

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

ECOLE SUPERIEURE DES SCIENCES DE LA SANTE
E.S.S.SA

Année académique 1989 - 1990 N° 15

The B
14
SAV

**ANALYSE DU PROCESSUS
D'APPROVISIONNEMENT
EN MEDICAMENTS DANS LE CIRCUIT DE
DISTRIBUTION PUBLIC AU BURKINA FASO**

(Enquête réalisée auprès de 96 structures)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 22 juin 1990
pour l'obtention du grade de DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

par

Eugène Bonaventure Marie SAVADOGO
né le 10 juillet 1962 à Kourbo-Bagaré OUAHIGOUYA (B.F.)

Président du Jury :
Professeur François CANONNE

Membres :
Professeur Agrégé Julien YILBOUDO
Docteur Abdoulaye TRAORE
Docteur Bruno MARTIN
Docteur Mamadou SAWADOGO

Directeur de Thèse :
Docteur Innocent Pierre GUISSOU
Co-Directeur :
Professeur François CANONNE

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
ECOLE SUPERIEURE DES SCIENCES DE LA SANTE
(E.S.S.S.A.)

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF DE L'E.S.S.S.A.

DIRECTEUR

Rambré Mounouni
OUMINGA

DIRECTEUR DES ETUDES

P. Daniel ILBOUDO

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

Kayria BANSE

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
Ecole Supérieure des Sciences de la Santé
(E.S.S.S.A.)

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'E.S.S.S.A.

ENSEIGNANTS PERMANENTS.

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUIMINGA

Anatomie organogénèse et
Chirurgie.
Sémiologie et Pathologie
médicales

Hilaire TIENDREBEOGO

Professeur associé

François CANONNE

Santé publique

Maîtres de Conférences Agrégés

Amadou SANOU

Chirurgie

Bobilwendé Robert SOUDRE

Anatomie pathologique

Tinga Robert GUIGUEMDE

Parasitologie

Julien YILBOUDO

Orthopédie-Traumatologie

Bibiane KONE

Gynécologie-Obstétrique

Alphonse SAWADOGO

Pédiatrie

Maître Assistant

Innocent Pierre GUISSOU

Pharmacologie

Maître Assistant associé

Ould MOHAMMEDI

Dermatologie

Assistants Chefs de Clinique

Pascal BONKOUNGOU

Gastro-Entérologie

Boukari Joseph OUANDAOGO

Cardiologie

Kongoré Raphaël OUEDRAOGO

Chirurgie

Tanguet OUATTARA

Chirurgie

R. Joseph KABORE

Gynéco-Obstétrique

Mamadou Patrice ZEI

"

Luc SAWADOGO

"

Philippe ZOURE

"

Saïdou Bernard OUEDRAOGO

Radiologie

François René TALL

Pédiatrie

Issa SANOU

Pédiatrie

Toungo Christian SANOU (in memoriam)

Oto Rhino Laryngologie

Assistant Chef de Clinique Associé

Gérard MITELBERG

Psychiatrie

Assistants

Raphaël DAKOURE
Lady Kadidiatou TRAORE
Mamadou SAWADOGO
K. Ludovic KAM
Piga Daniel ILBOUDO
Doro SERME
Virginie TAPSOBA
Adama LENGANI
Sophar HIEN
Jean LANKOANDE
Hamadé OUEDRAOGO
Arouna OUEDRAOGO
Oumar TRAORE

Anatomie-Chirurgie
Parasitologie
Biochimie
Pédiatrie
Gastro-entérologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Néphrologie
Chirurgie
Gynécologie
Anesthésie-Réanimation
Psychiatrie
Chirurgie

Assistant associé

Akpa Raphaël GBARY

Epidémiologie

Chargés de cours

Annette SCHWEICH
Jean LANDOIS
Daniel TRANCHANT
Maurice GALIN

Physiologie
Chirurgie
Endocrinologie
Oto Rhino Laryngologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Institut des Sciences de la Nature (I.S.N.)

Maîtres de Conférences

Sita GUINKO
S. Alfred TRAORE

Biologie cellulaire
Immunologie

Maître assistant

Didier ZONGO

Génétique

Assistant

Makido B. OUEDRAOGO
Apollinaire BAYALA (in memoriam)

Génétique
Physiologie

Jeanne MILLOGO
Raymond BELEMTOUËGOURI

T.P. Biologie cellulaire
T.P. Biologie cellulaire

Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques (I.M.P.)

Maître de Conférence

Akry COULIBALY

Mathématiques

Maîtres assistants

Gemtibo Jean-Baptiste OUEDRAOGO
Aboubakary SEYNOU

Physique
Statistiques

Institut de Chimie (IN.C.)

Maître de Conférence

Laou Bernard KAM

Chimie

Ecole Supérieure des Sciences Economiques (E.S.S.E.C.)

Maitre assistant

Tibo Hervé KABORE

Economie-Gestion

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY

Dr Jean Zézouma SANOU

Dr Bruno ELOLA

Dr Jean KABORE

Dr Michel SOMBIE

Mr Abdoulaye KEITA

Mr René DALLA

Mlle Rasmata TRAORE

Mr Casimir KADEBA

Dr Madi KABRE

Psychologie

Psychiatrie

Anesthésie-Réanimation

Neurologie

Planification

Planification

Statistiques

T.P. Bactériologie

T.P. Biochimie

Oto Rhino Laryngologie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

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

Pr Lamine DIAKHATE

Pr Abibou SAMB

Pr José-Marie AFOUTOU

Mr Makhtar WADE

Pr M. K. A. EDEE

Hématologie (Dakar)

Bactériologie-Virologie (Dakar)

Histologie-Embryologie (Dakar)

Bibliographie (Dakar)

Biophysique (Lomé)

O.M.S.

Dr Jean-Jacques BERJON

Dr Frédérick GALLEY

Dr Moussa TRAORE

Pr Auguste KADIO

Pr Jean Marie KANGA

Pr Arthur N'GOLET

Histologie-Embryologie (Creteil)

Anatomie pathologique (Lille)

Neurologie (Bamako)

Pathologie infectieuse et

parasitaire (Abidjan)

Dermatologie (Abidjan)

Anatomie pathologique (Brazzaville)

Mission Française de Coopération

Pr J. C. KOUYOUMDJIAN

Pr Daniel LAURENT

Pr Michel DUSSARDIER

Pr Michel JAN

Pr Etienne FROGE

Pr Henri MOURAY

Pr P. QUEGUINER

Mlle Evelyne WIRQUIN

Mr P. JOUANNET

Mr THEPOT

Dr Claire SCHWARTZ

Dr Brigitte DELEMER

Biochimie (Creteil)

Physiologie (Creteil)

Physiologie (Marseille)

Neuro-Anatomie (Tours)

Médecine légale Médecine

du travail (Tours)

Biochimie (Tours)

Ophtalmologie (Marseille)

Biophysique (Creteil)

Histologie-Embryologie (Paris)

Histologie-Embryologie (Paris)

Endocrinologie (Reims)

Endocrinologie (Reims)

DEDICACES

JE DEDIE CE TRAVAIL ...

* A mon Père et à ma Mère.

Vous ne m'avez pas seulement donné le jour; à mes jours vous y avez ajouté de la vie. Tout mon amour filial et toute ma reconnaissance.

* A mes aînés, Pierre et Alexandre; plus que des frères vous avez été pour moi des amis sincères; aux moments des grandes épreuves vous avez toujours été là. Tout mon attachement fraternel.

* A mes soeurs et frères cadets, puisse nos efforts vous guider et puissions-nous rester unis pour la vie.

* A Laurent et famille, pour toute l'attention dont j'ai été objet.

* A I. Annette, de tout coeur, pour la compréhension.

* A tous mes oncles, tantes, cousines et cousins.

* A J. Librecht : vous avez été pour moi un père toute ma gratitude.

* A son excellence K. HYLLA, la Providence a organisé notre liaison;

* A Monsieur M. le BAILLY, sincères amitiés.

* A tous mes amis de l'école primaire, de notre Dame d'Afrique, de Kossoguin, très beaux souvenirs .

* A mes amis et amies de toujours; je ne saurai vous citer individuellement sans faire des omissions.

"Rien n'est plus difficile à supporter qu'une série de beaux jours"GOETHE

Je voudrais dire merci à vous qui m'avez aidé en me remontant le moral, en m'encourageant, en vivant mes angoisses et mes espérances.

* A mes maîtres à quelques niveaux que ce soit; voyez en ces lignes, la reconnaissance infinie d'un élève que vous avez su durant des années, forger, modeler et éduquer avec abnégation et foi.

* A mes compagnons et amis de faculté.

La route a été longue et quelque fois rude, mais le courage et la persévérance ont triomphé ; bonne carrière médicale à tous.

* A André, Florent, Patrice, puissions-nous savoir toujours nous tenir les mains.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A NOS MAITRES ET JUGES

* A NOTRE PRESIDENT DE JURY.

Monsieur le professeur François CANONNE.

Vous avez été présent du début à la fin de ce travail pour nous guider et nous aider.

En acceptant de présider à cette thèse, vous nous reconfirmez votre disponibilité, et l'intérêt que vous porter à notre formation.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et toute notre reconnaissance,

Pour l'honneur et le plaisir que vous nous faites en présidant le jury de cette thèse.

* A notre maître et juge.

Le professeur Julien YILBOUDO chef des services chirurgicaux de l'hôpital YAL GADO.

Nous avons apprécié vos qualités scientifiques durant notre stage dans votre service et durant votre enseignement.

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de participer à notre jury.

Veillez accepter nos remerciements sincères et soyez rassuré de notre profond respect.

* A notre maître et juge.

Le Docteur Abdoulaye TRAORE.

Economiste de santé et consultant de l'UNICEF.

Ce travail ne Vous est pas étranger, pour nous avoir prodigé de précieux conseils lors de sa réalisation et pour avoir déjà de par vos compétences propres réfléchi sur le problème du médicament. Nous avons apprécié à toutes les rencontres, votre disponibilité.

Puisse ce travail être l'occasion de vous témoigner notre respect et notre reconnaissance.

* A notre maître et juge.

Monsieur le Docteur BRUNO MARTIN, de l'UNICEF.

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

* A notre maître et juge.

le Docteur Mamadou SAWADOGO, Directeur de l'Institut de recherches sur les substances naturelles. Votre dynamisme, votre simplicité et vos qualités d'homme de sciences ont fait de vous un enseignant bien aimé et proche de ses étudiants. Un aîné sur qui on peut compter et avec qui il faut compter. Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect, de notre reconnaissance.

Y A SAÏDOU SAWADOGO . Pharmacien (provinciale Boulgou)

A NOS DIRECTEURS DE THESE

* Le Docteur Innocent Pierre GUISSOU

Ce n'est peut-être pas un hasard si nous avons été guidé par vous pour ce travail. Votre rigueur, votre ardeur et votre sérieux nous ont charmé durant votre enseignement. La compréhension et l'intérêt avec lequel vous avez guidé tout le long de ce travail nous a mis toujours à l'aise et en confiance. Vous ne serez pas là à la soutenance, mais nous espérons ne pas vous décevoir. Croyez à notre admiration et profond respect.

* Le professeur François CANONNE

Vous laisserez sans nul doute, un très beau souvenir à l'ESSSA, si un jour vous êtes appelé à d'autres occupations. Vous avez placé en nous une grande confiance en acceptant de poursuivre ce travail avec nous. Nous espérons en avoir été digne..

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

POUR LA REALISATION DE CE TRAVAIL.

A Eva et Lennart KARLSSON à MOHEDA

A Karin et Sven WIRDENÅS à VAXJA

En acceptant de participer à la réalisation de ce travail, vous avez scellé une amitié avec nous, que nous espérons faire grandir.

Merci du fond du coeur.

A Charlotte SPYKMA et STAFFAN

vous avez joué un rôle important dans ce travail

Merci pour les multiples encouragements.

* Aux docteurs Aimé OUEDRAOGO et Aguiratou SAWADOGO pour les conseils et encouragements.

* A. S. Flore pour son soutien indéfectible.

* A Gilbert pour avoir été à mes côtés tous les jours.

* A tout le personnel de la Direction des Services Pharmaceutiques.

* Aux étudiants de 6ème année (promotion 1989-1990) de médecine

POUR LA FORMATION RECUE

**AU personnel du service de gynéco-obstétrique
du service de chirurgie
du service de pédiatrie
des services de médecine interne
en particulier le service de médecine C
de L'HOPITAL YALGADO**

**NOS Remerciements au DOCTEUR ALAIN ROISIN à la DEP du
ministère de la santé et de l'action social; pour toute
l'analyse des données et surtout pour l'exemple de
travail qu'il nous a donné.**

POUR LA REDACTION DE CE TRAVAIL

A mon ami TOUMEY K. Tino I.B.I.

" Par délibération, l'Ecole Supérieure des Sciences de la santé 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 ni improbation".

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
ENONCE DU PROBLEME.....	3
OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	6
1 Objectif Général.....	7
2 Objectifs spécifiques.....	7
PREMIERE - PARTIE = DONNEES GENERALES.....	8
CHAPITRE 1- . Données générales sur le pays (Burkina Faso).....	9
1.1 Démographie.....	9
1.2 Situation économique.....	9
1.3 Situation des voies de communication.....	10
1.4 Organisation Administrative.....	11
CHAPITRE 2- Données sanitaires.....	12
2.1 Organigramme du M.S.A.S.....	12
2.2 Infrastructures sanitaires.....	14
2.3 Ressources humaines.....	15
2.4 Données épidémiologiques.....	16
CHAPITRE 3- Données sur la situation pharmaceutique.....	17
3.1 Législation et réglementation de la délivrance du médicament	17
3.1.1 Les structures administratives responsables.....	17
3.1.2 Les conditions actuelles de l'importation des médicaments.....	19
3.1.3 Conditions d'ouverture des points de vente de médicaments.....	23
3.2 Le marché pharmaceutique du Burkina.....	27
3.2.1 Les importations.....	27
3.2.2 Les prix des médicaments.....	27

3.3	L'organisation de la distribution du médicament au Burkina faso.....	29
3.3.1	Le canal du médicament gratuit.....	29
3.3.1.1	Le Budget "médicament".....	29
3.3.1.2	Les dons en médicaments.....	32
3.3.2	Le canal du médicament vendu.....	32
3.3.2.1	La Sonapharm.....	32
3.3.2.2	Le réseau commercial public.....	32
3.3.2.3	Le réseau commercial coopératif ..	35
3.3.3	Les autres canaux de distribution	35
3.3.3.1	Le canal caritatif.....	37
3.3.3.2	Le canal frauduleux.....	37
CHAPITRE 4.	Le processus d'approvisionnement en médicaments.....	37
4.1	Définitions et dimensions.....	37
4.1.1	Définition de la fonction d'approvisionnement.....	37
4.1.2	Dimensions du problème.....	37
4.2	Le déroulement du cycle d'approvisionnement.	39
4.2.1	La sélection.....	39
4.2.2	L'acquisition.....	39
4.2.3	La distribution.....	40
4.2.4	L'utilisation.....	40
CHAPITRE 5.	La politique des médicaments essentiels.....	41
5.1	Historique et concept des médicaments essentiels.....	41
5.2	Quelques expériences de politiques nationales de médicaments essentiels.....	41

5.3	La politique des médicaments essentiels au Burkina Faso.....	44
5.3.1	Rappel des orientations.....	44
5.3.2	Les différentes étapes de la politique.	45
5.3.2.1	La liste des médicaments essentiels..	45
5.3.2.2	Le formulaire national.....	45
5.3.2.3	La formation et le recyclage du personnel.....	46
5.3.2.4	Les autres étapes.....	46
	DEUXIEME PARTIE = Etude réalisée.....	47
CHAPITRE 1.	Le cadre de l'étude.....	48
CHAPITRE 2.	La méthodologie.....	49
2.1	Définitions opérationnelles.....	49
2.2	Matériels d'étude.....	49
2.3	Méthode et technique d'enquête.....	50
2.3.1	L'échantillonnage.....	50
2.3.2	Le recueil des données.....	51
CHAPITRE 3.	L'analyse des données.....	53
	TROISIEME PARTIE = RESULTATS.....	55
CHAPITRE 1.	Présentation des résultats.....	56
1.1	L'échantillon.....	56
1.2	Données sur le personnel.....	56
1.3	Données sur la fonction de sélection.....	59
1.3.1	L'initiation des commandes.....	59
1.3.2	Les critères de choix des médicaments.....	59
1.3.3	L'utilisation des génériques.....	61

1.4	Données sur l'acquisition.....	62
1.4.1	Le circuit habituel du médicament gratuit.....	62
1.4.1.1	Les sources de médicaments.....	62
1.4.1.2	L'origine des fonds utilisés pour l'achat des médicaments.....	64
1.4.1.3	Les fournisseurs des formations sanitaires achetant le médicament..	65
1.4.1.4	Le volume annuel des commandes.....	65
1.4.1.5	Les ventes de médicaments dans le circuit habituel "gratuit".....	66
1.4.2	Le circuit commercial des médicaments.....	67
1.4.2.1	Mode d'acquisition.....	67
1.4.2.2	Fonds utilisés.....	67
1.4.2.3	Les fournisseurs.....	68
1.4.2.4	Le volume annuel des commandes....	69
1.4.2.5	Les bénéficiaires.....	70
1.5	Le stockage.....	70
1.5.1	L'entreposage.....	71
1.5.2	L'équipement.....	72
1.5.3	L'organisation du rangement.....	72
1.5.4	L'enregistrement des entrées et sorties des médicaments.....	73
CHAPITRE 2 =	Interprétation des résultats.....	74
2.1	Biais.....	74
2.2	Interprétations.....	75
2.2.1	Le personnel.....	75
2.2.2	La sélection des médicaments.....	76
2.2.2.1	L'initiation des commandes.....	76
2.2.2.2	Les critères de choix.....	77
2.2.2.3	L'utilisation des génériques.....	77
2.2.3	L'acquisition des médicaments.....	78
2.2.3.1	Au niveau des formations sanitaires.	78
2.2.3.1	Au niveau du circuit commercial...	79
2.2.4	Le stockage.....	80
2.2.4.1	Les lieux.....	80
2.2.4.2	La gestion des stocks.....	80

QUATRIEME PARTIE = Conclusions et recommandations :

1. Conclusions de l'étude.....	80
2. Recommandations.....	82
Conclusion générale.....	88

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Aussi loin que l'on remonte dans le temps, médecine et médicaments ont toujours cheminé ensemble. Aujourd'hui encore, tout le monde est d'accord pour donner au médicament sa place dans les prestations médico-sanitaires. Et pour preuve, l'un des objectifs de l'action "santé pour tous d'ici à l'an 2000" est de donner à la grande majorité des populations la possibilité d'avoir accès moyennant un prix abordable aux médicaments qui leur sont indispensables.

La stratégie adoptée pour atteindre cet objectif est de concevoir et de mettre en place des politiques pharmaceutiques intégrées aux politiques nationales de santé, et basées sur le concept des médicaments essentiels.

C'est d'ailleurs dans cette optique que l'Organisation Mondiale de la Santé a mis sur pied en 1981 un programme d'action concernant les médicaments essentiels, incitant et soutenant les pays (les moins avancés notamment) à élaborer des programmes nationaux pour les médicaments les plus importants pour la santé de leur population. C'est toujours dans le cadre de la recherche des voies et moyens pour accélérer la mise en oeuvre des soins de santé primaires en général, et des politiques pharmaceutiques visant à assurer la disponibilité du médicament en particulier, que le Comité Régional de l'O.M.S pour l'Afrique a pris en Septembre 1987 "L'Initiative de Bamako". Celle-ci vise entre autres à assurer l'accès aux médicaments essentiels dans la stratégie des soins de santé primaires.

La réflexion sur les politiques pharmaceutiques constitue indéniablement une question de l'heure.

La réussite de tout programme, de toute politique pharmaceutique passe avant tout par une gestion efficace du processus d'approvisionnement.

ENONCE DU PROBLEME

Au Burkina Faso, comme dans la majorité des pays du tiers monde, le problème du médicament est avant tout celui de l'insuffisance sinon du manque de ressources :

Les ressources limitées de l'Etat ne lui permettent pas de subvenir aux besoins en médicaments des centres de santé; il en résulte des pénuries perpétuelles. Exemple: en 1989, l'Etat burkinabè a alloué sept cent millions de francs cfa (700.000.000 cfa) pour les dépenses en médicaments et matériels médico-chirurgicaux de l'ensemble du pays, soit moins de cent francs cfa (100 f.cfa) par tête d'habitant.

Le revenu très faible des populations ne leur permet pas d'honorer les ordonnances prescrites. Cependant outre ces contraintes économiques, liées au faible développement du pays, le problème chronique de l'approvisionnement relève d'autres facteurs non négligeables:

- Les prescriptions irrationnelles qui élèvent les coûts des ordonnances.
- La gestion inefficace des médicaments dans les centres de santé est source de gaspillage du "peu" qui existe.
- Le mauvais stockage entraîne la péremption et les avaries des produits.
- L'absence de contrôle est source d'abus , réalisé par le personnel de santé lui même.
- L'absence de documents sur la gestion des stocks ne permet pas d'avoir une idée des consommations des services de santé et donc de procéder à une planification correcte. Bref, chaque formation sanitaire "gère son stock de médicaments comme elle peut". Le circuit pharmaceutique commercial privé est concentré dans les grandes villes laissant les populations rurales pour compte.

Le circuit commercial public est peu développé et n'arrive pas à couvrir toutes les régions. De plus, la gestion de ce circuit n'est pas réglementée et n'est pas toujours rigoureuse; les bénéfices réalisés par les ventes de médicaments sont parfois affectés par l'autorité administrative de la localité à des activités non sanitaires. Cela entraîne des dysfonctionnements de ces mêmes circuits pharmaceutiques.

En somme chaque étape du processus d'approvisionnement connaît des difficultés.

Le Burkina Faso a adopté une nouvelle politique pharmaceutique dont les grandes lignes s'articulent autour de la notion capitale de "médicament essentiel" et dont l'objectif est de mettre les médicaments essentiels à la disposition du plus grand nombre d'individus, en particulier la périphérie. Le succès d'une telle politique nécessite une amélioration du système d'approvisionnement tout entier.

Le rôle premier du secteur public dans l'accomplissement de cette politique exige qu'on s'y penche particulièrement. Il lui appartient d'abord de montrer le pas.

C'est dans le cadre d'une contribution à l'application efficiente de la politique des médicaments essentiels que nous avons entrepris d'analyser les étapes suivantes du processus d'approvisionnement dans le circuit public:

- .La sélection des médicaments
- .Leur acquisition
- .Leur stockage

Afin de déceler les points faibles et les contraintes du système et de proposer des bases de solutions aux problèmes soulevés. Notre analyse est faite à partir des résultats d'une enquête que nous avons menée dans 96 structures différentes comprenant Officines, dépôts, formations sanitaires.

Limites du sujet:

* En parlant du processus d'approvisionnement, nous n'avons abordé que les étapes suivantes :

-La sélection

-L'acquisition

-La distribution considérée sous l'angle du stockage. Les autres aspects de la distribution tels que le transport, le schéma du circuit, n'ont pas été traités dans le cadre de notre étude. La quatrième composante du processus d'approvisionnement, l'utilisation qui inclut la prescription, la dispensation des médicaments et l'observance des malades vis à vis des prescriptions, n'a pas non plus été traitée. Au niveau des étapes étudiées, nous avons considéré les éléments de base ; convaincus que l'amélioration de ces éléments serait déjà, faire un grand bond vers la gestion efficace des médicaments.

* Lorsque nous parlons de médicaments ; nous excluons de l'étude:

-les vaccins

-les médicaments de la pharmacopée traditionnelle.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

Notre étude est de type descriptif (à visée exploratrice).

1- Objectif général:

Etudier à l'aide d'une enquête, dans un échantillon de structures sanitaires et pharmaceutiques publiques, les obstacles liés au déroulement correct de chaque étape du processus d'approvisionnement en médicaments au Burkina Faso.

2- Objectifs Spécifiques:

2-1. Identifier les effectifs de personnel consacré à la gestion des médicaments dans les structures choisies.

2-2. Décrire le processus de la sélection des médicaments en:

- Identifier le personnel qui initie les commandes
- Identifier les critères retenus pour le choix des médicaments dans ces structures.
- Vérifiant la présence de cinq médicaments génériques dans les stocks des structures de l'étude.

2-3. Décrire le processus de l'acquisition des médicaments en :

- Identifier les différents modes d'acquisition des produits pharmaceutiques des structures étudiées.
- Etudiant les opérations d'achat et de vente de médicaments, entreprises par ces structures.

2-4. Décrire le stockage des médicaments en :

- Etudiant l'utilisation des entrepôts
- Vérifiant si le stockage se fait selon les normes de gestion des médicaments.

**PREMIERE PARTIE : DONNEES
GENERALES (Etude Bibliographique)**

Chapitre 1 : DONNEES GENERALES SUR LE PAYS (Burkina Faso).

1-1. Démographie (4).

- Au dernier recensement en décembre 1985 la population résidante du Burkina était de 7.976.019 habitants avec une croissance moyenne de 2,68% par an. En 1989 la population est estimée à 8.865.005 habitants. La répartition de cette population est très inégale :

La quasi-totalité de la population, environ 86,4% vit en milieu rurale, 11,6% vit en zone urbaine, 2% vit en zone semi-urbaine.

- La population active potentielle, c'est à dire l'ensemble des personnes âgées de 15 ans à 64 ans représentent 51,7% de la population résidante.

1-2 Situation économique.

Le Burkina Faso est classé parmi les pays les moins avancés; le produit national brut est de l'ordre de 210 \$US (63000 f CFA) par habitant .

- L'économie du pays est basée principalement sur l'agriculture et l'élevage, qui occupent environ 85% de la population rurale et 92,3% de la population active occupée(4). Malheureusement une bonne partie des activités agro-pastorales restent encore traditionnelle et sont soumises à l'incertitude du climat sahélien ; tous les handicaps naturels et technologiques y sont réunis:

- Pluies erratiques avec survenue de sécheresse assez fréquente

- Agriculture traditionnelle très extensive, peu mécanisée donc peu productive. Tous ces facteurs contribuent à réduire énormément le revenu déjà faible du paysan burkinabè

- Le secteur industriel, malgré une progression significative reste peu développé. Il emploie environ 2000 travailleurs repartis dans environ 200 entreprises de toutes tailles confondues. (1)

Le secteur tertiaire n'emploie que 2,8% de la population active. C'est le "service gagnant"; en effet, c'est dans ce secteur que l'on rencontre ceux qui ont un revenu substantiel et régulier (commerçants et fonctionnaires).

La répartition de la population active selon les secteurs :

Secteur Primaire = 92,3%

Secteur secondaire = 4,9%

Secteur Tertiaire = 2,8%

1-3. Situation des voies de communications

- Le Burkina ne dispose pas de débouché maritime et ne possède aucun cours d'eau navigable.

- Le réseau ferroviaire comprend une seule ligne reliant la ville d'Abidjan en Côte d'Ivoire qui abrite un port, à la ville de Ouagadougou. 525 kilomètres de voies ferrées pratiquées sont situés au Burkina. L'extension du réseau vers la partie nord-est du pays (TAMBAO), entreprise il y a 6 ans n'est pas encore achevée et la partie réalisée n'est pas fonctionnelle pour le moment.

- La navigation aérienne est assurée par une compagnie nationale (AIR BURKINA) qui assure quelques liaisons avec les Etats voisins et à l'intérieur du pays une liaison entre deux villes Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.

Le reste du trafic aérien est assurée par des compagnie étrangères.

- Le réseau routier joue le rôle clé dans les communications au Burkina faso.

En 1988 il comptait environ 13.070 km de route dont:
1500 km de routes bitumées, servant principalement au désenclavement externe. Toutes les voies d'accès vers les pays côtiers voisins plus le Niger sont bitumées.
1900 km de routes en terre, 5000 km de piste améliorée et 4600 km de pistes ordinaires. Ce réseau routier non bitumé servant pour le désenclavement interne est défectueux et non praticable en toute saison.

1-4. Organisation Administrative

Le territoire est divisé en 30 Provinces, dirigée chacune par un haut Commissaire.

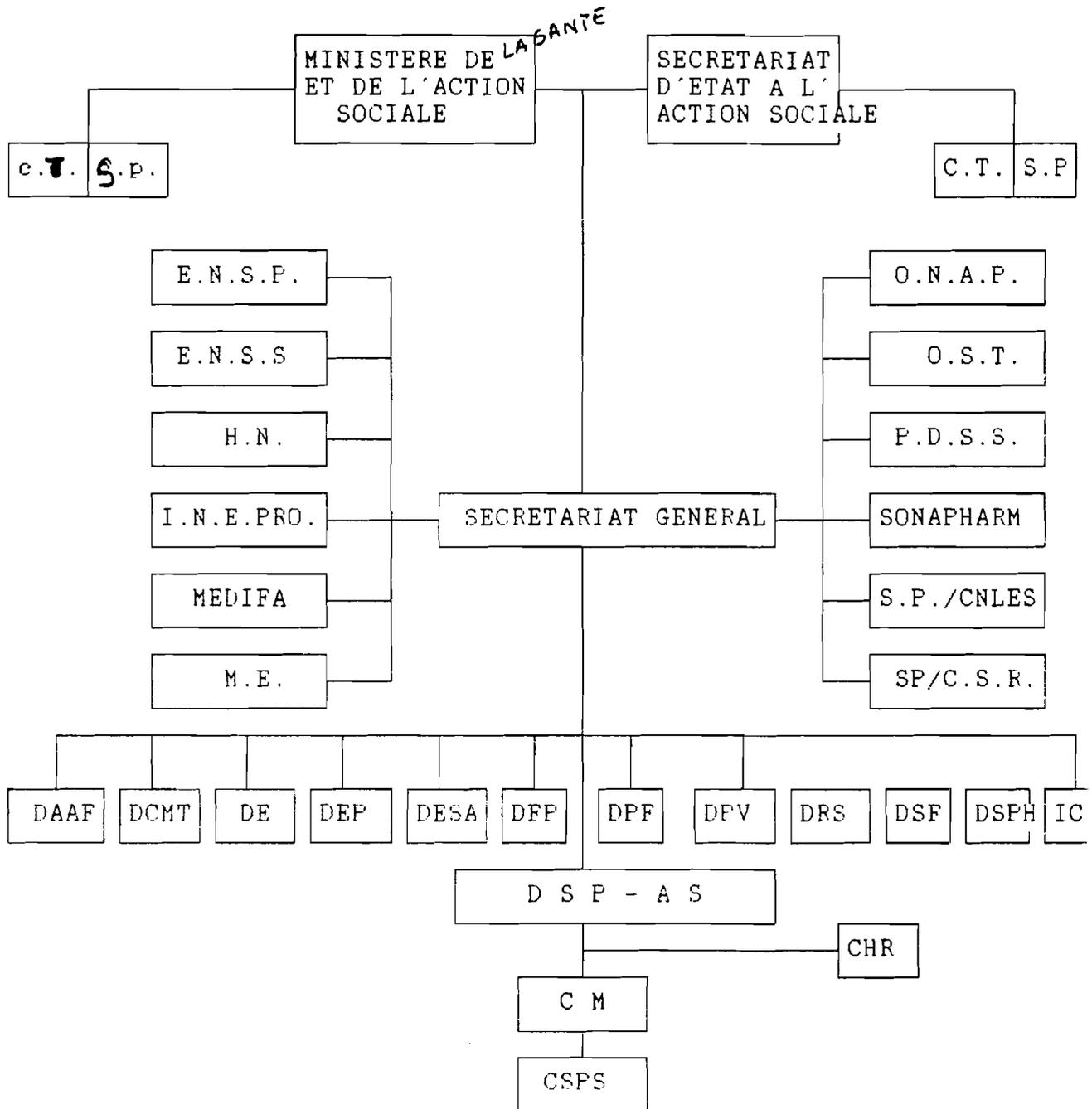
Chaque province est divisée en plusieurs départements dirigés chacun par un préfet. Il y a au total 300 départements pour l'ensemble du pays.

Chaque département compte plusieurs villages; à ce niveau le rôle administratif est confié à un délégué élu par les habitants du village. Le Burkina Faso compte environ 7.200 villages.

Chapitre 2. - DONNEES SANITAIRES

2-1. Organigramme du M.S.A.S .

ORGANIGRAMME DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE



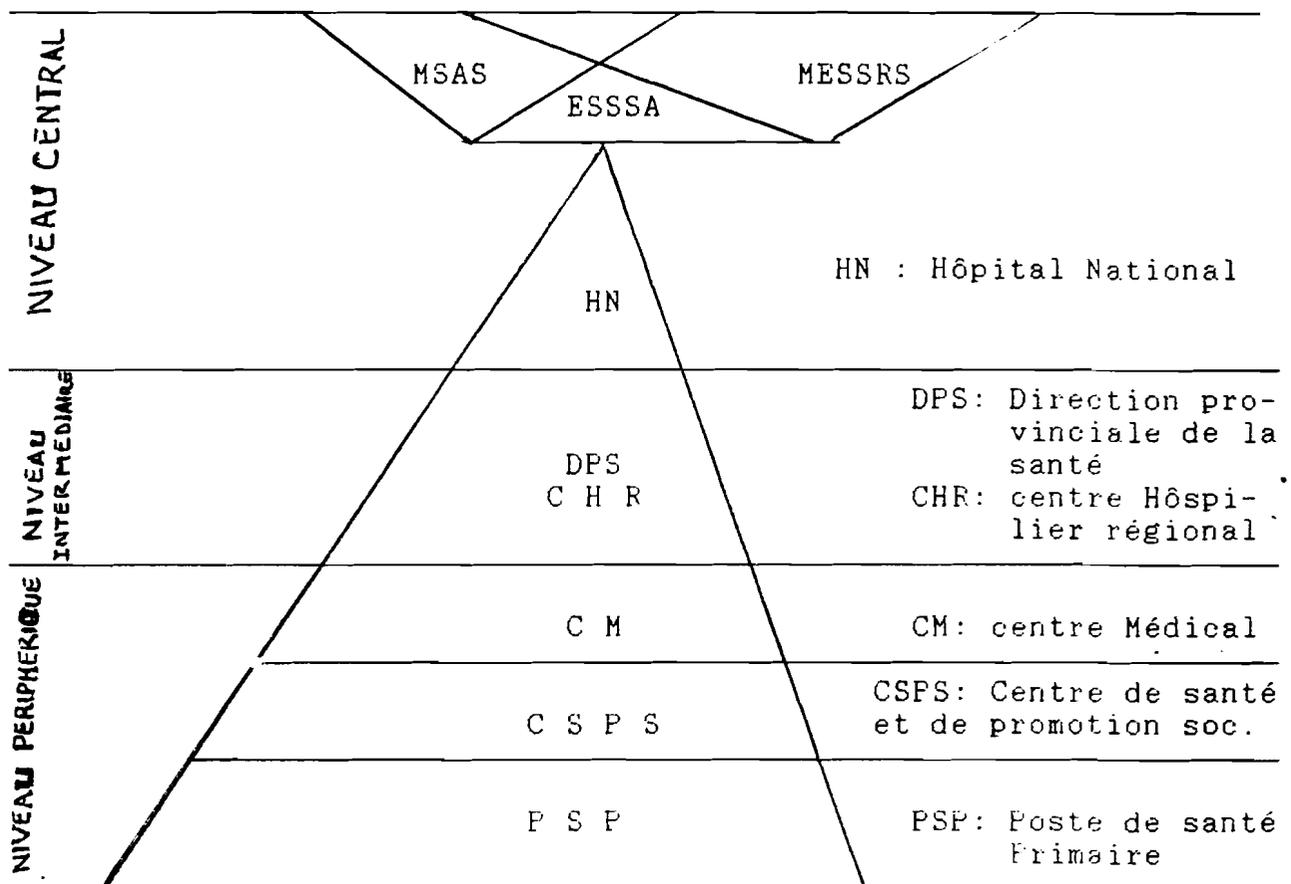
LEGENDE

S.P	: Secrétariat Particulier
C.T	: Conseiller Technique
M.E	: Maison de l'Enfance
E.N.S.P.	: Ecole Nationale de la Santé Publique
E.N.S.S.	: Ecole Nationale du Service Social
H.N	: Hôpital National
INEPRO	: Institut National d'Education et de Production
MEDIFA	: Laboratoire des Médicaments du Faso
CNAP	: Office National d'Approvisionnement Pharmaceutique
OST	: Office de Santé des travailleurs
PDSS	: Projet de Développement des Services de Santé
SONAPHARM	: Société Nationale d'Approvisionnement PHARMaceutique
SP/CNLES	: Secretariat Permanent de la Commission Nationale de Lutte contre les Effets de la Secheresse
SP/CRS	: Secretariat Permanent de la Caisse de Solidarité Révolutionnaires
DAAF	: Direction des Affaires Administratives et Financières
DCMT	: Direction du Contrôle des Maladies Transmissibles
DE	: Direction de l'Enfance
DEP	: Direction des Etudes et de la Planification
DESA	: Direction de l'Education pour la Santé et l'Assainissement
DFP	: Direction de la Formation Professionnelle
DFP	: Direction de la Promotion ^{PROMOTION} de la Famille
DPV	: Direction de la Promotion ^{PROMOTION} par les Vaccinations
DRS	: Direction de la Réinsertion Sociale
DSF	: Direction de la Santé de la Famille
DSPH	: Direction des Services PHarmaceutiques
ICSS	: Inspection Centrale des Services Socio- Sanitaires
DPSAS	: Direction Provinciale de la Santé et de l'Action Sociale
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CM	: Centre Médical
CSFS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale.

2-2. Infrastructure Sanitaires

Le Burkina a adopté depuis 1979 comme stratégie de développement sanitaire celle des Soins de Santé Primaires.

La pyramide sanitaire se structure comme suit : (voir pyramide)



Légende : MSAS = Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
 ESSSA= Ecole Supérieure des Sciences de la Santé
 MESSRS = Ministère des Enseignements Secondaire Supérieur et de la Recherche Scientifique.

Le faible niveau du développement du pays se ressent aussi dans le secteur sanitaire. Les infrastructures sanitaires sont insuffisantes et inégalement réparties ; environ 56% seulement de la population ont la chance d'être à 5 km seulement d'une formation sanitaire.

Tableau : Situation des formations Sanitaires et ratio par catégorie (1987)

Formation S.	Nombre	Ratio
H.N	2	4.217.365
CHR	9	937.192
C.M	55	153.359
CSPS	396	21.408
Dispensaires	153	55.492
Maternités	17	496.161

Source: D.E.P

N.B = Le niveau jugé acceptable :

CSPS= 1/15.000

C.M = 1/150.000

CHR = 1/65.000

Le nombre de P.S.P fonctionnels aujourd'hui est nettement inférieur au nombre de P.S.P mis en place en 1985. A la fin de l'année 1987 une étude faite par la DEP du ministère de la santé révélait que la couverture des P.S.P fonctionnels était de 86,58% contre une couverture de 91,08% de P.S.P mis en place.

2-3. Les ressources humaines. (le personnel de santé)

La situation ici, tout comme au niveau des infrastructures reste critique. Le personnel médical et paramédical est insuffisant et de plus inégalement repartit au détriment des zones rurales.

Le tableau suivant montre que le pays est en dessous des normes préconisées par l'O.M.S.

Personnel	Nombre	Ratio
Médecins	280	30.124
Chirurgiens dent.	17	496.161
Pharmaciens	103	81.891
Assistants santés	254	33.208
Inf. Diplômés d'Etat	1036	8.142
Inf. brevetés	178	47.386
Inf. brevetés spécialistes	292	28.886
Sage-femmes	230	32.317

Source : DEP Ministère de la Santé - 1987

N.B Norme O.M.S pour la région africaine:

1 Médecin pour 10.000 habitants

1 Infirmier ou 1 sage-femme d'Etat pour 5.000 Hbts.

1 Infirmier breveté pour 3.000 hbts.

2-4. Données Epidémiologiques

La situation sanitaire du Burkina Faso en général est assez grave. C'est la conséquence directe du sous développement ; avec des ressources limitées (infrastructures sanitaires insuffisantes, personnel sanitaire insuffisant, faible revenu des populations...), il faut s'attendre à une situation sanitaire médiocre. Malgré les efforts louables fournis au niveau national à différents niveaux, les indicateurs de santé demeurent à un seuil alarmant. Quelques indicateurs le traduisent bien :

- L'Espérance de vie à la naissance est l'une des plus basses au monde: 33 ans en milieu rural

42 ans en milieu urbain

-Le taux de mortalité générale est estimé à 22%.

-Le taux de mortalité infantile 182%. (1986)

-Le taux de mortalité maternelle 6,1%. (1987)

-Les principales maladies rencontrées sont:

. Le paludisme qui sévit à l'état endémique.

. Les affections aiguës des voies respiratoires.

-Les maladies diarrhéiques tiennent une place importante et constituent une cause importante de décès d'enfants.

-La rougeole, la Méningite cérébro-spinale sévissent à l'état épidémique et représentent les causes majeures de la mortalité infantile élevée.

-La fièvre jaune, le tétanos, les parasitoses intestinales.

-Les maladies comme la lèpre, la tuberculose constituent toujours des problèmes de santé.

En conclusion la situation sanitaire est précaire, les problèmes de santé sont multiples ; certains relèvent de la misère générale des pays en voie de développement, d'autres du comportement humain et de l'environnement. Un fait est certain, parmi les efforts à faire pour corriger cette situation ; il faut compter avec le médicament.

Chapitre 3 - DONNEES SUR LA SITUATION PHARMACEUTIQUE AU
Burkina Faso.

3-1. Législation et réglementation de la "délivrance du
médicament".

3-1-1. Les structures administratives responsables:
La D.S.PH et l'I.C.S.S

3-1-1-1. La Direction des services
pharmaceutiques (D.S.PH)

Elle est une direction centrale du M.S.AS; elle a la quasi-
totalité de la responsabilité de l'ensemble du secteur
pharmaceutique. Elle comprend trois principaux services :

* Le service de l'approvisionnement pharmaceutique; qui a
pour rôle, de sélectionner les médicaments destinés au
fonctionnement des formations sanitaires publiques, d'assurer le
contrôle, le stockage et la distribution de ces médicaments.

Le stockage se fait au niveau d'un grand magasin appelé
"MAGASIN CENTRAL" situé à Ouagadougou.

La distribution se déroule de la sorte :
une répartition du stock disponible entre les trente provinces,
est faite, principalement en fonction de la capacité en
formations sanitaires ; chaque direction provinciale de la santé
et de l'action sociale est chargée de venir enlever sa part à
Ouagadougou.

* Le service de l'enregistrement et de la pharmacovigilance.

Il comporte trois bureaux :

- Un bureau de l'enregistrement, chargé des questions relatives à l'importation des médicaments (visas d'entrée et dossiers d'enregistrement des produits pharmaceutiques).

- Un bureau de pharmacovigilance, chargé du suivi des effets néfastes des médicaments circulant dans le pays. Ce bureau a pour mission aussi de lutter contre le trafic des drogues et des stupéfiants ; la réglementation de leur importation lui incombe.

- Un bureau de documentation et d'information, chargé de diffuser une information objective sur les médicaments, de surveiller et contrôler la promotion et la publicité dont ces produits font l'objet. Ce bureau n'est pas encore opérationnel;

un centre de documentation et d'information sur les médicaments (C.D.I.M) est en train d'être mis en place.

* Le service de la pharmacopée traditionnelle est chargé de promouvoir et de développer le secteur pharmaceutique traditionnel qui, du reste constitue encore un recours très important des populations.

La D.S.P.H a un rôle de premier rang dans la mise en oeuvre de la politique pharmaceutique. Cependant le nombre réduit de cadres, "comparativement à la charge du travail à réaliser, ne permet pas de faire face à l'ensemble des activités dévolues à cette direction" (15). Elle compte seulement, six pharmaciens diplômés. (chiffre de 1990).

3.1.1.2- L'Inspection centrale des services socio-sanitaires.

Il s'agit d'une nouvelle direction centrale du Ministère de la Santé qui vient d'être créée en 1989. En ce qui concerne le volet pharmaceutique, cette direction a la responsabilité de la législation. De plus le "grand rôle" de l'inspection des points de vente des médicaments lui revient. Pour cette dernière tâche une collaboration étroite avec le service de la pharmacovigilance de la D.S.PH s'avère indispensable et est de toute évidence envisagée; car ce travail était jusqu'à la création de l'I.C.S.S, fait par le service^{de la} pharmacovigilance.

3.1.2. Les conditions actuelles de l'importation des médicaments au Burkina Faso.

Le processus d'agrément des produits pharmaceutiques, appelé "homologation" au Burkina Faso, comme dans bien de pays, suit une série de procédures.

la structure administrative chargée de l'homologation des médicaments est la D.S.PH par son service de l'enregistrement.

3.1.2.1. La liste limitative des produits pharmaceutiques pouvant être importés ou "Lexique National des produits pharmaceutiques."

Il existe au Burkina Faso, une liste limitant les produits pharmaceutiques à importer. Autrement dit tout médicament ne peut pas d'emblée être importé. Cette liste appelée "Lexique National de produits pharmaceutiques" a été instituée par un Kiti (Décret) Ministériel.

Elle remplace la "Nomenclature Nationale des produits pharmaceutiques". L'Article 3 du même Kiti définit le Lexique:

"Le Lexique National des produits pharmaceutiques est la liste des médicaments par classe thérapeutique, selon la dénomination commune International (DCI) ou le nom de spécialité, et de tout autre produit relevant du monopole pharmaceutique, retenus par la commission technique de produits pharmaceutiques".

En article 5, le Kiti précise : "l'importation de tout produit pharmaceutique au Burkina Faso, sa mise en vente et sa libre circulation ne sont autorisées qu'après son inscription au Lexique National des produits pharmaceutiques".

La décision d'inscription ou de non inscription d'un produit au Lexique National est valable pour une période de cinq (5) ans ; elle est prise par RAABO (Arrêté) conjoint des ministres chargés de la santé humaine et animale, après avis d'une commission technique. Le Lexique national comporte environ mil neuf cent quatre vingt dix (1990) produits (données de l'année 1989).

3.1.2.2.- La procédure d'inscription d'un produit au Lexique National.

Une commission technique est chargée d'examiner les dossiers de demande d'inscription.

Cette commission est composée de pharmaciens et de médecins ;
Elle peut faire appel en cas de besoin à toute personne dont la compétence est jugée nécessaire.

La procédure:

* Une demande d'inscription est adressée par le fabricant du produit au ministre chargé de la santé humaine ou animale selon le cas ; et elle est accompagnée principalement de :

- Une fiche signalétique indiquant; le nom et l'adresse du fabricant, toutes les informations pharmacologiques, cliniques pharmaceutiques sur le produit ; son prix et sa dénomination commune internationale (DCI).

- Un dossier technique comportant la description de la fabrication et toutes les expertises de contrôle dont le produit a été objet.

- Une autorisation de mise sur le marché (A.M.M) du pays d'origine du produit.

- Une attestation de vente courante (A.V.C) dans le pays d'origine.

- Le fabricant verse les frais d'inscription du produit lors du dépôt de la demande.

Il faut noter qu'il n'existe aucune disposition particulière pour les médicaments génériques quant à la fixation du taux de ces frais.

Le dossier dans tous ses détails est étudié par le service de l'enregistrement de la D.S.P.H.

* Théoriquement des essais cliniques doivent être réalisés avec des échantillons du produit concerné par un médecin. Mais de multiples problèmes tels que :

- l'absence de médecin désigné pour ce travail,
 - le manque d'intérêt des praticiens pour ces expériences (pas de rémunération),
 - l'absence de moyens pour le suivi des malades ayant été traités par ce produit.
 - l'inexistence d'un protocole précis ; il s'agit jusque là d'essais de constat ;
- font que ce volet est difficile à être réalisé. les propositions actuelles tendent à faire supprimer cette étape.

L'étude du dossier :

Elle doit prendre au maximum une année. Le service de l'enregistrement de la D.S.P.H, prépare des fiches de renseignements (informations pharmacologiques et prix) concernant le produit postulant et les envoie aux différents membres de la commission technique qui en prennent connaissance avant de se réunir pour préparer un projet de Raabo (arrêté) d'inscription ou de rejet. L'avant projet est soumis au ministre chargé de la santé humaine ou animale qui prend la décision finale.

C'est à l'issue de cette procédure que le produit est accepté ou refusé au Lexique National. Lorsque l'inscription est accordée, un Visa d'entrée du produit au Burkina est délivré au fabricant, l'autorisant à faire circuler son médicament dans le pays.

Il est à noter que l'absence d'un laboratoire de contrôle des médicaments rend incomplet l'étude.

3.1.2.3- La promotion et la publicité des médicaments

Le code de la santé prévoit en son article 68 une réglementation de la publicité des médicaments circulant dans le pays (5). Mais la procédure de l'enregistrement ne prévoit pas un contrôle des documents publicitaires des produits pharmaceutiques.

3.1.3 Les conditions d'ouverture des points de vente des médicaments.

Le médicament relève du monopole pharmaceutique et toutes les opérations y afférent sont dévolues à ce même monopole. "De la fabrication à la vente le pharmacien diplômé est en principe présent sur toute la chaîne". (42)

Au Burkina Faso la situation est un peu différente. Les pharmaciens diplômés sont en nombre insuffisant, environ ~~200~~¹⁰⁷ (chiffre de l'an 1987) ; tenant compte de cette contrainte et des besoins des populations, une dérogation a été accordée à des non-pharmaciens remplissant un certain nombre de conditions pour ouvrir des dépôts de vente de produits pharmaceutiques afin de permettre ainsi aux populations rurales d'avoir accès aux médicaments. (5)

3.1.3.1 Les conditions requises pour l'exploitation d'une officine pharmaceutique. (5)

- Définition d'une officine :

Selon l'article 81 du code de santé "on entend par officine l'établissement affecté à l'exécution des ordonnances magistrales, à la préparation des médicaments inscrits à la pharmacopée et à la vente au détail des produits pharmaceutiques". L'officine est tenue par un pharmacien diplômé.

- Les principales conditions requises pour l'ouverture d'une officine :

- . Il faut être titulaire d'un diplôme ou certificats reconnus par l'Etat.
- . Etre de Nationalité Burkinabè
- . Etre de bonne moralité professionnelle
- . Etre âgé d'au moins 25 ans.

Lorsqu'un pharmacien remplit ces conditions, il peut formuler une demande d'octroi de licence d'exploitation d'une officine au Ministre de la Santé et de l'Action Sociale.

- Les autres conditions tiennent principalement compte des facteurs suivants :

- . La population de localité où s'ouvre l'officine doit être d'au moins trente mille habitants (exception faite des localités ayant bénéficié d'une dérogation).

- . La distance séparant deux officines dans la même localité doit être au moins de cinq cents mètres. Il faut retenir que, "selon les impératifs du moment, toute demande d'exploitation d'une officine peut être accordée ou rejetée". (5)

3.1.3.2 Les conditions d'exploitation des dépôts de médicaments .

Les dépôts sont des structures de vente de médicaments, gérées en général par des "non-pharmaciens".

- Les conditions d'exploitation sont principalement :

- . la nécessité pour la localité où s'ouvre le dépôt d'abriter une formation sanitaire (CM ou CSPS minimum). Dans la situation actuelle, cette condition n'est pas vérifiée ; en effet il existe des localités disposant de dépôts de médicaments, mais n'abritant pas de formation sanitaire.

. Le dépôt doit être rattaché à une officine de soutien et à une seule ; auprès de laquelle il est autorisé à passer des commandes.

Cette officine doit être située sur le territoire national. (5)

. La personne chargée de gérer le dépôt doit être Burkinabè et surtout doit avoir suivi un stage dans une officine.

- L'autorisation d'ouvrir un dépôt est accordée à :

- . un individu particulier ; c'est le dépôt privé.
- . un groupement villageois ; c'est le dépôt villageois.
- . une commune ou collectivité ; c'est le dépôt communautaire.

- Dans tous ces dépôts, le monopole pharmaceutique est limité.

Exemple : sont autorisés à y être vendus :

- . tous les médicaments du tableau C
- . tous les médicaments ne figurant sur aucun tableau .
- . certains médicaments du tableau A (les psychotropes et les produits entraînant une dépendance sont exclus).
- . tous les objets de pansements.

Les médicaments d'un dépôt doivent être théoriquement répertoriés sur une liste régulièrement mis-à-jour.

Il est à noter que toutes les dispositions retenues par le code de la santé concernant l'exploitation des officines ou des dépôts ne sont plus respectées dans les moindres détails ; de plus certaines conditions pourraient disparaître avec la révision du code de santé qui est en cours.

3.1.3.3. L'Inspection Pharmaceutique

Aujourd'hui cette tâche incombe à l'Inspection Centrale des Services Socio-sanitaires.

Les dépôts et les officines pharmaceutiques doivent en principe être contrôlés au moins une fois par an.

Le contrôle doit être réalisé par un pharmacien diplômé et assermenté. (5)

L'inspection pharmaceutique a pour objet de :

- vérifier qu'il n'y a pas d'écart vis à vis des textes législatifs régissant l'exploitation des dépôts ou des officines.
- contrôler l'ordonnancier du pharmacien qui gère une officine,
- contrôler la qualité des médicaments présents dans le stock,
- vérifier les cahiers de commandes des dépôts,
- vérifier les prix appliqués (s'il y a un écart à ce niveau, le service du contrôle des prix peut être saisi).

3.2. Le marché pharmaceutique du Burkina

3.2.1. Les importations

Le Burkina ne dispose d'aucune industrie pharmaceutique (en dehors d'une usine de fabrication de solutés située à Ouagadougou).

Il est obligé de couvrir ses besoins en médicaments par l'importation.

- On estime les importations en médicaments pour l'année 1986 à trois milliards de francs CFA. (15)

Une étude faite en 1987 les évalue à environ quatre milliards et demi de francs CFA (43)

- Il y a environ deux mille produits pharmaceutiques circulant sur le marché Burkinabè ; (43)

la liste des médicaments essentiels en renferme 400 (quatre cents). Il s'agit pour la plupart de spécialités françaises; la part des médicaments génériques dans ce grand nombre est fort modeste.

- Le nombre de laboratoires et de maisons de promotion des médicaments atteint, selon le service de l'enregistrement de la Direction des Services pharmaceutiques, environ 110 (cent dix).

3.2.2. Les prix des médicaments

"le prix^{des} médicaments est réglementé et devrait en principe être le même sur tout le territoire" (15) ; malheureusement il n'en est pas du tout ainsi. Dans une même localité le prix d'un même médicament peut varier très sensiblement d'une officine à une autre. Cela vient de plusieurs faits :

- les marges bénéficiaires de détail sont perpétuellement réévaluées. Le secteur privé (et le public aussi) a tendance à multiplier les importations directes auprès des firmes pharmaceutiques étrangères ; ce qui complique le calcul des prix de vente.

- il manque un contrôle des sources d'importation et des prix de vente eux-mêmes.

- la cherté habituelle des spécialités pharmaceutiques est un élément important.

Tous ces facteurs conduisent à une accessibilité financière relativement limitée et inégale pour les populations.

Les taxes et droits de douane perçus sur les médicaments sont bas comparativement à ceux perçus sur les autres articles importés.

Ils sont autour de 4,75 % . (Il faut remarquer qu'ils sont de 90% pour le matériel médico-chirurgical). Ceci devrait contribuer à rendre les médicaments plus abordables financièrement.

Les marges bénéficiaires actuellement en vigueur sont :

. Pour la SONAPHARM, le "grossiste national" la marge est de 16 %

. Pour les officines, la marge est de 32 % pour le prix de vente au public. Lorsque les officines vendent des médicaments aux dépôts, elles appliquent une marge bénéficiaire d'environ 20% (ceci est vrai surtout pour les médicaments commandés à partir de la SONAPHARM).

3.3 - L'Organisation de la distribution du médicament au BURKINA FASO

Il existe deux canaux principaux de distribution des médicaments au Burkina ; appelés communément :

-le canal du médicament "gratuit" ; il s'agit des médicaments achetés par l'Etat et dont la distribution est gratuite au niveau des formations sanitaires.

-le canal du médicament "vendu" ; c'est le canal commercial; le médicament est vendu par des réseaux commerciaux publics et privés.

3.3.1. Le Canal du médicament "gratuit"

Le médicament gratuit a deux sources principales : le budget de l'état et les dons.

3.3.1.1. Le Budget "médicament" du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

- Une part du budget du Ministère de la Santé et l'Action Sociale est consacré chaque année à l'achat de médicaments destinés au fonctionnement des formations sanitaires publiques.

Le service de l'approvisionnement de la D.S.PH. se fournit en médicaments auprès de la SONAPHARM et en assure le stockage au niveau du "magasin central".

Ces médicaments sont par la suite répartis entre les 30 (trente) directions provinciales de la santé et les deux hôpitaux nationaux. Chaque bénéficiaire vient enlever sa part et procède à la répartition dans les formations sanitaires. Ces médicaments sont distribués gratuitement aux malades.

Le Budget "médicament" est très insuffisant, presque symbolique eu égard aux besoins réels en médicaments des formations sanitaires.

De plus il s'agit souvent d'un budget "fictif".

En effet, ce budget "médicament" est affecté à beaucoup de choses ; il sert :

- à payer les médicaments d'urgence dont une liste a été définie, et d'autres médicaments d'usage courant, ceux des programmes spéciaux, tel que la tuberculose dont le traitement est intégralement gratuit pour le patient.

- à payer le gaz pour le fonctionnement des appareils de froid et des stérilisateurs,

- à payer l'oxygène, le matériel médico-chirurgical,

- C'est dans ce même budget qu'il faut dégager une somme pour régler les factures de médicaments impayées des exercices déjà écoulés, les frais transitaires y sont compris.

Eh bien ! que devient la part réelle des médicaments ?
En exemple nous citons l'exercice Année 1989.

700 millions de francs CFA ont été alloués au titre du "Budget médicament" pour l'ensemble du pays, et se répartit de la façon suivante :

- 220 millions : pour les médicaments d'urgence,
- 40 millions : pour le gaz et l'oxygène,
- 30 millions : pour le paiement des arriérés,
- 410 millions : à répartir entre les frais transitaires, les médicaments des programmes spéciaux (tuberculose), les autres médicaments et le matériel médico-chirurgical.

L'évolution de ce budget au cours des années a connu des fluctuations et ne correspond pas à la croissance continue des besoins.

Evolution du budget "médicament" par rapport au budget santé et évolution de ce dernier par rapport au budget national de 1988 à 1989

Années	(A) Budget médi- cament.	(B) Budget santé	Rapport A/B en %	(C) Budget natio- nal	Rapport B/C en %
1985	180.106	4044,486.106	4,45 %	57329,081.106	7,05 %
1986	180.106	4626,752.106	3,89 %	82346,021.106	5,62 %
1987	181.106	5841,888.106	3,11 %	98594,060.106	5,93 %
1988	500.106	7090,436.106	7,05 %	96287,153.106	7,37 %
1989	700.106	7612,503.106	9,19 %	107213,993.106	7,10 %

Source des chiffres = Direction des affaires administratives et financières du ministère de la santé et l'action sociale.

3.3.1.2 Les dons en médicaments.

Ils représentent certainement une part appréciable dans l'approvisionnement . Mais ils sont difficiles à évaluer, car d'origines diverses et souvent irréguliers.

Ils sont faits dans plusieurs cadres :

- Aides bilatérales
- Institutions internationales
- Organismes non gouvernementaux
- jumelage entre les villes.
- Aides diverses provenant d'individu ou de groupe d'individus.

3.3.2 Le canal du médicament "vendu"

C'est un canal commercial ; il regroupe trois réseaux :

- Le public
- le privé
- et le Coopératif

La SONAPHARM est théoriquement à la tête de ce système avec le rôle de grossiste et répartisseur national.

3.3.2.1 La SONAPHARM.

Depuis 1960, le schéma commercial en matière d'approvisionnement des médicaments, proposé est le suivant :

- Niveau central = un grossiste national.
- Niveau intermédiaire = les officines.
- Niveau périphérique = les dépôts pharmaceutiques.

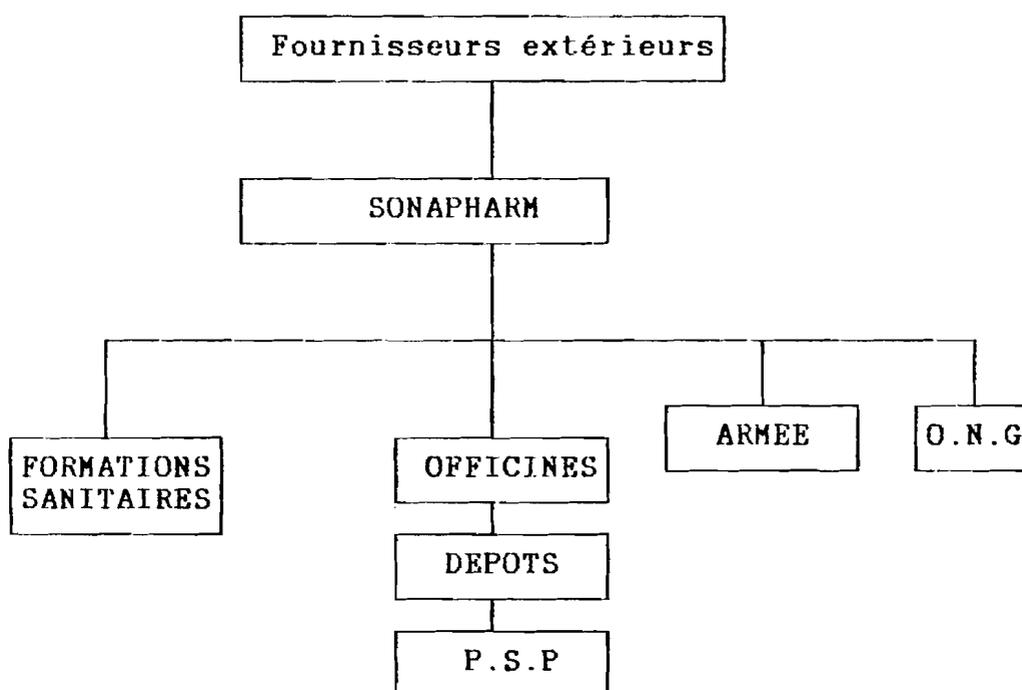
La nécessité d'un grossiste national a toujours été ressentie. Ainsi, il a d'abord été créé la Pharmacie nationale en 1963; un établissement public à caractère commercial et chargé de jouer le rôle de grossiste (3) et (44). Après l'échec de la pharmacie nationale, l'officine Nationale de l'approvisionnement pharmaceutique (O.N.A.P) fut mis sur pied en 1982 pour jouer le même rôle mais échoua aussi. La SONAPHARM fut donc créée en Avril 1985.

Présentation :

Il s'agit d'une société d'économie mixte dont l'état Burkinabè possède 51,6 % des actions et les pharmaciens privés 48,4 %. (11).

Elle est chargée de l'importation en gros des médicaments, du matériel médico-chirurgical, des articles de drogueries et autres accessoires placés sous le monopole du pharmacien. Elle est aussi chargée de la vente en gros ou en détail aux officines et aux formations sanitaires .

Le schéma de distribution prévu (11)



La situation actuelle de la société:

La société ne détient pas le monopole des importations, des difficultés de trésorerie font d'ailleurs que présentement, elle n'arrive pas à garantir la disponibilité des médicaments (12). Cela fait que les officines effectuent chaque année d'avantage de commandes directes auprès des fournisseurs extérieurs.

3.3.2.2. Le réseau commercial public.

- Il comprend des officines et des dépôts ayant des statuts plus ou moins diverses; certaines de ces structures relèvent administrativement des localités qui les abritent (Province ou département) ; d'autres, ceux que l'on pourrait appeler "publics vrais" relèvent de l'état directement par le M.S.A.S. La répartition (données de 1989): Les officines d'état sont au nombre de 11 (onze), réparties dans les grandes villes. Ouagadougou par exemple en abrite deux. Les dépôts publics sont quasiment inexistantes et il est difficile de faire la situation de leur répartition. En fait ce sont les dépôts communautaires qui les remplacent. Toutes ces structures fonctionnent exactement comme le secteur privé ; guidées par l'objectif commercial qui est de rentabiliser au maximum l'exploitation. La différence avec le secteur privé réside dans le fait que la gestion de la structure est assurée par un fonctionnaire de l'état.

3.3.2.3 Le réseau commercial privé.

IL est beaucoup plus développé que celui du public. Il comprend aussi des officines et des dépôts :

- Les officines privées : elles sont gérées par des pharmaciens diplômés. Leur répartition sur le plan national est inégale. Les deux principales villes du pays absorbent 90 % de ces structures. Le nombre des officines privées en 1989 était de 19 (dix neuf) dont 13 à Ouagadougou, 4 à Bobo-Dioulasso, 1 à Koudougou, 1 à Banfora. Elles s'approvisionnent à la SONAPHARM ou directement auprès des firmes pharmaceutiques européennes.

- Les dépôts privés : ils sont gérés par des commerçants "non-pharmaciens" mais remplissant les conditions requises pour l'exercice de ce métier. Certains dépôts sont placés sous la tutelle d'une officine qui les réapprovisionne en médicaments moyennant un paiement au comptant avec une remise sur la marge bénéficiaire ; d'autres fonctionnent de façon indépendante et passent même parfois des commandes à l'étranger. Le nombre des dépôts privés sur l'ensemble du pays s'élève à près de 207 (deux cent sept), chiffre de 1989. Leur répartition est plus uniforme dans le pays ; en effet dans les zones périphériques on les rencontre. Chaque province en a au moins deux.

3.3.2.4 Le réseau commercial coopératif.

IL regroupe exclusivement des dépôts. Il n'y a pas d'officine appartenant à un groupe de personne ou à une collectivité (sous la forme coopérative). C'est un réseau régi par une économie coopérative.

Il comprend : les dépôts populaires, les dépôts villageois, les dépôts communautaires. La tendance, aujourd'hui est d'uniformiser toutes les appellations sous le nom de dépôts communautaires.

La répartition de ces structures, comme celle du privé est uniforme ; chaque province en dispose . Leur nombre est estimé à 103 (cent trois), chiffre de 1989.

3.3.3 Les autres canaux de distribution .

3.3.3.1 le canal caritatif.

Il s'agit d'un circuit dont :
 "Le bénévolat est raison d'être et gratuité une tradition séculaire". Johnson Romuald (22).

Des ventes de médicaments sont organisées non pas dans un but lucratif mais plutôt social.

Ce secteur regroupe les dépôts d'oeuvres de bienfaisance, de confessions religieuses. Les prix des produits pharmaceutiques y sont "symboliques" comparativement aux prix pratiqués dans les officines^{et} dépôts.

Les médicaments proviennent souvent de collectes de dons extérieurs.

Partout où ils sont localisés, ces dépôts sont constamment fréquentés par les populations.

3.3.3.2 Le canal "frauduleux" de distribution.

A côté de tous les canaux vus, il faut signaler la présence d'un réseau parallèle et illégal qui se développe de plus en plus :

Il s'agit d'un trafic illicite de médicaments douteux d'ailleurs, mais achetés quand même par des malades; surtout quand ces derniers sont loin des "médicaments propres" tant par la géographie que par la bourse; c'est le seul recours parfois.

Les sources d'approvisionnement de ce canal sont ignorées ou mal connues.

Toujours est-il qu'il n'est pas rare de rencontrer dans les marchés des gélules, des comprimés ou des tubes de pommades au milieu d'un étalage d'articles divers.(3)

Les exemples les plus connus sont :

- les gélules de "toupaille" (en langage courant) qui est un médicament "passe partout". C'est à dire aux indications multiples (il semble qu'il s'agit d'une tétracycline).

- La pommade "pénicilline" qui sert à soigner et les plaies et les maux d'yeux.

- Les comprimés "Guinéen" ou "la Guinée"; ce sont des amphétamines employées assez couramment dans certains milieux.

- Les comprimés "Wobgo" (en langue Mooré); ce qui signifie éléphant (en effet sur le comprimé il est dessiné un éléphant) sont beaucoup employés comme antalgique et antipyrétique. Aucune étude à notre connaissance n'a été faite sur ce réseau; il reste mal cerné, mais son existence n'est pas à ignorer; car elle peut constituer un danger réel pour la santé des populations.

CHAPITRE 4. LE PROCESSUS D'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS.

4.1 Définitions et dimensions du problème

4.1.1 Définition de la fonction "d'approvisionnement"

- Approvisionner c'est : "Assurer l'alimentation régulière des biens de consommation dans les meilleures conditions de qualité, quantité, délais, sécurité, stockage, par acquisition, auprès de fournisseurs".

Les biens de consommation étant ici, les médicaments.

- L'approvisionnement en médicaments constitue alors tout un processus qui se déroule suivant un cycle bien défini. Il regroupe différentes ^{FONCTIONS} formations et tâches qui permettent d'apporter dans les meilleures conditions le médicament depuis le fournisseur jusqu'au patient qui l'utilise.

- "Le processus d'approvisionnement est un sous système, faisant partie intégrante, du système de santé qui fournit des services à des gens qui en ont besoin" (24).

4.1.2 Les dimensions du problème.

Pourquoi se préoccuper de l'approvisionnement en médicaments ?

Les raisons sont multiples et toutes justifiées :

- Le médicament constitue un bien de consommation qui mérite une attention particulière. Selon F. Johnson "le médicament est souvent une question de survie" (22).

- Il est déterminant pour la santé ; et si "la valeur des soins ne repose pas uniquement sur lui, le médicament joue tout de même un rôle important dans la protection le maintien et la restauration de la santé" (31)

- Il contribue à accroître la crédibilité des services de santé.

Selon F. Johnson, "tout service de santé efficace repose sur un trépied, trois éléments d'égale importance: personnel, infrastructure et médicament..."

Ce qu'on peut retenir de ceci, c'est que les soins de santé n'apparaissent concrètement pour le patient qu'avec la disponibilité effective du médicament" (22)

- Une autre raison fondamentale est que l'approvisionnement en médicaments peut toujours être amélioré afin de garantir la disponibilité de ces biens si précieux. Il suffit pour cela d'adopter les pratiques de gestion efficace .

4.2- Le déroulement du cycle d'approvisionnement en médicaments.

Les fonctions de base de tout cycle d'approvisionnement se subdivisent en quatre catégories (24) :
La sélection, l'acquisition, la distribution et l'utilisation.

4.2.1 - La sélection :

- C'est le processus par lequel les médicaments à acheter ou à commander, sont déterminés. La sélection répond principalement à la question: que faut-il acheter ? (ou que faut-il commander). Les médicaments sont si nombreux sur le marché mondial qu'un choix s'impose ; les ressources sont d'ailleurs limitées.

- Ainsi la sélection devra prendre en compte certains critères importants comme :

- . Les maladies prioritaires selon les données épidémiologiques
- . La compétence des prescripteurs.
- . La nature des produits et leurs prix.
- . Des besoins réels des services de santé.

Cette fonction pour être bien réalisée nécessite la collaboration de plusieurs personnes.

4.2.2 - L'Acquisition

- C'est le processus permettant d'obtenir les médicaments

- L'acquisition peut être faite de trois façons :

- . en achetant les médicaments à un fournisseurs,
- . en obtenant des dons
- . en produisant sur place (fabrication) les médicaments.

- Cette fonction traite des questions relatives aux méthodes d'achat, aux choix du fournisseur, à la garantie de la qualité et de l'utilité du médicament.

Il s'agit d'une "opération de prévision" (24)

4.2.3 - La distribution.

Après avoir sélectionné et acquis les médicaments, il faut les mettre en stock avant de procéder à la distribution. Pour cela, le contrôle doit être permanent et portera tant sur les quantités que les qualités. Ce contrôle s'appuie sur des outils de gestion tel que les fiches de stock.

4.2.4 - L'Utilisation

Elle englobe les questions ayant trait à la prescription, à la dispensation des médicaments, et à leur utilisation par le malade.

(N.B: Cette fonction n'est pas concernée dans notre étude)

CHAPITRE 5 - LA POLITIQUE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS.

5.1 - Historique et concept des médicaments essentiels.

- C'est en 1975, à la vingt huitième assemblée mondiale de la santé que le concept de médicaments essentiels est né universellement. Devant le nombre écrasant de médicaments qui inondaient le marché mondial, (qualifiés à raison de "jungle thérapeutique" (21), contrastant avec l'insuffisance observée dans les pays en développement, une résolution fut prise. Celle-ci faisait remarquer la nécessité pour les pays de mettre en place des politiques pharmaceutiques basées sur la notion de médicaments fondamentaux.

Ceci dans le but de permettre aux populations défavorisées d'avoir accès aux médicaments les plus indispensables pour leur santé.

- Les médicaments essentiels ont été définis comme étant "des médicaments qui répondent à des besoins médicaux réels; qui ont une valeur thérapeutique significative; qui sont d'un niveau acceptable de sécurité et d'une qualité satisfaisante pour leurs prix "(34)

- En 1977, la première liste de médicament essentiel a été publiée par l'O.M.S ; elle comportait 200 (deux cent) produits. Il s'agissait d'une liste "indicative ou modèle", conçue en vue de dégager un "tronc commun" de besoins thérapeutiques fondamentaux.

En effet il appartient à chaque pays d'établir, en fonction sa politique sanitaire, la liste des produits pharmaceutiques jugés essentiels.

- En 1978 à la conférence d'Alma-Ata, la fourniture des médicaments essentiels aux populations a été retenue parmi les composantes principales des soins de santé primaires.

- En 1981, l'O.M.S a élaboré un programme d'action pour les médicaments essentiels, en vue de soutenir les pays qui le désirent ; à établir une liste et à mettre sur pied des politiques pharmaceutiques visant à rendre ces produits essentiels plus accessibles aux populations.

Depuis lors, plusieurs directives ont été proposées par l'O.M.S pour la définition et l'application efficace des politiques pharmaceutiques nationales.

- En 1982, la trente cinquième assemblée mondiale de la santé a précisé les principaux éléments d'une telle politique(32). " Il importe d'abord d'identifier les besoins thérapeutiques et de sélectionner les médicaments sur cette base; il faut ensuite créer ou renforcer le système d'approvisionnement en médicament : Achat, entreposage, contrôle des stocks, distribution et formation du personnel ; Il faut aussi promouvoir le bon usage de médicaments par diverses mesures ; notamment en donnant une information objective aux prescripteurs (un formulaire national est pour cela un moyen très indiqué), il faut assurer le contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques.

5.2 - Quelques Expériences de politiques nationales de médicaments essentiels.

Le concept de médicaments essentiels, si controversé à l'origine est maintenant universellement accepté ; plusieurs pays ont établi des listes, certains ont déjà mis en oeuvre des programmes nationaux de médicaments essentiels.

- En Afrique il faut citer le Kenya qui est le "pionnier" en la matière. En effet c'est depuis 1979 que ce pays a commencé à mettre en place un programme d'approvisionnement des régions rurales en médicaments essentiels. Ceux-ci sont livrés aux centres de santé dans des caisses préemballées et scellées. Aujourd'hui au Kenya les "gens sont maintenant certains de trouver des médicaments dans tous les petits dispensaires ou centre de santé ruraux".(34)

L'évaluation du système fait en 1984 révèle un bilan indiscutablement positif. Les médicaments sont devenus disponibles à toute les populations rurales.(23)

Cependant, des lacunes et des difficultés subsistent. Il faut retenir de l'exemple du Kenya d'après l'évaluation faite, que toutes les étapes sont aussi importantes les unes que les autres dans la réalisation d'un programme de médicaments essentiels. "La chaîne est aussi solide que le plus faible de ses maillons". D'autres pays africains ont déjà tenté l'expérience: le Zimbabwe, la Tanzanie, le Nigéria.

- En Amérique latine, les programmes de médicaments essentiels ont déjà fait du chemin. Certains ont précédé l'O.M.S dans l'élaboration des systèmes pharmaceutiques basés sur le concept de médicaments essentiels. L'expérience de cette région est donc particulièrement intéressante à connaître. Une conférence régionale sur les médicaments essentiels s'est tenue en Octobre 1988 ; elle a regroupé plus de 120 experts de 21 pays de l'Amérique Latine, qui ont mis en commun leurs expériences. Celles-ci enseignent "qu'il ne suffit pas d'établir une liste ou d'élaborer un formulaire national ou encore de se concentrer sur un élément quelconque de l'usage rationnel des médicaments isolément. Chaque élément du concept des médicaments essentiels

constitue un maillon indispensable d'une chaîne sans laquelle le système n'est pas viable". Il serait profitable pour les pays comme le Burkina Faso où la politique des médicaments essentiels est à ses débuts, de tenir compte de telles expériences pour ne pas rater une oeuvre capitale pour la santé des populations.

5.3 - La politique des médicaments essentiels au Burkina faso .

Le Burkina Faso, à l'instar de beaucoup d'autres pays a souscrit à l'objectif social "santé pour tous d'ici à l'an 2000" et a adopté les Soins de Santé Primaires comme base de développement sanitaire. La fourniture en médicaments essentiels à la majorité de la population est devenue dès lors une préoccupation sanitaire.

L'adoption d'une politique pharmaceutique basée sur le concept des médicaments essentiels entre d'une part dans le cadre général des stratégies visant à assurer l'accès universel aux Soins de Santé Primaires et d'autre part à la la recherche d'une solution à la pénurie chronique en médicaments qui contribue à discréditer et à perturber l'ensemble du système sanitaire.

5.3.1 - Rappel des orientations de la Nouvelle Politique Pharmaceutique du Burkina

Cette politique s'est assignée pour mission de :

- "Mettre les médicaments essentiels à la disposition du peuple burkinabè de manière à ce qu'ils soient accessibles financièrement et géographiquement à tout moment.
- rationaliser la gestion et l'utilisation des médicaments pour une amélioration de la qualité des soins.
- mettre en place une production nationale intégrant la pharmacopée traditionnelle."(7)

Cette politique offre une place de choix au concept des médicaments essentiels.

5.3.2 - Les différentes étapes de la politique des médicaments essentiels au Burkina Faso

5.3.2.1- La liste des médicaments essentiels

Une liste de 400 (quatre cents) médicaments essentiels a été définie par une commission technique de sélection, composée de médecins, de pharmaciens et de chirurgiens dentistes. Cette liste a été conçue en rapport avec le profil épidémiologique des pathologies courantes ; et soumise aux amendements du personnel de santé des provinces avant d'être adoptée. Ces médicaments ont été sélectionnés sur les critères suivants :

- Efficacité thérapeutique
- Innocuité
- Rapport coût/efficacité.

"La liste est dynamique afin de permettre aux populations de bénéficier des résultats de la recherche"(10). Sa révision est prévue pour tous les deux ans. L'adoption de cette liste n'interdit pas le droit d'entrée au Burkina Faso des autres médicaments retenus dans le lexique national.

5.3.2.2 - Le formulaire national des médicaments essentiels.

- Il a été rédigé à partir de la liste des médicaments essentiels.
- Il se veut "être un outil de référence pratique du prescripteur burkinabè" et contribuer ainsi à la rationalisation de la prescription médicamenteuse.
- Il veut donner une information scientifique et objective sur les médicaments retenus par la liste. Un accent a été mis sur les Dénominations Communes Internationales en prenant soin d'indiquer les noms de quelques spécialités correspondantes.

5.3.2.3 - La formation et le recyclage du personnel.

Elle est en cours depuis l'adoption de la liste. Un programme de formation dont les objectifs sont de rationaliser les prescriptions et d'expliquer la politique des médicaments essentiels est entrain de se dérouler dans diverses provinces. Cette formation concerne tous les prescripteurs.(8)

5.3.2.4 - Les autres étapes envisagées (7)

- La rédynamisation et la création des structures pharmaceutiques
- L'approvisionnement et la gestion correcte des médicaments dans les centres de santé.
- La rédaction d'un guide thérapeutique.

En conclusion, la politique nationale des médicaments essentiels est déjà en route ; pour preuve, des étapes importantes ont déjà été franchies. Cependant, il reste encore beaucoup à faire. Le succès de toute cette politique réside dans la réalisation rigoureuse et effective de toutes les étapes prédéfinies. "Chaque élément du concept des médicaments essentiels constitue un maillon indispensable d'une chaîne sans laquelle le système n'est pas viable".(38)

Le processus d'approvisionnement en médicaments mérite alors d'être exploré afin d'asseoir une gestion efficace du système.

DEUXIEME PARTIE : ETUDE REALISEE

CHAPITRE 1. LE CADRE DE L'ETUDE

L'étude a été réalisée grâce à une enquête menée dans 15 (quinze) provinces du Burkina :

Provinces	Chef-lieu
BAM	Kongoussi
Bougouriba	Diébougou
Boulkiémé	Koudougou
Comoé	Banfora
Houet	Bobo-Dioulasso
KénéDougou	Oradara
Kouritenga	Koupéla
Mouhoun	Dédougou
Passoré	Yako
Poni	Gaoua
Séno	Dori
Sissili	Léo
Soum	Djibo
Yatenga	Ouahigouya
Zoudweogo	Manga

L'enquête s'est déroulée au niveau de deux catégories de structures publiques :

- dans les structures de santé (C.H.R, C.M, CSPS); au sein des pharmacies de ces centres.
- dans les structures pharmaceutiques:
Pharmacies provinciales, officines et dépôts.



CHAPITRE 2. METHODOLOGIE

2.1 - Définitions opérationnelles :

- pharmacie provinciale : ce terme désigne dans le cadre de notre étude "le magasin provincial" où est gardée la dotation en médicaments de la province.

- médicaments et produits pharmaceutiques : ces deux termes sont employés de façon interchangeable dans notre étude.

- officine désigne ici un établissement de vente de médicaments géré par un pharmacien diplômé.

CHR = Centre Hospitalier Régional

CM = Centre Médical

CSPS = Centre de Santé et de Promotion Sociale

2.2 - Matériels d'étude :

Pour notre étude, les matériels utilisés sont constitués par :

* Les structures ayant fait l'objet de l'enquête; il s'agit des formations sanitaires de niveau intermédiaire :

C.H.R et C.M

- des formations sanitaires de niveau périphérique :

C.S.P.S

- des pharmacies provinciales

- des structures pharmaceutiques publiques : officines et dépôts (Notre étude porte sur le secteur public ; cependant l'inexistence de dépôts pharmaceutiques à caractère public "vrai", nous a conduit à faire une extension et à considérer les dépôts communautaires comme publiques).

* Les personnes ressources au niveau des structures :

- les responsables des centres

- le personnel travaillant au sein de ces structures en particulier dans le secteur de la pharmacie.

* La fiche d'enquête : il s'agit d'une fiche unique conçue pour tous les types de structures ayant fait l'objet de l'enquête.

2.3 - Méthodes et technique d'enquête

2.3.1 - L'échantillonnage:

* La méthode :

Nous avons procédé à un échantillonnage en plusieurs étapes:

- dans un premier temps nous avons choisi 15 provinces au hasard où l'enquête devrait se dérouler ; ceci nous a permis de connaître (grâce à une étude des données statistiques disponibles) et de recenser par province choisie les structures sanitaires et pharmaceutiques.

- dans un second temps, nous avons procédé à un échantillonnage par quotas pour les structures concernées par l'enquête.

Dans chaque province choisie, nous avons retenu pour l'enquête :

- . tout C.H.R
- . tout C.M
- . deux C.S.P.S (au hasard)
- . toute pharmacie provinciale
- . toute officine publique
- . deux dépôts communautaires (au hasard)

* La taille de l'échantillon

Après la collecte des données nous avons retenu pour l'analyse :

- 6- C.H.R
- 24 C.M
- 24 C.S.P.S
- 12 pharmacies provinciales
- 6 officines pharmaceutiques publiques
- 24 dépôts communautaires.

Au total 96 (quatre vingt seize) structures ont constitué la taille de l'échantillon.

Le nombre des C.S.P.S, et des dépôts à été réduit lors de l'analyse. Ceci dans le souci d'avoir un équilibre entre les structures composant l'échantillon. Nous avons 24 C.M; nous avons donc inclus 24 C.S.P.S et 24 dépôts. Les chiffres des autres structures n'ont pas été modifiés. Les pharmacies provinciales devraient théoriquement être au nombre de 15 (chaque province est sensée en avoir une). On retrouve le chiffre 12 (douze) pour la raison que dans trois des provinces visitées, la pharmacie provinciale n'était pas individualisée mais confondue à la pharmacie d'une structure de santé (C.M ou C.H.R) du chef-lieu de la province. Dans ces cas, nous avons considéré qu'il n'existait pas de pharmacie provinciale.

2.3.2 - Le recueil des données

* La technique utilisée:

Les données de l'étude ont été recueillies à l'aide d'une enquête. Les informations obtenues au niveau de chaque structure ont été consignées sur une fiche pré-rédigée. L'enquêteur obtenait les informations de trois manières:

- en posant des questions avec réponses fixes qui figurent sur la fiche, au personnel de la structure étudiée;
- en observant l'organisation du stock de médicaments, il portait ensuite les résultats de son observation sur la fiche selon les indications qui y sont définies;
- en vérifiant la présence et la tenue des fiches de stock ou registres servant à enregistrer le mouvement des médicaments, les résultats sont portés sur la fiche selon les directives qui y figurent.

La fiche d'enquête a été rédigée et corrigée à l'issue d'une pré-enquête faite trois mois avant le début de l'enquête définitive.

* L'enquête :

Elle s'est déroulée pendant trois mois (du 15 janvier 1990 au 15 avril 1990). Nous avons eu le concours de plusieurs enquêteurs. En particulier des étudiants en médecine qui se trouvaient en stage dans les provinces que nous avons retenues de visiter dans le cadre de notre étude. Nous avons donné trois séances de formation sur la démarche de l'enquête aux étudiants avant qu'ils n'effectuent le travail. En outre, nous avons rédigé un guide d'utilisation de la fiche d'enquête, que nous avons remis à chacun d'eux.

CHAPITRE 3 - L'ANALYSE DES DONNEES

* Les informations recueillies à partir des 96 (quatre vingt seize) structures ont fait l'objet d'un traitement informatique sur un ordinateur "IBM" avec le concours d'un staticien de la Direction des Etudes et Planification de Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Nous avons utilisé un logiciel dénommé "EPI-INFO" version 3 américaine. Les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel "HAVARD-GRAPHIC".

* L'analyse a été faite par étape selon le plan suivant :

- le personnel impliqué dans la gestion du médicament
- la fonction de sélection des médicaments
- la fonction d'acquisition des médicaments
- le stockage

Pour chaque étape, l'analyse décrit les situations qui expriment des lacunes ou des insuffisances du système d'approvisionnement en médicaments.

* Les paramètres qui ont retenu notre attention pour l'étude d'une structure sont :

- le type de la structure,
- le nombre total de personnes impliquées dans la gestion des médicaments,
- les critères employés pour sélectionner les médicaments à commander.
- les sources d'approvisionnement,
- la pratique d'achats de médicaments,
- la pratique de vente,
- l'utilisation de 5 (cinq) médicaments génériques,
- l'utilisation de la salle d'entreposage de médicaments,
- l'équipement utilisé pour le rangement des médicaments,
- le rangement adopté dans la salle de stockage,
- la présence et l'utilisation des fiches de stock,

* Pour tous les calculs statistiques nous avons exclu les non-répondants et les non-applicables pour la variable concernée.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

CHAPITRE 1 - PRESENTATION DES RESULTATS

1.1 - L'échantillon.

Notre étude a porté sur quatre vingt seize (96) structures. La répartition des structures au sein de l'échantillon se présente comme suit :

Tableau N°1 : Répartition des structures dans l'échantillon.

Structures	Nombre	%
Pharmacies provinciales	12	12,5
C.H.R.	06	6,25
C.M.	24	25
C.S.P.S.	24	25
Officines	06	6,25
Dépôts	24	25
TOTAL	96	100

1.2 Données sur le personnel.

* Les effectifs de personnels impliqués de la gestion des médicaments. Nous avons retenu d'identifier les effectifs de personnel accomplissant les activités propres de gestion des médicaments au sein de chaque structure étudiée. Nous n'avons pas pris en compte le niveau professionnel et les qualifications du personnel. Dans notre échantillon, voici comment se présente la répartition des effectifs de personnels impliqués dans la gestion des médicaments.

Tableau N°II : Répartition des effectifs de personnels impliqués dans la gestion des médicaments par type de structure.

Type de Structure	Effectif personnel impliqué					TOTAL
	1	2	3	4	5	
Phcie. prov.	8	3	1	-	-	12
C.H.R.	4	2	-	-	-	6
C.M.	18	4	1	-	1	24
C.S.P.S	15	9	-	-	-	24
Dépôt	23	-	1	-	-	24
Officine	3	2	-	1	-	6
TOTAL	71	20	3	1	1	96

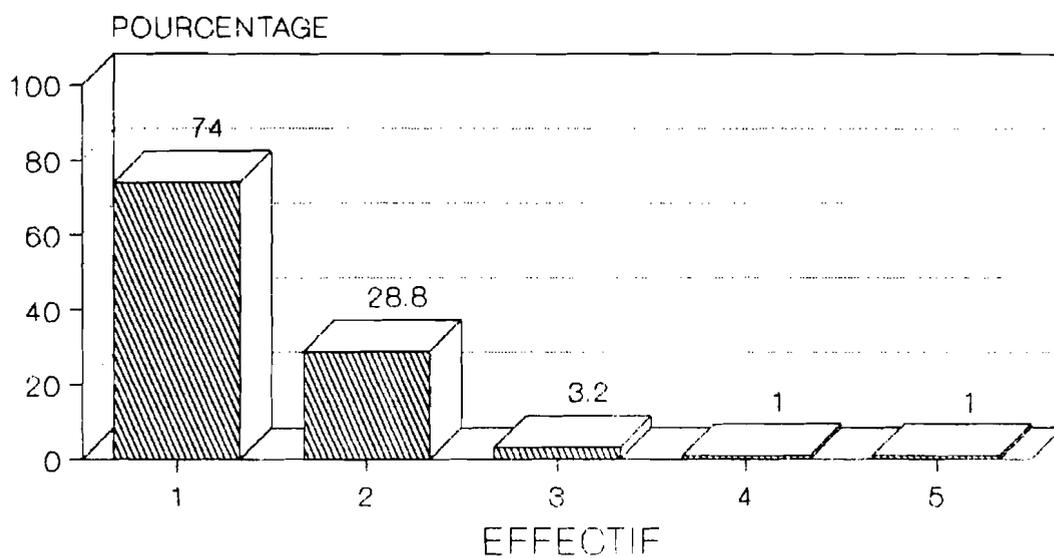
- La moyenne des effectifs de personnels employés par chaque type de structure est de 1,34; soit moins de 2 (deux) personnes par structures pour gérer les médicaments. 74% des structures étudiées emploie, seulement une personne (voir Graphique N°1)

* Le rapport entre l'effectif global de personnels travaillant dans la structure et l'effectif de personnel impliqué dans la gestion des médicaments dans la même structure :

- Pour les structures suivantes : pharmacies provinciales, dépôts et officines; Le personnel gérant les médicaments est le même que celui de toute la structure. Il s'agit d'établissements spécialisés dans un seul type d'activité .

- Dans les structures suivantes : CHR, CM, CSPS, plusieurs types d'activités sont pratiquées et en général, il existe différents services dans une même structure. La part du personnel "de pharmacie" dans l'effectif globale est indiquée dans le tableau suivant :

REPARTITION DES STRUCTURES SELON L'EFFECTIF DE PERSONNELS IMPLIQUES DANS LA GESTION DES MEDICAMENTS



Graphique No 1

Tableau N°III : Rapport Personnel de pharmacie / personnel total par type de formation sanitaire.

Type de Format°.	Personnel de Phcie.	Eff. global du personnel	Rapport
C.H.R.	8	116	6,8%
C.M.	34	340	10,0%
C.S.P.S.	33	96	34,0%
Ensemble	75	552	13,5%

Le personnel consacré à la pharmacie représente :
6,8% du personnel total dans les C.H.R ; 10% dans les C.M et 34% dans les C.S.P.S.

Les formations sanitaires étudiées emploient en moyenne 13,5% de leur personnel pour gérer les médicaments.

1.3 - Données sur la fonction de sélection des médicaments.

1.3.1 - L'initiation des commandes

Nous avons voulu savoir qui sélectionne les médicaments dont a besoin la structure pour son fonctionnement (qu'il s'agisse de distribuer gratuitement ou de vendre).

- Dans les structures suivantes : pharmacies provinciales, dépôts et officines le personnel initie les commandes de son propre chef sans recevoir de directives, sans supervision.

- Dans les structures sanitaires (CHR, CM, CSFS) le personnel qui initie les commandes de médicaments (en fait qui sélectionne les médicaments dont a besoin la formation est dans la grande majorité des cas étudiés, celui travaillant au niveau de la pharmacie (sans la participation des autres agents de santé). C'est seulement dans 16,7% des C.M et dans 8,3% des C.S.P.S que nous avons rencontré le cas de figure ou l'initiation des commandes associait d'autres agents de santé au personnel de pharmacie.

1.3.2 - les critères de choix des médicaments à commander.

Le choix des médicaments constitue un élément important d'une politique pharmaceutique. "Il constitue une base rationnelle non seulement pour l'approvisionnement pharmaceutique national, mais aussi pour la fixation et la satisfaction des besoins en médicaments à divers échelons du système de soins"(30).

Le choix devrait tenir compte de plusieurs critères :

- . Les statistiques de consommation des produits pharmaceutiques dans la région .
- . Les statistiques épidémiologiques (maladies prioritaires et courantes)
- . Les besoins en médicaments des services de santé (en fonction de leur capacité et du niveau de formation du personnel).

Nous avons voulu avoir une idée des structures qui n'emploient aucun critère pour sélectionner les médicaments (en réalité le seul critère dans ces cas est la baisse du niveau du stock.)

- Les pourcentages des structures n'employant aucun critère pour commander les médicaments se présentent comme suit:

- 33,3% des pharmacies provinciales
- 33,3% des C.H.R
- 58,3% des C.M ; 58,3% des dépôts
- 45,8% des dépôts
- 16,7% des officines.

Dans le tableau suivant nous présentons les différents critères de choix employés dans les structures étudiées. Nous avons regroupé les critères, car une structure peut en employer plusieurs.

Tableau n°1V : Répartition des Critères de choix des médicaments par type de structure étudiée.

Type de Structure	Critère de choix des médicaments					TOTAL
	C1	C2	C3	C4	C5	
Phcie. prov.	4	2	5	1	-	12
C.H.R.	2	1	2	1	-	6
C.M.	14	1	3	6	-	24
C.S.P.S	14	1	2	6	1	24
Dépôt	11	1	3	9	-	24
Officine	1	-	1	2	2	6
TOTAL	46	6	16	25	3	96

Légende :C1 = Absence de critère de choix.

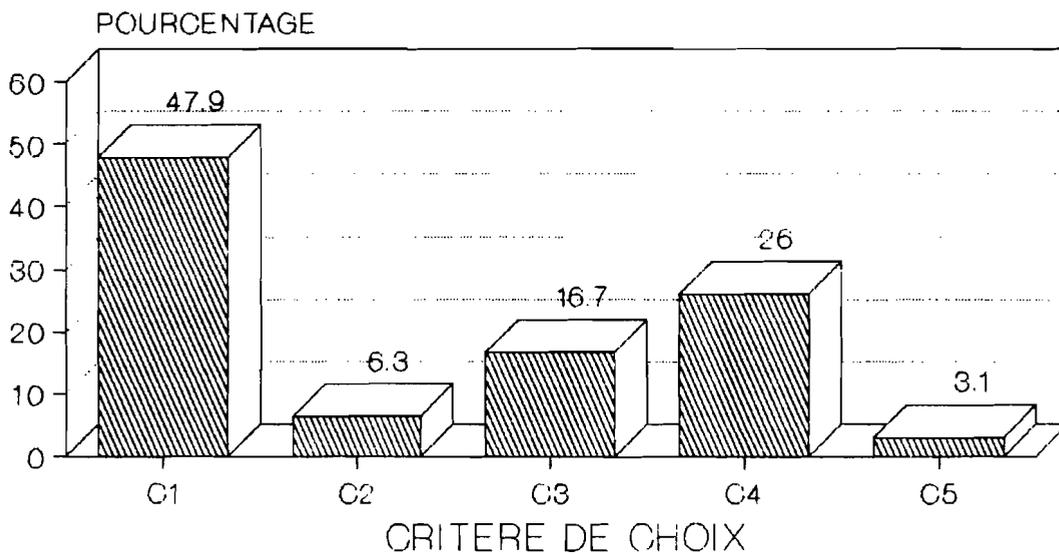
C2 = Statistiques de consommation des médicaments.

C3 = Statistiques épidémiologiques

C4 = Estimation des besoins en médicaments des services.

C5 = Association de deux des trois derniers critères.

REPARTITION DES STRUCTURES SELON LE CRITERE DE CHOIX DES MEDICAMENTS



Graphique No 2

**C4-ESTIMATION DES BESOINS DES SERVICES DE SANTE
C5-ASSOCIATION DE DEUX DES CRITERES PRECEDENTS**

C1-PAS DE CRITERE

C2-STATISTIQUES DE CONSOMMATION SEULES

C3-STATISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES SEULES

Nous présentons le graphique (N° 2) : Pour mieux faire ressortir les résultats obtenus pour l'ensemble des structures étudiées.

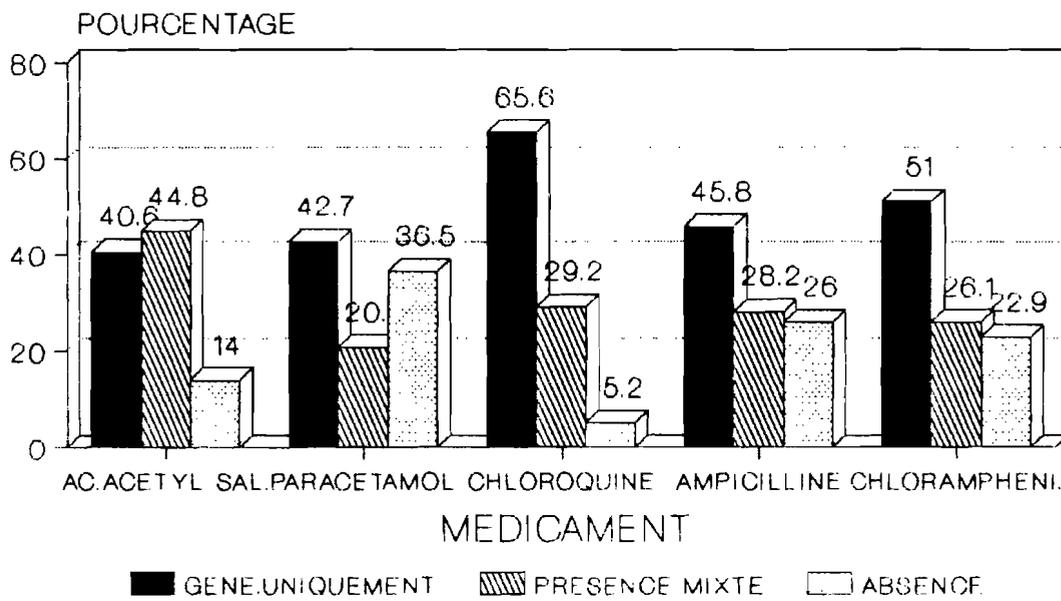
1.3.3 - L'utilisation des médicaments génériques d'après ce qui est en stock le jour de l'enquête.

Les génériques sont pour la plupart beaucoup moins chers que les médicaments sous leur nom de marque. En tenant compte du rapport coût/efficacité leur choix s'impose. Nous avons apprécié la présence de 5 (cinq) médicaments d'usage courant

- L'acide acétyl salicylique
- Le Paracétamol
- La chloroquine
- L'Ampicilline
- Le chloramphénicol.

Dans une structure donnée chaque médicament pris isolément peut être présent uniquement sous la forme générique, de façon mixte ou absent. Les résultats obtenus sont consignés dans le graphique N° 3.

REPARTITION DES STRUCTURES ETUDIEES SELON LA PRESENCE EN STOCK DE 5 MEDICAMENTS



Graphique No 3

1.4 - Données sur la fonction d'Acquisition.

Il est capital de comprendre, comment les formations sanitaires et pharmaceutiques obtiennent les médicaments . Les modes d'acquisition peuvent être ainsi améliorés et organisés . Nous présentons les résultats en regroupant les structures étudiées en 2 (deux) catégories :

1.4.1 - Le circuit habituel du médicament "gratuit".

Il regroupe les structures qui reçoivent habituellement les médicaments de la dotation du ministère de la santé et procèdent à une distribution gratuite. Ce sont:

les pharmacies provinciales, les C.H.R , les C.M , les C.S.P.S. Mais ce procédé n'est que , "l'habituel" ; sur le terrain les sources de médicaments varient et le principe de la gratuité se voit quelque fois nié par la réalité. Certaines structures ont organisé un système de vente pour compléter celui de la dotation.

1.4.1.1- Les sources de médicaments .

Dans ce circuit, notre étude a identifié 5 (cinq) types de sources :

- La source 1 : Les médicaments proviennent uniquement de la dotation du M.S.A.S
- La source 2 : Les médicaments proviennent de la dotation et de dons irréguliers .
- La source 3 : en plus de la dotation il y a des dons fixes ; c'est à dire des dons qui sont prévisibles car réguliers .
- La source 4 : comprend la dotation , des dons irréguliers et des dons fixes .
- La source 5 : les médicaments proviennent d'une part de la dotation et d'autre part d'achats effectués par la formation elle-même.

La répartition de structures suivant la source des médicaments se présente de la sorte :

Tableau n°V : Répartition des formations sanitaires en fonction de la source des médicaments.

Structure	Sources des médicaments					TOTAL
	S1	S2	S3	S4	S5	
Phcie. prov.	1	4	1	2	4	12
C.H.R.	1	4	-	-	1	6
C.M.	3	15	1	3	2	24
C.S.P.S	8	12	1	-	3	24
TOTAL	13	35	3	5	10	66

Légende : S1 = Source 1 = Dotation seule
 S2 = Source 2 = Dotation + dons irréguliers
 S3 = Source 3 = Dotation + dons fixes
 S4 = Source 4 = Dotation + dons fixes et irréguliers
 S5 = Source 5 = Dotation + achats

Le mode d'acquisition des médicaments est constitué :

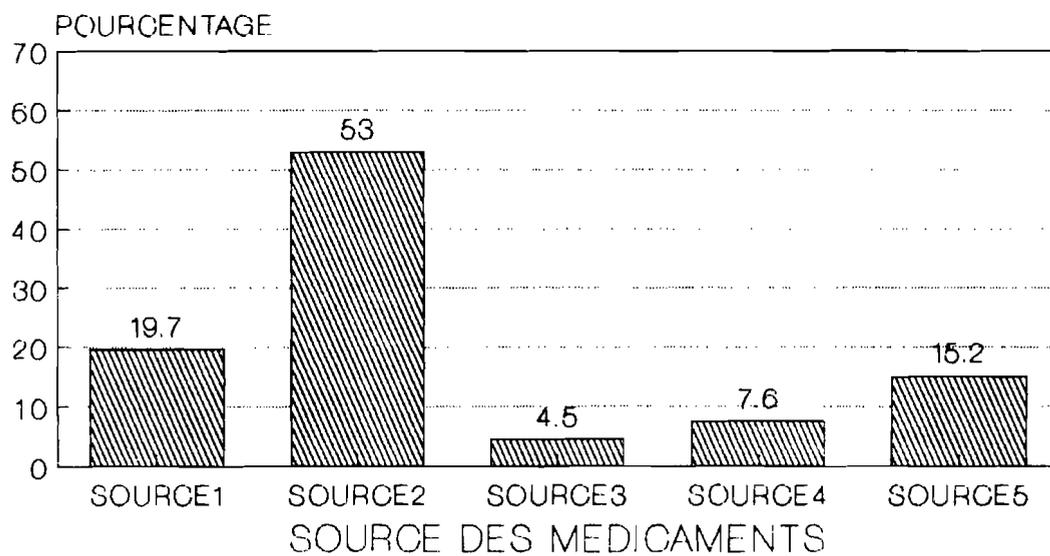
- Par la source 1 dans 19% des structures de ce circuit
- Par la source 2 dans 53%
- Par la source 3 dans 4,5%
- Par la source 4 dans 7,6%
- Par la source 5 dans 15,2%

Le graphique n° 4 reprend les résultats ci-dessus, pour d'avantage de clarté.

- La source 2 est prépondérante ; elle concerne (dans notre échantillon réduit ici aux structures du circuit habituel de médicaments gratuits), 33,3% des pharmacies provinciales, 66,6% des C.H.R, 62,7% des C.M et 50% des C.S.P.S .

- La source 5 concerne 15,2% de ces structures .Elle constitue une particularité, car il s'agit de formations sanitaires qui achètent directement les médicaments. Nous avons donc voulu savoir plus sur l'origine des fonds utilisés pour les achats de médicaments, les fournisseurs, les volumes annuels en

REPARTITION DES FORMATIONS SANITAIRES SELON LA SOURCE DES MEDICAMENTS



Graphique No 4

SOURCE1=DOTATION SEULE
SOURCE2=DOTATION+DONS DIVERS
SOURCE3=DOTATION+DONS FIXES

SOURCE4=DOTATION+DONS DIVERS ET FIXES
SOURCE5=DOTATION+ACHATS

masse monétaire de leur commande et l'usage fait de ces médicaments achetés. Parmi les structures étudiées, celles effectuant des achats de médicaments c'est-à-dire, ayant la source 5 comme mode d'acquisition de médicaments se répartissent de la sorte :

- 33,3% des pharmacies provinciales
- 16,7% des C.H.R
- 8,3% des C.M
- 12,5% des C.S.P.S

1.4.1.2 l'origine des fonds utilisés pour l'achat des médicaments

Trois (3) origines ont été identifiées au cours de notre étude:

- La subvention de l'Etat
 - L'aide non étatique faite par un organisme ou une institution
 - Les fonds propres de la structure : réunis grâce à l'initiative des responsables de la formation sanitaire.

Tableau N° VI : Répartition des formations sanitaires effectuant les achats de médicaments selon l'origine des fonds utilisés.

Structure	Origines des fonds			TOTAL
	S.E*	A.N.E*	F.P*	
Phcie. prov.	2	1	1	4
C.H.R.	1	-	-	1
C.M.	-	1	1	2
C.S.P.S	-	-	3	3
TOTAL	3	2	5	10

Légende : S.E* = Subventions Etatiques
 A.N.E* = Aide Non Etatique.
 F.P* = Fonds propres de la structure.

- Dans 30% de l'ensemble des formations sanitaires qui achètent des médicaments, les fonds proviennent de l'Etat .

- Dans 20% de ces cas les fonds proviennent d'aides non-étatiques

- Dans 50% des cas les fonds sont dégagés par la structure elle même selon des procédures relevant de l'initiative des responsables. Graphique N° 5.

1.4.1.3 - Les fournisseurs des formations sanitaires opérant des achats.

Nous avons voulu connaître les fournisseurs, car si l'expérience de ces structures venait à être encouragée et étendue il faudrait savoir quel fournisseur recommander.

Nous avons trouvé que :

- 30% de ces structures achètent les médicaments exclusivement auprès des officines (privées et publiques confondues)

- 40% de ces structures s'approvisionnent en médicament auprès de la Sonapharm exclusivement.

- 30% de ces structures s'approvisionnent en médicaments tantôt auprès des officines tantôt auprès de la Sonapharm.

Graphique N° 6.

1.4.1.4- Le volume annuel des commandes en terme de masse monétaire des formations sanitaires opérant des achats (chiffres de l'année 1989)

Les volumes annuels varient de 150.000 (cent cinquante mille) à 10.000.000 (dix millions) de francs cfa.

- L'ensemble des structures a commandé des médicaments pour : 12.925.000 f cfa repartis ainsi :

- Les pharmacies provinciales : 10.860.000 f

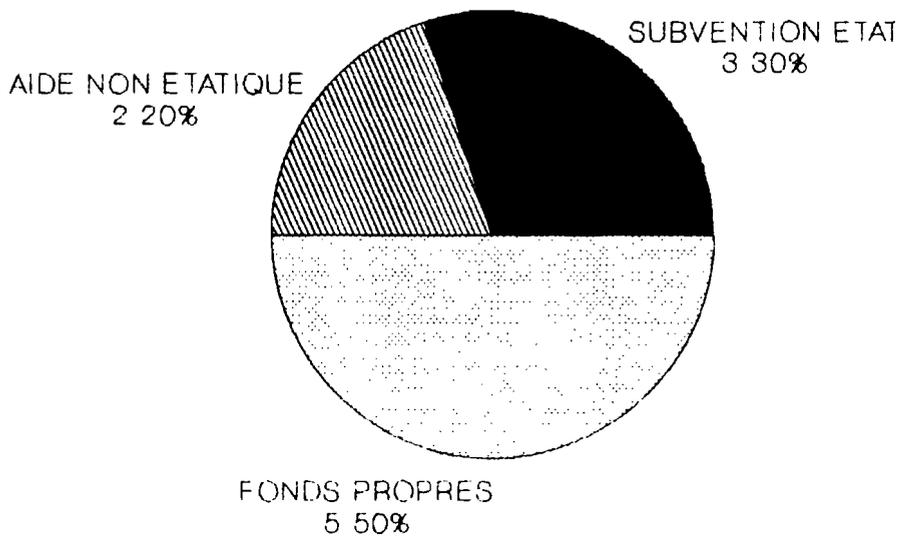
- Les C.H.R : chiffres non obtenus

- Les C.M : 1.850.000 f

- Les C.S.P.S : 215.000 f

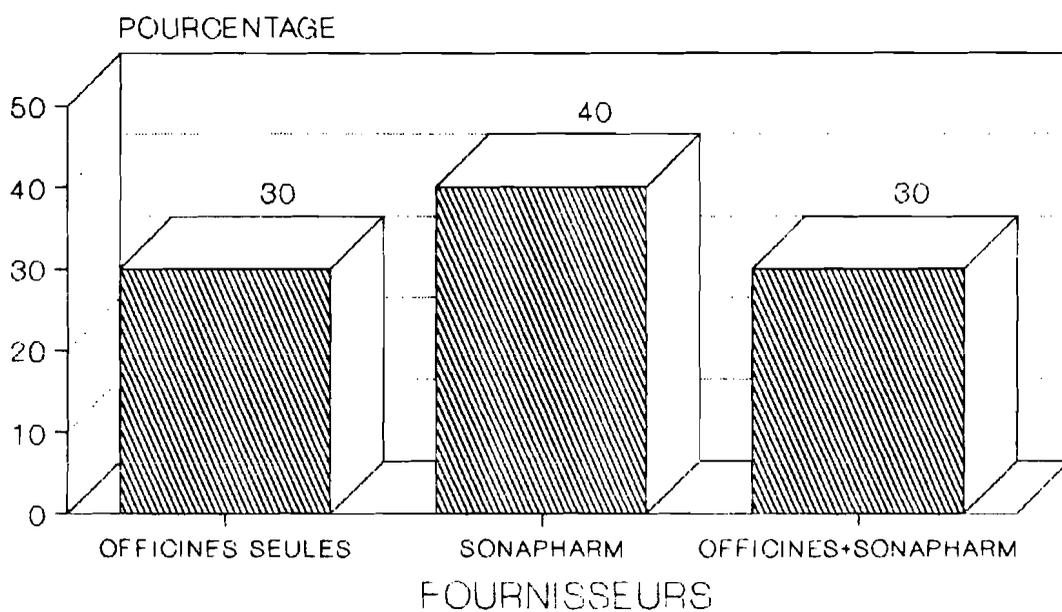
Voir Graphique N° 7.

REPARTITION DES FORMATIONS SANITAIRES SELON L'ORIGINE DES FONDS UTILISES POUR L'ACHAT DES MEDICAMENTS



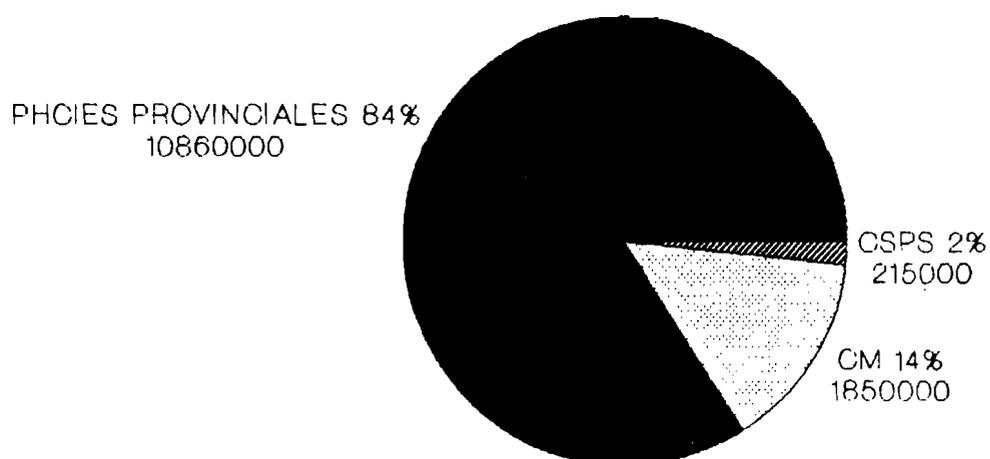
Graphique No 5

REPARTITION DES FORMATIONS SANITAIRES OPERANT LES ACHATS SELON LE FOURNISSEUR



Graphique No 6

REPARTITION DES VOLUMES DE COMMANDES (EN F CFA) TYPE DE FORMATION SANITAIRE



Graphique No 7
Chiffres de 1989

Nous avons calculé les volumes moyens de commandes en prenant soin d'exclure au préalable les structures pour lesquelles les chiffres n'ont pas été obtenus .

Nous avons trouvé que :

- chaque structure a commandé en moyenne 1.846.428 francs CFA de médicaments en 1989.

- les volumes moyens de commande par type de structure sont :

- . une pharmacie provinciale = 3.620.000 francs CFA
- . un C.H.R = chiffres non disponibles
- . un C.M = 925.000 francs CFA
- . un C.S.P.S = 107.500 francs CFA

1.4.1.5 - Les ventes de médicaments dans le circuit habituel un médicament "gratuit".

Nous abordons la vente dans ce volet car, comme nous l'avons dit, habituellement les médicaments sont gratuits dans ce circuit.

Cependant de même qu'il existe des formations sanitaires opérant des achats de médicaments, il en existe qui procèdent à des ventes. Les médicaments vendus sont obtenus par achats ou par dons.

Nous n'avons pas rencontré de situation où les médicaments provenant de la dotation étaient vendus . Nous avons rencontré au total 4 (quatre) formations sanitaires qui pratiquent une vente de médicament. Le pourcentage des bénéfices prévu sur la vente :

Dans une de ces structures le pourcentage de bénéfice prévu est de 13% en sus des prix d'achat. Les bénéfices réalisés sont réinvestis dans les activités de la pharmacie. Dans 3 (Trois) de ces structures il n'existe pas de bénéfice prévu . Le prix de vente est un prix "social" bien en dessous des prix pratiqués dans le circuit commercial. Notons que dans ces cas les médicaments vendus sont constitués par des dons. Le produit des ventes est utilisé pour supporter les frais de manutention (transport depuis la capitale jusqu'à la localité concernée) et payer quelques médicaments d'urgence.

1.4.2 - Le circuit commercial des médicaments (dépôts et officines).

Dans notre étude ce circuit est représenté par 30 structures pharmaceutiques, dans les proportions suivantes :

- 24 dépôts
- 6 officines

(pour les calculs statistiques nous avons exclu les structures qui ne disposaient pas de l'information dont il est question).

1.4.2.1 - Le mode d'acquisition des médicaments :

Toutes ces structures acquièrent leur médicament par des achats ; puis procèdent à des ventes.

1.4.2.2 - L'origine des fonds utilisés pour les achats de médicament.

Nous avons identifié 3 origines des fonds, comme dans le circuit précédant.

- des fonds de roulement propres de la structure
 - des fonds provenant d'une subvention de l'Etat
 - des fonds provenant d'une aide non-étatique
- pour l'ensemble de ces structures étudiées :

- . 75,9% (22 structures) utilisent des fonds de roulement propres.
- . 20,7% (6 structures) des fonds provenant d'une subvention de l'Etat.
- . 3,4% (1 structure) des fonds provenant d'aide non étatique.

1.4.2.3 - Les fournisseurs des structures pharmaceutiques.

Il était capital aussi de connaître les fournisseurs de ce circuit. Nous avons trouvé :

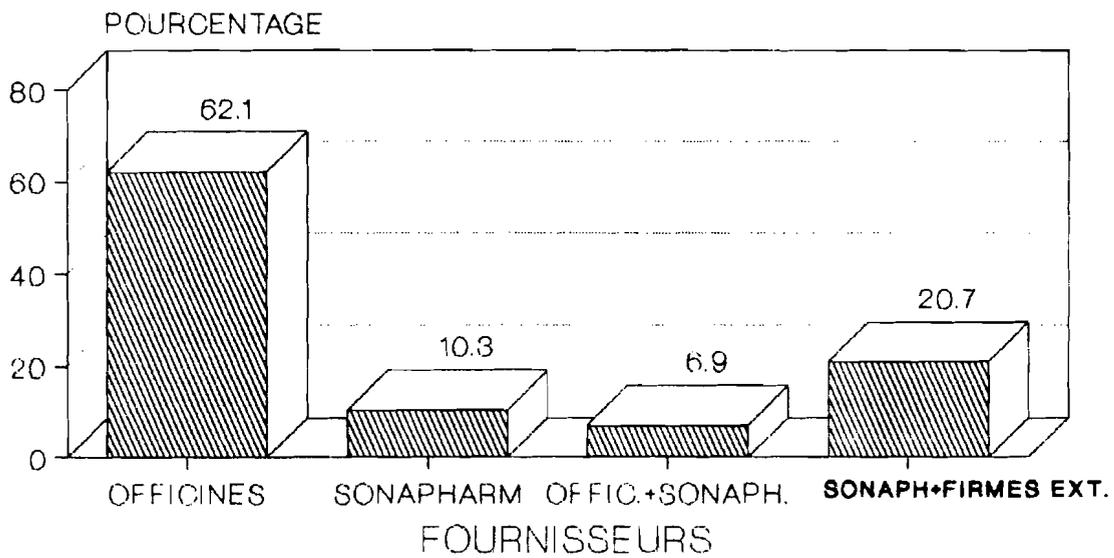
- Pour l'ensemble des structures pharmaceutiques que :
- . 62,1% s'approvisionnent exclusivement auprès des officines (privées ou publiques sans distinction).
 - . 10,3% (3 structures) exclusivement auprès de la Sonapharm.
 - . 6,9% (2 structures) s'approvisionnent tantôt auprès des officines tantôt auprès de la Sonapharm.
 - . 20.7% (6 structures) s'approvisionnent auprès de la SONAPHARM et des firmes pharmaceutiques Européennes.
- (voir le graphique N° 8)

Tableau VII : Répartition des structures pharmaceutiques selon les fournisseurs en médicaments.

Structure	Fournisseurs des médicaments				TOTAL
	F1	F2	F3	F4	
Dépôts	18	2	2	1	23
Officines	-	1	-	5	6
TOTAL	18	3	2	6	29

Légende : F1 = Officines exclusivement
 F2 = SONAPHARM exclusivement
 F3 = SONAPHARM et Officines
 F4 = SONAPHARM et firmes étrangères.

REPARTITION DES STRUCTURES PHARMACEUTIQUES SELON LE FOURNISSEUR DE MEDICAMENTS



Graphique No 8

De ce tableau nous déduisons ceci :

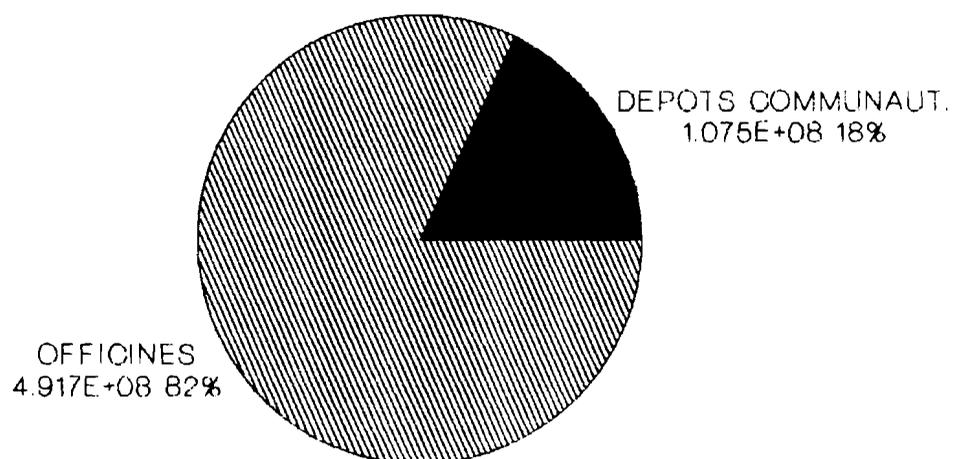
- Pour les dépôts étudiés :
 - . 78,3% s'approvisionnent uniquement auprès des officines.
 - . 8,7%, uniquement auprès de la Sonapharm
 - . 8,7%, tantôt à la Sonapharm tantôt auprès des officines
 - . 4,3% opèrent quelquefois des commandes auprès des firmes Etrangères.
- Pour les officines :
 - . 83,3% c'est à dire la quasi totalité opère des commandes directes auprès des firmes pharmaceutiques Européennes,
 - . 16,7% soit une seule s'adresse uniquement à la Sonapharm pour commander les médicaments.

1.4.2.4 - Les volumes des commandes du circuit commercial

Nous avons retenu les chiffres de l'année 1989. Dans ce circuit nous avons retrouvé des volumes de commande compris entre 244.015 f.cfa et 237.000.000 f.cfa

- L'ensemble de ces structures pharmaceutiques a commandé en 1989 des médicaments pour 599.179.277 f.cfa.
 - . La part des dépôts étant de 107.485.416 f.cfa .
 - . Celle des officines étant de 491.693.816 f.cfa (Graphique N° 9)
- Nous avons calculé les volumes moyens pour chaque type de structure.
 - . Le volume moyen pour un dépôt : 6.322.674 f cfa
 - . Le volume moyen pour une officine : 98.338.763 f cfa

REPARTITION DE VOLUME DE COMMANDE (EN F CFA) PAR TYPE DE STRUCTURE PHARMACEUTIQUE



Graphique No 9

1.4.2.5- Les bénéfices issus des ventes :

- Le pourcentage de bénéfice prévu sur la vente des médicaments sont très variables :
 - . Pour les dépôts = 13% à 33%
 - . Pour les officines = 30 à 53%
- D'autant plus qu'il s'agit de structures publiques nous avons voulu avoir une idée de l'usage fait des bénéfices issues des ventes ; ainsi :
 - Au niveau des officines :
 - . 83,3% utilisent les bénéfices pour se réapprovisionner
 - . 16,7% les utilisent pour se réapprovisionner et supporter des activités non-sanitaires.
 - Au niveau des dépôts :
 - . 59% utilisent les bénéfices pour se réapprovisionner
 - . 4,5% les utilisent pour des activités sanitaires
 - . 36,5% les emploient pour financer des activités non sanitaires.

1.5 - Données sur le stockage.

La distribution est l'un des facteurs clefs de tout système d'approvisionnement pharmaceutique. Dans étude nous avons abordé uniquement l'aspect stockage et contrôle des stocks. Il est important d'organiser le stockage : cela permet de conserver la qualité des médicaments, de bien les gérer de les délivrer rationnellement.

1.5.1 - L'entreposage des médicaments : utilisation des lieux.

Nous avons voulu avoir une idée de l'usage fait de la salle d'entreposage; pour une meilleur gestion, elle ne doit pas être utilisé à plusieurs fins.

- Au niveau des structures pharmaceutiques dépôts et officines.

Nous avons trouvé que les entrepôts sont destinés à un seul usage : stocker les médicaments et le matériel relevant du domaine de la pharmacie (matériel de pansement).

- Au niveau des structures sanitaires, la situation est différente ; en effet nous avons trouvé dans notre échantillon :

- . 6 pharmacies provinciales (50% des pharmacies provinciales)
- . 3 C.H.R (50% des C.H.R)
- . 13 C.M (54% C.M)
- . 13 C.S.P.S (54% des C.S.P.S)

Où la salle servant d'entrepôt aux médicaments, sert aussi à d'autres usages (entreposage de vélos, de roue de voitures, de bouteilles de gaz, ou même de "bureau" des manoeuvres). Nous avons lors de notre étude calculé les superficies moyennes des entrepôts des structures; ces superficies permettent de voir si, même matériellement (c'est à dire du point de vue espace) il est envisageable d'utiliser un entrepôt à plusieurs fins. Nous donnons ici les superficies moyennes en mètre carré des types de structures où l'on rencontre des entrepôts de médicaments servant à plusieurs usages : (nous avons arrondi les chiffres).

- Pharmacie provinciale : 44 m²
- C.H.R : 37 m²
- C.M : 22 m²
- C.S.P.S : 11 m²

1.5.2 - Equipement pour le rangement des médicaments.

Les équipements pour le rangement des médicaments que nous avons rencontrés comprennent: étagères, armoires, cartons, et caisses déposés sur le sol. 8,3% des structures de l'échantillon ne dispose que de caisses ou de cartons pour le rangement.

1.5.3 - L'organisation du rangement.

- Les médicaments doivent être rangés suivant un ordre qui permette de se retrouver ; cela évite d'une part les pertes dues à des péremptions par oubli et d'autre part le personnel qui travaille dans l'entrepôt ne perd pas de temps à rechercher un produit.

- Le rangement peut se faire : par ordre alphabétique des noms des produits par classe thérapeutique ou pharmacologique. Toujours est-il qu'il est conseillé de ranger les médicaments de telle façon et le "premier stocké" soit le premier à être délivré.

Nous avons retrouvé 3 (Trois) types de rangement :

. Type 1.- Il s'agit d'un rangement par ordre alphabétique ou classe de médicament prenant en compte la date de péremption.

. Type 2.- Il s'agit d'un rangement par ordre alphabétique ou par classe ne tenant pas compte des dates de péremption.

. Types 3 .- le rangement est fait par tassement ; les médicaments sont disposés en "vrac".

12,5% des structures pratiquent le rangement de type 1.

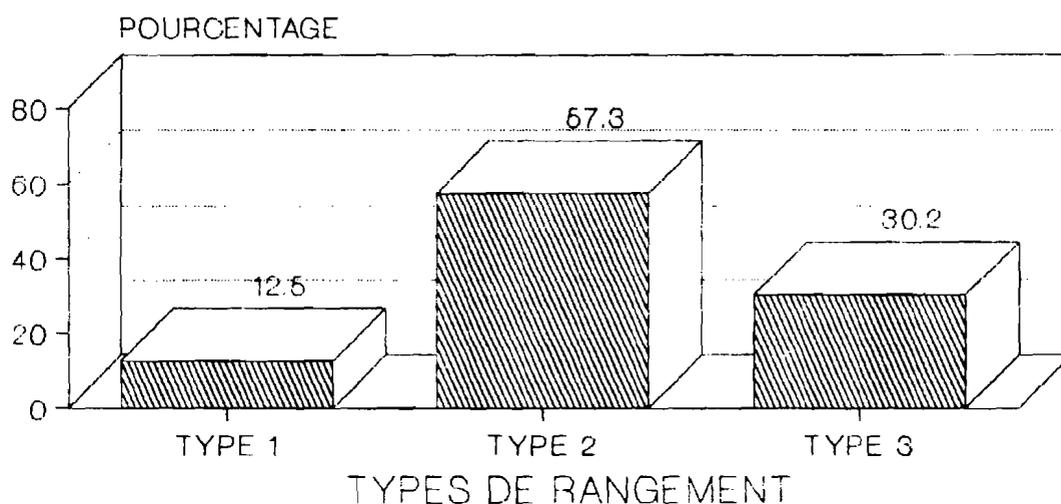
57,3% le rangement de type 2.

30,2% le rangement de type 3.

voir graphique N° 10.

Le graphique N° 11 indique les structures qui pratiquent le rangement de type 3.

REPARTITION DES TYPES DE RANGEMENT DES MEDICAMENTS AU SEIN DE L'ENSEMBLE DES STRUCTURES ETUDIEES

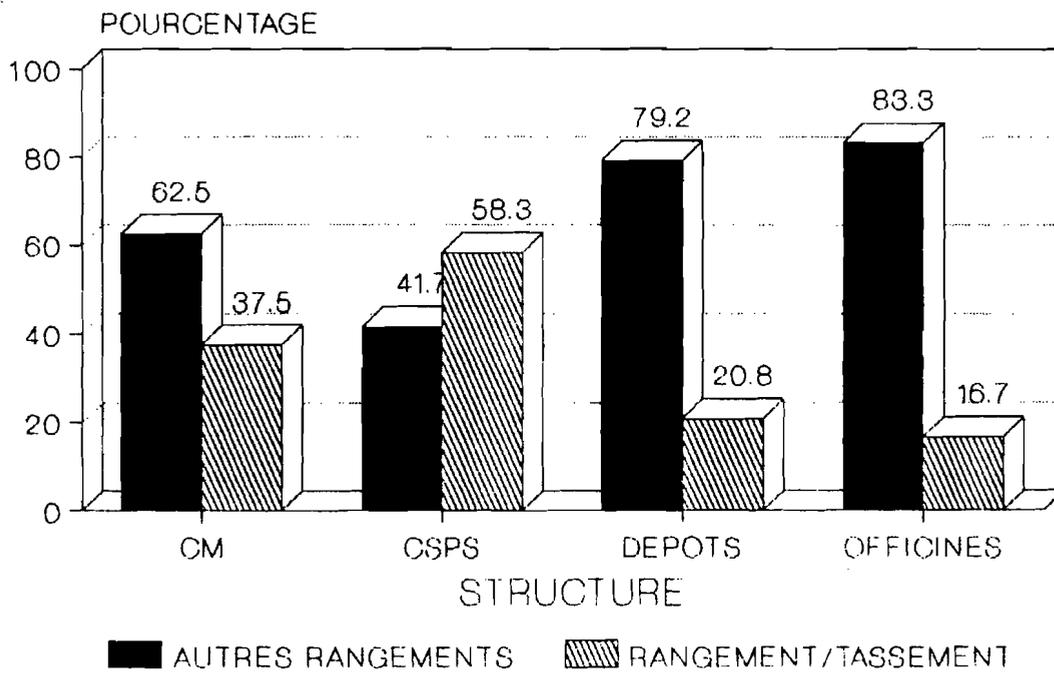


Graphique No 10

TYPE1- ORDRE ALPHABETIQUE OU CLASSE DE
MEDI-CAMENT + DATE DE PEREMPTION
TYPE2=ORDRE ALPHABETIQUE OU CLASSE DE

**MEDICAMENT SANS DATE
DE PEREMPTION
TYPE3- "EN VRAC"**

RELATION ENTRE LE RANGEMENT DES MEDICAMENTS ET LE TYPE DE STRUCTURE



Graphique No 11

1.5.4 - l'enregistrement des entrées et sorties des médicaments.

Le "suivi et le contrôle du stockage exigent l'établissement d'un ensemble de documents écrits appropriés; en particulier des fiches de stocks et des registres ". (20)

Ces documents sont des outils de base pour le contrôle des stocks ; à partir desquels, les quantités de produits à commander peuvent être déterminés.

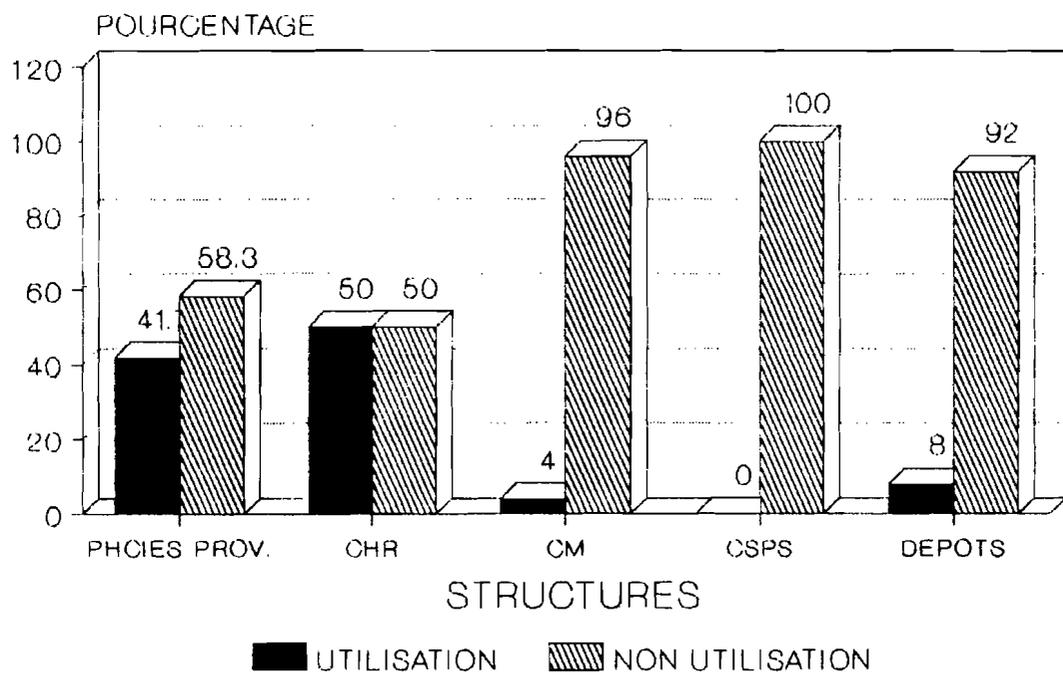
- Les fiches de stocks.

Dans notre étude nous avons assimilé aux fiches de stocks tout cahier au registre où sont inscrits de façon claire les entrées et les sorties des médicaments . Nous avons considéré que la structure étudiée utilise des fiches quand d'une part ces documents existent et d'autre part sont tenus régulièrement. Les structures n'utilisant pas les fiches de stocks se répartissent ainsi:

- . 58,3% des pharmacies provinciales
 - . 50% des C.H.R
 - . 96% des C.M
 - . 100% des C.S.P.S
 - . 92% des dépôts
- (voir graphique 12)

Au total 82,3% des structures de l'échantillon n'utilisent pas des fiches de stocks.

RELATION ENTRE L'UTILISATION DES FICHES DE STOCK ET LE TYPE DE STRUCTURE



Graphique No 12

CHAPITRE 2 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET COMMENTAIRES.

2.1. Biais

- les informations obtenues à partir des déclarations du personnel ont pour être entachées de subjectivités ou d'imprécisions. Pour parer à cela, nous avons à chaque fois interrogé en plus le responsable de la structure.

- les enquêteurs ont pu mal recueillir quelquefois les informations.

2.2. Interprétation des résultats

2.2.1 - Le personnel :

Notre étude révèle que dans la grande majorité des structures sanitaires et pharmaceutique du secteur public il y a moins de deux personnes impliquée dans la gestion des médicaments par structure: 74% des structures emploient une seule personne pour le travail de pharmacie. Pour assurer le fonctionnement correct d'un service, il faut disposer d'un personnel suffisant.

Au niveau des formations sanitaires, il y a une inégalité dans la répartition du personnel au détriment de la pharmacie. Les autres services absorbent tout le personnel. Outre l'aspect insuffisance des effectifs de personnel, pour la gestion des médicaments, il faut noter qu'il s'agit dans la plupart des cas d'un personnel non spécifique. Le nombre limité des pharmaciens diplômés fait que la gestion des pharmacies des centres de santé est confiée à un infirmier ou à une sage-femme. Ce dernier n'a pas été formé pour ce travail et souvent n'y porte pas beaucoup d'intérêt.

De toutes ces constatations, il en résulte que les activités liées à la pharmacie soient partiellement accomplies et avec sans doute peu de rigueur.

2.2.2 - La sélection des médicaments.

2.2.2.1 - L'initiation des commandes

- Au niveau des structures pharmaceutiques (officines et dépôts) les médicaments à commander sont déterminés uniquement par le personnel de ces établissements. Il n'existe pas de consultation ou de collaboration avec les prescripteurs de la place ; c'est à dire avec le personnel des centres de santé habitant la même localité. Notre étude montre que dans la totalité des officines et des dépôts, l'initiation des commandes est laissée entièrement à la charge du personnel qui y travaille (le pharmacien ou le vendeur de dépôt). IL en résulte ceci : les médicaments prescrits aux malades n'existent pas dans le dépôt ou l'officine ; dans ce cas, le malade est obligé de revoir l'agent de santé pour qu'il recommence la prescription afin de l'adapter à ce qui est disponible au niveau de la structure pharmaceutique au risque de ne plus obtenir les effets thérapeutiques recherchés au départ. Quelques fois, le malade est tenu de faire de grands déplacements vers d'autres localités pour rechercher les produits prescrits ; pendant ce temps, les médicaments de l'officine ou du dépôt de sa localité sont entraînés de se périmer. IL est courant de voir des gens venus de provinces reculées pour chercher dans les officines de Ouagadougou des médicaments qui leur ont été prescrits depuis leur localité, mais qui ne trouvent pas dans les structures pharmaceutiques de la place.

- Au niveau des formations sanitaires (C.H.R, C.M, C.S.P.S) et des pharmacies provinciales, nous retrouvons le même problème. Il appartient uniquement à celui ou à ceux qui travaillent dans la pharmacie de constituer la liste des médicaments dont la formation a besoin. Il est certain que les besoins ne sont pas toujours satisfaits ; surtout quand il s'agit de compter sur la dotation du ministère. Mais toujours est-il que la sélection n'associe pas les prescripteurs.

2.2.2.2 - Les critères de choix des médicaments

- Il est recommandé de prendre en considération dans le choix des médicaments plusieurs facteurs dont principalement :

- le profil épidémiologique de la région : les maladies les plus courantes.

- les besoins des services de santé qui sont fonction de la capacité de ces services et du niveau de formation du personnel médical.

- les médicaments les moins chers, les génériques en l'occurrence lorsque les médicaments de marque correspondants n'avaient pas une efficacité nettement supérieure.

Dans 47,9% des structures étudiées la sélection des médicaments lorsqu'elle a lieu est faite uniquement sur la seule base de la baisse du niveau de stock. 3,1% seulement de l'ensemble des structures étudiées utilisent plusieurs critères pour choisir les médicaments. Le reste des structures prend uniquement l'un ou l'autre critère en compte. La résultante de cette pratique est encore l'inadéquation entre les médicaments qui sont en stocks et les besoins thérapeutiques réels : Soit que personne ne demande ces produits, soit que ces derniers n'arrivent pas à résoudre comme il faut les problèmes quotidiens de santé.

2.2.2.3 - L'utilisation des médicaments génériques.

Nous avons apprécié l'utilisation des cinq génériques d'usage courant. Les résultats montrent que dans toutes les structures ces génériques sont utilisés, ou du moins sont en stocks mais à côté et parfois avec la même importance leurs équivalents en nom de marque persistent (voir graphique N° 3). Les génériques restent encore à être plus divulgués.

2.2.3 - l'Acquisition des médicaments

2.2.3.1- Au niveau des formations sanitaires

Dans la grande majorité de ces structures (53%) l'acquisition se fait de deux manières :

- La dotation par le ministère de la santé ; elle est très insuffisante .
- Les dons divers des médicaments ; ils sont fait par accoups; il s'agit souvent de spécialités ne répondant pas toujours au pathologies prioritaires. Les destinataires des dons ne font pratiquement aucune sélection ; ils reçoivent les produits qu'on leur envoie ; mais ces médicaments ne sont pas forcément ceux dont ils ont besoin. Il suffit pour s'en convaincre de jeter un coup d'oeil dans le stock, de n'importe quel centre de santé ; on y verrait des échantillons de médicaments d'indications rares et de manipulation délicate. Cette source de médicaments n'est pas à ignorer, car elle permet de résoudre des problèmes ; mais pour être efficace elle demande à être organisée. Sinon elle perd tout son sens et à la limite peut devenir dangereuse (risque d'utilisation par les agents de santé de produits de manipulation délicate)

- Dans notre échantillon, 15,2% seulement des formations sanitaires ont trouvé une solution alternative à l'insuffisance de la dotation en achetant les médicaments.

Les fonds, dans 70% de ces formations sanitaires ne proviennent pas des caisses de l'Etat et l'ensemble des volumes de commande pour l'année est significative environ (13 millionsde francs cfa).

Ces structures sanitaires procèdent à des ventes ; et le produit des ventes est réinvesti dans l'approvisionnement. Cette approche constitue une nouvelle et à l'heure actuelle où "le médicament gratuit pour tous" est loin d'être envisagé (réalisme économique oblige) ; elle mérite d'être encouragée et soutenue.

2.2.3.1 - Au niveau du circuit commercial classique (dépôts officines).

- Le mode d'acquisition des médicaments est l'achat uniquement.

- L'identification de leur fournisseurs révèle que 20,7% d'entre eux procèdent à des commandes directes auprès de firmes européennes ; Il s'agit en particulier de la quasi totalité (83,5% des officines étudiées; ceci est loin d'être négligeable car ce sont les officines qui détiennent la plus grande partie des commandes:

L'étude montre qu'en 1989 l'ensemble des dépôts et officines ayant fait l'objet de l'enquête a commandé près de 600 millions de francs cfa de médicaments (soit plus que le volume de commande du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale) ; la part des officines étant d'environ 82% (491 millions de f.cfa).

Les commandes directes contribuent à élever le prix du médicament et la grande variation des marges bénéficiaires(de 30 à 53%) dans ces structures en est un signe.

En outre les commandes extérieures de ces officines qui sont publiques, signifie que la Sonapharm n'arrive pas à les satisfaire (donc ne répond plus à sa vocation) ou que le schéma de distribution à partir du grossiste n'est pas respecté ; même par les structures pharmaceutique du public.

- Les médicaments acquis sont vendus ; cependant la gestion financière de ces structures publiques (officine et dépôt) est parfois défailante.

Le détournement des bénéfices ou même des fonds de roulements au profit d'activités non sanitaires (36,5% des dépôts et 16,7% des officines) et souvent par des autorités administratives locales est source de dysfonctionnement de ces structures.

2.2.4 - Le stockage des médicaments.

2.2.4.1 - Les lieux de stockage et le rangement des médicaments.

L'étude révèle que dans au moins 50% des formations sanitaires l'entrepôt ne sert pas seulement au stockage des médicaments. On y trouve divers objets, les lieux sont ainsi transformés en véritable magasin du centre de santé.

Il s'en suit que : l'accès au lieu de stockage des médicaments n'est plus seulement réservé au personnel de la pharmacie, mais a d'autres agents ; ce qui comporte des risques d'abus et de coulage de médicaments.

Le rangement des médicaments se trouve dans ces conditions compromise d'autant plus que les salles sont en général peu spacieuse (la superficie maximale retrouvée est de 44 m²).

Le rangement est fait par tassement dans 30,2% des structures et ne correspond à aucune règle; les agents même de la pharmacie ne se retrouvent pratiquement pas dans les magasins.

2.2.4.2 - Le contrôle et la gestion des stocks

83,3% des structures étudiées dont 58,3% des pharmacies provinciales, 50% des C.H.R, 96% des C.M, 100% des C.S.P.S, 92% des dépôts n'utilisent ni fiches, ni registres pour constater le mouvement des médicaments : entrées et sorties.

Il est impossible de déterminer les dates de péremptions, les quantités disponibles, les consommations des services.

En absence de tout système d'enregistrement, il est impossible de faire une planification en vue du réapprovisionnement.

Le personnel travaillant au sein de la même structure ignorent parfois ce qu'ils ont en stock ; des produits sont parfois oubliés jusqu'à péremption.

QUATRIEME PARTIE :
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1 - Conclusion de l'étude.

Nous avons entrepris de dégager les problèmes liés au déroulement de la sélection, de l'acquisition et du stockage des médicaments dans le circuit de distribution public ; représenté par les formations sanitaires, les dépôts et les officines publics. L'étude a été menée sous forme d'enquête auprès de 96 structures réparties dans 15 provinces du Burkina Faso.

Partant des résultats de cette étude l'analyse suivante du processus d'approvisionnement en médicaments peut être fait :

- Le personnel chargé des médicaments du secteur public est insuffisant et pas suffisamment formé à la gestion ; l'insuffisance relève dans la plus part des formations sanitaires d'une répartition inégale du personnel entre les services.

- Le processus de sélection est réalisé sans une concertation préalable de tous les partenaires en place ; en particulier sans la participation effective des prescripteurs. Le choix des médicaments est fait sans tenir compte de certains critères fondamentaux comme le profil épidémiologique des régions, les besoins réels des services de santé et le niveau de formation des prescripteurs.

Utilisation des médicaments génériques restent à être encouragé d'avantage (malgré la pression des laboratoires de médicaments)

- Le mode d'acquisition principal des médicaments dans les formations sanitaires, inclut les dons. Ces derniers représentent une source non négligeable, mais restent peu maîtrisés. Les dons qui ne répondent pas aux besoins thérapeutiques ne contribuent pas à résoudre le problème de la pénurie.

Très peu de formations sanitaires sont arrivées à développer des initiatives tendant à trouver des solutions à l'insuffisance ; en achetant par exemple des médicaments.

Bref, le système de recouvrement des coûts est encore embryonnaire.

Les dépôts et les officines complètent théoriquement le circuit dit "gratuit". Cependant l'approvisionnement de ces structures reste non organisé et à la charge exclusive de ceux qui y travaillent.

La gestion de ces établissements demeure non contrôlée par une structure administrative précise ; il en résulte une confusion dans l'affectation et l'utilisation des produits de vente (bénéfices et parfois même le capital).

- Le stockage est fait au mépris des normes élémentaires de la gestion des médicaments .

Aucun système d'enregistrement des mouvements des médicaments n'existe dans la plupart des structures ; le rangement des médicaments est inadéquat et complique d'avantage la gestion des stocks ; ceci est particulièrement remarquable dans les pharmacies des centres de santé.

Toutes ces lacunes constatées contribuent à aggraver le problème crucial du médicament : la pénurie.

2 - Recommandations

Au terme de cette étude, il nous apparaît possible de formuler des suggestions afin de poser des bases de solutions à la série de lacunes et de difficultés du système d'approvisionnement en médicaments du secteur public.

2.1 - Le personnel

Afin de disposer d'un personnel apte et motivé à gérer les médicaments nous proposons :

- qu'une formation des agents soit entreprise :

. cette formation devrait concerner tous les agents de santé (chacun d'entre eux peut être amené à s'occuper d'une pharmacie d'un centre de santé quelconque), les gérants des dépôts communautaires et les officines publiques.

. elle s'inscrirait dans le cadre de la formation / recyclage du personnel sur l'usage rationnel des médicaments entrepris depuis 1989.

. l'accent devrait être mis sur les techniques de base de la gestion des stocks (organisation d'un entrepôt de médicaments, utilisation de registres ou fiches de stock pour enregistrer le mouvement des médicaments).

. elle se déroulerait au niveau de chaque province suivant une planification interne.

. elle devrait être précédée d'une formation des formateurs choisis dans chaque province (le pharmacien provincial).

. la direction des services pharmaceutiques aurait la responsabilité d'organiser la formation des formateurs.

- Pour résoudre le problème de l'insuffisance du personnel de pharmacie dans les centres de santé, nous proposons que les responsables des centres procèdent à une répartition équitable des agents entre les services, en considérant la pharmacie comme partie intégrante du système sanitaire.

2.2 - La sélection des médicaments.

Nous proposons que chaque directeur provincial de santé mette en place un COMITE DE MEDICAMENTS composé de :

- prescripteurs (médecin, infirmier et sage-femme)
- gérants de dépôts et d'officines publics de la province
- personnel des pharmacies de centres de santé
- gérants des structures pharmaceutiques privées.

Ce comité sera un cadre de concertation et de collaboration entre les prescripteurs et les "distributeurs de médicaments". Les médicaments à commander pourraient être alors sélectionnés sur des critères justes et correspondants aux besoins thérapeutiques réels de la province.

2.3 - L'acquisition des médicaments.

Nous proposons :

- pour les dons que :

. à défaut de pouvoir communiquer la liste des médicaments désirés aux différents donateurs, les responsables de chaque structure communiquent la liste des médicaments essentiels à leurs donateurs.

. ils soient repertoriés et gérés au sein de chaque structure par le personnel de la pharmacie.

- Que les responsables provinciaux développent des initiatives pour instaurer un système de recouvrement de coûts en achetant quelques médicaments et en les revendant à un prix étudié.

- Que l'approvisionnement des dépôts soit organisé au niveau de chaque province :

- . supervision des dépôts par le pharmacien provincial
- . contrôle de la gestion financière.

- Que l'approvisionnement des officines publiques soit coordonné par une structure administrative centrale (en particulier la gestion financière).

- Que la Sonapharm soit redynamisée afin de pouvoir satisfaire, ne serait-ce que le circuit de distribution public.

2.4 - Le stockage

Nous proposons que :

- le système d'enregistrement des médicaments (utilisation des fiches de stock) soit ^{VULGARISE} divulgué par la direction des services pharmaceutique au niveau de chaque province.

- chaque province organise une supervision au niveau des dépôts, officines publiques et pharmacies des centres de santé pour faire adopter les méthodes de gestion de stocks dans toutes les structures.

CONCLUSION GENERALE

Notre étude qui est une analyse du processus d'approvisionnement en médicaments du circuit public révèle bien de points faibles situés à tous les niveaux du système.

Cette étude ne constitue qu'un pas dans l'appréhension de l'ensemble des problèmes du médicament dans notre pays. Nous osons miser sur la foi des responsables de santé à tous les niveaux pour prendre les mesures qui s'imposent afin de parvenir à une gestion acceptable du système d'approvisionnement.

En outre nous espérons susciter la réflexion et le débat sur la question des médicaments qui constituent sans nul doute un élément décisif pour la réalisation de la santé pour tous.

Une autre étape importante du processus d'approvisionnement reste à être explorée ; l'utilisation des médicaments (prescriptions et observances).

BIBLIOGRAPHIE.

- 1- BEJOT J.P et ALPHA BARRY M; "Burkina-enquête"
Jeune Afrique Economie N°121, Juillet 1989 (P.P 52 à 77)
- 2- BERNOT. L . VON Massow et PETHKER B,
Amélioration de l'approvisionnement pharmaceutique au Burkina Faso, G.T.Z OUAGADOUGOU 1987
- 3- BLOMET J, Etude de factibilité d'une usine de fabrication et conditionnement de produits pharmaceutiques en Haute-Volta, rapport de mission (ONUDI) 1976, 107P. (P.P. 8 à 28)
- 4- BURKINA FASO, institut National de la statistique et de la démographie, 2° recensement général de la population 1985. 23 P.
- 5- BURKINA FASO MSAS, code de la santé publique, Ouagadougou 1970, 56 P, (P.P 14 à 34)
- 6- BURKINA FASO, MSAS, D.E.P. , statistiques sanitaires, rapport annuel 1987, Ouagadougou, 109.P.
- 7- BURKINA FASO, MSAS, DSPH, Nouvelle Politique pharmaceutique Ouagadougou 1989.
- 8- BURKINA FASO, MSAS, DSPH, Rapport du séminaire sur la rationalisation du secteur pharmaceutique, 21 et 22 juin 1989.
- 9- BURKINA FASO , MSAS, formulaire national des médicaments essentiels, 1989, 1 vol, 160 P.
- 10- BURKINA FASO, MSAS, liste des médicaments essentiels, 1989, 1 . vol, 40 P.
- 11- BURKINA FASO, Sonapharm, direction générale éléments d'information sur la Sonapharm, Ouagadougou 1989
- 12 BURKINA FASO, Sonapharm, direction générale, projet de rapport sur la situation financière, Ouagadougou 1989, 5 P.
- 13- BURUNDI, ministère de la santé, rapport d'activité du programme d'action OMS pour les médicaments essentiels, projet pilote du Burundi, 1984, 10 P.
- 14- COLLET G. Brodin M, rapport de mission d'expertise du système de gestion de l'hôpital SANOU Sourou de Bobo-Dioulasso 1988. 60P (P.P 23. 31 à 42)
- 15- DAMOUR.C. Politiques pharmaceutiques nationales, rapport de mission d'élévation du premier projet de santé au Burkina Faso, CREDES, Paris 1988, 24 P.
- 16- DIAKITE K.F.A. , mise en oeuvre d'une politique de médicaments essentiels au Sénégal: Contraintes et perspectives, thèse de pharmacie 1989, Université de Dakar.

- 17- EL-BOROLOSSY A. W, "Avantages d'une liste de médicaments essentiels", Santé du monde, Décembre 1985 (P.P. 4-5-6)
- 18- EL FEKIN.M; Etude portant sur le diagnostic du secteur pharmaceutique en république de Haute-Volta, Ouagadougou 1984, 83 P
- 19- FATTORUSO.V, " des médicaments pour le tiers monde", santé du monde - Mai 1981 (P.P 3. à 6)
- 20- GERD.D, CLAUS. G.R. , BURCHARETT R, gestion des achats, du stockage et de la distribution, S.I.N.P Paris 1985, 45 P.
- 21- HEALTH ACTION INTERNATIONAL, vers un usage rationnel du médicament. 1988, 29 P.
- 22- JOHNSON R.F; programme du médicament; dans la serie developpement sanitaire en Afrique , OMS. Bureau régional de l'Afrique . Brazaville 1981, 65 P.
- 23- KENYA - Ministère de la santé, approvisionnement en médicaments essentiels, compte-rendu d'un atelier, Nairobi 1983, 48 P.
- 24- MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH, BIEN GERER les médicaments traduit de "Managing drug supply". Diffusion Maloine, Paris 1984, 617p.
- 25- MILLOGO D.J, contribution à la rationalisation des prescriptions médicamenteuses dans la province du Kadiogo, Thèse médecine , Ouagadougou 1989 N° 14, 100 P.
- 26- MONGIN.C. " le médicament et l'Afrique : la citadelle ébranlée; des certitudes au doute", AGORA, Mai-Juin 1988, (P.P 121).
- 27- NATIONS UNIES- Conseil économique et social, l'initiative de Bamako, recommandation au C.A pour la coopération au programme 1989-1990, Mars 1988, 27 P. (P.P 1. à 38)
- 28- NOVEMBRE A, les médicaments et le tiers monde, Genève, Ed-P.M F A V R É, 1981, 1 vol, 211 P. (P.P..47 à 155)
- 29- OMS . Critères Ethiques applicables à la promotion des médicaments, Genève 1988, 16 P.
- 30- OMS, directives pour l'élaboration des politiques pharmaceutiques nationales, Genève 1989, 57 P.
- 31- OMS, la sélection des médicaments essentiels, serie rapport technique n°615, Genève 1977, 39 P. (P.P 1 à 21)
- 32- OMS, l'usage rationnel des médicaments, rapport de conférence d'expert NAIROBI 2-29 Novembre 1985, 297 P.
- 33- OMS, l'utilisation des médicaments essentiels, serie rapport technique N°722, Genève 1985, 56 P.(P.P 1 à 16).

- 34- OMS, médicaments essentiels :
le point, N°1 1985, 7P (P.P 4.6).
- 35- OMS, médicaments essentiels :
le point , N°4 1987, 12P (P.P. 6-7).
- 36- OMS, médicaments essentiels.
le point N°5 1987, 12P (P.P 3-4)
- 37- OMS, médicaments essentiels : le point
N°7 1988, 20 P (P.P 1; 10 à 13)
- 38- OMS, médicaments essentiels : le point.
N°8 1989, 20 P (P.P 10 à 20)
- 39- OMS, si vous êtes chargé de ...
Geneve 1981, 365P (P.P 157 à 175)
- 40- OMS, stratégie Mondial de la santé pour tous d'ici l'an 2000,
Geneve 1981, 89 P. (P.P 38 à 46)
- 41- RESEAU "médicaments et technologies biomédicales adaptées
pour une politique nationale du médicament 1989.
- 42- TISSEYRE - Berry et soucayet J.R, économie du médicament,
Paris, Ed-Masson 1985, 1 vol, 115P (P.P- 21 à 105)
- 43- TRAORE A et OUANDAOGO J. Etude sur la consommation des
médicaments au Burkina Faso, rapport, Ouagadougou Novembre
1988, 11P.
- 44- YPSS ERAF, diagnostic et proposition pour la mise en place
d'un système d'approvisionnement et de distribution de
produits pharmaceutiques en RHV, 1977, 54P.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque."

VU
LE PRESIDENT DU JURY

VU
LE DIRECTEUR DE L'ESSA

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU