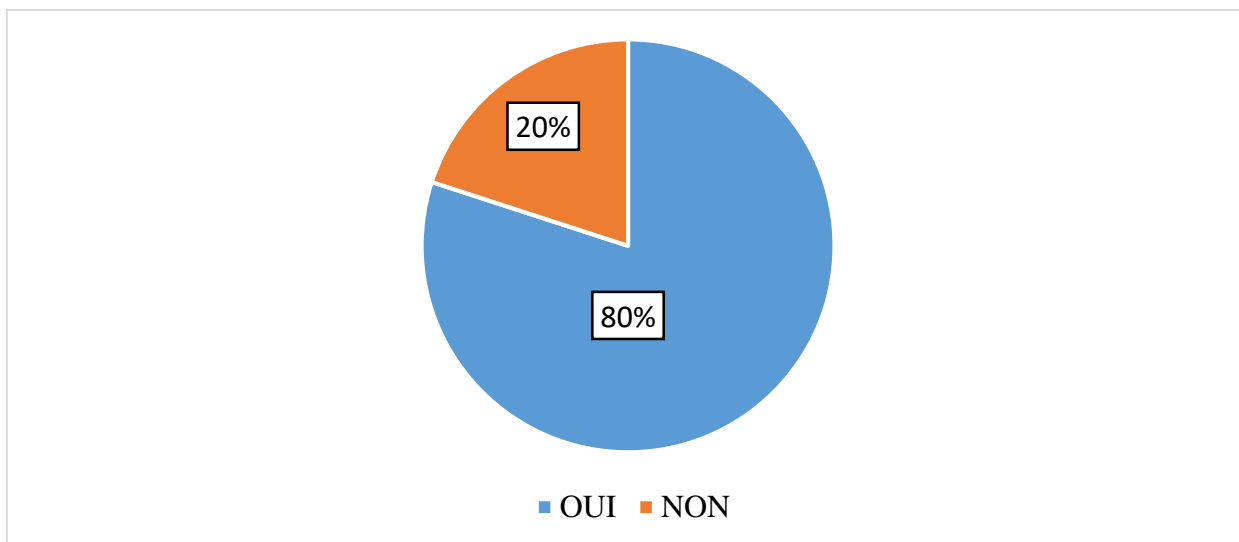


Figure 8: Répartition des gérants selon leur connaissance sur l'existence d'une liste nationale de ME en DCI

Les gérants qui avaient connaissance sur l'existence d'une liste nationale de ME en DCI étaient plus élevés avec 80%.

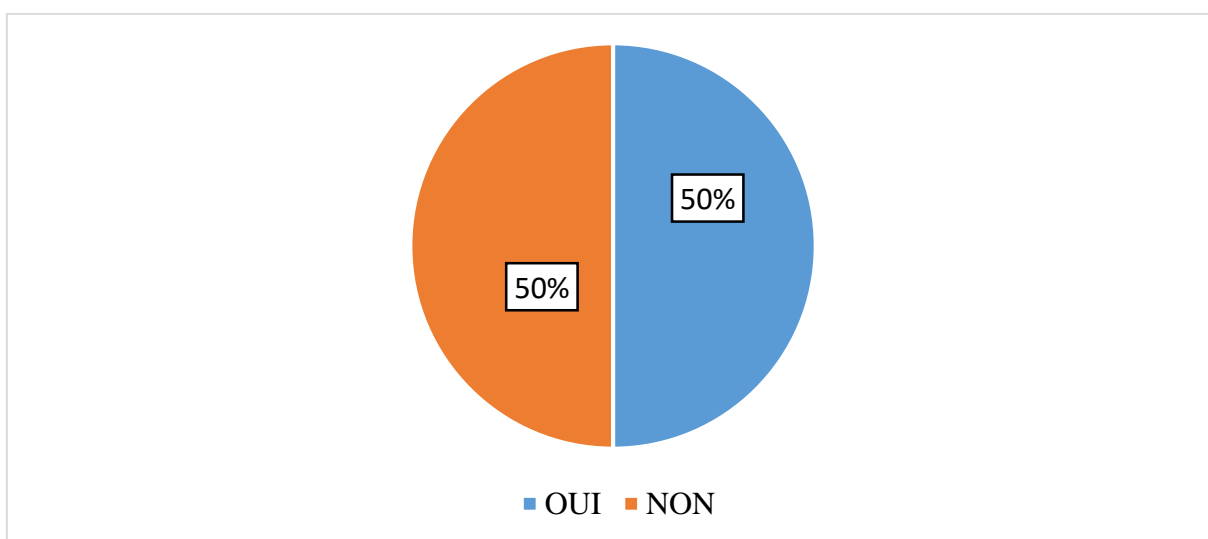


Figure 9: Respect du SDADME-PS par les CSCOMS

Juste la moitié des Cscoms enquêtés respectaient le SDADME-PS avec 50%.

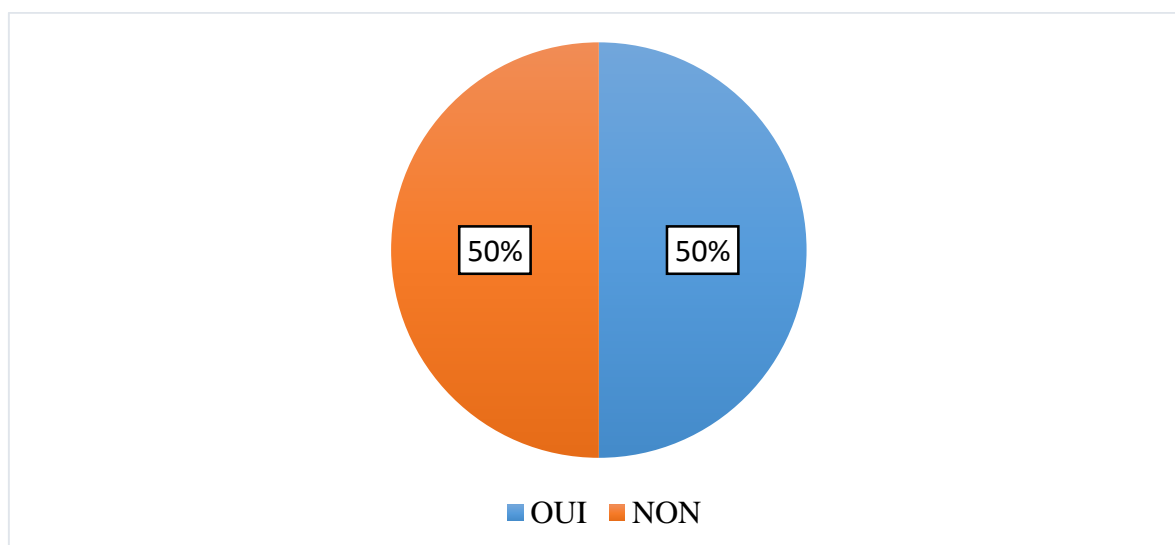


Figure 10 : Approvisionnement effectué au niveau du drc

Nous avons observé que juste 50% des Cscoms s’approvisionnaient au niveau du DRC.

Tableau III: Relatif à l’existence d’un responsable de l’achat des médicaments

Responsable de l'achat	Effectifs	Pourcentage %
DTC	4	40
Trésorier	3	30
Gérant	3	30
Total	10	100

Nous constatons que le responsable chargé de l’achat des médicaments diffère d’une structure à une autre. Nonobstant cela les Dtc sont les plus sollicités

Tableau IV: Répartition des Cscoms en fonction des difficultés dans l'approvisionnement en ME

Difficultés	Effectifs	Pourcentage %
Coûts élevés des produits au niveau du DRC	5	50
Kits gratuits liés aux commandes effectuées au niveau du DRC	1	10
Non disponibilité au DRC de certains médicaments essentiels	1	10
Faible capacité de stockage	2	20
Revenus du dépôt de vente utilisés pour les activités du CSCOM	1	10

Le coût des élevés des médicaments, était la principale difficulté soulignée par les CSCOMS étudiés

3.3. Commande

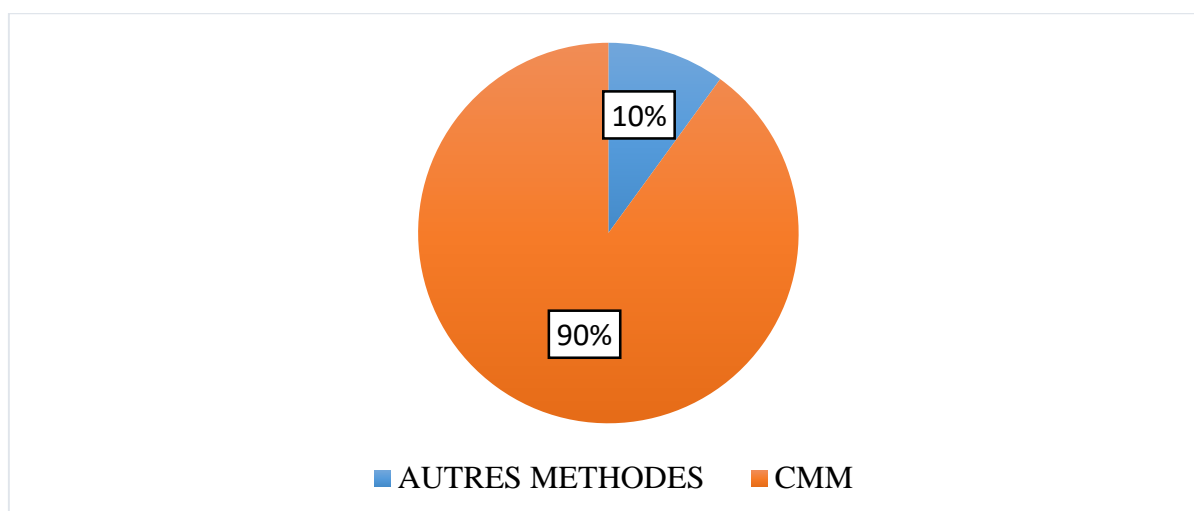


Figure 11: Détermination des besoins en ME

La CMM était la méthode la plus utilisée dans la détermination des besoins en ME.

Tableau V: Existence d'un chargé de l'estimation des besoins en médicament

Chargé de l'estimation des besoins en médicament	Effectifs	Pourcentage %
Gérant	7	70
Dtc	3	30
Total	10	100

Les gérants étaient les plus sollicités avec 70%.

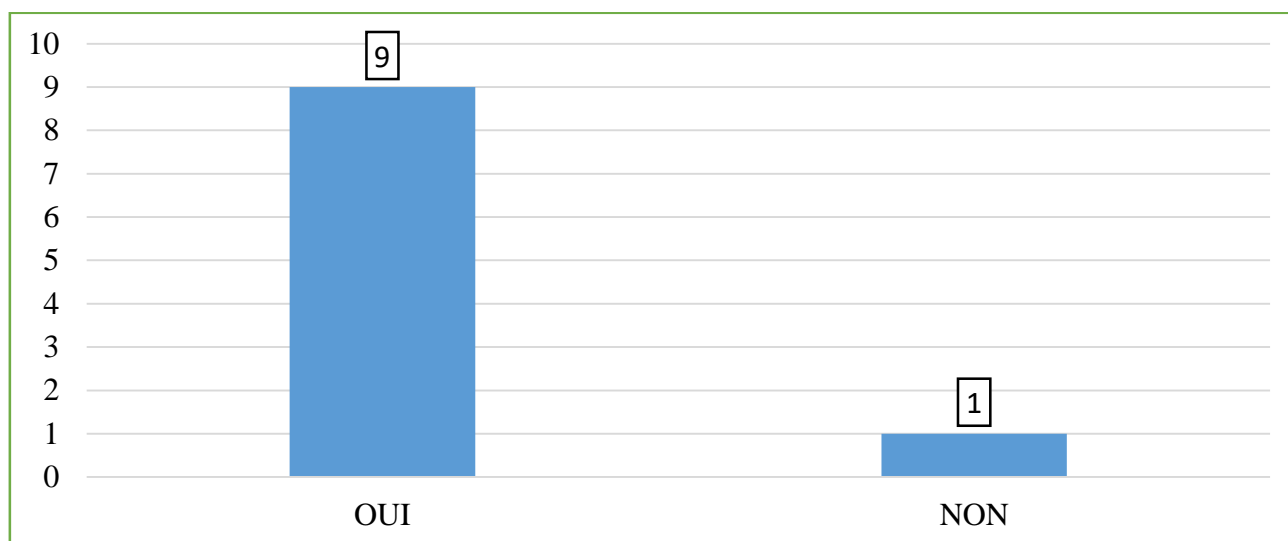


Figure 12: Implication du DTC dans l'estimation des besoins en ME

Les DTC qui étaient impliqués dans l'estimation des besoins en ME étaient les plus représentées dans notre étude avec 90%.

Tableau VI: Disponibilité des supports de gestion utilisée pour l'estimation des besoins

Supports de gestion utilisé pour l'estimation des besoins	Effectifs	Pourcentage %
Bons de commande	2	20
Fiche de stock	3	30
Fiche d'inventaire	4	40
Fiche de stock et fiche d'inventaire	1	10
Total	10	100

La fiche d'inventaire était le support de gestion le plus utilisé pour l'estimation des besoins en médicaments essentiels.

Tableau VII: Relatif à l'existence des supports utilisés pour les commandes des médicaments

Supports utilisés pour les commandes des médicaments	Effectifs	Pourcentage %
Rédaction de bon de commande	8	80
Fiche d'inventaire	1	10
Fiche de stock	1	10
Total	10	100

Les commandes sont faites à travers un bon de commande préalablement établi.

Tableau VIII: Relatif à la fréquence des commandes effectuées par les gérants

Fréquence des commandes effectuées par les gérants	Effectifs	Pourcentage %
Hebdomadaire	3	30
Mensuelle	5	50
Trimestrielle	1	10
En fonction des besoins	1	10
Total	10	100

Nous avons constaté que la moitié des commandes sont faites à un rythme mensuel au niveau des Cscoms.

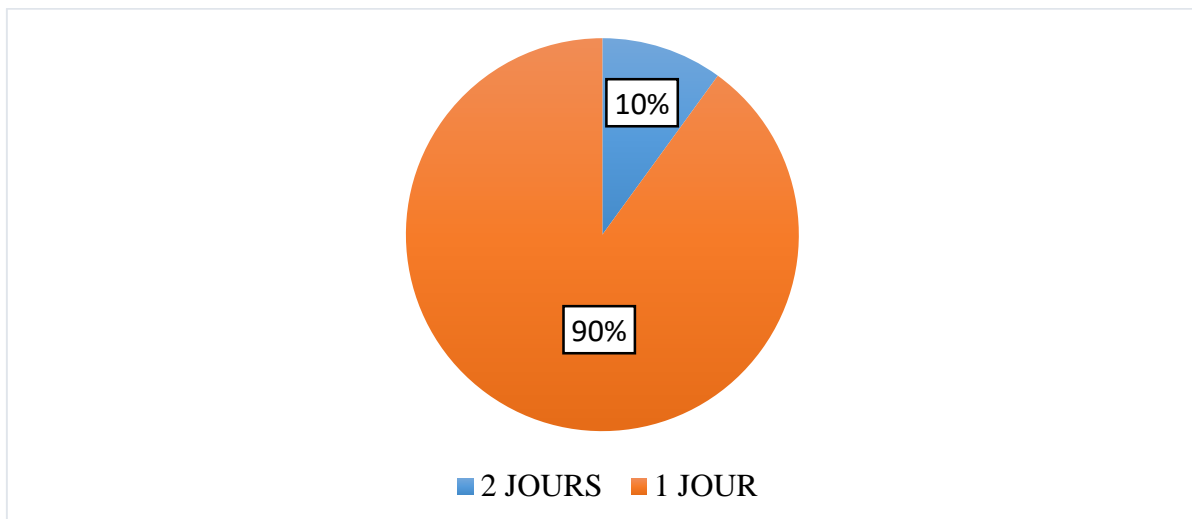


Figure 13: Relative au délai de livraison des commandes effectuées par les gérants

Le délai de livraison maximal était d'un jour et cela dans la quasi-totalité des Cscoms.

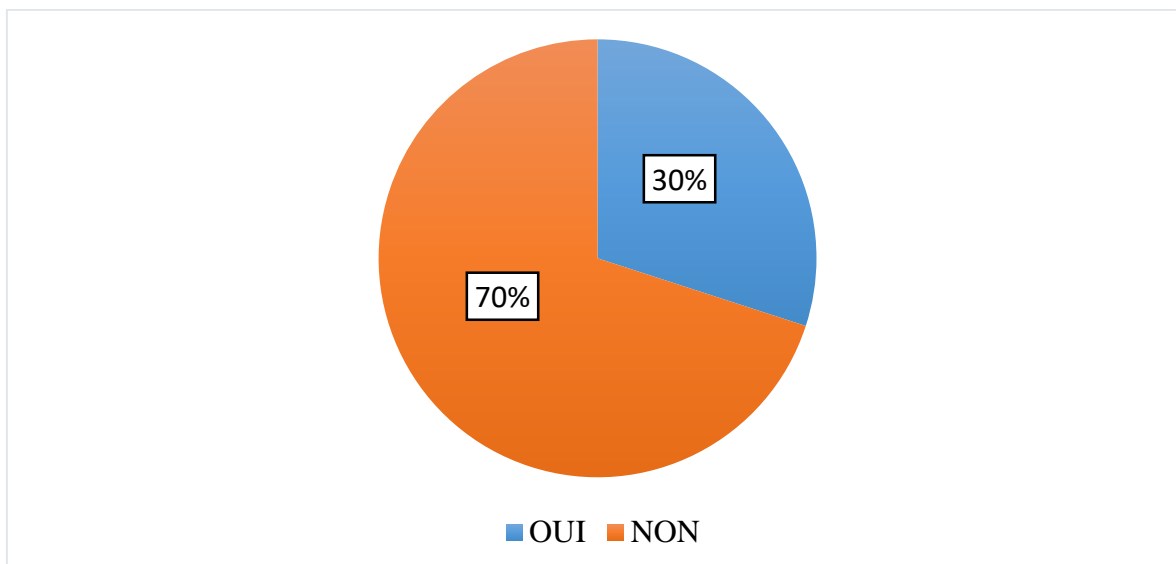


Figure 14 : Commandes exceptionnelles faite par les gérants

Le plus grand nombre de CSCom faisaient des commandes exceptionnelles. La raison évoquée par la plupart des gérants était l'augmentation de la consommation du mois occasionnant des ruptures de stock des médicaments.

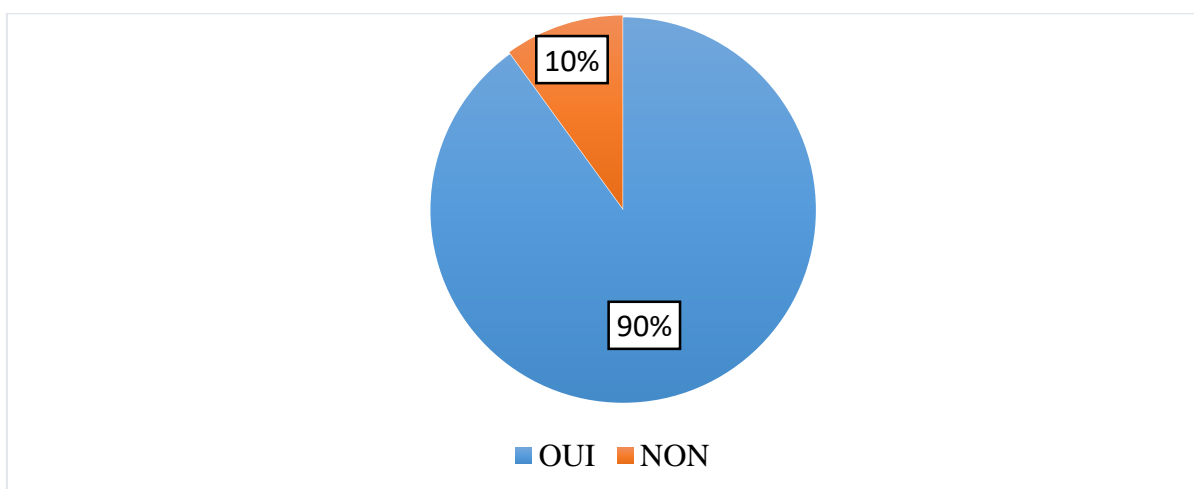


Figure 15 : Réclamation faite en cas de non-conformité des commandes

Les réclamations étaient faites par 90% des CSCom.

Tableau IX: Relatif au degré de satisfaction des CSCom sur les commandes passées chez leurs fournisseurs privilégiés

CSCom	Fournisseurs privilégiés	Pourcentage %
Cscoms 1	PPM	99
Cscoms 2	PPM	97
Cscoms 3	PPM	100
Cscoms 4	DRC	98
Cscoms 5	DRC	99
Cscoms 6	DAHAI	60
Cscoms 7	DRC	95
Cscoms 8	SINO PHARMA	50
Cscoms 9	DRC	90
Cscoms 10	DRC	80

La majorité des CSCom avait un degré de satisfaction supérieure à 90%.

3.4. Réception

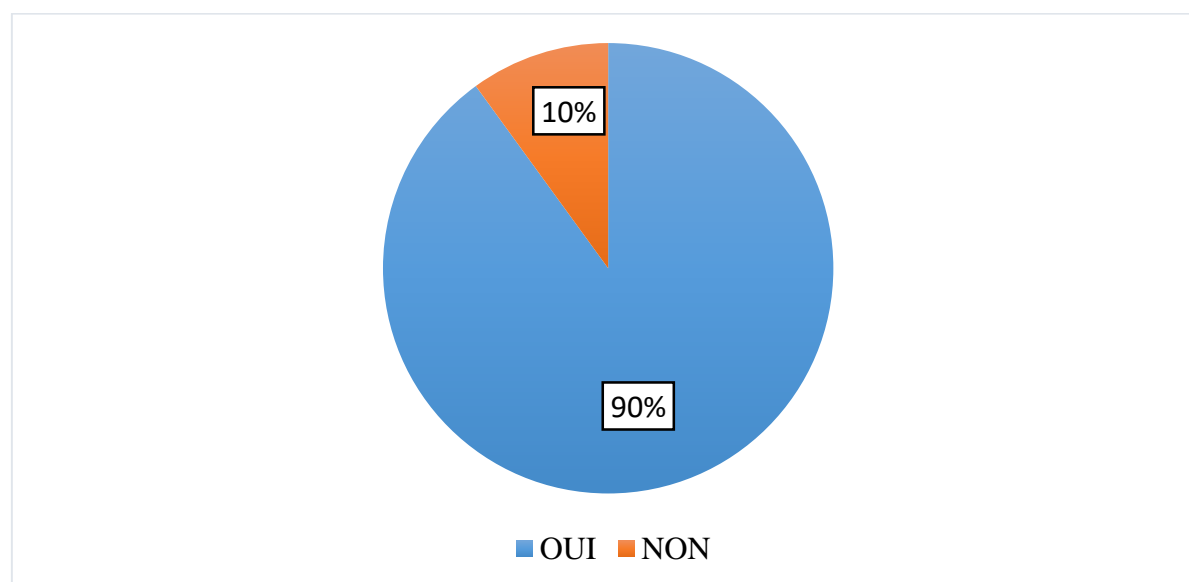


Figure 16 : Relative à l'existence d'un comité de réception

La majorité des CSCom avaient un comité de réception des médicaments essentiels commandés.

3.5.Gestion des stocks

Tableau X: Relatif au rangement des médicaments

Rangement des médicaments	Effectifs	Pourcentage %
Ordre alphabétique	8	80
Forme galénique	1	10
Classe thérapeutique	1	10
Total	10	100

L'ordre alphabétique était la méthode de rangement la plus utilisée.

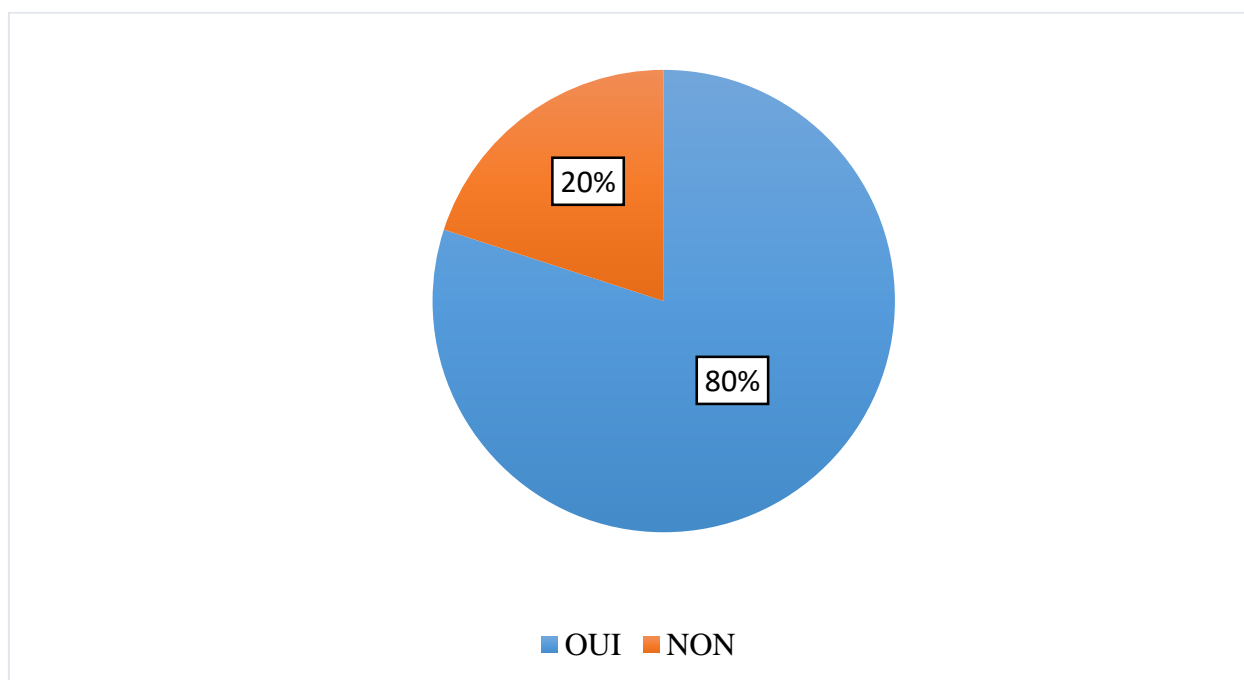


Figure 17 : Existence d'une chaîne de froid

Seulement deux (2) centres de santé communautaires ne disposaient d'une chaîne de froid.

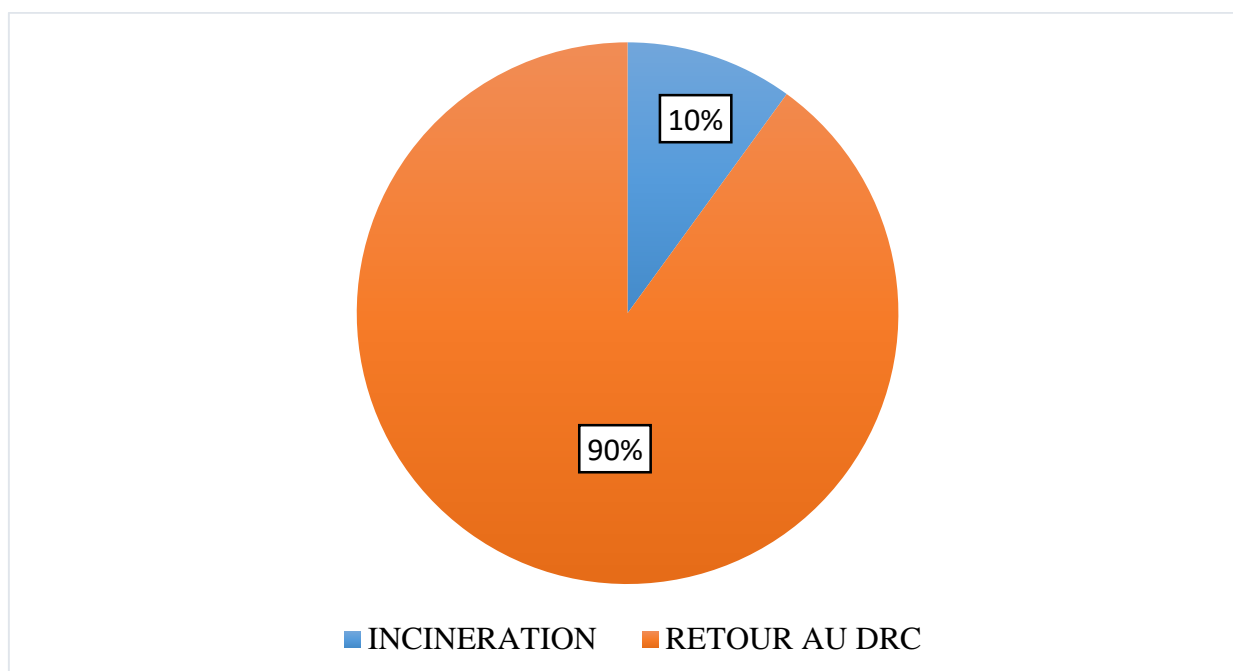


Figure 18 : Gestion des médicaments périmés

Presque la totalité des centres de santé communautaires retournaient avec les produits périmés au DRC.

3.6. Financement basé sur le résultat

Tableau XI: Relatif à l'existence de FBR dans leur structure

Existence de FBR dans votre structure	Effectifs	Pourcentage %
Oui depuis 1 ans	1	10
Oui depuis 2 ans	3	30
Oui depuis 3 ans	6	60
Total	10	100

La majorité des centres de santé communautaire avaient le fbr dans leur structure depuis trois (3) ans.

Tableau XII: Relatif à l'effet de FBR dans les structures

Relatif à l'effet de fbr dans les structures	Effectifs	Pourcentage %
Amélioration du service	5	50
Achat de matériels	3	30
Réalisation	1	10
Rénovation du dv	1	10
Total	10	100

L'amélioration du service des structures était la plus représentée sur l'impact du fbr.

Tableau XIII: Relatif aux avantages de financement dans les structures

Les avantages de ce financement dans les structures	Effectifs	Pourcentage %
Motivation du personnel	7	70
Réalisation des infrastructures	1	10
Investissements	1	10
Mis à jour et reconstruction des locaux	1	10
Total	10	100

La motivation du personnel domine largement les autres avantages de ce financement avec un taux de 70%.

Tableau XIV: Relatif aux insuffisances de ce financement dans les structures

Les inconvénients de ce financement dans les structures	Effectifs	Pourcentage %
Mécontentement de certains personnels	2	20
Retard de paiement	1	10
Néant	7	70
Total	10	100

Les CSComs n'avaient pas de problème avec cette nouvelle source de revenus : Le financement basé sur le résultat (FBR).

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Notre étude s'est déroulée dans cinq (5) Cscoms urbains et péri-urbains portant sur le respect du schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels et d'autres produits de santé par les Cscoms du district sanitaire de Kati : enjeux et limites.

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

4.1. Limites et difficultés rencontrées :

Par faute de temps, de moyens et par choix raisonné nous n'avons pris que dix (10) Cscoms dans le district sanitaire de Kati.

Les difficultés rencontrées au cours de notre étude ont été l'indisponibilité de certains DTC, gérants et l'absence d'information sur certaines fiches de stock (les quantités consommées par mois).

4.2. Caractéristiques sociodémographique des personnes enquêtées :

Il ressort de notre étude que :

Le gérant est le seul personnel exerçant dans le DV. Il assure à la fois l'approvisionnement, le magasinage s'il y a lieu, la gestion du stock, la dispensation des médicaments essentiels aux malades et la comptabilité ainsi que la mise à jour des supports de gestion.

Dans les DV des Cscoms 70% des gérants sont du genre féminin. Ainsi pour réduire les charges financières du CSCOM, la plupart des comités de gestion des ASACO ont confié à la matrone la double responsabilité à savoir la gestion de la maternité et celle du dépôt de vente (DV) des médicaments essentiels. Cette situation serait avantageuse pour la gestion financière des CSCOM, mais peut avoir un impact négatif sur la gestion des médicaments essentiels notamment le remplissage correct des supports de gestion (fiche de pointage journalier, fiche de stock...).

En 2018, BERTHE. H, au cours de son étude concernant l'utilisation des supports de gestion des médicaments essentiels dans les structures de santé de Dioila et SIDIBE.S dans son étude à Bamako sur Evaluation du système de gestion des stocks et approvisionnement des médicaments du panier dans les Cscoms avaient trouvé respectivement dans leurs études que les gérants du genre féminin prédominaient avec un taux de 56% et 74,5% **(18,19)**.

Par contre une étude faite au Bénin en 2006 par SOMDA.C sur l'évaluation du système logistique de gestion des médicaments essentiels génériques dans la commune de kpomassé avait dans son étude que sur 10 commis (gérant), 7 étaient du genre masculin **(20)**.

MALLE.F. S dans son étude en 2021 sur « Evaluation de la disponibilité des médicaments de la mère et de l'enfant : cas des CSCOM de la commune VI du district de Bamako de novembre

2019 à décembre 2020 » avait également trouvé que 72,70% des gérants étaient du genre masculin. (21)

Dans les dépôts de vente 80% des gérants étaient sous contrat cela s'explique par le fait que la plupart des gérants notamment 40% ont une expérience de (10 à 15 ans) de travail dans les dits Cscoms.

Toutefois notre résultat est différent de celui de BERTHE.H qui avait trouvé que 52% des gérants des dépôts de vente ne sont pas sous contrat. (18).

4.3. Approvisionnement en médicaments essentiels

❖ Schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels et autres produits de santé (SDADME-PS) :

Dans notre étude, pour s'approvisionner en ME juste la moitié c'est-à-dire que 50% des CSComs ont suivi le schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments autres produits de santé. Ce résultat est inférieur à ceux de BERTHE.H dans son étude en 2018 et MALLE.F. S en 2021 qui ont rapporté respectivement que (96% et 73%) des commandes en ME faites par les DV des CSComs et du CSRéf ont suivi le (SDADME-PS). (18 ;21)

Tandis que l'étude faite en 2019 par TRAORE.A à kalabancoro a révélé que les CSComs ne suivaient pas le SDADME-PS avec un taux de 60%. (22).

Ces différences s'expliqueraient par le fait que notre étude s'est déroulée dans les CSComs urbains et péri-urbains du district sanitaire de Kati vue leur proximité avec Bamako, le coût des médicaments au niveau du DRC.

4.4. Gestion des médicaments

❖ Détermination des besoins en médicaments essentiel

La détermination en médicaments essentiels est faite à partir de la liste nationale des médicaments des DV de médicaments. La DPM élabore cette liste en ME par niveau. Dans notre étude les gérants ont recours aux fiches d'inventaires pour l'estimation de leur besoin en médicaments essentiels avec un taux de 40%.

Notre résultat est différent de celui de POUYE qui a trouvé dans son étude au Sénégal en 2010, que la sélection est faite par un comité dit des médicaments sur la base de la liste nationale des médicaments essentiels (LMNE). Cette liste est propre à chaque pays et s'inspire de la liste des médicaments de l'OMS. (24)

L'estimation des besoins en médicaments est faite par le gérant dans 70% des CSComs enquêtés. Ce résultat est similaire à celui de COULIBALY.Y qui avait trouvé dans son étude que l'estimation des besoins en médicaments essentiels est faite par les gérants dans 73,8% des cas. (25)

L'estimation quantitative des besoins en médicaments est faite mensuellement et cela à travers la CMM (90%) et par disponibilité financière dans 10% des cas. Ce résultat se rapproche à celui de l'étude réalisé par COULIBALY J.Y en 2015 qui avait trouvé dans son étude au CHU du Point G que l'estimation quantitative était faite à la pharmacie hospitalière du Point G par périodicité, méthode de calcul (CMM à partir du logiciel de gestion) et aussi en fonction de la disponibilité de liquidité financière. (26)

4.5.Commande

Le gérant du DV, jouant la fonction d'auxiliaire en pharmacie était le responsable de la planification de l'approvisionnement en médicament essentiels dans 70% des dépôts de vente de médicaments essentiels, par contre le directeur de centre s'occupait de l'approvisionnement dans 30% des cas. Toutefois 60% des commandes ont été faite juste après l'inventaire, 30% quand le stock était minimal et 20% à l'épuisement du stock.

En ce qui concerne la procédure de commande dans les centres, le gérant établissait un bon de commande, le signait et le soumettait au DTC pour validation. Avant de valider, le chef de centre ajustait la commande en fonction de la période de l'année et de la disponibilité financière. Cette procédure se rapproche de celle de K. B. AURORE à l'hôpital Aristide le Dantec au Dakar (Sénégal) (27). Cet état de fait pourrait être avantageux pour une bonne gestion de stock en ME du fait que le chef de centre soit le principal prescripteur de ces médicaments.

Les commandes étaient faites à un rythme irrégulier dans les dépôts de vente enquêtés (Mensuel 50% ; Hebdomadaire 30% ; Trimestriel 10% et en fonction du besoin 10%). Ce résultat est similaire à celui de COULIBALY J.Y qui avait trouvé qu'au CHU du Point G que les commandes étaient faites à un rythme irrégulier (26).

La majorité des DV avait un degré de satisfaction de 90%. Ce résultat est en partie proche à ceux trouvés par respectivement MIWAINA G dans les CHU du point G et de Kati 90% en 2010 (28).

Le délai de livraison était d'un jour dans presque tous les CSComs enquêtés sauf un. Ce résultat est similaire à celui de BERTHE.H en 2018 dans le CSRéf et les CSComs de Dioila qui avait trouvé que le délai de livraison des commandes était d'un jour. Cette courte durée de livraison des médicaments serait dû non seulement du fait que le personnel chargé de l'achat des

médicaments essentiels vient s'auto approvisionné directement au niveau du DRC à l'aide d'un ou d'une moto, mais aussi le processus de validation du bon de commande est court de même que les quantités commandées sont peu importantes.

4.6.Réception

Dans notre étude, le comité de réception des médicaments essentiels commandés était présent 90% des CSComs. Les principaux acteurs étaient : le président de l'ASACO, le vice-président de l'ASACO, le secrétaire administratif de l'ASACO, le trésorier de l'ASACO et le directeur technique de centre. Il était fait par le gérant seul ou en collaboration avec le DTC. La mise en place d'une telle commission de réception est conforme aux directives du SDADME-PS (11).

4.7.Financement basé sur le résultat (FBR)

Dans notre étude, le financement basé sur le résultat a eu beaucoup d'impacts positifs que négatifs sur le bon fonctionnement des centres de santé. Dans ce contexte nous avons eu entre autres comme résultats : l'amélioration des services des CSComs (disponibilités des médicaments essentiels, hygiènes, relations avec les patients...) 50%, achat de matériel 30%, réalisation et rénovation des dv 10%. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés par COULIBALY.A, GAUTIER.L, ZITTI.T et RIDDE.V en 2020 dans leur article « les défis de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans les centres de santé périphériques au Mali » (29).

CONCLUSION

Notre étude descriptive et transversale avait pour objectif général d'évaluer le respect du schéma directeur d'approvisionnement, de distribution des médicaments essentiels et autres produits de santé dans les CSComs de Kati. Le schéma directeur étant l'outil incontournable de l'approvisionnement au Mali, force est de constater que juste 50% des CSComs suivait celui-ci pour son approvisionnement au niveau du DRC. Pour cause la rupture de certains produits, les coûts élevés des ME. Cependant le respect de principes de bon entreposage et de bonne réception est un acquis.

L'avènement du FBR dans les CSComs a beaucoup contribué à l'amélioration du service au sein des structures de santé, au travail bien fait et à l'augmentation des fréquences de l'approvisionnement.

RECOMMANDATIONS

A l'issue de notre étude, sur la base des insuffisances constatées, des difficultés rencontrées par les dépôts des CSComs et dans une perspective d'amélioration nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **Au District sanitaire de Kati**

- 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,
- Rendre disponible les médicaments essentiels qui partent fréquemment en rupture au niveau du DRC.

➤ **Aux ASACO :**

- Recruter assez de personnel qualifié pour la 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 SDADME-PS,
- Former les gérants sur le SDADME-PS.

REFERENCES

1. OMS. Définitions des médicaments, médicaments essentiels, médicaments génériques.
2. OMS. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire. Accessible sur le site [www.who.int/topics/primacyhealthcare /.../fr/ata](http://www.who.int/topics/primacyhealthcare/.../fr/ata) . Site visité le 08 Février 2022 à 18 heures 5 mn
3. Louiz, Y. Les médicaments essentiels. 2012.S Afr Cancer4, 62-67. Accessible sur le site <https://doi.org/10.1007/S12558-012-209-2>. Site visité le 06 juillet 2022 à 16 heures 30 mn
4. Ruptures d'approvisionnement en médicaments anti-infectieux : causes et conséquences Service des Maladies Infectieuses et Réanimation Médicale, CHU Pontchaillou, France.
5. Recommandations de l'Académie Nationale de Pharmacie. Médicaments, ruptures de stock, ruptures d'approvisionnement : une problématique polymorphe, diversité d'origines, solutions plurielles. France.2013. Accessible sur le site http://acadpharm.org/dos_public/Recommandations_ruptures_de_stocks_et_appro_VF_2013.04.24.pdf. Site visité le 05 juillet 2022
6. OMS. Séminaire sur les politiques pharmaceutiques à l'attention des experts francophones. Genève, 14-18 Septembre 2015. Politique pharmaceutique en Afrique
7. OMS. Définitions des médicaments, médicaments essentiels, médicaments génériques.
8. OMS. Définitions de dénomination commune internationale selon l'OMS.
9. BERTHE Harouna : utilisation des supports de gestion des médicaments essentiels dans les structures de santé de Dioïla : cas de 23 CSCom et du CSRéf. Thèse de la faculté de Pharmacie (USTTB) ; Bamako 2018 ; N°47.
10. Plan de réponse aux catastrophes 2002 Hôpital Gabriel Touré. Bamako Mali
11. Ministère de la Santé des Personnes Âgées et de la Solidarité. Guide du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution. Mali 2000
12. Ministère de la santé. Politique Pharmaceutique Nationale – Mali. Mali 2000 ;
13. Diallo B. Industrie Pharmaceutique : BioMed lance officiellement ses activités. 09/11/2020.
14. Charbel A. Etude de la satisfaction des clients d'une centrale d'achat : Cas de la PHARMACIE POPULIRE DU MALI (PPM) [MALI] : Université de Bamako, FMOS, Thèse de médecine ; 2019.
15. [https://Journals.openedition.org /poldev/3242](https://Journals.openedition.org/poldev/3242) Financement basé sur les résultats (FBR) au Mali : peut-on parler d'émergence d'une politique publique de santé ?
16. COULIBALY. A ; RIDDE. V ; SOME. A. P ; TOURE. L : FBR en santé maternelle et infantile et équité au BURKINA FASO et au MALI ; IDL – 59003.

17. GAUTIER. L. Financement basé sur les résultats au Mali. <http://www.equitesante.org> ; Mise en œuvre et les résultats du programme pilote de FBR dans l région de Koulikoro.
18. BERTHE H : utilisation des supports de gestion des médicaments essentiels dans les structures de santé de Dioïla : cas de 23 CSCCom et du CSRéf. Thèse de la faculté de Pharmacie (USTTB) ; Bamako 2018 ; N°47.
19. SIDIBE.S : Evaluation du système de gestion des stocks et approvisionnement des médicaments du panier, Thèse de pharmacie, Bamako, FAPH (USTTB), 2018
20. 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.
21. MALLE F.S : Evaluation de la disponibilité des médicaments de la mère et de l'enfant : cas des CSCCom de la commune VI du district de Bamako de novembre 2019 à décembre 2020, Thèse de pharmacie, Bamako, FAPH, 2021.
22. TRAORE.A. Evaluation de la disponibilité des médicaments de la mère et de l'enfant : cas de 5 CSCCom du district sanitaire de kalabancoro, Thèse de pharmacie, Bamako, FAPH (USTTB), 2019
24. Pouye CMT. Contribution à l'amélioration de la gestion des stocks de médicaments : cas du dépôt de la pharmacie IB de l'hôpital général de Grand Yoff (HOGGY). [Sénégal] : Centre Africain d'études Supérieures en Gestion (CESAG) ; 2010
25. COULIBALY Y.et DEMBELE S.O. Rapport d'Evaluation de la gestion des médicaments à visée maternelle et infantile dans le secteur sanitaire public au Mali, DPM 2014.
26. COULIBALY J.Y. Approvisionnement de la pharmacie 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
27. 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
28. Miwaïna G. 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 du Kati. [Mali] : Université de Bamako, FMPOS, Thèse de Pharmacie ; 2010.

29. COULIBALY.A, GAUTIER.L, ZITTI.T et RIDDE.V en 2020 dans leur article « les défis de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans les centres de santé périphériques au Mali »

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

LOCALISATION ET RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

NOM : Coulibaly

PRENOMS : Sekou Abdoul salam

DATE DE NAISSANCE : 12 février 1997

TITRE : Evaluation du respect du schéma directeur d’approvisionnement, de distribution des médicaments essentiels et autres produits de santé dans les centres de santé communautaires de Kati en 2022 : Enjeux et limites.

ANNEE ACADEMIQUE : 2023-2024

PAYS : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de pharmacie.

SECTEUR D’INTÉRÊT : Gestion pharmaceutique – pharmacie hospitalière

RESUME :

Nous avons effectué une étude sur le respect du schéma directeur d'approvisionnement des médicaments essentiels dans les CSComs de Kati.

Notre étude s'est déroulée dans 10 CSComs du district sanitaire de kati dont 5 urbains et 5 péri-urbains.

Il s'agissait d'une étude transversale quantitative. A la fin de notre étude nous avons remarqué : Que juste la moitié des CSComs suivaient le SDADME-PS pour leur approvisionnement. Par ailleurs le non-respect du SDADME-PS par les autres CSComs avaient des raisons multiples entre autres : le coût élevé des médicaments, ruptures au niveau du DRC. Le respect des principes de bonne réception et de bon entreposage était un acquis. Mais des efforts restent à faire pour l'utilisation des fiches du stock.

Mots clés : Respect, schéma, médicaments essentiels, Kati.

QUESTIONNAIRE :

Bonjour Madame/Monsieur, vous avez devant vous M. SEKOU ABDOUL SALAM COULIBALY, étudiant en 6ième Année pharmacie. Avec votre permission, j'ai l'honneur de vous adresser un questionnaire de thèse en pharmacie dont le thème s'intitule : « Le respect du schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels dans les CSComs de kati : enjeux et limites. » Sachez que l'anonymat et la confidentialité sont de règle.
Date de l'enquête :/...../2023. CSCOM DE
:.....

I-CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

1-Sexe /_/ 1= Masculin, 2= Féminin

2-Niveau d'étude / _/ : 1=Doctorat ; 2=TSS ; 3=TS; 4=Autres Si autre, préciser.....

3-Le gérant est-il (elle) sous contrat ? / _/ 1= oui, 2= non

Si oui, quel type de contrat ? / _/ 1= CDD, 2= CDI

4-Est-il (elle) rémunéré(e) par / _/ 1= Etat, 2= Collectivité, 3= ASACO

5-Quelle ancienneté a-t-il (elle) ?

0-5ans / _/, 5-10ans / _/, 10-15ans / _/

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 tout 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-elles le schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels ? / _ / 1= oui, 2= non

2-1-Si

non ,

pourquoi

3-Existait-t-il un responsable chargé de l'achat des médicaments essentiels ?

/ _ / 1= oui, 2= non

Quel poste occupe-t-il dans le centre de santé communautaire ?.....

4-Comment passez-vous vos commandes ?/ _ / 1= rédaction d'un bon de commande, 2= par téléphone, 3= autres Si autres, préciser

.....

5-Quel est le délai de livraison.....

6- Les approvisionnements se limitent-ils ?

6-1-Au fournisseur privilégié ? / _ / 1= oui, 2= non

6-2-Si non, autres à préciser.....

.....

6-3-Quelles en sont les raisons ?.....

.....

6-4-Aux produits présents sur la liste nationale des médicaments essentiels ? / _ / 1= oui, 2= non

7-Quel est votre rythme de commande ? / _ / 1= hebdomadaire, 2= mensuel, 3= trimestriel, 4= semestriel,

8- Il vous est arrivé par fois de faire des commandes d'urgences ? / _ / 1= oui, 2= non

Si oui, dans quel contexte.....

.....

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 ?

7-Pouvez-vous estimer en pourcentage votre état de satisfaction par rapport aux commandes que vous recevez du fournisseur privilégié?.....

8-Il vous est arrivé de faire des réclamations ? / __/ 1= oui, 2= non

Commentaire:

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-Mesure de la température / __/ 1= oui, 2= non

4-Respect de la chaîne de froid pour les produits qui le nécessitent / __/ 1= oui, 2= non

5-Stockage sur étagères / __/ 1= oui, 2= non

6-Existence d'une fiche de stock pour chaque médicament / __/ 1= oui, 2= non

7-Les fiches de stocks sont-ils à jour/ __/ 1= oui, 2= non

8-Existence des fiches inventaires / __/ 1= oui, 2= non

-Si oui, à quel rythme est-il fait ? / _/ 1= mensuel, 2= trimestriel, 3= semestriel, 4= annuel

9-Existence des ruptures de stocks les 12 mois précédant 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 précédant l'enquête ? / __/ 1= oui, 2=non Si oui, quels sont ces médicaments ainsi que les quantités périmées.....

12-Quel est le mode de gestion des produits périmés et/ou avariés ces dernières années ?

13- Les médicaments sont- ils rangés selon :

La classe thérapeutique / _/ 1= oui, 2= non

La forme galénique / _/ 1= oui, 2= non

Par ordre alphabétique / _/ 1= oui, 2= non

14- Le dépôt peut-il être fermé à clé ? / _/ 1= oui, 2= non

15- Existence de traces de rongeurs / _/ 1= oui, 2= non

16-Existence d'humidité dans le dépôt de vente / _/ 1= oui, 2= non

17-Existence de rideaux empêchant les rayons solaires de pénétrer dans le dépôt / _/ 1=oui ;
2=non

VI-FOND DE FINANCEMENT BASE SUR LE RESULTAT :

1-Existe-t-il le fond de financement basé sur le résultat dans votre structure ? / _/ 1=oui ; 2=non

Si oui ; depuis quand ?.....

Sinon ;

pourquoi ?.....

2-Quel est l'impact de ce financement dans votre structure ?

.....

3-Quels sont les avantages de ce fond au sein de votre structure ?

.....

4-Les inconvénients

5-VII-LES DIFFICULTES :

1-Les difficultés administratives :

2-Les difficultés logistiques :

3-Les difficultés avec les fournisseurs :

4-Les difficultés financières :

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.

Je le jure