

MINISTERE DE L'EDUCATION

UNIVERSITE DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année académique 2002-2003

Thèse n°

**Systeme d'approvisionnement
d'une Pharmacie Hospitalière:
cas des Hôpitaux Gabriel Touré
du Point G et de Kati.**

*Thèse présentée et soutenue publiquement le 14/12/2002 devant le jury de
la Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odontostomatologie
par Daouda Mamadou BALLO
pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie (diplôme d'Etat)*

jury:

Président:

Professeur Amadou DIALLO

Membres:

Docteur Adama DIAWARA

Docteur Benoît Yaranga KOUMARE

Directeur de thèse:

Docteur Souleymane GUINDO

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE ANNEE 2002-2003**

ADMINISTRATION

DOYEN: **MOUSSA TRAORE**- PROFESSEUR

1ER ASSESSEUR: **MASSA SANOGO**- MAITRE DE CONFERENCES

2EME ASSESSEUR: **GANGALY DIALLO**- MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YEMINIGUE ALBERT DEMBELE**- MAITRE DE
CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE: **YEHIHA HIMINE MAIGA**- CONTROLEUR DE TRESOR

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou Ba	Ophtalmologie
Mr Bocar Sall	Orthopedie-traumatologie-sécourisme
Mr Souleymane Sangaré	Pneumo-phtsiologie
Mr Yaya Fofana	Hematiologie
Mr Mamadou L Traoré	Chirurgie Générale
Mr Balla Coulibaly	Pédiatrie
Mr Mamadou Dembele	Chirurgie Générale
Mr Mamadou Koumaré	Pharmacognosie
Mr Mohamed Touré	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum Diallo	Médecine Interne
Mr Ali Guindo	Gastro-Enterologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R Chirurgie et Spécialités Chirurgicales

1. PROFESSEURS:

Mr Abdel Karim Koumaré	Chirurgie Générale
Mr Sambou Soumaré	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane Touré	Orthopedie-traumatologie, <u>Chef de DER</u>
Mr Kalilou Ouatarra	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES:

Mr Amadou Dolo	Gyneco-obsterique
Mr Djibril Sangaré	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader Traoré dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousseini Ag Mohamed	O.R.L
Mr Abdoulaye Diallo	Anesthésie-réanimation
Mr Gangaly Diallo	Chirurgie Générale

3. MAITRES DE CONFERENCES:

Mme Sy Aïssata Sow	Gyneco-obstetrique
Mr Salif Diakité	Gyneco-obstetrique

4. MAITRES ASSISTANTS:

Mme Diallo Fatimata S Diabaté	Gyneco-Obstetrique
Mr Mamadou Traoré	Gyneco-Obstetrique
Mr Sadio Yena	Chirurgie Générale
Mr Filifing Sissoko	Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE:

Mr Abdoulaye Diallo	Ophtalmologie
Mr Mamadou L Diombana	Stomatologie
Mr Sekou Sidibé	Orthopedie-traumatologie
Mr Abdoulaye Diallo	Anesthésie-réanimation
Mr Tiéman Coulibaly	Orthopedie-traumatologie
Mr Traoré J Thomas	Ophtalmologie
Mr Nouhoum Ongoiba	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon Ouatarra	Urologie
Mr Zimogo Zié Sanogo	Chirurgie Générale
Mr Adama Sangaré	Orthopedie-traumatologie
Mr Youssouf Coulibaly	Anesthésie-réanimation
Mr Samba Karim Timbo	ORL
Mme Togola Fanta Konipo	ORL
Mr Sanoussi Bamani	Ophtalmologie
Mr Doulaye Sacko	Ophtalmologie
Mr Issa Diarra	Gyneco-obstetrique
Mr Ibrahim Alwata	Orthopedie-traumatologie

DER des Sciences Fondamentales

1. PROFESSEURS:

Mr Daouda Diallo	Chimie Générale
Mr Bréhima Koumaré	Bactériologie-virologie
Mr Siné Bayo	Anatomie-pathologie-histoembryologie
Mr Gaoussou Kanouté	Chimie Analytique
Mr Yéya T Touré	Biologie
Mr Amadou Diallo	Biologie
Mr Moussa Harama	Chimie Organique
Mr Ogobara Doumbo	Parasitologie-mycologie, <u>Chef de DER</u>

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES:

Mr Yénimégué Albert Dembélé	Chimie Organique
Mr Anatole Tounkara	Immunologie
Mr Amadou Touré	Histoembryologie
Mr Flabou Bougoudogo	Bactériologie

3. MAITRES DE CONFERENCES :

Mr Bakary M Cissé	Biochimie
Mr Abdramane S Maiga	Parasitologie
Mr Adama Diarra	Physiologie
Mr Mamadou Koné	Physiologie
Mr Massa Sanogo	Chimie Analytique

4. MAITRES ASSISTANTS:

Mr Mahamadou Cissé	Biologie
Mr Sekou F. M Traoré	Entomologie Médicale
Mr Abdoulaye Dabo	Malacologie, Biologie Animale
Mr Abdrahamane Tounkara	Biochimie
Mr Ibrahim I Maiga	Bactériologie-virologie
Mr Benoît Y. Koumaré	Chimie Analytique
Mr Moussa Issa Diarra	Biophysique
Mr Amagana Dolo	Parasitologie
Mr Kaourou Doucouré	Biologie

5. ASSISTANTS:

Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Mahamadou A Théra	Parasitologie

D.E.R de Médecine & Spécialités Médicales

1. PROFESSEURS:

Mr Abdoulaye Ag Rhaly	Médecine Interne
Mr Mamadou K Touré	Cardiologie
Mr Mahamane Maiga	Néphrologie
Mr Baba Koumaré	Psychiatrie, <u>Chef de DER</u>
Mr Moussa Traoré	Neurologie
Mr Issa Traoré	Radiologie
Mr Mamadou M Keita	Pédiatrie
Mr Hamar A Traoré	Médecine Interne
Mr Dapa Aly Diallo	Hématologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES:

Mr Toumanie Sidibé	Pédiatrie
Mr Bah Keita	Pneumo-phtisiologie
Mr Boubacar Diallo	Cardiologie
Mr Somita Keita	Dermato-leprologie
Mr Moussa Y Maiga	Gastro-entérologie
Mr Abdel Kader Traoré	Médecine Interne

3. MAÎTRES ASSISTANTS:

Mr Mamadou Dembéle	Médecine Interne
Mr Mamady Kané	Radiologie
Mr Tatiana Keita	Pédiatrie
Mr Diankiné Kayentao (feu)	Pneumo-phtisiologie
Mme Traoré Mariam Sylla	Pédiatrie
Mr Siaka Sidibé	Radiologie
Mr Adama D. Keita	Radiologie
Mme Sidibé Assa Traoré	Endocrinologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE:

Mr Bou Diakité	Psychiatrie
Mr Bougouzié Sanogo	Gastro-entérologie

Mr Saharé Fongoro	Néphrologie
Mr Bakoroba Coulibaly	Psychiatrie
Mr Kassoum Sanogo	Cardiologie
Mr Seydou Diakité	Cardiologie
Mme Habibatou Diawara	Dermatologie
Mr Mamadou B Cissé	Pédiatrie
Mr Arouna Togora	Psychiatrie

5. ASSISTANT:

Mr Cheik Oumar Guindo	Neurologie
-----------------------	------------

D.E.R des Sciences Pharmaceutiques

1. PROFESSEUR:

Mr Boubacar Sidiki Cissé	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES:

Mr Arouna Keita (feu)	Matière Médicale
Mr Ousmane Doumbia	Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES:

Mr Boukassoum Haidara	Législation
Mr Elimane Mariko	Pharmacologie, <u>chef de DER</u>

4. MAITRES ASSISTANTS:

Mr Drissa Diallo	Matières médicales
Mr Alou Keita	Galénique
Mr Ababacar I Maiga	Toxicologie
Mr Yaya Kané Galenique	

D.E.R de Santé Publique

1. PROFESSEUR:

Mr Sidi Yaya Simaga	Santé Publique, chef de DER
---------------------	-----------------------------

DEDICACES

Ce travail est dédié à la mémoire de ma mère Salimata Traoré décédée alors que je préparais mon baccalauréat:
Mma!! les 3 arbres que tu as plantés ont mûri.

Ce travail est également dédié à la mémoire de mon grand-père Amarra Ballo, ce travail est une partie de ce qu'il avait voulu accomplir. Le récit de son passé me donne un sentiment de digne fierté.

J'aimerai manifester ici en toute humilité le Profond respect que j'ai envers mon père Mamadou Ballo.
Mes encouragements à mes frères Salifou et Siaka.

REMERCIEMENTS & SALUTATIONS

Mes remerciements vont à:

☞ Madame Diallo deidia, gérante de la pharmacie les Hirondelles pour son soutien constant à mon égard (vous êtes une bonne "Denbayuma"),

Nous sommes tous émerveillé par votre dynamisme,

☞ Me Hamaty diallo, mari de Dr Deidia : vos conseils nous ont été très utiles

☞ Le personnel de la pharmacie les Hirondelles: Djeneba Touré (zeinab), Youssouf Tata Cissé (kamarakè), karounga Traoré, Gaoussou Koita (Gaston).

☞ Tout le Personnel de la société MEDIPHAR.

Tout le personnel de la pharmacie Gabriel Touré:

☞ Le chef de service Mme Kalé Awa Traoré

☞ Dr Bengaly: C'est vous qui avez donné un sens a ce travail les mots me manquent² pour vous remercier.

☞ Dr Dramane Koné: merci pour votre fraternité.

☞ Les comptables: Camara, Sangaré

☞ Madame la Directrice du CHU G. Touré

☞ Aux autres membres de la Direction du CHU Gabriel Touré notamment Mr Sacko, Mr Boiré (le Comptable)

☞ Le chef de Service de la Pharmacie du CHU du Point G, Dr Benoît Koumaré et son adjoint Dr Seydou.

☞ Monsieur le Directeur du CHU du Point G, le Pr. Issa Traoré.

☞ le Comptable du CHU du Point G, vos explications ont été très utiles.

☞ Le chef de service de la Pharmacie de l'hôpital de Kati, Dr Djènèba

☞ Monsieur le Directeur de l'Hôpital de Kati,

☞ Dr Amarra Traoré de la DPM,

☞ Mme Mariam Traoré gérante de la Pharmacie du CNOS,

☞ Tout le Personnel de la FMPOS

Salut à:

☞ La dernière promotion de l'ENMP (Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie):

"Les" Daouda sangaré ("homo"), Abdoulaziz (Aziz), Macky diallo, Alain Mangan ("ptit" in), Madjid,

"Les" Zoumaro Monkoro (Zoom), Zakaria Goro, Cheik Tapo, Moussa Sanogo ("respon"), Les" Timbeli, Ouologem, Abdoulaye Konipo, Cheik Sangré, Abdramane, Garba (expert), Moussa (Abidjan)

"Les" Oumou, "les" Dravé, "les" Assi, "les" Sacko

"Les" Mamadou Kanté, MamadouTandia, Aliké
.....à toute la classe.

☞ Certains compagnons étudiants:

"Les" Ibrahim Bah (JPL la nasa!), Mamadou (Prof), Sorry, les" Fomba, Karamoko Touré (KARA), "les" Kôla.

Je m'incline devant la mémoire de deux amis (des compagnons de classe) qui nous ont quitté très tôt: Zakaria Djiré (décédé à la suite d'une Néphropathie) et Abdoulaye dit Blo (décédé à la suite d'une Neuropathie).

¹ En milieu universitaire Malien et même dans les lycées au cours des causeries on commence par "les" pour citer des noms d'amis ou de copains pour lesquels on garde de bons souvenirs.

Remerciements aux Membres du Jury

A notre Maître et Président du Jury : Pr. Amadou DIALLO

Professeur Agrégé en Biologie Animale,

Chargé de cours de Biologie animale et Zoologie l'Université du Mali.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse

En plus de vos qualités de chercheur au Malaria Training Centre, nous gardons de vous l'image du maître aux qualités humaines inestimables.

Vos critiques et suggestions contribueront sans doute à améliorer ce travail.

A notre Maître le Docteur Benoît KOUMARE, Membre du Jury:

Docteur en Pharmacie, chef de service de la Pharmacie du CHU du Point G et Maître Assistant en Chimie Analytique à l'Université du Mali.

Votre sympathie et votre disponibilité nous ont permis de mieux comprendre la chimie analytique.

Nous écouterons avec admiration vos critiques et suggestions afin d'améliorer ce travail.

Au Docteur Adama DIAWARA, Membre du Jury:

Maître Assistant en Santé Publique à l'Université du Mali et vous êtes le chef de la Division Assurance Qualité et économie à la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM).

C'est un grand honneur pour nous d'avoir un homme de votre envergure pour juger une thèse réalisée sur la Pharmacie Hospitalière du Mali.

Vos critiques et suggestions seront bien appréciées.

A notre Maître le Docteur Souleymane GUINDO, Directeur de thèse:

Docteur en Pharmacie, ancien Directeur de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) , Promoteur de la Société MEDIPHAR et chargé de cours de gestion à l'université du Mali.

C'est Par votre compétence, votre expérience, votre disponibilité que j'ai appris à faire un travail recherche et Je vous prie de bien vouloir accepter, l'expression de ma grande admiration.

ABREVIATIONS

A.M.M	Autorisation de Mise sur le Marché
A.R.V.	Antirétroviraux
C.I.M	Classification Internationale des Maladies
C.N.O.S	Centre National D'Odontostomatologie
C.N.T.S	Centre National de Transfusion Sanguine
C.S.C ou C.S.Ref	Centre de Santé de Cercle ou Centre de Santé de Référence
C.S.Com	Centre de Santé Communautaire
CO..MA.TEX	Compagnie Malienne de Développement des Textiles
D.C.I	Dénomination Commune Internationale
D.L.P	Division Laboratoire Pharmacie
D.N.S.P	Direction Nationale en Santé Publique
D.P.M	Direction de la pharmacie et du Médicament
D.R.C	Dépôts Répartiteurs de cercle
D.V	Dépôt de Vente
E.P.A	Etablissement Public a caractère Administratif
FE.N.A.S.COM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
G.E.F	Gestion Economique et Financière
I.E.C	Information Education Communication
I.M.A..A.R.V.	Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux.
I.N.R.S.P	Institut National de recherche en Santé Publique
L.N.S	Laboratoire National de la Santé
L.M.E	Liste de Médicaments Essentiels
LMRef	Liste de Médicaments Référencés
LNMA	Liste Nationale de Médicaments Autorisés
M.A.R.H	Mission d'Appui à la Réforme Hospitalière
M.E	Médicaments Essentiels
M.E.G	Médicament Essentiel Générique
M.S.P.A.S	Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité
O.M.P	Office Malien de la Pharmacie
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé
O.R.L.	Oto-rhino-laryngologie
P.D.D.S.S	Plan Décennal de Développement Socio Sanitaire
P.M.A	Paquet Minimum d'Activité
P.N.L.S	Programme National de Lutte contre la Sida
P.P.M	Pharmacie Populaire du Mali
P.P.N	Politique Pharmaceutique Nationale
PRO.DE.S.S	Programme de Développement Socio Sanitaire
S.D.A.-M.E	Schéma Directeur d'Approvisionnement en médicaments Essentiels
SDAD	Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution
U.M.P.P	Usine Malienne des Produits Pharmaceutiques
U.N.I.C.E.F	Fondation des Nations Unies pour l'enfance

SOMMAIRE

INTRODUCTION	18
OBJECTIFS	20
GENERALITES	22
1. ZONE D'ETUDE	23
2. POLITIQUE DE SANTE DU MALI	24
3. PRODESS	26
4. POLITIQUE PHARMACEUTIQUE NATIONALE DU MALI	28
QUELQUES DEFINITIONS	33
1. MEDICAMENTS ESSENTIELS	33
2. DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE	33
3. GENERIQUE	34
4. PHARMACOECONOMIE	34
APPROVISIONNEMENT	37
1. PROCESSUS D'ELABORATION DES COMMANDES	38
1.1 ESTIMATION QUALITATIVE DES BESOINS	38
1.2 ESTIMATION QUANTITATIVE DES BESOINS	41
2. CHOIX DES FOURNISSEURS	45
2.1 RELATION AVEC LES FOURNISSEURS	45
2.2 FOURNISSEURS POSSIBLES	46
2.3 DOSSIER FOURNISSEUR	46
3. PASSATION DE LA COMMANDE	47
4. RECEPTION	49
FONCTION GESTION DES STOCKS	51
1. DEFINITION DE LA GESTION DES STOCKS	51
2. MODES DE STOCKAGE	52
3. NATURE DU SYSTEME D'INFORMATION ASSOCIE	54
4. APLICATION DE LA LOI DE PARIETO	55
METHODOLOGIE	57

ETUDE ANALYTIQUE	65
1. OUTILS DE MESURE	66
1.1. MANUEL DE PROCEDURES	66
1.2. SCHEMA DIRECTEUR D'APPROVISIONNEMENT ET DE DISTRIBUTION	70
1.3. SCHEMA D'APPROVISIONNEMENT SPECIFIQUE AUX HÔPITAUX	74
1. 1.4. INDICATEURS DE MESURE	78
2. RESULTATS DE L'ETUDE	81
3. DISCUSSION ET COMMENTAIRE	93
CONCLUSION	101
RECOMMANDATIONS	103
BIBLIOGRAPHIE	106
ANNEXE	110

INTRODUCTION

Au cours de mon stage de 3^{ème} année à l'hôpital **Gabriel Touré** je me suis rendu compte de l'importance pour un Pharmacien de se familiariser avec les médicaments.

De mon entretien avec le Directeur de la DPM, il ressort une possibilité de thèse sur la Pharmacie Hospitalière du Mali. Conscient de l'expérience acquise pendant mon stage à l'officine ; cette possibilité de thèse me donnait l'occasion de mieux comprendre le circuit du médicament et d'apporter une petite contribution à la nouvelle réforme hospitalière de mon pays à travers les conclusions et recommandation de la présente étude.

Au Mali la Politique Sectorielle de Santé attribue des degrés de compétence aux établissements Sanitaires suivant un système pyramidal.

L'hôpital se trouve au sommet de cette pyramide qui compte 4 hôpitaux nationaux et chaque hôpital est doté d'une pharmacie interne.

Les textes réglementaires sont bien connus en ce qui concerne les pharmacies privées qui sont par ailleurs bien connues de la population. Cependant à coté de ces pharmacies privées il y' a lieu de retenir le rôle des pharmacies hospitalières, appelées pharmacies d'intérieures, dans l'amélioration de la couverture pharmaceutique nationale.

Les pharmacies d'intérieures jouent un rôle fondamental dans la chaîne des soins, cependant elles sont mal connues de la population. La pharmacie d'intérieure est un maillon essentiel pour la prise en charge en médicaments et dispositifs

médicaux sans lesquels la prise en charge thérapeutique des malades hospitalisés serait incomplète.

Le système d'approvisionnement de la Pharmacie recouvre la préparation, le lancement et la réception des commandes médicaux et enfin la mise en stock.

Au Mali les procédures comptables et gestionnaires des hôpitaux ne sont pas assez claires ce qui rend difficile la mise en place d'un mécanisme d'approvisionnement indépendant et rapide, permettant une disponibilité permanente des produits pharmaceutiques.

Le Ministère de la Santé sous l'appellation de "Ministère de la Santé et de l'Action Sociale" a adopté en 1995 un Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution (S.D.A.D) dont l'objectif est d'assurer l'accès des populations aux médicaments à des prix compatibles à leur pouvoir d'achat.



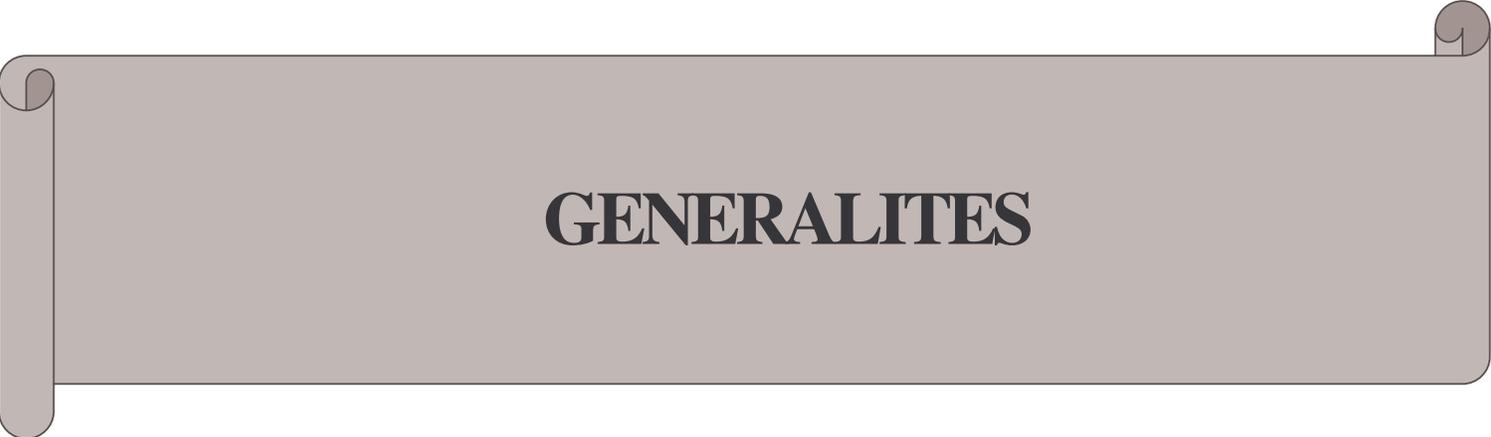
OBJECTIFS

1. Objectif Général :

L'objectif de cette étude est **d'analyser le système d'approvisionnement** d'une pharmacie hospitalière dans le cadre de la Politique Pharmaceutique Nationale.

2. Objectifs Spécifiques :

- ☞ Récrire le circuit d'approvisionnement,
- ☞ Relever les forces et faiblesses du système par rapport aux directives du document élaboré par la DPM en octobre 2000 intitulé "*Organisation des Pharmacies Hospitalières du Mali: Objectifs - Principes - Méthodes*"
- ☞ Recenser les supports de gestion de l'approvisionnement,



GENERALITES

1. ZONE D'ETUDE

Cette étude a été réalisée au Mali, un pays africain situé au sud du Sahara. Le Mali est un pays continental situé au centre de l'Afrique de l'ouest, partageant près de 7 200 km de frontières avec au nord l'Algérie, à l'Est le Niger au Sud-est le Burkina-Fasso au Sud la côte d'Ivoire au Sud-ouest la Guinée à l'ouest le Sénégal et la Mauritanie. Les plaines et les bas plateaux dominent le relief, l'altitude moyenne est 500 mètres.

Le pays est arrosé par deux grands fleuves, le fleuve Niger et le fleuve Sénégal; on y rencontre de nombreux cours d'eau.

Le Mali s'étend sur une superficie de 1.240.192 km² avec une population de 10,4 millions d'habitants et un taux d'accroissement de 2,2% par an. Le revenu moyen annuel de la population est de 240 \$ U S.

Le Mali comme la plupart des pays dit en voie de développement présente une situation sanitaire précaire.

Il est important de souligner que 75% des dépenses courantes de santé proviennent des revenus des ménages.

La population est essentiellement rurale (73 %). Il s'agit d'une population assez jeune (46 % a moins de 15 ans). L'espérance de vie à la naissance y est de 53 ans contre 78,6 en Suisse. Le taux de scolarisation brut est de 60% dont 52% pour les filles. Seulement 59 % de la population vit dans un rayon de 15 km d'une formation sanitaire de 1^{er} niveau. Selon le rapport du PNUD de 2001 sur le développement dans le monde, le Mali se classe 153^{ème} sur 162 pays (en terme d'indice de développement humain). Les taux de mortalité infantile et maternelle restent encore très élevés. En effet, 111 enfants sur 1000 meurent avant d'atteindre l'âge 1 an, 226 avant l'âge de 5 ans, et 577 femmes sur 100 000 meurent en donnant la vie.

2. LA POLITIQUE DE SANTE

2.1 INTRODUCTION :

Le Mali a adopté le 15 décembre 1990 une nouvelle politique de santé fondée sur: les principes des soins de **santé primaires**, **l'Initiative de Bamako** et le **système de santé de district**.

Le troisième **Plan Décennal de Développement Sanitaire** (1998 - 2007) en cours d'exécution tire les leçons des expériences: de recouvrement des coûts , des projets magasins-santé (exécutés dans le Nord du pays), de gestion des médicaments essentiels, d'autonomie de gestion des hôpitaux, de réformes pharmaceutiques, d'approches participatives et de gestion communautaire des centres de santé de premier niveau.

Cette nouvelle politique a retenu comme principe fondamental, de faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle basée sur une approche populationnelle. Elle assigne des missions par niveau central, régional et local:

- **le niveau central**, chargé de l'appui stratégique, détermine le niveau des investissements, des charges de fonctionnement du secteur, les normes et standards qui tiennent compte des principes d'efficacité, d'équité et de viabilité ;
- **le niveau régional** est chargé de l'appui technique aux cercles ;
- **le niveau local**, le cercle ou " district sanitaire " est l'unité opérationnelle de planification.

La politique nationale de santé vise **quatre objectifs** majeurs :

- L'extension de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité des prestations sanitaires.
- 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.

En guise de premiers **résultats** de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et population au niveau des hôpitaux, on peut retenir qu'à partir du développement du premier niveau de référence au CSC, il était attendu que les hôpitaux développent les fonctions de référence secondaire et tertiaire. Aussi, les résultats des expériences d'autonomie de gestion dans les hôpitaux nationaux et à l'hôpital régional de Ségou devaient-ils aider à la formulation d'une politique hospitalière s'articulant autour des axes suivants :

- le renforcement de l'autonomie et de la capacité de gestion des hôpitaux en les érigeant en Etablissements Publics à caractère Administratif (EPA) ;
- le développement des fonctions de formation et de recherche ;
- l'amélioration de la qualité des prestations de service.

Malgré ces efforts le secteur hospitalier a besoin d'une véritable réforme de fond afin de lui donner la place qui lui revient dans le développement du système sanitaire.

Cette volonté de réforme s'est traduite par la mise en place d'une mission d'appui à la réforme hospitalière (MARH) qui a pour terme de références :

" De conduire les études et de faire des propositions de réforme du système hospitalier en vue d'améliorer l'organisation, le fonctionnement et la qualité des prestations des services hospitaliers".

A cet effet, elle :

- Procède aux études, recherches et analyses nécessaires à l'évaluation des résultats de la politique hospitalière mise en œuvre ;
- Propose au ministre de la santé les éléments de réformes de la politique hospitalière conformément aux orientations et objectifs de la politique nationale de développement sanitaire et social définie par le gouvernement.
- Participe, en apportant une expertise , à la mise en œuvre de la réforme hospitalière adoptée par le gouvernement.

2.2. LE PRODESS

Le Mali entame avec le **Programme de Développement Sanitaire et Social** (PRODESS) 1998-2007, et de son **Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social** (PDDSS) 1998-2007, une nouvelle étape du développement de son système de santé et d'action sociale. En effet, le PRODESS et le PDDSS procèdent désormais d'une approche globale du développement sanitaire et social dite **approche programme**.

Il fixe ainsi les actions prioritaires en matière de santé et d'action sociale pour les cinq premières années du PDDSS.

Cependant, cette nouvelle étape tient compte des importants acquis de la mise en œuvre de la **Politique Sectorielle de Santé et de Population** (PSSP) ainsi que de la politique de solidarité, qu'elle entend renforcer. Ces acquis se résument-en :

- une augmentation de la couverture sanitaire du premier niveau avec 347 structures de même niveau offrant des soins de proximité ;
- une amélioration de l'offre de services au niveau périphérique à travers le Paquet Minimum d'activités (PMA) intégrant progressivement les missions classiques des programmes de lutte contre la maladie ;
- une meilleure participation des communautés à travers une fédération des associations de santé communautaire (FENASCOM) qui regroupe plus de 300 associations ;
- une meilleure responsabilisation des équipes de cercles et des régions dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans de développement sanitaire des cercles;
- la mise en place d'un système d'approvisionnement régulier en médicaments essentiels : le schémas directeur d'approvisionnement et de distribution ;
- le renforcement des plateaux techniques du secteur hospitalier
- une meilleure gestion technique et financière des programmes ;
- un "redimensionnement" de l'action sociale qui a permis des actions de proximité au bénéfice des groupes vulnérables renforçant ainsi la solidarité et la mobilisation autour des programmes de santé ;
- l'élaboration d'un projet de loi cadre de protection sociale pour la prise en charge des handicapés et autres démunis ;
- la définition d'un cadre législatif et réglementaire propice au développement de la mutualité en République du Mali.

Nous terminerons cette partie consacrée au PRODESS par une présentation de ses objectifs généraux.

➤ **Objectifs généraux:**

Les priorités retenues visent à réduire la morbidité et la mortalité liées aux principales maladies et contribuer à la réduction de l'exclusion sociale au Mali. Elles portent sur: **la lutte contre la maladie** et les **carences nutritionnelles**, la **lutte contre le SIDA**, le **développement de la santé de la reproduction**, qui sont considérés comme des solutions pour éviter une duplication de ressources; une approche intégrée sera privilégiée aux échelons du système de santé et d'action sociale:

- l'extension de la couverture et l'amélioration de la qualité des services de santé;
- la lutte contre l'exclusion ;
- la mobilisation sociale en faveur de la santé ;
- la promotion de mécanismes alternatifs de financement ;
- le développement des ressources humaines.

2.3. LA POLITIQUE PHARMACEUTIQUE NATIONALE DU MALI (PPN)

Le Gouvernement du Mali à travers le Ministère de la santé déclarait en 1990 sa politique Sectorielle de Santé et de population basée sur les principes de l'initiative de Bamako où le médicament essentiel occupe une place centrale.

Auparavant la 28^{ème} Assemblée Générale de l'O.M.S. en 1975 demandait aux états membres l'élaboration d'une politique Nationale de médicaments essentiels.

Cette élaboration comprend trois phases de développement:

- La formation,
- La mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale nécessitant l'élaboration du plan d'action prioritaire,
- Le suivi-évaluation nécessitant l'élaboration d'indicateurs et des modalités de suivi.

La politique Pharmaceutique est donc partie intégrante de la Politique Sectorielle de Santé et de Population du Mali.

La politique actuelle a donc été développée en même temps que la dernière planification décennale des actions sanitaires et sociales. Les plans d'actions quinquennales et prioritaires sont directement intégrés au PRODESS et à son plan d'action prioritaire (des 2 dernières années).

La présente politique pharmaceutique a été adoptée en juin 1998 par le gouvernement comme document annexe du PDDSS et du PRODESS.

2.3.1 OBJECTIFS DE LA POLITIQUE PHARMACEUTIQUE NATIONALE (PPN)

La politique pharmaceutique nationale décrit un certain nombre de stratégies et d'orientations dans un objectif de santé pour tous à un horizon aussi proche que possible.

a) L'objectif général de la politique pharmaceutique nationale est de rendre accessible géographiquement, physiquement et financièrement à la population des médicaments essentiels de qualité.

b) Les objectifs Spécifiques visent essentiellement à:

- Développer la diffusion des médicaments essentiels génériques (MEG) en Dénomination Commune Internationale (DCI) de qualité à travers tous les circuits de distribution.
- Développer la complémentarité entre secteur privé, publique et communautaire dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments et autres produits du domaine pharmaceutique.
- Améliorer les pratiques de prescriptions et de distribution.
- Maintenir le stock à travers le système de recouvrement des coûts.
- Améliorer le cadre législatif et réglementaire ainsi que la coordination de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique.

c) **Le cadre stratégique** adopté vise essentiellement:

- Une tarification et un financement des médicaments à travers un système de recouvrement des coûts,
- L'élaboration d'une législation et d'une réglementation assez claire,
- Information et formation des prescripteurs et distributeurs.
- Promouvoir la Production locale.

d) **La PPN est orientée** vers :

- L'élaboration de la Liste Nationale de médicaments.
- L'Importation annuelle de médicaments et l'achat par appel d'offre.
- La suppression du contrôle de la SGS sur les médicaments essentiels génériques et les matières premières entrant dans leur fabrication.
- Développer l'information et la formation des prescripteurs et dispensateurs y compris dans les écoles de formations.
- Création de la DPM pour coordonner le secteur pharmaceutique,
- Renforcer les missions des centres de Santé de référence et des Hôpitaux par l'évaluation des besoins, l'approvisionnement en médicaments, l'information et la formation des prescripteurs(ou personnels) et utilisateurs.

On remarque que la pharmacie hospitalière est mentionnée en ce qui concerne la cette politique pharmaceutique nationale: "**le renforcement des missions des hôpitaux par l'évaluation des besoins, l'approvisionnement en médicament, l'information et la formation des personnels et utilisateurs**".

De même certaines expressions comme **liste de médicament, appel d'offre, prescripteurs, dispensateurs, recouvrement de coût et disponibilité des médicaments** font penser aux formations hospitalières.

2.3.2 EVOLUTION DU SECTEUR PHARMACEUTIQUE:

Sur le plan politique le secteur pharmaceutique malien a connu essentiellement **quatre périodes d'évolution:**

➤ **La période 1960-1983** est caractérisée par :

- La gratuité du médicament au niveau des formations hospitalières,
- L'Importation et la distribution aux établissements sanitaires Publics à travers la PPM, la Pharmacie d'approvisionnement (PHARMAPRO) et deux officines privées.

➤ **La période 1983-1989** se caractérise par:

- La suppression de la PHARMAPRO,
- La création de l'U.M.P.P,
- Le monopole de la PPM quant à l'importation et la distribution de médicaments.
- La privatisation des professions sanitaires qui s'est traduite par un développement du secteur pharmaceutique privé.
- L'élaboration et la mise en œuvre de la réforme pharmaceutique.
- L'importation des médicaments essentiels en DCI pour favoriser le recouvrement des coûts du médicament essentiel et la viabilité des systèmes testés à l'occasion du premier projet de développement sanitaire.

➤ **La période 1989-1994** est caractérisée par:

- La mise en pratique des concepts de l'Initiative de Bamako en ce qui concerne la distribution des médicaments et le recouvrement des coûts.
- L'accélération de la création de dépôts communautaires en ce qui concerne les établissements sanitaires.

➤ **La période janvier 1994 à nos jours :**

Pour anticiper les effets de la dévaluation certaines mesures ont été prises :

- Gel des prix à la consommation du 13 au 31 janvier 1994, suite à des négociations entre les différents intervenants dans le secteur du médicament.
- Limitation de la hausse des prix du médicament à travers une fixation consensuelle de nouvelles marges qui a vu le gouvernement ramener la pression fiscale sur les médicaments de 22% à 6%, les grossistes ramener leur marge de bénéfice 20% à 14% et les Pharmacies d'officines de 25% à 20%. Ces différentes mesures tendent à limiter la hausse à 55%.
- Relance de la politique des médicaments essentiels génériques tant au niveau national avec la redéfinition d'une nouvelle politique, qu'au niveau Sous régional marqué par la déclaration d'Abidjan (mars 1994) et le communiqué final de Bruxelles (avril 1995).
- Mise en place d'un Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution.
- Mobilisation par le MSPAS et de ses partenaires au développement pour une aide ayant permis l'acquisition de médicaments essentiels en générique, par appel d'offre international de qualité et à prix très compétitifs.
- Accord entre le MSPAS et les privés sur la mise en place de marge bénéficiaire maximum sur les médicaments et la distribution de médicaments essentiels.
- Fixation par le MSPAS de marges maximum dans les formations publiques et communautaires.
- Elaboration du code de santé publique.

QUELQUES DEFINITIONS

1. MEDICAMENTS ESSENTIELS

On désigne sous le nom de médicaments essentiels les produits indispensables et les plus efficaces pour assurer les soins de santé de base à titre préventifs ou curatifs.

Le médicament essentiel est soumis aux mêmes contraintes de fabrication, de qualité et de commercialisation que tous les médicaments. Il est dit essentiel, parce que ses propriétés curatives, établies et vérifiées dans les meilleures conditions qu'offre l'expertise internationale, le rendent particulièrement utile dans le traitement des affections fréquentes et graves.

Il existe une liste élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et des listes nationales adaptées aux besoins de chaque pays.

Le médicament essentiel peut être présenté sous:

- Une Dénomination Commune Internationale (DCI), qui est le nom chimique de la molécule principale.
- Un nom générique

2. DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE (DCI)

La DCI désigne le nom internationalement admis d'un médicament et permet de se guider plus facilement. Son usage permet l'homogénéité du système et une meilleure utilisation du médicament. Plusieurs noms de marque peuvent correspondre à une même DCI (ex : amoxicilline est la DCI du Clamoxyl®)

Un médicament essentiel en Dénomination Commune Internationale a la même efficacité que les spécialités correspondantes. Il a une présentation simple, un faible coût dus aux marges variables et des frais de recherche et de promotion appliqués aux spécialités, ce qui fait qu'il est accessible à une frange plus importante de la population.

3. GENERIQUE

On désigne par Médicament Générique, toute spécialité (= nom de marque) passée dans le domaine public au terme de la protection accordée à l'inventeur (brevet ayant dépassé 20 ans) par la législation sur la propriété industrielle.

Le brevet ou licence est l'exclusivité de l'exploitation d'une découverte de médicament réalisée par un laboratoire pour une durée de 20 ans.

Cependant les accords de Doha relatifs aux brevets accordent la possibilité pour un pays de produire des médicaments génériques sous brevet pour des raisons particulières (humanitaire, terrorisme). C'est le cas des ARV et des produits entrant dans le cadre de la lutte contre le terrorisme (les Etats Unies ont été obligés de commander de la ciprofloxacine aux Indiens) .

Il faut noter qu'il existe une véritable bataille à propos des brevets sur les ARV entre les ONG, certains pays dont l'Afrique du sud d'une part et les firmes pharmaceutiques d'autre part.

Le Générique peut être présenté sous:

- Une Dénomination Commune Internationale (DCI).
- Un Nom de marque autre que celui qui a été brevetée.
- Un nom de "fantaisie"

4. LA PHARMACOECONOMIE

La pharmacoéconomie est l'application aux produits pharmaceutiques (médicaments et dispositifs médicaux) de l'évaluation économique.

La pharmacoeconomie permet l'évaluation économique de la mise en œuvre des stratégies thérapeutiques d'une part, et l'optimisation de l'allocation des ressources disponibles d'autre part.

Le pharmacien doit initier et développer, en collaboration avec différents partenaires, des études de pharmaco-économie en vue d'éclairer sa stratégie d'achats ou sa politique du médicament ou des dispositifs médicaux. La pharmacoeconomie favorise la prise de décision du Pharmacien.

Lors d'une étude Pharmaco-économique, le pharmacien **enregistre les données cliniques nécessaires** pour l'étude en fonction des stratégies thérapeutiques et en tenant compte de leurs conséquences sur la consommation de ressources. Il relève les **données pertinentes pour l'analyse des coûts** (unité d'œuvre).

Lors de la réalisation d'études de pharmaco-économie, il s'avère important de fixer :

- l'objectif et la perspective de l'étude,
- les justifications rationnelles des options retenues sur la base de la littérature et des résultats cliniques disponibles
- le critère d'efficacité,
- Le type d'analyse,
- le type de coûts retenus (il s'agit des coûts directs, indirects, intangibles)

Le pharmacien doit collaborer avec d'autres intervenants notamment le corps médical, les methodologistes , les experts en économie de la santé.

L'analyse d'une étude pharmacoéconomique s'effectue en identifiant :

- la population retenue dans l'étude (patient, hôpital, Sécurité Sociale, Société Savante)
- Situer le problème, justifier les choix retenus notamment : - le choix des comparateurs - le traitement de référence - la population cible - la méthode d'analyse - la correspondance entre la stratégie de référence et celle

effectivement utilisée pour la prise en charge de la pathologie étudiée dans l'établissement.

- Les types d'analyses susceptibles de minimiser les coûts, il s'agit de :coût-efficacité, coût-utilité-, coût-bénéfice.
- Les types de coûts : coûts directs médicaux variables ou fixes ou non médicaux variables ou fixes- coûts indirects- coûts intangibles.

APPROVISIONNEMENT

Les principales fonctions des pharmacies hospitalières en matière d'approvisionnement sont les suivantes :

- aider au déclenchement des commandes,
- préparer les commandes,
- transmettre la commande aux fournisseurs,
- suivre les commandes en cours,
- aider à réceptionner les commandes,
- liquider les factures,
- effectuer le mandatement

Les acteurs de ces fonctions d'approvisionnement de la pharmacie sont en général:

- la pharmacie pour les premières fonctions,
- la pharmacie ou bien les services économiques, pour la liquidation,
- les services économiques et financiers pour le mandatement.

En règle générale, les pharmacies hospitalières sont utilisateurs du système de gestion économique et financière (GEF) de l'hôpital.

Dans ce paragraphe nous porterons une attention particulière sur le processus de commande.

1. PROCESSUS DE COMMANDES

1.1. L'ESTIMATION QUALITATIVE DES BESOINS

La gestion du médicament repose sur le pharmacien. Il devra donc définir un niveau de stock optimum, compte tenu de la demande et des contraintes locales.

Comment s'effectue la sélection des produits à détenir en stock ?

1.1.1 Mode de sélection des Médicaments Essentiels

La sélection des médicaments essentiels se fait par niveau de soins suivant les critères suivants :

- 1) Epidémiologie locale
- 2) Efficacité
- 3) Innocuité/maniabilité
- 4) Coût
- 5) Disponibilité sur le marché

De même que pour l'ensemble des produits Pharmaceutiques, la sélection des médicaments essentiels passe par l'obtention d'une "autorisation de mise sur le marché (AMM)". Au Mali les conditions d'obtention de ce document, valable pour tout produit importé ou fabriqué (spécialités et génériques en DCI) sont décrites dans le décret n° 95/009.

Afin de vérifier la validité de cette AMM, un visa à l'importation délivré par les autorités sanitaires est exigé par les services douaniers.

Parmi tous ces critères de sélection, nous nous intéresserons à l'épidémiologie locale qui semble être le critère le plus important.

Pour cela il faut déterminer tout d'abord le problème de santé rencontré ensuite sélectionner les médicaments utilisés pour ce problème de santé.

1.1.2 Elaboration de la Liste des Principaux Problèmes de Santé

S'il n'existe pas de statistique de morbidité on pourrait utiliser la classification des maladies de l'O.M.S. Cependant cette classification internationale des maladies (CIM) suppose des précisions diagnostiques très poussées. On pourrait alors en principe définir les problèmes de santé en fonction des précisions diagnostiques raisonnables pour chaque établissement de soin hospitalier. Cependant les statistiques de morbidité ont une plus grande commodité d'utilisation.

1.1.3 Choix des problèmes à traiter:

Elle est fonction du plateau technique c'est à dire de la capacité de diagnostique et de prescription des agents de l'établissement.

Elle est également fonction de la pyramide sanitaire c'est à dire, l'éventail des affections considérées en augmentation progressive à chaque niveau de soin de santé.

Un traitement souhaité et possible peut être un traitement complet ou un traitement initial en attendant le niveau plus élevé.

On peut avoir aussi un traitement de suivi prescrit ; comme exemple nous avons le cas des Anti-hypertenseurs sous la supervision de l'hôpital mais dispensé par un CSCOM.

1.1.4 Choix des médicaments

Le résultat de ce choix conduirait à l'obtention de liste de médicaments essentiels.

Ici on doit suivre les critères de l'O.M.S. Il s'agit de :

1- Commission locale: elle est composée de personnes compétentes dans le domaine de la médecine, de la pharmacie ou de la pharmacologie, les agents de santé de catégories devant utiliser le médicament.

- 2- Utiliser si possible le nom générique international.
- 3- Tenir compte, de l'établissement(l'hôpital), le traitement existant, la formation et l'expérience du personnel, les ressources financières, le coût, le facteur démographique génétique et environnemental.
- 4- Les médicaments choisis doivent assurer la couverture la plus large possible de la population visée, compte tenu de la pathologie dominante.
- 5- Les médicaments dont l'efficacité et l'innocuité sont prouvées par l'observation scientifique.
- 6- Les formes choisies doivent garantir la qualité, la bio-disponibilité et la stabilité dans les conditions locales.
- 7- Pour les médicaments analogues le choix se fera en fonction de l'efficacité, la qualité, le prix et la disponibilité. Une production locale doit être préférée si elle existe.
- 8- Le coût est un critère très important. La comparaison de coût entre médicament et traitement médical ou non médical doit tenir compte non seulement du coût des médicaments mais aussi du coût total du traitement.
- 9- Le médicament essentiel est un composé unique.
Les associations ne se justifient que si elles répondent au besoin d'un groupe bien défini de la population et donnent un avantage incontestable en terme d'efficacité thérapeutique, de sûreté, d'observance et de coût.
- 10- Choisir le niveau de compétence capable de poser le diagnostique pour prescrire chaque médicament ou groupe de médicament
- 11- Réviser la liste chaque année, l'introduction d'un nouveau médicament ne sera acceptée que si ces nouveaux médicaments aient un avantage incontestable par rapport au précédent. Il y a suppression si le rapport avantage/risque est faible

et/ou s'il existe des méthodes de traitements médicamenteux ou non médicamenteux plus sûres.

➤ **Il faut classer les médicaments par ordre alphabétique ou par classe thérapeutique** ce qui aboutit à la **Liste des besoins en médicaments**.

avant d'utiliser la liste pour calculer les quantités et prix, il faut ajouter 2 éléments d'information:

- **L'unité de comptage** qui permet le comptage. En principe les unités sont un(e) seule(e) capsule, comprimé, suppositoire, pressaire, flacon

Pour les liquides l'unité est le millilitre, pour la pommade l'unité est le gramme(g).

Pour certain on peut directement utiliser l'unité standard, exemple: 100 ml ou 25g pour les pommades.

- **Le conditionnement secondaire** dans lequel le médicament est commandé et livré.

➤ **Ajout de la taille:**

La taille est égale au nombre de comptage par conditionnement, exemple: Boîte/1000comp, Boîte/10ampoules, Fl/1000ml, Boîte/10Tb/25g...

➤ **Prix du conditionnement:**

Il faut tenir compte du prix total y compris la manutention, l'assurance, le fret, l'emballage indiqué par le fournisseur qui fera suite à la quantification.

Si cela n'est pas disponible on utilise la référence de L'UNICEF pour faciliter les négociations avec les fournisseurs.

1.2 ESTIMATION QUANTITATIVE DES BESOINS

Il existe deux méthodes de quantification des besoins utilisées par les pays en fonction de la particularité de leur situation socio-économique.

Il s'agit de la méthode basée sur la Morbidité et le Traitement Type et la Méthode de la Consommation Corrigée. Cette dernière méthode est utilisée au Mali.

1.2.1 Méthode basée sur la morbidité et le traitement type

➤ Principe:

A partir du taux de mortalité de l'établissement on détermine la quantité de médicaments nécessaires pour chaque cas ayant entraîné la mort du patient.

Elle peut être schématisée par la formule suivante:

QUANT.MEDIC. Pour 1 TRAIT.	X	Nombre d'Episode de Traite- ment pour 1 Problème Santé	=	Quant.Médic.Necessaire pour Traiter 1 Problème Santé
-------------------------------	---	---	---	---

Elle s'appuie sur deux séries de données:

- **Le nombre d'épisodes de chaque problème de santé** traité par l'établissement de santé dont il faut estimer les besoins en médicament.
- **Les schémas types de traitement arrêté** pour chaque problème de santé défini.

Lorsqu'un médicament sert pour plusieurs problèmes de santé, on additionne les taux respectifs pour obtenir la quantité totale nécessaire. On peut alors diviser ces quantités par le nombre total d'épisodes de traitement exprimé en millier pour obtenir la moyenne des besoins en médicament par millier de traitement. Plusieurs pays ont appliqué ces dernières années différentes variantes de cette méthode.

➤ Définition de l'épisode de traitement:

Il est nécessaire de faire la distinction entre épisode de traitement et "nombre total de cas", ou épisode de traitement et "nouveau cas" ou ancien cas".

Par épisode de traitement, on entend un contact avec le patient à l'occasion duquel un traitement médicamenteux type s'avère nécessaire.

Cette définition mérite qu'on précise 4 points:

- Ce qui distingue un épisode de traitement d'un autre contact, c'est que l'épisode exige un **traitement médicamenteux type**.

Si l'on prescrit un traitement type pour un problème de santé, on comptabilise le contact avec le patient pour ce problème de santé comme un épisode de traitement. Si l'état du patient exige qu'il revienne, chaque nouvelle visite à l'occasion de laquelle le traitement type s'avère de nouveau nécessaire compte également pour un épisode de traitement.

Les contacts qui ne nécessitent pas de traitement type (contrôle de progrès réalisés lors de traitement) ne comptent pas pour un épisode de traitement.

- Un seul contact avec un patient peut donner lieu à plusieurs épisodes de traitement si l'on diagnostique plusieurs problèmes de santé exigeant chacun un traitement médicamenteux type.
- Dans la définition d'un épisode de traitement, il est indiqué qu'il s'agit d'un contact à l'occasion duquel "un traitement médicamenteux type s'avère nécessaire".

Il existe trois raisons pour cela:

- Si le stock de médicaments est insuffisant, il n'est pas toujours possible de prescrire le traitement type nécessaire. Il faut donc connaître le nombre de traitement type nécessaire.
- Par contre, si un patient revient pour une visite de contrôle et qu'on ne lui prescrit pas de nouveau traitement, la visite n'est pas comptabilisée comme un nouvel épisode de traitement. Ce qu'il faut connaître c'est le nombre d'épisodes de traitement ayant donné lieu à la prescription d'un traitement type.
- Lorsque pour un problème de santé donné il existe plusieurs traitements types selon le groupe d'âge, chacun de ces traitements types doit être comptabilisé séparément.

1.2.2 Méthode de la consommation corrigée :

Ici les besoins sont fixés à partir des consommations antérieures et on remplace les médicaments obsolètes ou on introduit de nouveaux médicaments.

L'application de cette méthode nécessite un Schéma Directeur d'Approvisionnement bien implanté et financé, un stock bien géré, une distribution fiable et une prescription rationnelle.

AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES DEUX METHODES:

Méthode fondée sur la Morbidité:

Avantages

- Pas besoins de données sur la consommation Pharmaceutique;
- Utilisable pour les services nouveaux qui ne disposent pas de données
- Fondées sur un système de soins rationnel, elle offre une base systématique pour l'examen de l'utilisation et de la prescription des médicaments notamment au niveau des soins primaires où les traitements sont moins coûteux et plus simples
- elle favorise un enregistrement fiable de la morbidité.

Inconvénients

- des problèmes peuvent se poser au niveau des données détaillées sur la morbidité et des schémas types de traitement agréés.
- demande des calculs plus détaillés
- les résultats peuvent différer nettement de l'approvisionnement réel en médicaments.
- l'approvisionnement ne correspond pas à l'utilisation si l'on n'observe pas les traitements types, méthode ne permet d'évaluer que les quantités nécessaires pour soigner les patients ,il faut tenir Compte séparément des pertes et gaspillages.

Méthode de la consommation corrigée:

- On a pas besoins de données sur la morbidité ni de schéma type de traitement
- demande moins de calculs détaillés
- Utile pour les établissements où les problèmes sont nombreux et les traitements plus complexes.
- fiable si la consommation est bien enregistrée et stable et ne diffère pas beaucoup de l'approvisionnement actuelle.
- Elle permet de repérer les problèmes de Gestion de stocks et favorise les améliorations.
- Difficulté d'obtenir des données fiables sur la consommation pharmaceutique notamment dans les services nouveaux ou ceux qui évoluent rapidement.
- N'offre pas de bases détaillées pour un re-examen de l'utilisation des médicaments et l'amélioration des prescriptions. Cette méthode risque de le perpétuer.
- Elle n'est fiable s'il y'a eu de longue rupture de stock (plus de 3 mois) ou bien des pertes ou gaspillages importants de Médicaments.

On voit qu'aucune de ces méthodes n'est idéale. Chacune est adaptée à différentes situations et différents objectifs.

La méthode fondée sur la morbidité est adaptée aux services nouveaux ou médiocrement réorganisés. Elle est préférable si la prescription est coûteuse et irrationnelle.

La méthode fondée sur la morbidité est bien adaptée à la mise en place de système de colis types pour l'approvisionnement pharmaceutique.

Tandis que **la méthode de la consommation corrigée** est préférable dans les circonstances inverses c'est à dire pour les programmes stables où le financement acquis, la gestion et les prescriptions sont satisfaisantes. Elle est également plus facile à utiliser dans les établissements comme les hôpitaux où les problèmes de santé sont plus nombreux et les traitements plus complexes.

En pratique le mieux serait sans doute d'utiliser les deux méthodes à la fois c'est à dire les combiner.

Par exemple on pourrait procéder à des estimations initiales à l'aide de la méthode fondée sur la morbidité pour établir une base de départ ensuite utiliser la méthode fondée sur la consommation pour améliorer l'évolution quantitative. Après on applique progressivement la méthode fondée sur la morbidité pour chaque type d'établissement ou de service de façon à réexaminer et améliorer les normes de prescriptions.

2. CHOIX DES FOURNISSEURS

2.1. RELATION AVEC LES FOURNISSEURS:

Les relations que les pharmaciens hospitaliers entretiennent avec les fabricants de matériels medico-chirurgicaux sont de deux ordres :

- scientifiques et techniques,

- commerciales.

Ces deux niveaux de liens doivent faire l'objet de dossiers très différents. Ce ne sont pas les mêmes responsables auxquels on aura recours. Dans le premier cas les renseignements scientifiques seront demandés au service médical du laboratoire et au service de recherche, les renseignements galéniques aux pharmaciens responsables des fabrications, etc.

Les relations commerciales concernent plus spécialement l'achat et la gestion des produits au niveau de ces fabricants ou les grossistes répartiteurs.

2.2 LES FOURNISSEURS POSSIBLES:

Il s'agit :

- Des fabricants ayant leur propre réseau de distribution ;
- Des groupements de distribution de plusieurs laboratoires ;
- Des grossistes distributeurs : ils permettent de faire face aux prescriptions exceptionnelles, fournir les commandes de faibles valeurs. Compte tenu du coût d'émission d'une commande, le recours au grossiste distributeur (s'il est très compétent) s'avère intéressant et permet une diminution notable du stock de médicaments.

2.3 LE DOSSIER FOURNISSEUR:

Ce dossier comprend généralement :

- Les renseignements nécessaires, qui sont très divers et feront l'objet , selon le choix du pharmacien , d'un ou plusieurs classeurs ou répertoires ;
- Répertoire des fournisseurs, adresse, téléphone, qui doivent être mis à jour en permanence ;
- nom des personnes responsables :
 - directeur commercial, directeur des ventes etc.
 - délégué médical ou commercial ;

- ❑ Duplicata des marchés en cours ;
- ❑ Duplicata des correspondances échangées avec le laboratoire ;
- ❑ Duplicata des bons de commandes émis;
- ❑ Relevé des dépenses engagées ;
- ❑ Duplicata des factures par fournisseur ;
- ❑ Relevé des dépenses réelles par fournisseur.

3. LA PASSATION DE LA COMMANDE

Quelle que soit la procédure d'achat retenue, toute commande au moment de son émission doit faire l'objet d'une évaluation au moins approximative sur la base du prix unitaire de la dernière livraison ou, à défaut, du prix moyen unitaire pondéré.

Dans tous les cas, il est indispensable de ne jamais émettre de bon de commande, sans connaître au préalable les caractéristiques techniques et les coûts unitaires des produits commandés.

Suivant la nature du produit : molécule ou fourniture sous brevet ou produit du domaine public, et suivant l'importance de la consommation de ce produit en quantité et en valeur, le pharmacien utilise généralement trois types d'achats qui sont régis par le code des marchés publics du pays correspondant : l'achat sur simple facture, le marché négocié, le marché sur appel d'offre ;

❑ l'achat sur simple facture:

Cette méthode est utilisée pour un produit original.

Cette méthode est valable également lorsque le montant total des achats chez un même fournisseur ne dépasse pas 10 000 000 (article 3 du décret 95 - 401/P-RM portant code des marchés publics au Mali).

Au delà de ses limites un marché est obligatoire.

- ❑ **Le marché négocié** ou **gré à gré** ou encore **Marché par Entente Directe:** (article 34 du décret 95 - 401/P-RM portant code des marchés publics au Mali).

C'est la procédure la plus souvent utilisée par le pharmacien hospitalier:

- Pour des substances médicamenteuses ou pour du matériel d'usage courant sous monopole ou non
- Par suite de sa rapidité et sa mise en œuvre.

- ❑ **le marché sur appel d'offres :**

Il concerne les fournitures importantes en quantité et constantes en débit.

Il exige la standardisation des besoins de tous les services médicaux de l'hôpital (un des rôles du comité médical).

Sa procédure est plus stricte, en particulier, il impose

- Une large publicité dans le lancement des appels d'offres.
- Une étude comparative des échantillons ;
- La réunion d'une commission d'achat (article 38 du code des marchés publics du Mali) qui désignera l'offre jugée la plus intéressante, après l'avis du pharmacien ;
 - Impossibilité de discussion de prix offerts ;

La procédure d'achat sur appel d'offres, rigide, complexe, très longue et très laborieuse dans sa mise au point et son application n'est guère utilisée par le pharmacien hospitalier que pour les fournitures normalisées, de très forte consommation et représentant un chiffre important des dépenses pharmaceutiques comme les solutés pour perfusion, le matériel stérile non réutilisable, etc....

Contrairement à l'adjudication, dans l'appel d'offres la concurrence ne porte pas sur le seul prix.

La procédure est relativement souple qui fait d'avantage confiance au service public, fait d'avantage appel à l'instigation des fonctionnaires ou des autorités locales responsables du marché.

Il faut noter qu'en cas d'appel d'offres, c'est la commission d'achats qui choisit le candidat sur avis du technicien compétent mais à titre consultatif, en l'occurrence le pharmacien pour l'achat des produits du domaine pharmaceutique.

Cette procédure nécessite une bonne entente entre le pharmacien et la commission d'achat.

4. LA RECEPTION

Lors de toute livraison ou réception on devra s'assurer des éléments suivants :

- Présentation du titre de transport indiquant le nombre de colis et leur poids total ;
- Comptage des colis et contrôle de leurs états extérieurs ;
- Présentation du bon de livraison détaillant la marchandise ;
- Conformité du bon de livraison avec le bon de commande.

On devra, en outre, effectuer un certain nombre de contrôles :

- Conformité de la livraison avec le bon de commande ;
- Enregistrement et contrôle de la date de péremption.

Le réceptionnaire devra apposer sur le bon de transport, outre le cachet de l'hôpital, sa signature et la date de la livraison. En cas de livraison de colis manifestement détériorés, une réserve détaillée avec précision sera portée sur le récépissé du transport. Le code du commerce de certains pays précise que les réclamations suites au déballage doivent être précises et adressées, par lettre recommandée, au fournisseur, dans les trois jours suivant la réception pour être

recevable. En cas de refus de livraison, les motifs de refus seront mentionnés sur le titre de transport et l'expéditeur en sera averti.

Avant le stockage les produits seront mis en attente du contrôle de qualité (ex. : matières premières ou conformité avec le cahier de charge, en cas de livraison consécutive a un marché).

Pour les livraisons de matériel médical acquis sur le marché, il est utile de détenir sous scellé un exemplaire du matériel témoin qui a été retenu afin de procéder à une comparaison éventuelle devant l'huissier, en cas mauvaise de qualité du matériel livré. La procédure à retenir consiste, pour tout achat sur marché à exiger, au moment de la soumission, l'envoi par le fournisseur, de deux exemplaires sous scellé du matériel proposé.

Le premier sert à l'examen des offres par la commission chargée du marché, le second est conservé comme référence, en cas de litige ultérieur.

Enfin, on procédera à la vérification de conformité de la facture avec le bon de commande et avec le bon de livraison, respect des conditions de prix selon le tarif en vigueur ou avec les accords mentionnés dans les marchés). Le mandatement de la facture effectué par les services économiques doit intervenir dans les quarante-cinq jours suivant la réception de la facture qui doit être transmis dans les meilleurs délais.

FONCTION GESTION DES STOCKS

1. DEFINITION DE LA GESTION DES STOCKS

Gérer un stock en pharmacie C'est faire en sorte que ce stock soit constamment apte à répondre aux besoins des malades en médicaments.

La gestion des stocks tend à optimiser les conditions d'acquisition à chacune des étapes : commande, possession, consommation.

Le système mis en place doit comprendre : la définition des stocks, le calcul et la planification des approvisionnements, la définition et la mise en place de systèmes d'optimisation des stocks, la mise en place d'un système logistique reliant la pharmacie à ses fournisseurs.

Rappelons tout d'abord ce que c'est qu'un **stock en pharmacie**:

En pharmacie un stock est une provision de médicaments, de pansement, de ligature, d'accessoires pharmaceutiques, de matières premières, et de produits finis en instance de consommation ou de destruction (périmés, avariés, cassés). Le stock sert de régulateur entre les produits (médicaments) utilisés et ceux livrés.

L'optimisation de la gestion des stocks permet une assurance de la qualité quant à l'acquisition d'un produit.

Un système de gestion des stocks est un ensemble de règles de décision qui permet de gérer un stock et de déclencher la procédure de passation de commande en date et quantité.

Le but étant de satisfaire immédiatement la demande pour assurer la prise en charge du patient

L'approvisionnement des produits pharmaceutiques est le résultat d'une procédure d'évaluation.

Pour le renouvellement des stocks, deux systèmes peuvent être envisagés :

- système à point de commande,
- Système de calendrier.

Le renouvellement des stocks peut se faire aussi par un système combinant les deux méthodes (système à point de commande et système de calendrier).

Le gestionnaire peut s'efforcer de regrouper les commandes par fournisseur pour diminuer le nombre de commandes par an et atteindre une valeur minimale de chacune permettant d'obtenir le franco de port² du fournisseur.

2. DES MODES DE STOCKAGES

2.1 EQUIPEMENTS:

➤ Equipements:

Dans une pharmacie hospitalière il faut veiller au respect des normes de construction (local pour produits inflammables, aération, etc....) et de sécurité (incendie, vol)

- **Descriptifs type des locaux indispensables:**

- ✓ Salle de réception séparée des autres salles
- ✓ Salle de stockage
- ✓ Espace sans étagères pour gros formats sur palettes
- ✓ Salle de déconditionnement (qui doit être propre)
- ✓ Salle de distribution
- ✓ Salle de vente si nécessaire tient lieu de pharmacie de cession

² Prix de transport pour les commandes venant par exemple de l'extérieur (autre ville ou pays).

- ✓ Pharmacie d'urgence pour la nuit et les jours fériés
- ✓ Local spécifique pour les périmés en attente de destruction
- ✓ Local préparatoire
- ✓ Guichet spécifique pour les services
- ✓ Guichet spécifique pour la vente aux patients
- ✓ Eventuellement un guichet spécifique pour le personnel de l'hôpital
- ✓ Locaux adaptés pour la fluidité de la file d'attente (espace confidentialité)
- ✓ Vestiaires pour le personnel
- ✓ Local d'entretien
- ✓ Salle d'attente pour les visiteurs
- ✓ Bibliothèque et salle de réunion

- **Descriptif type du matériel indispensable:**

- ✓ Bureaux au moins pour chef de service et surveillant
- ✓ Armoires d'archivage
- ✓ Matériel informatique
- ✓ Chariots pour la livraison aux services
- ✓ Chambre froide, réfrigérateur
- ✓ Etagères étiquetées en nombre suffisant, espacées
- ✓ Caisse enregistreuse
- ✓ Autoclave
- ✓ Poupinel
- ✓ Ordinateur et périphériques, imprimantes...
- ✓ Détecteur de faux billets
- ✓ Support de gestion
- ✓ Balance
- ✓ Distillateurs
- ✓ Flaconnage

✓ Kit à préparation: mortier, éprouvettes, filtres, entonnoirs, agitateurs, disques chauffantes, spatules...

• **La documentation est composée de:**

- ✓ Formulaire thérapeutique national
- ✓ Vidal
- ✓ Martingale
- ✓ Index Medici
- ✓ Catalogue fournisseurs.

2.2 CAS PARTICULIERS DES ARMOIRES DE SERVICE:

Les stocks des produits pharmaceutiques des unités de soins correspondent à une réserve pour besoins urgents.

Les armoires de services sont des prolongements de la pharmacie de ce fait le pharmacien a un droit de regards sur ses unités. C'est lui qui établit une dotation qualitative et quantitative de produits pharmaceutiques dans les unités de soins, il doit assurer un suivi et un contrôle de ces stocks. Le pharmacien assure la gestion des stocks dans les unités de soins cependant il peut déléguer leurs gestions à un personnel du service concerné.

3 LA NATURE DU SYSTEME D'INFORMATION ASSOCIE A LA GESTION DES STOCKS

La mise en place d'un outil informatique de qualité permet une connaissance en temps réel du stock, une comparaison en ce qui concerne le niveau de référence choisi qui permettent de déclencher la commande;

L'informatisation permet une lecture optique du stock en temps réel; une commande automatique est même possible.

La possibilité d'effectuer en permanence un inventaire informatisé est très important et parfois on pourrait la confronter à un inventaire manuel.

Cependant l'inventaire réglementaire annuel en quantité et en valeur du stock est indispensable.

4. APPLICATION DE LA LOI DE PARETO

Il est indispensable de connaître les produits dont la consommation représente un montant important. Les produits seront classés par ordre de valeur de consommation décroissant, suivant les modalités du tableau P.

La courbe ainsi obtenue est dite de Pareto ou 1-2-3. En moyenne générale, elle révèle que:

20% des produits représentent 80% du budget pharmacie (classe 1)

50% des produits représentent 95% du budget pharmacie (classe 2)

50% des produits représentent 5% du budget pharmacie (classe 3)

En conséquence, il ne faut pas consacrer un temps excessif à la gestion de 50% des produits qui représentent 5% du budget pharmacie. Par contre, il est impératif d'être attentif aux produits de la classe 1 et de revoir fréquemment tous leurs paramètres de gestion.

➤ Conditions de validité de la loi de Pareto:

Cette loi appliquée à la pharmacie hospitalière ne donne de résultats valables que sous certaines conditions:

- Suivre en comptabilité un nombre suffisant de produits représentant 85% de la dépense pharmaceutique totale.
- Ne pas appliquer globalement la loi de Pareto à l'ensemble du budget pharmaceutique, mais à quelques catégories.
- Pratiquer une mise à jour fréquente de la liste des médicaments suivis en comptabilité.

- Déterminer de façon le plus rationnel possible les dépenses imputées aux différents services.
- Définir des règles précises de comptabilisation.

	Désignation	Valeur de consommation	Valeur cumulée de la consommation	Pourcentage des valeurs cumulées au budget de la pharmacie	Nombre cumulé de produit	Pourcentage du nombre cumulé de produits\au nombre total de produits
Valeur de consommation décroissante		a	a	$100a/T$	1	$100/N$
		b	a+b	$100(a+b)/T$	2	$200/N$
		c	a+b+c	$100(a+b+c)/T$	3	$300/N$
		d	a+b+c+d	$100(a+b+c+d)/T$	4	$400/N$
		e	a+b+c+d+e	$100(a+b+c+d+e)/T$	5	$500/N$
		»			»	
		»			»	
		»			»	
		»			»	
		»	T(budete la pharmacie)	100	»	100
	»			N(nombre total de produit)		

Tableau P



METHODOLOGIE

1. CADRE D'ETUDE

1.1 L'HOPITAL DU POINT-G :

L'hôpital du Point-G est un Centre hospitalo-universitaire. Il est situé sur une superficie de 25 ha (1999) sur la Colline du point-G, tout près de la Faculté de Médecin de Pharmacie et D'Odontostomatologie. Le CHU du Point G est un établissement public à caractère administratif (EPA), il est le plus grand centre Hospitalier du Mali avec 498 lits. Structure tertiaire par son plateau technique, les services médicaux sont : l'Anesthésie et Réanimation (urgences, anesthésie et réanimation, banque de sang), l'Hémodialyse, la Neurologie, la Néphrologie-hémodialyse, la Traumatologie, l'Urologie, la Gynécologie, la Chirurgie A et B, la Cardiologie A et B, Pneumo-phtisiologie, la Médecine Interne, la Psychiatrie, l'Imagerie Médicale (la radiologie/scanographe, l'échographie, la médecine nucléaire), l'Infectiologie, l'Hémo oncologie, un Laboratoire d'Analyse Biomédicale, la Pharmacie qui fonctionne suivant les principes de l'Initiative de Bamako, une cafétéria, un campus (restaurant pour personnel de garde), une morgue.

On note un service de maintenance; l'administration comporte : la Direction, la Comptabilité, le Secrétariat, le Contrôle Financier, le Bureau des entrées, le Service Social.

□ "La Pharmacie Initiative de Bamako":

✓ Bilan Structurel:

- Une Salle des ventes,
- Une salle de garde,
- Trois magasins dont:
 - *Une salle d'archivage,
 - *Un magasin pour les produits vendus au guichet (3 guichets)

*Un magasin pour les produits de cessions (film pour radio, produits pour hémodialyse, gants)

- Trois bureaux dont:

*Un bureau pour le Pharmacien chef de service,

* Un bureau pour le Pharmacien adjoint,

* Un bureau pour le Major de la Pharmacie

- Une toilette.

✓ **Personnel:**

- Un Pharmacien chef de service,

- Un Pharmacien assistant,

- Une technicienne de Laboratoire (Major)

- Une secrétaire pour la saisie des ordonnances a l'ordinateur,

- Un caissier (Aide Comptable)

- Cinq internes de la FMPOS qui assurent la garde,

- Un agent technique de santé pour la vente au guichet,

✓ **Equipement:**

- Quatre micro-ordinateurs avec imprimante et munis du logiciel Pharmahoss
dont:

*Un ordinateur pour chaque Pharmacien

*Un ordinateur pour la secrétaire,

*Un ordinateur pour l'étiquetage,

- Une caisse enregistreuse,

- Trois réfrigérateurs,

- Deux calculatrices,

1.2 L'HOPITAL GABRIEL TOURE

Situer en plaine Centre ville de Bamako cet Hôpital doit être érigé bientôt en Centre Hospitalo-universitaire. Structure tertiaire par son plateau technique, les services fournis sont : l'Anesthésie et Réanimation (urgences, anesthésie et réanimation), l'Imagerie Médicale (la radiologie/scanographe, l'échographie, la médecine nucléaire), la Neurologie, la Néphrologie, l'Urologie, la Traumatologie, la Gyneco-obstetrique, la Chirurgie, la Cardiologie, la Pédiatrie, une Maternité au niveau du pavillon INPS, un Laboratoire d'Analyse Médicale, la Pharmacie qui fonctionne suivant les principes de l'Initiative de Bamako.

L'administration comporte : la Direction, la Comptabilité, le Secrétariat, le Contrôle Financier, le Bureau des entrées, le Service Social, et un service spécial chargé de l'approvisionnement.

□ "LA PHARMACIE INITIATIVE DE BAMAKO":

✓ Bilan structurel

Le service comporte:

- Deux officines de cession;
 - Un magasin de stockage;
 - Une salle de préparation;
 - Un bureau pour le chef de service;
 - Un bureau pour l'adjoint au chef de service;
 - Une salle pour le froid ;
 - Une toilette ;

✓ Personnel :

- * Une pharmacienne est chef de service;
- * Deux pharmaciens adjoints au chef de service;
- Deux techniciens de santé dont un (major magasinier) et l'autre (gérant d'officine);
 - * Deux agents techniques de santé dont un s'occupe de la saisie des ordonnances et l'autre des préparations et de la distribution;

- * Deux caissiers contractuels se relèvent au niveau de l'officine de garde;
- * Et un manœuvre ;

NB : *En fin d'année 2000, trois caissiers ont été recrutés au compte des officines en remplacement du technicien de santé qui était gérant de l'officine 1 et des deux caissiers de l'officine de garde.*

✓ **Equipement**

Le service dispose de :

- * Trois micro- ordinateurs avec imprimantes;
- * Une caisse enregistreuse;
- * Une balance Trébuchet;
- * Une balance Roberval;
- * Quatre calculatrices moyen format;
- * Une calculatrice de poche.

1.3 HÔPITAL Nationl de KATI:

L'hôpital de kati est situé à 15 Km de la ville de Bamako et fait partie des quatre Hôpitaux Nationaux. Etablissement Public a caractère Administratif, l'hôpital de National de Kati possède environ 90 à 97 lits d'hospitalisation et près de 2/3 des activités de l'hôpital relèvent de la traumatologie. Donc l'essentiel du stock de la Pharmacie est constitué de médicaments utilisés dans le traitement des cas de traumatisme (pansement, anesthésiants, solutés ...)

L'administration comporte : la Direction, la Comptabilité, le Secrétariat, le Contrôle Financier, le Bureau des entrées, le Service Social.

□ **"LA PHARMACIE INITIATIVE DE BAMAKO" :**

Ici la Pharmacienne gère en même temps la Pharmacie et le Laboratoire.

✓ **STRUCTURE:**

- Une Salle des ventes (avec 2 guichets),
- Un Magasin ;
- Un Bureau pour le Pharmacien ;
- Deux Toilettes ;

- Un Secrétariat ;

✓ **LE PERSONNEL:**³

- Une Pharmacienne chef de service (elle gère à la fois la Pharmacie et le Laboratoire d'Analyse,

- Un Vendeur ;

- Un Comptable ;

- Une Secrétaire ;

✓ **EQUIPEMENT:**

- Deux ordinateurs ;

- Une caisse enregistreuse ;

- Un réfrigérateur ;

2. Type d'étude : il s'agit d'une étude rétrospective.

3. Durée d'étude : l'étude se déroule de janvier 2001 à décembre 2001.

4. Lieu d'étude : le CHU du Point-G, l'hôpital Gabriel Touré, l'hôpital de Kati.

5. Critères d'inclusion :

Des entrevues ont été réalisées avec les pharmaciens des hôpitaux Gabriel Touré, du Point G, de Kati et du C.N.O.S.

Des entretiens ont été également réalisés auprès de responsables de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (D.P.M) et de l'Inspection de la Santé. Ces entrevues nous ont permis de situer le problème et de nous imprégner des grands concepts liés à la pharmacie hospitalière.

³ Le technicien du Laboratoire fait la navette entre la Pharmacie et le Laboratoire.

Ainsi 3/4 des centres hospitaliers de référence représentant plus de 50% des prestations sanitaires de la ville de Bamako et environ furent retenus pour l'étude. Le Centre National D'Odontostomatologie (CNOS) n'a pas été retenu sa pharmacie étant à ses débuts.

Les services concernés pour l'étude sont :

- La pharmacie ;
- La comptabilité ;
- La direction ;

6. La procédure de collecte des données:

J'ai effectué un stage de 6 mois (novembre 2001-avril 2002) à la Pharmacie de l'hôpital Gabriel Touré.

Ensuite j'ai constitué les questionnaires avec l'aide du pharmacien adjoint de l'hôpital Gabriel Touré. Il s'agissait pour nous d'obtenir des informations précises et représentatives des hôpitaux nationaux (lieu d'étude).

J'ai administré ces questionnaires à la pharmacie, la comptabilité et la direction des hôpitaux concernés par l'étude. Ces questionnaires portèrent sur:

- La politique et l'organisation de l'approvisionnement des pharmacies hospitalières ;
- Les fournisseurs ;
- L'estimation des besoins ;
- Les différents contrats d'achat ;
- La nature des commandes ;
- Le mode de réalisation de la commande ;
- La gestion opérationnelle de l'approvisionnement.

Des données furent également recueillies à partir de documents comptables, de bons de commandes, de documents portant comptes rendus du conseil d'administration de certains hôpitaux concernés par l'étude.

2. Analyse des données :

La saisie, l'analyse et le traitement des données ont été effectués sur micro-ordinateur aux logiciels Microsoft-Word et Microsoft-Excel.



ETUDE ANALYTIQUE

1. OUTILS DE MESURES

Les outils de mesures de nos travaux reposent sur:

- Le manuel de procédure.
- Le schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution.
- Le schéma d'Approvisionnement de l'Hôpital.
- Les indicateurs de mesure.

1.1 LE MANUEL DE PROCEDURE DECRIT PAR LA DPM:

Il s'agit de décider: QUI FAIT QUOI? OÙ ? QUAND? COMMENT? AVEC QUOI?

L'écrire en rédigeant un "**manuel de procédures**", qui est un document (outil) de référence indispensable dans toute démarche de qualité puis le faire adopter par les agents et les informer en détail sur les tâches qui leur incombent.

Les procédures permettent:

1.1.1 La reproductibilité: les procédures sont transparentes d'une personne à sa remplaçante ce qui a pour avantage pour une même activité, d'effectuer les tâches de la même manière et les variables "intervention personnelle" "improvisation" tendront vers zéro.

1.1.2 L'assurance qualité: qui correspond à la délivrance du bon médicament, au bon malade, au bon moment.

L'organisation de la pharmacie est sous-tendue par des procédures détaillées, comprenant:

Nous parlerons ici des principes de base incontournables et des procédures verticales:

➤ **Les principes incontournables**

"Le médicament est le monopole du pharmacien" ceci est valable à toutes les étapes, notamment la commande:

Ne pas laisser d'autres services se charger des commandes de médicaments: toute commande de produits pharmaceutiques (oxygène par exemple) doit être signée par un pharmacien;

Toujours garder une trace écrite de ce qui est fait (tout mouvement de stock, de document)

Rigueur, aucune approximation, travail ordonné;

Lire les instructions;

Le manuel de procédures doit être disponible à la lecture à chaque instant pour tout agent qui le demande.

➤ **Les procédures verticales**

Elles Permettent de savoir pour chaque tâche: quel agent est concerné, dans quel local, à quel moment, quel outil de gestion utiliser, comment le remplir (sur papier ou informatique).

Il faut prévoir des outils de gestion à chaque étape.

• **Approvisionnement:**

- Commande:

Elaborer les commandes (phase d'estimation des besoins) en fonction de différents paramètres qui sont:

La consommation moyenne mensuelle (actualisée 2 fois par an)

La quantité en stock (inventaire ou état du stock informatique)

Les commandes en attente,

Le coût des produits,

Le budget alloué à la pharmacie.

- Achat:

Suivre les achats le plus près possible, si possible intervenir pour alléger le circuit administratif;

Préférer une consultation restreinte à un appel d'offres;

Privilégier la centrale d'achat locale si elle existe;

Dépouiller les offres par une commission désignée, comprenant le pharmacien de l'hôpital.

- Réception:

A faire dans un espace réservé à cet effet, non encombré d'autres produits que ceux à réceptionner, elle doit être le plus proche possible de la livraison dans le temps, si possible simultané.

- Entré en stock:

A faire le plus rapidement après réception;

Informers les prescripteurs en cas d'entrée de produits nouveaux ou de rupture de stock.

• **Déconditionnement-Reconditionnement:**

Il faut respecter les règles d'hygiène minimales d'une "salle propre"

Finir de déconditionner toute boîte commencée;

La préparation doit être le plus rationnel possible: le plus possible préparer les conditionnement en avance, en fonction de la rotation de chaque produit et d'une posologie type;

Bien étiqueter les sachets réconditionnés: désignation, dosage, forme, date de péremption.

• **Dispensation:**

- Délivrance aux services:

Respecter un calendrier de délivrance aux services, pour répartir dans la semaine les livraisons;

Limiter les bons d'urgence.

- Vente aux malades hospitalisés:

Prévoir 2 guichets:

Un guichet pour la caisse et un guichet distinct pour la délivrance des produits: paiement d'abord à la caisse puis délivrance des médicaments au guichet suivant;

Prévoir une personne entre les deux guichets pour préparer l'ordonnance avant qu'elle ne soit délivrée;

* Une Personne qualifiée à la délivrance, pour expliquer la posologie et contrôler l'ordonnance,

* Incrire la posologie et le nom du malade si possible sur les sachets conditionnés.

• **Préparations:**

De façon à rationaliser les dépenses, préparer le plus possible de produits à la pharmacie, en particulier les antiseptiques, aussi quelques préparations dermatologiques et sirops. Prévoir le matériel pour les préparations galéniques.

• **Services hospitaliers:**

La pharmacie doit avoir un droit de regard sur les armoires de services, et au-delà, imposer des outils et des procédures à ces services, qui permettent le contrôle de la gestion dans les services: ne pas oublier que les armoires de service font partie de la pharmacie.

➤ **procédures transversales** (qui concerne toutes les étapes du circuit)

Le manuel de procédures est spécifique pour chaque pharmacie hospitalière selon ses particularités, donc il est à rédiger par chaque hôpital, mais les grandes lignes sont communes.

1.2 LE SCHEMA DIRECTEUR D'APPROVISIONNEMENT ET DE DISTRIBUTION

Avant de décrire le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distributionnel il serait intéressant de connaître ses principaux acteurs ainsi que leurs rôles.

1.2.1 LES PRINCIPAUX ACTEURS DU SDAD:

Etant donné que cette étude porte sur les Pharmacies Hospitalières, nous nous limiterons aux principaux acteurs du SDAD de niveau hôpital,

➤ Le Pharmacien:

Le rôle de gestionnaire du Pharmacien comporte de nombreuses tâches administratives et économiques, mais sa fonction principale est le conseil thérapeutique et scientifique.

Au Mali le Pharmacien a le monopole des médicaments c'est à dire qu'il est celui qui est chargé de son approvisionnement, de sa gestion et est le distributeur exclusif du médicament sur toute l'étendue du territoire national en conformité avec le code de déontologie de l'Ordre National des Pharmaciens du Mali.

Le Pharmacien Hospitalier doit être inscrit à la section D de l'Ordre National des Pharmaciens du Mali.

Au sein de l'Hôpital il doit:

- Animer le comité thérapeutique,
- Coordonner la formation et l'information des prescripteurs,
- Assurer la dispensation des médicaments au niveau de la pharmacie,
- Promouvoir l'hygiène Hospitalière,
- Approvisionner l'hôpital en produit pharmaceutique.

➤ **Les prescripteurs agréés:**

Ils sont définis comme étant les Médecins, Sages-femmes, infirmiers d'état et infirmiers du Premier Cycle mandatés.

Ils doivent:

- Assurer une bonne qualité des soins,
- Approuver et promouvoir le concept de médicament essentiel ,
- Remplir correctement le registre de consultations ainsi que l'ordonnance utilisée par l'actuel système.
- Expliquer clairement l'utilisation correcte des médicaments prescrits aux patients et assurer l'information, l'éducation et communication des patients (I.E.C),
- Participer au suivi de la prescription,

➤ **Le comptable:**

Centralise et vérifie les données comptables à travers l'établissement des états financiers.

➤ **Le Directeur de l'Hôpital:**

- Assure la rationalisation des soins(traitement standardisé)
- Donne son avis technique au sein du comité de gestion à propos des médicaments essentiels et leur utilisation,
- Assure la formation des prescripteurs à travers l'élaboration d'organigrammes avec l'équipe sanitaire,
- Donne son avis sur la prime à payer au gérant selon la qualité de son travail,
- Officialise les descriptions des tâches par note ou lettre circulatoire.

➤ **La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) et autres fournisseurs assure** l'approvisionnement par l'importation,

➤ **La division Pharmacie Médicament:** il s'agit de l'ancienne **DLP** (Division Laboratoire Pharmacie),

- Il est l'élément centralisateur, diffuseur des informations relatives au Schéma Directeur d'Approvisionnement en médicament essentiel (SDA-ME),
- Il définit les normes, procédures et principaux outils de gestion,
- Supervise la bonne marche du SDA-ME,

➤ **Le Laboratoire National de la Santé:**

IL assure le contrôle analytique de qualité des médicaments par rapport aux normes établis par la Pharmacopée.

➤ **La Division Nationale de la Santé Publique:**

Il veille à l'application des textes dans les Formations Sanitaires

➤ **Inspection de la santé et des Affaires Sociales/MSPAS:**

- Elle vérifie l'application correcte des textes réglementaires aussi bien dans les fonctionnements que dans les procédures.
- Elle peut faire un contrôle de routine ou sur réquisition du ministre.
- Afin d'assurer un approvisionnement des HOPITAUX, CESCO, CCRf en médicaments et dispositifs médicaux un Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution fut mise en place par le ministère de la santé;

1.2.2 DESCRIPTION DU SDAD:

Elément de la Politique Pharmaceutique Nationale, **le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution (SDAD)** a pour **objectif:** "d'assurer un approvisionnement correcte des populations sur l'ensemble du territoire en fonction de leur pouvoir d'achat"

La mise en œuvre du volet approvisionnement en médicaments essentiels de la

politique sectorielle de santé et de population est rendue possible par des mesures pratiques et fonctionnelles décrites par le SDAD.

L'objectif est d'assurer un approvisionnement correct des populations en médicaments essentiels de qualité sur toute l'étendue du territoire national en fonction de leur pouvoir d'achat.

Certaines stratégies et dispositions pratiques ont été adoptées:

- La mise en place d'un système logistique "réquisitrice" pour les régions:
Estimation des besoins à partir de la liste nationale de médicaments essentiels en DCI pour chaque niveau opérationnel. L'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.
- Approvisionnement national des médicaments essentiels en DCI par appel d'offres sur la base d'un plan annuel d'approvisionnement.
- 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. Le Mali ayant pris pour option tarifaire de ne pas générer de bénéfice sur le recouvrement des coûts, seules les charges fixes et variables directement liées à l'approvisionnement et à la dispensation seront grevées sur ce dernier(conf. Décision № 95 198)
- Implication et appui du secteur privé pour une meilleure diffusion des médicaments essentiels générique en DCI dans ce secteur sous la forme de blister.
- Renforcement de la gestion du système par une meilleure définition des missions des acteurs dans l'exercice des fonctions suivantes (confère Principaux acteurs du SDAD):

- **Formation et supervision**, par les structures suivantes de la Direction Nationale de la Santé Publique: DLP, DRSP et CSRef. La DLP assurant la coordination générale et le suivi du fonctionnement du système à l'échelle nationale, DRSP assurant un appui technique aux structures répartitrices, et les CSRef. ayant la mission du suivi de la gestion et de la planification des besoins.

- **Approvisionnement** par la PPM et Par la Sarl Jamaa ka keneya (GIE Santé pour tous) dans le cadre d'une complémentarité.

- **Contrôles** par la DPM, le Laboratoire National de la Santé et l'ISAS

L'exercice correct de ces fonctions permet en particulier le respect des circuits de distribution et des quatre principes du bon fonctionnement d'un dépôt.

Le bon fonctionnement du SDAD a permis d'améliorer l'accessibilité Physique (diminution des ruptures de stock), géographique (augmentation des points de distribution et de dispensation) et financière (prix stables et abordables par rapport au pouvoir d'achat)d'un médicament de qualité. L'objectif présent est donc d'améliorer l'usage rationnel des médicaments par la formation des prescripteurs et dispensateurs afin d'améliorer leur pratique professionnelles. Cet objectif est encore plus important qu'ailleurs car l'hôpital est par essence un lieu de référence, de formation où les bons réflexes et habitudes se font ou se défont.

1.3 SCHEMA D'APPROVISIONNEMENT SPECIFIQUE AUX HOPITAUX:

La spécificité et la diversité des besoins de l'hôpital justifient un schéma d'approvisionnement quelque peu différent de celui d'un centre de santé périphérique.

Certains produits spécialisés, bien que prévus sur la liste nationale des médicaments essentiels de niveau hôpital ne deviennent réellement un besoin pour un hôpital donné, qu'au moment de la disponibilité du service spécialisé correspondant.

Vu la pathologie rencontrée à l'hôpital, certains produits ne demandent que des quantités minimales nécessaires pour couvrir les besoins annuels.

1.3.1 SYSTEME D'EVALUATION DES BESOINS:

La Liste nationale des médicaments reste la référence. Elle est actualisée grâce à une participation optimale des spécialistes des hôpitaux à travers les comités thérapeutiques. Ceci permet, d'éviter que chaque spécialiste ne réclame de voir figurer sur la liste l'ensemble des produits dont il pourrait avoir besoin de prescrire et de réunir ainsi un consensus autour des médicaments et dispositifs essentiels.

A partir de cette liste, en début de chaque année, le comité thérapeutique doit établir la liste des produits pour l'hôpital, en se référant aux services spécialisés fonctionnels, et au niveau du plateau technique de l'hôpital. Ainsi, on dressera les **besoins qualitatifs** (liste nominative des produits essentiels dont l'hôpital peut avoir besoin). Cette liste doit être libellée en nom DCI ou générique y compris pour les dispositifs médicaux. La liste doit être aussi spécifique que possible: *Chlorure de Sodium pour perfusion, 0,9% en flacon de 500ml.*

Ensuite le personnel de la pharmacie sous la direction du pharmacien chef, à partir du monitoring des consommations antérieures moyennes mensuelles de la pharmacie et des rapports des services techniques établira les besoins quantitatifs bruts pour une période donnée (année comme référence). Les paramètres d'analyse sont:

- les ordonnances servies,
- les ordonnances non servies pour rupture de stock et celle directement adressées aux officines privées pour une raison ou une autre.

A partir de ces besoins bruts, la pharmacie fixera les besoins à acheter en tenant compte du stock existant au niveau de la pharmacie(magasins central et dépôts terminaux des services techniques).

Ces besoins seront non seulement transmis aux fournisseurs agréés à approvisionner l'hôpital, mais aussi à la Direction de l'hôpital, à la DPM trois mois au moins avant le début de l'année correspondante.

➤ **Détermination de la valeur du seuil de commande:**

La Valeur du Seuil de Commande (= VSC) = Consommation durant le Délai de Livraison (= CDL) + Quantité de Sécurité (= QS).

Selon la formule

$$\boxed{VSC = CDL + QS}$$

• **Calcul de la consommation durant le délai de livraison:**

Il se fait à partir de:

- la Durée escomptée du Délai de Livraison (en mois): DDL
- la Consommation mensuelle Moyenne du Médicament: CMM

Selon la formule:

$$\boxed{CDL = DDL \times CMM}$$

• **Calcul de la quantité (stock) dite "de sécurité":**

Il se fait à partir de:

- la durée possible de retards de livraison en mois: DRL
- la Consommation Mensuelle Moyenne du Médicament: CMM
- la quantité estimée pour couvrir une augmentation accrue de la commande

Selon la formule

$$\boxed{QS = DRL \times CMM + \text{estimation de l'augmentation de la commande}}$$

• **Comment calculer les consommations Mensuelles Moyennes?**

La consommation mensuelle moyenne CMM est égale:

$$\text{CMM} = \frac{\text{Somme des sorties réelles entre 2 inventaires} \times 30}{(\text{nombre de jours entre les 2 inventaires} - \text{nombre de jours de rupture})}$$

1.3.2 LE SCHEMA D'APPROVISIONNEMENT:

Elle est fonction de la diversité des besoins de l'hôpital en médicament.

➤ **Les différents produits:**

a) Les médicaments essentiels d'usage courant;

Les médicaments essentiels d'usage occasionnel, ou à consommation très minime;

b) Les dispositifs médicaux d'usage courant et à consommation forte;

c) Les dispositifs médicaux d'usage occasionnel;

d) Les gaz médicaux;

e) Les produits chimiques destinés aux préparations magistrales et hospitalières;

f) Les produits spécifiques d'usage bucco-dentaire, ORL, ophtalmologiques, radiologiques...

g) Les champs et balles de compresses.

h) Sang et autres produits dérivés.

➤ **Les sources d'Approvisionnement:**

Les produits de type **a** et **c** doivent être commandés à **la PPM**.

Les hôpitaux expriment leurs besoins pour ces types de produits à la PPM et ces besoins seront additionnés aux besoins exprimés par les DRSP (CSC et CSCOM) afin d'être commandés par la PPM à partir d'appel d'offres chaque année.

Les produits de type **b, d, f, g** font l'objet de commande annuelle chez les **opérateurs privés** selon une consultation restreinte de tout les grossistes sur la base d'un contrat annuel d'approvisionnement. Les hôpitaux peuvent être regroupés sous la forme juridique d'un syndicat ou d'un GIE inter hospitalier.

Les gaz médicaux (e) sont commandés à **Mali Gaz**

Les champs et balles de compresses(h) doivent être commandés à la **COMATEX et le sang et autres produits dérivés(i)** à la **CNTS**.

NB: La PPM est un établissement publics et vu les missions qui lui sont assignées dans le cadre du PRODESS, les Hôpitaux ne doivent en aucune façon contourner la PPM pour leur approvisionnement.

Cependant la PPM ne dispose pas d'un système d'approvisionnement efficace en produits de consommation faible et occasionnelle ainsi que certains produits spécifiques comme les gaz.

Donc l'apport d'opérateurs économiques sérieux, compétents , capables de gérer un contrat est nécessaire. Il s'agit de Mali Gaz, de la COMATEX, d'une société de produits chimiques, des grossistes importateurs privés de produits pharmaceutiques avec qui il faudrait établir des contrats.

➤ **La passation des marchés:**

Les problèmes de fraude, de falsification ainsi que la diversité des sources de fabrication et d'approvisionnement constituent des risques liés à l'achat de médicaments essentiels génériques en DCI au Mali.

Les commandes doivent être libellés en nom générique à l'exclusion de tout nom de marque, avec l'ensemble des spécifications conformément aux listes de médicaments et dispositifs médicaux.

La commande de médicaments et dispositifs médicaux d'usage courant, peut être mensuelle auprès de la PPM.

La commande de médicaments et dispositifs médicaux spécifiques ou d'usage occasionnel, de réactifs, doit être effectuée au moins pour six mois à l'avance. La livraison sera négociée , surtout si la commande est annuelle afin de fixer l'échéance de livraison.

1.4 INDICATEURS DE MESURE

Les indicateurs sont des instruments d'évaluation.

Ils permettent de mesurer le degré d'éloignement par rapport aux normes établies pour pouvoir ensuite réajuster: c'est une aide à la décision, un instrument de pilotage.

Comme indicateurs utilisés dans cette étude nous avons:

1.4.1 LES INDICATEURS GENERAUX

➤ Sélection de Médicaments Essentiels

Existe-t-il une liste nationale de médicaments autorisés officiellement et diffusés dans tout le pays?
Existe-t-il une liste nationale de médicaments essentiels en DCI officiellement adoptée et diffusés dans tout le pays?
Existe-t-il une liste nationale de médicaments référencée de l'hôpital?
Les dons de médicaments sont-ils conformes à la liste nationale de médicaments essentiels?
Existe-t-il des comités thérapeutiques au sein des grands hôpitaux?

➤ Procédures d'achat:

L'hôpital s'approvisionne t-il par appel d'offres?
Existe-t-il un système de suivi des fournisseurs?
Les appels d'offres sont-ils faits en DCI
Les achats de l'hôpital se limitent-ils aux produits de la liste nationale des médicaments essentiels?
Les achats sont-ils basés sur une estimation fiable des quantités de médicaments nécessaires?

Existe-t-il des critères de choix du fournisseur
Les procédures d'achats respectent-ils le code des marchés publics?

4.2 Les Indicateurs de Performance

Nombre total de fournisseurs?
Nombre total de contrats?
Nombre total de bons de commande émis par année?
Nombre total des appels d'offres par année?
Temps nécessaires à l'élaboration d'une commande?
Temps nécessaires à l'envoi d'une commande?

2. RESULTATS DE L'ETUDE

2.1 Tableau 1 : Principaux concepts obtenus lors des interviews

Lieu d'interview	HOPITAL POINT G	HOPITAL KATI	HOPITAL G TOURE	DPM	Inspection De la Santé
CONCEPTS OBTENUS	Initiative de Bamako	Traumatologie Gestion de Stock Fonds Information Médicaments Chinois Formation	Missions Gestion Stock Etat du Stock Formation Réglementation	Hôpital Nationale Appui technique Formation Comité Thérapeutique Accessibilité Coût	Service Mission Réglementation

On voit que les concepts sont éparpillés entre les hôpitaux et les services visités.

2.2 RESULTATS DES QUESTIONNAIRES:

Estimation des besoins (tableau 2):

Activités observées	Lieu
Présence de LNMA et LME	HPG, HK
Absence de LMRef de l'Hôpital	HPG,HGT,HK
Absence de Comités Thérapeutiques	HGT,HK
Quantification des besoins fonction de la LNME ,la LMRef	HPG,HGT,HK
Absence de protocoles thérapeutiques réalisé et validé par le Pharmacien	HPG,HGT,HK
Le lieu de quantification est la Pharmacie	HPG,HGT,HK
Le responsable de la quantification est le pharmacien	HPG,HGT,HK

Choix du Fournisseur(tableau 3):

Activités observées	Lieu
Les Fournisseurs sont choisis par le pharmacien	HPG
Les Fournisseurs sont choisis par le Directeur	HK
Les Fournisseurs sont consultés par le Pharmacien	HPG,HGT,HK
Les Fournisseurs sont choisis et consultés par un agent du service d'approvisionnement ⁴	HGT
Le lieu de sélection des fournisseurs est la Pharmacie	HPG, HK
Le lieu de sélection des fournisseurs est le service approvisionnement	HGT
Absence de prospection et d'évaluation du marché	HPG,HGT,HK
Circuit d'acquisition de tout produit connu	HPG,HGT,HK
Le pharmacien tient a jour les fichiers fournisseurs (y compris les fournisseurs nouveaux)	HPG,HGT,HK

⁴Fait partie de la Direction Administrative.

L'approvisionnement n'est pas continu	HPG,HGT,HK
Pas de suivi de l'approvisionnement	HGT
Les offres de prix sont étudiées et classées en fonction de l'évolution du marché	HPG,HGT,HK
Les offres de prix sont étudiées et classées en fonction du budget alloué à la Pharmacie	HGT,HK

Commande (tableau 4):

Activités observées	Lieu
La commande est élaborée par le Pharmacien et le Directeur	HK
La commande est élaborée par le Pharmacien	HGT, HPG
La commande est rédigée par le Pharmacien	HPG,HGT,HK
Le support est du Papier pré imprimé = Bon de commande	HPG, HGT
Le support est du Papier pré imprimé = Proforma	HK
Le lieu de rédaction est la Pharmacie	HPG, HGT
Le Bon de commande est validé par signature du Pharmacien, du Comptable et du Directeur	HPG,HGT,HK
La commande est acheminée en main propre chez le fournisseur par le Pharmacien	HPG
La commande est acheminée en main propre chez le fournisseur par un agent du service approvisionnement	HGT
La commande est acheminée en main propre chez le fournisseur par le Pharmacien, secrétaire, toute personne disponible	HK
Présence de bons modifiés	HGT
Les bons sont modifiés pour des contraintes budgétaires	HPG,HGT,HK
Les bons sont modifiés si le montant chez un même fournisseur dépasse 10 millions	HGT
Les critères de choix des produits misent en stock sont fonction - du coût d'acquisition - du rythme d'utilisation - des impératifs de disponibilité du produit (produits de forte consommation, antidotes, urgences...)	HGT,HK
Les critères de choix des produits misent en stock sont fonction - des conditions de stockage selon les exigences de sécurité, de consommation ou de réglementation	HPG, HGT
Pour la préparation et la programmation de la commande le pharmacien tient compte - du stock existant à la Pharmacie - des demandes de services utilisateurs - du délai de livraison	HPG,HGT,HK
Pour la préparation et la programmation de la commande le pharmacien tient compte du stock existant dans les unités de soins	HPG
Parallèlement au flux physique de médicament, présence de flux de documents administratives, comptables, réglementaires qui permette de	HPG,HGT,HK

vérifier la conformité par rapport aux règles établies avec - les fournisseurs (contrats...) - le comptable.	
Parallèlement au flux physique de médicament, présence de flux de documents administratifs, comptables, réglementaires qui permette de vérifier la conformité par rapport aux règles établies avec les services et responsables utilisateurs	HPG, HGT
Présence de documents capables de juger la qualité des fournisseurs sur la base d'éléments probant et opposables (délai de livraison non conformité) = bordereau de livraison, bon de commande, pv de réception.	HPG,HGT,HK

Achat de produits commandés (tableau 5):

Activités observées	Lieu
Achat sur Simple Facture	HPG,HGT,HK
Nombre d'appel d'offres = 3	HPG
Les contrats d'appel d'offres sont gérés par Directeur Administrative	HPG
Fournisseurs ayant rapporté les marchés d'appels d'offres ⁵ : SBO, Officine Badji Soussoko, Vial Mali	HPG
Les appels d'offres sont effectués en DCI	HPG
Nombre de contrats différend de l'appel d'offres = 1 Société contractante = PPM	HPG,HGT,HK
Factures réglés par chèque	HPG,HGT,HK
Factures réglés par mandat	HPG
Factures réglés en espèce	HGT
Délai de règlement des factures figurant sur les bons de commandes = 10- 15 jours	HGT, HK
Inexistence de délai de règlement de facture	HPG
Factures non réglées pour contraintes budgétaires	HPG,HGT,HK
Factures non réglées pour absence de liquidités pour alimenter le trésor public (due surtout au déficit créé par les cessions aux services)	HPG

Réception (tableau 6):

Activités observées	Lieu
Le support de la réception = Bon de commande, Bordereau	HPG,HGT,HK

⁵ Un exemple de dossier d'appel d'offre effectué au CHU du point G se trouve dans l'annexe de ce document.

de livraison, PV de réception	
Le support de la réclamation = bon de retour, bon de réclamation	HK
Réclamation verbale	HPG, HGT
Le pharmacien est responsable de la réclamation	HPG,HGT,HK
Les produits réceptionnés sont saisis et enregistrés par le pharmacien	HPG,HGT,HK
Le support de l'enregistrement = papier	HGT
Le support de l'enregistrement = ordinateur	HPG, HK
Le logiciel utilisé = Pharmahoss	HPG, HK

Rédaction des pv de réception (tableau 7)

	HPG	HGT	HK
Existence commission officielle	oui	oui	oui
Lieu	Pharmacie	comptabilité	direction
Validé par	commission	commission	commission
<i>Composition de la commission de réception</i>			
Membres	HPG	HGT	HK
1 Magasinier	oui	oui	oui
1 membre de la Comptabilité	non	oui	oui
1 Membre de la Direction	non	oui	oui
Chef service maintenance	oui	non	non
1 Pharmacien	oui	oui	oui

Cas Particuliers (tableau 8):

Activités observées	Lieu
Gestion adaptée pour Gaz médicaux: lieu de réception = service utilisateur	HPG,HGT,HK
Présence de dons de médicaments	HGT, HK
Dons de médicament non conforme à la LNME	HGT
Pas de Gestion adaptée pour les dons de médicaments	
Présence de circuit parallèle	HK
Gestion adapté pour ARV	HPG, HGT
Gestion adaptée pour Vaccin et Sérum	HPG

➤ **Les Fournisseurs:**

Pour les 3 pharmacies d'intérieures on note 26 fournisseurs potentiels:

- **4 Sociétés & établissements publiques;**
- **4 Grossistes répartiteurs privés;**
- **3 officines privées;**
- **15 Sociétés & établissements publiques privés;**

Le tableau 9 donne le détail avec les noms des fournisseurs.

**FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTEME PAR RAPPORT AU
DOCUMENT ELABORE PAR LA DPM EN OCTOBRE 2000**

(organisation des Pharmacies Hospitalières du Mali : Objectifs-Principes-Methodes)

FORCES

- ◆ Meilleur suivi du processus d'approvisionnement;
- ◆ Présence d'un logiciel complet de gestion;
- ◆ Une bonne gestion des ARV (gestion rigoureuse)
- ◆ L'approvisionnement est rapide

FAIBLESSES

- ◆ Absence d'appel d'offre (dans 2/3 structures hospitalières)
- ◆ Absence d'armoire de service
- ◆ Absence de comité médical
- ◆ Absence de gestion adaptée pour les dépôts dans les unités de soins
- ◆ Absence de gestion adaptée pour les sangs et dérivés
- ◆ Absence de gestion adaptée pour les vaccins et sérums
- ◆ Absence de liquidité Financière
- ◆ Absence de Liste de Médicaments référencés pour l'hôpital;
- ◆ L'approvisionnement n'est pas continu
- ◆ Pas de contrats avec d'autres fournisseurs autre que la PPM et UMPP
- ◆ Temps d'envoi de commande long

On constate que les faiblesses dominant.

➤ **Les supports de gestion** rencontrés sont :

- Les bons de commande de la Pharmacie
- Les bordereaux de livraison;
- Les bons de réception (disponible dans pharmahos);
- Fiche de stock;
- Fichiers fournisseurs;
- Ordinateur munit d'un logiciel nommé pharmahos
- Tous les pharmaciens trouve le logiciel Pharmahos fiable.

Tous les supports nécessaires à la gestion de l'approvisionnement sont présents (présentations dans l'annexe).

3. DISCUSSION ET COMMENTAIRE

En ce qui concerne le tableau 1 on constate que les concepts varient selon les lieux de l'entrevue. A partir de ces données il devient facile de procéder à une recherche documentaire.

Même si nous n'avons pas effectué de stages en ce qui concerne les CHU du point G et de l'hôpital de Kati, les informations de ces études nous ont été fournies par de sources officielles (les pharmaciens, les comptables, des agents de la direction et même dans certains cas le directeur de l'hôpital) et en plus nous avons travaillé sur des documents officiels (cités dans la procédure de collecte des donnés)

L'analyse des résultats donne suivant les étapes de l'approvisionnement:

➤ **Estimation des besoins:**

- ✓ La liste de médicaments autorisés au Mali n'est pas largement diffusée à travers les formations hospitalières. En ce qui concerne les DV, **Konaré** (3) avait trouvé que 70% des gérants n'ont pas la liste de référence de médicaments essentiels (liste de niveau dépôts de vente.
- ✓ L'absence de liste de médicaments référencés (tableau 2) de l'hôpital peut s'expliquer par le fait qu'il n'existe pas jusqu'à présent de comités

thérapeutiques (ou comité du médicament) en ce qui concerne les hôpitaux malgré une circulaire Ministérielle demandant aux hôpitaux de mettre en place les comités thérapeutiques.

Cependant à l'hôpital du Point-G il existe un semblant de comité thérapeutique qui est dirigé par un médecin ce qui n'est pas tout à fait conforme à celui décrit dans le SDAD.

- ✓ La quantification est basée sur la méthode de la consommation corrigée; en fonction des consommations moyennes antérieures et du stock disponible, le pharmacien détermine la quantité à commander.
- ✓ On note 499 bons de commande. Tous ces bons de commandes ont été signés par:
 - Le pharmacien car c'est lui qui s'occupe du choix et de la quantification des médicaments mis en stocks, il est responsable du contenu de ce bon de commande.
 - Le comptable pour vérifier la disponibilité des fonds, provenant du trésor public alloués au budget de l'hôpital, ou des fonds provenant du recouvrement des coûts.
 - Le Directeur de l'hôpital qui approuve ainsi par sa signature que le bon provient de l'hôpital.

➤ **Choix du fournisseur:**

- ✓ Le graphique 2 nous montre les critères de choix des fournisseurs. On a retenu 6 critères:
 - Rapidité du service,
 - Qualité des produits,
 - Qualification du personnel

- Prix fournisseurs
- Nombre de médicaments disponibles
- Existence de contrats,
- ✓ Tous les critères ont la même valeur et sont respectés à 100% à l'hôpital du Point G et 50% dans les 2 autres hôpitaux.
- ✓ Le graphique 1 nous montre que sur 499 bons de commande 35 bons ont été adressés à la PPM soit 7%.

Cela montre que la PPM n'est pas le fournisseur privilégié des pharmacies hospitalières du Mali d'où un dysfonctionnement en ce qui concerne le contrat liant la PPM et les Pharmacies Hospitalières. Des études réalisées par **Touré et collaborateurs** (8) ont trouvé qu'à l'hôpital Gabriel Touré sur 450 spécialités 15% seulement était disponibles sur la liste PPM donc le dysfonctionnement peut provenir de la non disponibilité des produits à la PPM.

Ceci est important car l'Etat malien a signé avec la PPM (société d'Etat) un 3^{ème} contrat plan dont l'une des clauses exige que les hôpitaux s'adressent en première position à la PPM pour l'achat de médicaments essentiels d'usage courant et de dispositifs médicaux d'usage courant et à consommation forte.

Parmi les fournisseurs (Tableau 9) on rencontre curieusement des officines privées. Après avoir pris connaissance des bons de commandes on se rend compte qu'il s'agit de substances particulières et rares comme le fluothane fourni par l'officine du point G. Quant à l'officine Bagji soussoko il s'agit d'un contrat obtenu par appel d'offres. Certains produits comme l'Epoetime[®] ou Neorécormone injectable pouvaient être commandé spécialement par des grossistes. Ce cas nous montre la nécessité d'accorder une faveur aux pharmacies hospitalières pour leur permettre d'importer directement une certaine catégorie de produits sans passer par les grossistes de la place.

- ✓ A l'hôpital Gabriel Touré les parties "**choix des fournisseurs**" et "**commande**" sont effectuées par un agent de la direction administrative ce qui n'est pas conforme au manuel de procédures de la DPM car ce manuel affirme que "le médicament est le monopole du pharmacien" notamment à l'étape de la commande (voire manuel de procédures).

➤ **Commande et achat:**

Les achats se font sur commande, par appel d'offre ou par consultation restreinte

- ✓ On constate que l'appel d'offres réalisé à l'hôpital du point G est conforme au décret N°95-401\P-RM portant code des marchés publics et au décret N°99-292\P-RM portant modification du décret précédent:
- ✓ En ce qui concerne l'article 4 de ce marché, l'acte d'engagement, le bordereau des prix unitaires, la caution de bonne fin sont apportés par le soumissionnaire.
- ✓ La caution de bonne fin est une garantie bancaire délivrée au soumissionnaire par une banque.
- ✓ Les montants maximum et minimum doivent rester secrets au soumissionnaire.
- ✓ En ce qui concerne le dernier article, il faut noter que le document du marché a été signé par toutes les personnes concernées par l'approbation.
- ✓ D'après le graphique 3 les pharmaciens mettent beaucoup plus de temps à envoyer la commande qu'ils en mettent sur l'élaboration du bon de commande. Cela est dû à l'absence de moyen de déplacement pour déposer la commande chez le fournisseur.
- ✓ Etant donné que les pharmacies possèdent des lignes téléphoniques, on pourrait communiquer au fournisseur les produits figurant sur le bon à l'aide

du téléphone ce qui permettrait de gagner suffisamment de temps. Ce système est appliqué dans les officines privées.

Cependant on ne doit pas oublier la rigueur administrative indispensable pour limiter les cas de fraudes ou de vols.

- ✓ Toutefois la durée de 65 heures 25 mn qui est le temps moyen consacré à la commande dans ces pharmacies d'intérieures est tout à fait conforme aux normes de l'O.M.S qui est de 72 heures.

➤ Réception

Alors que **Konaré** (3) trouvait que la fiche de réception n'est pas utilisée par les gérants des dépôts de vente et que 10% procèdent seuls à la réception, la réception des produits fait l'objet d'attention sérieuse au niveau des hôpitaux nationaux.

- ✓ La présence d'une commission de réception dont la composition assez hétérogène (Tableau 7) mais variant selon les lieux assure une meilleure fiabilité de la réception. A la fin de la réception le procès verbal (PV) de réception est signée par chacun des membres de la commission.
- ✓ La réclamation est rapide car elle est verbale. On fait recourir rarement à des bons de retour ou de réclamation disponibles dans Pharmahoss (Hôpital de Kati).
- ✓ La fiabilité du logiciel permet un meilleur suivi des produits réceptionnés, le temps consacré à la saisies des produits réceptionnés est très faible (voire graphique 3 partie 3).
- ✓ En ce qui concerne le tableau 5, certains non-paiements seraient dus au fournisseur lui-même lorsque le paiement s'effectue par mandat car il n'arrive pas à fournir les pièces justificatives montrant qu'il n'est pas redevable du fisc.

Mais la raison la plus évoquée est la non disponibilité de fonds au niveau des caisses de l'hôpital.

➤ CAS PARTICULIERS

Un certain nombre de catégories de produits peuvent faire l'objet d'une gestion particulière adaptée de nature à satisfaire les objectifs de sécurité et de qualité.

- **Gaz, Sangs et Dérivés**

Mali gaz et la banque de sang (CNTS) ne figurent pas sur la liste des fournisseurs (tableau 9) et pourtant les services sont dotés de Gaz médicaux et sont ravitaillés en sang. Le sang destiné à la transfusion est apporté par les parents du patient. Les gaz médicaux ne sont donc pas gérés par la pharmacie.

- **Les anti-retroviraux (ARV)**

- ✓ Malgré une gestion rigoureuse des ARV, on voit qu'il y a parfois de courtes ruptures des formes pédiatriques surtout.

- ✓ Il serait intéressant de faire profiter à l'ensemble du système la très courte espérance de gestion des ARV avec fiches de stock bien suivies, la bonne collaboration entre prescripteurs et pharmaciens, suivit des patients; Pour cela la mise en place des comités thérapeutiques comme prévu par le SDAD est nécessaire si l'on veut atteindre cet objectif.

- **Les dons:**

- ✓ Les dons de médicaments (voire Tableau 8) sont simplement distribués aux services ou aux agents ces dons de médicaments ne sont donc pas valorisés.

Cette gestion simplifiée a pour inconvénient de fausser les statistiques de consommation des services. Dans la mesure où ces dons représentent une part importante selon l'établissement, toute comparaison des consommations s'en trouve également faussée. Une telle solution n'est pas satisfaisante. D'autres solutions sont envisageables:

- ✓ **prise en compte dans le calcul du prix d'achat**

Les lots gratuits additionnés à la livraison de produits facturés sont pris en compte pour déterminer le prix d'achat unitaire au moment de l'entrée en stock. Ils viennent ainsi directement en atténuation du prix d'achat et donc du prix moyen pondéré. Cette solution est la plus logique sur le plan économique et comptable.

Cependant, le conditionnement et la présentation étant parfois différents il peut être difficile de les intégrer à une livraison pour calculer un prix unitaire.

Il faut noter, que dans une telle hypothèse, une bonne approximation suffit et, abstraction faite des conditionnements unitaires, la différence au poids ou au volume peut permettre un calcul de prix satisfaisant.

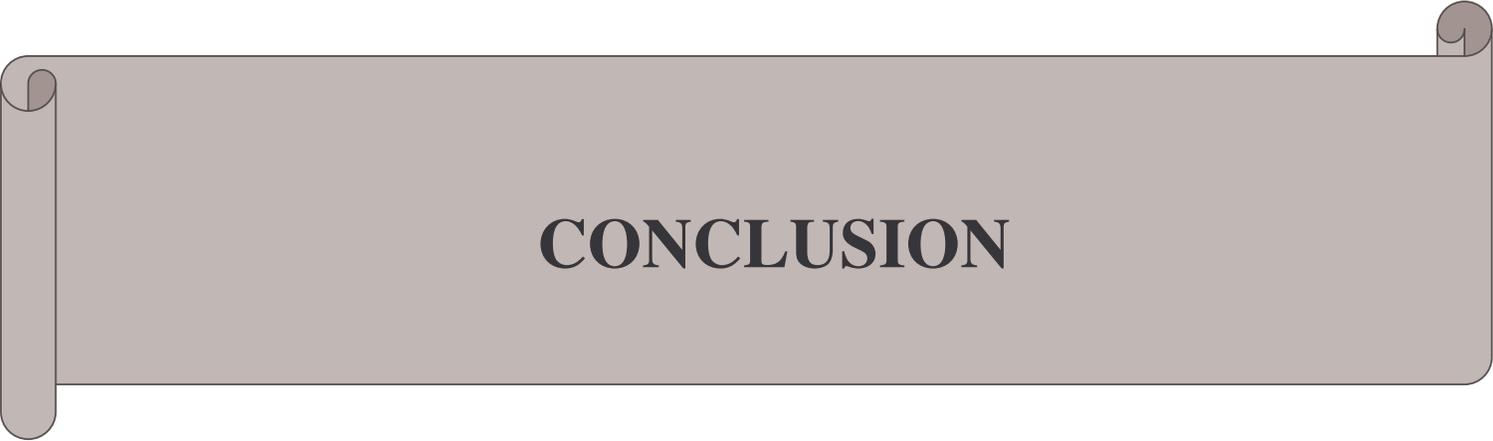
- ✓ **Valorisation en plus-value de stocks**

Dans cette hypothèse les lots gratuits sont valorisés au prix moyen pondéré des produits similaires et font l'objet d'un suivi particulier en comptabilité de stock (fiches de produit bis. Le total annuel des sorties des produits ainsi valorisés sera considéré comme une plus-value de stock.. Cette solution a l'avantage de permettre d'apprécier la part représentée par ces lots gratuits dans la consommation de produits pharmaceutiques.

L'inconvénient de ce système est qu'il gonfle quelque peu artificiellement le volume des consommations de produits pharmaceutiques.

➤ **RECouvreMENT AU NIVEAU DES ARMOIRES DE SERVICES**

- ✓ Les services n'arrivent pas à recouvrir les sommes dépensées dans l'achat de produits mis à leur disposition, des documents comptables montrent que le déficit à ce niveau s'élève à plus de 5 000 000 F cfa à l'hôpital du point G. Boubacar Birama Keita (2) avait évalué (2001) à 156 796 545 Francs Cefa (cent cinquante-six millions set cent quatre-vingt-seize mille cinq cent quarante-cinq francs cefa) le montant des médicaments et consommables médicaux fournis en cession aux services de l'hôpital du point-G.
- ✓ Comme solution le mieux serait de mettre les produits sous le contrôle de la pharmacie, et les patients achèteront ses produits directement à la pharmacie comme c'est le cas à l'hôpital de Kati.



CONCLUSION

Nôtre étude est toujours valable, cependant on peut remarquer quelques changements au cours des derniers mois. Actuellement dans toutes les structures l'approvisionnement est entièrement réalisé par le pharmacien; le statut de pharmacien hospitalier a été adopté, il n'est plus considéré comme un médecin avec spécialité pharmacie.

Cette étude ne traite pas tous les aspects de l'approvisionnement des pharmacies hospitalières, d'autres études pourront contribuer également à un meilleur approvisionnement de la pharmacie hospitalière au Mali.

En effet pour agir sur l'amélioration de la qualité du circuit du médicament dans les établissements de santé une des voies passe par l'informatisation du circuit du médicament.

De même une étude sur les ruptures de médicament peut donner un éclairage sur la disponibilité du médicament dans les formations sanitaires.

Une pharmacie hospitalière bien organisée avec du personnel bien motivé, une auto-évaluation fréquente du pharmacien hospitalier, une collaboration franche et de qualité avec le corps médical, auraient sans doute comme avantage une optimisation de la prise en charge des malades hospitalisés.



RECOMMENDATIONS

Au terme de notre étude nous recommandons:

1. Au Ministère de la Santé à travers la **DPM** de prendre les mesures nécessaires afin de:

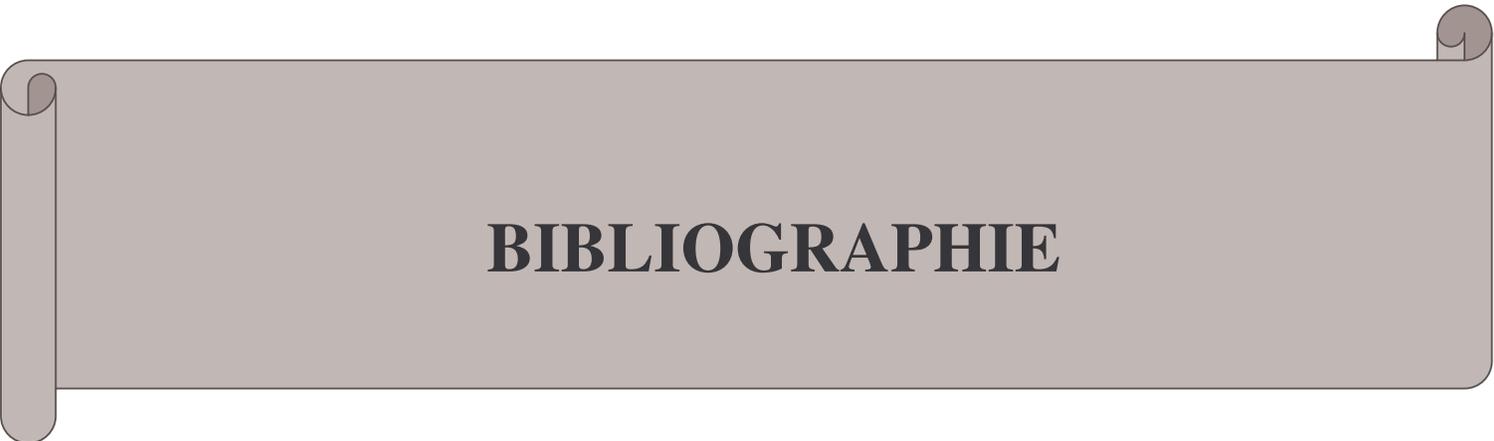
- ✓ Donner une autonomie de gestion à la pharmacie hospitalière;
- ✓ Supprimer la cosignature des bons par le Directeur de l'hôpital;
- ✓ Renforcer les contrôles au niveau de la pharmacie;
- ✓ Adopter comme système de quantification des besoins la combinaison de la méthode fondée sur le traitement type et la méthode de la consommation corrigée.
- ✓ Responsabiliser la pharmacie en ce qui concerne les produits destinés aux unités de soin;
- ✓ Introduire l'hémovigilance au niveau de l'hôpital sous la direction du pharmacien;
- ✓ Elargir le système de gestion des ARV à l'ensemble du stock de la pharmacie;
- ✓ Optimiser la gestion des dons par une valorisation en plus-value de stocks;
- ✓ Utiliser les fonds générés par la vente des dons pour la prise en charge des indigents.
- ✓ Introduire des contrôles qualitatifs sur les médicaments essentiels en générique en ce qui concerne les hôpitaux.

3. Aux Hôpitaux:

- ✓ La mise en place des comités thérapeutiques faisant intervenir toutes les compétences de l'Hôpital et ayant comme animateur, le Pharmacien.

4. A la direction de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatoogie:

- ✓ D'introduire des programmes ayant trait à la pharmacie hospitalière en ce qui concerne la section pharmacie notamment des modules de **pharmacoeconomie**.



BIBLIOGRAPHIE

□ Ouvrages et Documents Consultés

1. Belco Maiga

Analyse de l'offre de la Pharmacie Hospitalière Comparée à la Demande de Consommation Pharmaceutique des Malades Hospitalisés au Point-G.(thèse pharmacie) Bamako 2002.

2. Boubacar Birama Keita

Evaluation des médicaments et des consommables fournis en cession aux services de l'Hôpital du Point-G (thèse pharmacie) Bamako 2002.

3. Konaré Abdoulaye

Etude de la Mise en œuvre du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels dans la Ville de Kaye (thèse Pharmacie) Bamako 2002.

4. Christine A E

Etude sur l'application de la liste de référence des médicaments essentiels en DCI dans 6 Centres de Santé Communautaire du District de Bamako. Thèse Pharmacie 1999.

5. Mali Santé

En savoir plus sur les Médicaments Essentiels (Pages 5). N°3 PPM Oct/Nov/Dec 1995.

6. René Romuref

La pratique des marchés publics: " Ce qu'il faut savoir" : collection Delmax C^{ie}

7. Ministère de la santé du/Mali/ Division Pharmacie médicament (DPM)

Organisation des pharmacies Hospitalières au Mali: Objectifs - Principe - Méthodes. Edition 2000

8. Bokar Touré, KafingDiarra, Biramadjan Diakité

Enquête sur les hôpitaux du Mali(avril 1995). Bibliothèque de la FMPOS.

9.Ministère de la Santé, des personnes âgées et de la Solidarité du Mali

Guide du Schéma Directeur d'approvisionnement et de Distribution Edition 2000

10.Robin, A. Ag Iknane, A. Sambé, M. Laloge.

**Ministère de la Santé, des personnes âgées et de la Solidarité & le GIE
Santé pour tous.**

Guide de Formation en Gestion de Santé communautaire (CSCOM) Edition 2000.

11. Ministère et de la Santé de la Sécurité social de France

Gestion des Pharmacies Hospitalières. Fasciculé N° 6.

12. Ministère des Finances et du commerce: Direction générale des marchés publics.

Décret N° 95-401/P-RM du 10 novembre 1995portant code des marchés publics. Publier dans le Journal officiel.

13.Ministère des Finances et du commerce: Direction générale des marchés publics.

Décret N° 99-292/P-RM du 21 septembre 1999 Portant modification du décret N° 95-401/P-RM du 10 novembre 1995 portant code des marchés publics. Publier dans Journal officiel.

□ **Documents Internet:**

1.i CHU Guadeloupe- Pro- Service Pharmacie-Stérilisation.

www.chu-guadeloupe.fr

2.i Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale de France

Etude sur l'informatisation du circuit du médicament www.santé.gouv.fr/htm

3.i Manuel d'auto-évaluation des pharmaciens Hospitaliers

4.i Mme Traoré Fatoumata Nafoussi Ministre de la Santé du Mali

SYMPOSIUM INTERNATIONAL SANTE ET DEVELOPPEMENT

Discours: Accès aux services de santé de base au Mali, enjeux et objectifs, défis et perspectives. <http://www.foundation/novartis.com/symposium>

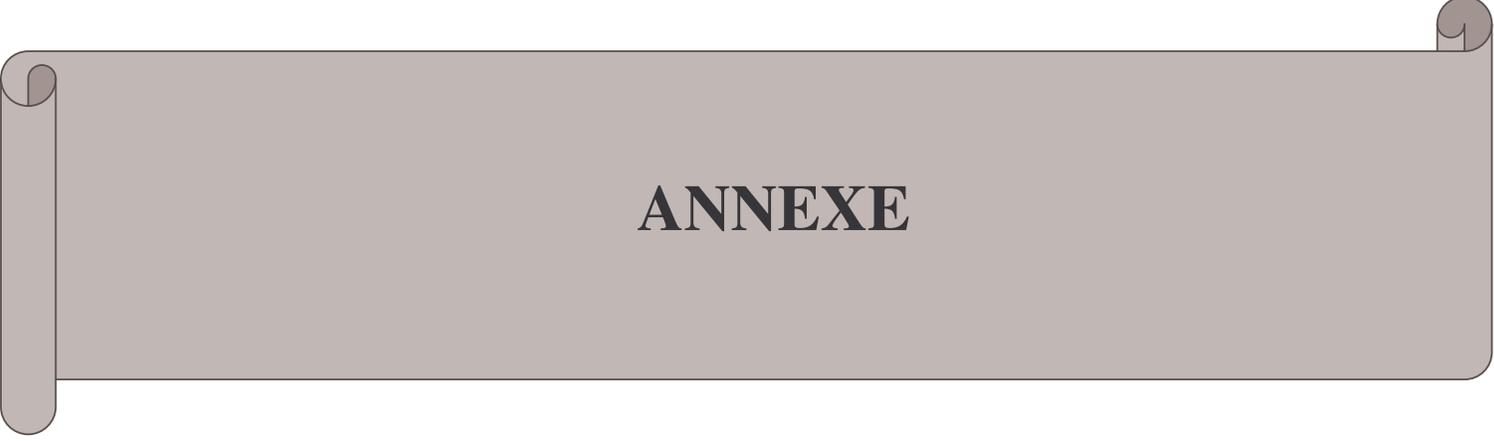
□ **Personnes ressources⁶:**

Dr Loseni BENGALI Pharmacien adjoint hôpital G Touré.

Dr Mikaela MAIGA (DPM)

Dr Niangali médecin INRSP.

M^e Hamaty DIALLO



ANNEXE

⁶ Ces personnes, par leurs conseils et leurs disponibilités, nous ont aidé à élaborer cette thèse.

A. Quelques Supports de Gestion de l'approvisionnement:

1. Un exemple de dossier d'appel d'offres réalisé au CHU du Point-G

Marché à commande

Article 1^{er} : Objet du Marché

Fourniture de consommables médicaux.

Article 2: Procédure:

Appel d'offre ouvert n° 0330\D-HPG du 21 juin 2000 conformément à l'article 28 du décret n° 95-401\P-RM

Article 3: Exécution:

Article 4: Pièces contractuelles du Marché:

- Acte d'engagement;
- Bordereau des prix unitaires;
- Le cahier des closes générales administratives rendu exécutoire par l'arrêté n° 97-1879\MF-SG du 19 novembre 1997
- La caution de bonne fin.

Article 5: Montant du Marché et modalité de révision:

Lorsque le montant maximum⁷ annuel est atteint et que le besoin se fera sentir de passer une ou des commandes supplémentaires pour quelque motifs que se soit, l'administration pourra au prix du présent marché, commander des baignoires et films radio, pour une valeur n'excédant pas 5% du montant maximum annuel du marché.

Les prix unitaires dans le bordereau des prix unitaires sont fermes et non révisables.

Article 6: Durée d'exécution et délai de livraison du marché:

Le marché peut être reconduit tacitement 1 (une) seule fois.

Le délai d'exécution de chaque commande est 15 jours.

Article 7: Réception des fournitures et matériels:

Le lieu de la réception est le magasin de l'hôpital.

Le procès verbal est établis au plus tard 3 (trois) jours.

Article 8: Modalité de paiement:

Paiement mensuel peut être mensuel ou trimestriel selon le choix du fournisseur sur présentation de 1 (une) facture accompagnée du bon de commande dûment signé par le Directeur Général de l'Hôpital.

Article 9: Domiciliation bancaire du fournisseur:

Article 10: Pénalité de retard:

⁷ Pour chacun des deux Marchés le montant minimum était supérieur à 10 000 000 F cfa et le montant maximum était fixé.

Le retard d'exécution entraîne une pénalité de 1/2500 par jour de la valeur des fournitures non livrées à temps suivant le calendrier de retard.

Article 11: Résiliation du marché:

Le marché peut être résilié:

* Par l'administration pour l'une des raisons suivantes:

- Refus de se conformer au marché,
- Absence de caution de bonne fin;
- Retard excessif de l'exécution, sans préjudice des pénalités de retard;
- Défaillance du fournisseur nonobstant l'application des pénalités de retard;
- Faute grave
- Fraude ou vol du fournisseur.

* Par le fournisseur pour l'une des raisons suivantes :

- Défaillance administrative pouvant entraîner l'exécution impossible; ce qui exige une indemnité de résiliation.

Article 12: Règlement de litige:

Le règlement de litige s'effectue au tribunal Administratif de Bamako.

Article 13: Imputation budgétaire:

Hôpital du point G, exercice 2001.

Article 14: Cautionnement:

Le fournisseur donne une caution de bonne fin représentant 5% du montant maximum à l'administration.

Article 15: Cas de force majeure

Article 16: Législation:

Régie par le Code des Marchés Publics Décret n°95-405\P-RM

Article 17: Fiscalité:

Toutes les taxes y sont comprises.

Article 18: Approbation:

Le fournisseur:

Conclu par DG Hôpital Point-G

Signature

Signature

Approuve par DG Marché Public

Vu,le Contrôleur Financier de l'Hôpital point-G

Signature

Signature

Enregistré par le Secrétariat G. du Gouvernement Enregistré au domaine par l'Inspecteur

Signature

de l'Enregistrement

3% montant Maximum

Signature

4 Présentation du bon de commande:

HÔPITAL:

BON DE COMMANDE

Adresse:

8

Code	Désignation	Quantité	Montant

Fait à, le.....

Signature et Cachet
du Pharmacien

Signature et Cachet
du Comptable

Signature et Cachet
du Directeur

3. Présentation du Bon de Livraison:

Nom du Fournisseur:

Adresse:

Tél:

Fax:

BON DE LIVRAISON N°:

Référence client:

Date de Livraison:

Adresse de Facturation

Mode de Règlement:

Code	Désignation	Qté	PU	Montant

Cette Case contient le Nom et l'adresse du fournisseur.

Total
 Acompte
 Net à Payer

Fournisseur

Client

3. Présentation de la Fiche de Stock:

HÔPITAL:

Code:.....

Cons.mens.moy

Nom DCI:.....

Stock minimum

Dosage:.....

Stock maximum

Unité de Vente:.....

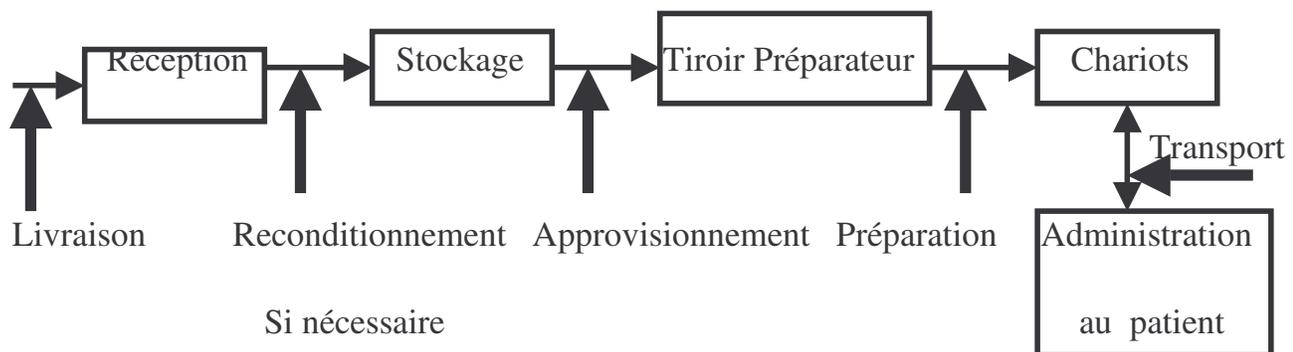
Prix de vente unitaire

mois	Janv	Fév	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Dec
Cons.mens.												
Jour Rupture												

Code	Désignation	Entrée	Sortie	Stock restant	observation

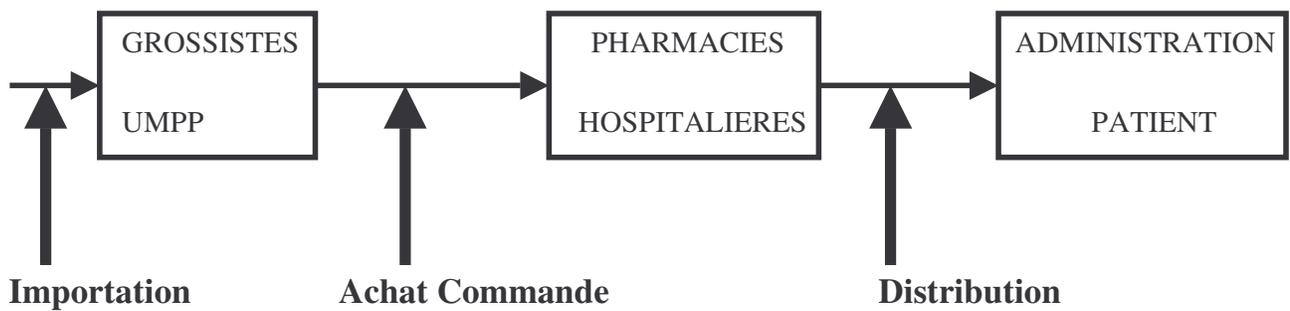
B. Quelques Schémas

1. Synoptique du circuit physique du médicament:

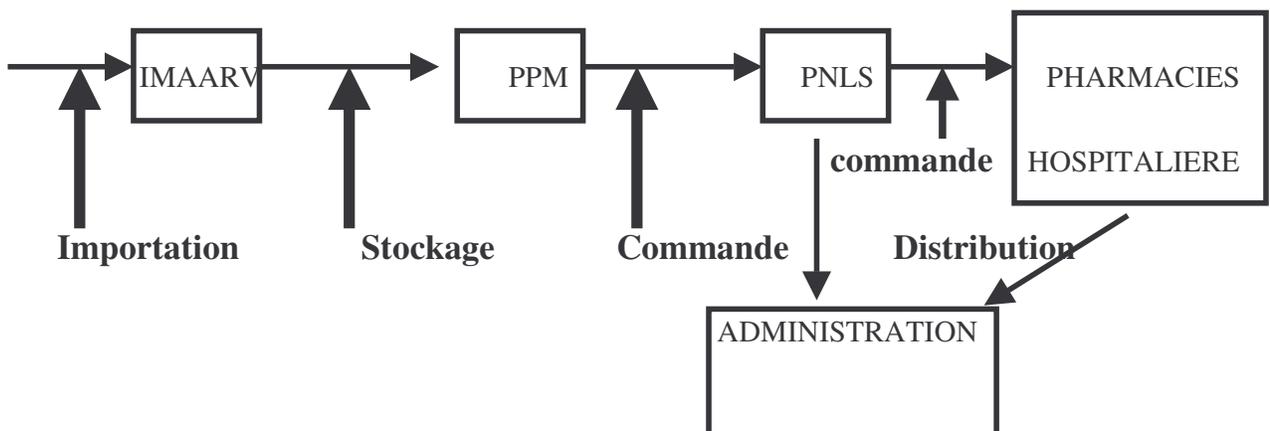


- dans les rectangles les zones physiques où se trouve le médicament,
- entre les rectangles, les actions pour faire passer physiquement le médicament d'une zone physique à l'autre.

2. Synoptique du circuit d'approvisionnement



3. Synoptique du circuit d'approvisionnement des ARV:



PATIENT

- dans les rectangles les zones physiques où se trouve le médicament,
- entre les rectangles, les actions pour faire passer physiquement le médicament d'une zone physique à l'autre.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : BALLO

Prénom : Daouda Mamadou

Titre de la thèse

SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT D'UNE PHARMACIE HOSPITALIERE :

CAS DES HOPITAUX GABRIEL TOURE, DU POINT-G ET DE KATI

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali BP: e2387

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

RESUME :

Nous avons effectué une étude rétrospective entre janvier 2001 et décembre 2001 afin d'analyser le système d'approvisionnement des Pharmacies des hôpitaux Gabriel Touré, du Point-G et de Kati. Une enquête préliminaire nous a permis de nous imprégner des grands concepts liés à la Pharmacie hospitalière et de cibler les problèmes à étudiés. D'après les résultats des questionnaires : - La Procédure d'approvisionnement est conforme aux directives de la DPM dans 2/3 des structures hospitalières - on note un dysfonctionnement au niveau du Troisième Contrat Plan signé entre l'Etat Malien et la PPM - le temps d'approvisionnement ne vaut pas trois jours - on a relevé 26 fournisseurs potentiels – on note Présence des supports nécessaires à la gestion de l'approvisionnement - les fournisseurs ne sont pas payés à temps - les critères de choix des fournisseurs tiennent comptes de la rapidité du service, de la qualité des produits et des prix fournisseurs - les faiblesses du système d'approvisionnement des pharmacies hospitalières du Mali dominant par rapports aux forces.

Mots clés: système d'approvisionnement, pharmacies hospitalière.

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 désintéressement;

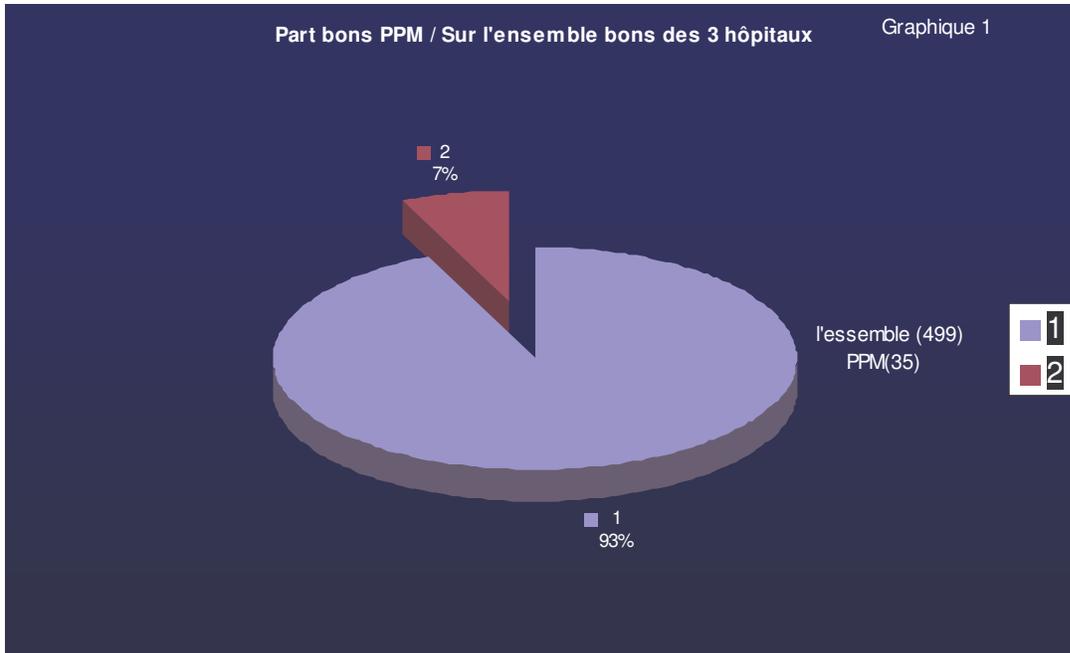
De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et de sa dignité humaine.

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

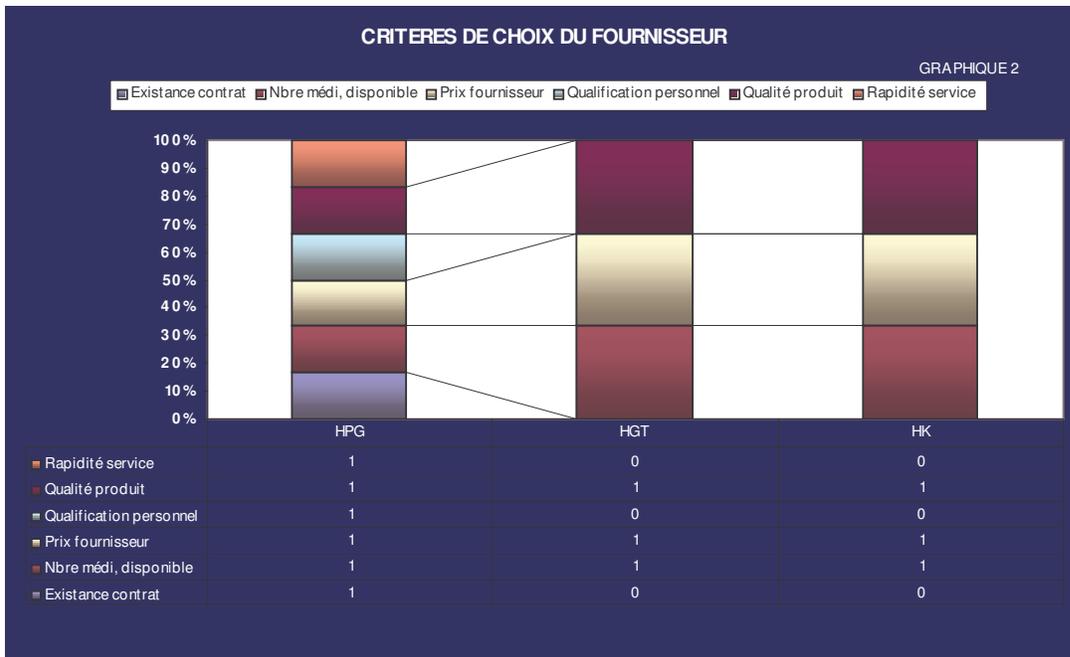
Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure.



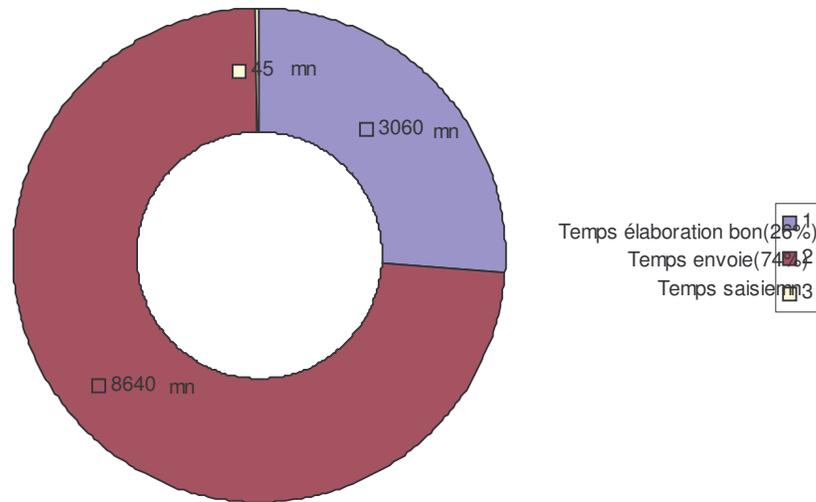
Graphique 1



Graphique 2

Degré de rapidité du circuit d'approvisionnement

Graphique 3



Graphique 3