

BURKINA FASO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(FSS)

Burkina Faso

Unité – Progrès – Justice

Année universitaire 1999-2000

Thèse n°5

**EVALUATION DES PRESTATIONS DES
GERANTS DES DEPOTS DE MEDICAMENTS
ESSENTIELS GENERIQUES DE LA REGION
SANITAIRE DE BOBO - DIOULASSO**

Thèse

*Présentée et soutenue publiquement le 26 Janvier 2000
pour l'obtention du GRADE de DOCTEUR EN PHARMACIE
(diplôme d'Etat)*

par

SANGARE KARIM

Né le 12 Novembre 1970 à Baré (Burkina Faso)

Jury

Président : Professeur Innocent P. GUISSOU

Membres :

- ***Professeur Alphonse SAWADOGO***
- ***Docteur Abdoulaye TRAORE***
- ***Docteur Jean – Baptiste NIKIEMA***

Directeur de thèse

Professeur Ag. Blaise SONDO

Co-directeur

Docteur Abdoulaye TRAORE

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Faculté des Sciences de la Santé
(F.S.S.)

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen	Pr. Robert B. SOUDRE
Vice-Doyen Chargé des Affaires Académiques (VDA)	Pr. I. Pierre GUISSOU
Vice-Doyen à la Recherche et à la vulgarisation (VDR)	Pr. Ag. Jean KABORE
Directeur de la Section Pharmacie	Pr. I. Pierre GUISSOU
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr OUEDRAOGO / Rasmata TRAORE
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr. Amadou SANOU
Secrétaire Principal	Mr TRAORE Fakouo
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mme Christine NARE
Conservateur de la Bibliothèque	Mr Salif YADA
Chef de la Scolarité	Mme Kadi ZERBO

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUIMINGA	Anatomie organogénèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO (in memoriam)	Sémiologie et pathologie médicale
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie - Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie

Professeurs associés

Blaise KOUDOGBO	Toxicologie
-----------------	-------------

Maîtres de Conférences

Julien YILBOUDO
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO
François René TALL
Jean KABORE
Joseph Y. DRABO
Blaise SONDO
Jean LANKOANDE
Issa SANOU
Ludovic KAM
Adama LENGANI
Oumar TRAORE N°1
Kampadilemba OUOBA
Piga Daniel ILBOUDO
Albert WANDAOGO

Assistants associés

Caroline BRIQUET
Valérie MURAILLE

Maîtres-Assistants

Lady Kadidiatou TRAORE
Mamadou SAWADOGO
Si Simon TRAORE
Adama TRAORE
Abdoulaye TRAORE
Daman SANO
Arouna OUEDRAOGO
Joachim SANOU
Patrice ZABSONRE
Jean Gabriel OUANGO
Georges KI-ZERBO
Théophile L. TAPSOBA
Rabiou CISSE
Blami DAO
Alain BOUGOUMA
Boubacar TOURE
Michel AKOTIONGA
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE
Alain ZOUBGA
Boubacar NACRO
KABRE Abel

Assistants Chefs de cliniques

Timothée KAMBOU
T.Christian SANOU (in memoriam)
Doro SERME (in memoriam)
Hamadé OUEDRAOGO
Alexis ROUAMBA
M. Théophile COMPAORE
Y. Abel BAMOUNI

Orthopédie -Traumatologie
Chirurgie -Traumatologie
Pédiatrie
Neurologie
Médecine Interne/Endocrinologie
Santé Publique
Gynécologie-Obstétrique
Pédiatrie
Pédiatrie
Néphrologie
Orthopédie-Traumatologie
Oto Rhino Laryngologie
Gastro-entérologie
Chirurgie Pédiatrique

Pharmacologie et Toxicologie
Galénique et Chimie-Analytique

Parasitologie
Biochimie
Chirurgie
Dermatologie Vénérologie
Santé Publique
Chirurgie Générale
Psychiatrie
Anesthésie-Réanimation
Cardiologie
Psychiatrie
Maladies Infectieuses
Biophysique - Médecine Nucléaire
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Gastro-Entérologie
Gynéco-Obstétrique
Gynécologie-Obstétrique
Bactério-Virologie
Pneumologie
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie

Chirurgie
Oto Rhino Laryngologie
Cardiologie
Anesthésie - Réanimation – physiologie
Anesthésie - Réanimation- physiologie
Chirurgie
Radiologie

DAO / Maïmouna OUATTARA
André K. SAMANDOULOGOU
KYELEM / Nicole Marie ZABRE
Rigobert THIOMBIANO
Raphaël DAKOURE

ORL
Cardiologie
Maladies Infectieuses
Maladies Infectieuses
Anatomie-Chirurgie

Assistants

Robert O. ZOUNGRANA
Bobliwendé SAKANDE
Raphaël SANOU (in memoriam)
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)
Pingwendé BONKOUNGOU
Arsène M. D. DABOUE
Nonfounikoun Dieudonné MEDA
Athanasé MILLOGO
Vincent OUEDRAOGO
TRAORE / BELEM Antoinette
DA S. Christophe
Kapouné KARFO
Ali NIAKARA
Nazinigouba OUEDRAOGO
SANON Aurélien Jean
LOUGUE / SORGHO Claudine
YE / OUATTARA Diarra
ZANGO Bernabé
Jean Baptiste NIKIEMA
Issa SOME
THIEBA Blandine
SERME Abdel Karim
BAMBARA Moussa
BARRO Fatou
LOMPO Olga
SAWADOGO Appolinaire
OUEDRAOGO Martial
KERE Moussa
OUEDRAOGO Laurent
NACOUлма Innocent

Physiologie
Anatomie-Pathologique
Pneumo-phtisiologie
Radiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Neurologie
Médecine du Travail
Pédiatrie
Chirurgie
Psychiatrie
Cardiologie
Réanimation
Chirurgie
Radiologie
Pédiatrie
Chirurgie
Pharmacognosie
Chimie Analytique
Gynécologie-Obstétrique
Gastro-Entérologie
Gynécologie-Obstétrique
Dermatologie
Anatomie Pathologique
Gastro-Entérologie
Pneumo-Phtisiologie
Santé Publique
Santé Publique
Orthopédie-Traumatologie

Assistants Biologistes des Hôpitaux

Lassina SANGARE
Idrissa SANOU
Harouna SANON

Bactério-Virologie
Bactério-Virologie
Hématologie/Immunologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des Sciences et Techniques (FAST)

Professeurs Titulaires

Alfred S. TRAORE
Akry COULIBALY
Sita GUINKO

Immunologie
Mathématiques
Botanique-Biologie Végétale

Guy V. OUEDRAOGO
Laya SAWADOGO
Laou Bernard KAM (in memoriam)

Chimie Minérale
Physiologie-Biologie Cellulaire
Chimie

Maîtres de Conférences

Boukary LEGMA
François ZOUGMORE
Patoin Albert OUEDRAOGO
Adama SABA
Philippe SANKARA
Odile NACOULMA

Chimie-Physique Générale
Physique
Zoologie
Chimie Organique
Cryptogamie-Phytopharmacie
Biochimie

Maîtres-Assistants

W. GUENDA
Léonide TRAORE
Makido B. OUEDRAOGO

Zoologie
Biologie Cellulaire
Génétique

Assistants

Apolinaire BAYALA (in memoriam)
Jeanne MILLOGO
Raymond BELEMTOUGOURI
Gustave KABRE
Drissa SANOU

Physiologie
T.P. Biologie-Végétale
T.P. Biologie Cellulaire
Biologie Générale
Biologie Cellulaire

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de Conférences

Didier ZONGO
Georges Annicet OUEDRAOGO

Génétique
Biochimie

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE

Economie-Gestion

Assistants

Mamadou BOLY

Gestion

Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)

Assistants

Jean Claude TAITA

Droit

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY
Aimé OUEDRAOGO
R. Joseph KABORE
Dr Bruno ELOLA
Dr Michel SOMBIE
Dr Nicole PARQUET
M. GUILLRET
M. DAHOU (in mémoriam)

Psychologie
Ophtalmologie
Gynécologie-Obstétrique
Anesthésie-Réanimation
Planification
Dermatologie
Hydrologie
Hydrologie

Dr Bréhima DIAWARA
Dr Annette OUEDRAOGO
Dr Adama THIOMBIANO
Dr Sidiki TRAORE
Mr Mamadou DIALLO
Dr Badioré OUATTARA
Dr Alassane SICKO
Dr Aline TIENDREBEOGO
Dr Noël ZAGRE
Dr TRAORE / COULIBALY Maminata
Dr Seydou SOURABIE

Bromatologie
Stomatologie
Législation Pharmaceutique
Galénique
Anglais
Galénique
Anatomie
Chimie Analytique et contrôle médic.
Nutrition
Biochimie
Pharmacognosie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKHATE
Pr. Abibou SAMB
Pr. José Marie AFOUTOU
Pr. Makhtar WADE
Pr. M. K. A. EDEE
Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG
Pr. Ag. R. DARBOUX
Pr. Ag. E. BASSENE
Pr. M. BADIANE
Pr. B. FAYE

Hématologie (Dakar)
Bactério-Virologie (Dakar)
Histologie-Embryologie (Dakar)
Bibliographie (Dakar)
Biophysique (Lomé)
Physiologie (Dakar)
Histologie-Embryologie (Bénin)
Pharmacognosie (Dakar)
Chimie Thérapeutique (Dakar)
Pharmacologie (Dakar)

O.M.S.

Dr Jean-Jacques BERJON
Dr Frédéric GALLEY
Dr Moussa TRAORE
Pr. Auguste KADIO

Pr. Jean Marie KANGA
Pr. Arthur N'GOLET

Histologie-Embryologie (Creteil)
Anatomie Pathologique (Lille)
Neurologie (Bamako)
Pathologies infectieuses et Parasitaires (Abidjan)
Dermatologie (Abidjan)
Anatomie Pathologique (Brazzaville)

Mission Française de Coopération

Pr. Etienne FROGE
Pr. AYRAUD
Pr. Henri MOURAY
Pr. Denis WOUESSI DJEWE
Pr. M. BOIRON

Médecine Légale
Histologie-Embryologie
Biochimie (Tours)
Pharmacie Galénique (Grenoble / France)
Physiologie

Mission de l'Université Libre de Bruxelles

(ULB)

Pr. Marc VAN DAMME
Pr. Jean NEVE
Pr. Viviane MOES

Chimie Analytique-Biophysique
Chimie thérapeutique
Galénique

DEDICACES

Au nom d'Allah, le miséricordieux par essence et par excellence.

Bénédictions et salutations sur le prophète mouhammad, sa noble famille, ses fidèles compagnons et tous ceux qui l'auront suivi jusqu'au jour dernier

A mes parents

A ma mère, A ma mère, A ma mère, A mon père (in memoriam), A ma marâtre, mes oncles et tantes *Piété filiale*

A mes frères et sœurs

Lamine, Seydou, Yahya, Abdoulmalick, Sita, Kadiatou, Fanta
Piété filiale

A la famille Daroul Arquam

Sanfo Marou, Ibrahim Balko, Guitty Abdallah, Bamory, Sayouba, Moctar, Ouseïni, Hassan, Nouhoun Bakayogo, Konaté Lassina, Guiré Inoussa...
« Notre message, c'est l'amour, l'essence de notre voie c'est la spiritualité. Soyons comme l'arbre fruitier, on nous attaque avec des cailloux, nous répondons par des fruits »

Aux frères et sœurs de l'AEEMB et du CERFI

« Unissez-vous tous ensemble à la corde d'Allah, et ne vous divisez pas »

S3 V103

A mes belles sœurs, beaux-frères, neveux, nièces, cousins (Mahmoud et les autres) et cousines

Acceptez ce modeste travail comme le vôtre

A la grande famille Sangaré

« Ton seigneur a décrété que vous n'adoreriez que Lui. Il a prescrit la bonté à l'égard de vos père et mère... » S17 V23 – 24

A la sœur Korotimi COULIBALY

Permetts-moi de te dédier ce modeste travail qui représente une voie. son aboutissement est ton mérite.

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre maître et président de jury

Le professeur Innocent Pierre GUISSOU,

Professeur titulaire de pharmacologie toxicologie,

Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques, Directeur de la section pharmacie.

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Vous avez occupé une place privilégiée et joué un grand rôle dans notre formation.

Nous avons beaucoup appris de vous : rigueur scientifique, amour pour le travail bien fait...

Permettez-nous de vous exprimer notre admiration, respect et sincères remerciements.

A notre maître et juge

Le professeur Alphonse S. SAWADOGO,

Professeur en pédiatrie,

Chef de service du service de Pédiatrie du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO.

En acceptant de juger ce travail, vous nous faites un grand honneur.

Votre contribution à notre formation, c'est la face cachée de l'iceberg.

Permettez-nous de vous témoigner notre reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse

Le professeur agrégé Blaise SONDO,

Maître de Conférence agrégé en santé publique.

Vous avez spontanément accepté de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations. Nous témoignons de votre rigueur scientifique et de vos excellentes qualités humaines.

Nous avons aussi bénéficié de vos enseignements en santé publique, épidémiologie et biostatistique.

Permettez-nous de vous remercier pour tout.

A notre maître et co-directeur de thèse

Le Docteur Abdoulaye TRAORE,

Maître-assistant en Santé Publique

Vous avez spontanément accepté de co-diriger cette thèse malgré vos multiples occupations. En bon pédagogue, vous avez toujours su baliser la voie de telle sorte que nous avons beaucoup appris à vos côtés : rigueur de la démarche scientifique, sens élevé de la responsabilité...

Sincères remerciements.

A notre maître et juge

Le Docteur Jean-Baptiste NIKIEMA,

Assistant en pharmacognosie

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Bien que n'ayant pas reçu vos enseignements, nous témoignons de vos excellentes qualités humaines.

Permettez-nous de vous exprimer notre profonde reconnaissance.

NOS REMERCIEMENTS

Au Directeur Régional de la Santé Bobo-Dioulasso.

Permettez-nous de vous témoigner notre reconnaissance pour nous avoir permis et aider à réaliser ce travail.

Au Directeur du projet HCK Bobo-Dioulasso

Permettez-nous de vous dire merci pour tout le soutien que vous nous avez apporté dans la réalisation de ce travail.

Au Docteur CROZIER, Pharmacien Projet HCK

Votre concours a permis la réalisation de ce travail. Merci pour tout.

A mon frère et voisin, KOUMBIA Kalo

Ton apport dans ce travail qui est le tien est inestimable. Puisse Allah te récompenser par le plus grand bien dans ce monde et dans l'autre.

A mes parents, frères et sœurs, la grande famille SANGARE

Vos conseils, vos bénédictions et soutiens multiformes m'ont beaucoup aidé. Permettez-moi de vous témoigner mon éternelle reconnaissance. Puisse Allah vous récompenser par le plus grand bien dans ce monde et dans l'autre.

Aux frères et sœurs de l'AEEMB et du CERFI

Votre milieu m'a permis de comprendre et réaliser que les croyants ne sont que des frères. Accepter ma profonde gratitude. Puisse chacun et chacune se retrouver à travers ces lignes. Qu'Allah nous unissent sur le plus grand bien.

Aux collègues et amis de la faculté (F.S.S.)

Malgré la longueur, les difficultés du chemin, nous y sommes arrivés dans un esprit de solidarité et de tolérance qu'il nous faut pérenniser. Recevez à travers ces lignes, mes excuses et remerciements pour tout. Bonne chance pour les autres.

Aux travailleurs de la cellule informatique du Ministère de la Fonction Publique et du Développement Institutionnel

Vous m'avez accueilli comme l'un des vôtres et permis de réaliser ce travail. Permettez-moi de vous témoigner mes sincères remerciements.

A mon tuteur OUATTARA F. Emmanuel et Famille.

J'ai bénéficié de l'amitié qui vous lie à mon grand frère. Ainsi vous m'avez hébergé et adopté comme petit frère. Permettez-moi de vous témoigner ma profonde gratitude.

A Hadja DRABO et Hadja FOFANA : merci pour tout.

« Par délibération, la Faculté des Sciences de la santé (F.S.S) a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation . »

I. LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

A.M.M.	:	Autorisation de mise sur le marché
B.A.S.P 96	:	Bureau d'Appui en Santé Publique
C.A.M.E.G.	:	Centre d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
C.A.R.	:	Chiffre d'Affaire réel
C.A.T.	:	Chiffre d'Affaire Théorique
C.M.	:	Centre Médical
C.M.A.	:	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
C.M.M.	:	Consommation Moyenne Mensuelle
C.H.N.S.S.	:	Centre Hospitalier National Sanou Sourou
C.H.N.Y.O.	:	Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo
B.F.	:	Burkina Faso
C.N.S.S.	:	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CO.GES.	:	Comité de Gestion
C.S.P.S.	:	Centre de Santé et de Promotion Sociale
D.C.I.	:	Dénomination commune Internationale
D.P.S.	:	Direction Provinciale de la Santé
D.R.S.	:	Direction Régionale de la Santé
E.C.D.	:	Equipe Cadre de District
F.	:	Féminin
F.I.F.O.	:	First In First Out
F.S.	:	Formation Sanitaire
H.C.K.	:	Houet-Comoé-KénéDougou
I.C.P.	:	Infirmier Chef de Poste
M	:	Masculin
M.C.D	:	Médecin Chef de District
M.E.G.	:	Médicament Essentiel Générique
O.M.S.	:	Organisation Mondiale de la Santé
O.N.G.	:	Organisation Non Gouvernementale
P.S.F.	:	Pharmacien Sans Frontières
R.S.	:	Région sanitaire
S.M.I.	:	Santé Maternelle et infantile
S.S.P.	:	Soins de Santé Primaire
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URSS	:	Union des Républiques Socialistes Soviétiques
WHA	:	World Health Assembly
cor	:	Correcte
inc	:	Incorrecte
délivr	:	délivrance
pharm. P	:	pharmacien privé
prép-phcie	:	Préparateur en pharmacie
recond	:	reconditionnement
stock & con	:	stockage et conservation
tenue doc	:	tenue des documents

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

- Tableau I** : Répartition des gérants en fonction du district sanitaire
- Tableau II** : Répartition des gérants en fonction de l'âge et du sexe
- Tableau III** : Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'ancienneté
- Tableau IV** : Répartition des gérants en fonction du niveau d'instruction
- Tableau V** : Répartition des gérants enquêtés en fonction de la durée de la formation.
- Tableau VI** : Répartition des gérants en fonction de l'appréciation de leurs prestations
- Tableau VII** : Répartition des gérants en fonction des tâches jugées difficiles
- Tableau VIII** : Répartition des gérants en fonction du type d'obstacle
- Tableau IX** : Répartition des gérants en fonction de l'âge et de l'appréciation de la commande
- Tableau X** : Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'appréciation de la commande et du sexe
- Tableau XI** : Répartition des gérants en fonction de l'ancienneté de l'appréciation de la commande
- Tableau XII** : Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'appréciation de la commande et du mode de recrutement
- Tableau XIII** : Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'appréciation de la commande et le niveau d'instruction
- Tableau XIV** : Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'appréciation de la commande et le niveau d'instruction (1^{er} cycle et primaire)
- Tableau XV** : Répartition des gérants enquêtés en fonction du niveau d'instruction (2^e cycle et 1^{er} cycle)
- Tableau XVI** : Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'appréciation de la commande et du formateur
- Tableau XVII** : Répartition des gérants en fonction de la durée de la formation et de l'appréciation de la commande
- Tableau XVIII** : Répartition des gérants en fonction de la durée de la formation et de l'appréciation de la commande
- Tableau XIX** : Répartition des gérants en fonction de la durée de la formation et de l'appréciation de la commande
- Tableau XX** : Répartition des gérants en fonction de l'appréciation de la commande et la perception de primes
- Figure 1** : Répartition des gérants enquêtés en fonction du formateur
- Figure 2** : Répartition des gérants en fonction des prestations exécutées

S O M M A I R E

Page :

I. INTRODUCTION-ENONCE DU PROBLEME.....	1
II. GENERALITES.....	4
II.1 STRATEGIES DE LA SANTE POUR TOUS D'ICI L'AN 2000.....	5
II.1.1 AU PLAN MONDIAL.....	5
II.1.1.1. Historique.....	5
II.1.1.2 Principaux éléments de cette stratégie.....	6
a. Les soins de santé primaires.....	6
b. Les autres éléments de la stratégie.....	7
II.1.2. AU PLAN REGIONAL.....	8
II.1.2.1 Avant l'Initiative de Bamako.....	8
II.1.2.2 L'initiative de Bamako.....	8
a. Historique.....	8
b. but de l'initiative de Bamako.....	9
c. Principes.....	9
II.1.3. AU PLAN NATIONAL.....	10
II.1.4. BILAN DES STRATEGIES A L'OREE DE L'AN 2000.....	11
II.1.4.1. La stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000.....	11
II.1.4.2. l'Initiative de Bamako.....	11
II.2 LE MEDICAMENT ESSENTIEL GENERIQUE ET SA GESTION.....	12
II.2.1. DEFINITIONS.....	12
II.2.1.1. Le médicament.....	12
II.2.1.2. Le médicament Essentiel.....	12
II.2.1.3. La spécialité pharmaceutique.....	13
II.2.1.4. Le médicament essentiel générique.....	13
II.2.1.5 Principales différences entre spécialité et générique.....	14
II.2.2. LE DEPOT MEG.....	14
II.2.3. LE GERANT.....	14
II.2.3.1. Statut.....	14
II.2.3.2 Relation avec le public.....	15
II.2.3.3. Relation avec le prescripteur.....	15
II.2.3.4. Relation avec l'Equipe Cadre de District.....	15
II.2.4. LA GESTION DES MEG.....	16
II.2.4.1. Définitions.....	16
II.2.4.2. spécificité de la gestion des MEG.....	16
II.2.4.3. Les Etapes de la gestion des MEG.....	17
a. La sélection.....	17
b. L'acquisition.....	18

c. La distribution.....	20
d. L'utilisation.....	20
II.2.4.4. Gestion des MEG dans la région sanitaire de Bobo-Dioulasso selon le guide du gérant.....	22
a. La sélection.....	22
b. L'acquisition.....	23
c. La distribution.....	23
d. L'utilisation.....	25
II.3. EVALUATION DES PRESTATIONS.....	26
II.3.1. Définition et objectif.....	26
II.3.2. Méthodologie de l'évaluation.....	26
II.3.2.1. Considérations générales.....	26
II.3.2.2. Collecte de l'information.....	27
II.3.3. Exemples d'évaluation des prestations.....	28

III. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	30
III.1. OBJECTIF GENERAL.....	31
III.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	31

IV. METHODOLOGIE.....	32
IV.1. CADRE DE L'ETUDE.....	33
IV.1.1. Données géographiques et démographiques.....	33
IV.1.2. Organisation des services de la DRS.....	34
IV.2. POPULATION D'ETUDE.....	34
IV.3 METHODES DE L'ETUDE.....	34
IV.3.1 Critères de sélection.....	34
IV.3.2 Collecte des données.....	35
IV.3.3 Critères d'évaluation et analyse des données.....	35

V. RESULTATS DE L'ETUDE.....	38
V.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE.....	39
V.1.1. Population d'étude.....	39
V.1.1.1. Répartition des gérants enquêtés en fonction du district sanitaire.....	39
V.1.1.2. Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'âge et du sexe.....	39
V.1.1.3. Répartition des gérants enquêtés en fonction du type de FS.....	40
V.1.1.4. Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'ancienneté.....	40
V.1.1.5 Répartition des gérants enquêtés en fonction du mode de recrutement.....	41
V.1.2 Profil de Formation.....	41
V.1.2.1 Répartition des gérants enquêtés en fonction du niveau d'instruction.....	41
V.1.2.2 Répartition des gérants enquêtés en fonction de la formation en gestion des dépôts MEG.....	41
V.1.2.3 Répartition des gérants enquêtés en fonction du formateur.....	42
V.1.2.4 Répartition des gérants enquêtés en fonction de la durée de la Formation...42	42

V.2 LES TACHES EXECUTEES PAR LES GERANTS.....	43
V.3 EVALUATION DES ACTIVITES DES GERANTS DES DEPOTS.....	43
V.4 DETERMINANTS DES ACTIVITES INCORRECTEMENT EXECUTEES...45	45
V.4.1 Appréciation des déterminants des problèmes rencontrés.....	45
V.4.1.1 Avis des gérants sur la difficulté de leur travail.....	45
V.4.1.2 Tâches jugées difficiles par les gérants.....	45
V.4.1.3 Obstacles rencontrés par les gérants.....	46
V.4.1.4 Réception de primes par les gérants.....	47
V.4.2 Les déterminants de l'exécution incorrecte de la commande.....	47
V.4.2.1 Age des gérants.....	47
V.4.2.2 Sexe des gérants.....	48
V.4.2.3 Ancienneté des gérants.....	48
V.4.2.4 Mode de recrutement des gérants.....	49
V.4.2.5 Niveau d'instruction des gérants.....	49
V.4.2.6 Formateur des gérants.....	51
V.4.2.7 Durée de la formation des gérants.....	51
V.4.2.8 Réception de primes pour les gérants.....	53
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	54
VI.1 LIMITE ET CONTRAINTE DE L'ETUDE.....	55
VI.2 BIAIS DE L'ETUDE.....	55
VI.3 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE.....	55
VI.3.1 Population d'étude.....	55
VI.3.1.1 Répartition des gérants enquêtés en fonction du district sanitaire.....	55
VI.3.1.2 Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'âge et du sexe.....	56
VI.3.1.3 Répartition des gérants enquêtés en fonction du type de formation sanitaire.....	56
VI.3.1.4 Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'ancienneté.....	57
VI.3.1.5 Répartition des gérants enquêtés en fonction du mode de recrutement.....	57
VI.3.2 Profil de formation.....	57
VI.3.2.1 Répartition en fonction du niveau d'instruction.....	57
VI.3.2.2 Répartition des gérants enquêtés en fonction de la formation en gestion des dépôts MEG.....	58
VI.3.2.3 Répartition des gérants enquêtés en fonction du formateur.....	58
VI.3.2.4 Répartition des gérants enquêtés en fonction de la durée de la formation.....	58
VI.4 LES TACHES EXECUTEES PAR LES GERANTS DES DEPOTS MEG.....	59
VI.5 EVALUATION DES ACTIVITES DES GERANTS DES DEPOTS MEG.....	59
VI.5.1 Commande.....	59
VI.5.2 Transport et réception.....	60
VI.5.3 Stockage et conservation.....	60
VI.5.4 Reconditionnement.....	60
VI.5.5 Délivrance.....	61
VI.5.6 Tenue des documents de gestion.....	61
VI.6 DETERMINANTS DES ACTIVITES INCORRECTEMENT EXECUTEES....	61
VI.6.1 Appréciation des déterminants des problèmes rencontrés.....	61
VI.6.2 Déterminants de l'exécution incorrecte de la commande.....	62
VI.6.2.1 Age des gérants.....	63

VI.6.2.2 Sexe des gérants.....	63
VI.6.2.3 Ancienneté des gérants.....	63
VI.6.2.4 Mode de recrutement des gérants.....	63
VI.6.2.5 Niveau d'instruction des gérants.....	63
VI.6.2.6 Formateur des gérants.....	63
VI.6.2.7 Durée de la formation des gérants.....	64
VI.6.2.8 Réception de primes par les gérants.....	64

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....65

VII.1 CONCLUSION.....66

VII.2 RECOMMANDATIONS.....67

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....68

IX. ANNEXES

Annexe 1. Fiche d'enquête

Annexe 2. Tableau des normes admissibles

Annexe 3. Liste des gérants des dépôts de la R.S Bobo-dioulasso

Annexe 4. Documents de Gestion

- 4.1 Bon de commande
- 4.2 Bordereau de livraison
- 4.3 Cahier de péremption
- 4.4 Fiche de stock
- 4.5 Cahier de reconditionnement
- 4.6 Fiches de position
- 4.7 Cahier de versement
- 4.8 Cahier de vente journalière

Annexe 5. Score obtenu par les gérants en pourcentage

I. INTRODUCTION – ENONCE DU PROBLEME

En 1979, la trente - deuxième (32^{ème}) Assemblée mondiale de la santé a adopté la résolution WHA 32.30 dans laquelle l'Assemblée souscrit à la stratégie des soins de santé primaires (SSP) comme moyen qui permettra d'atteindre la santé pour tous d'ici à cette année 2000 [35].

L'application de la stratégie des soins devra permettre d'améliorer les indicateurs de santé tels que la mortalité et la morbidité. Cependant, dans la région africaine pour l'OMS en 1987, le taux de mortalité infantile est resté élevé. Il était supérieur à 200‰ naissances vivantes. Le taux de mortalité maternelle était aussi élevé [41].

Face à cette situation, les ministres africains de la santé ont lancé l'initiative de Bamako (IB) qui est une stratégie de renforcement des SSP [21]. L'IB a pour but d'assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de santé primaires à prix abordables, tout en maintenant les coûts et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publique en améliorant la qualité des prestations et en déléguant le pouvoir décisionnel aux échelons inférieurs [41].

La priorité est accordée à la santé maternelle et infantile [21]. La vente des médicaments essentiels génériques (MEG) et la tarification des actes sont utilisées comme portes d'entrée dans l'IB [21].

Le Burkina Faso (BF), à l'instar des autres pays de la région africaine, a adopté l'IB en vue d'améliorer sa situation sanitaire caractérisée par :

- une morbidité et une mortalité élevées dues aux maladies endémo-épidémiques [21]. Les taux de mortalité maternelle et infantile sont respectivement de 93,7‰ et 5,66‰ [25].
- la couverture sanitaire reste insuffisante due au faible nombre des infrastructures sanitaires et des ressources financières affectées aux services de santé. En 1996, on comptait un centre de santé pour plus de onze mille habitants [25].
- Le personnel médical et para médical est insuffisant et inégalement reparti [25].

- C'est pourquoi, le BF s'est attelé à construire des formations sanitaires (FS) dotées de dépôts MEG. La vente des MEG est une activité importante qui rapporte 74% des recettes moyennes mensuelles des FS [4]. Ces dépôts MEG sont gérés par des gérants recrutés par les comités de gestion (COGES). Les gérants sont chargés de la gestion des stocks et de la gestion financière. Pour ce faire, ils disposent de documents de gestion.

Or, lors de notre stage rural et de santé communautaire en 1996, nous avons constaté que le gérant du dépôt MEG du CSPS de Niankorodougou (DPS comoé) avait des difficultés qui étaient :

- tenue incorrecte des documents de gestion
- ignorance des procédures rationnelles d'estimations des quantités à commander
- connaissance insuffisante du médicament qui se répercute sur les conseils à donner aux patients.

TRAORE M. faisait également les mêmes constats dans le Sahel burkinabé [39]. Ainsi des quantités incorrectement estimées entraînent des ruptures ou des péremptions. Ce qui a un impact négatif sur les soins de santé et sur la pérennisation des dépôts MEG. On observera aussi une baisse de l'utilisation des services de santé [8].

Il est donc important d'évaluer les prestations des gérants afin de déterminer les tâches correctement exécutées, celles incorrectement exécutées et d'en identifier les causes. Tels sont les objectifs de notre étude qui a lieu dans la région sanitaire (RS) de Bobo – Dioulasso. Elle a pour but de contribuer à une bonne gestion des MEG en proposant des solutions aux problèmes observés.

II. GENERALITES

II.1. STRATEGIES DE LA SANTE POUR TOUS D'ICI L'AN 2000

II.1.1. AU PLAN MONDIAL

II.1.1.1. Historique [33]

Mai 1977 : Adoption de la résolution WHA 30.43 par la trentième assemblée mondiale dans laquelle elle a décidé que le principal objectif social des gouvernements et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans les prochaines décennies serait : « la santé pour tous d'ici l'an 2000 » c'est à dire faire accéder d'ici à cette année 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Cela traduit l'objectif de l'OMS qui est : « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ».

En 1978 : La conférence internationale tenue à Alma Ata (ex URSS) affirme que les soins de santé primaires (SSP) sont le moyen qui permettra d'instaurer la santé pour tous. Cette conférence a publié une déclaration ainsi que 22 recommandations particulières et un rapport complet sur les SSP.[33]

Ce rapport a :

- Souligné la nécessité d'un développement sanitaire et socio-économique concerté.
- Esquissé les caractéristiques essentielles des SSP et des systèmes de santé axés sur ces soins.
- Indiqué comment organiser les SSP dans une collectivité dans le cadre d'un système de santé complet.

1979 : lancement de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 par la 32^{ème} assemblée mondiale de la santé par adoption de la résolution WHA32.30 dans laquelle l'assemblée

- souscrit au rapport et à la déclaration de la conférence internationale sur les SSP, tenue à Alma Ata.
- Invite les états membres de l’OMS à formuler individuellement des politiques, stratégies et plans d’actions nationaux pour atteindre cet objectif, puis collectivement des stratégies régionales et mondiales. Une stratégie mondiale tenant compte des stratégies nationales fut élaborée et adoptée par la 34^{ème} assemblée mondiale de la santé dans la résolution WHA 34.36.

II.1.1.2. Principaux éléments de cette stratégie [33]

a) les soins de santé primaires [33]

- Historique

Ce concept a été adopté par la conférence internationale d’Alma Ata comme moyen pour atteindre l’objectif «santé pour tous d’ici l’an 2000 ».

- définition du concept

Cette conférence a défini les SSP comme suit :

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d’auto-responsabilité et d’autodétermination. Ils font partie intégrante du système de santé national dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d’ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d’un processus ininterrompu de protection sanitaire. »

- les composantes des SSP

la déclaration d'Alma Ata a également défini les huit (8) composantes minimales des SSP comme suivent :

« Une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables ; la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ; un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base ; la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale ; la vaccination contre les maladies infectieuses ; la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et des lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels. »

b) Les autres éléments de la stratégie

- Développement de l'infrastructure sanitaire qui doit s'étendre à l'ensemble du pays et assurer l'exécution des programmes de santé.
- Les programmes comprenant des mesures de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, du diagnostic, du traitement et de la réadaptation.
- Mesures à prendre pour les individus et les familles dans leur foyer, par les collectivités, par les services de santé au niveau primaire et aux échelons supérieurs et par d'autres secteurs.
- Choix de la technologie qui convienne au pays.
- Participation de la collectivité qui contrôle l'infrastructure et la technologie.
- Description de l'action internationale pour épauler l'action nationale.

En outre, on associera à la stratégie l'action nécessaire pour sa promotion, son soutien, la production et la mobilisation de toutes les ressources possibles. De même, l'accent est mis sur la coopération inter-pays et l'OMS jouera un rôle capital dans l'élaboration et l'application de la stratégie. Ce rôle comporte les fonctions de coordination et de coopération technique. La stratégie fera l'objet d'une surveillance et d'une évaluation périodique.

II.1.2. AU PLAN REGIONAL

II.1.2.1 Avant l'initiative de Bamako

Après leur indépendance, la plupart des pays africains ont hérité d'un système de soins de santé colonial de type hospitalo-centriste. Dans les décennies 1960 et 1970, la croissance économique entraîne un progrès dans le domaine sanitaire avec une modeste extension géographique et technologique du système de soins vers les zones rurales [31].

Depuis, la récession économique mondiale et l'apparition du SIDA entraînent un déclin du système des soins face auquel les ministres de la santé des états membres de l'O.M.S. pour l'Afrique adoptèrent le scénario du développement sanitaire en 3 phases à Lusaka (Zambie) en 1985. [32]

Ce scénario a pour but d'accélérer le développement sanitaire par le biais des soins de santé primaires. Ce scénario permettra d'apporter 3 types de soutien qui se chevauchent et qui sont orientés sur le district. Ce sont :

- Un soutien opérationnel, concernant la supervision et l'aide permettant de mener les activités au niveau local ou du district.
- Un soutien technique qui comporte l'appui nécessaire au district ainsi que la sélection et l'adaptation des technologies.
- Un soutien stratégique qui comprend la traduction des politiques de santé en plans d'action. [31]

II.1.2.2. L'Initiative de Bamako

a) Historique

L'Initiative de Bamako constitue la réponse qu'ont donné les ministres de la santé des Etats Membres de l'O.M.S. pour l'Afrique face au déclin du système de santé lors de la 37ème session régionale tenue à Bamako en septembre 1987. [5,28]

b) But de l'Initiative de Bamako

L'Initiative de Bamako est une stratégie de renforcement des soins de santé primaires (SSP) qui vise l'accessibilité universelle à ces soins en accordant la priorité aux soins maternels et infantiles. [8,21,23,41]

c) Principes [8]

L'Initiative de Bamako procède de 3 principes principaux :

- Augmenter l'efficacité des services de santé.

Les ressources étant limitées et pour avoir un impact sur l'état de santé des populations, il faut choisir les actions qui répondent aux causes les plus aiguës de morbidité et de mortalité. Ces actions seront orientées vers les populations vulnérables que sont les femmes enceintes et les enfants à bas âge. Ces actions prioritaires seront complétées par une gamme d'activités afin de répondre à la demande des populations. On profitera de leur attrait pour promouvoir des actions préventives [8].

- Limiter les coûts des services.

Pour ce faire, on va limiter le nombre des médicaments à une liste minimale répondant aux problèmes de santé essentiels et éliminer les spécialités inutiles et coûteuses à la place desquelles on utilisera des médicaments sous nom générique. Leur gestion sera améliorée. De même l'élaboration d'ordinogrammes permettra l'amélioration de la prise en charge et évitera les prescriptions abusives et des coûts inutiles pour le malade et le service de santé [8].

- Assurer la pérennité des services

Vu la réticence de l'aide extérieure et l'incapacité des gouvernements à assurer la continuité des services, on a fait appel à la participation communautaire. Ainsi le financement communautaire permettra le recouvrement des coûts des services de santé. La communauté participe désormais dans les prises de décisions, le choix des stratégies, la gestion et le contrôle financier [8].

Ces principes sont les piliers autour desquels les systèmes de santé ont été réorganisés [7].

II.1.3. AU PLAN NATIONAL

A l'instar des autres pays membres de l'O.M.S., le Burkina Faso a adopté la stratégie mondiale de la «santé pour tous » d'ici l'an 2000. [21]

En plus des huit (8) composantes minimales des soins de santé primaires, le Burkina Faso a ajouté une qui est : la collecte des données. [23,28]

De même le Burkina Faso a adopté l'Initiative de Bamako en 1987 lors du 37^{ème} comité régional de l'O.M.S.

Sa mise en œuvre a suivi les étapes suivantes [21] :

Après une mission d'échange d'expérience au Bénin et un séminaire conjoint gouvernement/OMS/UNICEF sur le scénario de développement sanitaire en 3 phases l'Initiative de Bamako et le rôle du district, on a crée en juillet 1988, le comité national de mise en œuvre de l'Initiative de Bamako. Ce comité fera des propositions de provinces où l'Initiative de Bamako peut démarrer.

- Mai 1992 : Création d'une centrale d'achat des MEG (CAMEG) par décret n° 92-127/SAN-ASF du 21 mai 1992. Elle est chargée d'approvisionner en MEG et consommables médicaux les formations sanitaires (FS) publiques et les établissements privés à but non lucratif [10].
- 1992 : Elaboration d'une liste nationale révisée de 151 médicaments essentiels avec stratification par F.S. Cette liste fut révisée en 1995 [11].
- 1993 : Lancement à Koumbia dans la Province du Houet (actuellement Tuy) de l'Initiative de Bamako.
- 1996 : Elaboration du document de politique pharmaceutique nationale et du plan directeur pharmaceutique. Cette politique étant basée sur le concept de médicament essentiel [22].

II.1.4. BILAN DES STRATEGIES A L'OREE DE L'AN 2000

II.1.4.1. La stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000

Après plus de deux décennies de mise en œuvre, il ressort que l'évolution de la situation économique et politique au cours des années 1980 a été l'un des principaux obstacles. [35]

Cependant les résultats ont été positifs en ce qui concerne la mise en place des services de santé périphériques, mais il n'y a pas eu de grand progrès dans la promotion d'une approche intersectorielle et de la promotion communautaire. [35]

En 1995, 60 % de la population mondiale avaient atteint au moins l'espérance de vie minimale à la naissance de plus de 60 ans ; un taux de mortalité infantile inférieur à 50 pour 1000 naissances vivantes et un taux de mortalité chez les moins de 5 ans inférieur à 70 pour 1000 naissances vivantes. [35]

II.1.4.2. L'Initiative de Bamako

Douze (12) ans après, il ressort que les pays de la région africaine ont fait des progrès réguliers vers l'accès universel des communautés aux soins de santé. Cependant la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako varie d'un pays à un autre :

- Tous les pays mettant en œuvre l'Initiative de Bamako ont chacun un programme de financement communautaire.
- A la fin de 1995, dans la sous-région de l'Afrique occidentale et centrale, 5000 centres de santé sur 7000 avaient entrepris sa mise en œuvre.
- A la fin de 1998, 33 pays avaient élaboré une politique pharmaceutique nationale et 40 pays sur 46 dans la région africaine de l'O.M.S. avaient établi une liste des médicaments essentiels [32].

II.2. LE MEDICAMENT ET SA GESTION

II.2.1 DEFINITIONS

II.2.1.1. Le Médicament

On entend par médicament, toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives et préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques [1,2,3,19].

Du point de vue pharmaceutique, un médicament est un mélange de principe (s) actif (s) et d'excipient (s) réalisées sous forme pharmaceutique. Cette forme est présentée, identifiée et protégée dans un conditionnement [1].

II.2.1.2. Le Médicament Essentiel

Pour l'O.M.S., ce sont des «médicaments qui répondent à des besoins médicaux réels, qui ont une valeur thérapeutique significative, qui sont d'un niveau acceptable de sécurité et de qualité satisfaisante pour leur prix ». Ils satisfont aux besoins de la majorité de la population en matière de soins de santé et doivent donc être disponibles à tout moment en quantité suffisante et sous la forme pharmaceutique appropriée [34,36].

La première liste publiée en 1977 par l'O.M.S., était composée de 208 produits pharmaceutiques. Elle fut révisée 9 fois et comptait en 1997, 306 produits pharmaceutiques. [35]

En 1981, l'O.M.S. a créé le programme d'action pour les médicaments essentiels afin de favoriser l'élaboration des politiques pharmaceutiques nationales et des listes de médicaments essentiels.

II.2.1.3. La spécialité pharmaceutique

On entend par spécialité pharmaceutique tout médicament préparé à l'avance dans l'industrie pharmaceutique, présentée sous un conditionnement particulier et caractérisée par une dénomination spéciale [1,2].

Avant sa commercialisation et sa distribution la spécialité pharmaceutique doit faire l'objet d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Elle peut être protégée par un brevet permettant le recouvrement des frais engagés pour sa recherche et son développement [40].

II.2.1.4. Le Médicament Essentiel Générique

« On entend par médicament générique, toute copie d'un médicament déjà mis sur le marché qui a les mêmes principes actifs que celui-ci et qui revendique la même activité pour les mêmes indications » [2].

Après dix (10) ans de protection de la spécialité, le principe actif tombe dans le domaine du public et peut être légalement copié [40].

Quand la copie porte sur la spécialité pharmaceutique, on parle de «spécialité essentiellement similaire » (composition qualitative et quantitative est similaire au principe actif; forme galénique et excipients identiques ; biodisponibilité équivalente) [40].

Quand la copie porte sur la dénomination commune internationale (DCI), on parle de «produits pharmaceutiques multisource » (équivalents thérapeutiques) [40].

D'un point de vue commercial, on distingue :

- « Le générique vrai » : appellation en DCI accolée essentiellement au nom du laboratoire fabricant (exemple : Métronidazole – Flandre = générique de la spécialité Flagyl, la DCI est métronidazole).
- « Le générique marqué » : nouveau nom de marque et labellisation de la copie d'une spécialité (exemple : générique Agram : Copie de la spécialité Clamoxyl, DCI = Amoxicilline) [40].

II.2.1.5. Principales différences entre spécialités et génériques [23]

Eléments de différence	Spécialités	Génériques
Existence du monopole d'exploitation	Oui	Non
Nom du médicament	Nom de fantaisie	DCI le plus souvent
Conditionnement	Particulier	Grand format
Prix à qualité égale	Plus cher	Moins cher

II.2.2. LE DEPOT MEG

Selon le code de santé publique, le dépôt de médicament est un établissement de vente en détail des médicaments et objets de pansements dont la liste est fixée par arrêté du Ministère chargé de la santé et est géré par un non-pharmacien. [2]

Dans le cadre de l'Initiative de Bamako, il existe dans les formations sanitaires (F.S.) périphériques des dépôts MEG gérés par des comités de gestions (COGES) représentant les communautés.

Le dépôt MEG comporte généralement une salle de vente et une salle de réserve. Les produits pharmaceutiques détenus sont des MEG et consommables médicaux classés le plus souvent par voie d'administration et par ordre alphabétique. Le dépôt MEG doit être aéré, propre et sec. Il est tenu par un gérant. [27]

II.2.3. LE GERANT

II.2.3.1. Statut

C'est un agent du comité de gestion de la formation sanitaire. Il est chargé de gérer les stocks de médicaments, de les délivrer au public après reconditionnement. Pour ce faire, il dispose de documents de gestion permettant un suivi rationnel de ses activités. [27]

II.2.3.2. Relation avec le public

L'ordonnance médicale est le lien essentiel entre le gérant et le patient. L'ordonnance médicale est un document médico-légal par lequel un prescripteur agréé prescrit un traitement [23].

Le gérant doit être respectueux et à l'écoute du patient. Il doit le conseiller, le sensibiliser sur le concept de MEG. Il ne doit pas divulguer le contenu des ordonnances des patients [27].

II.2.3.3. Relation avec le prescripteur

Les médicaments prescrits par le prescripteur sont délivrés par les gérants dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS). Les commandes sont effectuées en collaboration avec l'Infirmier chef de Poste (ICP) qui est le responsable du CSPS [27].

II.2.3.4. Relation avec l'Equipe Cadre de District (ECD)

Dans le cadre de la décentralisation, le district sanitaire est géré par une équipe cadre de district dirigée par un Médecin-Chef de District (MCD). Chaque équipe supervise et contrôle les activités des CSPS relevant de son district.

La supervision est un moyen de formation continue qui permet d'améliorer la performance du gérant. Elle porte sur la tenue des documents de gestion, les connaissances et pratiques du gérant [27].

Quant au contrôle du dépôt MEG, elle est une activité de vérification des stocks et des ventes [27].

Ces deux activités qui, normalement sont séparées, sont effectuées en même temps dans la pratique tous les trois (3) mois [27].

II.2.4. LA GESTION DES MEG

II.2.4.1. Définitions

La gestion des médicaments est une tâche administrative et logistique qui vise à assurer la bonne prise en charge des malades [24].

La tâche administrative consiste en la fonction de planification, de suivi et d'évaluation des activités du cycle logistique dans le système d'approvisionnement en médicament.

La tâche logistique comporte tous les aspects du processus qui permet d'apporter un médicament depuis le fournisseur jusqu'à celui qui le délivre et finalement au patient [18].

Les fonctions du cycle logistique sont :

- La sélection des médicaments ;
- L'acquisition ;
- La distribution ;
- L'utilisation [18].

II.2.4.2. Spécificité de la gestion des MEG

La gestion des MEG ne diffère pas de celle des médicaments en général, mais elle doit tenir compte de quelques particularités liées au concept de MEG.

- Tout d'abord le système de certification des MEG doit être rigoureux car avec la libéralisation de la production, on peut avoir des fournisseurs peu sérieux [40].
- La qualité des MEG doit être garantie pendant le transport, la conservation et l'utilisation.
- La livraison des MEG en vrac rend nécessaire des bonnes pratiques de reconditionnement avant la délivrance au public.

II.2.4.3. Les étapes de la gestion des MEG

Les fonctions du cycle logistique sont effectuées à différents niveaux du système national de santé (central, régional, district, communauté). Elles nécessitent certaines ressources qui sont :

- Les structures administratives où l'on décide des politiques et procédures ;
- Un système d'information, du personnel, des infrastructures, de l'équipement et des ressources financières. [18]

a) La sélection

La fonction de sélection des MEG est une phase très importante car elle permet d'éviter le gaspillage par double-emploi, les pénuries, les ruptures et les péremptions.

Elle comporte le choix des médicaments et leurs quantités qui doivent être disponibles. Le choix tient compte de plusieurs facteurs tels que : la prévalence des maladies locales, la formation et l'expérience du personnel et des facteurs génétiques, démographiques et environnementaux. [36]

Pour la sélection des MEG, on doit tenir compte de quelques principes généraux.

- Sélectionner le nombre minimum de médicament nécessaire pour le traitement des maladies les plus importantes ;
- Ne sélectionner que les MEG ;
- Ne sélectionner que les formes pharmaceutiques nécessaires ;
- Elaborer des listes de médicaments pour chaque niveau de soins ;
- Elaborer des schémas thérapeutiques standards. [18]

La détermination des quantités de MEG est basée sur trois (3) méthodes fondamentales :

- Méthode basée sur la population qui évalue les quantités nécessaires à partir du profil épidémiologique ;
- Méthode basée sur les services qui évalue les quantités nécessaires à partir des services fournis ;

- Méthode basée sur la consommation qui évalue les quantités nécessaires à partir de l'utilisation antérieure des MEG [18].

La fonction de sélection revient généralement au niveau central. C'est ainsi qu'au Burkina Faso est adoptée une liste nationale des médicaments essentiels par niveau de soins [11].

b) L'acquisition

Elle se fait soit par les achats, les dons ou la production locale. [18]

Les achats sont le mode le plus important dans les pays en développement et se font à chaque niveau du système de santé. Ils se font de façon cyclique et comportent plusieurs étapes depuis la sélection des médicaments, la passation de la commande à sa réception et la préparation d'une nouvelle commande. [18]

La méthode la plus utilisée pour les achats est celle basée sur la consommation. Elle nécessite de bonnes données sur la consommation et une stabilité de la demande ou un système d'information qui enregistre les niveaux des stocks sur des périodes assez longues de façon à inclure les variations saisonnières [18].

La détermination de la quantité à acheter nécessite une bonne gestion des stocks. Elle tient compte du stock de roulement, du stock de sécurité et du délai d'approvisionnement. Les stocks de sécurité sont fonction du niveau de service souhaité donc du stock maximum. Elle varie selon que le système d'inventaire est permanent ou intermittent [18].

Dans un système d'inventaire intermittent ou méthode de réapprovisionnement par gestion sur calendrier, le niveau des stocks est vérifié à des échéances fixes en vue de le compléter si besoin en est. C'est le rechargement périodique. La quantité à commander est égale à la différence entre le niveau de stock existant et un niveau de stock maximum déterminé à l'avance. Le stock maximum est égal au stock de sécurité plus la consommation moyenne entre deux commandes.

La formule suivante est employée pour le calcul.

$$Q = \text{Max} - \text{ST}$$
$$\text{Max} = S + (\text{IC} \times D) + (\text{DA} \times D)$$

Q = Quantité à commander

Max = Niveau de stock maximum

ST = Inventaire total

S = Stock de sécurité

IC = Intervalle de commande

D = Consommation moyenne

DA = Délai d'approvisionnement

La quantité est variable à chaque commande mais la date est fixe [18].

Dans un système d'inventaire permanent ou méthode de réapprovisionnement par gestion sur point de commande, le niveau des stocks est vérifié continuellement et lorsque le stock tombe en dessous d'un niveau déterminé à l'avance (le point de commande), il faut déclencher le processus de commande. La quantité à commander est fixe à chaque commande mais la date est variable. Le point de commande est déterminé par la formule :

$$\text{PC} = (\text{DA} \times D) + S$$

PC = Point de commande

DA = Délai d'approvisionnement

D = Demande

S = Stock de sécurité

Une autre variante du système d'inventaire intermittent, le reapprovisionnement périodique avec seuil utilise en plus d'un intervalle de commande et d'un niveau de stock maximum, un point de commande [18].

Cette méthode évite les surstocks mais peut entraîner des ruptures fréquentes, c'est pourquoi on a ajouté un niveau de stock minimum qui est une seconde limite de contrôle [18].

c) La distribution

A la fin du cycle d'acquisition, les médicaments sont réceptionnés, stockés, ensuite livrés soit à d'autres grossistes ou à des détaillants.

A la réception des médicaments il faut vérifier la quantité et la qualité des médicaments selon les clauses du contrat.

La distribution est une fonction très complexe comprenant la gestion de l'importation, le stockage et le transport des médicaments. Elle doit être faite de façon à assurer la qualité, la disponibilité et l'accessibilité des médicaments. [18]

Au Burkina Faso, la distribution des MEG se fait essentiellement par l'intermédiaire de la CAMEG. Implantée à Ouagadougou, à Bobo-Dioulasso et recensement à Fada N'Gourma, la CAMEG approvisionne les dépôts répartiteurs des districts qui à leur tour approvisionnent les dépôts MEG des F.S. périphériques [10].

d) L'utilisation

Elle comporte les pratiques de prescription et de dispensation, le conditionnement et l'étiquetage, la formation du personnel auxiliaire et l'éducation des consommateurs [18].

Les MEG sont généralement livrés en vrac. Ils doivent donc être reconditionnés et étiquetés avant la dispensation au public. Afin d'assurer la qualité des MEG, le reconditionnement doit se faire dans de bonnes conditions d'hygiène.

La dispensation est un acte qui engage la responsabilité pénale et civile du dispensateur [17].

En effet toute erreur lors de la délivrance des médicaments entraîne des risques thérapeutiques (toxicité ou échec). C'est pourquoi avant de servir des médicaments, le gérant doit procéder à la vérification de l'authenticité et de la régularité technique de l'ordonnance. Une ordonnance authentique est celle qui obéit aux règles de bonne prescription. Une ordonnance régulière est celle où les

médicaments ne sont ni incompatibles, ni contre-indiqués sur le terrain et dont le schéma thérapeutique est correct. Toute erreur décelée doit être notifiée au prescripteur.

Le législateur est particulièrement strict en ce qui concerne la délivrance des médicaments comportant des substances vénéneuses. Ils appartiennent à trois (3) listes :

- La liste I (ex-tableau A) concerne les produits toxiques.

Elle regroupe essentiellement les médicaments dont la consommation non justifiée, même à faible dose, et non suivie par un médecin peut se révéler néfaste pour la santé. On reconnaît ces médicaments par l'existence d'un rectangle rouge sur la boîte (cas des spécialités).

- La liste II (ex-tableau C) concerne les produits dangereux dont la consommation présente peu de risques mais dont l'abus peut entraîner l'apparition d'accidents plus ou moins graves. On reconnaît ces médicaments par l'existence d'un rectangle vert sur la boîte (cas des spécialités). [23]

- La liste des stupéfiants regroupe les substances toxicomanogènes dont la production, la détention et la vente font l'objet de convention internationale. [17]

- Les listes I et II sont soumises à certaines règles de prescriptions et de délivrance (confère tableau suivant).

Règles de prescription et de délivrance des listes I et II [23,27]

	Liste II	Liste I
Nom, prénoms, adresse et signature du prescripteur	Obligatoire	Obligatoire
Nature de l'ordonnance	Normale	Normale
Nom, Prénom du malade	Obligatoire	Obligatoire
Mode d'emploi	Obligatoire	Obligatoire
Posologie et nombre d'unités thérapeutiques	Peut-être en chiffre	Doit être écrite en toutes lettres
Durée du traitement	-	-
Destinée de l'ordonnance	Conservée par le malade	Conservée par le malade
Renouvellement de l'ordonnance	Possible après durée de la prescription sauf mention formelle de non-renouvellement	Possible uniquement sur indication du médecin
Etiquetage (pour les spécialités)	Rectangle vert	Rectangle rouge

II.2.4.4 Gestion des MEG dans la Région Sanitaire de Bobo-Dioulasso selon le guide des gérants des dépôts pharmaceutiques.

a) Sélection

Les MEG commercialisés dans les formations sanitaires de la région appartiennent à la liste des médicaments essentiels arrêtée par le ministère de la santé. Les gérants sont tenus de commander les MEG conformément à cette liste [11].

La détermination de la quantité se fait selon la méthode basée sur la consommation antérieure.

b) L'acquisition

Les dépôts MEG reçoivent à l'ouverture une dotation initiale de MEG apportée par l'état ou les partenaires au développement sanitaire [27].

Les gérants sont chargés ensuite de renouveler les stocks. Pour ce faire une démarche leur est proposée dans le guide du gérant des dépôts pharmaceutiques. La commande est préparée en collaboration avec l'infirmier chef de Poste (ICP) sur le cahier d'achat.

La méthode de détermination des quantités à commander est le reapprovisionnement périodique avec seuil. L'intervalle de commande (IC) est égal à un mois. Le point de commande fixé est le stock de sécurité qui est égal à un mois de consommation [27].

$$Q = (C.M.M + S) \times IC - SR$$

$$Q = 2 \times CMM - SR$$

Q = Quantité à commander

CMM = Consommation moyenne mensuelle

S = Stock de sécurité

IC = Intervalle de commande

SR = Stock restant

Le gérant rédige ensuite un bon de commande (annexe 4.1) à adresser au dépôt répartiteur ou à la CAMEG. Le bon est établi en deux exemplaires avec les signatures du gérant, de l'ICP et du Trésorier ou du Président du comité de gestion.

c) Distribution

- Circuit de distribution

Les dépôts MEG s'approvisionnent au niveau des dépôts répartiteurs des districts ou de la CAMEG Bobo-Dioulasso. Normalement c'est la CAMEG

Bobo-Dioulasso qui approvisionnent les dépôts répartiteurs qui à leur tour approvisionnent les dépôts MEG des CSPS et des CM.

En 1998, 4 dépôts répartiteurs étaient fonctionnels : le dépôt répartiteur du district sanitaire de Orodara, le dépôt répartiteur du district sanitaire de Dandé et le dépôt répartiteur de la Direction Régionale de Santé de Bobo-Dioulasso, le dépôt répartiteur du district sanitaire de Houndé.

- Transport

Le transport des MEG doit être fait dans de bonnes conditions de sécurité afin d'éviter des pertes. Pour ce faire les gérants doivent protéger les MEG contre la pluie, le soleil et éviter les secousses. On pourra par exemple pour minimiser les casses ranger les produits de façon à placer les consommables médicaux au fond, les formes sèches ensuite, suivi des formes injectables en haut du carton d'emballage [27].

- Réception

A la réception des MEG, le gérant doit impérativement vérifier la conformité du bordereau de livraison (annexe 4.2) délivré par le fournisseur et le bon de commande (annexe 4.1). Ils doivent vérifier aussi la qualité physique et les dates de péremptions des MEG livrés. Les dates de péremptions sont suivies par le cahier de péremption (annexe 4.3) [27].

- Stockage et conservation

Les MEG reçus sont ensuite rangés dans la salle de réserve après avoir noté les quantités reçues sur les fiches de stock (annexe 4.4). Les fiches de stocks sont utilisées pour suivre les entrées et les sorties au niveau de la salle de vente des MEG. Le rangement des MEG se fait par ordre alphabétique et par forme pharmaceutique et l'emplacement de chaque médicament est reconnu par sa fiche de position (annexe 4.6) [27].

Les médicaments ainsi rangés doivent être conservés à l'abri de la chaleur, de l'humidité, de la poussière [27].

d) Utilisation

Sur la base de l'ordonnance établie par le prescripteur, le gérant délivre les MEG après reconditionnement.

- Le reconditionnement

C'est une opération délicate qui nécessite un maximum d'attention, de rigueur et de méthode.

Les MEG sont reconditionnés dans des conditionnements prêts pour la vente. Les gérants doivent impérativement se procurer ces conditionnements à la CAMEG. Le reconditionnement doit être fait dans de bonnes conditions de propreté et la priorité est donnée aux MEG ayant les dates de péremption les plus rapprochées. Les MEG reconditionnés sont notés dans un cahier de reconditionnement (annexe 4.5) [27].

- La délivrance

Les MEG reconditionnés sont placés dans la salle de vente en vue de la délivrance au public. La délivrance des MEG appartenant aux listes I et II se fait obligatoirement sur présentation d'une ordonnance. Les MEG appartenant à la liste des stupéfiants ne sont pas détenus dans les dépôts MEG. Leur vente est interdite aux gérants. En ce qui concerne les MEG ne contenant pas de substances vénéneuses, leur vente est libre.

Le gérant est tenu de vérifier la régularité et l'authenticité de l'ordonnance et informe le prescripteur pour toute erreur décelée. Il doit aussi expliquer le traitement prescrit au malade dans les limites de sa connaissance autrement il renvoie le malade chez le prescripteur. [27]

Les MEG sont vendus au prix fixé par la Direction Régionale de la Santé. Le suivi des ventes et le versement des sommes perçues au Trésorier du Comité de Gestion se fait par un cahier de ventes journalières et un cahier de versement (annexes 4.7 et 4.8) [27].

II.3. EVALUATION DES PRESTATIONS

II.3.1. DEFINITION ET OBJECTIF

Evaluer les prestations, c'est porter un jugement de valeur sur les prestations. Il s'agit de mesurer les écarts entre ce qui est fait et ce qui devrait être fait [38]. Elle peut porter sur la qualité ou la quantité de ces prestations. Dans tous les cas, il s'avère nécessaire de comparer une situation avec des normes préétablies [38].

L'objectif ultime de l'évaluation des prestations est d'améliorer le résultat final ou l'efficacité du programme. Cette évaluation ressortira non seulement la réalisation du programme par rapport aux normes adoptées mais aussi les points sur lesquels les difficultés sont apparues. Les efforts peuvent alors se concentrer sur ces points.

II.3.2. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION DES PRESTATIONS

II.3.2.1. Considérations générales

L'évaluation consiste à porter un jugement de valeur.

Pour être objectif, on s'appuie autant que possible sur une appréciation quantitative c'est à dire des mesures. Certaines mesures sont faciles à obtenir ; Exemple : un prix d'achat, le nombre des patients vus à une consultation. Mais certains éléments ne sont pas directement mesurables, ni observables.

C'est le cas de l'état de santé des femmes enceintes ou la participation de la communauté à l'action de santé. Par exemple l'état de santé des femmes enceintes peut être observé par le biais de la mortalité ou de la morbidité

maternelle. Ces variables de mesures indirectes sont appelées indicateurs car ils donnent une indication sur le phénomène étudié [7].

La deuxième étape de l'évaluation consistera à porter un jugement qui est basé sur une comparaison de la mesure avec une valeur de référence appelée critère ou norme [7].

L'évaluation des prestations nécessitent l'établissement de normes [7]. Les normes sont le résultat d'un consensus national ou international et concernent certains attributs ou certaines caractéristiques qui sont quantifiés ou définis par leur présence ou leur absence. Ces caractéristiques sont désignées sous le nom d'indicateurs. C'est ainsi par exemple que le pourcentage des échantillons d'eau de boissons jugés sans danger par rapport à l'ensemble des prélèvements opérés à un lieu donné, est un indicateur. Dans un pays, la norme de qualité spécifiée par les autorités compétentes peut être fixée à 50 %, tandis qu'à un autre moment à un autre endroit, elle peut être qualitative ou quantitative.

II.3.2.2. Collecte de l'information

Il y a quatre grands types de méthodes : des méthodes normales d'enregistrement et de transmission des données (y compris les rapports des superviseurs), des études spéciales sur les services de santé, des enquêtes sur les patients et des enquêtes sur les ménages [38].

Les quatre méthodes ne s'excluent pas. On peut combiner un ou deux d'entre elles ou plus.

II.3.3. EXEMPLES D'ÉVALUATION DES PRESTATIONS

Exemple 1 [29]

B. Mohapatra et collaborateurs ont entrepris d'évaluer les connaissances et le comportement professionnel des médecins responsables de centres de santé primaires dans les district ruraux de l'Etat d'Andhra Pradesh (Inde).

Cette évaluation concerne en particulier la nutrition et les questions qui s'y rapportent. Au total 114 médecins attachés à 80 centres de santé primaires y ont participé. Ils se sont servi d'un questionnaire essayé au préalable et qui couvrait les questions suivantes :

- connaissance de la nutrition et des questions qui s'y rapportent ;
- comportement professionnel des médecins au cours des activités relatives à la nutrition menées dans les centres de santé primaires ;
- connaissance générale des activités des centres de santé primaires ;
- connaissance des responsabilités professionnelles en général et des responsabilités particulières en matière de nutrition ;
- connaissance des responsabilités des différents agents des centres de santé primaires [29].

Les questions étaient de 3 types :

Oui/non/je ne sais pas, à réponses multiples ; et des questions ouvertes. Des notes ont été attribuées et les résultats exprimés en pourcentage, ont été classés comme « mauvais » (moins de 50 %), « satisfaisants » (de 50 à 75 %) ou « bons » (plus de 75 %).

Exemple 2 [9]

Thierry M. Comolet et collaborateurs ont entrepris d'évaluer un programme de supervision des centres de santé au niveau du district à Madagascar. Ce programme avait pour objet de renforcer les activités de supervision intégrée. Ce

programme de supervision permettait d'améliorer les prestations des agents de santé. L'amélioration de ces prestations permet d'évaluer la pertinence et l'efficacité du programme. [9]

La méthode a consisté en une mesure des performances des centres de santé supervisés, avant puis après l'intervention du programme à l'aide d'une grille d'évaluation objective. La grille standardisée explorait des points d'organisation et de gestion des centres de santé (registres, carte sanitaire, fiche de poste, tenue du réfrigérateur) des point de connaissances médicale et de qualité des prises en charge de certaines maladies commune par rapport aux standards nationaux. [9]

Chaque point de la grille a été quantifié et a permis d'établir un score de qualité mesurant les performances globales et détaillées des dispensaires. En utilisant la même grille en ex ante et ex post, il a été possible d'étudier si elles s'amélioraient après les visites de supervision. Les résultats de cette étude ont montré des nets progrès dans la plupart des centres, en terme d'amélioration quantitative et de qualité des services. [9]

III. OBJECTIFS DE L'ETUDE

I. OBJECTIF GENERAL

Evaluer les prestations des gérants des dépôts MEG de la région sanitaire de Bobo – Dioulasso.

II. OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Identifier les tâches exécutées par les gérants.
2. Déterminer les tâches correctement ou incorrectement exécutées par les gérants.
3. Identifier les causes des problèmes observés

IV. METHODOLOGIE

IV.1 Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée dans la région sanitaire de Bobo-Dioulasso qui est l'une des 11 régions sanitaires que compte le BF [20,26]. Cette région sanitaire comprend cinq (5) districts sanitaires [12].

IV.1.1. Données géographiques et démographiques

La région sanitaire de Bobo-Dioulasso est située à l'Ouest du Burkina Faso et couvre une superficie de 34 635 km² [12]. Elle s'étend sur 3 provinces (Houet, Kéné Dougou, Tuy), 33 départements, 7 communes et 459 villages [12].

Elle est limitée au nord par la région sanitaire de Dédougou, au sud par les régions sanitaires de Gaoua et de Banfora, à l'est par les régions sanitaires de Gaoua et de Dédougou, à l'ouest par la République du Mali [12].

Sur le plan démographique, la population de la région sanitaire de Bobo-Dioulasso était estimée à 1.165.428 habitants en 1999. La densité était de 34 habitants au km² [12].

Tableau des données géographiques et démographiques

Composantes \ Provinces	Houet	Kéné Dougou	Tuy	Totaux
Provinces	1	1	1	3
Départements	13	13	7	33
Communes	2	4	1	7
Districts sanitaires	3	1	1	5
Villages	182	183	94	459
Populations	789.388	203.094	172.946	1.165.428

IV.1.2. Organisation des services de la DRS

La Direction Régionale de la Santé (DRS) comprend les services internes, les services périphériques et les services rattachés [12]. Les services périphériques sont : le district sanitaire de Houndé, le district sanitaire de Dandé, le district sanitaire du secteur 15 (Bobo – Dioulasso), le district sanitaire du secteur 22 (Bobo – Dioulasso) soit cinq districts sanitaires au total [12].

La répartition des formations sanitaires étaient la suivante : 2 CMA (centre médical avec antenne chirurgicale) ; 1 centre médical (CM) ; 63 centres de santé et promotion sociale (CSPS) ; 11 dispensaires isolés ; 4 maternités isolées ; 2 centres de SMI isolés. En outre dans la région sanitaire, il y a un centre hospitalier national qui est le Centre Hospitalier National Sanou Souro (CHNSS).

Les gérants des dépôts MEG, au nombre de 86, étaient répartis comme suit :

14 dans le DS de Dandé, 29 dans le DS d'Orodara, 14 dans le DS du secteur 15, 18 dans le DS du secteur 22 et 11 dans le DS de Houndé [12].

Le personnel de santé comptait 625 membres dont un seul (1) pharmacien [12].

IV.2. Population d'étude

Elle est constituée par les gérants des dépôts MEG de la région sanitaire de Bobo-Dioulasso.

IV.3. Méthodes de l'étude

IV.3.1. Critères de sélection

Une année au moins de présence comme gérant dans un dépôt MEG a été le seul critère d'inclusion utilisé. Ainsi tous les gérants ayant travaillé pendant l'année 1998 ont été retenus et ceux n'ayant pas eu une année de travail au moins ont été exclus.

IV.3.2. Collecte des données

L'étude s'est effectuée en deux parties :

- une revue documentaire

Cette revue documentaire a porté sur les supports suivants utilisés par les gérants : fiches de stock, récapitulatif des ventes hebdomadaires, cahier des ventes journalières, cahier de versement.

- Enquête

Elle s'est déroulée sur 3 mois, de Décembre 1998 à Février 1999. A cet effet, une fiche d'enquête a été rédigée, testée et corrigée. Cette fiche comporte un questionnaire adressé au gérant et une grille de contrôle. Cette fiche a été remplie par nous-mêmes de la manière suivante : les gérants ont été interrogés dans leurs lieux de travail sur la base du questionnaire établi et leurs réponses ont été transcrites sur la fiche d'enquête. Quant à la grille de contrôle nous l'avons remplie sur la base des données récentes notamment celles qui étaient disponibles le jour de notre passage dans la formation sanitaire. Les données prises en compte sont celles qui ont concerné la période de janvier 1998 à février 1999.

IV.3.3. Critères d'évaluation et analyse des données

Ont été adoptés les critères d'évaluation suivants inspirés du guide des gérants des dépôts pharmaceutiques. [27]

Les tâches effectuées par le gérant ont été appréciées de la manière suivante :

- la commande a été considérée comme correctement effectuée si le gérant établit la liste des MEG de concert avec l'infirmier chef de poste et s'il estime les quantités à commander selon une procédure rationnelle tenant compte de la consommation moyenne mensuelle (CMM).

Elle a été considérée comme incorrectement exécutée si on observe une différence de 10 % entre les quantités commandées et celles que le gérant devrait commander en tenant compte de la CMM.

- le transport a été considéré comme correctement effectué si le gérant transporte les MEG dans de bonnes conditions de sécurité et incorrectement dans le cas contraire [27].
- La réception a été considérée comme correctement effectuée si le gérant procède aux différentes vérifications et incorrectement effectuée dans le cas contraire [27].
- Le stockage a été considéré comme correctement effectué si le gérant tient régulièrement les fiches de stock et s'il sait l'intérêt d'une fiche de stock, range les MEG de façon méthodique. De même, s'il tient le dépôt MEG propre, aéré et sec. Le stockage est incorrect dans les cas contraires.
- Le reconditionnement a été considéré comme correctement effectué si le gérant respecte les bonnes pratiques de reconditionnement et incorrectement effectué dans le cas contraire [27].
- La délivrance a été considérée comme correctement effectuée si le gérant vérifie l'ordonnance, prodigue des conseils au malade et s'il sait la posologie des médicaments choisis et la classification des substances vénéneuses. La délivrance a été aussi considérée comme correctement effectuée si le contrôle du cahier de versement ne montre aucune différence et si le ratio (CAR/CAT) est compris entre 0,98 et 1,02 ($0,98 \leq \text{CAR/CAT} \leq 1,02$). La délivrance est incorrecte dans les cas contraires [27].

Pour l'analyse des données, nous avons utilisé un système de notation afin de pouvoir résumer les résultats sous forme d'un symbole qui puisse servir de prise de décision [16,37].

Ce faisant, une valeur a été attribuée à chaque réponse. Ces valeurs ont été regroupés en une note que l'on a comparé à une norme de capacité

admissible. Cette norme représente la note que tout gérant est capable d'avoir, ce qui a permis d'évaluer le travail des gérants [16].

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel épi info version 5.0. Les associations statistiques ont été faites par le test Chi carré (χ^2) non corrigé de Pearson et le χ^2 corrigé de Yates.

V. RESULTATS DE L'ETUDE

V.1. Caractéristiques de la population d'étude

V.1.1. Population d'étude

Dans la région sanitaire de Bobo-Dioulasso, 82 gérants avaient au moins une année de travail. Ces gérants étaient repartis dans 75 FS.

Nous avons pu faire une enquête auprès de 68 gérants parmi eux. Ils étaient repartis dans 61 FS.

V.1.1.1. Répartition des gérants enquêtés en fonction du district sanitaire.

Les gérants étaient repartis dans les 5 districts de la région sanitaire comme suit :

Tableau I : Répartition des gérants en fonction du district sanitaire

District sanitaire	DS	DS	DS	DS	DS	Total
	Secteur 15	Secteur 22	Dandé	Houndé	Orodara	
Effectif des gérants enquêtés	11 (16,2%)	15 (22,1%)	13 (19,1%)	11 (16,2%)	18 (26,4%)	68 100%
Effectif total des gérants du district	12	16	14	11	29	82
% des enquêtés par rapport à l'effectif total	91,67%	93,75%	92,86%	100%	62,07%	82,92%

V.1.1.2. Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'âge et du sexe.

La répartition des gérants enquêtés en fonction de l'âge et du sexe est présentée dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des gérants en fonction de l'âge et du sexe

Age	Sexe		Total	Pourcentage
	Masculin	Féminin		
19 – 24 ans	7	1	8	11,7 %
25 – 29 ans	27	8	35	51,5 %
30 – 34 ans	11	4	15	22,1 %
35 – 54 ans	9	1	10	14,7 %
Total	54	14	68	100 %
Pourcentage	79,4 %	20,6 %	100 %	

Plus de la moitié des gérants enquêtés (51,5 %) avaient un âge compris entre 25 et 29 ans. De même, il y a une prédominance du sexe masculin (79,4 %) soit un sexe ratio (M/F) = 4,2.

V.1.1.3. Répartition des gérants enquêtés en fonction du type de FS

La répartition des gérants enquêtés en fonction du type de formation sanitaire a montré 66 gérants (97 %) dans les CSPS, 1 gérant (1,5 %) dans le CMA d'Orodara et 1 gérant (1,5 %) dans le CM de Dandé.

V.1.1.4. Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'ancienneté

La répartition des gérants enquêtés en fonction de leur ancienneté était la suivante :

Tableau III : Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'ancienneté

Ancienneté	1 - 2 ans	3 - 4 ans	5 - 9 ans	Total
Effectif	26	20	22	68
Pourcentage	38,2 %	29,4 %	32,4 %	100 %

Les gérants ayant une ou deux ans d'ancienneté étaient les plus nombreux (38,2 %)

V.1.1.5. Répartition des gérants enquêtés en fonction du mode de recrutement

- 60,3 % des gérants (effectif = 41) ont été recrutés par concours ;
- 39,7 % des gérants ont été recrutés sur proposition du comité de gestion.

Le concours était le mode de recrutement le plus utilisé.

V.1.2. Profil de formation du gérant

V.1.2.1. Répartition des gérants enquêtés en fonction du niveau d'instruction

Les gérants enquêtés étaient tous scolarisés et étaient repartis de la façon suivante :

Tableau IV : Répartition des gérants enquêtés en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	secondaire		Primaire	Total
	1^{er} cycle	2^o cycle		
Effectif	34	20	14	68
Pourcentage	50 %	29,4 %	20,6 %	100 %

Les gérants ayant le niveau d'instruction du premier cycle des Lycées et Collèges (50 %) sont les plus nombreux.

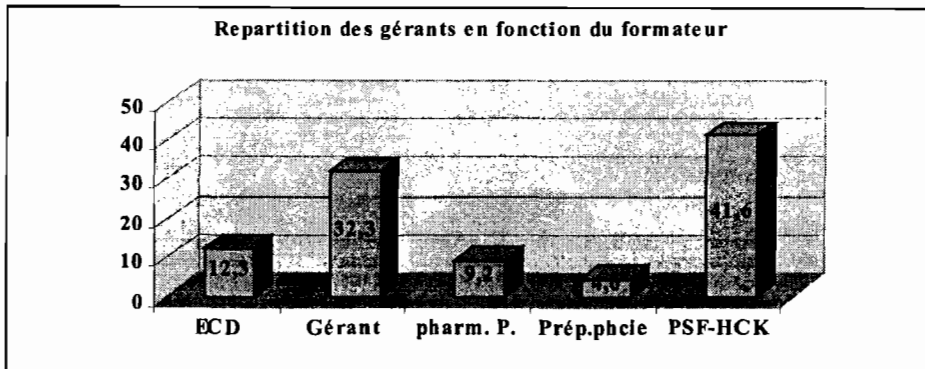
V.1.2.2. Répartition des gérants enquêtés en fonction de la formation en gestion des dépôts MEG

Les gérants enquêtés ont reçu pour la plupart une formation de gérant (95,6 %). Seulement 4,4 % soit 3 gérants n'ont pas reçu cette formation.

V.1.2.3. Répartition des gérants enquêtés en fonction du formateur

La répartition des gérants enquêtés en fonction du formateur était la suivante :

Figure 1 : Répartition des gérants enquêtés en fonction du formateur



La majorité des gérants ont été formé par le projet HCK et l'ONG PSF (41,6 %).

Soixante sept virgule sept pour cent (67,7 %) des gérants ont été formé par des professionnels de la santé et 32,3 % l'ont été par d'autres gérants.

V.1.2.4. Répartition des gérants enquêtés en fonction de la durée de la formation

La répartition des gérants enquêtés en fonction de la durée de la formation était la suivante :

Tableau V : Répartition des gérants enquêtés en fonction de la durée de formation

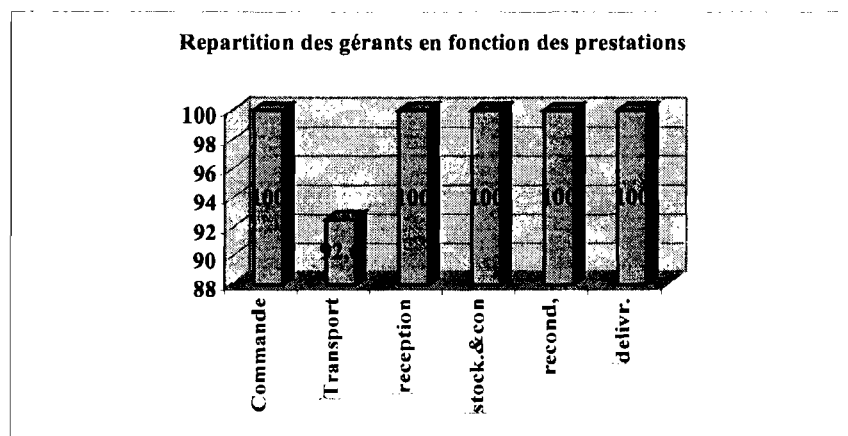
Durée de la formation	1 - 2 semaines	3 - 4 semaines	5 - 9 semaines	Total
Effectif	20	23	22	65
Pourcentage	30,8 %	35,4 %	33,8 %	100 %

La majorité des gérants avait eu au moins 3 semaines de formation (69,2 %). Trois (3) gérants n'ont pas reçu de formation.

V.2. Les tâches exécutées par les gérants des dépôts MEG

La répartition des gérants enquêtés en fonction des prestations exécutées est présentée à la figure 2.

Figure 2 : Répartition des gérants en fonction des prestations exécutées



Tous les gérants faisaient : la commande des MEG, la réception des MEG, le stockage et la conservation des MEG, le reconditionnement des MEG, la délivrance des MEG.

Seulement 7,4 % des gérants ne transportaient pas les MEG.

V.3. Evaluation des activités des gérants des dépôts MEG

La répartition des gérants enquêtés en fonction de l'appréciation de leur prestation figure au tableau VI.

Tableau VI : Répartition des gérants en fonction de l'appréciation de leurs prestations

Prestations	Appréciation					
	Correcte		Incorrecte		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Total
Commande	30	44,1 %	38	55,9 %	68	100 %
Transport et réception	57	83,8 %	11	16,2 %	68	100 %
Stockage et conservation	67	98,5 %	1	1,5 %	68	100 %
Reconditionnement	58	85,3 %	10	14,7 %	68	100 %
Délivrance	52	76,5 %	16	23,5 %	68	100 %
Tenue des documents de gestion	67	98,5 %	1	1,5 %	68	100 %
Ensemble des prestations	63	92,65%	5	7,35%	68	100%

La majorité des gérants (92,65 %) exécutaient correctement leurs prestations sauf la commande qui était incorrectement exécutée par la majorité des gérants (55,9 %) comme le montre la figure 3.

V.4. Déterminants des activités incorrectement exécutées

V.4.1 *Appréciation des déterminants des problèmes rencontrés*

V.4.1.1 Avis des gérants sur la difficulté de leur travail

Quatre vingt virgule neuf pour cent (80,9 %) des gérants enquêtés ont trouvé que leur travail était difficile tandis que 19,1 % ont jugés leur travail facile.

V.4.1.2. Tâches jugées difficiles par les gérants

La répartition des gérants enquêtés en fonction des tâches jugées difficiles était la suivante :

Tableau VII : Répartition des gérants en fonction des tâches jugées difficiles

Tâches jugés difficiles	Tenue des documents	Reconditionnement	Délivrance	Autres
Effectif des enquêtés	54	54	54	54
Effectif des enquêtés ayant jugé la tâche difficile	20	24	16	10
Pourcentage	37,03 %	44,44 %	29,63 %	18,51 %

La tenue des documents de gestion (37,03%) et le reconditionnement (44,44%) étaient des tâches difficiles.

V.4.1.3. Obstacles rencontrés par les gérants

Quatre vingt dix huit pour cent (98%) des gérants ayant jugés certaines tâches difficiles ont également signalé des obstacles les empêchant de faire correctement le travail.

La répartition des gérants en fonction du type d'obstacles était la suivante :

Tableau VIII : Répartition des gérants en fonction du type d'obstacle

Type d'obstacle	Manque de temps	Manque d'autorité	Manque de connaissance	Autres	Total
Effectif	30	5	6	9	50
Pourcentage	60 %	10 %	12 %	18 %	100 %

La majorité des gérants (60 %) ont évoqué le manque de temps comme obstacle principal.

V.4.1.4. Réception de primes par les gérants

Quarante huit (48) gérants (70,6%) ont reçu au moins une prime tandis que 20 gérants (29,4 %) n'en ont pas reçu en 1998.

V.4.2. Déterminants de l'exécution incorrecte de la commande

La commande est la tâche qui a été incorrectement exécutée par la majorité des gérants (55,9 %) comme l'indique le tableau VI.

V.4.2.1. Age des gérants

Le croisement entre l'appréciation de la commande et l'âge a donné les résultats suivants :

Tableau IX : Répartition des gérants en fonction de l'âge et de l'appréciation de la commande

Age Commande	19 - 24 ans	25 – 29 ans	30 – 34 ans	35 – 53 ans	Total
Correcte	4	16	6	4	30
Incorrecte	4	19	9	6	38
Total	8	35	15	10	68

Il n'y a pas de liaison statistique entre l'âge et la commande au seuil $\alpha=0,05$. La différence est non significative (χ^2 de Yates=0,0014).

V.4.2.2. Sexe des gérants

Le croisement entre l'appréciation de la commande et le sexe a donné les résultats suivants :

Tableau X : Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'appréciation de la commande et du sexe

Commande	Sexe		Total
	Féminin	Masculin	
Commande correcte	6	24	30
Commande incorrecte	8	30	38
Total	14	54	68

Il n'y a pas de liaison statistique entre le sexe et la commande ($\chi^2=0.01$; $p=0.9$).

V.4.2.3. Ancienneté des gérants

Le croisement entre l'appréciation de la commande et l'ancienneté a donné les résultats suivants :

Tableau XI : Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'ancienneté et de l'appréciation de la commande

Commande	1 – 2 ans	3 – 4 ans	5 – 9 ans	Total
Commande correcte	11	6	13	30
Commande incorrecte	15	14	9	38
Total	26	20	22	68

Il n'y a pas de liaison statistique entre l'ancienneté et l'appréciation de la commande ($\chi^2=3.65$; $p=0.1$).

V.4.2.4. Mode de recrutement des gérants

Le croisement entre la commande et le mode de recrutement a donné les résultats suivants :

Tableau XII : Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'appréciation de la commande et du mode de recrutement

Commande	Mode de recrutement		Total
	Concours	Proposition du COGES	
Commande correcte	21	9	30
Commande incorrecte	20	18	38
Total	41	27	68

Il n'y a pas de liaison statistique entre la commande effectuée par les gérants et leur mode de recrutement ($\chi^2=2.11$; $p=0.1$).

V.4.2.5. Niveau d'instruction des gérants

Le croisement entre l'appréciation de la commande et le niveau d'instruction a donné les résultats suivants :

Tableau XIII : Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'appréciation de la commande et le niveau d'instruction

Commande	1^{er} cycle	2^e cycle	Primaire	Total
Commande correcte	20	8	2	30
Commande incorrecte	14	12	12	38
Total	34	20	14	68

L'exécution de la commande est différente chez les gérants appartenant à au moins l'un des trois niveaux d'instructions. la différence est significative ($\chi^2=8.17$; $p=0.01$).

Tableau XIV : Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'appréciation de la commande et le niveau d'instruction (1^{er} cycle et primaire).

Commande	1^{er} cycle	Primaire	Total
Commande correcte	20	2	22
Commande incorrecte	14	14	28
Total	34	16	50

Les gérants qui ont un niveau d'instruction de premier cycle (58,8 %) ont mieux exécuté correctement la commande que ceux qui ont un niveau du primaire (12,5 %) ($\chi^2=9.4$).

Tableau XV : Répartition des gérants enquêtés en fonction du niveau d'instruction (2^e cycle et 1^{er} cycle)

Commande	1^{er} cycle	2^e cycle	Total
Commande correcte	20	8	28
Commande incorrecte	14	12	26
Total	34	20	54

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la commande effectuée par les gérants qui ont un niveau d'instruction du premier cycle et ceux qui ont un niveau d'instruction du seconde cycle ($\chi^2=1.7$).

V.4.2.6. formateur des gérants

Le croisement entre l'appréciation de la commande et le formateur a donné les résultats suivants :

Tableau XVI : Répartition des gérants en fonction de l'appréciation de la commande et du formateur

Commande	Formateur		Total
	Professionnel de la santé	Gérant	
Commande correcte	23	6	29
Commande incorrecte	21	15	36
Total	44	21	65

La commande ne diffère pas selon que les gérants ont été formé par des professionnels de la santé ou par d'autres gérants. Ces résultats sont non significatifs ($\chi^2=2.98$; $p=0.08$).

V.4.2.7. Durée de la formation des gérants

Le croisement entre l'appréciation de la commande et la durée de la formation a donné les résultats suivants :

Tableau XVII : Répartition des gérants en fonction de la durée de la formation et de l'appréciation de la commande

Commande	Durée de la formation			Total
	1 – 2 semaines	3 – 4 semaines	5 – 9 semaines	
Commande correcte	5	10	15	30
Commande incorrecte	15	13	7	35
Total	20	23	22	65

L'exécution de la commande diffère selon la durée de la formation. La différence est significative ($\chi^2=7.96$; $p=0.01$).

Tableau XVIII : Répartition des gérants en fonction de la durée de la formation et de l'appréciation de la commande

Commande	Durée de la formation		Total
	1 – 2 semaines	5 – 9 semaines	
Commande correcte	5	15	20
Commande incorrecte	15	7	22
Total	20	22	42

Les gérants ayant eu au moins 5 semaines de formation ont mieux exécuté correctement la commande que ceux qui ont eu au plus 2 semaines de formation. La différence est significative ($\chi^2=7.8$).

Tableau XIX : Répartition des gérants en fonction de la durée de la formation et de l'appréciation de la commande

Commande	Durée de la formation		Total
	3 – 4 semaines	5 – 9 semaines	
Commande correcte	10	15	25
Commande incorrecte	13	7	20
Total	23	22	45

Il n'y a pas de différence dans l'exécution de la commande par les gérants qui ont eu au moins 3 semaines de formation ($\chi^2=2.77$).

V.4.2.8. Réception de prime par les gérants

Le croisement entre l'appréciation de la commande et la réception de primes a donné les résultats suivants :

Tableau XX : Répartition des gérants en fonction de l'appréciation de la commande et de la réception de primes

Commande	Réception de primes		Total
	Non	Oui	
Commande correcte	5 (25 %)	25 (52,08 %)	30
Commande incorrecte	15 (75 %)	23 (47,02 %)	38
Total	20	48	68

Les gérants qui ont reçu au moins une prime ont mieux effectué correctement la commande ($\chi^2=4.20$; $p=0.04$).

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI.1. Limites et contraintes de l'étude

Notre étude a été effectuée dans la région sanitaire de Bobo-Dioulasso à l'exclusion des autres régions sanitaires du Burkina Faso. Nos résultats ne sont donc valables que dans la région sanitaire de Bobo-Dioulasso et ne peuvent être extrapolées sur l'ensemble du pays.

En outre la modicité de nos moyens et les contraintes de temps ne nous ont pas permis de faire une enquête exhaustive dans le district sanitaire de Orodara.

VI.2. Biais de l'étude

Les réponses données par les gérants au questionnaire ont pu être entachées de subjectivités ; ce qui peut biaiser nos résultats.

VI.3. Caractéristiques de la population d'étude

VI.3.1. Population d'étude

Soixante huit (68) gérants sur 82 prévus ont pu être enquêtés. Ce chiffre est suffisant pour faire des conclusions sur la population d'étude [6]

VI.3.1.1. Répartition des gérants enquêtés en fonction du district sanitaire

Le tableau n° I montre que les gérants étaient répartis dans les 5 districts sanitaires de la région sanitaire de Bobo-Dioulasso. Les gérants enquêtés au district sanitaire de Orodara étaient les plus nombreux (26,5 %) suivi respectivement de ceux du district sanitaire du secteur 22 (22,1 %) ; ceux du district sanitaire de Dandé (19,1 %), puis ceux du district sanitaire du secteur 15 (16,2 %).

VI.3.1.2. Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'âge et du sexe

Les gérants enquêtés de sexe masculin étaient 4 fois plus nombreux que ceux de sexe féminin. Ce qui est différent de la répartition des vendeurs en officine selon NAO [30] qui a trouvé une prédominance du sexe féminin (59 %).

Nous pouvons expliquer la prédominance du sexe masculin chez les gérants par le fait que la majorité des gérants (60,3 %) a été recruté par concours. Or le taux de scolarisation dans le sexe féminin est inférieur (16,8%) au taux de scolarisation dans le sexe masculin (29.5%) [15].

Le sexe féminin aura donc moins de chance pour être représenté parmi les gérants. Ce qui n'est pas le cas dans les grandes villes comme Ouagadougou et Bobo-Dioulasso où le taux de scolarisation dans le sexe féminin avoisine celui dans le sexe masculin [15].

Notre étude a montré que les gérants étaient âgés de 19 ans à 54 ans avec une prédominance de la tranche d'âge de 25 ans à 29 ans.

VI.3.1.3. Répartition des gérants enquêtés en fonction du type de formation sanitaire.

La majorité des gérants enquêtés (97 %) se trouvaient dans les CSPS car c'est à ce niveau qu'existent surtout les dépôts MEG gérés par des comités de gestion.

Le reste des gérants étaient dans les dépôts MEG du CMA de Orodara et du CM de Dandé.

Il convient de signaler que le CMA est l'échelon de référence dans le district sanitaire au niveau duquel existe normalement un dépôt répartiteur dont la gestion incombe à l'ECD.

VI.3.1.4. Répartition des gérants enquêtés en fonction de l'ancienneté

Les gérants enquêtés avaient 1 à 9 ans d'ancienneté. La majorité des gérants (38,2 %) avaient 1 à 2 ans d'expérience dans la gestion des MEG. On peut expliquer cela par le fait que l'ouverture des dépôts MEG depuis le lancement de l'IB à Koumbia en 1993 [28] s'est faite progressivement. De plus les gérants changent de fonction à chaque fois qu'ils trouvent un travail plus rémunérateur.

Il faut remarquer que les gérants qui ont plus de 5 ans d'anciennetés ont exercé ce travail avant le lancement de l'Initiative de Bamako.

VI.3.1.5. Répartition des gérants enquêtés en fonction du mode de recrutement.

Les concours et la proposition du comité de gestion étaient les 2 modes de recrutement des gérants dans la région sanitaire de Bobo-Dioulasso. Ainsi 60,3 % ont été recrutés par concours organisé généralement par département afin que le gérant soit un membre de la communauté. Le niveau requis pour le concours est généralement celui de la classe de quatrième des Lycées et Collèges.

VI.3.2. Profil de formation

VI.3.2.1. Répartition en fonction du niveau d'instruction

Les gérants enquêtés comme l'indique le tableau IV ont été tous scolarisés et leurs niveaux d'instruction variaient du primaire au second cycle des Lycées et Collèges. Les gérants ayant eu un niveau d'instruction du premier cycle des Lycées et Collèges étaient les plus nombreux (50 %). Ce résultat peut être expliqué par le fait que les gérants ont été en majorité recrutés par concours et que le niveau minimum requis est celle de la classe de quatrième des Lycées et Collèges.

NAO, trouvait également une prédominance du niveau d'instruction du premier cycle chez les vendeurs en officine [30] alors que le **bureau d'appui en santé**

publique (BASP'96) trouvait que les gérants de niveau secondaire (53,7 %) étaient les plus nombreux [4].

Les gérants ayant un niveau inférieur à la classe de quatrième ont été surtout recruté par proposition du comité de gestion.

VI.3.2.2. Répartition des gérants enquêtés en fonction de la formation en gestion des dépôts MEG

Les gérants enquêtés (sauf trois) ont tous reçu une formation préalable (95,6 %). Cette formation utilise comme support le guide du gérant des dépôts pharmaceutiques [27].

Après un bref rappel sur les concepts de soins de santé primaires, l'initiative de Bamako et le médicament le guide traite des grandes familles thérapeutiques et de la gestion des MEG. Sur cette base le gérant reçoit une formation théorique et pratique.

VI.3.2.3. Répartition des gérants enquêtés en fonction du formateur

Les gérants enquêtés ont été formés par des professionnels de la santé (67,7 %) et par d'autres gérants (32,5 %). Parmi les professionnels de la santé, les partenaires au développement sanitaire (projet HCK, PSF) ont joué un rôle important dans la formation des gérants (41,6%). Le reste des formateurs était l'ECD, des pharmaciens privés, et les préparateurs en pharmacie. Le profil des formateurs montrent que ceux-ci sont à même de donner une formation adéquate aux gérants sur la base du support de formation.

VI.3.2.4. Répartition des gérants enquêtés en fonction de la durée de la formation

La formation reçue par les gérants a duré d'une semaine à 9 semaines comme l'indique le tableau V. La majorité des gérants a reçu au moins 3 semaines de formation, délai suffisant pour appliquer le programme contenu dans le support de formation (1 semaine de formation théorique, 2 semaines de

formation pratique). Cette durée est supérieure à la durée moyenne de formation des gérants au Burkina Faso qui est de 9,5 jours [4].

VI.4. Les tâches exécutées par les gérants des dépôts MEG

La figure 2 montre que les gérants intervenaient à différents niveaux du cycle logistique de la gestion des MEG.

En effet 100 % des gérants faisaient la commande. Cette tâche comprend la détermination des quantités, la passation de la commande et l'achat des MEG.

Elle fait partie des fonctions de sélection et d'acquisition des MEG.

De même, tous les gérants faisaient la réception, le stockage et la conservation des MEG qui sont des tâches incluses dans la fonction de distribution au même titre que le transport. Cependant 7,4 % des gérants ne transportaient pas les MEG. Cette tâche était le plus souvent laissée à l'ICP qui avait des facilités de déplacement.

Cent pour cent (100%) des gérants exécutaient le reconditionnement et la délivrance. Ce sont des tâches qui nécessitent des documents de gestion dont la tenue constitue une tâche administrative.

VI.5. Evaluation des activités des gérants des dépôts MEG

Le tableau VI et la figure 3 montrent que la majorité des gérants (92,65%) exécutaient correctement leurs prestations. Parmi leurs prestations, seul la commande était incorrectement exécutée par la majorité des gérants (55,9 %).

VI.5.1. Commande

La majorité des gérants (55,9 %) ont incorrectement effectué la commande. Ils ont donc totalisé des points inférieurs à la norme admissible (70 %). Ceux-ci estimaient incorrectement les quantités à acheter. Ils ne respectaient la méthode de calcul des quantités basées sur la consommation antérieure, ce qui a pour conséquence la commande des quantités extrêmement faibles ou élevées et

les ruptures ou péremptions qui peuvent s'en suivre. Tout ceci a pour corollaire la mauvaise prise en charge des patients et un impact négatif sur la pérennisation de dépôts MEG.

VI.5.2. Transport et réception

83,8 % des gérants ont correctement effectué le transport et la réception. Ils ont donc totalisé des points \geq à la norme admissible (83 %). Ceux-ci transportaient les MEG de façon à garantir leur qualités et leurs quantités. Ainsi ils savaient classer les MEG dans les cartons de façon à minimiser les pertes, de même, ils prenaient des précautions pour éviter les secousses et les aléas naturels tels que la pluie et le soleil.

Lors de la réception les gérants vérifiaient la conformité des MEG en quantité comme en qualité avec les besoins exprimés.

VI.5.3. Stockage et conservation

Afin de répondre aux besoins des patients en leur fournissant le bon médicament au bon moment, les gérants font des stocks de MEG. La gestion de ces stocks nécessitent non seulement un bon suivi mais aussi une bonne conservation : les MEG doivent être conservés à l'abri de l'humidité, de la chaleur et de la poussière.

Les gérants en grande majorité (98,5 %) faisaient correctement cette tâche, ce qui leur permet de connaître l'inventaire exact du stock et de garantir la qualité des MEG. Ceux-ci avaient donc totalisés des points \geq 64 % (norme admissible)

VI.5.4. Reconditionnement

Le reconditionnement a été correctement exécuté par la majorité des gérants (85,3 %). Ils ont donc totalisé des points \geq 100 % (Norme admissible)

Les conditions de propreté et les précautions à prendre pour le reconditionnement était respecté. En effet les gérants appliquaient la règle FIFO (first in first out)

afin d'éviter les péremptions, étiquetaient les sachets en plastique qu'ils commandaient à la CAMEG.

VI.5.5 Délivrance

La délivrance met en rapport le gérant avec le client à qui il délivre le médicament. Il doit lui donner des conseils concernant le traitement prescrit (schéma thérapeutique ,...) ; ce qui implique la connaissance de la posologie des médicaments et aussi déceler éventuellement les erreurs de prescription. Les médicaments sont délivrés contre paiement du coût du traitement prescrit. Les sommes perçues sont versés au Trésorier du COGES. Elles serviront prioritairement à renouveler les stocks ; ce qui va pérenniser le dépôt MEG. Cette capacité est appréciée lors du contrôle trimestriel du dépôt MEG par le rapport CAR/CAT.

Les gérants en grande majorité s'acquittaient correctement de cette tâche. Ceux-ci ont donc totalisé des points ≥ 56 %.

VI.5.6. Tenue des documents de gestion

Lors du processus de gestion logistique, les gérants utilisent pour le suivi de leurs tâches des documents de gestion. Les gérants en grande majorité (98,5 %) exécutaient correctement cette tâche. Ceux-ci ont donc totalisé des points ≥ 50 % (norme admissible). En effet pour le panier de MEG choisi, leurs fiches de stock étaient à jour en général ; de même que les cahiers de ventes journaliers, de versements et les récapitulatifs hebdomadaires.

VI.6. Déterminants des activités incorrectement exécutées

VI.6.1 Appréciation des déterminants des problèmes rencontrés

Quatre vingt virgule neuf pour cent (80,9%) des gérants ont jugés leur travail difficile. Les tâches difficiles étaient pour 61,1 % des gérants, la tenue des documents de gestion et, le reconditionnement. Pour ces tâches le manque de

temps a été évoqué par la majorité des gérants (60 %) comme obstacle principal à la réalisation correcte de leur travail. Le manque de temps avait été signalé par **Allabah Emissah C.**, au Mali [14].

Ces avis ne sont pas en contradiction avec notre évaluation qui a porté essentiellement sur les connaissances théoriques et pratiques des gérants. Ceci est renforcée par le fait que très peu des gérants (12 %) ont évoqué le manque de connaissance comme obstacle à la réalisation correcte de leur travail.

DOMINGO C. signalait également des difficultés de reconditionnement des MEG au CHN-YO [13].

Les gérants en majorité (> 75,9 %) n'ont pas jugés la commande difficile, alors que notre évaluation a montré que 55,9 % des gérants l'ont incorrectement exécutée. Nous pouvons expliquer cet fait par leur ignorance des procédures rationnelles d'acquisition des MEG. En effet la plupart renouvellent leur stock de façon empirique.

Soixante dix virgule six pour cent (70,6%) des gérants ont reçu au moins une prime en 1998 à l'issue des contrôles trimestriels des dépôts MEG.

Le contrôle permet d'établir le rapport chiffre d'affaire réel sur le chiffre d'affaire théorique (CAR/CAT). Si le rapport CAR/CAT est compris entre 0,98 et 1,02 ($0,98 \leq \text{CAR/CAT} \leq 1,02$), le gérant reçoit une prime. Ce rapport indique que le gérant gère correctement et permet de juger de la pérennisation du dépôt MEG. Sur cette base, nous pouvons dire que les gérants enquêtés (70,6 %) gèrent correctement les MEG ; résultat auquel notre évaluation a abouti.

VI.6.2 Déterminants de l'exécution incorrecte de la commande

Comme le montre le tableau V, la commande est la tâche qui a été incorrectement exécutée par la majorité des gérants (55,9 %). Aussi, il est intéressant de déterminer les raisons de ces résultats.

VI.6.2.1. Age des gérants

Nous avons voulu voir si l'âge des gérants pouvait avoir une influence sur la commande. Le tableau IX a montré qu'il n'y avait pas de différence de l'appréciation de la commande selon l'âge. Les gérants âgés de 19 ans à 53 ans ont effectué la commande de la même façon (correctement ou incorrectement).

VI.6.2.2. Sexe des gérants

Le tableau X a montré que les gérants de sexe féminin font la commande de la même manière que ceux de sexe masculin.

VI.6.2.3. Ancienneté des gérants

L'expérience acquise au fil des années doit entraîner une exécution correcte de la commande. Mais le tableau XI n'a pas montré de différence parmi les gérants dans l'exécution de la commande selon l'ancienneté.

VI.6.2.4. Mode de recrutement des gérants

Les gérants recrutés par concours ont mieux exécuté la commande que ceux recrutés sur proposition du COGES comme l'indique le tableau XII.

VI.6.2.5. Niveau d'instruction des gérants

Le tableau XIII montre que les gérants qui ont un niveau d'instruction du premier cycle et ceux du 2^e cycle ont mieux correctement exécuté la commande que les gérants de niveau du primaire mais il n'y a pas de différence entre ceux qui ont un niveau du 1^{er} cycle et ceux du 2^e cycle.

VI.6.2.6 Formation des gérants

Nous avons voulu voir si les gérants formés par des professionnels de la santé exécutaient mieux la commande que ceux formés par d'autres gérants.

Le tableau XVI ne montre aucune différence entre les deux groupes de gérants. Nous pouvons expliquer cela par le fait que la formation a été orientée beaucoup plus sur la pratique que sur l'aspect théorique.

VI.6.2.7 Durée de la formation des gérants

Le tableau XVII a montré que les gérants qui ont eu moins de 3 semaines de formation ont correctement exécuté la commande que ceux qui ont eu une durée de formation inférieure. Ces derniers n'ont donc pas reçu une formation théorique suffisante qui leur permette de faire une bonne estimation des quantités à commander.

VI.6.2.8. Réception de primes par les gérants

La réception de primes est un indicateur de la bonne gestion des MEG pour les gérants. On doit donc s'attendre que les gérants ayant reçus au moins une prime effectuent mieux la commande. C'est ce qui montre le tableau XX. En effet, 52,08 % des gérants ayant reçu au moins une prime ont correctement exécuté la commande tandis que seulement 25 % des gérants n'ayant pas reçu de primes ont correctement exécuté la commande.

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII.1. CONCLUSION

Au terme de notre étude dont l'objectif était d'évaluer les prestations des gérants des dépôts MEG dans la région sanitaire de Bobo-Dioulasso, nous retenons que :

- Quatre vingt douze virgule soixante cinq pour cent (92,65%) des gérants enquêtés exécutaient correctement leurs prestations. En effet 83,8 % des gérants exécutaient correctement le transport et la réception des MEG ; 98,5 % des gérants exécutaient correctement le stockage et la conservation des MEG ; 85,3 % des gérants exécutaient correctement le reconditionnement des MEG ; 76,65 % des gérants exécutaient correctement la délivrance des MEG ; 98,5 % des gérants tenaient correctement les documents de gestion.
- Seule la commande était incorrectement exécutée par la majorité des gérants (55,9%).

Les raisons étaient que leur niveau d'instruction étaient insuffisant (Primaire) ; la durée de formation était insuffisante (< 2 semaines) et qu'ils n'ont pas reçu de primes à la fin des contrôles des dépôts MEG.

Les conclusions de cette étude nous permettent de dire que la plupart des gérants réalisent correctement leurs prestations dans les dépôts MEG dans la région sanitaire de Bobo – dioulasso. Si les gérants continuent sur cette lancée, il y a des raisons de croire à la viabilité à moyen et long terme des dépôts MEG et à une bonne promotion des MEG. Aussi, nous faisons les recommandations suivantes :

VII.2. RECOMMANDATIONS

1. Aux gérants des dépôts MEG de la région sanitaire de Bobo-Dioulasso

- appliquer les procédures rationnelles de détermination des quantités à acheter.
- approfondir leurs connaissances sur le médicament et sa gestion
- maintenir et améliorer l'exécution correcte de leurs tâches.

2. Aux comités de gestion

- étudier les possibilités d'accorder des primes d'encouragement aux gérants.
- recruter les gérants ayant un niveau minimum du secondaire des Lycées et Collèges.

3. Aux équipes cadres de districts

- S'impliquer davantage dans la formation des gérants. Cette formation doit insister sur les procédures rationnelles d'estimation des quantités à acheter. Elle doit durer au minimum 3 semaines.
- évaluer périodiquement le travail des gérants et donner une formation en cours de travail aux gérants.

4. Aux partenaires au développement sanitaire (Projet HCK, PSF)

Apporter un appui logistique, technique et financier aux ECD dans la formation et l'évaluation des gérants.

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Aiche JM, Aiche S, Renoux.** Initiation à la connaissance du médicament.
Paris : Masson 12^{ème} ed. 1995:17-19.
2. **Assemblée des députés du peuple.** Loi n° 24/94/ADP portant code de santé publique. ADP : Burkina Faso, 1994:788.
3. **Boucherle A, Louissette J.** Des mots pour la pharmacie - dictionnaire
Paris : Editions Santé, 1990:482.
4. **Bureau d'appui en santé publique.** Enquête sur l'utilisation des services de santé au Burkina Faso. Ouagadougou : EGS, 1996:13-18.
5. **Burkina Faso, UNICEF.** Initiative de Bamako Ouagadougou : BF, 1990:1-7.
6. **Brudon P, Rainhorn JD, Reich MR.** Indicateurs pour le suivi de la mise en œuvre des politiques pharmaceutiques nationales. Genève : OMS, 1996:46-58.
7. **Centre International de l'Enfance.** Evaluer les actions de santé dans le Tiers Monde. L'enfant en milieu tropical 1992;198 :67
8. **Centre International de l'Enfance.** Initiative de Bamako : des expériences de SSP. L'enfant en milieu tropical 1990;184/185:8-9.
9. **Comolet T.M, Rakotomala R. , Rasolomahefa D.** Evaluation d'un programme de supervision des centres de santé au niveau du district à Madagascar. Cahiers Santé 1997;7:103-8
10. **Conseil des Ministres. Ministère de la Santé (CM. MSASF).** Décret portant création de la CAMEG, décret n°92. 127/SAN-ASF CM. SASF.
Ouagadougou : DEP, 1992:9.
11. **Conseil des Ministres. Ministère de la Santé (CM.MSASF).** Décret portant institution d'une liste nationale des médicaments essentiels, décret n°92-128/SAN-ASF. Ouagadougou : CM.SASF, 1992.
12. **Direction Régionale de la Santé Bobo-Dioulasso.** Plan d'action annuel.
Bobo-Dioulasso : DRS,
1999: 5-14.

13. **Domingo C.** Evaluation de la mise en œuvre de la politique des MEG au CHNYOThèse pharm, FSS, Ouagadougou, 1999 N° 56, 81.
14. **Emissah C.** Etude sur l'application de la liste de référence des médicaments essentiels en DCI dans six (6) centres de santé communautaire du district de Bamako, 1999, 50.
15. **Institut National de la Statistique et de la Démographie.** Analyse des résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages. Burkina Faso : INSD, 1996:278.
16. **Katz F.M, Snow R.** Evaluation des compétences professionnelles des personnels des santé : guide pour la formation et la supervision. Cahier de santé publique 1981;72:9-34.
17. **Legrand G, Aiche JM.** Manuel du préparateur en pharmacie à l'usage des élèves préparateurs, préparateurs et des étudiants stagiaires en pharmacie. Paris : Masson 12^{ème} ed. 1994:788.
18. **Management sciences for health.** Bien gérer les médicaments traduit de managing drug supply. Paris : Diffusion Maloine, 1984:617.
19. **Mangeot A , Poisson J.** Notions de pharmacie galénique. Paris : Masson et C.E. 2^{ème} éd., 1974:221.
20. **Ministère de la Santé de l'Action Sociale et de la Famille.** Arrêté N°93/146/SASF/SG portant organisation, attributions et fonctionnement des districts sanitaires MSASF : BF, 1997.
21. **Ministère de la Santé de l'Action Sociale et de la Famille.** Document national sur le renforcement des SSP au BF. Ouagadougou : comité préparatoire IB, 1992:73.
22. **Ministère de la Santé de l'Action Sociale et de la Famille/Direction des Services Pharmaceutiques.** Avant projet de politique pharmaceutique nationale. Ouagadougou : DSPH, 1995:18.
23. **Ministère de la Santé, Pharmacien Sans Frontière.** Dépôts pharmaceutiques Passoré : Manuel du gérant Ouagadougou : PSF, 1996:6.

- 24. Ministère de la Santé/Direction des Etudes et de la Planification.** Guide de gestion des médicaments et des finances
Ouagadougou : DEP, 1994:93.
- 25. Ministère de la Santé/Direction des Etudes et de la Planification.**
Statistiques sanitaires. Ouagadougou :DEP, 1996:109.
- 26. Ministère de la Santé/Etats Généraux de la Santé.** Organisation du système de santé au BF : forces et faiblesses
Ouagadougou : EGS, 1999:5-11.
- 27. Ministère de la Santé/Direction Régionale de la Santé Bobo-Dioulasso, Pharmacien Sans Frontière.** Guide du gérant de dépôts pharmaceutiques. Bobo – Dioulasso : PSF,1998:53.
- 28. Ministère de la Santé.** Note introductive sur l'IB au Burkina Faso : Bilan des années 1992 et 1993 et perspective dans le contexte de la dévaluation du CFA
Ouagadougou :MS, 1994:13.
- 29. Mohapatra B. ,Ramadasmurthy V, Ramnath T. , Mohanram M.** Mieux formés pour mieux soigner. Forum mondial de la santé 1988 ;9:656-8
- 30. Nao N.** Etude des Actes pharmaceutiques au Burkina Faso : Evaluation dans les officines privées de Ouagadougou. Thèse pharmacie, FSS, Ouagadougou 1999 n°14, 98.
- 31. Organisation Mondiale de la Santé/ Bureau régional pour l'Afrique.** Accélérer l'instauration de la santé pour tous les africains : scénario du développement sanitaire en 3 phases.
Brazaville :OMS, 1989:1–9.
- 32. Organisation Mondiale de la Santé . Bureau régional .** Un aperçu de l'Initiative de Bamako et de sa mise en œuvre, Harare : bureau régional de l'Afrique, 1999:1-12.
- 33. Organisation Mondiale de la Santé.** Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 Genève : OMS, 1981:90.

- 34. Organisation Mondiale de la Santé.** Les médicaments essentiels. Le point 1985;1: 4-6.
- 35. Organisation Mondiale de la Santé.** Rapport sur la santé dans le monde, Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 1998:19-151.
- 36 Organisation Mondiale de la Santé. Série des rapports techniques.** L'utilisation des médicaments essentiels : liste modèle des médicaments essentiels. Genève : 5^{ème} rapport du comité d'experts, n°825 ; 1992:83-85.
- 37. Roemer M. I.** Evaluation des centres de santé. Cahier de santé publique 1973;48:31.
- 38. Roemer M.I. Montoya-Aguilar C.** l'évaluation de l'assurance de la qualité des soins de santé primaire. O.M.S. publication offset : Genève, 1989 ;105:75
- 39. Traoré M.** Contribution à l'évaluation de la mise en œuvre de l'IB au Burkina : étude de la gestion des médicaments essentiels et génériques au Sahel burkinabé. Thèse Pharm, Dakar, n°54,1997:112.
- 40.Trouiller P.** Le médicament générique dans les pays en développement. Cahiers de santé 1996;6:6-21.
- 41.UNICEF.** L'Initiative de Bamako : reconstruire les systèmes de santé. New York : Unité de Gestion pour l'Initiative de Bamako, 1995:1-5.

LX. ANNEXES

ANNEXE 1 : FICHE D'ENQUETE

A. QUESTIONNAIRE AU GERANT

PREMIERE PARTIE

I. Informations générales

Numéro de la fiche.....

1) Région sanitaire.....Nom du district.....

Province.....Nom du dépôt MEG.....

2) Type de formation sanitaire où existe le dépôt MEG

CM(A).....CM.....CSPS.....

II. Identité du gérant

1) âge.....sexe.....niveau d'instruction.....

2) Depuis quelle année, êtes-vous gérant ?

3) Avez-vous reçu une formation de gérant ?

OUI ___\ Non ___\

4) Si oui préciser : la durée.....
le formateur.....

5) Comment avez-vous été recruté ?

concours Oui ___\ Non ___\

Examen de dossier Oui ___\ Non ___\

Proposition du COGES Oui ___\ Non ___\

Autres (Préciser).....

6) Quels jugements portez-vous sur votre travail ?

difficile ___\ facile ___\

7) Quelles tâches trouvez-vous difficiles ?

- commande des produits Oui ___\ Non ___\

- tenue des documents de gestion Oui ___\ Non ___\

- reconditionnement des produits Oui ___\ Non ___\

- conseils au malade Oui ___\ Non ___\

- autres (préciser).....

8) Pour les taches que vous trouvez difficiles, y a-t-il des obstacles empêchant de les faire correctement ? Oui __\ Non __\

si oui, lesquels ? :

- Manque de temps Oui __\ Non __\

- manque d'autorité Oui __\ Non __\

- manque de connaissance Oui __\ Non __\

- Autres (Préciser).....

9) Avez-vous reçu des primes en 1998 ? Oui __\ Non __\

DEUXIEME PARTIE

I. Commande des MEG

1) Quel est le lieu d'approvisionnement ?

Dépôts répartiteur Oui __\ Non __\ CAMEG Oui __\ Non __\

Autres (Préciser).....

2) Quelles sont les parties prenantes dans l'établissement de la commande ?

Gérant Oui __\ Non __\

responsable de la F. S. Oui __\ Non __\

Un membre du COGES Oui __\ Non __\

3) Quel temps existe t - il entre deux commandes ?

1 mois __\ 2 mois __\ 3 mois __\

autres.....

4) Le calcul de la quantité à commander tient compte des facteurs suivants :

- consommation moyenne du produit Oui __\ Non __\

- délai de livraison Oui __\ Non __\

- stock de sécurité Oui __\ Non __\

- stock restant Oui __\ Non __\

II. Transport et réception des MEG

1) Quelles sont les précautions à prendre pendant le transport des MEG ?

- éviter les secousses Oui __\ Non __\

- éviter le contact direct avec le soleil Oui __\ Non __\

- protéger contre la pluie Oui ___\ Non ___\

2) A la réception des MEG, quelles vérifications fait-on ?

- date de péremption Oui ___\ Non ___\

- qualité physique des MEG Oui ___\ Non ___\

- conformité du bon de commande et du bordereau de livraison

Oui ___\ Non ___\

- autres (préciser).....

III. Stockage et conservation

1) Quel est l'intérêt d'une fiche de stock ?

- suivi des entrées et des sorties Oui ___\ Non ___\

- détermination de la quantité commander Oui ___\ Non ___\

- inventaire Oui ___\ Non ___\

2) Combien d'inventaires avez-vous fait en 1998 ?.....

IV. Reconditionnement

1) Faites-vous des reconditionnements Oui ___\ Non ___\

2) Combien de comprimés il y a dans un reconditionnement de :

- chloroquine 100 mg.....

- Paracétamol 500 mg.....

- Acide acétylsalicylique 500 mg.....

3) Quelles sont les précautions à prendre pendant le reconditionnement ?

Bonnes conditions de propreté ___\

Ne pas reconditionner plusieurs produits à la fois ___\

Utiliser le sachet en plastique ___\

Etiqueter le conditionnement ___\

4) Les médicaments à date de péremption proche sont ceux qui sont reconditionnés en premier lieu.

Oui ___\ non ___\

V. Délivrance des produits

1) Quelles sont les catégories de médicaments que vous détenez ?

médicament de la liste I (ex-tableau A) oui __\ non __\

médicament de la liste II (ex.tableau C) oui __\ non __\

médicament de la liste de stupéfiants oui __\ non __\

(ex. tableau B)

2) Quelles vérifications faut-il faire avant de servir une ordonnance ?

- vérifier l'authenticité de l'ordonnance (qualification de prescripteurs....)

oui __\ non __\

3) Quels conseils donnez-vous au client

explication de la posologie oui __\ non __\

précaution d'emploi oui __\ non __\

rien oui __\ non __\

4) Donnez les doses maximales pour adulte et par prise unique (voie orale)

des MEG suivants :

- chloroquine 100 mg cp.....
- paracétamol 500 mg cp.....
- acide acétylsalicylique 500 mg cp.....

GRILLE DE CONTROLE

I. Tenue des documents de gestion

- 1) Régularité de la tenue des fiches de stocks
 Régulière __\ non régulière __\
- 2) Régularité de la tenue du cahier de vente journalière
 Régulière __\ non régulière __\
- 3) Régularité de la tenue du cahier de versement
 Régulière __\ non régulière __\
- 4) Régularité de la tenue du récapitulatif hebdomadaire
 Régulière __\ non régulière __\

II. Contrôle du stockage et conservation

- 1) aération du dépôt oui __\ non __\
- 2) magasin sec oui __\ non __\
- 3) propreté du dépôt oui __\ non __\
- 4) rangement des produits F __\ O __\
- 5) prix affiché pour le public oui __\ O __\

F = famille thérapeutique

O = Ordre alphabétique

III. Appréciation des quantités à commander

MEG	CMM	Q1	Q2	(Q1-Q2) x 100 Q1
A.A.S cp				
Paracétamol cp				
Chloroquine cp				

CMM : consommation moyenne mensuelle

Q1 : Quantité commandée selon CMM

Q2 : Quantité réellement commandée

IV. Surveillance de la gestion des stocks [6]

MEG	Stock théorique	Stock réel	Rupture	Péréemption
AAS 500 mg				
Hydroxyde d'Alumine 500 mg				
Amoxicilline 250 mg				
Chloroquine 100 mg				
Sels de fer 60 mg				
Mébéndazole 100 mg				
Métronidazole 250 mg				
Paracétamol 500 mg				
Pénicilline V 250 mg				
SMZ + TMP 480 mg				

V. Contrôle de la gestion financière

1. Contrôle du versement des recettes.

Jours choisis	A	B
J1		
J2		
J3		

(J1) : A = B Oui _ \ non _ \

Si non expliquer pourquoi.....

(J2) : A = B Oui _ \ non _ \

Si non expliquer pourquoi.....

(J3) : A = B Oui __\ \ non __\ \

Si non expliquer pourquoi.....

A = montant figurant sur le cahier de vente le jour du versement.

B = montant versé le jour J.

2. Appréciation des ventes

$$\frac{\text{CAR}}{\text{CAT}} =$$

CAR = Chiffre d'affaire réalisé sur la période.

CAT = Chiffre d'affaire théorique sur la période

ANNEXE 2 : TABLEAU DES NORMES ADMISSIBLES

Tâches	Formule mathématique	Norme admissible
Commande	X ---- x 100 10	7 ---- x 100 = 70 % 10
Transport et réception	X ---- x 100 6	5 ---- x 100 = 83 % 6
Stockage et conservation	X ---- x 100 25	16 ---- x 100 = 64 % 25
Reconditionnement	X ---- x 100 8	8 ---- x 100 = 100 % 8
Délivrance	X ---- x 100 16	9 ---- x 100 = 56 % 16
Tenue des documents de gestion	X ---- x 100 4	2 ---- x 100 = 50 % 4
Ensemble des tâches	X ----x 100 69	47 ----x 100=68% 69

**ANNEXE 3 : LISTE DE GERANTS DES DEPOTS DE LA RS BOBO-
DIOULASSO**

District sanitaire	Dépôt MEG	Nombre de gérants enquêtés
DS du secteur 15	Balla	1
	Baré	1
	Karangasso vigué	1
	kouentou	1
	Kotédougou	0
	Léguéma	1
	Léna	1
	Satiri	1
	Santidougou	1
	Soumousso	1
	Sarfalao (Bobo)	2
Total	11	11
DS du secteur 22	Accart-ville (Bobo)	2
	Maternité S. Sylla	0
	Hamdallaye (Bobo)	2
	DRS (Bobo)	1
	Lafiabougou (Bobo)	2
	Matourkou	1
	Péni	1
	Toussiana	1
	Tapoko	1
	Koumi	1
	Nasso	2
K. Sambla	1	
TOTAL	12	15

DS Dandé	Bama	2
	Banwali	1
	Dandé	2
	Faramana	1
	Kiébani	1
	Kimini	1
	Koundougou	1
	Lahirasso	1
	Padéma	1
	Soungalodaga	1
	Toukoro	0
Vallé du kou	1	
TOTAL	12	13
DS de Houndé	Béréba	1
	Bouahoun	1
	Bouéré	1
	Fouzan	1
	Houndé	1
	Kiééré	1
	Koumbia	1
	Pê	1
	Sara	1
	Wakuy	1
TOTAL	11	11
DS ORODARA	Bangasso	0
	Banzon	1
	Bléni	0
	Diéri	0
	Djigouera	1
	Kayan	1
	Kangala	1

	Kotoura	1
	Kourouma	1
	Kourignon	1
	Lanviera	1
	Morolaba	0
	N'Dorola	1
	Niamberla	1
	N'Gorguerla	0
	Ouolonkoto	0
	Orodara	1
	Samogohiri	1
	Samoroguan	0
	Sérékéni	1
	Sikorla	1
	Sifarasso	1
	Silorola	0
	Sindo	0
	Sokouraba	1
	Sokoroni	0
	Tigan	1
	Zitonosso	1
TOTAL	29	18
TOTAL GENERAL	75 dépôts MEG	68 gérants

ANNEXE 4 : DOCUMENTS DE GESTION

4.1 Bon de commande

CSPS de						
Le/...../.....						
Les responsables du dépôt de Médicament						
A						
Monsieur de gérant du dépôt Répartiteur de						
BON DE COMMANDE						
Désignation	Dosage	Forme	Cdt	Prix	Quantité	Valeur
Commande pour la somme de (en lettres)						
Le gérant	Le responsable du CSPS		Le président du COGES			

4.2. Bordereau de livraison

Bordereau de livraison					
District de :					
Formation sanitaire de :					
N°	Produit (nom, forme, dosage)	cdt	Quantité	Prix unitaire	Prix total
	Montant total de la commande				

Commande pour la somme de :

Le fournisseur

Nom.....

Prénom.....

Signature.....

Le client

.....

.....

.....

4.3 Cahier de péremption

Mois de :			
Année :			
Date	Nom, forme, dosage	N° lot	Quantité reçue

4.4 Fiche de stock

Fiche de stock					
Nom du produit :					
Dosage :					
Forme : Stock de sécurité :					
Date	Entrée	Sortie	Stock théorique	Provenance destination	Stock réel

4.5 Cahier de reconditionnement

Désignation :

Nombre d'unité par conditionnement :

Date	Présentation nombre d'unité /boîte	Nombre théorique et cdt	Nombre réel de cdt	Pertes ou excès

4.6 Fiches de position

- Salle de réserve

Nom Générique - DC1	:
Dosage	:
Forme	:
Stock de sécurité	:

- Salle de vente

Nom Générique - DC1	:
Dosage	:
Forme	:
Stock de sécurité	:

Annexe 5 : SCORES OBTENUS PAR LES GERANTS EN POURCENTAGE

Gérant N°	Score par tâche						Score Ensemble des tâches
	Commande	Transport et réception	Stockage et conservation	Reconditionnement	Délivrance	Tenues des doc	
N°1	50 %	67 %	77 %	100 %	63 %	75 %	71,32 %
N°2	60 %	100 %	92 %	100 %	69 %	75 %	81,15 %
N°3	70 %	85 %	85 %	88 %	73 %	75 %	79,85 %
N°5	70 %	84 %	84 %	100 %	38 %	75 %	74,63 %
N°6	100 %	92 %	92 %	100 %	69 %	50 %	82,60 %
N°7	70 %	84 %	84 %	100 %	50 %	100 %	78,26 %
N°8	70 %	78 %	78 %	100 %	69 %	75 %	78,98 %
N°9	70 %	82 %	82 %	100 %	62 %	67 %	77,69 %
N°10	80 %	100 %	88 %	100 %	63 %	75 %	82,60 %
N°11	40 %	100 %	86 %	100 %	56 %	50 %	73,18 %
N°12	40 %	100 %	86 %	100 %	44 %	50 %	71,32 %
N°13	70 %	33 %	80 %	100 %	67 %	50 %	77,05 %
N°14	70 %	100 %	76 %	100 %	73 %	50 %	77,94 %
N°16	40 %	83 %	73 %	100 %	54 %	50 %	67,9 %
N°17	50 %	100 %	73 %	100 %	54 %	50 %	70 %
N°18	30 %	100 %	88 %	100 %	53 %	75 %	73,32 %
N°19	60 %	100 %	90 %	100 %	40 %	100 %	75,73 %
N°20	50 %	100 %	88 %	100 %	63 %	75 %	71,32 %
N°21	80 %	100 %	98 %	100 %	69 %	75 %	81,15 %
N°22	60 %	83 %	76 %	100 %	73 %	75 %	79,85 %
N°23	70 %	100 %	88 %	100 %	38 %	75 %	74,63 %
N°24	60 %	100 %	72 %	100 %	69 %	50 %	82,60 %
N°25	70 %	100 %	100 %	100 %	50 %	100 %	78,26 %
N°26	40 %	100 %	80 %	100 %	69 %	75 %	78,98 %
N°27	60 %	100 %	84 %	100 %	62 %	67 %	77,69 %
N°28	70 %	100 %	82 %	100 %	63 %	75 %	82,60 %
N°29	80 %	83 %	84 %	100 %	56 %	50 %	73,18 %
N°30	80 %	100 %	84 %	100 %	44 %	50 %	71,32 %
N°31	60 %	100 %	76 %	88 %	67 %	50 %	77,05 %
N°32	70 %	67 %	77 %	100 %	73 %	50 %	77,94 %
N°33	80 %	67 %	77 %	100 %	54 %	50 %	67,9 %
N°34	70 %	100 %	82,5 %	100 %	54 %	50 %	70 %
N°35	70 %	100 %	94 %	100 %	53 %	75 %	73,32 %
N°36	50 %	100 %	86 %	100 %	63 %	100 %	78,98 %
N°37	60 %	100 %	86 %	100 %	53 %	50 %	74,63 %

gérant N°	Score par tâche						Score Ensemble des tâches
	Commande	Transport et réception	Stockage et conservation	Reconditionnement	Délivrance	Tenues des doc	
N°38	90 %	83 %	65 %	100 %	56 %	50 %	70,28 %
N°39	40 %	67 %	90 %	100 %	50 %	75 %	71,73 %
N°40	80 %	100 %	82 %	100 %	56 %	100 %	80,43 %
N°42	80 %	100 %	86 %	100 %	88 %	50 %	86,23 %
N°43	50 %	83 %	90 %	100 %	75 %	50 %	92,68 %
N°44	30 %	100 %	71 %	100 %	50 %	50 %	63,76 %
N°45	70 %	100 %	80 %	100 %	75 %	50 %	79,71 %
N°46	57 %	100 %	96 %	100 %	81 %	100 %	89,39 %
N°47	30 %	67 %	98 %	100 %	75 %	100 %	80,43 %
N°48	70 %	83 %	86 %	100 %	75 %	50 %	80,43 %
N°49	71 %	100 %	88 %	88 %	69 %	75 %	83,33 %
N°50	20 %	100 %	76 %	100 %	63 %	50 %	65,21 %
N°51	60 %	100 %	84 %	100 %	63%	75 %	81,15 %
N°52	86 %	100 %	73 %	100 %	56 %	50 %	71,32 %
N°53	71 %	100 %	88 %	100 %	69 %	75 %	76,47 %
N°59	40 %	50 %	84 %	75 %	67 %	75 %	76 %
N°60	70 %	100 %	100 %	100 %	87 %	100 %	93 %
N°61	40 %	100 %	76 %	100 %	63 %	50 %	72 %
N°62	43 %	100 %	72 %	100 %	73 %	50 %	73 %
N°63	29 %	100 %	74%	100 %	67 %	50 %	74 %
N°54	40 %	100 %	98 %	100 %	67 %	50 %	82 %
N°65	50 %	100 %	74 %	100 %	75 %	75 %	73 %
N°67	40 %	50 %	84 %	75 %	67 %	75 %	68 %
N°72	29 %	100 %	78 %	88 %	56 %	50 %	68 %
N°73	20 %	100 %	72 %	100 %	73 %	50 %	72 %
N°79	40 %	33 %	83 %	75 %	73 %	75 %	69 %
N°80	40 %	100 %	77 %	88 %	60 %	50 %	70 %
N°82	71 %	83 %	86 %	100 %	56 %	50 %	77 %
N°76	30 %	50 %	69 %	63 %	33 %	50 %	52 %
N°83	60 %	100 %	84 %	100 %	88 %	50 %	81 %
N°56	20 %	67 %	88 %	100 %	73 %	100 %	76 %
N°75	20 %	33 %	80 %	63 %	50 %	50 %	54 %
N°64	71 %	100 %	52 %	88 %	73 %	50 %	72 %
N°68	30 %	100 %	72 %	100 %	73 %	75 %	72 %

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

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

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

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

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

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

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

SUMMARY

Author : SANGARE Karim

Title : Evaluation of the Essential Generic Medecine store managers' performance in the Sanitary Region of Bobo-Dioulasso.

In the aim to contribute to the good management of the Essential Generic Medecines (EGM), we undertake to evaluate the performance of the store managers in charge of the keeping of the Essential Generic-Medecines in the Sanitary Région of Bobo-Dioulasso.

Our methodology consisted in literature review and in an investigation towards the managers from december 1998 to February 1999.

This evaluation showed that 96,65 per cent of the managers were executing their task properly. In fact, 83,8 per cent of them were carrying out the storage and the conservation of the Essential Generic Medecines correctly ; 85,3 pour cent were executing correctly the reconditioning of the EGMS ; 76,5 per cent were doing well their delivrance ; 98,5 per cent of the managers are keeping correctly the management documents.

Only the ader was uncorrectly carried out by the majority of the managers (55,9 per cent). The measons were that the level of education was low (primary) ; the duration of the training unsuffisient (< 2 weeks) and that the managers haven't perceived allowances at the end of the E G M stores controls.

Since most of the managers were accomplishing their work correctly, there are reasons to believe in the viability, in the long run, of the E G M stores and their good promotion.

RESUME

AUTEUR : SANGARE Karim

**TITRE : EVALUATION DES PRESTATIONS DES GERANTS DES DEPOTS
MEDICAMENTS ESSENTIELS GENERIQUES DE LA REGION SANITAIRE DE
BOBO-DIOULASSO**

Dans le but de contribuer à une bonne gestion des médicaments essentiels génériques (MEG), nous avons entrepris d'évaluer les prestations des gérants des dépôts de médicaments essentiels génériques de la région sanitaire de Bobo-Dioulasso.

Notre méthodologie a consisté à effectuer une revue documentaire et une enquête auprès des gérants de décembre 1998 à février 1999.

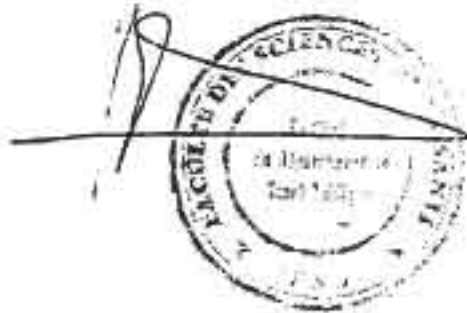
Cette évaluation a montré que 92,65 % des gérants exécutaient correctement leurs prestations. En effet 83,8 % des gérants exécutaient correctement le stockage et la conservation des MEG ; 85,3 % exécutaient correctement le reconditionnement des MEG ; 76,5 % exécutaient correctement la délivrance des MEG ; 98,5 % des gérants tenaient correctement les documents de gestion.

Seule la commande était incorrectement exécutée par la majorité des gérants (55,9 %). Les raisons étaient que leur niveau d'instruction était insuffisant (primaire) ; la durée de formation était insuffisante (< 2 semaines) et qu'ils n'ont pas reçu de primes à la fin des contrôles des dépôts MEG.

Puisque la plupart des gérants exécutaient correctement leurs prestations, il y a des raisons de croire à la viabilité à moyen et long terme des dépôts MEG et à une bonne promotion des MEG.

**Mots clefs : - EVALUATION-PRESTATIONS-GERANTS-MEG-
Région Sanitaire de Bobo-Dioulasso**

Vu le Directeur de thèse



Pr. Dr. B. Amro

Vu le Président du Jury

Vu ce 26/04/00

[Handwritten signature]

Vu et permis d'imprimer le Doyen de la F.S.S.