

REPUBLIQUE DU BENIN

@@@@@@

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

@@@@@@@@

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

(UAC)

@@@@@@@@@@@@

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTIONS

(FASEG)

@@@@@@@@@@@@@@@@

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION POUR L'OBTENTION DE LA LICENCE
PROFESSIONNELLE
OPTION : Economie

SPECIALITE: Economie et Gestion des Structures Sanitaires (EGSS)

THEME:

ANALYSE DU CIRCUIT DE DISTRIBUTION DES
MEDICAMENTS DANS LA ZONE SANITAIRE
ABOMEY-CALAVI SO-AVA

Réalisé et présenté par :

Adékounlé Amèd AKANWO

&

Murielle Yanne Greta AGLIKPO

Sous la supervision de :

Maître de stage :

Mr Ulrich KPODE

Gestionnaire du dépôt répartiteur
de la ZS/ AS

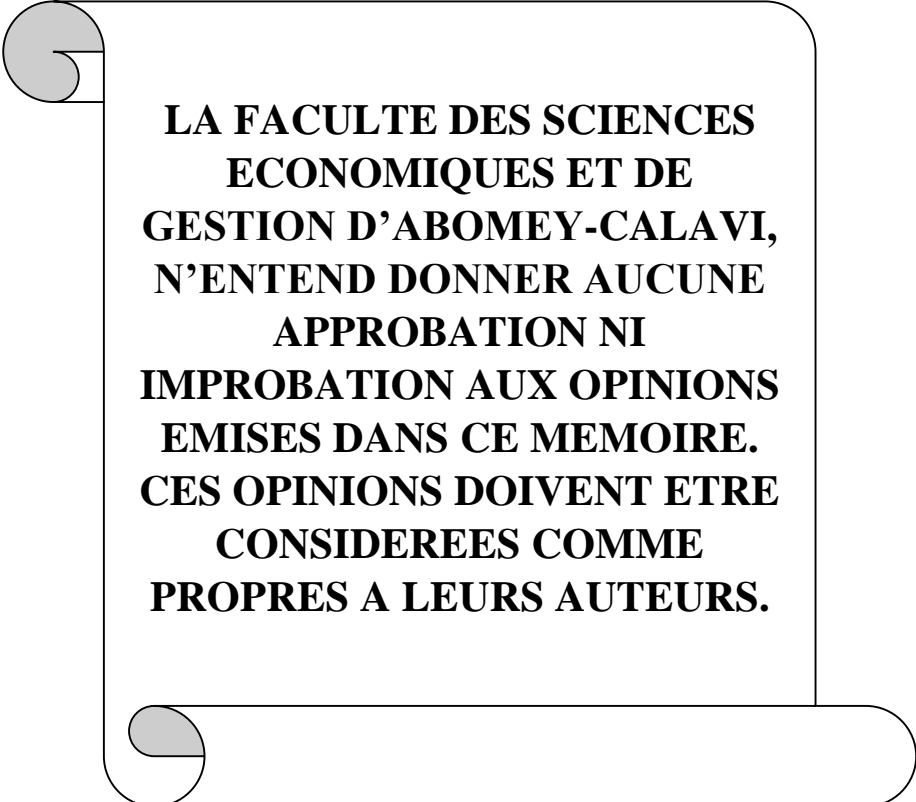
Maître de mémoire :

Dr Hilaire G. HOUENINVO

Enseignant à la FASEG

2015-2016

AVERTISSEMENT



**LA FACULTE DES SCIENCES
ECONOMIQUES ET DE
GESTION D'ABOMEY-CALAVI,
N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION NI
IMPROBATION AUX OPINIONS
EMISES DANS CE MEMOIRE.
CES OPINIONS DOIVENT ETRE
CONSIDEREES COMME
PROPRES A LEURS AUTEURS.**

DEDICACE 1

Je dédie ce travail à :

- ♥ Ma feu mère TOVIEDJI Sidicatou, **Que la terre te soit légère !**
- ♥ Mon feu père AKANWO Saliou, **Que la terre te soit légère !**

Améd Adékounlé AKANWO

DEDICACE 2

Je dédie ce travail à :

- ♥ A toi mon cher papa Dieudonné AGLIKPO
- ♥ A toi mon maman Honorine ZANHOUNGBO,

Murielle G. Y. AGLIKPO

REMERCIEMENTS

Le présent document a été réalisé par l'aide de plusieurs personnes. Les mots nous manquent pour exprimer toute notre reconnaissance pour les contributions précieuses, tant intellectuelles, financières que matérielles des uns et des autres.

La liste est longue, mais nous ne manquerons pas d'énumérer quelques-uns tels que :

- ☐ Notre maître de mémoire Docteur Hilaire HOUENINVO, enseignant chercheur à la FASEG pour les sacrifices consentis. Malgré vos multiples occupations, votre modestie et votre disponibilité nous ont beaucoup frappés. Trouvez par ces mots, l'expression de notre reconnaissance et notre profonde gratitude ;
- ☐ M^{me} Mireille-Marie MINTOGBE pour vos conseils et votre disponibilité à des multiples préoccupations ;
- ☐ Notre maître de stage Ulrich KPODE qui nous a aidés à recueillir les informations nécessaires à notre étude, votre gentillesse, votre spontanéité nous ont été d'un grand secours. Soyez rassuré de notre sincère gratitude ;
- ☐ Prof. Charlemagne Babatoundé IGUE, le doyen de la Faculté des Sciences Economiques et de la Gestion (FASEG) qui nous a autorisé notre formation ;
- ☐ Dr. Théophile Magloire Adrien WOTO, le vice doyen de la FASEG qui nous a servis de base pour cette formation ;
- ☐ Aux honorables membres du jury. C'est un signe d'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Soyez assurés de notre profonde et respectueuse gratitude. Vos apports et recommandations nous aideront à améliorer la qualité.
- ☐ Docteur AFFOUKOU Cyriaque, médecin coordonnateur de la zone sanitaire Abomey-Calavi/ Sô-Ava pour sa collaboration permanente ;
- ☐ Tout le corps enseignant et administratif de la FASEG pour leur contribution à notre formation ;
- ☐ Tout le personnel d'équipe d'encadrement de la zone sanitaire Abomey-Calavi/ Sô-Ava pour leur disponibilité constante ;
- ☐ Monsieur HOUMASSE Y. Marcel, agent comptable pour votre soutien indéfectible ;
- ☐ Tous les stagiaires de l'année 2015-2016 de la FASEG, en particulier ceux de l'économie et gestion des structures sanitaires (EGSS), rien ne vaut le trésor de tous les souvenirs communs, de tant de merveilleux moments vécus ensemble. Vous avez toujours fait preuve de compréhension mutuelle. On vous aime tous !

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

\$:	Dollar
%	:	Pourcentage
A/S	:	Abomey-Calavi/sô-AVA
AES	:	Agent d'Entretien et de Services
AOI	:	Appels d'Offre concurrentiel Internationaux
BL	:	Bordereaux de livraison
BM	:	Banque Mondiale
BZ	:	Bureaux de Zone
CAME	:	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et consommables médicaux
CAR	:	Chargé de l'Administration des Ressources
CDT	:	Centre de Dépistage de la Tuberculose
CES	:	Collège des Economistes de la Santé
CMM	:	Consommation Mensuelle Moyenne
CODIR	:	Comité de Direction Des centres de santé
COGECS	:	Comité de Gestion des Centres de Santé
CS	:	Centre de santé
CS/ZS	:	Comité de Santé de la Zone Sanitaire
CVA	:	Conducteur de Véhicule Administrative
DCI	:	Dénomination Commune Internationale
DDS	:	Direction Départementale de la Santé
DHZ	:	Directeur d'Hôpital de Zone
DL	:	Délai de Livraison
DPM	:	Direction des Pharmacies et des Médicaments
EEZS	:	Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
FS	:	Formation Sanitaire
GAPOB	:	Groupement d'Achat des Pharmacies et Officines du Bénin
ICB	:	Internationale Compétitive Bidding
Km ²	:	Kilomètre Carré
LEEM	:	Les Entreprises du Médicament
LNME	:	Liste Nationale des Médicaments Essentiels
MC	:	Médecin Coordonnateur
MCC	:	Médecin Chef de Commune

OM	:	Ordre de Mission
OMD	:	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la santé
ORL	:	Oto - Rhino - Laryngologie
PPN	:	Politique Pharmaceutique Nationale
PSF 37	:	Pharmacie sans frontière
PV	:	Procès-Verbal
PVVIH	:	Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
RPEV	:	Responsable du Programme Elargi de Vaccination
RS	:	Responsable de la Statistique
RSE	:	Responsable de Surveillance Epidémiologique
RSI	:	Responsable des Soins Infirmiers
RSO	:	Responsable des Soins Observations
SA	:	Secrétaire Administratif
SMax	:	Stock Maximum
SMi	:	Stock Minimum
SP	:	Sulphadoxine Péryméthamine
SR	:	Stock de Roulement
SS	:	Stock de Sécurité
TAS	:	Technicien de l'Action Sociale
TDR	:	Test de Diagnostic Rapide
THAB	:	Technicien d'Hygiène et D'Assainissement de Base
TM	:	Technicien de Maintenance
TVA	:	Taxe sur Valeur Ajoutée
UBPHAR	:	Union Béninoise des Pharmacies
UVS	:	Unité villageoise de Santé
ZS	:	Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des aires de santé par arrondissements et commune en 2015	5
Tableau 2 : Système de la santé de la ZS/A/S.	7
Tableau 3 : Composition des organes de gestion de la zone sanitaire AS	9
Tableau 4 : Description des tâches en matière de gestion des médicaments	11
Tableau 5 : Budget alloué à l'achat des médicaments et consommables médicaux	32
Tableau 6 : Respect des conditions de stockage en pourcentage	45
Tableau 7: Evolution du taux de couverture des commandes des médicaments.	48
Tableau 8: Situation du temps de rupture dans la zone.....	52

LISTE DES FIGURES

Figure 2 : Carte de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava	5
Figure 3 : Organe de gestion de la zone sanitaire AS	8
Figure 4 : Organigramme de la zone sanitaire A/S	Erreur ! Signet non défini.
Figure 5 : Cadre de référence d'analyse de la disponibilité des médicaments.....	25
Figure 6 : Cycle de gestion des médicaments essentiel dans la ZS/ AS	34
Figure 7 : Détermination de la quantité de médicaments nécessaire pour le traitement d'un problème de santé.....	36
Figure 8 : Les consommateurs paient pour les médicaments.....	50

LISTE DES GRAPHES

Graphique 1 : Répartition des médicaments commandés au dépôt répartiteur AS en volume selon les formes pharmaceutiques.....	40
Graphique 2 : Répartition des médicaments commandés au dépôt répartiteur AS en valeur de F CFA selon les formes pharmaceutiques.....	40
Graphique 3 : Variation d'enregistrement du stock	51
Graphique 4 : Situation de la disponibilité des produits au niveau de la zone en 2016.....	51

RESUME

La disponibilité des produits pharmaceutiques au niveau de la zone sanitaire A/S va contribuer à garantir la santé et à sauver les vies de la population. Mais parfois, des dysfonctionnements entravent le bon fonctionnement du circuit d'approvisionnement de ces produits pharmaceutiques. C'est dans ce cadre que s'inscrit la présente étude qui se propose de contribuer à l'amélioration de la disponibilité des médicaments au niveau de la zone sanitaire. Elle se fixe comme objectif général d'analyser le circuit de distribution des médicaments dans la zone sanitaire A/S. L'étude a été menée selon une approche exploratoire à la fois rétrospective et prospective. L'analyse des données a montré qu'en termes des ressources financières, la zone sanitaire consacre en moyenne 36% de son budget de fonctionnement à l'achat des médicaments. Et, la disponibilité des médicaments est de 60%, alors que le temps de rupture est de 18%. L'indisponibilité de certains médicaments est due à plusieurs raisons comme le problème dans l'estimation des besoins. Les résultats ont montré également que le circuit des médicaments assure une partie de la couverture qui sera améliorée si on agit sur les problèmes de gestion soulevés relatifs à chacune des étapes du circuit.

Mots clés : Santé, médicament, dépôt répartiteur, disponibilité, circuit d'approvisionnement.

ABSTRACT

The availability of pharmaceutical products in the medical area of A/S will contribute on the one hand to guaranty health and to save lives a people. But sometimes, malfunctioning block the good performance of the supplies chain of those pharmaceutical products. It is in this context that the present study was carried out and proposes to contribute to the improvement of drugs' availability in the medical area. She herself for general object analysis distribution circuit of drugs at medical area. The study was conducted in accordance with an exploratory approach, both prospective and retrospective. Data analysis showed that in terms of financial resources, the medical area spends on average 36% of its operational budget to the purchase of drugs. And, the availability of drugs is 60% while the breakup is 18%. The unavailability of some drugs is due to various reasons problem in the needs' estimation. The results also showed that the drugs' chain assures a part of the cover that will be improved if effects are made on the management problems raised and related to each stage of the chain.

Keywords: Health, drugs, distribution warehouse, availability, supplies chain.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE ET OBJECTIF DE L'ETUDE

Section 1 : cadre institutionnel du stage.

Section 2 : Problématique et objectif général.

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE ET METHODOLOGIE

Section 1 : Revue de la littérature.

Section 2 : Méthodologie de la recherche.

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Section1 : Présentation des résultats.

Section 2 : Analyse des résultats.

CONCLUSION GENERALE

INTRODUCTION

Les médicaments essentiels sauvent des vies et améliorent la santé mais encore faut-il qu'ils soient disponibles, abordables et utilisés à bon escient. Les médicaments essentiels sont ceux qui répondent aux besoins thérapeutiques à tout moment en quantités suffisantes, détenus, délivrés et administrés dans de bonnes conditions autrement dit, utilisés en toute sécurité. L'accès constant des populations à des médicaments essentiels de qualité, sûrs, efficaces, accessibles géographiquement et financièrement et correctement utilisés est un défi majeur des politiques pharmaceutiques nationales.

Ainsi, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), aucun pays dans le monde ne peut offrir un accès illimité à tous les médicaments. A cet effet, et dans l'objectif d'assurer une disponibilité des médicaments au niveau des structures de soins et une couverture des besoins de la population en médicaments, l'OMS, à travers *Alma ata* en 1978, a adopté le concept de médicament essentiel qu'elle défend en tant que partie intégrante des politiques sanitaires nationales, et a fait de l'accès aux médicaments essentiels la huitième composante des soins de santé primaire. En 1987, l'Initiative de Bamako est venue renforcer leur place de choix dans tout système de santé. L'initiative de Bamako a pour objectif, entre autres, la promotion de la participation communautaire à l'effort de santé et de renforcement des mécanismes de gestion, de fourniture et d'utilisation des médicaments essentiels. Dans le cadre des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), l'assurance d'une bonne disponibilité et une bonne accessibilité aux médicaments essentiels est une des cibles. Cette dernière souligne que les médicaments essentiels doivent être disponibles et abordables dans les pays en développement en coopération avec l'industrie pharmaceutique.

Dans ce cadre, le Bénin a aussi opté, depuis la table ronde avec les partenaires au développement de janvier 1995, pour la réforme de son système de santé avec la mise en place en 1997 des premières zones sanitaires qui en constituent la base. Le Bénin consacre 4,6% de son PIB à la santé en environ 8,34% des dépenses publiques à la santé (Politique Sanitaire National 2008 au Bénin). Le ministère de la santé accorde également une grande importance au développement d'une politique nationale du pharmaceutique afin d'en assurer les bonnes gestions des médicaments essentiels à travers par exemple : **L'arrêté 2007 N°1801/MS/DC/SGM/CTJ/DPM/SA** portant attribution, organisation et fonctionnement de la direction des pharmacies et du médicament (DPM). Malgré les efforts déployés par le ministère, l'accessibilité aux médicaments à l'hôpital reste insuffisante. L'expérience montre qu'il est possible d'améliorer l'accès à ce produit pour la

population en faisant le meilleur usage possible des ressources et en rationalisant les processus de gestion des circuits de distribution des médicaments essentiels

Dès lors, il nous est apparu important d'apprécier le circuit de distribution et de gestion des médicaments essentiels dans la zone sanitaire Abomey-calavi/ sô-Ava afin de formuler à la fin, des recommandations qui pourraient contribuer à l'amélioration de ce circuit. L'étude comporte trois chapitres : un premier intitulé cadre institutionnel du stage et objectif, suivi de la revue de littérature et méthodologie puis la présentation et l'analyse des résultats.

CHAPITRE I : Cadre institutionnel du stage et objectif de l'étude

Section 1 : Cadre institutionnel du stage

1.1-Présentation de la zone sanitaire Abomey-calavi/ Sô-Ava

1.1.1- Situation démographique et géographique

Située dans le Département de l'Atlantique, la Zone Sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava est l'une des sept (07) zones sanitaires que comportent les Départements de l'Atlantique et du Littoral. Elle dessert une population de cinq cent quatre-vingt-cinq mille cent quatre-vingt-huit (585188) habitants et couvre une superficie de 868 Km². Elle est limitée

- Au Nord par la Commune de Zè
- Au Sud par le Département du Littoral et l'Océan Atlantique
- A l'Est par les Communes d'Adjohoun, de Dangbo, des Aguégués et Porto-Novo
- A l'Ouest par les Communes de Tori-Bossito et Ouidah

1.1.2- Données administratives

La cellule statistique de la zone sanitaire A/S a utilisé les données administratives habituelles défaut de la disponibilité de la nouvelle subdivision des villages. Ainsi deux communes se répartissent le territoire géographique (Figure 1). La Zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava est subdivisée en :

- La commune d'Abomey-Calavi est la plus peuplée du Bénin après Cotonou, la capitale économique. Elle regroupe neuf (9) Arrondissements (Abomey-Calavi, Akassato, Glo-Djigbé, Godomey, Hêvié, Kpanroun, Ouèdo, Togba et Zinvie) subdivisés en 71 villages et quartiers de ville.
- La commune de Sô-Ava regroupe sept (7) arrondissements (Ahomey-Lokpo, Dékanmè, Houédo-Aguékou, Ganvié I, Ganvié II, Sô-Ava et Vekky) subdivisés en 42 villages et quartiers de ville.

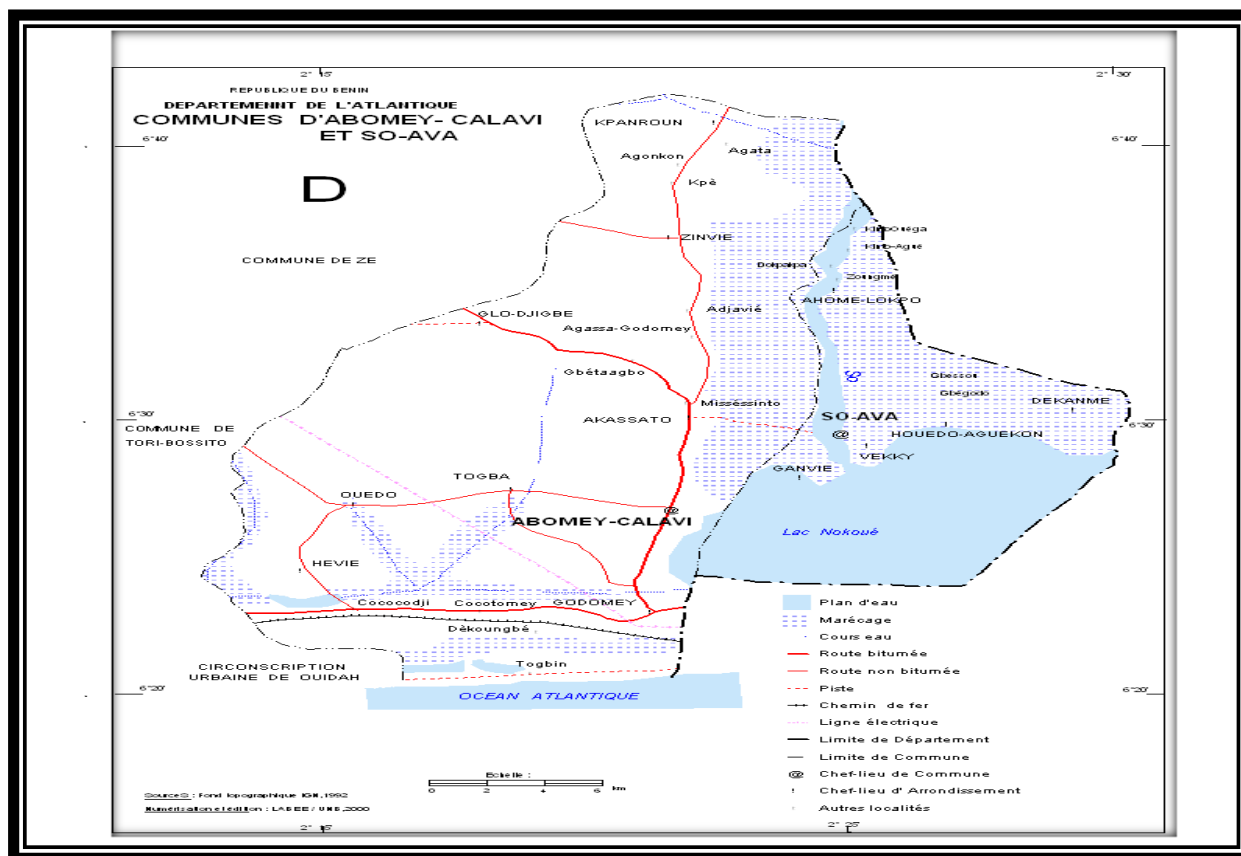


Figure 1 : Carte de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava

Source : Annuaire statistique ZS-A/S 2015

1.2-Description de la zone sanitaire Abomey-Calavi/ Sô-Ava

1.2.1- Organisation de l’administration territoriale

La zone sanitaire d’Abomey-Calavi/Sô-Ava est répartie en des aires sanitaires comme l’indique le tableau ci-après :

Tableau 1 : Répartition des aires de santé par arrondissements et commune en 2015

COMMUNES	Arrondissements	Formations sanitaires
	ABOMEY-CALAVI	ABOMEY-CALAVI
		HOPITAL DE ZONE (HZ)
	AKASSATO	AKASSATO
	GODOMEY	GODOMEY

ABOMEY CALAVI		COCOCODJI
		DEKOUNGBE
		WOMEY
	GLO-DJIGBE	GLO-DJIGBE
	HEVIE	HEVIE
	KPANROUN	KPANROUN
	OUEDO	OUEDO
	TOGBA	TOGBA
		MARIA GLETA
		ZINVIE
SÔ-AVA	AHOMEY LOKPO	AHOMEY LOKPO
		KINTO OUDJRA
	DEKANMEY	
	GANVIE I	
	GANVIE II	GANVIE II
	HOUEDO-AGUEKON	HOUEDO-AGUEKON GBESSOU
	SÔ-AVA	SÔ-AVA
	VÊKKY	VÊKKY

Source : Cellule Statistique ZS AS, 2015

1.2.2-Missions de la zone sanitaire Abomey-Calavi/ Sô-Ava

La zone sanitaire A/S située au niveau périphérique de l'organisation pyramidale du système national de santé a pour objectifs :

- ✓ Prévenir les maladies et prendre en charge ceux qui en sont atteints
- ✓ Améliorer la santé des populations de la zone
- ✓ Rendre disponible et accessible les soins de qualité à la base

- ✓ Offrir des soins à moindre coût
- ✓ Réduire la prévalence des maladies dans la zone

Pour mener à bien les objectifs de la zone sanitaire à savoir améliorer les conditions socio-sanitaires des populations, la zone sanitaire A /S abrite :

- L'hôpital de zone sanitaire publique de référence de la ZS-A/S : situé à environ un kilomètre de la voir inter-état (Cotonou-Niamey)
- L'hôpital de la croix de zinvié
- Plus de deux cent seize (216) formations sanitaires publiques privées (Recensement de 2015)
- Vingt-un (21) formations sanitaires de premier contact
- Au 31 Décembre 2015, l'effectif du personnel en service dans les formations sanitaires publiques dans la zone sanitaire AS tous corps confondus est de 654 agents

1.2.3- Organisation du système de santé et gestion de la ZS/AS

Le tableau ci-dessous résume l'organisation du système de santé au niveau de la ZS.

Tableau 2 : Système de la santé de la ZS/A/S.

NIVEAU	STRUCTURES	INSTITUTIONS HOSPITALIERES ET DE GESTIONS
Périphérie	BZ	Secrétariat, service de l'administration et des ressources, comptabilité, statistique, dépôt répartiteur, surveillance épidémiologique, hygiène, soins infirmiers, soins obstétricaux et le bureau du médecin coordonnateur
	HZ	Médecine générale, chirurgie, gynéco-obstétrique, pédiatrie, urgent et réanimation, ORL, ophtalmologie, stomatologie, radiologie, laboratoire, pharmacie, cardiologie, kinésithérapie, caisse, morgue, hygiène, administration, service social
	CS	Maternité, dispensaire, vaccination, laboratoire, pharmacie, hygiène
	Autres	CDT, Alphabétisation, centre de dépistage et de PEC des PVVIH, UVS, formations sanitaires privées

Source : zone sanitaire 2016 (MCZS) : annuaire statistique

Les organes de gestion de la zone sanitaire AS sont les suivants :

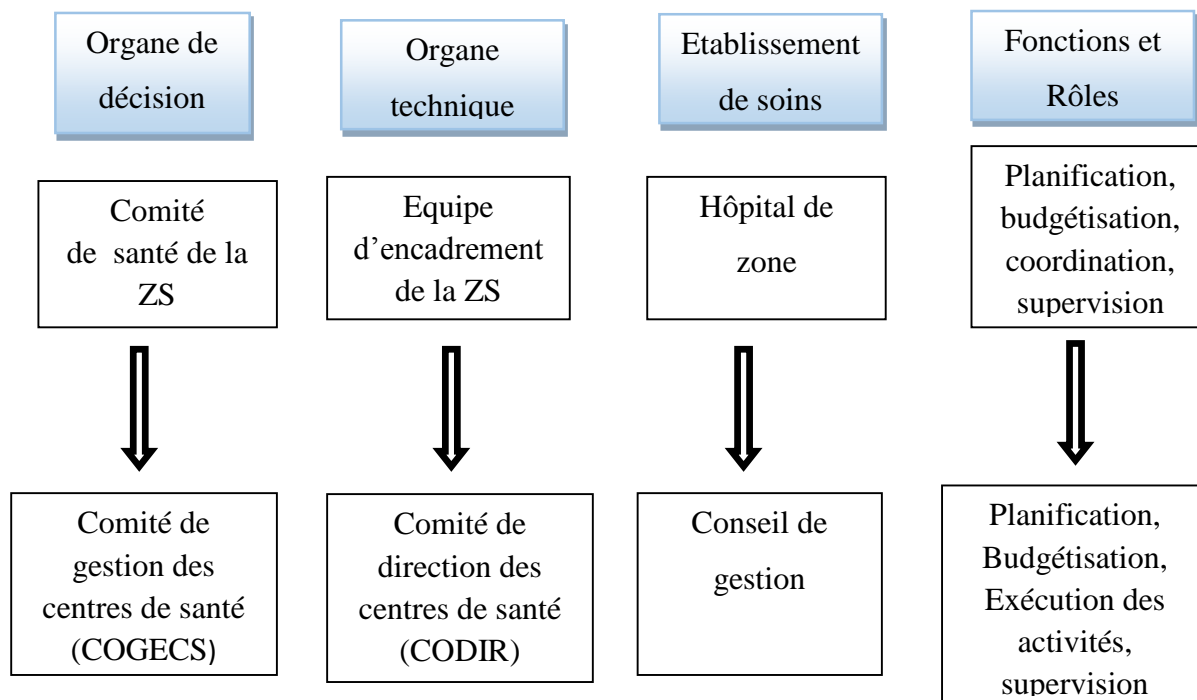


Figure 2 : Organe de gestion de la zone sanitaire AS

Tableau 3 : Composition des organes de gestion de la zone sanitaire AS

Organes	Composition	Fonction
Comité de santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecin Coordonnateur (MC) ▪ Directeur de l'Hôpital de Zone ▪ Représentants élus association/groupement des femmes ▪ Représentants des partenaires ▪ Représentants élus secteur sanitaire privé social ou à vocation humanitaire ▪ Représentants élus secteur sanitaire privé libérale ▪ Représentants élus du personnel ▪ Représentants permanent du Direction Départementale de la santé (DDS) 	Décider
Equipe d'Encadrement de la zone sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MC ▪ DHZ ▪ MC/CS ▪ Chargé de l'Administration des Ressources (CAR) ▪ Chefs services médicaux et paramédicaux de l'hôpital de zone ▪ Responsables soins infirmiers ▪ Responsables soins obstétricaux ▪ Responsables du PEV et de la surveillance épidémiologique ▪ Technicien action sociale ▪ Technicien de l'hygiène et assainissement ▪ Responsables statistique 	Exécuter

Source : DNSP

1.2.4-Description de gestion de dépôt répartiteur de la zone sanitaire A/S

➤ **Objet**

Assurer une bonne gestion du dépôt répartiteur, par une disponibilité permanente des médicaments et consommables médicaux de qualité et un suivi.

➤ **Champ d'application**

Cette procédure s'applique à l'approvisionnement, le réapprovisionnement, le stockage, et la distribution des médicaments et consommables médicaux de qualité dans la zone sanitaire et la gestion des avaries.

➤ **Principes**

- Les opérations d'ordonnancement, de cession des médicaments et consommables médicaux et l'encaissement des fonds issus de la cession doivent être réalisés par des acteurs différents ;
- Les médicaments et consommables médicaux sont cédés aux structures publiques de santé de la zone et aux formations sanitaires privées autorisées par l'Etat et agréées par la zone sanitaire ;
- Les avaries et les produits périmés constatés au cours des inventaires doivent être gérés par une Commission de gestion des avaries créée par note de service du MCZS.

➤ **Acteurs concernés :**

- Magasinier du dépôt répartiteur
- Gestionnaire du dépôt répartiteur
- CAR
- MCZS
- Responsable des Finances et de la Comptabilité
- Membres de l'équipe d'inventaire

Tableau 4 : Description des tâches en matière de gestion des médicaments

Intervenants	Description des tâches	Documents et interfaces
Approvisionnement		
Gestionnaire dépôt répartiteur	<ul style="list-style-type: none"> - Évalue et exprime les besoins en médicaments et consommables médicaux sur la base des paramètres de gestion (stocks disponibles et utilisables, CMM, niveau de stock minimum, point de commande, délai d'approvisionnement) - Transmet les besoins en médicaments et consommables médicaux au CAR 	Rapport d'inventaire
CAR	<ul style="list-style-type: none"> - Reçoit les besoins en médicaments et consommables médicaux - Apprécie et vise les besoins exprimés, en fonction de la trésorerie - Etablit le bon de commande - Transmet le bon de commande et les besoins en médicaments et consommables médicaux exprimés au MCZS 	Rapport d'inventaire
MCZS	<ul style="list-style-type: none"> - Reçoit et apprécie les besoins en médicaments et consommables médicaux exprimés et le bon de commande - Vise le bon de commande - Retourne le bon de commande visé au CAR 	Bon de commande
CAR	<ul style="list-style-type: none"> - Reçoit le bon visé - Fait préparer le chèque par le Responsable des Finances et de la Comptabilité - Transmet le bon visé et le chèque au Délégué permanent pour signature - Etablit les ordres de mission pour la commande, en cas de besoin - Fait signer les OM par le MCZS 	Bon de commande, chèque
Equipe d'approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> - Reçoit les OM, le bon de commande et le chèque - Effectue la mission d'approvisionnement - S'approvisionne - Ramène les articles et le reçu d'achat 	OM, bon de commande, chèque
Stockage		
CAR	<ul style="list-style-type: none"> • Fixe la date de réception ; • Convoque les membres de la commission de réception à la date prévue, après avis du MCZS. 	Note de convocation
Commission de réception	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle la conformité entre le bon de commande et le bordereau de livraison ; 	Note de convocation, BL, facture, bon de commande

	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifie article par article les quantités et la qualité conformément au bordereau de livraison et aux caractéristiques spécifiées sur le bon de commande. 	
	<p>En cas de livraison non conforme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interpelle le livreur et l'équipe d'approvisionnement pour explication ou retour du produit ; • Etablit un PV ; • Mentionne au PV de réception provisoire les réserves relevées ; • Etablit un bon de retour des articles rejetés à adresser au fournisseur ; • Retourne les articles non conformes. <p>En cas de livraison conforme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reçoit la copie du bon de commande, le bordereau de livraison et la facture ; • Etablit le PV de réception en quatre exemplaires signés par les membres de la commission et le livreur ; • Transmet le dossier (la facture, le PV et le bordereau de livraison) au CAR. 	
CAR	<ul style="list-style-type: none"> • Reçoit le dossier de réception (la facture ou l'acte de donation, le PV et le bordereau de livraison BL) ; • Etablit et signe l'ordre d'entrée en deux exemplaires. • Transmet au gestionnaire du dépôt répartiteur le dossier (la facture ou l'acte de donation, le PV de réception, le bordereau de livraison) et l'ordre d'entrée ; • Conserve une copie de l'ordre d'entrée ; 	Facture, acte de donation, PV de réception, BL, Facture
Gestionnaire du dépôt répartiteur	<ul style="list-style-type: none"> • Signe le bordereau de livraison ; • Reçoit le dossier (le PV de réception, et le bordereau de livraison) et l'ordre d'entrée ; • Vérifie la conformité de l'ordre d'entrée avec la facture ou l'acte de donation et le PV de réception ; • Informe le CAR pour correction en cas d'anomalies ; • Passe au livre journal et au grand livre des matières les écritures nécessaires à l'entrée ; • Met à jour le logiciel de gestion et attribue un code ou une référence à tout nouveau produit ; 	BL, le PV de réception, facture ou acte de donation, ordre de sortie, livre journal, grand livre

	<ul style="list-style-type: none"> • Classe une copie de l'ordre d'entrée, du PV de réception, du bordereau de livraison et de la facture ou l'acte de donation ; • Transmet l'ordre d'entrée, le PV de réception, le bordereau de livraison et la facture ou l'acte de donation au CAR. 	
Magasinier du dépôt répartiteur	<ul style="list-style-type: none"> • Reçoit l'ordre d'entrée, le PV de réception, le bordereau de livraison et la facture ou l'acte de donation • Range au magasin les articles réceptionnés (par catégorie, par lots homogènes et suivant un ordre alphabétique, et suivant la date de péremption) ; • Classe une copie de l'ordre d'entrée, du PV de réception, du bordereau de livraison et de la facture ou l'acte de donation ; • Met à jour la fiche de stock. 	<p>l'ordre d'entrée, le PV de réception, le bordereau de livraison et la facture ou l'acte de donation, fiche de stock</p>

Source : Manuel de procédures de la zone sanitaire AS

Section 2 : Problématique et Objectifs

2.1- Problématique

Par ses propriétés thérapeutiques, le médicament permet aux professionnels de la santé ainsi qu'aux pouvoirs publics d'assurer la santé des populations. De ce fait, sa disponibilité et son efficacité sont essentielles et constituent le résultat d'un circuit complexe (depuis sa fabrication à sa destruction en passant par sa distribution), (OMS 2004).

Les formations sanitaires, de nos jours ont de nombreux défis à relever dans la qualité des soins qui est désormais incontournable. La mission de service public qui est la leur impose à ces formations sanitaires des prestations de soins pertinents, une bonne qualité des produits pharmaceutiques à moindre coût et ceci sans aucun risque pour le patient.

Ainsi, selon Buisson et Giorgi (1997) «Le médicament n'est pas un produit comme les autres. Les espoirs placés en lui, qui tiennent à ses propriétés curatives ou préventives, s'adressent aux préoccupations humaines les plus secrètes : souffrances, qualité de vie, mort. La puissance de l'industrie pharmaceutique, l'étendue du travail de recherche nécessaire à la mise au point du médicament, les hauts degrés de qualité et de sécurité exigés pour sa production, les responsabilités administratives multiples engagées (agrément de commercialisation...) et les moyens de solvabilisation des patients (assurance maladie) constituent cinq aspects majeurs du monde pharmaceutique. La ou plutôt les politiques du médicament, puisque ce domaine est parmi les plus encadrés qui forment l'objet du présent répondent à ses mutations et enjeux essentiels, qu'ils soient industriels, sanitaires, économiques ou sociaux : bouleversements en cours dans l'industrie pharmaceutique, évolution des marchés et des stratégies dans un contexte de concurrence exacerbée, impératif de sécurité sanitaire, exigence éthique d'accès et d'égalité d'accès aux soins, difficultés financières des systèmes d'assurance maladie et coût croissant, du progrès pharmaceutique».

L'accessibilité aux médicaments est un élément déterminant de toute politique de santé. Elle est garantie par la politique pharmaceutique de chaque pays qui vise à rendre le médicament disponible pour tous, sur l'ensemble du territoire (accessibilité géographique), à tout moment (accessibilité physique), à un prix abordable (accessibilité financière) et en garantissant son efficacité et sa qualité (accessibilité qualitative). En effet dans une étude menée par Jonathan Quick et collaborateurs (1985) dans une zone rurale d'un pays asiatique, les résultats ont montré que « pour les villageois, le médicament était plus important que l'agent de santé ou les installations sanitaires».

La réforme du système de santé initiée au Bénin en 1995 avec la mise en place en 1997 des premières zones sanitaires qui en constituent la base met à point nommé un accent particulier sur la qualité des soins. Aussi, le pays s'est engagé, à travers sa Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) de 2007, à garantir la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels à toutes les couches sociales, ainsi que la bonne qualité de ces produits pharmaceutiques.

Cependant des dysfonctionnements peuvent exister et perturber le processus de mise à disposition et d'accès aux produits pharmaceutiques. Par conséquent, dans de nombreux cas, les ruptures des médicaments essentiels peuvent être une entrave plus importante au bon fonctionnement des services de santé et une conséquence dramatique sur la population plutôt que l'absence des agents de santé eux-mêmes. Malgré cette importance, le taux de couverture des différentes formes de médicaments au Bénin reste faible (40%) d'après le rapport d'enquête du Service Availability and Readiness Assessment (SARA) en 2013 au Bénin par rapport à son avantage sur le système sanitaire. Il ressort de ce même rapport que l'inadéquation entre la commande et les problèmes de santé prioritaires, le non-respect des délais et de conformité des liaisons par rapport aux commandes, l'absence des critères objectifs dans la répartition des médicaments essentiels entre les différents services de santé, l'absence de rigueur dans la gestion des stocks et la non rationalisation des prescriptions..., constituent les principaux éléments qui contribuent à la diminution de la disponibilité des médicaments.

A cet effet, dans le cadre de notre travail, nous nous proposons de faire une analyse du circuit des médicaments nécessaires pour la prise en charge des parturientes au niveau des différentes formations sanitaires A/S. Ceci dans le but de formuler des solutions pour qu'en aval la disponibilité des médicaments essentiels soit améliorée. Pour ce fait, on peut se poser les questions suivantes :

- Quel est le processus d'approvisionnement des médicaments dans la zone sanitaire ?
- La zone sanitaire A/S enregistre-t-elle parfaitement les mouvements des médicaments ?
- La zone sanitaire A/S contrôle-t-elle efficacement le niveau de stock des médicaments ?

2.2- Objectifs de l'étude

2.2.1- Objectif général

L'objectif général de la présente étude est d'analyser le circuit de distribution des médicaments dans la zone sanitaire A/S.

2.2.2-Objectifs spécifiques

De façon spécifique, il s'agit de :

- Décrire le circuit d'approvisionnement des médicaments dans la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava.
- Déterminer l'exactitude des enregistrements ;
- Apprécier l'efficacité du contrôle des niveaux de stock.

2.3- Hypothèses

Elles sont formulées à partir des questions spécifiques liées aux objectifs spécifiques identifiés.

A propos de ces questions, nous avons identifié trois (03) hypothèses possibles qui sont :

- ✓ Le non-respect rigoureux des quatre étapes du processus d'approvisionnement des médicaments influence négativement la disponibilité de ce dernier dans les pharmacies.
- ✓ La zone sanitaire AS dispose les outils de gestion qui lui permettent de passer l'écriture du mouvement des médicaments.
- ✓ L'appréciation du contrôle des niveaux des stocks n'est pas bonne.

CHAPITRE II : Revue de la littérature et méthodologie de recherche.

Section 1 : Revue de la littérature

Cette revue documentaire nous permet d'approfondir nos connaissances en matière de management notamment, dans le domaine de la gestion des médicaments, d'apprécier l'importance de la disponibilité des médicaments au sein des hôpitaux, de rédiger la problématique et d'élaborer les outils de collecte. C'est donc à partir de cette revue que nous avons pu accéder à plusieurs sources d'informations (ouvrages, articles, publications, mémoires, dictionnaires, documents officielles, l'internet etc...).

Définition de quelques termes

- **Médicament** : Substance ou composition possédant des propriétés curatives ou préventives, destinées à guérir, à soulager ou à prévenir des maladies humaines ou animales.
- **Santé** : Elle est définie comme un état complet de bien-être physique et mental et non simplement une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1948).
- **Accessibilité géographique** : Elle est représentée par la distance que doivent parcourir les patients pour aller à la pharmacie ou le temps qu'il faut pour y arriver.
- **Accessibilité physique** : C'est l'absence de rupture de stock, c'est à dire la disponibilité des médicaments normalement présents dans une pharmacie (donc autorisés pour la distribution dans cette pharmacie).
- **Accessibilité économique** : Elle est représentée par le prix des médicaments pour les consommateurs. Elle est fonction du coût d'acquisition des médicaments, du coût de la distribution et du système de financement de la consommation.

1.1-Revue théorique

Afin d'aider le gouvernement à assurer l'accès aux médicaments essentiels et leur disponibilité sur le terrain, tout en rationalisant les dépenses de santé par un choix coût-efficace et coût-utile des produits de santé, l'OMS a créé les concepts suivants : la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) et la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) lors de la 28^{ème} Assemblée mondiale de la santé en 1975.

La politique pharmaceutique nationale d'un pays permet à ce dernier de choisir et d'établir des priorités nationales concernant le secteur pharmaceutique afin de les faire accepter par tous les professionnels de santé et autres organisations qui gravitent autour de ce secteur. Elle permet aussi de cadrer le secteur pharmaceutique afin de répondre au mieux aux priorités de santé publique du pays. Son but est d'assurer à l'ensemble de la population un approvisionnement efficace et efficient

en produits pharmaceutiques de qualité sur l'ensemble du territoire. C'est elle aussi qui définit la part des ménages et de l'Etat dans le financement des médicaments.

L'élaboration de PPN passe par la création de LNME. C'est pourquoi en 1977, l'OMS publie la 1^{ère} liste modèle qui comporte 350 médicaments permettant de traiter les pathologies prioritaires. Cette liste n'est pas un standard qui doit être appliqué tel quel dans chaque pays. C'est un guide permettant à chaque gouvernement de développer sa propre LNME en fonction de la prévalence des pathologies, des priorités en santé publique et des capacités financières, techniques et économiques du pays. Les médicaments essentiels présents sur cette liste doivent pouvoir soigner à 95% des malades et leur prix doit être le plus abordable possible.

Des révisions et actualisations sont apportées tous les deux ans par des comités d'experts en suivant un processus transparent, fondé sur des bases factuelles afin d'adapter la LNME à l'évolution des problèmes de santé publique et aux avancées technologiques en matière de traitement médical. Ainsi en 2002, l'OMS ajoute les principaux antirétroviraux sur la 12^{ème} liste et en 2008, la 1^{ère} liste modèle pédiatrique est publiée. En 1999, 156 pays disposaient d'une liste officielle de médicaments essentiels dont le Bénin fait partie depuis 1989.

En effet, les techniques d'approvisionnement vont du simple achat aux fournisseurs ou aux officines privées jusqu'au vol en passant par le détournement des produits pharmaceutiques par les agents de santé. Selon Langlet, (2006), "la différence de prix entre les médicaments du secteur public et celui du secteur privé est trop importante. Aussi, lorsque les stocks de médicaments arrivent dans les pharmacies publiques, les premiers «détourneurs» sont les infirmiers responsables de cette pharmacie qui entreposent le stock de médicaments à domicile et reversent dans la caisse le montant correspondant au stock livré. A partir de là, on ne maîtrise plus le circuit du médicament".

Ainsi Mushugalusa, (Décembre 2005), à travers une étude auprès des ménages à Kadutu montre que la probabilité qu'ils aient recours en cas de maladie aux services de santé est fortement influencée par le revenu des ménages et la qualité des soins, dont l'un des éléments le plus important est la disponibilité des médicaments. Plus la qualité des services est bonne, mieux les centres de santé sont fréquentés.

Selon Audibert & Roodenbeke, (2005), les principaux facteurs qui influencent l'utilisation des services dans les pays africains au Sud Sahara ne sont pas d'ordre économique telle la tarification mais plutôt la non disponibilité des médicaments, le mauvais accueil, la faible compétence des agents.

Pour Nkhogho, Grégoire, Moisan et Gaudet, (2006) au Gabon, la prescription des médicaments spécialisés est due à l'influence des patients, des préjugés sur l'efficacité du générique, de la disponibilité des médicaments qui sont fournies essentiellement par les délégués médicaux.

1.2- Revue empirique

1.2.1- La situation des médicaments dans le monde

Pour Balard. (1995), l'industrie pharmaceutique dans les pays de l'union Européennes représente le quart de la production mondiale et la moitié du volume des exportations du médicament. Le montant global de ce marché est estimé à plus de 225 milliard de dollars US par an. Quelques 20 à 30% de ce montant concernent le commerce international, le reste est produit et consommé dans les pays eux-mêmes.

Selon le même auteur, les pays européens exportent chaque année plus de 25 milliards de dollars US de médicaments dont 15% à la destination des pays en développement. La France exporte 34% de ses médicaments vers les pays en développements dont 76% vers l'Afrique.

Pour Barnay, Thiebaut, Ventelou, (2010) ; au moment où la France s'engage dans un débat important sur le financement des retraites, le LEEM (Les Entreprises du médicament) a mesuré l'effet du vieillissement de la population française sur les dépenses des médicaments à l'échelle d'une génération. Ainsi d'ici 2029, les dépenses des médicaments remboursables vendus en pharmacie devraient accuser une hausse comprise entre 7,5 et 12,5 milliards d'euros par ans en 2004. Les Entreprises du Médicament ont confié la réalisation d'une étude prospective au Collège des Economistes de la Santé (CES). Celui-ci a mis en place une méthode inédite avec le concours de l'INSERM pour estimer le niveau de croissance des dépenses annuelles des médicaments remboursables, vendus en officine, entre 2004 et 2029. D'ici 2029, quelles que soient les hypothèses de vieillissement, l'allongement de la durée de vie représentera un coût pour l'assurance maladie similaire à l'évolution de la production des richesses du pays, hors période de crise majeure. Si l'allongement de la durée de vie pose un problème pour le financement des retraites, l'étude montre clairement qu'il n'en pose pas en matière des dépenses des médicaments. Dans un premier scénario, qui prend en compte uniquement les évolutions démographiques, le vieillissement de la population se traduira par un surcroît des dépenses des médicaments de près de 9,8 milliards d'euros en 2029 à 2004, soit une croissance moyenne annuelle de 1,44%. Dans un scénario de « vieillissement en bonne santé » (même âge de décès, mais maladie plus tardive), ce surcroît des dépenses atteint 7,5 milliards d'euros, soit une croissance de 1,14%. Enfin, dans un scénario de « vieillissement en bonne santé et de progrès médical » (la maladie et le décès

surviennent plus tard), le surcroît de dépenses atteint 12,5 milliards d'euros, soit une croissance moyenne annuelle de 1,77%. Cependant, les auteurs de l'étude précisent que d'autres facteurs peuvent jouer : virage thérapeutique vers le médicament (substitution à la chirurgie ou à d'autres actions thérapeutiques, innovations dans les molécules disponibles) ; modification des prix relatifs ; intensification de la demande de santé (raisons culturelles). Les comportements de recours aux soins seront aussi dictés par les niveaux de remboursement des médicaments et par la prise en charge par les assurances complémentaires en santé.

1.2.2- Gouvernance du sous-secteur pharmaceutique dans le monde

La bonne gouvernance en matière de santé, se traduit par la participation responsable de ceux qui sont concernés par la formulation et le déploiement des politiques, des programmes et des pratiques conduisant à des systèmes de santé équitables et durables. Dans le sous-secteur pharmaceutique, elle s'illustre surtout par le degré de transparence qui est mis dans la gestion du médicament. Mais le marché pharmaceutique mondial représente plus de 500 milliards de \$ US ; ce qui le rend très vulnérable à la corruption et aux manquements des pratiques éthiques.

Au Bénin, à l'instar de plusieurs pays en développement, la gestion transparente et la lutte contre la corruption n'avaient encore jamais été clairement inscrites dans les ambitions et les priorités du sous-secteur pharmaceutique, malgré le grand risque de mauvaise gouvernance et de corruption encouru. Face à cette situation préoccupante, l'OMS, guidée par sa stratégie pharmaceutique, a démarré à la fin de l'année 2004, le programme de bonne Gouvernance dans les pratiques pharmaceutiques. L'objectif général poursuivi étant de juguler la corruption dans le secteur pharmaceutique public, par l'application de procédures administratives transparentes et la promotion de pratiques éthiques par les professionnels de santé.

Parmi les préalables à la lutte contre la corruption dans le secteur pharmaceutique, se trouve l'évaluation de la transparence et de la vulnérabilité potentielle de quelques fonctions essentielles en matière de réglementation et d'acquisition des médicaments. C'est ce qui justifie la présente évaluation qui a été conçue par l'OMS, pour fournir aux pays désireux de promouvoir la bonne gouvernance dans le sous-secteur pharmaceutique public et participant à cette évaluation, une image du niveau de transparence et du degré de vulnérabilité à la corruption, des procédures et structures de six fonctions du secteur pharmaceutique, à savoir :

- ❖ L'enregistrement des médicaments.

- ❖ Le contrôle des activités de promotion des médicaments.
- ❖ L'inspection des établissements.
- ❖ La sélection des médicaments essentiels.
- ❖ L'acquisition des médicaments essentiels.
- ❖ La distribution des médicaments essentiels.

La présente évaluation réalisée au Bénin courant octobre-novembre 2007, s'est basée sur l'application d'une méthodologie standardisée préparée par l'OMS à cet effet. Elle a procédé par la revue documentaire et l'application d'interviews semi-structurée à des informateurs clés bien informés et représentatifs des divers acteurs du sous-secteur, à la recherche des indicateurs d'appréciation de la bonne gouvernance dans le sous-secteur. Les résultats ont montré que le processus d'enregistrement des médicaments au Bénin, avec une moyenne finale de 5,72/10, présente un degré de vulnérabilité modérée à la corruption. Le processus de contrôle de la promotion des médicaments avec une moyenne finale de 3,43/10, présente une forte vulnérabilité à la corruption. L'évaluation de la fonction inspection des établissements pharmaceutiques avec une moyenne finale de 5,22/10, montre que cette fonction est modérément vulnérable à la corruption. Le processus de sélection des médicaments avec une moyenne finale de 4,52/10, s'avère modérément vulnérable à la corruption. Le processus d'achat ou d'approvisionnement des médicaments essentiels avec une moyenne finale de 5,37/10, présente au terme de l'évaluation, un degré de vulnérabilité modérée à la corruption.

Enfin, le système de distribution des médicaments avec une moyenne finale de 5,1/10, se révèle modérément vulnérable à la corruption.

Selon Abecassis et Cautnet, (2015) «Les enjeux sanitaires, économiques, politiques, voire éthiques, véhiculés par le médicament confèrent une importance particulière, exemplaire même, au secteur pharmaceutique. En conséquence, le médicament fait l'objet de multiples et complexes réglementations, tant nationales qu'internationales. Si certaines de ces réglementations ont été échafaudées à l'encontre des grandes firmes pharmaceutiques (big pharma), ces dernières les ont le plus souvent co-construites avec l'intention d'en tirer avantage.»

1.2.3- Disponibilité des médicaments

Selon Millot, (2006), le médicament est souvent considéré comme le catalyseur du système de santé. Quand celui-ci est inaccessible, pour des raisons logistiques et financière, il s'ensuit inévitablement une baisse de la fréquentation des centres de santé, une démotivation du personnel

soignante, une impossibilité à sensibiliser sur un aspect préventif. Le marché parallèle peut alors se développer, qui couple à une automédication dangereuse chez des populations insuffisamment éduquées au niveau sanitaire, peut faire de graves dangers.

L'OMS souligne qu'il est toujours aussi difficile pour plusieurs pays de garantir un approvisionnement régulier en médicaments. Cet état de fait a une incidence sur l'accès aux médicaments. Les besoins sont souvent mal estimés et les produits peuvent se trouver en rupture à une certaine période ou alors jetés parce qu'ils sont périmés. Il est également courant que ce sont les zones rurales et reculées qui soient touchées quand leur distribution n'est pas efficace. Elle estime la disponibilité en médicaments essentiels à 94% et 95% de 2000 à 2002 au Cambodge ; à 95,4% en 2002 en Malaisie ; et à 34,1% aux Philippines.

Le médicament représente de ce fait une donnée socio-économique importante pour le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté défini dans tous les Pays en développement. On évalue qu'environ les deux tiers des dépenses de santé des ménages sont consacrés à l'acquisition des produits pharmaceutiques.

Cependant, l'insuffisance dans la gestion des médicaments dans les services de santé telle que l'a souligné Somda, (2006) est une problématique récurrente avec de large ampleur et des conséquences lourdes. Les différentes situations se présentent comme suit :

La disponibilité des médicaments est estimée en 2005 à 79,5% dans le district de Mambere Kadei en Centrafrique. Ils ont aussi observé une tendance élevée à la prescription d'antibiotiques et des produits injectables. Ceci aurait contribué à amener 27% de la population à être dans l'incapacité de payer les soins.

Aux îles Comores, la disponibilité en médicaments est estimée à 42% en 2005.

Au Mali, selon Moore, (1994), de nombreuses ruptures des stocks et de mauvaises conditions de concertation.

Par ailleurs, le Bénin, dont le système de gestion des structures sanitaires est inspiré de l'Initiative de Bamako, la disponibilité des médicaments n'est toujours pas assurée. Dans le département de l'Atlantique selon Nkuzimana, (1996), elle était de 76,2% dans les formations sanitaires publiques et à 91,7% dans les privées à but non lucratif.

Toujours selon l'auteur, dans la commune de Kpomassè, la disponibilité en médicament était de 70% en 1996. Leur gestion était assurée par les infirmiers et sages-femmes qui n'avaient pas toujours les compétences.

Comme on peut le constater, les nombreuses études menées ont porté tantôt sur leur accessibilité (géographique, financière...) ou encore sur leur utilisation reflétant ainsi les manquements dans le processus de gestion des médicaments.

Il s'agit donc pour les autorités d'appuyer l'ensemble de la chaîne de distribution, depuis l'acquisition jusqu'à l'observation du traitement par le malade, en passant par le stockage, la distribution, le laboratoire de contrôle de qualité, la prescription, afin d'assurer la disponibilité du médicament qui constitue l'une des cibles des OMD.

Section 2 : Méthodologie de recherche

2.1- Cadre de référence

Notre cadre de référence est basé sur la mise en évidence et en relation les différentes étapes du cycle d'approvisionnement et du circuit des médicaments essentiels. Il met également en évidence la raison d'être de tout circuit qui est la disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires.

Afin d'atteindre son objectif, le circuit doit être soutenu et appuyé par un financement suffisant et durable, d'une politique pharmaceutique et d'un système de régulation efficace capable d'assurer le suivi et le contrôle de l'ensemble du circuit qui permettent la disponibilité et la couverture des besoins des usagers, (Fig4).

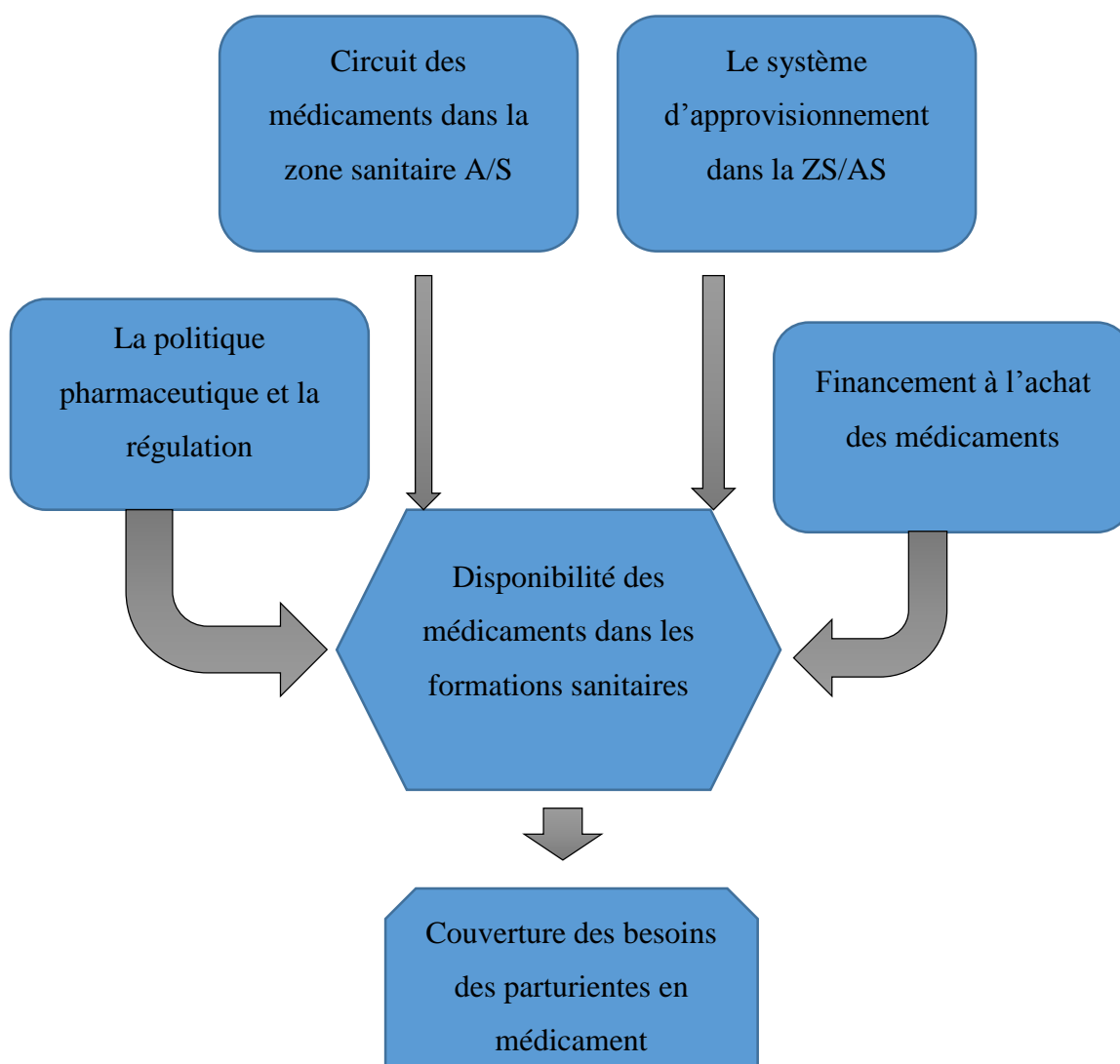


Figure 3 : Cadre de référence d'analyse de la disponibilité des médicaments

2-2- Type de l'étude

Il s'agit d'une étude exploratoire à la fois prospective et rétrospective.

Une étude rétrospective, consiste à :

- Déterminer l'évolution du budget alloué à l'achat des produits pharmaceutiques par rapport au budget de fonctionnement pour déterminer le volume des ressources attribuées à l'achat des produits pharmaceutiques dans la ZS/AS
- Analyser les commandes des formations sanitaires en produit pharmaceutique pour déterminer le taux de couverture des commandes et son évolution.

Quant à l'étude prospective, elle consiste à :

- Décrire le circuit d'approvisionnement du médicament essentiel
- Déterminer l'exactitude des enregistrements au niveau de la ZS/AS

2-2-1- Cibles de l'étude

La population de notre étude est composée des responsables administratifs d'EEZS (Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire), du responsable et les agents du dépôt répartiteur de ZS/AS et quelques majors de services utilisateurs de médicament des formations sanitaires les plus proches de la zone.

2-2-2- Méthodes d'échantillonnage

Dans cette étude, nous avons opté pour la méthode d'échantillonnage non probabiliste.

Pour la constitution de l'échantillon, nous avons procédé par la technique d'échantillonnage du choix raisonné. Ce qui nous a permis de choisir une représentative de la zone sanitaire (formations sanitaires) pour le problème à traiter. En outre, nous avons choisi des responsables de la ZS à savoir le MCZS, le CAR, le gestionnaire du dépôt répartiteur et l'auditeur interne. Ce choix a été motivé par leur niveau d'imprégnation dans le processus de gestion des médicaments.

2-2-3- Techniques de collecte des données

Les techniques utilisées au cours de l'étude sont :

- L'exploitation des documents : nous a permis de déterminer la part du budget des médicaments dans le budget de fonctionnement global de la zone, allouée à l'achat des

médicaments et aussi de déterminer le taux de couverture des commandes : C'est le rapport entre les quantités reçues et quantités commandées au cours de l'année.

- L'entretien individuel et l'observation au cours du stage nous ont permis de décrire le circuit des médicaments.

2-2-4 Les outils utilisés

Les outils utilisés au cours de notre étude sont entre autres :

- Les fiches de dépouillement (le bon de commande, les rapports annuels et mensuels, fiche patient...);
- Les fiches de stocks (annexe n°4) et la fiche d'inventaire (annexe n°5) des médicaments essentiels
- les guides d'entretien individuel (entretien structuré) (annexe n°2)
- L'observation directe (annexe n°3)

2-3-Méthode d'analyse des données

Le mode d'analyse est fonction des méthodes de recherche employée, nous avons procédé de la manière suivante :

Pour les données qualitatives, l'analyse a consisté à décrire et à classer, par thème, les réponses obtenues de nos différentes sources. Ensuite, nous avons procédé à une réduction des données par le biais de la catégorisation pour les exploiter en concevant les dires et les réponses de nos informateurs. Aussi les informations recueillies ont été regroupées par grandes thématiques. Puis, ces thèmes ont été classés et simplifiés jusqu'à ce que certaines soient exclues, tout en étant représentatives du contenu des entretiens pour ne garder que l'essentiel qui se rapporte uniquement à notre sujet d'étude.

Concernant les données quantitatives, une maquette de saisie a été élaborée avec le logiciel Excel qui nous a permis de générer les résultats puis de concevoir les graphiques. Enfin, ces résultats ont été exportés dans logiciel Word pour les analyses et les interprétations proprement dites.

CHAPITRE III : Présentation et analyse des résultats

Section 1: Présentation des résultats

1.1-Politique pharmaceutique nationale et régulation

1.1.1-Politique pharmaceutique nationale

Une politique pharmaceutique nationale est un cadre global dont chaque composante joue un rôle important pour atteindre un ou plusieurs objectifs généraux (accès, qualité et usage rationnel). Elle doit permettre d'établir un équilibre entre les différents buts et objectifs et de créer ainsi une entité complète et cohérente. Ainsi, l'accès aux médicaments essentiels ne peut être obtenu que par une sélection rationnelle, des prix abordables, un financement durable et des systèmes de santé et d'approvisionnement fiables.

Dans son sens le plus large, une politique pharmaceutique nationale devrait promouvoir l'équité et la viabilité du secteur pharmaceutique. Les objectifs généraux d'une politique pharmaceutique nationale sont d'assurer :

- L'accès : l'offre équitable de médicaments essentiels à un coût abordable, y compris en médecine traditionnelle.
- La qualité : la qualité, l'innocuité et l'efficacité de tous les médicaments.
- L'usage rationnel : la promotion d'une utilisation judicieuse sur le plan thérapeutique et selon un bon rapport coût/efficacité des médicaments par les professionnels de santé et les consommateurs

Au Bénin, le premier document de Politique pharmaceutique nationale (PPN) a été adopté en 1991 et sa mise en œuvre a été assurée par la Direction des Pharmacies et du Médicament (DPM) qui a défini les normes en matière d'ouverture et d'exploitation des établissements pharmaceutiques et assure le contrôle de leur respect. Ce document est l'expression de la volonté politique du Bénin de développer le sous - secteur pharmaceutique animé par plusieurs acteurs du secteur public et du secteur privé. Les activités du secteur pharmaceutique sont relatives à l'importation, à la distribution, à la dispensation et à la production des médicaments. Ces activités sont menées, selon le cas, par des producteurs locaux ayant reçu des autorisations à cet effet, des grossistes-répartiteurs, des pharmaciens d'officine, des détenteurs des dépôts pharmaceutiques. Elles visent :

- L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité aux médicaments essentiels.
- L'amélioration de la qualité des médicaments.

- La diminution de la vente illicite des médicaments.
- L'amélioration de l'usage rationnel des médicaments.
- L'amélioration du financement et de la gestion du sous-secteur pharmaceutique.

Pour leur permettre d'atteindre ces résultats, les autorités sanitaires béninoises ont mis en place des dispositifs d'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité aux médicaments. Elles ont confié à la DPM la responsabilité de conduire les initiatives vers l'atteinte des objectifs du secteur, tout ceci reposant depuis 1989, sur l'initiative de Bamako et le recouvrement des coûts des médicaments. Ce système de financement, renforcé depuis quelques années, par les crédits délégués que le Gouvernement alloue chaque année, aux formations sanitaires, permet le renouvellement des stocks des médicaments. Ce système de financement n'empêche pas la part des ménages dans le financement du sous-secteur pharmaceutique, de demeurer relativement grande.

a- Le dispositif d'approvisionnement et de distribution

a1- Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et consommables médicaux

La Centrale d'Achat des Médicaments essentiels et consommables médicaux (CAME), créée en 1989, en qualité de grossiste public et placée sous la tutelle de la Direction des Pharmacies et du Médicament, est la seule structure publique chargée d'assurer l'approvisionnement des médicaments sous noms génériques. Elle bénéficie d'une autonomie de gestion définie par les dispositions statutaires régissant son fonctionnement. Elle a amélioré son service de distribution par la création de deux (02) dépôts régionaux respectivement à Parakou et à Natitingou. Ces deux (02) dépôts servent de relais pour la CAME dans les quatre départements du Nord. En quinze (15) ans d'exercice, sa clientèle a doublé. Aussi, approvisionne-t-elle actuellement, mille cinq cents (1500) formations sanitaires. Les activités de distribution de la CAME antérieurement limitées à l'approvisionnement des structures sanitaires publiques et privées à but non lucratif, en médicaments essentiels génériques et consommables médicaux, se sont progressivement étendues à l'approvisionnement des officines de pharmacie privées et autres structures sanitaires. Les produits importés par la CAME sont conformes à la liste nationale des médicaments essentiels. Cette liste qui a été élaborée par un Comité créé à cet effet, est régulièrement révisée selon une procédure qui implique les différents acteurs du système sanitaire.

a2- Dépôts répartiteurs

Les Dépôts répartiteurs créés et fonctionnels dans trente-quatre (34) ZS (DDZS 2015) servent de relais efficaces à la CAME et approvisionnent les pharmacies des formations sanitaires ; ce qui a

permis d'améliorer la couverture nationale en produits pharmaceutiques. Aujourd'hui, la CAME offre ses services aux officines privées dans lesquelles les médicaments essentiels sous noms génériques, sont rendus disponibles. Dans le privé, six (06) sociétés grossistes-répartiteurs assurent la mise en place des médicaments au niveau des officines et dépôts pharmaceutiques. L'existence de ces deux (02) derniers types d'établissements pharmaceutiques (officine de pharmacie et dépôt pharmaceutique) est fondamentale et permet d'assurer la disponibilité géographique des médicaments. Cependant, la répartition des officines de pharmacies privées demeure inégale malgré la volonté du Gouvernement de réaliser l'équilibre. Plus de quatre-vingt-dix officines de pharmacies sur cent soixante-douze (52%), sont concentrées dans les Départements de l'Atlantique et du Littoral, expression d'une inégale répartition des officines et des grossistes-répartiteurs qui siègent tous à Cotonou. Les succursales créées par certaines sociétés de grossistes-répartiteurs notamment, GAPOB (Groupement d'Achat des Pharmaciens d'Officines du Benin) et UBPHAR (Union Béninoise des Pharmacies) à Bohicon et à Parakou, leur permettent de répondre dans un délai raisonnable, aux demandes de la clientèle. Les grossistes-répartiteurs approvisionnent des formations sanitaires en médicaments d'urgence. Le dépôt de zone est un élément fondamental de la politique de décentralisation pharmaceutique. En 2015, on compte 34 dépôts répartiteurs de zone au Bénin.

1.1.2- Régulation

Certains pays accordent une plus grande importance et attribuent plus des ressources au contrôle des bonnes pratiques de fabrication qu'au contrôle des circuits de distribution. Or, le contrôle des circuits de distribution doit être considéré comme tout aussi important, particulièrement dans les pays où les médicaments suivent plusieurs circuits intermédiaires de distribution et où le climat peut être défavorable.

En règle générale, une réglementation pharmaceutique doit :

- ✓ Définir les catégories de produits pharmaceutiques et d'activités devant être réglementées;
- ✓ Préciser les missions et les objectifs d'une réglementation pharmaceutique;
- ✓ Créer les instances administratives nécessaires à la mise en place de la réglementation pharmaceutique et définir leurs relations structurelles et fonctionnelles;
- ✓ Définir les qualifications et les niveaux exigés des personnes manipulant les médicaments;
- ✓ Créer des procédures garantissant que toutes les parties responsables sont agréées et contrôlées, garantissant le respect de la législation pharmaceutique et des normes et spécifications s'appliquant aux personnes, aux installations et aux pratiques ;

- ✓ Définir les normes et les spécifications nécessaires pour garantir l'innocuité, l'efficacité et la qualité des produits pharmaceutiques ainsi que la pertinence et l'exactitude des informations s'y rapportant ;
- ✓ Mettre en place les mesures administratives et les sanctions juridiques qui s'appliqueront en cas de violation des dispositions de la législation pharmaceutique;
- ✓ Instaurer des dispositifs permettant au gouvernement d'exercer une surveillance

Au Bénin, selon l'arrêté n°2007-180, du 20 Février 2007 portant attribution, organisation et fonctionnement de la DPM, les organes de contrôle du système d'approvisionnement en médicaments sont :

- ❖ La Direction des Pharmacies et du médicament (DPM)
- ❖ Le Service de l'Administration et de la Réglementation Pharmaceutique (SARP)
- ❖ Le Service de l'Enregistrement, de la Statistique et du Contrôle de Qualité (SESCQ)
- ❖ Le Service de l'Inspection et de la Pharmacovigilance (SIP)
- ❖ Le Service des Etablissements Pharmaceutiques (SEP)

1.2- Budget du médicament dans la zone sanitaire A/S

Tableau 5 : Budget alloué à l'achat des médicaments et consommables médicaux

Année	2014	2015	2016
Budget fonctionnel de la zone	1.666.890.579	1.729.946.323	1.784.316.155
Budget médicaments et consommables médicaux	571.001.564	622.472.511	684.148568
Pourcentage du budget alloué à l'achat des médicaments et consommables médicaux	34,25%	35,98%	38 ,34%

Source : Service Comptabilité de la ZS-AS

Le budget alloué à l'achat des médicaments et consommables médicaux a connu une légère augmentation de 2014 à 2016 (le crédit alloué à l'achat des médicaments et consommables médicaux pour la zone est réparti sur les vingt-un (21) formations sanitaires qui la constituent. Ce budget représente une moyenne de 36% du budget de fonctionnement global de la zone. Ce qui montre l'importance de ces produits dans les dépenses de la zone sanitaire Abomey-Calavi/ Sô-Ava.

1.3- Circuit d'approvisionnement des médicaments dans la zone sanitaire A/S

Le circuit d'approvisionnement en médicaments peut être défini comme étant l'ensemble des ressources, des moyens et des actions qui sont déployés en vue d'assurer la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments. Ce circuit comprend trois sous-circuits inter-reliés qui sont le circuit physique des médicaments, le circuit du financement et les circuits d'information.

Le circuit d'approvisionnement des médicaments dans la zone comprend les quatre étapes à savoir :

- La sélection des médicaments
- L'acquisition/ réception
- Le stockage et la gestion de stock
- La distribution

De façon générale, les fonctions du système d'approvisionnement en médicaments peuvent être présentées comme suit :

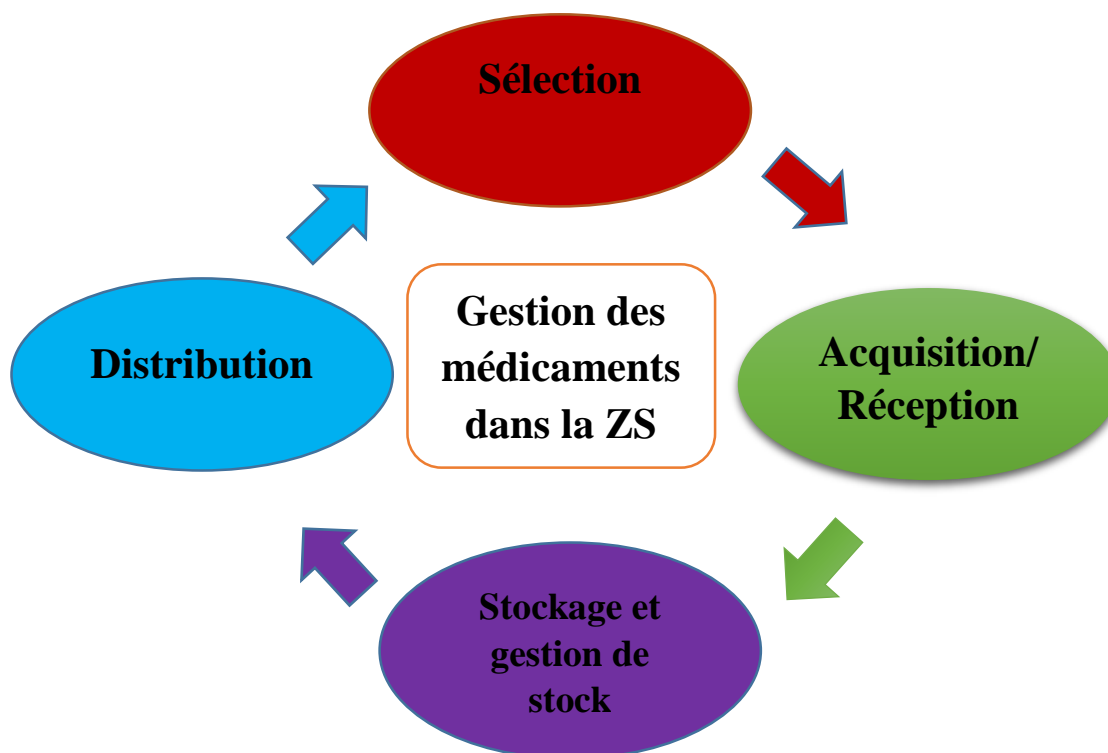


Figure 4 : Cycle de gestion des médicaments essentiel dans la ZS/ AS

1.3.1- Sélection des médicaments

a- Sélection qualitative des médicaments

La sélection des médicaments essentiels, première étape du cycle, consiste à choisir à partir d'une offre très abondante les médicaments à acquérir et à distribuer. La sélection proprement dite désigne l'établissement de listes restrictives pour les deux étapes de l'acquisition et de la distribution.

Le choix des médicaments dépend de nombreux facteurs comme le schéma de prévalence des maladies, les infrastructures sanitaires la formation et l'expérience du personnel disponible, les ressources financières et les facteurs génétiques, démographiques et environnementaux.

Dans la zone sanitaire A/S, la sélection des produits pharmaceutiques est la première étape du processus d'approvisionnement. Elle est faite à partir de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME). Dès que le besoin est exprimé, le chef du dépôt répartiteur de la zone en collaboration avec les membres de son équipe, procède d'abord à l'analyse des bons de commande des formations sanitaires. Dans certains cas, elle procède à des réajustements pour éviter la prise en compte des commandes fantaisistes, ne répondant à aucun critère objectif.

Le choix est porté sur les produits qui répondent aux normes d'efficacité, de coût, de la disponibilité des produits à la CAME et aussi des médicaments prioritaires en référence à la PPN.

On note que 64,45% des médicaments de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels ne sont pas commandés par la zone, car parmi les 436 médicaments de la LNME, 281 médicaments ne sont pas sélectionnés par la zone sanitaire A/S.

b- Sélection quantitative

En effet après la sélection qualitative des médicaments nécessaires et prioritaires, le souci des responsables sanitaires sera de prévoir les besoins en médicaments pour satisfaire toutes les formations sanitaires en vue de traiter tous les malades qui se présentent à l'hôpital pendant une période donnée. Dans la littérature il existe trois méthodes d'estimation des quantités.

Méthode basée sur la consommation corrigée: consiste à analyser et/ou évaluer la prévalence des différents problèmes de santé dans la population et à l'aide de schémas thérapeutiques standards, évaluer les quantités de médicaments nécessaires pour soigner cette population. Cependant, l'expérience montre que l'utilisation des services pour les problèmes identifiés ne correspond pas toujours à ce qui est calculé à partir des incidences des problèmes de santé dans la population. Cette méthode doit, en plus constamment s'adapter à l'évolution épidémiologique au sein de la communauté, surtout s'il y a absence d'un système d'information fiable ou manque de notification.

Méthode basée sur la morbidité et le traitement type: consiste à déterminer le nombre et le profil des fournisseurs de soins (ou établissement de soins) et les types de morbidité pris en charge, évaluer les quantités des médicaments nécessaires à partir du nombre de services et de schémas thérapeutiques standards (les schémas types de traitement).

Cette méthode est plus réaliste, elle permet de calculer des quantités moindres que la première. Mais elle ne reflète que les besoins de la population utilisatrice des services.

Pour déterminer la quantité totale des médicaments nécessaires pour traiter chaque problème de santé, il faut multiplier la quantité des médicaments administrés pour le traitement type du problème considéré par le nombre d'épisodes de traitement.

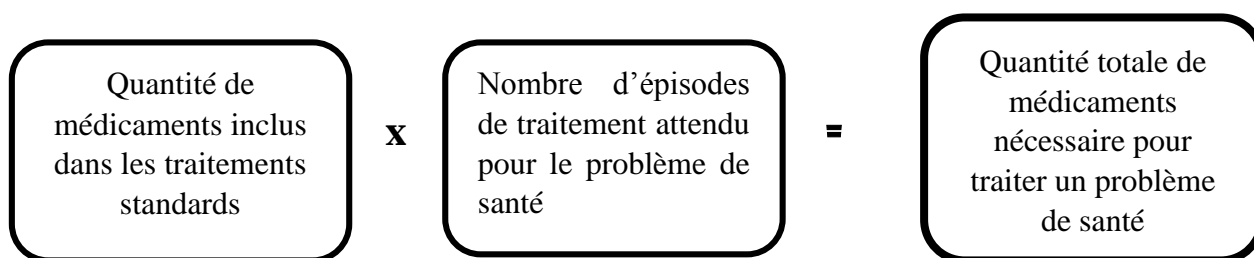


Figure 5 : Détermination de la quantité de médicaments nécessaire pour le traitement d'un problème de santé.

On refait ce calcul pour chaque problème de santé et les médicaments employés pour le traiter. Lorsqu'un médicament sert pour plusieurs problèmes de santé, on additionne les totaux respectifs pour obtenir la quantité totale nécessaire.

Méthode basée sur la consommation : consiste à réunir les données sur l'utilisation antérieure des médicaments à partir des cahiers des commandes. Cette méthode est la plus pratique, mais suppose une absence de rupture de stock.

$$\text{Consommation Mensuelle (CM)} = \text{Stock initial} + \text{Produits reçus} - \text{Stock final}$$

$$\text{Consommation Mensuelle Moyenne (CMM)} = \frac{\text{Consommation de } N \text{ mois}}{N \text{ mois}}$$

Dans la pratique, il est préférable d'utiliser les deux dernières méthodes à la fois. On procède en premier temps à des estimations à l'aide de la méthode fondée sur la morbidité pour établir une base de départ et ensuite on utilise la méthode de la consommation.

Quel que soit la méthode utilisée le calcul des quantités à commander, doit tenir compte, outre le type de pathologies locales :

- Le pipe-line d'approvisionnement : le nombre de niveaux d'approvisionnement, le nombre de point à approvisionner et les stocks de sécurité qui existent à chaque niveau.
- Le délai d'approvisionnement.
- Les contraintes financières qui peuvent obliger à diminuer les quantités à commander.
- Les pertes potentielles : péremption, vols...

Au niveau de la zone sanitaire A/S, la méthode utilisée pour quantifier les médicaments sélectionnés est basée sur la consommation (utilisation antérieure des médicaments à partir des cahiers des commandes, fiches des stocks) et est établie par le gestionnaire répartiteur tous les trois mois.

Les données utilisées pour la quantification des besoins dans la zone sont :

1. La **consommation moyenne mensuelle** (CMM), pour un médicament donné, est égale à la somme des consommations de ce médicament pendant un an (exprimée en nombre de mois), divisée par le nombre de mois de ladite période

2. Le **délai de livraison** (DL) est la période, exprimée en jours, entre la date d'envoi d'une commande et la date de réception effective de commande.

3. Le **stock de sécurité** (SS) est le stock estimé nécessaire pour faire face à une éventuelle augmentation des consommations (non prévues au départ) et un éventuel prolongement du délai de livraison. Le SS sert à faire face aux imprévus de consommation. Par analogie, il correspond aux imprévus des budgets qui sont souvent évalués à 5 ou 10 % du total du budget. Le SS est calculé selon la formule : $SS = DL \times CMM + \text{quantité estimée pour couvrir une augmentation imprévue de la consommation}$.

4. Le **stock minimum** (SMi) encore appelé **stock d'alerte** est le stock minimum en fin de période ou le seuil à partir duquel on doit procéder à la commande. Le SMi varie suivant la position géographique par rapport au fournisseur (CAME)

Il est calculé selon la formule suivante : $SMi = DL \times CMM + SS$.

5. Le **stock maximum** (SMax) est le maximum de stock que peut avoir le dépôt répartiteur en début de période. Le SMax se calcule par la formule : $SMax = SMi + SR$ (Stock de roulement)

6. Le **stock de roulement** (SR) est la différence entre le SMax et le SMi. En d'autres termes, c'est le stock utilisé entre deux livraisons. Le SR se calcule à partir de la consommation entre deux livraisons.

7. La **périodicité des commandes** est la fréquence à laquelle le gestionnaire du dépôt répartiteur doit passer ses commandes de façon régulière pour couvrir les besoins pendant une période donnée. Elle se calcule selon la formule : nombre de mois du SMax moins nombre de mois du SMi.

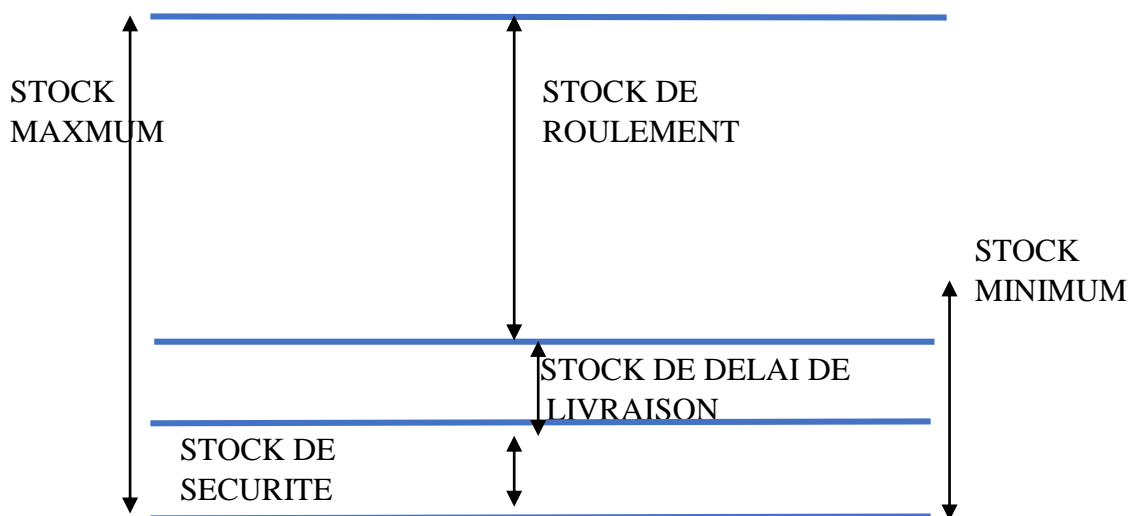
Un SMi très important, ne tenant pas compte des délais de livraison, risque de conduire à un stock "mort" très important avec risque de péremption et une occupation inutile de l'espace de stockage.

8. Les **besoins** en produits pharmaceutiques en fin de période représentent la quantité de produits pharmaceutiques en fin de période qu'il faut acquérir pour ramener le niveau du stock au SMax.

Il sera calculé selon la formule : $SMax - \text{stock restant en fin de période}$.

Si la commande est faite au moment où le niveau du SMi est atteint, le besoin sera alors égal au SR.

La structure des stocks peut être schématisée de la façon suivante :



Enfin, la zone quantifie sa commande de façon suivante :

COMMANDE = (stock de roulement + stock de sécurité + consommation probable durant le délai de livraison) – (stock existant le jour de la commande + quantité déjà en commande s’il y a lieu).

A la fin de la quantification vient la budgétisation des produits pharmaceutiques à commander. A ce niveau, la zone s’assure que le montant des commandes ne dépasse pas sa capacité de paiement. Il s’agit de l’analyse des besoins par le service financier qui certifie la disponibilité de moyens financiers nécessaires. Mais on constate souvent que le budget est insuffisant. De façon à prendre les meilleures décisions sur les produits à acheter avec des fonds limités, deux techniques sont utilisées par le gestionnaire répartiteur pour opérer des réajustements des produits à commander : l’analyse de la date de péremption qui permette de limiter les quantités à commander et l’analyse ABC qui se fait selon leur incidence économique.

L’analyse ABC classe la consommation en trois groupes d’articles par ordre décroissant de leur volume :

A qui correspond à un pourcentage élevé des fonds utilisés pour un petit nombre d’articles de grande quantité ou de prix unitaire élevé ; excellent potentiel pour réaliser des économies (75%) ;

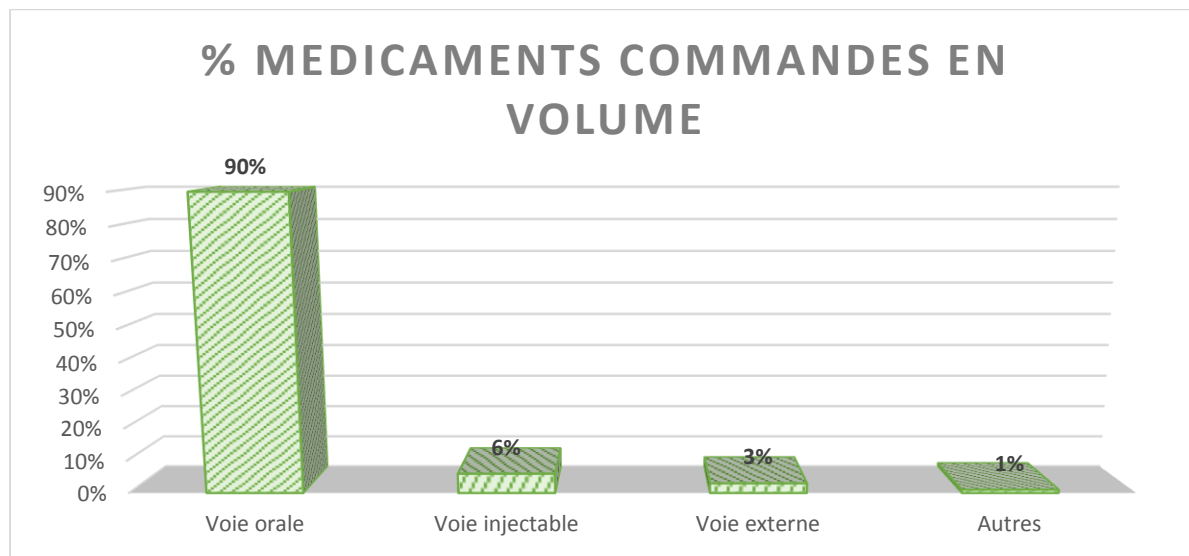
B qui correspond à moins de fonds dépensés pour un nombre plus élevé d’articles ; les économies sont possibles (15%) ;

C qui correspond à de faibles montants dépensés pour la majorité du stock ; les économies sont possibles mais porteront sur un nombre élevé de produits (10%).

Par conséquent le responsable de la commande concentre ses efforts sur le nombre relativement réduit d'articles **A** qui produira l'impact le plus important.

Les graphes suivant présentent la répartition des médicaments commandés en volume et en valeur de l'année en cours (graphique 1 et 2).

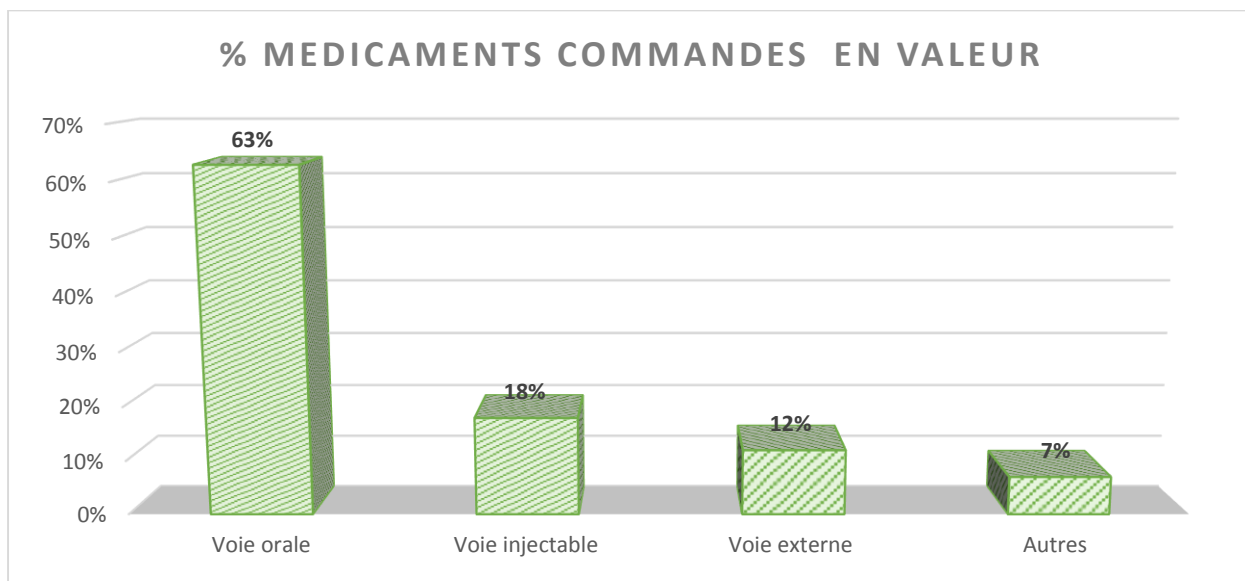
Graphique 1 : Répartition des médicaments commandés au dépôt répartiteur AS en volume selon les formes pharmaceutiques.



Source : *Rapport des commandes*

La voie orale présente 90% des médicaments commandés par la zone. Par contre la voie injectable présente 6% des médicaments commandés, la voie externe est de 3%. Les autres (consommables médicaux) présente 1%.

Graphique 2 : Répartition des médicaments commandés au dépôt répartiteur AS en valeur de FCF selon les formes pharmaceutiques.



Source : *Rapport des commandes*

La voie injectable et la voie externe consomment respectivement 18% et 12% du budget des médicaments malgré qu'elles ne représentent que 6% et 3% des médicaments commandés par la zone en volume, tandis que les formes pharmaceutiques par voie orale consomment seulement 63% du budget des médicaments et représentent 90% des médicaments commandés en volume. D'après ces résultats, on retient donc que les médicaments par voie injectable et par voie externe coûtent plus chers que par la voie orale.

1.3.2- Acquisition-Réception et inventaire

a- Acquisition

L'acquisition est l'achat aux fabricants ou aux distributeurs en gros des médicaments sélectionnés. Dans certains cas, l'acquisition inclut également des dons. Les objectifs de l'acquisition consistent à acquérir les médicaments strictement nécessaires et à moindre coût. Il existe quatre modes d'acquisitions :

- L'appel d'offres ouvert ;
- L'appel d'offres restreint ;
- La négociation par mise en concurrence ;
- L'achat direct

1-L'appel d'offres ouvert

L'appel d'offres ouvert est une procédure formelle par laquelle un fabricant ou son représentant, localement ou au niveau mondial, est invité à fixer des prix sur la base des termes et conditions spécifiques dans l'invitation à soumission. Les Appels d'Offres concurrentiel Internationaux (AOI) (ou ICB- International Competitive Bidding), selon les recommandations de la Banque Mondiale (BM 1993), sont des appels d'offres ouverts à tous les fabricants internationaux intéressés des pays membres de la BM.

Les appels d'offres ouverts internationaux attirent habituellement les offres concurrentiels et potentiellement les prix les plus bas

2- L'appel d'offres restreint

Dans un appel d'offres restreint (également appelé appel d'offres fermé ou sélectif) les fournisseurs intéressés doivent être approuvés au préalable, souvent à travers un processus formel de pré-qualification qui tient compte de :

- ✓ l'adhésion aux bonnes pratiques de fabrication (BPF) ;

- ✓ la qualité de prestations antérieures ;
- ✓ leur pérennité financière ;
- ✓ des facteurs associés

Le processus de pré-qualification est souvent ouvert à tout fournisseur qui souhaite poser sa candidature.

3- **Négociation par mise en concurrence**

Dans le cadre de la négociation concurrentielle, l'acheteur s'adresse à un nombre limité de fournisseurs sélectionnés (en principe au moins trois) pour qu'ils fixent des prix. Les acheteurs pouvant aussi être amenés à marchander avec le fournisseur pour obtenir certains prix au service. La négociation concurrentielle est aussi appelée achat négocié ou shopping local ou international.

4- **Achat direct**

La méthode d'approvisionnement la plus simple, mais habituellement la plus chère, est l'achat direct auprès d'un seul fournisseur, soit à un prix fixé, soit à un prix négocié.

Pour un médicament provenant d'une seule source (généralement un médicament sans brevet sans accord de licence autorisant d'autres laboratoires à la fabrication), l'acheteur est placé devant l'alternative suivant un achat direct ou le choix d'un autre médicament.

Les fournisseurs potentiels doivent faire l'objet d'une sélection préalable. Ils doivent surveiller le processus qui tient compte de la quantité des produits pharmaceutiques, de la fiabilité des services, des délais de livraison et de la viabilité financière.

La sélection des fournisseurs dépend du coût, de la régularité des approvisionnements, mais également de la qualité des médicaments.

La méthode utilisée par la zone sanitaire A/S pour l'acquisition des médicaments essentiels est l'achat direct en raison de l'expérience de la centralisation de l'approvisionnement en médicament au niveau central, d'où la CAME. La CAME de Cotonou est le seul fournisseur de la zone en qualité de grossiste public et placé sous la tutelle de la DPM, est la seule structure publique et chargée d'assurer l'approvisionnement des médicaments sous nom générique. Les autres fournisseurs comme PNL, pharma quick, PSI ABMS, USAID sont seulement sollicités pour les achats des consommables médicaux (ordonnancier, Quittancer, carte de soin, carte de santé...) qui n'existent pas à la CAME. Cependant, il faut souligner que le tarif des médicaments essentiels vendus à la CAME est fixé sur le plan national sans le TVA (catalogue des prix des médicaments essentiel de la CAME en annexe). On note également que certains produits pharmaceutiques sont acquis gratuitement à la CAME par la zone. C'est le cas de TDR (Test de Diagnostic Rapide), SP (Sulfadoxine Péryméthamine).

b- Réception et inventaire

Les produits livrés par la CAME à la zone en présence du gestionnaire du dépôt répartiteur ne sont pas contrôlés systématiquement au lieu. La réception des livraisons se fait dans le magasin principal de la zone situé à environ 500m de l'HZ, 24h après la livraison. On note également que les produits livrés sont accompagnés d'un bon de livraison de la CAME. Cette réception est assurée par le gestionnaire du dépôt répartiteur et celui de matériel avec ses collaborateurs (les deux magasiniers et le gardien) parfois assisté par le comptable de la zone sanitaire. Pour cela ils :

- ❖ Comparent le bon de livraison avec le bon de commande
- ❖ Comparent les produits réceptionnés avec les bons de livraison du fournisseur
- ❖ Vérifient les quantités, prix, dosages des médicaments livrés
- ❖ Identifient des produits par numéro de lots
- ❖ Remplissent les produits reçus sur le fiche de stock (la date, le libellé du produit, le numéro de lot, l'identité du fournisseur, la quantité reçue, la date de péremption, l'observation et la signature).

Selon le gestionnaire du dépôt, le taux de satisfaction à la CAME est environ 87% par achats.

Après, la réception vient l'inventaire le deuxième jour (la phase la plus importante comme la réception). L'objectif de l'inventaire est de connaître le stock actuel de chaque médicament afin de l'enregistrer dans la base de gestion «**médistock**» et dans la fiche de stock. Pour cela, il se fait obligatoirement en présence de la magasinier qui revérifie les produits en stock avant l'acquisition (stock minimum) en conformité avec le mouvement des médicaments dans la fiche de stock. Pour connaître la quantité disponible de chaque médicament (stock actuel), le gestionnaire applique la formule suivante :

$$\boxed{\text{STOCK ACTUEL} = \text{STOCK RESTANT} + \text{STOCK ENTRE}}$$

La fiche d'inventaire permet de noter les quantités constatées lors de la comptabilisation du stock. La comparaison de la fiche d'inventaire et de la fiche de stock permet de découvrir d'éventuelles anomalies ou erreurs dans la gestion du stock. L'inventaire est fait tous les trois mois ou à la demande du Comité de Gestion. On constate souvent que le stock restant de certains médicaments est nul et l'écriture sur la fiche de stock est mal remplie ce qui cause le plus souvent la non-conformité entre l'écriture passée et le stock physique des médicaments disponibles dans le magasin.

1.3.3- Stockage et gestion de stock.

a- Stockage

La disponibilité des médicaments essentiels de qualité oblige à porter une attention particulière aux conditions de stockage et de transport. Il faut respecter et suivre une série de conditions pour garantir la conservation des produits. L'un des aspects à contrôler est celui des facteurs environnementaux auxquels les produits seront exposés. Ces facteurs peuvent être :

- La lumière
- L'humidité
- La température

Ainsi, de nombreux médicaments sont sensibles à la lumière (photosensible) et subissent des détériorations de qualité quand ils sont exposés à un excès de lumière. Pour cette raison, ils devront être éloignés des radiations directes du soleil ou des lampes. De plus les conditionnements des médicaments sont très importants pour les protéger selon leurs caractéristiques et pour garantir leur stabilité.

Par ailleurs, le type de conditionnement est pris en compte comme partie des critères pour calculer la vie utile des médicaments de sorte qu'au lieu de les détruire, il faut toujours les conserver dans leur présentation originale.

Quant à l'humidité, elle est l'un des facteurs importants à contrôler dans la zone de stockage des médicaments. Un environnement très humide peut favoriser la croissance des micro-organismes tels que la moisissure et les bactéries ou précipiter des réactifs chimiques comme l'oxydation des composants de certains médicaments. Les comprimés peuvent se ramollir.

Enfin, le maintien des conditions adéquates de température est essentiel pour la stabilité des médicaments. Chaque type de médicament comporte une limite de température qui peut être maintenue sans qu'il perde ses propriétés. Les principaux risques de détériorations auxquels sont exposés les médicaments à cause de la température sont la perte de puissance ou de la dégénération en produits toxiques.

Au niveau de la zone sanitaire, le stockage se fait dans un immeuble dont l'espace réservé aux médicaments est composé de 06 salles comme suit :

- Salle d'accueil.
- 02 Salles de réserve des médicaments.
- Salle de réception et de stockage.
- Salle pour la conservation des produits à moins de 20°C.

- Salle pour les périmés et avariés.

Le local de stockage est subdivisé en aires de rangement distinctes de façon à permettre une identification rapide des produits. Chaque médicament a une place bien délimitée indiquée par une étiquette comportant le nom du médicament en dénomination commune internationale (DCI), la forme et le dosage mais pas en ordre alphabétique.

Pour assurer l'efficacité des produits pharmaceutiques, le tableau suivant montre le respect des conditions de stockage des médicaments essentiels par la zone en pourcentage observation.

Tableau 6 : Respect des conditions de stockage en pourcentage

Conditions de stockage	Validité
Il y a une méthode en place pour contrôler la température	0%
Il existe un système de ventilation	100%
Absence d'exposition directe des produits au soleil	95%
Absence de poussière, moisissure	50%
Les produits ne sont pas stockés à même le sol	50%
Les équipements de stockage sont disponibles	60%
Les équipements de stockage sont adéquats	40%
Il existe des zones de stockage pour les produits à conserver à moins de 8°C	90%
Les produits sont stockés selon une méthode définie	50%
Absence de signe de présence d'animaux nuisibles	100%
Les zones de stockage sont munies de verrous adéquats et de clés	90%
Des mesures de sécurité sont en place pour éviter les vols	10%

Source : Observation sur le lieu de stage

Pour préserver la chaîne du froid des médicaments, deux réfrigérateurs sont disponibles. On note que l'espace n'est pas adapté à la quantité des produits, ces locaux n'assurent pas une circulation fluide des articles, et une difficulté de contrôle des articles stockés. En plus on note l'absence de système de sécurité (détecteurs de fumées, alarme,...) sauf la présence d'un extincteur et la présence de vigiles.

b- Gestion des stocks

La zone gère au total 155 médicaments essentiels, dont 94 par voies orales, 47 par voies injectables et 14 par voies externes. Pour la gestion des stocks, la zone sanitaire utilise certains outils de gestion comme suit :

1-La fiche de stock

La fiche de stock est le principal instrument de gestion. Pour chaque article, médicament et matériel une fiche de stock est établie et régulièrement mise à jour par un seul et même agent (La magasinière du dépôt). Elle permet de :

- ❖ Identifier tous les mouvements de stock : «Entrées-Sorties ».
- ❖ Connaître à tout moment le niveau théorique des stocks.
- ❖ Prévoir correctement les commandes.
- ❖ Calculer la **CMM** pour chaque produit.

Les fiches de stock, pour la plupart, se trouvent à côté de chaque produit, sauf pour les articles qui sont au réfrigérateur.

2. La fiche d'inventaire

Les fiches d'inventaire pré-imprimées facilitent la rédaction des fiches d'inventaire et évitent ainsi les erreurs de transcription. Elle est établie suivant l'ordre de classification du stock. La périodicité des inventaires de stock de l'ensemble des produits de la zone est effectuée 4 fois par an, mais parallèlement des inventaires tournant sont réalisés de façon régulière.

3 Le bon de Commande

Les bons de commande pré-imprimés facilitent la rédaction des commandes et évitent ainsi les erreurs de transcription. Il est établi suivant l'ordre de classification du stock et rempli en deux exemplaires. Un exemplaire est gardé par le gestionnaire du dépôt pour archivage et l'autre partira auprès du fournisseur (CAME). Ensuite le gestionnaire du dépôt établit sa commande sur base de la quantité restant en stock et de ses consommations mensuelles. Puis il soumet sa commande pour valorisation auprès du CAR (moyen de vérifier si les ressources financières seront suffisantes pour régler la totalité de la commande). Le bon de commande est co-signé par le gestionnaire du dépôt, le CAR, et le MCZS.

4. Le bon de livraison

C'est une copie de la liste des produits livrés. Il est rempli par la CAME et est accompagné avec les produits. Il est rempli en double exemplaire : un qui reste à la CAME et le deuxième qui est destiné au dépôt répartiteur.

Il existe également un logiciel de gestion (**médistock**) dont la mise en place est financé par l'agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), qui d'après le gestionnaire, cette application est fonctionnelle et très importante dans la gestion rigoureuse des médicaments. Ainsi tous les mouvements de stock sont enregistrés manuellement et en temps réel sur les fiches de stock puis portés et traités par Excel.

1.3.4- Distribution

La distribution consiste à acheminer les médicaments depuis les organismes d'acquisition jusqu'aux consommateurs. Distribuer les produits pharmaceutiques consiste à appliquer les bonnes pratiques de distribution à savoir : examiner le bon de commande, préparer les colis et les livrer aux clients (Formations Sanitaires FS) selon un calendrier pré-établi. La distribution se fait en fonction des commandes reçues et selon leurs besoins, sans périodicité fixe.

Le service du dépôt répartiteur de la zone livre les produits pharmaceutiques aux différentes formations sanitaires et à certaines ONG (Organisation Non Gouvernementale) et associations caritatives selon un seul mode qui est la distribution globale. Les produits sont délivrés sur la base d'un bon de commande établi au préalable au niveau de la zone et distribué uniquement aux 21 FS publiques. Deux types de bon de commande existent dans la zone ; Le bon de commande mensuel qui permet au service de commander les produits dont il a besoin pour une durée d'un mois et le bon pour complément pharmaceutique ou bien pour une commande urgente, permet au service de commander les médicaments dont il a besoin et qui ne sont plus disponibles.

Pour distribuer des médicaments dans la zone, les personnels :

1. Examinent le bon de commande (porte la désignation des produits demandés en DCI ainsi que leurs quantités et leurs CMM. Une estimation du prix unitaire et du prix total de la commande) présenté par la FS à l'aide du «médistock»
2. Font sortir quatre (4) bordereaux et factures. Le montant est communiqué par moyen téléphonique pour que le client puisse faire le versement dans le compte BOA de la zone avant de venir chercher les bordereaux et factures signé par le CAR.

3. Retirent des étagères, dans la salle de stockage tous les produits demandés en respectant la règle de **PREMIER EXPIRENT PREMIER SORTI**

4. Mettent à jour les fiches de stock au fur et à mesure que les produits sont retirés des rayons mais à un pourcentage inférieure à 100%.

5. Contrôlent avec la personne chargée de récupérer les produits pour la formation sanitaire, la conformité des produits avec le bon de commande.

Les formations sanitaires viennent chercher leurs produits à la zone. A défaut de véhicules spécifiques pour assurer le transport des médicaments, ces formations font recours à tout autre moyen possible y compris les transports en commun.

On note que certaines FS établissent leurs bons sans remplir la colonne CMM et la désignation des produits demandés n'est pas conforme à la DCI ou sans mettre le dosage ni la forme pharmaceutique. Cela cause souvent un problème d'identification des produits au gestionnaire du dépôt lors du traitement du bon. La plupart des FS expriment mal leurs demandes, car elles n'arrivent pas à payer le montant total de la facture. Cela est expliqué par l'insuffisance du budget alloué à l'achat des médicaments dans ces FS. Dans ce cas le gestionnaire réduit la quantité des médicaments commandés en présence ou en absence du client pour égaliser le montant facturé au montant versé. En plus, ces formations sanitaires sont servies de façon égale sans tenir compte de la région ni de la proximité dont la présence presque parfaite de l'équité de la zone.

On note également la rupture de certains médicaments essentiels dans la zone, car tous les produits commandés par les FS ne sont servir à 100%. Le taux de satisfaction est estimé à environ à 85%. De plus, selon les FS, certains médicaments servis par le dépôt répartiteur ont une durée de péremption proche (moins de 6 mois) ce qui constitue pour elles une perte significative en matière de coût et de la disponibilité des médicaments dans leurs pharmacies.

En fin, la disponibilité et la stabilité de la magasinière (la servante) n'est pas totalement appréciable. Ce qui cause souvent le retard de livraison et donc le prolongement du jour de la rupture des médicaments.

Tableau 7: Evolution du taux de couverture des commandes des médicaments.

Année	2013	2014	2015
Les médicaments commandés en valeur	61 708 936	77 387 041	82 844 258
Les médicaments livrés en valeur	38 520 419	58 995 366	62 452 141
Taux de couverture	62,42%	76,23%	75,38%

Source : logiciel médistock ZS/AS

Le taux de couverture des commandes a considérablement augmenté de 2013 à 2014 (soit 14%), mais chute légèrement en 2015 de 1% environ. Ce taux reflète l'écart existant entre les quantités commandées et les quantités livrées.

Elle ne fait l'objet d'aucune analyse par le pharmacien. Ainsi, le taux de couverture est le résultat des décisions du personnel de distribution qui ne prennent en considération que le stock dont ils disposent et livrent généralement

1.4-Les modes de paiement des médicaments

D'un point de vue économique, les consommateurs doivent être dissociés en patients (les utilisateurs des médicaments) et ménages (ceux qui paient éventuellement les médicaments). En simplifiant, on identifiera trois principaux modes d'organisations des paiements qui peuvent se combiner en réalité.

- ✓ Les consommateurs paient pour les médicaments.

Dans cette première méthode de paiement, les consommateurs (en tant que ménages) paient pour les médicaments qu'ils utilisent (en tant que patients). C'est un système commercial.

- ✓ L'Etat ou l'aide étrangère paie pour les médicaments.

Dans cette deuxième méthode de paiement l'Etat ou l'aide extérieure paie les médicaments :
La gratuité ou la subvention.

- ✓ Paiement pour la distribution et prépaiement.

Le prépaiement consiste à dissocier, dans le temps, l'acte du paiement de celui de la consommation, en faisant payer les médicaments par les bien-portants et non par les malades. De nombreux systèmes sont possibles selon que l'assureur est différent ou non du prestataire des soins et selon que l'adhésion à l'assurance est obligatoire ou non. Les systèmes d'assurance sont difficiles à gérer, car il faut prévoir quel sera le comportement de la population et des patients une fois l'assurance instituée. Si les gens les plus malades sont les seuls à s'assurer, le système court le risque de sélection adverse; si la consommation des patients devient excessive par rapport à leurs besoins réels, le système court ce que les économistes appellent « le risque moral ». Les systèmes de prépaiement sont complexes à instituer et il y a peu d'avantages à le faire seulement pour le financement des médicaments.

Dans ce cas, l'organisme de prépaiement, qui peut être intégré aux services de santé ou être autonome, paie pour les médicaments. Il peut être financé exclusivement par les ménages ou recevoir une subvention de l'Etat ou de l'étranger.

Le mode de paiement constaté dans la zone sanitaire A/S est la première méthode qui est la vente directe comme indique la figure ci-dessous.

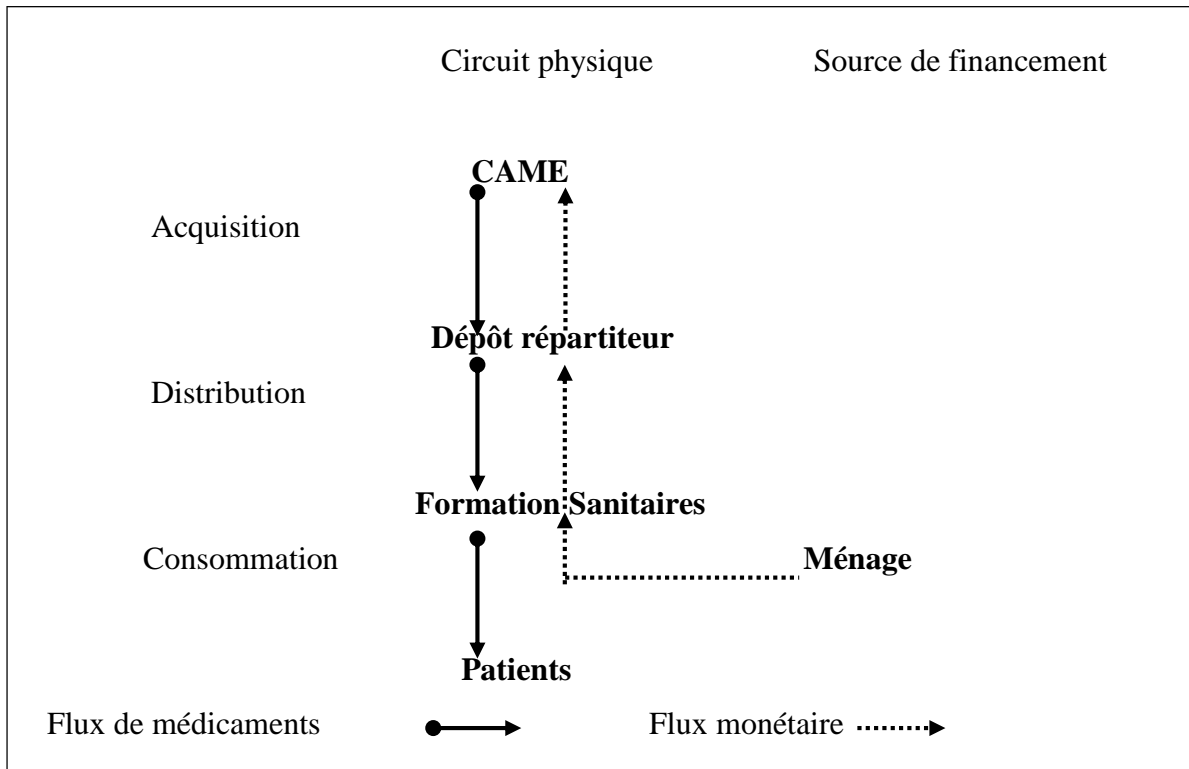
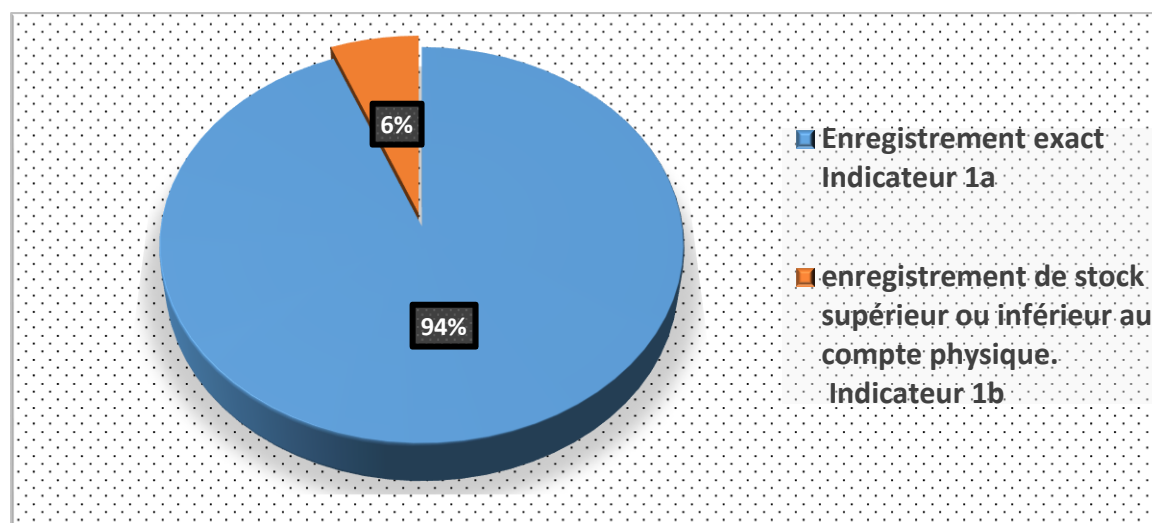


Figure 6 : Les consommateurs paient pour les médicaments.

Source : Observation sur le terrain

1.5-L'exactitude des enregistrements au niveau de la zone.

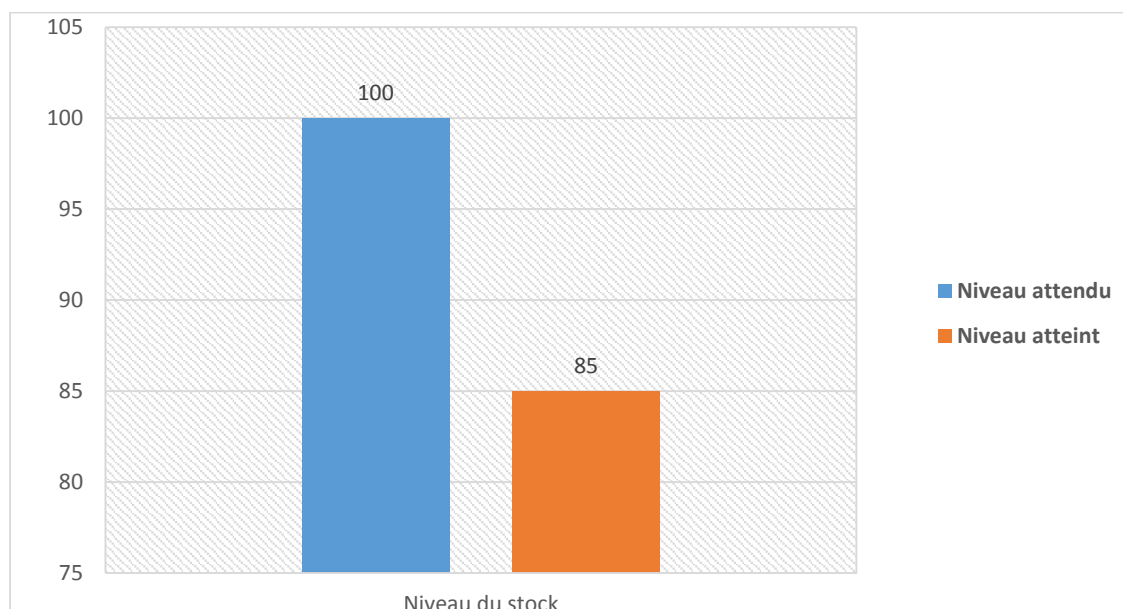
Graphique 3: Variation d'enregistrement du stock



Source : Comparaisons fiche de stock au compte physique

L'indicateur 1a est de **94%** avec l'indicateur 1b de **6%**

Graphique 4: Situation de la disponibilité des produits au niveau de la zone en 2016



Source : Rapport commande trimestriel

La disponibilité des médicaments essentiels dans la zone sanitaire est de 85%.

Tableau 8: Situation du temps de rupture dans la zone.

Niveaux	Stock
Niveau attendu	0%
Niveau atteint	18%

Source : Rapport commande trimestriel

Le temps de rupture est de 18%.

Au regard de cette description du processus de l'approvisionnement des médicaments essentiels dans la zone sanitaire Abomey-Calavi Sô-Ava, l'étape suivante consiste à apprécier ce processus.

Section 2 : Analyse des résultats

2.1- Analyse du financement et le mode de paiement des médicaments essentiels dans la zone sanitaire A/S.

Le budget alloué à l'achat des médicaments et consommables médicaux a connu une légère augmentation cette année (2016) par rapport aux années précédentes. Ce qui a amélioré la disponibilité des médicaments essentiels au niveau de la zone avec un taux de 85%.

Dans cette étude, on ne peut pas dire que le budget est suffisant ou insuffisant pour assurer la disponibilité des médicaments essentiels car on ne connaît pas les besoins réels des parturientes.

De plus, le mode de paiement (vente directe) utilisé par la zone lui permet d'une part de satisfaire la demande des formations sanitaires et d'autre part de limiter les ruptures de stock. Mais cela ne favorise toujours pas l'accessibilité économique. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les médicaments sont trop chers.

2.2- Analyse du processus de gestion des médicaments essentiels dans la zone sanitaire A/S.

Les résultats de l'étude ont montré des dysfonctionnements dans le processus de gestion des médicaments essentiels qui influencent négativement leur disponibilité, en allant de la sélection jusqu'à la distribution.

Sur le plan du choix qualitatif, on constate qu'il est impossible de répondre aux besoins des patients même si le budget est assuré à 100%, car seulement 155 des médicaments essentiels de la LNME (436 médicaments) qui ont été sélectionnés par la zone sanitaire A/S, 15% parmi eux ne sont pas disponibles au cours de l'étude. En plus, la quantité demandée trimestriellement ne reflète pas la consommation réelle des formations sanitaires, on peut consommer plus comme on peut consommer moins dans un mois (mois atypique). Ses dysfonctionnements sont dus à un cas d'épidémie dans le mois donné.

Cette étape du circuit (quantification) est déterminante de la disponibilité du médicament. Elle doit être faite convenablement et ne doit pas être considérée comme un simple calcul, car il s'inscrit dans une séquence d'opérations interdépendantes que comporte la gestion de l'approvisionnement en médicament. La quantification doit être efficace, s'appuyer sur des données précises relatives à la CMM ou à la mobilité et à l'utilisation des médicaments.

Notre analyse a également portée sur les forces et les faiblesses de la gestion du stock et du processus de gestion des médicaments essentiels dans la zone sanitaire A/S.

Aux vues des observations faites et des analyses, les forces et faiblesses identifiées se présentent comme suit :

➤ **Point forts**

- ✓ Sélection faite sur la base de la liste nationale des médicaments essentiels au niveau du dépôt répartiteur
- ✓ Existence d'un budget médicament pour la zone ;
- ✓ Stock bien géré avec existence de fiche de stocks renseignés à chaque mouvement au niveau du dépôt répartiteur ;
- ✓ Centralisation des besoins formulés par les FS ;
- ✓ Présence d'un logiciel gestion au niveau du dépôt répartiteur ;
- ✓ Présence du suivi du niveau du stock (Présence d'un stock de sécurité) ;
- ✓ Existence d'un cahier de bon de commande ;
- ✓ Présence de base de calcul pour la détermination des quantités à commander à la CAME ;
- ✓ Existence de réfrigérateur pour les médicaments thermosmibles ;
- ✓ Présence de procédures organisant la gestion des médicaments dans la zone ;
- ✓ Une petite variation de la périodicité de commandes ;
- ✓ La disponibilité des données sur la consommation moyenne mensuelle des formations sanitaires.

➤ **Point à améliorer**

- ✓ Non vérification des produits lors de la réception par un comité ;
- ✓ Insuffisance de personnel au niveau du magasin ;
- ✓ Insécurité dans le stockage des produits (un même local sert de stockage et de distribution des produits pharmaceutiques) ;
- ✓ Rupture de stock (tous les produits ne sont pas disponibles à la CAME en temps réel) ;
- ✓ Insuffisance de formation du personnel en approvisionnement des médicaments dans les différentes FS car ils estiment mal leur demande ;
- ✓ Absence de moyen de transport dans les FS pour l'acquisition des médicaments.

2.3- Analyse de l'exactitude des enregistrements au niveau de la zone sanitaire A/S

L'exactitude des enregistrements passe par une disponibilité et une bonne tenue des fiches de stocks au niveau des dépôts répartiteurs. Le logiciel Excel nous a permis de faire l'analyse de ces aspects.

L'indicateur 1a (variation d'enregistrement des stocks)

L'indicateur 1a est de 94%, attestant une bonne exactitude du système d'enregistrement. Ce constat pourrait découler de la bonne formation du gestionnaire de dépôt répartiteur pour une meilleure maîtrise de l'approvisionnement et de la gestion des médicaments.

De même, la proportion de balance inférieure ou supérieure au compte physique (**indicateur 1b**) est de 8%.

Ceci pourrait s'expliquer par le remplissage automatique des fiches de stocks lors de la réception et de la livraison dans la zone sanitaire A/S.

Cette mise à jour régulière des outils de gestion des stocks permet ainsi de limiter les erreurs mathématiques et les erreurs de comptage.

L'indicateur 2 (pourcentage moyen de disponibilité)

La mesure de l'efficacité du système à maintenir une gamme de produits en stock est évaluée grâce au pourcentage de disponibilité des médicaments du panier. Cet indicateur est de 85% dans la zone sanitaire A/S. Ce résultat est comparable à celui de Nkunzimana en 1996 qui a trouvé un résultat de 70,2% dans les Formations Sanitaires et 70% dans la commune de Kpomassè au Bénin.

Ces résultats témoignent surtout le fait de rupture des stocks à la CAME et de la mauvaise quantification des médicaments dans les Formations Sanitaires.

L'indicateur 3 (pourcentage moyen de temps de rupture)

L'indicateur 2 est complété par le pourcentage moyen de temps de rupture correspondant à l'indicateur 3. Ce dernier, contrairement au pourcentage moyen de disponibilité qui étudie seulement le moment de l'évaluation, mesure la capacité d'un système de gestion de stock à maintenir une offre constante des médicaments essentiels durant toute la période étudiée. L'idéal pour cet indicateur est de n'avoir aucune rupture de stock pour tous les produits étudiés durant toute la période de l'évaluation (75 jours). C'est-à-dire qu'il faudrait qu'il n'y ait aucune rupture de stock d'aucun médicament contrôlé durant la période définie.

Le niveau de l'indicateur 3 est de 18% dans la zone sanitaire A/S. La zone n'est donc pas épargnée par les ruptures des produits.

Ainsi, dans le cadre d'évaluation du secteur pharmaceutique par l'OMS, la durée des ruptures était évaluée à 153 jours par an au Sénégal en 2003, et à 51,3 jours par an au Congo. (OMS, 2003).

Ainsi, il ressort de ces résultats que les ruptures de stocks des médicaments essentiels constituent un problème persistant pour les systèmes de gestion des stocks des dépôts de médicament. Il s'agit donc d'une difficulté qui mérite des actions concrètes pour mieux satisfaire les usagers et lutter contre les interruptions de traitement et d'éviter les ruptures récurrentes.

A-Vérification des hypothèses.

Dans cette partie, nous allons confirmer, infirmer ou nuancer nos hypothèses émises au chapitre 1

H1 : les résultats de l'étude ont révélé que le respect de chaque étape du processus d'approvisionnement des médicaments dans la zone sanitaire A/S (sélection qualitative et quantitative, acquisition-réception-inventaire, stockage et gestion de stock) est très important pour la bonne gestion des médicaments. Au terme de notre analyse on retient donc que :

- Les mauvaises sélections (qualitatives ou quantitatives) des médicaments essentiels dans la zone sanitaire A/S sont à l'origine des sur-stockages ou la rupture de ceci.
- Le manque de formation de personnel en approvisionnement des médicaments dans les formations sanitaires conduit au non disponibilité des médicaments dans leurs pharmacies.

Ainsi l'hypothèse 1 préalablement formulée est confirmée, ce qui nous amène à retenir comme cause réelle, le non-respect rigoureux de toutes les étapes du processus d'approvisionnement en médicament.

H2 : Les résultats révélés que la zone dispose de plusieurs outils de gestions qui lui permettent d'enregistrer systématiquement les mouvements des médicaments. Cela est constaté dans l'indicateur 1 qui montre un pourcentage de 94% d'enregistrement exact qui vient confirmer cette hypothèse.

H3 : Les analyses ont révélé les pourcentages ci-après :

- 85% de disponibilité des médicaments essentiels dans la zone sanitaire AS comme l'indique le graphe N°4.
- 18% du temps de rupture au cours de notre stage comme l'indique le tableau n°8

Par conséquent, l'analyse faite des réponses obtenues par rapport au niveau du stock reste incertaine, car on ne peut pas dire que le niveau de contrôle de stock pour assurer une meilleure disponibilité des médicaments est efficace ou non, compte tenu de 18% du temps de rupture. On peut donc conclure que notre hypothèse est nuancée.

De tout ce qui précède, on retient que sans médicament, il n'y a pas de performance des programmes de santé donc pas d'amélioration de la santé des populations. Cette situation peut entraîner alors une baisse de l'utilisation des structures de santé, un recours massif vers les marchés parallèles dont la qualité des produits est la plus douteuse. Ces dysfonctionnements pourraient découler de nombreux facteurs dont une insuffisance dans la gestion des médicaments et consommables liés entre autres à une gestion inadéquate des stocks, ou une mauvaise estimation des besoins.

B- Intérêts et limites de l'étude

B1- Intérêts de l'étude

Les intérêts de cette étude sont multiples. On pourrait en citer les plus importants à savoir : i- une meilleure compréhension des raisons à l'origine des ruptures des médicaments dans les pharmacies ; ii-la maîtrise du logiciel << **médistock**>> pour la gestion des médicaments ; iii-la maîtrise de l'enregistrement des mouvements de médicament dans les différents outils de gestion ; iv-une bonne collaboration avec le personnel de la zone sanitaire Abomey Calavi/ Sô- Ava.

B2- Limites de l'étude

- L'étude étant faite au niveau d'une seule zone sanitaire, (ZS/AS), la généralisation de ses résultats à d'autres zones est tributaire de leur similitude avec le cas étudié /volume des ressources gamme des produits utilisés, gamme des soins offerts...). Toutefois, en terme de circuit, les points à améliorer seraient pratiquement les mêmes dans toutes les zones sanitaires publiques si ce processus sont les mêmes. Et à cet effet il serait possible de généraliser sans trop de risques, les résultats de cette étude qui concernent le circuit des médicaments.
- La durée du stage et la période durant laquelle elle a été réalisée, limitent les résultats relatifs aux taux de couverture des médicaments, taux de rupture et la disponibilité des médicaments.
- Le circuit des médicaments ne peut pas reproduire toujours les mêmes résultats si on injecte toujours les même ressources et par conséquent , le taux de couverture calculé qui a permis de déterminer la disponibilité assurée par le système d'approvisionnement, serait peut-être meilleur ou pire si l'étude a été faite à un autre moment ou sur une durée beaucoup plus longue. L'enquête qui a permis de déterminer les taux de couverture des besoins est à considérer donc, comme une enquête ponctuelle.

C- Recommandations

Au terme de notre, étude nous formulons les suggestions suivantes pour améliorer la disponibilité des médicaments dans la zone sanitaire AS.

❖ Au ministère de la santé et de la fonction publique

- ✓ Alléger les charges salariales de l'hôpital par le recrutement de plus d'agent à la fonction publique, permettant à la zone de consacrer les recettes au renouvellement des stocks des médicaments ;
- ✓ Instaurer une prime de bonne gestion basée sur la disponibilité des produits et le temps de rupture des stocks de médicaments et consommables médicaux dans la zone sanitaire ;
- ✓ Prévoir un module sur la gestion des produits pharmaceutiques au niveau des facultés de médecine et de la pharmacie et des instituts de formation aux carrières de santé ;

❖ Au niveau de la zone sanitaire : dépôt répartiteur

- ✓ Faire un plaidoyer auprès du ministère de la santé pour l'organisation de formation en gestion des médicaments et consommables ;
- ✓ Doter les formations sanitaires d'un équipement adéquat (logiciel pour la gestion de stock) ;
- ✓ Fidéliser les fournisseurs par le paiement des factures à temps, pour éviter la lenteur dans la livraison ;
- ✓ Organiser des rencontres périodiques avec tous les acteurs impliqués dans la gestion des médicaments et autres consommables médicaux ;
- ✓ Augmenter le personnel au niveau du magasin du dépôt répartiteur ;
- ✓ Distribuer les produits pharmaceutiques aux services hospitaliers selon un planning de livraison préétabli et diffusé aux différents services ;
- ✓ Faire des supervisions périodiques dans les formations sanitaires.

❖ Au niveau de la formation sanitaire

- ✓ Renforcer l'équipe de la pharmacie par l'affectation de nouveaux personnels;
- ✓ Collecter et analyser mensuellement les rapports sur la consommation des médicaments au niveau des services utilisateurs pour mieux quantifier les besoins et mieux gérer les prévisions ;
- ✓ Utiliser les notions de gestion telles que le stock disponible utilisable, le stock maximum, le seuil de commande, le mois de stock disponible pour le suivi des stocks ;
- ✓ Utiliser les méthodes de quantification les plus appropriées pour l'expression des besoins.

- ✓ Faire un inventaire périodique pour savoir la situation du stock ;
- ✓ Mettre plus de rigueur dans le suivi de la traçabilité des médicaments et consommables utilisés ;
- ✓ Echanger les expériences avec les autres pharmaciens hospitaliers ;
- ✓ Evaluer les consommations réelles des produits à la fin de chaque mois ;
- ✓ Faire parvenir régulièrement les rapports sur les consommations à la zone sanitaire.

CONCLUSION

Afin d'améliorer la santé de la population, une bonne disponibilité et une bonne accessibilité des médicaments sont des éléments indispensables de tout système de santé. Cette disponibilité exige un système bien coordonné de la gestion des médicaments qui passe par une sélection, une quantification, une gestion de stock, une distribution et une utilisation rationnelle des médicaments.

Ce travail a eu pour but de contribuer à l'amélioration des pratiques de gestion des médicaments dans la Zone Sanitaire Abomey Calavi/Sô-Ava. La démarche méthodologique consiste d'une part à décrire et d'autre part à analyser le circuit d'approvisionnement des médicaments au niveau du dépôt répartiteur.

L'analyse du processus de gestion des médicaments dans la zone sanitaire Abomey calavi/ Sô-Ava, nous a permis d'identifier assez de points forts notamment la réception et la vérification des produits. Toutefois un certain nombre d'éléments peuvent être améliorés notamment l'expression des besoins, la formation du personnel sur la gestion des médicaments afin d'assurer une disponibilité de ce produit.

Par ailleurs, au terme de l'évaluation des pratiques de gestion et d'enregistrement des médicaments et consommables médicaux, les indicateurs suivants ont permis de juger des pratiques de gestion et d'enregistrement :

- 94% d'enregistrement de stock exact
- 85% des produits disponibles
- 18% de temps moyen de rupture de stock

Le système d'enregistrement des produits est assez convenable, par contre le système de temps moyen de rupture n'est pas totalement efficace (avec 18% trop élevé).

Ainsi, pour améliorer la gestion des médicaments dans la ZS-A/S, nous avons proposé une série d'approche de solution en accord avec le constat. Elle s'articule autour de la formation sur les paramètres de gestion, suivis réguliers des activités de la gestion des médicaments. L'objectif général est d'atteindre 100% de disponibilité des médicaments les plus utilisés dans la zone.

L'implication effective de tous les acteurs intervenant dans la gestion et l'utilisation des médicaments, et autres consommables, apporteront une amélioration à la gestion.

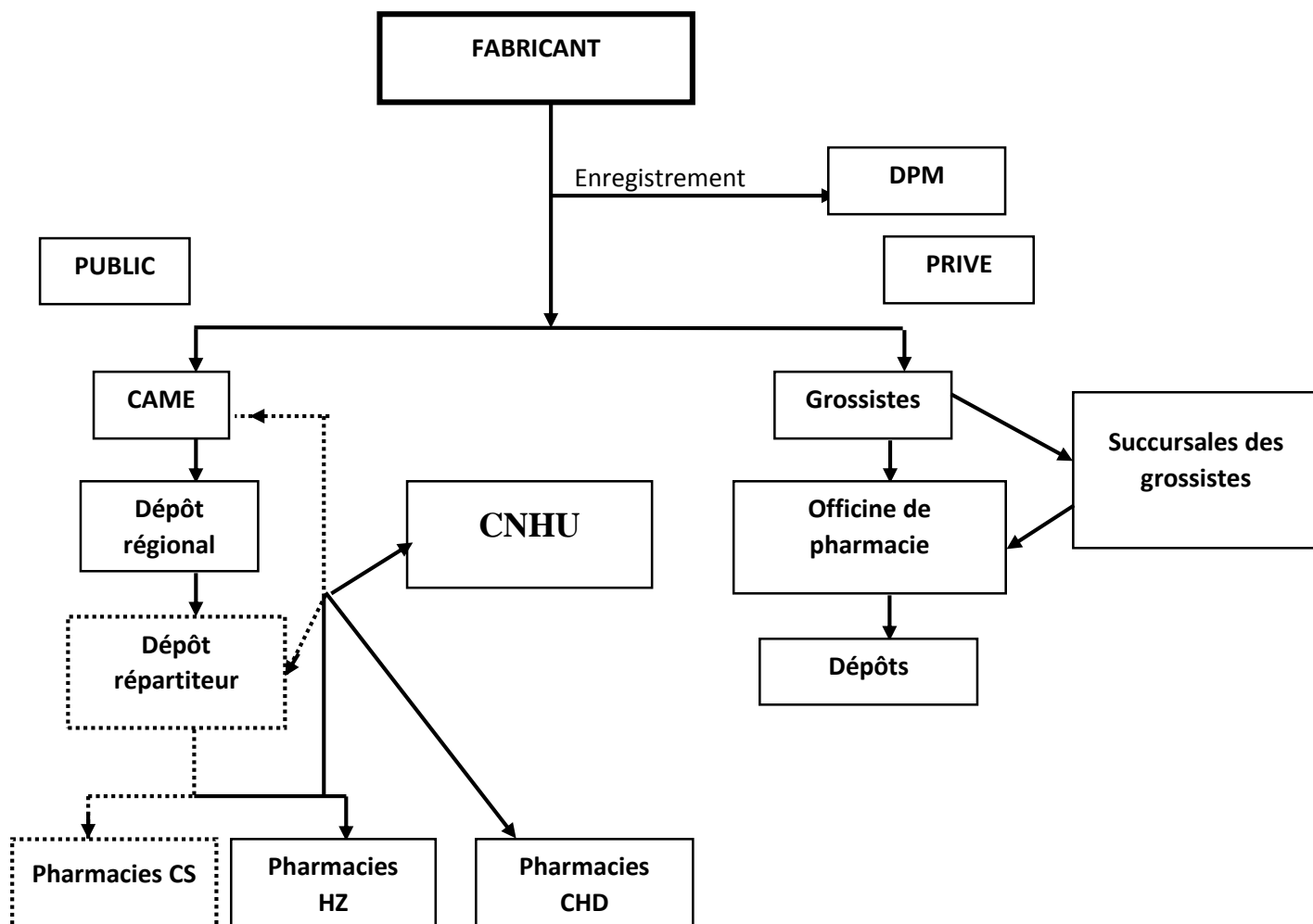
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Abecassis P. et Cautnet N.** (2015), « Médicaments génériques ; *pivot de la reconstruction de l'industrie pharmaceutique* » Revue de la régulation (17) <http://www.regulation.revue.org/11063>
2. Annuaire statistique de la zone sanitaire Abomey-Calavi Sô-Ava (2015). Arrêté 2007 N°1801/MS/DC/SGM/CTJ/DMP/SA ; portant attribution organisation et fonctionnement de la direction des pharmacies et du médicament.
3. **Audibert M. & Roodenbeke E.** (2005), Banque Mondiale, région Afrique, utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : *Analyse de la situation et perspectives* ; 68 p
4. **Balard M.** (1995), les exportations françaises de produits pharmaceutiques des principaux pays producteurs. Circulaire no 95-0358, du 22/05/1995
5. **Banay T., Thibaut S. et Ventelou B.** (2010), les entreprises du médicament (LEEM), stimuler les dépenses des médicaments remboursable en ville à l'horizon 2029 : *impact du vieillissement et de la mobilité* 2 p.
6. Benin consulting group (2014) "Analyse de l'allocation budgétaire entre régions" *projet de renforcement de la performance du système de santé.*
7. Bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique : Lutter contre la corruption dans la réglementation et l'offre de médicaments, OMS, mars 2008.
8. Bonne gouvernance dans les pratiques pharmaceutiques : Promotion de la transparence dans la réglementation et l'acquisition des médicaments, OMS 2007.
9. **Briggs Jane, Gabra Michael et Ickx Paul** (2002) ; Evaluation de la gestion des médicaments pour la maladie de l'enfant au Sénégal. USAID/ Programme de gestion rationnelle des produits pharmaceutique en plus, Arlington.VA : *Management science for Health.*
10. **Buisson J.P et Giorgi D.** (1997), la politique du médicament.
11. **DE SOLERE Marie** (Décembre 2012) ; Accessibilité aux médicaments en Afrique de Ouest : problématique de la prise en charge des médicaments périmés dans le secteur pharmaceutique public : *Etude de cas par PSF37 au Bénin*, Thèse doctorat.
12. **Léon K., Prosper A., Alfred D. et Pascal coffi H.** (2009) ; Mesure de la transparence pour améliorer la bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique public au Bénin
13. Guide d'analyse économique du circuit du médicament
14. Historique de la politique du médicament en France (Mise à jour en mars 2016) <http://www.irdes.fr>
15. **Jonathan D. Quick et coll.** (1985), Bien gérer les médicaments ; *Quantification des besoins en médicaments*

16. **Langlet M.** (2006), Un marché aux contours flous ; le journal du SIDA;191:13 -5
17. **Millot G.** (2006), politique nationale. Le médicament essentiel en Afrique pour une vision globale Med Trop ; 66 :558-564
18. **Moore C.** (1994), Evaluation de partenariat au projet de gestion de la logistique de planification familiale au Mali, Bamako : 52 p <http://www.remed.org>
19. **Mushugalua S.** (Décembre 2005), étude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la zone Kadutu, province du sud Kivu-RD Congon université de Kinshasa/ESP/DES en économie de la santé : 71p <http://www.remed.org>.
20. **Nkhogho P., Grégoire P., Maisan J. et Gaudet M.** (2006), les déterminants de la prescription des médicaments essentiels génériques dans les soins de santé primaires au Gabon <http://www.remed.org>.
21. **Nkunzimana C.** (1996), Disponibilité des médicaments essentiels sous noms génériques dans les formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif du département de l'atlantique (Bénin), Cotonou ; Mémoire N°108/IRSP : 66 <http://www.ordi.org>
22. **OMS** (2007), Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques : *Donner un soutien au pays pour réduire le manque d'accès aux médicaments*. Rapport annuel 2007 p20
23. **OMD** (2012) , Rapport de suivi au Bénin
24. **OMS** (2002), Perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments, *la sélection des médicaments essentiels*
25. **OMS.** (2000), L'utilisation des médicaments essentiels - Neuvième rapport du Comité OMS d'experts. <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js5510f/4.html>.
26. **OMS.** Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels-17e liste -Révision mars 2011. 2011. <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>.
27. Pharmacie sans frontières PSF (2004), Module III gestion des médicaments.
28. Principes opérationnels de bonnes pratiques pour les achats des produits pharmaceutique, OMS/EDM/PAR/99.5, UNICEF, UNFPA, BM, 1999.
29. Rapport auto-évaluation 2014 de la ZS/AS
30. Services Availability and Readiness (SARA). (Cotonou, juin 2013), rapport d'enquête sur les services de santé.
31. **Somda C.** (2006), Evaluation du système logistique de gestion des médicaments essentiels génériques dans la Commune de Kpomassè (Bénin). Mémoire N°413/IRSP/Maîtrise en santé publique 71 p. 7
32. **Valéry Ridde** (2004) ; l'initiative de Bamako, 15ans après : *un agenda inachevé*.

ANNEXES

ANNEXE N°1 : Organisation du circuit de distribution des produits pharmaceutiques au Bénin



Organisation du circuit de distribution des produits pharmaceutiques au Bénin

Source : DPM

ANNEXE N°2 : Guide d'entretien

A-Guide d'entretien avec les personnels du dépôt répartiteur

Département :.....

Zone sanitaire :.....

I Sélection

1-Disposez- vous de la liste Nationale des Médicaments Essentiels ?

2-Utilisez-vous la LNME pour les commandes de médicaments ?

3-Quel service participe-t-il à l'établissement des besoins en médicaments essentiels ?

4-Quelle est la méthode utilisée pour la quantification de vos besoins des médicaments ?

5-Comment se fait la sélection des médicaments à commander ?

6-Est-ce que vous participez à la révision de la nomenclature ?

7-La zone dispose- t-elle d'un budget médicaments ? Si oui quelle est la proportion du budget alloué par rapport au budget général de la zone ?

II Commande

1-Existe-t-il des supports standards de commande des médicaments ?

2-Ces supports sont-ils utilisés ?

3-Quels sont les produits les plus commandés?

4-Qui détermine les quantités à commander ?

5-Quelle est la périodicité des commandes ?

6-Combien de commandes d'urgence vous avez passé depuis le début de l'année ?

7-Quels sont vos fournisseurs en médicaments essentiels en dehors de la CAME ?

III Réception

1-Quelle est la méthode d'acquisition qui a été utilisé pour l'acquisition des médicaments ?

2-Qui réceptionne la commande ?

3-Vous arrive-t-il de constater la différence entre ce qui est mentionné sur le bon de commande et ce qui est livré par le fournisseur ?

4-Est-ce-que vous enregistrez les produits reçus sur les supports de gestion ?

5-Comment qualifiez-vous vos relations avec vos fournisseurs ?

6-Quelle est la durée entre la commande et la réception des médicaments ?

IV Stockage

1-Utilisez- vous des supports de gestion de stock ?

2-Quels sont les outils de gestion utilisés à votre niveau ?

3-Quelle est la fréquence de vérification des armoires au dépôt, notamment les dates de péremption et des stocks minimaux et maximaux ?

4-Au cours du stockage quelles sont les mesures prises pour s'assurer de la qualité des produits ?

V Gestion des stocks

1-Quels sont vos critères pour déterminer l'ordre de livraison des médicaments aux différentes formations sanitaires ?

2-Quelle est la durée entre la commande et la livraison ?

3-Existe-t-il un chariot d'urgence ?

4-L'alimentation du chariot se fait comment ?

VII Contrôle et suivi

1-Les supervisions reçues ont-elles abordé la gestion des médicaments aux différentes formations sanitaires ?

2-Si oui, leurs constats et appréciations

3-Existe-t-il un suivi et un contrôle de ces stocks par le pharmacien ?

4-Pouvez-vous nous décrire le processus mis en place dans la zone pour l'approvisionnement des médicaments ?

5-En tant que acteur central pouvez –vous nous identifier les problèmes de dysfonctionnement relatif à la gestion des médicaments

6-Quelle suggestion faite vous pour rendre plus efficace la gestion des médicaments ?

7-Avez- vous quelque chose à ajouter qui n'as pas été abordé au cours de cet entretien ?

B- Guide d'entretien avec les patients

1-Tous les médicaments prescrits par le médecin sont-ils disponibles à la pharmacie centrale ?

2-Le coût des médicaments est –il à vos portés ?

3-Comment se fait le paiement des médicaments ?

4-La pharmacie de l'hôpital vous satisfait-elle à 100% ?

5-Si non qu'est ce qui peut en être à la base ?

6-Dans vos produits pharmaceutiques achetés remarquez-vous des produits périmés ? Si oui à quel degré ?

7-Quelle suggestion faite vous pour rendre plus efficace la disponibilité des médicaments dans les pharmacies ?

8-Avez- vous quelques choses à ajouter qui n'as pas été abordé au cours de cet entretien ?

ANNEXE N°3 : Grille d'observation

A-Grille d'observation du stock

Description	Oui	Non	Commentaires
Les produits sont disposés de telle manière que les étiquettes d'identification sont visibles			
Les produits sont stockés selon PPPS			
Les produits sont à l'abri de la chaleur			
Les produits sont à l'abri de la lumière directe du soleil et en toute saison			
Les produits endommagés et périmés sont-ils séparés des bons produits			
Existence d'une chaîne de froid			
Le toit est en bon état pour éviter la pénétration de la lumière et de l'eau			
L'espace et l'organisation sont suffisants pour permettre une bonne exécution des tâches			
Les produits sont rangés à 10cm au moins au-dessous du sol			
Le matériel anti- incendie est disponible et accessible (tout article de lutte contre le feu compris)			

B-Grille d'observation des outils du stock

Description	Oui	Non	Commentaires
Utilisation de fiches de stock			
Bordereau de livraison			
Facture client			
Utilisation de la main courante			
Utilisation de bon de commandes			
Utilisation de fiche d'inventaire			

ANNEXE N°5 : Fiche d'inventaire

Formation sanitaire : _____

Année : _____

Date début de la période : _____

Date fin de la période : _____

N°	DCI - FORME	Dosa ge	Condi on- nement (vrac ou blister)	Prix Unit. CAM E * (1)	Prix de cessi on (2)	Stock dernier inventaire (3)	Achat s penda nt la période (4)	Dotation périphéri que (5)	Cumul des sorties journaliè res = Total CM période (6)	Avari es ou Périm és (7)	Stock théoriqu e disponi ble (8)	Stock Invent aire fin de période (9)	Ecart (10) = (9) - (8)	Valeur stock (11) = (9) x (1)	Montan t des écarts prix cessio n CS (12) = (10) x (2)	Montan t recette s théoriqu es (13) (6) x (2)
1											-		-	-	-	-
2											-		-	-	-	-
3											-		-	-	-	-
4											-		-	-	-	-
5											-		-	-	-	-
6											-		-	-	-	-
7											-		-	-	-	-



ANNEXE N°6 : Grille tarifaire des médicaments

République du Bénin

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

DIRECTION DEPARTMENTALE DE LA SANTE

DE L'ATLANTIQUE ET DU LITTORAL

ZONE SANITAIRE ABOMEY CALAVI SÔ AVA

BUREAU DE ZONE ABOMEY CALAVI

Abomey-Calavi le 12 /01/16

GRILLE TARIFAIRE DES MEDICAMENTS, CONSOMMABLES ET OUTILS DE GESTION

N°	PRODUITS	P.U. CAME	P.U. ZONE	Prix de cession malade (FS)
I- Voie Orale:				
1	AAS 100 mg cp blister	2	2,2	3,3
2	AAS 100 mg cp Pharmaquick blister	2	2,2	3,3
3	AAS 100 mg cp vrac	0,75	0,8	1,2375
4	AAS 500 mg Cp, blister	3	3,3	4,95
5	AAS 500 mg Cp, Vrac	2,2	2,4	3,63

6	Acide folique 5mg, cp blister	5	5,5	8,25
7	Acide folique 5mg, cp vrac	1	1,1	1,65
8	Albendazole 400mg cp blister	20	22,0	33
9	Albendazole Bendex	195	214,5	321,75
10	Albendazole susp Buv fl/10ml	290	319,0	478,5
11	Amoxicilline 500 mg cp blister	20,5	22,6	33,825
12	Amoxicilline 125 mg susp buv	230	253,0	379,5
13	Amoxicilline 250 mg susp buv	350	385,0	577,5
14	Amoxicilline 500 mg cp vrac	23	25,3	37,95
15	ASAQ 100mg/270mg blister de 3	300	330,0	495
16	ASAQ 200mg/270mg blister de 6	400	440,0	660
17	ASAQ 25mg/67,5mg blister de 3	100	110,0	165
18	Bisacodyl 5 mg cp blister	3	3,3	4,95
19	Bisacodyl 5 mg cp Vrac	2	2,2	3,3
20	Butyl-scopolamine 10 mg cp blister	40	44,0	66
21	Cimétidine 200mg blister	4	4,4	6,6
22	Ciprofloxacine 500 MG, cp blister	25	27,5	41,25

23	Cloxacilline 250 mg cp blister	16	17,6	26,4
24	Cloxacilline 250 mg cp vrac	15	16,5	24,75
25	Cotrimoxazole 240 MG susp buv	350	385,0	577,5
26	Cotrimoxazole 400- 80 MG cp blister	9	9,9	14,85
27	CTA Plaquette de 12	200	220,0	330
28	CTA Plaquette de 18	300	330,0	495
29	CTA Plaquette de 24	400	440,0	660
30	CTA Plaquette de 6	100	110,0	165
31	Diazépam 5 mg cp blister	3	3,3	4,95
32	Diazépam 5 mg cp vrac	2	2,2	3,3
33	Diclofénac cp blister	4,5	5,0	7,425
34	Digoxine cp 0,25 mg	7	7,7	11,55
35	Dihydralazine 25 mg - cp	8,1	8,9	13,365
36	Doxycycline 100 mg, cp	6	6,6	9,9
37	Doxycycline 100 mg, cp blister	6	6,6	9,9
38	Erythromycine cp 250 mg blister	25,5	28,1	42,075
39	Erythromycine cp 250 mg vrac	14,5	16,0	23,925
40	Fer Fumarate 200 mg cp	1,5	1,7	2,475
41	Fer Fumarate 200 mg cp blister	3	3,3	4,95

42	Fer SIROP +Vit B12	450	495,0	742,5
43	Griséofulvine cp 250 mg Blister	15	16,5	24,75
44	Hydrochlorotiazide 50 mg cp Blister	4	4,4	6,6
45	Hydrochlorotiazide 50 mg cp vrac	2	2,2	3,3
46	Hydroxyde d'aluminium 400mg	3,55	3,9	5,8575
47	Ibuprofène + Paracétamol 400 MG Sirop	630	693,0	1039,5
48	Ibuprofène 400 MG, cp blister	6,85	7,5	11,3025
49	Ibuprofène 400 MG, cp Vrac	3,5	3,9	5,775
50	Indométacine 25 MG, cp blister	1,58	1,7	2,607
51	Mébendazole 100 MG, cp blister	5,3	5,8	8,745
52	Mébendazole 100 MG, cp Vrac	2,5	2,8	4,125
53	Mébendazole 500 MG, cp blister	22	24,2	36,3
54	Mébendazole sol buv	180	198,0	297
55	Méthylidopa 250 cp vrac	12	13,2	19,8
56	Méthylidopa Blister	17,5	19,3	28,875
57	Metoclopramide 10 mg cp blister	12	13,2	19,8
58	Metoclopramide 10mg cp Vrac	1	1,1	1,65
59	Métronidazole, cp blister vaginal	13,2	14,5	21,78

60	Métronidazole 250 MG, cp blister	4	4,4	6,6
61	Métronidazole 250 MG, cp vrac	3,5	3,9	5,775
62	Métronidazole suspension buv	420	462,0	693
63	Microgynon	80	88	132
64	Microlut	80	88	132
65	Multivitamine cp blister	3,5	3,9	5,775
66	Multivitamine cp vrac	3	3,3	4,95
67	Multivitamine sirop	350	385,0	577,5
68	Noscapine 15 mg, cp vrac	12	13,2	19,8
69	Noscapine blister	16	17,6	26,4
70	Nystatine blister 500000UI	17	18,7	28,05
71	Nystatine Cp vaginal	11	12,1	18,15
72	Nystatine vrac 500000UI	17	18,7	28,05
73	Orasel+ Zinc ou SRO	360	396	594
74	Paracétamol 500 MG cp blister	4	4,4	6,6
75	Paracétamol 500 MG cp vrac	3,5	3,9	5,775
76	Paracétamol C blister Plaquette de 4	225	247,5	371,25
77	Paracétamol effervescent	26,5	29,2	43,725
78	Paracétamol sirop 125ml	215	236,5	354,75

79	Phénobarbital 50mg blister	3,5	3,9	5,775
80	Phénoxymét. /Péni V 250 mg cp	7,5	8,3	12,375
81	Phénoxymét. /Péni V 250 mg cp blister	15	16,5	24,75
82	Prométhazine 25 mg cp blister	2	2,2	3,3
83	Quinine sulphate 100 mg cp blister	11,5	12,7	18,975
84	Quinine sulphate 100 mg cp vrac	9	9,9	14,85
85	Quinine sulphate 300 Blister	30	33,0	49,5
86	Quinine sulphate 300 mg cp vrac	26,34	29,0	43,461
87	Salbutamol Sulfate 4 mg cp	1	1,1	1,65
88	Salbutamol Sulfate Blister	1,9	2,1	3,135
89	Sirop Armand de Bromume fl/100ml	1050	1 155,0	1732,5
90	Spasmo Apotel cp	1025	1 127,5	1691,25
91	Spasmo Apotel Sup	1025	1 127,5	1691,25
92	Spiruline 500mg cp			
93	Sulfadoxine Blister de 3 cp	0	0,0	0
94	TDR	0	0,0	0
II- Voie Injectable:				
1	Acide ascorbique inj 500 mg	30	33,0	49,5
2	Aminophylline 25 mg inj 10 ml	65	71,5	107,25
3	Ampicilline 1 G inj fl	130	143,0	214,5

4	Ampicilline 500 mg inj fl	65	71,5	107,25
5	Aspégic 1 g inj	625	687,5	1031,25
6	Benzathine pénicilline 2,4 MUI	125	137,5	206,25
7	Betaméthazone phosphate (Célestène) 4mg inj	700	770,0	1155
8	Butyl-scopolamine 10mg/ml inj, amp/2ml	100	110,0	165
9	Ceftriazone Amp 1 g	770	847,0	1270,5
10	Chlorure de potassium inj	45	49,5	74,25
11	Chlorure de sodium 0,9%	400	440,0	660
12	Chlorure de sodium 10% INJ	30	33,0	49,5
13	Ciprofloxacine 100ml inj	545	599,5	899,25
14	Dexaméthazone 4 ml / 1 ML 1 bte de 100	700	770,0	1155
15	Dextran 70 % 500 ml	2700	2 970,0	4455
16	Diazepam 5 mg/ml inject, Amp 2 ml	80	88,0	132
17	Diclofénac injectables	700	770,0	1155
18	Eau PPI Amp 5 ml	25	27,5	41,25
19	Ergométrine maléate 0,5mg inj	80	88,0	132
20	Furosémide 10 mg/ML INJ AMP 2 ML	35	38,5	57,75

21	Gélatine 4% sol per 500ml	2970	3 267,0	4900,5
22	Gentamicine 40 MG/ml inject-Amp 2 ml	75	82,5	123,75
23	Gluconate de calcium	40	44,0	66
24	Glucose 10 % injectable FL 250 ml	315	346,5	519,75
25	Glucose 10 % injectable FL 500 ml	460	506,0	759
26	Glucose 5 % injectable FL 250 ml	300	330,0	495
27	Glucose 5 % injectable FL 500 ml	430	473,0	709,5
28	Lactate de Sodium Compose, 500 ml	440	484,0	726
29	Métamizole sodium 100mg inj amp 2ml	50	55,0	82,5
30	Metoclopramide 500 mg/ML	40	44,0	66
31	Métronidazole 500 mg/100 ml inj, 100 ml	320	352,0	528
32	Noristérat inj plaquette	400	440,0	660
33	Ocytocine 10UI AMP 1ML	45	49,5	74,25
34	Paracétamol 1 g Sol perf / 100 ml	1150	1 265,0	1897,5
35	Paracétamol Spasmo inj 60 mg	2704,9	2 975,4	4463,085

36	Phénobarbital 40mg/ml inject Amp 1ml	45	49,5	74,25
37	Prométhazine 25mg/ml inject amp 2ml	50	55,0	82,5
38	Quinine 300 mg/ ml inject Ampoule 1 ml	85	93,5	140,25
39	Quinine 600 mg/ ml inject Ampoule	110	121,0	181,5
40	Salbutamol inj	27	29,7	44,55
41	SAT	700	770,0	1155
42	Sérum Bicarbonaté	500	550,0	825
43	Vitamine B complexe, inj, - amp 10 ml	55	60,5	90,75
44	Vitamine B complexe, inj, - amp 2 ml	25	27,5	41,25
45	Vitamine k1 10 mg/ml inject 1 ml	35	38,5	57,75
46	Vitamine k1 10 mg/ml inject 1 ml bte de 3	2150	2 365,0	3547,5
III - VOIE EXTERNE				
1	Alcool éthylique 95°, litre	1000	1 100,0	1650
2	Cétrimide chlorexidine 15% Bidon de 5l	3215	3 536,5	5304,75
3	Collier du cycle	400	440,0	660
4	Condom féminin	25	27,5	41,25
5	DIU	380	418,0	627
6	Gentamicine collyre	500	550,0	825
7	Jadel	400	450,0	675

8	Magnésium Sulfate 10 mg 15% inj	220	242,0	363
9	Métronidazole 500 mg, cp Vaginal blister	12	13,2	19,8
10	Métronidazole 500 mg, cp Vaginal Vrac	12	13,2	19,8
11	Miconazole Crème	350	385,0	577,5
12	Néomycine Pomade+Bacitracine 500 mg/5G PDE TUBE 15 g	400	440,0	660
13	Permanganate de potassium 0,5 G cp	9	9,9	14,85
14	Préservatif	10	15,0	20
IV - MATERIELS CONSOMMABLES ET OUTILS DE GESTION				
1	Aiguille epicranienne 21G UU	25	27,5	41,25
2	Appareil à tension à tri sangle	98182	108 000,2	162000,3
3	Bande de gaze hydrophile 17fils	12000	13 200,0	19800
4	Bande de gaze non stérile 10 cm X 5m	60	66,0	99
5	Bande de gaze non stérile 5cm X 5m	80	88,0	132
6	Bande de gaze non stérile 7,5 cm X 5m	70	77,0	115,5
7	Bande élastique 10cm X 5 m	115	126,5	189,75
8	Carnet de santé	50	55,0	100
9	Carnet de soins	50	55,0	100
10	Carte de Planning Familial	50	55,0	
11	Carte infantile fille	100	110,0	165

12	Carte infantile garçon	100	110,0	165
13	Carte maternelle	50	55,0	100
14	Cathéter court 18 G unité	200	220,0	330
15	Cathéter court 20 G unité	200	220,0	330
16	Cathéter court 22 G unité	200	220,0	330
17	Cathéter court 24 G unité	200	220,0	330
18	Coton hydrophile non stérile 100 g	270	297,0	445,5
19	Coton hydrophile non stérile 500 g	1650	1 815,0	2722,5
20	Eau de javel litre	960	1 056,0	1584
21	Fiche de naissance	2272,7273	3 000,0	
22	Fiche de stock	50	55,0	
23	Gant de révision utérine bte / 100	7500	8 250,0	12375
24	Gants chirurgie latex réutilisable-paire N°7	110	121,0	181,5
25	Gants chirurgie latex réutilisable-paire N°7,5	2275	121,0	181,5
26	Gants chirurgie latex réutilisable-paire N°8	117,73	129,5	194,2545
27	Gants examen latex non stérile Moyen boîte de 100	2275	2 502,5	3753,75
28	Lidocaïne inj 2%	165	181,5	272,25
29	Livre de caisse dépense	4500	5 000,0	
30	Livre de caisse recette	4500	5 000,0	

31	ordonnancier	750	1 000,0	
32	Perfuseur Stérile UU	110	121,0	181,5
33	Poche de prélèvement de Sang	2000	2 200,0	3300
34	Polyvidone iodée 10% sol fl 200ml	630	693,0	1039,5
35	Polyvidone iodée 10% sol fl 500ml	1 260	1 386,0	2079
36	Quittancier	800	1 000,0	
37	Registre C6	1500	2 000,0	
38	Registre C7	1500	2 000,0	
39	Registre de soins curatif	3428	3 500,0	
40	registre MIILD	3000	3 300,0	
41	Registre PCIME	4500	5 000,0	
42	Registre SMI	1500	2 000,0	
43	REMECOM	2250	2 500,0	
44	Sachet minigrip bte 100	230	253,0	379,5
45	Seringue Stérile Luer 10 ml UU unité	75	82,5	123,75
46	Seringue Stérile Luer 5 ml UU unité	45	49,5	74,25
47	SIGL ILP	1500	2 000,0	
48	SIGL PF	1500	2 000,0	
49	Sonde vésicale	135	148,5	222,75
50	Sparadrap 10cm X 5m	1600	1 760,0	2640
51	Sparadrap 18cm X 5m	2805	3 085,5	4628,25
52	Thermomètre médical rectal	135	148,5	222,75

53	Vaccin anti venimeux	28000	30 800,0	46200
54	Vicryl Dec 0	1925	2 117,5	3176,25
55	Vicryl N°1	1940	2 134,0	3201
56	Vicryl N°2	1925	2 117,5	3176,25

Table des matières

AVERTISSEMENT.....	i
DEDICACE 1	ii
DEDICACE 2	iii
REMERCIEMENTS.....	iv
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES GRAPHERS.....	viii
RESUME	ix
ABSTRACT.....	x
SOMMAIRE.....	xi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : Cadre institutionnel du stage et objectif de l'étude.....	3
Section 1 : Cadre institutionnel du stage.....	4
1.1-Présentation de la zone sanitaire Abomey-calavi/ Sô-Ava	4
1.1.1- Situation démographique et géographique	4
1.1.2- Données administratives.....	4
1.2-Description de la zone sanitaire Abomey-Calavi/ Sô-Ava.....	5
1.2.1- Organisation de l'administration territoriale	5
1.2.2-Missions de la zone sanitaire Abomey-Calavi/ Sô-Ava	6
1.2.3- Organisation du système de santé et gestion de la ZS/AS.....	7
1.2.4-Description de gestion de dépôt répartiteur de la zone sanitaire A/S.....	10
Section 2 : Problématique et Objectifs.....	14
2.1- Problématique.....	14
2.2- Objectifs de l'étude	15
2.2.1- Objectif général	15

2.2.2-Objectifs spécifiques.....	16
2.3- Hypothèses	16
CHAPITRE II : Revue de la littérature et méthodologie de recherche.....	17
Section 1 : Revue de la littérature	18
1.1-Revue théorique.....	18
1.2- Revue empirique	20
1.2.1- La situation des médicaments dans le monde.....	20
1.2.2- Gouvernance du sous-secteur pharmaceutique dans le monde	21
1.2.3- Disponibilité des médicaments	22
Section 2 : Méthodologie de recherche	25
2.1- Cadre de référence.....	25
2-2- Type de l'étude	26
2-2-1- Cibles de l'étude	26
2-2-2- Méthodes d'échantillonnage	26
2-2-3- Techniques de collecte des données	26
2-2-4 Les outils utilisés	27
2-3-Méthode d'analyse des données.....	27
CHAPITRE III : Présentation et analyse des résultats.....	28
Section 1: Présentation des résultats	29
1.1-Politique pharmaceutique nationale et régulation	29
1.1.1-Politique pharmaceutique nationale.....	29
1.1.2- Régulation.....	31
1.2- Budget du médicament dans la zone sanitaire A/S	32
1.3- Circuit d'approvisionnement des médicaments dans la zone sanitaire A/S.....	33
1.3.1- Sélection des médicaments	34
1.3.2- Acquisition-Réception et inventaire	41
1.3.3- Stockage et gestion de stock.....	44

1.3.4- Distribution.....	47
1.4-Les modes de paiement des médicaments.....	49
1.5-L'exactitude des enregistrements au niveau de la zone.	51
Section 2 : Analyse des résultats.....	53
2.1- Analyse du financement et le mode de paiement des médicaments essentiels dans la zone sanitaire A/S.	53
2.2- Analyse du processus de gestion des médicaments essentiels dans la zone sanitaire A/S.	53
2.3- Analyse de l'exactitude des enregistrements au niveau de la zone sanitaire A/S.....	54
A-Vérification des hypothèses.....	56
B- Intérêts et limites de l'étude.....	57
B1- Intérêts de l'étude.....	57
B2- Limites de l'étude	57
C- Recommandations	58
CONCLUSION.....	60
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	61
ANNEXES.....	I
ANNEXE N°1 : Organisation du circuit de distribution des produits pharmaceutiques au Bénin	II
ANNEXE N°2 : Guide d'entretien.....	III
ANNEXE N°3 : Grille d'observation	VI
ANNEXE N°4 : Fiche de stock.....	VII
ANNEXE N°5 : Fiche d'inventaire.....	VIII
ANNEXE N°6 : Grille tarifaire des médicaments	IX
Table des matières.....	XXII