Université de Strasbourg

FACULTE DE PHARMACIE

N° d'ordre : 3094-2017

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

L'ACCES AU MEDICAMENT AU BURKINA FASO :

RETOUR D'EXPERIENCE HUMANITAIRE

Présenté

par

Antoine MULLER

Soutenu le 10 février 2017 devant le jury constitué de

Dr Jean-Yves PABST, Président du Jury, Directeur de Thèse

Dr Antoine AMARI, Membre du Jury

Dr Fatima Mati GUIET, Membre du Jury

Dr Fulvia MOUSSLY, Membre du Jury

Approuvé par le Doyen et

par le Président de l'Université de Strasbourg

« L'idéal est pour nous ce qu'est une étoile pour le marin.

Il ne peut être atteint mais il demeure un guide. »

Albert Schweitzer.

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE PHARMACIE

Doyen : Jean-Pierre GIES

Directeurs-adjoints : Line BOUREL (enseignement)
Clarisse MAECHLING (enseignement)
Thierry VANDAMME (recherche)

Étudiant : Céline LORETH

Responsable administratif : Alain MULLER

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT-CHERCHEUR

Professeurs :

Philippe	ANDRÉ	Bactériologie
Alain	BERETZ	Pharmacologie
Philippe	BOUCHER	Physiologie
Line	BOUREL	Chimie thérapeutique
Philippe	GEORGEL	Bactériologie, Virologie
Jean-Pierre	GIES	Pharmacologie moléculaire
Marcel	HIBERT	Chimie organique
Esther	KELLENBERGER	Bio-Informatique
Marie-Claude	KILHOFFER	Biologie moléculaire
Maxime	LEHMANN	Biologie cellulaire
Annelise	LOBSTEIN	Pharmacognosie
Eric	MARCHIONI	Chimie analytique
Francis	MEGERLIN	Droit et économie pharm.
Yves	MELY	Physique et Biophysique
Jean-Yves	PABST	Droit Economie pharm.
Françoise	PONS	Toxicologie
Valérie	SCHINI-KERTH	Pharmacologie
Florence	TOTI	Pharmacologie
Thierry	VANDAMME	Biogalénique
Pascal	WEHRLÉ	Pharmacie galénique

Professeurs-praticiens hospitaliers

Jean-Marc	LESSINGER	Biochimie
Pauline	SOULAS-SPRAUEL	Immunologie
Geneviève	UBEAUD-SÉQUIER	Pharmacocinétique

PAST :

Pierre	LEVEAU	Droit et économie pharm.
Philippe	NANDE	Ingéniérie pharmaceutique
Caroline	WILLER - WEHRLÉ	Pharmacie d'officine

Maîtres de Conférences :

Karine	ALARCON	Chimie bioorganique
Nicolas	ANTON	Pharmacie biogalénique
Youri	ARNTZ	Biophysique moléculaire
Martine	BERGAENTZLÉ	Chimie analytique
Nathalie	BOULANGER	Parasitologie
Mélanie	BOURJOT	Pharmacognosie
Emmanuel	BOUTANT	Virologie et Microbiologie
Véronique	BRUBAN	Physiologie et physiopath.
Anne	CASSET	Toxicologie
Thierry	CHATAIGNEAU	Pharmacologie
Manuela	CHIPER	Pharmacie biogalénique
Marcella	DE GIORGI	Pharmacochimie
Pascal	DIDIER	Biophotonique
Serge	DUMONT	Biologie cellulaire
Saïd	ENNAHAR	Chimie analytique
Gisèle	HAAN-ARCHIPOFF	Plantes médicinales
Béatrice	HEURTAULT	Pharmacie galénique
Iuliia	KARPENKO	Pharmacochimie
Sonia	LORDEL	Chimie analytique
Clarisse	MAECHLING	Chimie physique
Rachel	MATZ-WESTPHAL	Pharmacologie
Nathalie	NIEDERHOFFER	Pharmacologie
Sylvie	PERROTEY	Parasitologie
Frédéric	PRZYBILLA	Biostatistiques
Eléonore	REAL	Biochimie
Andreas	REISCH	Biophysique
Ludivine	RIFFAULT-VALOIS	Analyse du médicament
Yveline	RIVAL	Chimie organique
Carole	RONZANI	Toxicologie
Claude	SCHNEIDER	Biochimie
Emilie	SICK	Pharmacologie
Maria-Vittoria	SPANEDDA	Chimie thérapeutique
Jérôme	TERRAND	Physiopathologie
Nassera	TOUNSI	Chimie physique
Aurélie	URBAIN	Pharmacognosie
Bruno	VAN OVERLOOP	Physiologie
Catherine	VONTHRON	Pharmacognosie
Maria	ZENIOU	Chimiogénomique

Maîtres de conférences - praticiens hospitaliers

Julie	BRUNET	Parasitologie
Nelly	ÉTIENNE-SELLOUM	Pharmacologie
Julien	GODET	Biophysique - Biostatistiques
Bruno	MICHEL	Pharmaco-économie

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Faculté
de Pharmacie

SERMENT DE GALIEN

ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS

Conseil Régional
d'Alsace

Je Jure,

en présence des Maîtres de la Faculté,
des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens
et de mes condisciples :

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

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

De ne dévoiler à personne les secrets
qui m'auront été confiés et dont j'aurai eu
connaissance dans la pratique de mon art.

Si j'observe scrupuleusement ce serment,
que je sois moi-même honoré
et estimé de mes confrères
et de mes patients.

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord Mr Jean-Yves Pabst, pour avoir accepté de diriger ma thèse et de présider mon jury.

Je remercie ensuite Mme Fulvia Moussly, Mme Fatima Mati Guiet et Mr Antoine Amari, pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Je tiens à remercier les professionnels de santé des CSPS : les majors, les gérants des dépôts pharmaceutiques pour leur accueil et le temps qu'ils nous ont consacré. Leur motivation, leur ouverture d'esprit et leur envie d'apprendre ont été la principale récompense de ces quelques mois burkinabés.

Je remercie nos différents interlocuteurs du district sanitaire de Tenkodogo pour leur disponibilité et leur chaleureuse hospitalité.

Je remercie l'équipe PAH et tout particulièrement Benjamin Rouffy avec qui j'ai réalisé la mission, et Enora Henry notre référente de mission pour sa gentillesse, sa disponibilité et son humour.

Je tiens à remercier mes parents et mes grands-parents, qui m'ont soutenu activement tout au long de ces années d'études et m'ont donné le goût de la découverte.

Je remercie particulièrement Laure pour sa présence et son enthousiasme communicatif tout au long de mon voyage mais aussi lors de l'écriture de cette thèse.

Je remercie également tous ceux qui m'ont encadré lors de mes stages, et qui m'ont fait découvrir et donné la fierté de ce métier.

Je remercie enfin mes amis qui ont fait de ces études des années inoubliables.

TABLE DES MATIERES

Remerciements **5**

Table des matières **6**

Résumé **9**

Liste des abréviations **10**

Liste des figures **12**

Liste des annexes **14**

Introduction **15**

1. Le Burkina Faso **17**

1.1. Situation géographique **17**

1.2. Histoire contemporaine et situation politique actuelle **19**

1.3. Situation socio-économique **20**

1.4. Situation démographique et sociale **21**

1.5. Situation sanitaire **23**

1.5.1. Etat de santé de la population 23

1.5.2. Ressources humaines pour la santé 25

1.5.2.1. Personnel de santé 25

1.5.2.2. Personnel de santé dans les structures de soins 25

1.5.2.3. Ratios habitant par personnel de santé 26

1.5.3. Infrastructures sanitaires 27

1.5.3.1. Structures publiques de soins 27

1.5.3.2. Structures privées de soins 29

1.5.3.3. Situation de la gestion des dépôts de médicaments essentiels génériques 30

1.5.4. Couverture vaccinale 30

2. Organisation et fonctionnement du système de santé burkinabè **32**

2.1. Les politiques de santé **32**

2.1.1. Le rôle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 32

2.1.2. Le concept de médicament essentiel 34

2.1.3. L'initiative de Bamako 35

2.1.4. La politique nationale de santé 36

2.2. Organisation du système de santé **37**

2.2.1. Organisation administrative 37

2.2.2. Organisation de l'offre de soins 37

2.2.2.1. Les structures sanitaires publiques 37

2.2.2.2. Les structures sanitaires privées 39

2.2.2.3. Le secteur sanitaire traditionnel 39

2.2.2.3.1. La médecine traditionnelle 39

2.2.2.3.2. Situation sanitaire traditionnelle au Burkina Faso 39

2.2.2.3.3. Enjeux 41

2.2.2.3.4. Politique Nationale en matière de Médecine et de Pharmacopée Traditionnelles 41
2.3. Financement du secteur de la santé 43
2.3.1. Financements publics 43
2.3.2. Sources de financement privées 44
2.3.3. Sources extérieures de financement 44
2.4. Les réformes sanitaires en cours 45
2.5. Le secteur pharmaceutique au Burkina Faso 46
2.5.1. La Politique Pharmaceutique Nationale 46
2.5.2. L'autorité de réglementation : la DGPML 47
2.5.3. L'Inspection Technique des Services de Santé (ITSS) 49
2.5.4. Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) 49
2.5.5. La situation des pharmaciens dans les structures sanitaires publiques 50
3. Le circuit du médicament 51
3.1. Les acteurs impliqués dans les systèmes d'approvisionnement et de distribution 51
3.1.1. Les acteurs du système public 51
3.1.1.1. La centrale d'achat : la CAMEG 51
3.1.1.1.1. Achat/Acquisition 52
3.1.1.1.1.1. Présélection des fournisseurs 52
3.1.1.1.1.2. Consultation restreinte 53
3.1.1.1.2. Assurance qualité 53
3.1.1.1.2.1. Au niveau du fournisseur 54
3.1.1.1.2.2. Au niveau du stockage 54
3.1.1.1.2.3. Au niveau du contrôle de la qualité 54
3.1.1.1.3. Distribution 55
3.1.1.1.4. Politique des prix 55
3.1.1.2. Les dépôts répartiteurs de district (DRD) 56
3.1.1.3. Les structures sanitaires publiques 57
3.1.2. Les acteurs du système privé 58
3.1.2.1. Les grossistes importateurs/distributeurs 58
3.1.2.2. Les officines pharmaceutiques 59
3.1.2.3. Les dépôts privés de vente de médicaments 59
3.1.2.4. Les structures sanitaires privées à but lucratif et à but non lucratif 60
3.1.2.5. Les fournisseurs privés de réactifs et de matériel médical 60
3.2. Fonctionnement du système d'approvisionnement 61
3.2.1. La complexité de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé 61
3.2.2. Deux circuits du médicament 63
3.3. L'accès aux médicaments essentiels 65
3.3.1. Commerce et accès aux médicaments 65
3.3.2. Renforcement des droits de propriété intellectuelle 65
3.3.3. Médicaments génériques 66
3.3.4. Au Burkina Faso 67
3.3.4.1. Disponibilité des médicaments 67
3.3.4.2. Prix d'achat des médicaments 67
3.3.4.3. Accessibilité financière des médicaments 68
3.3.4.4. Conclusion 68
3.4. La qualité des médicaments 70

3.4.1. Différents types de médicaments de faible qualité 70
3.4.1.1. Médicament falsifié ou contrefaçon 70
3.4.1.2. Médicament de qualité sous-standard 71
3.4.2. Ampleur du problème et impact 71
3.4.3. La lutte contre les médicaments de faible qualité 72
3.4.3.1. Acteurs et moyens de lutte 72
3.4.3.2. Sécuriser l'approvisionnement pharmaceutique 73
3.4.3.3. Renforcer l'évaluation de la qualité 73
3.5. L'usage rationnel des médicaments 74
3.5.1. Le problème de l'usage irrationnel 74
3.5.2. Travailler vers un usage rationnel des médicaments 74
4. Appui technique aux structures pharmaceutiques publiques du district sanitaire de Tenkodogo 76
4.1. Contexte de la mission 76
4.1.1. Cadre général 76
4.1.2. Organisme d'exécution 76
4.1.3. Objectifs 77
4.2. Méthodologie 79
4.2.1. Elaboration des supports de formation et d'évaluation 79
4.2.2. Evaluation des dépôts pharmaceutiques 79
4.2.3. Formation des gérants 81
4.2.4. Audit des mouvements de stock 82
4.2.5. Réorganisation du stockage des médicaments 82
4.2.6. Sensibilisation aux demandes de dossiers d'AEMT 82
4.3. Résultats 83
4.3.1. Evaluation des connaissances 83
4.3.2. Evaluation du dépôt 84
4.3.3. Audit des mouvements de stock 88
4.3.4. Sensibilisation aux demandes d'AEMT 90
4.4. Discussion 93
4.4.1. Bilan de l'évaluation des connaissances 93
4.4.2. Bilan de l'évaluation des dépôts 94
4.4.2.1. Adéquation et organisation du local 94
4.4.2.2. Hygiène et propreté du local 94
4.4.2.3. Equipements 95
4.4.2.4. Sécurité 95
4.4.2.5. Stockage des produits 95
4.4.2.6. Gestion du stock 96
4.4.2.7. Gestion des périmés 96
4.4.3. Bilan de la sensibilisation aux demandes d'AEMT 97
4.4.4. Impact des limites financières 97
Conclusion et perspectives 99
Bibliographie 100

RESUME

L'accès au médicament reste un enjeu fondamental pour l'amélioration des soins dans les pays en développement. Même s'il reste un des pays les plus pauvres d'Afrique et du monde, le Burkina Faso possède un système de santé dynamique et en amélioration depuis quelques années. Des disparités subsistent cependant en matière de couverture sanitaire aussi bien entre les régions sanitaires qu'à l'intérieur des régions et les produits de santé (médicaments, consommables, vaccins, produits sanguins) restent souvent insuffisants en qualité et en quantité pour couvrir les besoins.

Afin qu'ils soient utilisés, les médicaments doivent être accessibles à la population. Accessibles financièrement tout d'abord, au Burkina Faso comme dans de nombreux pays africains les frais liés à la santé sont à la charge des patients et transforment la pharmacie en poumon économique des structures sanitaires. Et accessibles physiquement ensuite, les ruptures de stock ou les pertes liées à une mauvaise estimation des besoins étant fréquentes. Cette accessibilité doit être possible tout en garantissant la qualité des médicaments dispensés, à l'heure où la vente de médicaments contrefaits explose.

Le manque de personnel de santé qualifié, le manque de moyen matériels dont disposent les infrastructures sanitaires et le manque de ressources financières pour l'achat des produits de santé sont encore un frein à la délivrance de produits de santé de qualité. C'est pour faire face à ces problématiques que l'association PAH Les Pharmaciens Humanitaires, avec le soutien de la Direction Générale de la Pharmacie du Médicament et des Laboratoires, a décidé d'envoyer deux pharmaciens pour effectuer un appui technique aux structures primaires du district sanitaire de Tenkodogo. Cette mission a permis d'évaluer les dépôts pharmaceutiques et leur gestion, ainsi que les compétences de leurs gérants, afin de leur proposer une formation adaptée sur les bonnes pratiques pharmaceutiques, en matière de conservation des produits de santé, de gestion du stock et d'estimation des besoins. Parallèlement à ce travail, une sensibilisation aux demandes d'attestations de la médecine traditionnelle a été effectuée, en vue de renforcer la collaboration entre médecines traditionnelle et moderne.

LISTE DES ABREVIATIONS

- ADPIC : Aspects de Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce
- AEMT : Attestation d'Exercice de la Médecine Traditionnelle
- ASC : Agent de Santé Communautaire
- CAMEG : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
- CHR : Centre Hospitalier Régional
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CM : Centre Médical
- CMA : Centre Médical avec Antenne chirurgicale
- CMM : Consommation Moyenne Mensuelle
- COGES : Comité de Gestion
- CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale
- DGPML : Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
- DL : Direction des Laboratoires
- DMPT : Direction de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelles
- DRD : Dépôt Répartiteur de District
- DRLP : Direction de la Réglementation et des Licences Pharmaceutiques
- DRS : Direction Régionale de la Santé
- DSAP : Direction de la Sécurisation des Approvisionnements Pharmaceutiques
- ECD : Equipe Cadre de District
- FBR : Financement basé sur le Résultat
- GMC : Générique le Moins Cher
- ICP : Infirmier Chef de Poste
- INRUD : Réseau international pour l'usage rationnel des médicaments
- IRACM : Institut International de Recherche Anti-Contrefaçon de Médicaments
- ITSS : Inspection Technique des Services de Santé
- LNSP : Laboratoire National de Santé Publique
- MCD : Médecin Chef de District
- MEG : Médicament Essentiel Générique
- MILDA : Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action

- MSH : Management Science for Health
- OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- ONU : Organisation des Nations Unies
- PAH : Pharmacie et Aide Humanitaire
- PEV : Programme Elargi de Vaccination
- PNAQS : Programme National d'Assurance Qualité en Santé
- PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
- PNLP : Plan National de Lutte contre le Paludisme
- PNT : Plan National de lutte contre la Tuberculose
- PRI : Prix de Référence International
- PTF : Partenaire Technique Financier
- PVP : Prix de Vente au Public
- RMAT : Rayon Moyen d'Action Théorique
- SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
- SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
- TPS : Tradipraticien de Santé
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte administrative du Burkina Faso 17

Figure 2 : Indicateurs de croissance du Burkina Faso de 2012 à 2016 (source : FMI, (e) : donnée estimée).....20

Figure 3 : Données démographiques comparées Burkina Faso/France en 2015 (sources : OMS/INSEE) 21

Figure 4 : Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé (source : OMS).....21

Figure 5 : Pyramide des âges de la population du Burkina Faso en 2016 (source : CIA) 21

Figure 6 : Evolution de quelques indicateurs sanitaires (source : OMS) 23

Figure 7 : Principales causes de décès au Burkina Faso (source : OMS).....24

Figure 8 : Evolution des effectifs du personnel de la santé pour quelques emplois de 2010 à 2014 (source : Annuaire statistique 2015) 25

Figure 9 : Evolution des effectifs du personnel de santé exerçant dans les structures de soins de 2010 à 2014 (source : Annuaire statistique 2015) 26

Figure 10 : Evolution des ratios habitants/personnel de santé de 2010 à 2014 (source : Annuaire statistique 2015).....27

Figure 11 : Evolution du nombre de structures sanitaires publiques de soins de 2010 à 2014 (source : Annuaire statistique 2015) 27

Figure 12 : Evolution du RMAT (km) de 2010 à 2014 (source : Annuaire statistique 2015).....28

Figure 13 : Répartition de la population selon la distance à la formation sanitaire la plus proche (source : Annuaire statistique 2015) 29

Figure 14 : Evolution du ratio nombre d'habitants par centre de santé de 2010 à 2014 (source : Annuaire statistique 2015) 29

Figure 15 : Situation du nombre de structures privées de soins de 2010 à 2014 (source : Annuaire statistique 2015).....30

Figure 16 : Programme d'action stratégique de coopération avec le Burkina Faso de l'OMS 2010-2015 (source : OMS).....33

Figure 17 : Organisation administrative et technique du système de soins au Burkina Faso 38

Figure 18 : Evolution du budget de la santé au Burkina Faso de 2011 à 2015 (Annuaire statistique 2015) 43

Figure 19 : Quelques résultats des comptes de la Santé (source : Comptes de la Santé).....44

Figure 20 : Dépenses de santé par habitant pour la France et le Burkina Faso (source : Banque Mondiale) 44

Figure 21 : Nombre de pharmaciens au Burkina Faso en 2015 (source : Ordre National des Pharmaciens) 50

Figure 22 : Localisation et zone de couverture des agences régionales de la CAMEG en 2012 (source : CAMEG) 56

Figure 23 : Représentation schématique du système public d'approvisionnement et de distribution des médicaments au Burkina Faso (source : DGPML) 57

Figure 24 : Représentation schématique du système privé d'approvisionnement et de distribution des médicaments au Burkina Faso (source : DGPML) 60

Figure 25 : Cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques au Burkina Faso en 2010 (source : DGPML) 62

Figure 26 : Vente de médicaments contrefaits dans un marché à Tenkodogo, en 2016 70

Figure 27 : Carte du district sanitaire de Tenkodogo (source : DGPML) 78

Figure 28 : Résultats aux tests d'évaluation des connaissances 84

Figure 29 : Résultats de l'évaluation des dépôts MEG 85

Figure 30 : Résultats de l'audit des mouvements des stocks 89

Figure 31 : Résultats de l'enquête sur la collaboration TPS/CSPS et sur les demandes d'AEMT 92

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Test d'évaluation des connaissances 102

Annexe 2 : Grille d'observation/évaluation d'un dépôt pharmaceutique 105

Annexe 3 : Support Power Point pour la formation des gérants 117

Annexe 4 : Poster Aménagement du dépôt 122

Annexe 5 : Poster Définitions de quelques termes pharmaceutiques 123

Annexe 6 : Enquête de sensibilisation des Infirmiers Chef de Poste à la constitution d'un dossier de demande d'AEMT 124

Annexe 7 : Résultat des tests de connaissance 126

Annexe 8 : Résultat de l'évaluation des dépôts pharmaceutiques 127

INTRODUCTION

L'approvisionnement, la distribution, la disponibilité et l'accessibilité des produits de santé se sont améliorés significativement ces dernières années au Burkina Faso. En dépit de cela, il persiste encore des disparités en matière de couverture sanitaire aussi bien entre les régions sanitaires qu'à l'intérieur des régions et les produits de santé (médicaments, consommables, vaccins, produits sanguins) restent souvent insuffisants en qualité et en quantité pour couvrir les besoins.

Les objectifs du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2020 du Burkina Faso, correspondant à ceux de la politique nationale de santé, définissent notamment comme orientations stratégiques majeures l'amélioration des prestations de service de santé, le développement des ressources humaines pour la santé ainsi que le développement des infrastructures, des équipements et de l'approvisionnement des produits de santé. C'est dans ce contexte que les axes d'interventions suivants ont été formulés :

- Le renforcement de l'offre de services de santé de qualité ;
- La production de ressources humaines de qualité pour la santé ;
- Le renforcement des services de santé à base communautaire ;
- L'amélioration de la disponibilité des produits de santé de qualité (médicaments, vaccins, produits médicaux et technologies).

Le Gouvernement s'est également engagé à améliorer les résultats de santé en vue de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement à travers une mobilisation des partenaires nationaux, des pays donateurs et des autres partenaires au développement autour d'une stratégie nationale de santé.

Dans ce contexte et pour faire face à ces nouveaux défis, PAH, en accord avec les autorités de santé souhaite poursuivre l'appui déjà initié aux projets existants dans le secteur pharmaceutique au Burkina Faso. Depuis fin 2013, plusieurs missions ont été réalisées par des pharmaciens PAH au sein du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Tenkodogo et du district sanitaire de Léo. Il a été décidé de poursuivre l'appui initié à Tenkodogo mais en se

concentrant sur les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) du district sanitaire de Tenkodogo.

Après une présentation du Burkina Faso et de son contexte sanitaire, nous étudierons l'organisation de son système de santé, le circuit du médicament et ses différents acteurs, ainsi que les problématiques de l'accès au médicament dans ce pays. Nous terminerons par une présentation de la méthodologie utilisée et des résultats obtenus lors de l'appui technique aux structures primaires du district sanitaire de Tenkodogo.

1. Le Burkina Faso

1.1. Situation géographique

Le Burkina Faso est un pays continental situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Il est limité au Nord et à l'Ouest par le Mali, à l'Est par le Niger et au Sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. Il s'étend sur 272 967 km^2 soit la moitié de la France métropolitaine. C'est un pays enclavé, il n'a pas de débouché sur la mer. Le relief du pays est très plat et ne permet pas de retenir l'eau d'où une insuffisance hydrique importante dans certaines régions.

La capitale Ouagadougou est située au centre du pays. Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes (49 communes urbaines et 302 communes rurales) et 8 228 villages.

Figure 1 : Carte administrative du Burkina Faso

Le climat de type soudano-sahélien comporte deux saisons :

- Une saison des pluies avec des précipitations comprises entre 300 mm et 1200 mm, qui dure environ 4 mois, de juin à septembre ;
- Une saison sèche d'octobre à juin, caractérisée par l'harmattan, vent chaud et sec chargé de sable, originaire du Sahara.

Les températures varient de 16 à 45° Celsius, le pic de chaleur se situant autour du mois d'avril. Les dernières décennies ont montré des années de sécheresse récurrentes, à l'image de l'évolution climatique des pays sahéliens. [1]

1.2. Histoire contemporaine et situation politique actuelle

Le Burkina Faso, anciennement Haute-Volta, est une ancienne colonie française. C'est en 1960 que la Haute-Volta devient indépendante. Jusqu'en 1987 avec l'arrivée au pouvoir de Blaise Compaoré, le Burkina Faso a connu de nombreux régimes, de la démocratie à la dictature. On retiendra surtout la présidence de Thomas Sankara d'août 1983 à octobre 1987, véritable idole pour une grande partie des burkinabè, qui reconnaît un lui un acteur de terrain proche du peuple. En 1984, c'est lui qui change le nom de Haute-Volta en Burkina Faso ou « Pays des Hommes intègres ». En octobre 1987, au cours d'un coup d'Etat lors duquel Thomas Sankara est tué, Blaise Compaoré s'empare du pouvoir. Le nouveau régime, dit de front populaire, renoue avec la chefferie coutumière, les syndicats et la classe moyenne, tout en éliminant son opposition, y compris physiquement.

Depuis le 2 juin 1991, le Burkina Faso est une république parlementaire démocratique et laïque. A cette date correspond l'adoption par la population burkinabée de la constitution de la IVème République, inspirée du système légal français.

En octobre 2014, Blaise Compaoré a été forcé de se retirer suite aux nombreuses manifestations contre sa volonté d'amender la Constitution pour supprimer la limite de deux mandats présidentiels. Un gouvernement de transition a été mis en place à la mi-novembre. Cette administration intérimaire, dirigée par le Président Michel Kafando, a organisé des élections présidentielles et législatives prévues en octobre 2015. Celle-ci ont été retardées par une tentative de coup d'Etat manquée le 17 septembre 2015 du Général Gilbert Diendéré, ancien bras-droit de Blaise Compaoré. Le 30 novembre 2015 Roch Marc Christian Kaboré est élu Président du Burkina Faso au premier tour.

Le 15 janvier 2015, le Burkina Faso fait face aux premiers attentats terroristes de son histoire. Revendiquée par Al-Quaïda au Maghreb Islamique, l'attaque du restaurant Cappucino et de l'hôtel Spendid à Ouagadougou, deux lieux fréquentés par les occidentaux, fait 30 victimes. [2]

1.3. Situation socio-économique

Malgré une croissance économique solide de 5% par an depuis le début des années 2000, le Burkina Faso reste un des pays les plus pauvres du monde. Il est classé 183ème sur 188 d'après l'indice de développement humain (IDH) en 2014 [3]. 83% de la population continue de vivre en-dessous du seuil de pauvreté multidimensionnelle au sens du Programme des Nations Unies pour le développement. Ceci peut s'expliquer par la croissance démographique et par l'aridité des sols.

Le secteur agricole et l'élevage représentent la principale activité économique du pays et occupent 86% de la population active. Environ 35% du PIB est consacré à l'agriculture. Le Burkina Faso est aussi le 4ème producteur d'or en Afrique, les productions aurifères et cotonnières étant le principal moteur à la croissance forte de ces dernières années. [4]

L'économie faiblement diversifiée du Burkina Faso est vulnérable aux chocs internes et externes. Ainsi sur la période 2012-2016 l'activité économique a évolué en dents de scie en raison des aléas climatiques, des évènements socio-politiques et de multiples chocs exogènes (flambée du prix de l'énergie et volatilité des prix pour les produits alimentaires).

Ainsi les années 2014 et 2015 connaissent une légère baisse avec une croissance de 4%, baisse due à un contexte d'incertitude politique, à la chute de la production céréalière et à la baisse des cours de l'or et du coton. L'année 2016 a revu sa croissance augmenter à 5% et les estimations prédisent une croissance de 6% pour l'année 2017. [5][6]

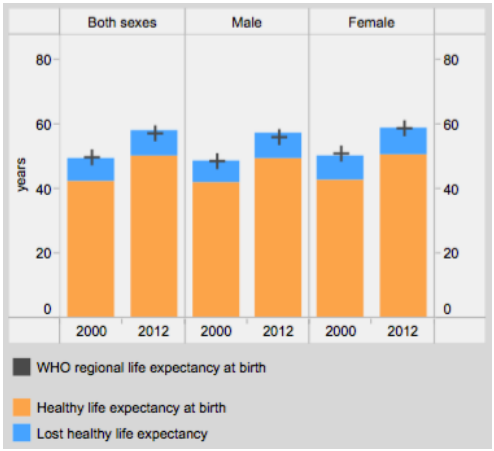
L'aide extérieure reste indispensable au Burkina Faso pour le financement de ses dépenses courantes comme de ses projets d'investissement. [7]

Indicateurs de croissance	2013	2014	2015	2016	2017 (e)
PIB *(milliards USD)*	12,20	12,48	11,01e	12,01	13,09
PIB *(croissance annuelle en %, prix constant)*	6,6	4,0	4,0	5,2e	5,9
PIB par habitant *(USD)*	722	717	615	652e	691
Endettement de l'Etat *(en % du PIB)*	28,7	30,2	32,8	36,3	36,3
Taux d'inflation *(%)*	0,5	-0,3	0,9	1,6e	2,0
Balance des transactions courantes *(milliards USD)*	-1,35	-1,00	-0,71	-0,72	-0,66
Balance des transactions courantes *(en % du PIB)*	-11,0	-8,0	-6,4	-6,0	5,0

Figure 2 : Indicateurs de croissance du Burkina Faso de 2012 à 2016 (source : FMI, (e) : donnée estimée)

1.4. Situation démographique et sociale

Selon l'Observatoire de la santé mondiale le Burkina Faso compte une population de 18 106 000 habitants en 2015 [8]. C'est une population jeune avec 46% de population ayant moins de 15 ans. Les femmes représentent plus de la moitié de la population (51,7%). C'est une population dynamique avec un taux de croissance de 3% par an et rurale avec 77% de la population qui vit en milieu rural d'après le Recensement Général de la Population et de l'Habitation [9]. Le taux brut de natalité est de 45,8 ‰, le taux global de fécondité générale est de 202,2 ‰ et l'indice synthétique de fécondité est égal à 6,2. Le taux de mortalité générale de 11,8 ‰ est en baisse et l'espérance de vie à la naissance est de 56,7 ans. En moyenne les femmes vivent plus longtemps (57,5 ans) que les hommes (55,8 ans). [10]



	Burkina Faso	France
Taux brut de natalité (‰)	45,8	15,13
Indice de fécondité	6,2	2,01
Taux de mortalité générale (‰)	11,8	8,5
Espérance de vie à la naissance (ans)	56,7	82,6

Figure 3 : Données démographiques comparées Burkina Faso/France en 2015 (sources : OMS/INSEE)

Figure 4 : Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé (source : OMS)

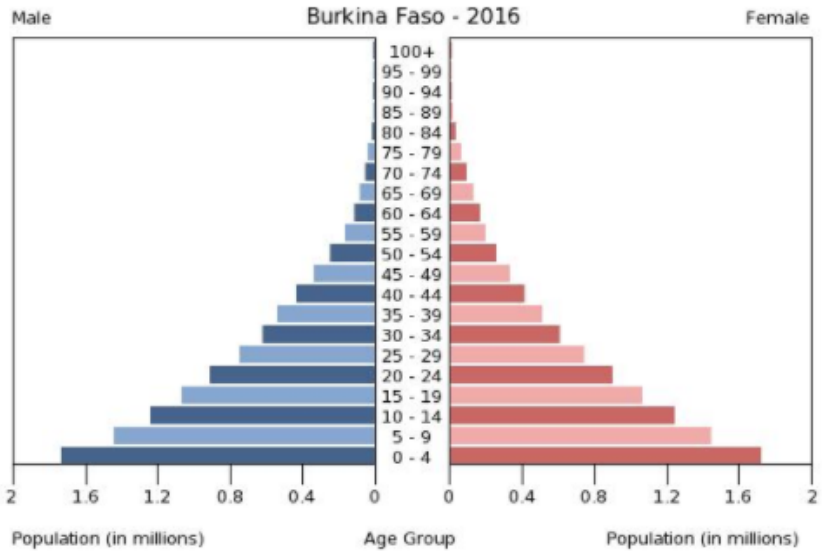


Figure 5 : Pyramide des âges de la population du Burkina Faso en 2016 (source : CIA)

Sur le plan socioculturel, le Burkina Faso compte environ 60 ethnies dont la majoritaire est l'ethnie *mossi* (52,5% de la population) et 3 principales religions : l'islam, le christianisme et l'animisme. Une formule locale dit « 50% de musulmans, 50% de chrétiens, 100% d'animistes ». Ainsi même si les statistiques donnent une majorité de musulmans, suivis par les chrétiens et une religion animiste en net recul depuis quelques années, la réalité est plus subtile que cela car les croyances animistes restent profondément ancrées dans la culture et reposent sur des traditions spécifiques à chaque ethnie voire chaque village. L'animisme n'est donc pas une religion universaliste. Ce concept se réfère à un monde spirituel difficile à décrire car très différent des cultures occidentales, les fétiches n'étant pas la représentation d'un dieu mais le lien entre la nature et le sacré, entre le clan et le monde des ancêtres et des esprits. [9]

Les burkinabè ont toujours eu un mode de vie migratoire, les migrations durant souvent jusqu'à deux ans, il ne s'agit pas de migrations saisonnières. Malgré ses récents épisodes de conflits intérieurs, la côte d'ivoire reste la destination favorite des burkinabè. En effet, sous la colonisation française le Burkina Faso a constitué une importante source de main d'œuvre pour l'agriculture et l'industrie en Côte d'Ivoire. Entre les deux guerres mondiales, les Burkinabè se sont aussi beaucoup déplacés vers le Ghana, le Mali et le Sénégal. Aujourd'hui encore le Burkina Faso attire de nombreux migrants de ces trois pays, qui souvent partagent encore des origines ethniques avec le peuple burkinabè. Malgré sa pénurie alimentaire et son haut taux de pauvreté, le Burkina Faso est devenu ces dernières années un lieu de refuge pour de nombreuses populations des pays sahéliens et accueille actuellement environ 50 000 maliens. [1]

Les mouvements migratoires internes placent le Burkina Faso face à des problèmes sociaux, économiques et environnementaux. Les principales causes de ce phénomène migratoire sont :

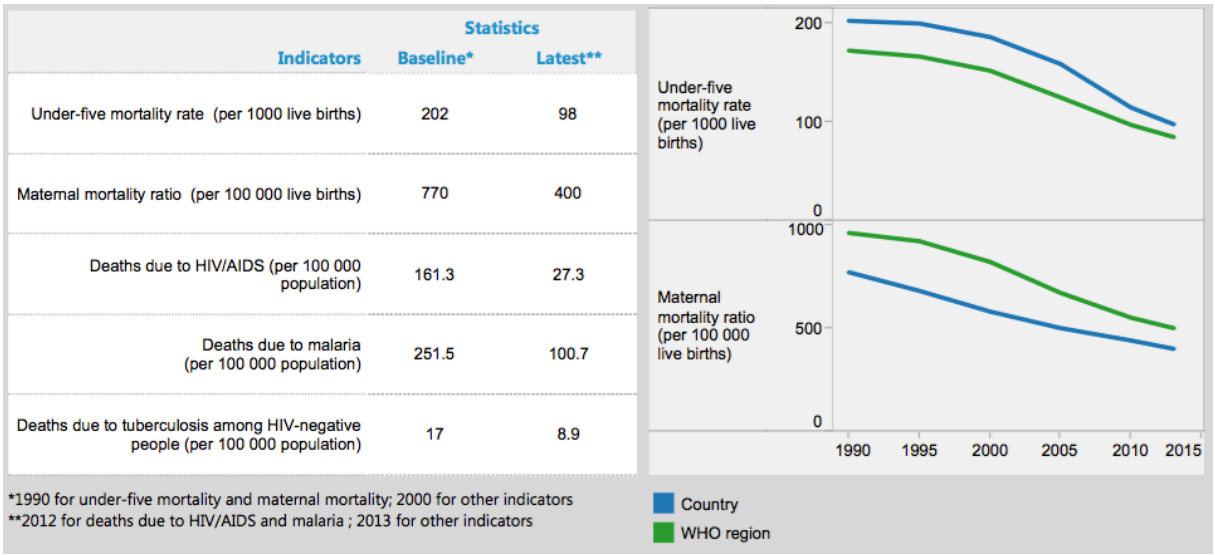
- Les conflits entre migrants et autochtones au niveau foncier ;
- L'occupation illégale ou anarchique de l'espace ;
- La rareté et l'inégale répartition des pluies ;
- La prolifération des sites aurifères ;
- Les conflits entre éleveurs et agriculteurs.

1.5. Situation sanitaire

1.5.1. Etat de santé de la population

L'état de la santé de la population est en amélioration certaine depuis quelques années. Elle reste toutefois caractérisée par un taux brut de mortalité élevé de 11,8 ‰ contre 8,5 ‰ en France à titre de comparaison.

La mortalité maternelle et infantile, même si elle reste élevée, est en baisse constante depuis les années 2000. En effet comme le montre le graphique ci-dessous le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, comme le taux de mortalité maternelle ont diminué de moitié entre 1990 et 2013. Cette amélioration va dans les sens des efforts réalisés au titre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) de l'Organisation des Nations Unies (ONU). La mère et l'enfant constituent cependant toujours les groupes les plus vulnérables.



Indicators	Statistics Baseline*	Latest**
Under-five mortality rate (per 1000 live births)	202	98
Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	770	400
Deaths due to HIV/AIDS (per 100 000 population)	161.3	27.3
Deaths due to malaria (per 100 000 population)	251.5	100.7
Deaths due to tuberculosis among HIV-negative people (per 100 000 population)	17	8.9

*1990 for under-five mortality and maternal mortality; 2000 for other indicators
**2012 for deaths due to HIV/AIDS and malaria ; 2013 for other indicators

Figure 6 : Evolution de quelques indicateurs sanitaires (source : OMS)

La situation épidémiologique du Burkina Faso est caractérisée par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies et par l'augmentation des maladies non-transmissibles.

Pour ce qui est des endémo-épidémies, le Burkina Faso a fait des progrès notables dans la lutte contre le Sida et le paludisme. Le taux de mortalité du Sida est passé de 161,3 à 27,3 pour 100 000 habitants de 2000 à 2012, soit une diminution de 83%. La prévalence de l'infection à VIH est à 1,0%, la proportion de personnes atteintes du Sida et justifiables de

traitement ARV est de 74%. Le nombre de morts dues au paludisme est passé de 251,5 à 100,7 pour 100 000 habitants de 2000 à 2012 soit une diminution de 70%. Le paludisme reste toutefois la 2ème cause de mortalité, représentant 10,3% des causes de décès en 2012. Les autres principales maladies sont les infections respiratoires aigües, qui représentent la première cause de décès, les maladies diarrhéiques, la tuberculose et la lèpre. La Burkina Faso est également régulièrement confronté à des épidémies de méningite. [11]

L'augmentation de maladies non-transmissibles comme les affections cardiovasculaires, les maladies et troubles mentaux, la malnutrition et autres carences nutritionnelles, et les cancers sont en augmentation même si le système national d'information sanitaire ne permet pas encore d'évaluer l'ampleur de ces maladies.

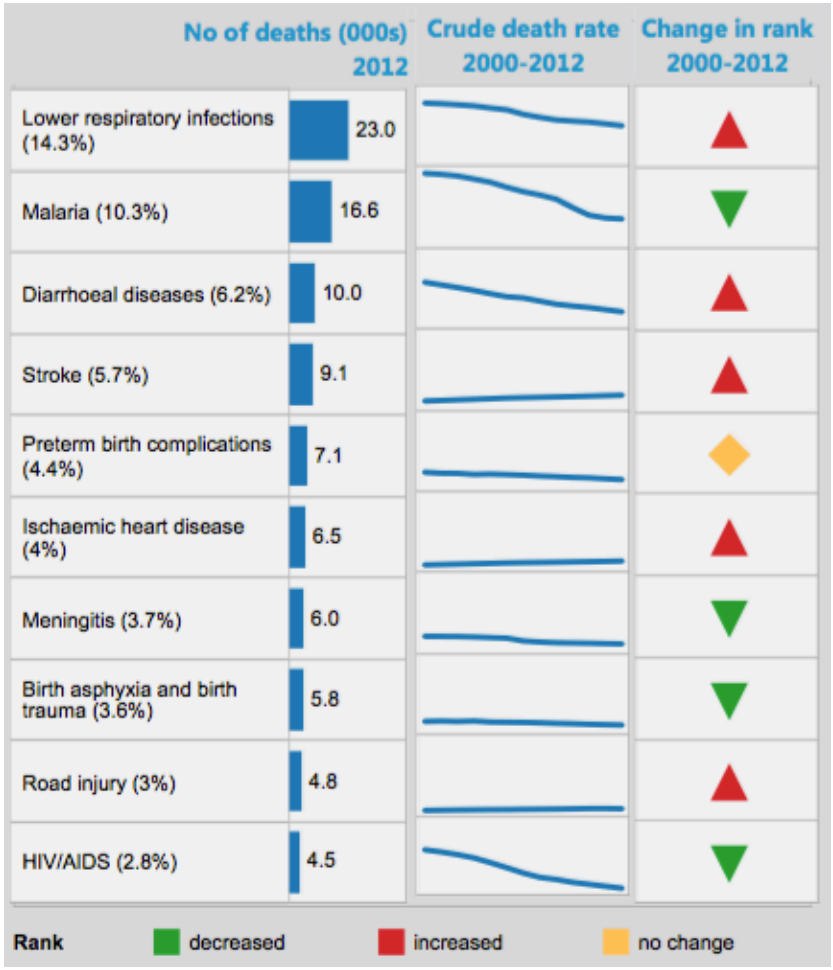


Figure 7 : Principales causes de décès au Burkina Faso (source : OMS)

1.5.2. Ressources humaines pour la santé

1.5.2.1. Personnel de santé

Les effectifs totaux des personnels de santé sont restés croissants de 2010 à 2014, passant de 14 784 à 18 430. On note par exemple une augmentation significative de 65% du nombre de sages-femmes / maïeuticiens d'Etat dont le nombre est passé de 1057 en 2010 à 1744 en 2014. Cette hausse s'explique par une augmentation des recrutements pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le nombre des Infirmiers brevetés en baisse depuis 2011 s'explique quant à lui par l'arrêt du recrutement des infirmiers brevetés et leur changement de catégorie par concours professionnel. [12]

Type de personnel	2010	2011	2012	2013	2014
Médecins (y compris les spécialistes)	713	738	787	803	857
Pharmaciens	184	223	203	207	217
Infirmiers diplômé d'Etat	3 054	3 214	3 178	3 489	3 718
Infirmiers Brévetés (IB)	2 558	2 852	2 830	2 707	2 640
Sages-Femmes/ Maïticiens d'Etat	1 057	1 274	1 321	1 591	1744

Figure 8 : Evolution des effectifs du personnel de la santé pour quelques emplois de 2010 à 2014 (source : Annuaire statistique 2015)

1.5.2.2. Personnel de santé dans les structures de soins

En 2014, le nombre de personnel de santé travaillant dans les structures de soins est de 17 830, ce qui représente 98,9% de l'ensemble du personnel. Les Infirmiers diplômés d'Etat représentent la catégorie de personnel la plus nombreuse avec 20,5% du personnel de santé. La proportion des médecins travaillant dans les structures de soins a augmenté de 75,6% en 2010 à 90,1% en 2014, comme pour la proportion des pharmaciens qui est passée de 47,3% à 67,7%. [12]

Type de personnel	2010	2011	2012	2013	2014
Médecins (y compris les spécialistes)	539	620	647	665	772
Pharmaciens	87	155	149	142	147
Infirmiers diplômés d'Etat	2 968	3 179	3 138	3 424	3 659
Infirmiers Breveté IB)	2 504	2 840	2 818	2 644	2 580
Sages-Femmes/ Maïeuticiens d'Etat	1 031	1 260	1 309	1 573	1 736

Figure 9 : Evolution des effectifs du personnel de santé exerçant dans les structures de soins de 2010 à 2014 (source : Annuaire statistique 2015)

1.5.2.3. Ratios habitant par personnel de santé

Le ratio habitant par personnel de santé permet de mesurer la densité du personnel de santé et d'évaluer la disponibilité de la ressource humaine qualifiée pour la santé comme les médecins, les sages-femmes / maïeuticiens d'Etat ou les Infirmiers d'Etat.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise 23 travailleurs de la santé pour 10 000 habitants. Au Burkina Faso, les statistiques sont encore considérablement inférieures avec 8 professionnels de santé pour 10 000 habitants en 2014 en légère baisse par rapport aux 9 professionnels de santé pour 10 000 habitants en 2012.

Pour chaque catégorie de personnel de santé, les ratios habitants/personnel de santé sont en amélioration entre 2010 et 2014 comme le montre le graphique ci-dessous. Ils sont passés de 22 063 à 20 864 habitants par médecin, de 14 883 à 10 253 habitants par sage-femme et de 5 151 à 4 809 habitants par infirmier diplômé d'Etat. Le Burkina Faso a ainsi atteint depuis 2013 la norme de l'OMS qui est de 5 000 habitants pour un infirmier diplômé d'Etat, mais reste sous la norme OMS pour les médecins (10 000 habitants/médecin) et pour les sages-femmes (3 000 habitants/sage femme). [12]

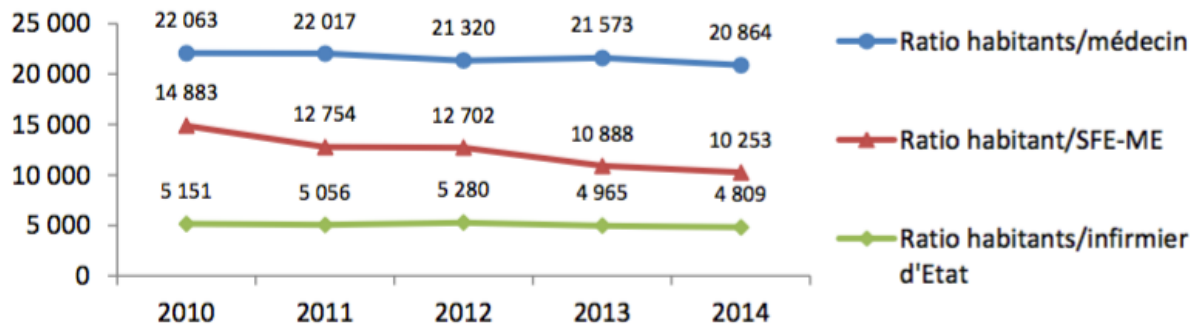


Figure 10 : Evolution des ratios habitants/personnel de santé de 2010 à 2014 (source : Annuaire statistique 2015)

1.5.3. Infrastructures sanitaires

Le nombre de structures de soins a augmenté de 15,6% entre 2010 et 2014, pour atteindre la densité de 1,37 établissement de soins pour 10 000 habitants en 2014. Cet indicateur reste cependant en-deçà de la norme OMS qui est de 2 établissements de santé pour 10 000 habitants. [12]

1.5.3.1. Structures publiques de soins

Le nombre de structures publiques de soins est en augmentation constante. Depuis 2010 on note un taux de croissance annuel moyen de 4,3% pour arriver en 2014 à 2038 structures sanitaires. Cette croissance est surtout due à l'augmentation du nombre de Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), qui a augmenté de 7,4% entre 2012 et 2013 par exemple. Le nombre de Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA) est en augmentation croissante depuis 2010. La transformation de certains Centres Médicaux (CM) en CMA et la révision d'autres en CSPS explique l'évolution en dents de scie du nombre de CM.

Structure sanitaire	2010	2011	2012	2013	2014
CHU/CHN	3	4	4	4	4
CHR	9	9	9	9	9
CMA	43	44	44	45	47
CM	27	36	51	32	35
CSPS	1 429	1 443	1 495	1606	1643
Dispensaires isolés	124	165	164	123	127
Maternités isolées	30	26	24	14	15
Infirmerie de garnison	20	27	30	19	18
OST	36	74	85	69	69
Autres*	16	69	61	66	71
Total	1 737	1 897	1 971	1987	2038

*= Infirmeries scolaires, des entreprises publiques et parapubliques (CNSS, SONABEL, etc.), de prison

Figure 11 : Evolution du nombre de structures sanitaires publiques de soins de 2010 à 2014 (source : Annuaire statistique 2015)

Afin de remplir la norme en personnel, chaque CSPS doit comprendre au moins un Infirmier d'Etat, une sage-femme ou une accoucheuse et un agent de santé communautaire (ASC) ou un manœuvre. En 2014, la proportion de CSPS remplissant cette norme est de 89,8%, en hausse de 6,7% depuis 2010 grâce à un renforcement des effectifs notamment en agents de santé ces dernières années. Ces indicateurs varient beaucoup cependant au niveau des régions (de 74% à 100%).

Le renforcement et l'extension des infrastructures ont permis d'accroître la couverture sanitaire. Le rayon d'action moyen théorique (RMAT) des Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) a ainsi été réduit de 7,3 km en 2010 à 6,9 km en 2014 (9,4 km en 2000). En tenant compte du secteur privé, le RMAT a été réduit de 6,7 km à 6,4 km entre 2010 et 2014. Cela signifie que la distance à parcourir pour accéder à des soins a été réduite de ½ kilomètre environ sur les 5 dernières années. Cette évolution favorable doit être maintenue pour arriver à la norme nationale de 5 km fixée par le Plan National de Développement Sanitaire. Des disparités subsistent toutefois entre les régions puisque certaines ont déjà atteint la norme de 5 km alors que d'autres, notamment au nord et à l'est du Burkina Faso enregistrent des RMAT supérieurs à 10 km (aussi dus à la plus grande superficie non habitée dans ces régions).

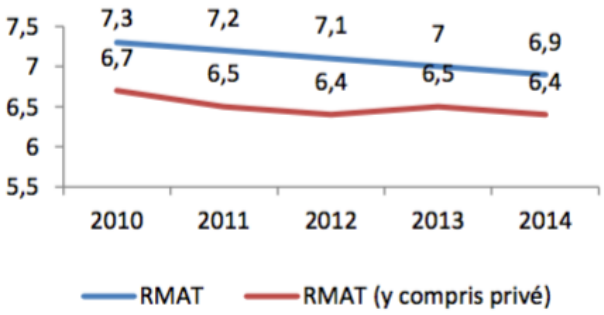


Figure 12 : Evolution du RMAT (km) de 2010 à 2014 (source : Annuaire statistique 2015)

En 2014, la majorité de la population (58,1%) vit à moins de 5 km d'une formation sanitaire, alors que 20% de la population est située à plus de 10 km de la structure sanitaire la plus proche (figure 13 ci-dessous). De grandes disparités entre els régions subsistent : les régions de l'Est et du Sahel sont celles qui comprennent les proportions de population vivant à plus de 10 km d'une formation sanitaire les plus élevées (respectivement 41,2% et 42,8%).

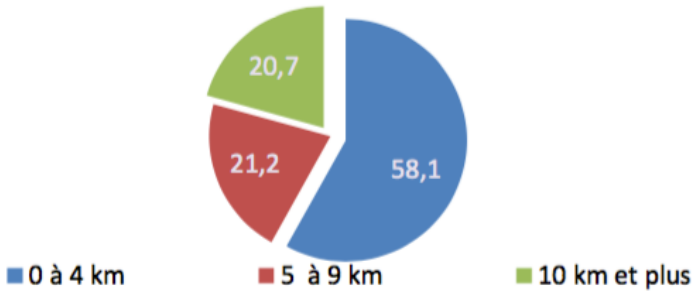


Figure 13 : Répartition de la population selon la distance à la formation sanitaire la plus proche (source : Annuaire statistique 2015)

Ainsi on compte en 2014 9 824 habitants par formation sanitaire. Ce ratio nombre d'habitants par centre de santé était en amélioration jusqu'à 2012 mais diminue entre 2012 et 2014, probablement à cause d'une augmentation de la couverture sanitaire inférieure à la croissance démographique. L'OMS préconisant une norme de 5 000 habitants par formation sanitaire de base, on note que cet objectif est encore loin d'être atteint.

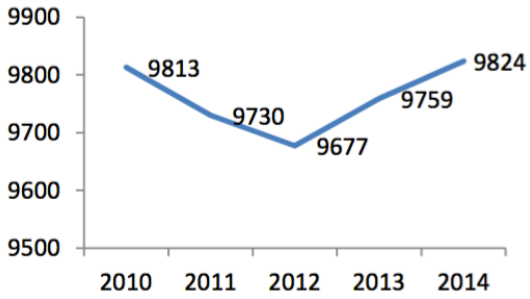


Figure 14 : Evolution du ratio nombre d'habitants par centre de santé de 2010 à 2014 (source : Annuaire statistique 2015)

1.5.3.2. Structures privées de soins

En 2014, on dénombre 407 formations sanitaires privées au Burkina Faso. Ces structures privées contribuent à l'amélioration de l'offre de soins et sont principalement situées dans les deux principales villes du pays que sont Ouagadougou et Bobo Dioulasso. L'effectif de ces structures est en augmentation entre 2010 et 2014. La majorité de ces formations sanitaires privées sont les cabinets de soins infirmiers. La baisse de leur nombre depuis quelques années cependant pourrait être due à la fermeture de cabinets ne respectant pas la législation et à la transformation en d'autres types de structures.

structures sanitaires privées	2010	2011	2012	2013	2014
Centre médical avec antenne chirurgicale	3	3	3	3	4
Centre médical	23	32	27	29	30
Polyclinique	11	11	11	6	6
Clinique	39	37	41	40	44
Cabinet médical	25	31	22	23	24
Cabinet dentaire	16	9	12	9	13
CSPS	29	32	34	37	39
Clinique d'accouchement	18	19	14	10	10
Cabinet de soins infirmiers	217	210	224	175	181
Autres structures privées	-	-	13	52	56
Total	378	381	385	384	407

Source : Annuaires/MS

Figure 15 : Situation du nombre de structures privées de soins de 2010 à 2014 (source : Annuaire statistique 2015)

1.5.3.3. Situation de la gestion des dépôts de médicaments essentiels génériques

On compte 1 836 dépôt de médicaments essentiels génériques (MEG) pour 1 880 formations sanitaires publiques en 2014, certaines structures ne possédant pas de dépôt MEG. La disponibilité en médicaments essentiels génériques s'est améliorée depuis quelques années puisque le pourcentage de dépôts MEG n'ayant pas connu de rupture de stock est de 81,3% en 2014 contre 75,9% en 2013 d'après l'annuaire statistique 2015 [10]. Ces résultats sont toutefois encore inférieurs à l'objectif visé par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui est de 95% [37].

1.5.4. Couverture vaccinale

Des enquêtes nationales sur les prestations des services de santé et la qualité des données sanitaires ont été réalisées en 2012 et en 2014 (SARA I et SARA II). L'enquête SARA II a montré que 86% des structures sanitaires totales et 89% des structures sanitaires de premier niveau offrent des services de vaccination. 45% des formations sanitaires offrent des services de vaccination au quotidien, celle-ci étant principalement mise en œuvre via le Programme élargi de vaccination (PEV). Les cibles du PEV sont les enfants de moins d'un an et les femmes en âge de procréer. Ce programme permet d'améliorer considérablement la qualité de vie des femmes et des enfants en réduisant significativement la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination. En terme de vaccination de routine, les antigènes actuellement administrés aux enfants sont le BCG contre la tuberculose, le VPO contre la poliomyélite, le Pentavalent (DTC-HeB-Hib) contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche,

l'hépatite B et l'Haemophilis influenza sérotype b (méningite), le VAR contre la rougeole et le VAA contre la fièvre jaune. La proportion des enfants complètement vaccinés est de 98,7%. Aux femmes en âge de procréer est administré le vaccin VAT anti-tétanos, souvent lorsqu'elles sont déjà enceintes lors de la consultation prénatale.

Sur l'ensemble du pays les couvertures vaccinales sont satisfaisantes et les objectifs de vaccination sont atteints depuis plusieurs années. La stratégie « atteindre chaque district » du PEV préconise que 80% des districts sanitaires atteignent au moins 80% de vaccination pour tous les antigènes. Cet objectif a été atteint.

Cependant on note que 26% des districts ne parviennent pas encore à respecter le seuil défini par l'OMS de 90% de vaccination anti-rougeoleuse. De plus, la couverture vaccinale antitétanique pour les femmes enceintes est aussi en baisse entre 2010 et 2014, passant de 96% à 81,8%. [13] [14]

2. Organisation et fonctionnement du système de santé burkinabè

2.1. Les politiques de santé

2.1.1. Le rôle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'OMS, créée en 1948, est une institution spécialisée de l'Organisation des Nations Unies (ONU), qui a pour objectif dans sa constitution d'amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé possible. Elle joue donc au Burkina Faso un rôle de partenaire technique de référence en matière de santé, et apporte au ministère de la Santé l'appui technique et parfois financier nécessaires pour l'élaboration des politiques, stratégies et plans pour le renforcement du système de santé. [15]

L'OMS a adopté en 2002 la première stratégie de coopération avec le Burkina Faso, avec pour horizon l'échéance du Plan National de Développement Sanitaire en 2010. L'OMS a ainsi pu avoir une vision à moyen terme de l'appui nécessaire au développement du système de santé. Tenant compte des nombreuses réformes, du nouveau Plan de Développement Sanitaire 2011-2020, des plans d'actions de réduction de la pauvreté et des plans des Nations Unies pour l'aide au développement, cette stratégie de coopération a ensuite été revue pour la période 2010-2015. Les principaux défis au Burkina sont :

- Le renforcement du système de santé comme moteur de la mise en œuvre des interventions prioritaires de santé ;
- L'amélioration de la qualité des soins ;
- L'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé pour les plus pauvres et les plus vulnérables ;
- La réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile ;
- La diminution du double fardeau que représentent les maladies transmissibles et non transmissibles à travers la prévention, la prise en charge, la recherche et la surveillance, y compris l'application du règlement sanitaire international ;
- La prise en compte systématique des déterminants sociaux de la santé comme composante essentielle pour l'amélioration de la santé des populations ;
- L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité à des produits de santé de qualité, sûrs et efficaces ;

- L'adoption d'une stratégie de financement de la santé et l'opérationnalisation du régime d'assurance maladie universelle et des différentes initiatives de subvention et de gratuité ;
- L'élaboration d'une stratégie de promotion de la santé qui inclut la santé communautaire.

Cette stratégie se fonde donc à la fois sur les forces et les faiblesses de la stratégie précédente et sur ces principaux défis auxquels le système de santé burkinabè reste confronté pour proposer quatre axes stratégiques. Les principaux domaines d'intervention pour chaque axe stratégique sont détaillés dans le tableau ci-dessous. [16]

Priorités stratégiques	Principaux domaines d'intervention
PRIORITÉ STRATÉGIQUE 1 : renforcement des politiques et système de santé	• Aider au plaidoyer pour la mobilisation des ressources additionnelles pour la santé • Aider à l'amélioration de la qualité de des soins de santé, à l'organisation des services et au renforcement des capacités • Aider au renforcement du système national d'information (SNIS), à la recherche opérationnelle, et au système de suivi-évaluation du PNDS • Aider au développement des initiatives de promotion de la médecine traditionnelle • Aider au renforcement des ressources humaines en nombre et en qualité, à travers la mise en œuvre du plan national de développement des ressources humaines en santé
PRIORITÉ STRATÉGIQUE 2 : amélioration de la santé maternelle et néonatale, infantile et des adolescents	• Aider à la mise à l'échelle des interventions de santé maternelle, néonatale et infantile à gain rapide • Aider à L'accroissement de l'accessibilité des femmes aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et à l'amélioration de la référence des cas compliqués • Aider à la mise en œuvre de la stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant et de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) • Aider au repositionnement de la planification familiale dans les services de santé de la reproduction
PRIORITÉ STRATÉGIQUE 3 : renforcement de la lutte contre la maladie	• Apporter l'appui aux efforts de réduction de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité des maladies transmissibles notamment, les maladies évitables par la vaccination, le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, les maladies tropicales négligées • Apporter l'appui pour l'élaboration de la politique et des stratégies de prévention et de luttes appropriées contre les maladies chroniques non transmissibles, notamment le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires
PRIORITÉ STRATÉGIQUE 4 : promotion de la santé	• Apporter un appui pour le développement, la mise en œuvre, le suivi-évaluation des politiques, stratégies et interventions visant à réduire les risques sanitaires liés à l'environnement et aux activités de développement, y inclut en matière de santé et sécurité sanitaire au travail • Apporter l'appui pour l'amélioration de la gestion des déchets biomédicaux • Apporter l'appui pour la nutrition, sécurité sanitaire des aliments • Apporter l'appui pour la promotion de la prise en compte du genre, des droits humains et de l'éthique dans les politiques et programmes de santé

Figure 16 : Programme d'action stratégique de coopération avec le Burkina Faso de l'OMS 2010-2015 (source : OMS)

Ces appuis ont notamment permis au Burkina Faso d'élaborer des documents stratégiques comme un document d'analyse de situation en matière de ressources humaines pour la santé ainsi qu'un projet national de développement des ressources humaines pour la santé. L'OMS a aussi permis le développement :

- De la politique de santé communautaire, dans le but d'améliorer l'offre de soins ;
- Du plan stratégique de développement de la télésanté au Burkina Faso ;
- Du projet d'établissement du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo ;
- Du plan stratégique de gestion des urgences médicales ;
- De la définition du panier de soins pour l'Assurance Maladie Universelle ;
- De la Politique Pharmaceutique Nationale et de son plan stratégique, afin que les actions prioritaires retenues soient en adéquation avec les orientations de l'OMS en matière de stratégie pharmaceutique ;
- De la politique de transfusion sanguine.

Le Ministère de la Santé et l'OMS coopèrent donc pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Ces OMD ont été mis en place par les Nations Unies avec les dirigeants du monde entier en septembre 2000, pour élaborer un projet ambitieux destiné à combattre la pauvreté sous toutes ses formes. Huit objectifs ont été définis :

- Objectif 1 : Eliminer l'extrême pauvreté et la faim
- Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous
- Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
- Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans
- Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle
- Objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, la paludisme et d'autres maladies
- Objectif 7 : Assurer un environnement durable
- Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

2.1.2. Le concept de médicament essentiel

Les médicaments essentiels sont les médicaments qui satisfont aux besoins prioritaires de la population en matière de soins de santé. Ils sont choisis compte tenu de leur intérêt en santé publique, des données sur leur efficacité et leur innocuité, et de leur coût/efficacité par rapport à d'autres médicaments. Les médicaments essentiels ont pour but d'être disponibles à tout moment dans le cadre de systèmes de santé fonctionnels, en quantité suffisante, sous une forme appropriée, avec une qualité assurée, accompagnés d'une information adéquate et à un prix accessible pour les individus et les communautés. La mise en œuvre du concept des médicaments essentiels est destinée à être souple et adaptable à de nombreuses

situations ; c'est à chaque pays qu'il incombe de déterminer quels sont exactement les médicaments qu'il considère comme essentiels.

Ce concept a été créé par l'OMS qui publie depuis 1977 tous les deux ans une liste modèle des médicaments essentiels et depuis 2007 une liste distincte destinée aux enfants de moins de 12 ans. Cette liste contient aujourd'hui environ 250 références. La plupart des pays en développement, dont le Burkina Faso, se basent ensuite sur cette liste pour publier leur propre liste nationale des médicaments essentiels. [17]

2.1.3. L'initiative de Bamako

L'initiative de Bamako a été adoptée lors d'une réunion de ministres de la Santé africains en 1987. Elle fait suite à la Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires en 1978 et a pour but d'accélérer l'accès des populations à ces soins de santé primaires. [18]

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels, efficaces et accessibles. Ils doivent être :

- Accessibles financièrement et géographiquement ;
- Acceptables, c'est-à-dire utilisés par la population ;
- Réalisés avec la participation de tous les membres de la communauté, et le soutien des autres services de développement ;
- Basés sur l'équité et la justice sociale, tout le monde devant avoir accès aux soins, surtout les plus pauvres et les plus exposés aux maladies.

L'Initiative de Bamako consiste donc à :

- Mettre en place un système de recouvrement des coûts des services de santé ;
- Rendre les médicaments essentiels disponibles pour la population ;
- Assurer une marge bénéficiaire sur les ventes des médicaments essentiels, couvrant les dépenses opérationnelles (salaires, fournitures, …) ;
- Mettre en place un fond local pour le développement sanitaire qui doit servir au renouvellement du stock des médicaments, au financement des actions sanitaires et à l'entretien du CSPS ;
- Trouver d'autres sources et méthodes de financement communautaires des actions de santé ;

- Mettre en place une organisation communautaire qui assure la gestion des activités et des ressources du CSPS.

2.1.4. La politique nationale de santé

La politique nationale de santé adoptée en 2010 et mise en œuvre via le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020 définit les grandes orientations stratégiques nationales en matière de santé qui sont :

- Le développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé ;
- L'amélioration des prestations de services de santé ;
- Le développement des ressources humaines pour la santé ;
- La promotion de la santé et la lutte contre la maladie ;
- Le développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé ;
- L'amélioration de la gestion du système d'information sanitaire ;
- La promotion de la recherche pour la santé ;
- L'accroissement du financement de la santé et l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé.

Chacune de ces huit orientations stratégiques est traduite en objectifs spécifiques, en axes d'intervention et en actions prioritaires. Le PNDS a pour but de contribuer au bien-être des populations à l'horizon 2020. Son objectif général est l'amélioration de l'état de santé de ces populations dans un contexte marqué par l'impératif de l'atteinte des OMD et par les perspectives nationales de développement. [19] [37]

2.2. Organisation du système de santé

2.2.1. Organisation administrative

Le ministère de la santé comprend trois niveaux dans sa structuration administrative :

- Le niveau central qui est organisé autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat Général, auxquelles sont rattachées les directions centrales et les Programmes de Santé ;
- Le niveau intermédiaire qui comprend les Directions Régionales de la Santé (DRS). Les DRS sont chargées de mettre en œuvre la politique du gouvernement dans les régions sanitaires, en coordonnant et en appuyant les districts. Le Burkina Faso est divisé en 13 régions sanitaires ;
- Le niveau périphérique, représenté par les Districts Sanitaires, qui sont des entités opérationnelles géographiquement définies et qui ont pour mission d'assurer la santé d'une population définie. Il y a 63 districts sanitaires au Burkina Faso, chacun administré par une Equipe Cadre de District (ECD). Cette équipe, dirigée par un Médecin Chef de District (MCD) et comprenant un Pharmacien de District, est chargée de la planification des soins cliniques, de la supervision et de la recherche en santé. Les formations sanitaires sont quant à elle gérées par des Comités de Gestion (COGES). [20]

2.2.2. Organisation de l'offre de soins

2.2.2.1. Les structures sanitaires publiques

Les structures sanitaires publiques sont organisées en trois niveaux, parallèlement à la structuration administrative, représentés dans la figure 16 ci-dessous :

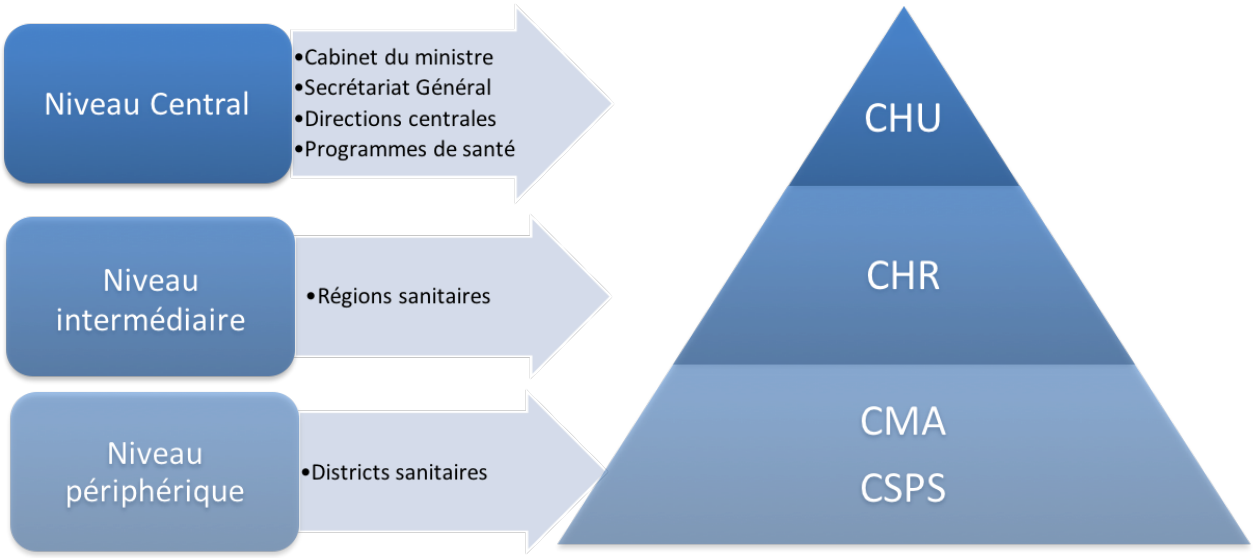


Figure 17 : Organisation administrative et technique du système de soins au Burkina Faso

Tout d'abord le niveau périphérique ou primaire, qui correspond au district sanitaire, comprend 2 échelons :

- Le premier échelon est le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS). C'est la structure sanitaire de base du système de santé. Chacune est dirigée par un Infirmier Chef de Poste (ICP) que l'on nomme aussi « Major », chargé des consultations et aidé par des agents de santé communautaires (ASC). Les CSPS comprennent donc une clinique, une maternité et un dépôt pharmaceutique. On compte 1698 CSPS (Annuaire statistique 2015). En plus des CSPS, on note 43 Centres Médicaux, 119 dispensaires isolés et 12 maternités isolées ;
- Le deuxième échelon de soins est le Centre Médical avec antenne chirurgicale (CMA). Il sert de référence aux CSPS. Il existe 47 CMA.

Le niveau intermédiaire est représenté par le Centre Hospitalier Régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux CMA. En 2015 le Burkina Faso compte 9 CHR.

Enfin le niveau central est constitué par le Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Il est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés et sert également de cadre de formation des différentes catégories de personnels et de recherche. Il existe 4 CHU au Burkina Faso : le CHU Souro Sanou à Bobo Dioulasso, le CHU pédiatrique Charles de Gaulle, le CHU Yalgado Ouédraogo et le CHU Blaise Compaoré à Ouagadougou.

De nombreux efforts ont été apportés ces dernières années sur le plan juridique et institutionnel afin de rendre plus performant le secteur hospitalier. Mais la qualité des soins reste encore faible. Cette mauvaise qualité s'explique par des insuffisances dans le domaine managérial au sein des hôpitaux, l'absence de normes en personnel, en équipement et en soins, l'inexistence d'un statut du personnel hospitalo-universitaire, la faiblesse des plateaux techniques, l'absence d'une culture de la qualité au niveau personnel. Les hôpitaux ne jouent pas leur rôle de structure de référence. [20] [21]

2.2.2.2. Les structures sanitaires privées

De nombreuses structures sanitaires privées coexistent avec les structures publiques. Ces structures privées se concentrent essentiellement dans les deux principales villes du Burkina Faso que sont Ouagadougou et Bobo Dioulasso. En 2015 on compte 94 établissements sanitaires privés de soins hospitaliers (polyclinique, clinique et centre médical) et 301 établissements sanitaires privés de soins non hospitaliers (cabinet médical, cabinet de soins infirmiers, cabinet dentaire, clinique d'accouchement, CSPS). Au niveau pharmaceutique on compte 301 officines et 524 dépôts pharmaceutiques privés. A l'exception des dépôts de médicaments qui peuvent être gérés par des non professionnels du médicament, l'exploitation des structures sanitaires privées se fait individuellement et est un monopole des professionnels de la santé au regard des textes en vigueur. Ces établissements ont majoritairement un statut « à but lucratif », les autres « à but non lucratif sont des établissements associatifs, confessionnels ou des Organisations Non Gouvernementales (ONG). [20]

2.2.2.3. Le secteur sanitaire traditionnel

2.2.2.3.1. La médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle se base sur l'utilisation de plantes, d'animaux, de minéraux et/ou d'incantations et de rites pour résoudre les problèmes de santé. L'Homme est pris dans sa globalité : physique, mentale et sociale.

2.2.2.3.2. Situation sanitaire traditionnelle au Burkina Faso

Lors de la période pré-coloniale, la médecine traditionnelle couvrait la majeure partie des besoins sanitaires des populations en l'absence de la médecine occidentale moderne. Les

maladies émergentes étaient alors jugulées par les tradipraticiens de santé, qui utilisaient alors des moyens considérés aujourd'hui comme archaïques et des connaissances empiriques. Pendant la colonisation la médecine traditionnelle a été proscrite au profit de la médecine moderne importée, ces pratiques étant considérées comme sataniques, irrationnelles et subjectives. C'est seulement après l'indépendance que des mesures ont été prises afin de revaloriser la Médecine Traditionnelle. D'abord tolérée, puis reconnue, la médecine traditionnelle est en voie aujourd'hui d'être institutionnalisée. La création d'un Institut de Recherche sur les Substances Naturelles, d'une Direction de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelle, la prise en compte de la médecine traditionnelle dans le plan national de développement sanitaire et la création d'une Politique Nationale en matière de Médecine et de Pharmacopée Traditionnelles sont autant d'exemples de volonté politique de valorisation de la médecine traditionnelle.

La direction de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelle a pour missions :

- De coordonner et de suivre les activités de promotion de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelles ;
- D'organiser l'exercice de la Médecine Traditionnelle ;
- De valoriser les médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle.

Au Burkina Faso, la Médecine Traditionnelle n'est pas structurée de manière à pouvoir répondre efficacement aux besoins sanitaires de la population. Le manque de collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne a pour conséquence le perpétuel recommencement de rencontres et de discours n'ayant pas d'efficacité pratique et les difficultés de l'approche pluridisciplinaire prônée par les plans stratégiques.

En pratique la DMPT a mis en place depuis quelques années un système d'attestations d'exercice de la médecine traditionnelle (AEMT) afin de structurer cette profession de santé, de séparer les bons tradipraticiens des charlatans, et de pouvoir identifier avec précision les thérapies que soigne la médecine traditionnelle dans le but de pouvoir faire collaborer médecines traditionnelle et moderne. Tenkodogo est un district pilote vis-à-vis de cette collaboration puisque lors de la construction du nouveau CHR en 2012, un bâtiment destiné aux tradipraticiens y a été construit. Cette interface de médecine traditionnelle n'a cependant

pas encore commencé à fonctionner, faute de tradipraticien reconnu légalement dans le district. [22]

2.2.2.3.3. Enjeux

Au Burkina Faso la médecine traditionnelle fait encore aujourd'hui partie intégrante de la culture de la population, qui avant de recourir à la médecine moderne va préférer consulter un tradipraticien de santé. Ce recours à la Médecine Traditionnelle existe depuis toujours et ces connaissances transmises de génération en génération constituent un patrimoine inestimable en terme de santé publique.

La flore du Burkina Faso constitue une source importante pour la recherche scientifique. De nombreuses études montrent que certaines plantes concentrent des molécules originales quant à leurs vertus pharmacologiques, pharmacodynamiques et thérapeutiques. La connaissance du patrimoine thérapeutique des pharmacopées traditionnelles par la science contemporaine est encore insuffisante. Selon l'OMS, plus de 6000 espèces de plantes sont utilisées en Afrique tropicale, dont 4000 environ sont des plantes médicinales. Au Burkina Faso, 2000 espèces de plantes médicinales ont déjà été identifiées, et permettent de lutter contre les maladies prioritaires comme la drépanocytose, le sida, le paludisme, le diabète, l'hypertension artérielle, les hépatites, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires. Des recherches approfondies pourraient ainsi conduire à la découverte de nouvelles molécules et à la mise au point de nouveaux médicaments accessibles et utilisables dans le traitement de ces pathologies prioritaires.

La médecine traditionnelle représente aussi un enjeu économique non négligeable. Une part importante du budget de l'Etat pour la santé est consacrée chaque année à l'importation de médicaments. La création d'industries pharmaceutiques favoriserait le développement économique du pays et contribuerait à la réduction du chômage et à la lutte contre la pauvreté. [22]

2.2.2.3.4. Politique Nationale en matière de Médecine et de Pharmacopée Traditionnelles

Son objectif général est d'améliorer la couverture des besoins sanitaires de la population par une prise en compte effective et efficiente de la Médecine et de la Pharmacopée

Traditionnelle dans le système de santé. Pour cela plusieurs objectifs spécifiques et stratégies ont été définis :

- Assurer un bon exercice de la Médecine Traditionnelle au Burkina Faso, en organisant les conditions d'exercice et par la création de centres de référence en Médecine Traditionnelle ;
- Elaborer un système de regroupement des compétences, en établissant un répertoire et une carte géographique des tradipraticiens de santé ;
- Renforcer la collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne par la mise en place d'un système de référence/recours, et d'interfaces de médecine traditionnelle ;
- Améliorer la compétence des tradipraticiens de santé par la mise en place de formations ;
- Initier les agents de santé à la naturothérapie par l'insertion d'un module de Médecine et Pharmacopée Traditionnelles dans les divers cursus de formation ;
- Renforcer la recherche scientifique en matière de Médecine et Pharmacopée Traditionnelles ;
- Améliorer le système de production et de distribution des médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle grâce à la promotion de la production locale et de la distribution des Médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle, et à la mise en place d'une réglementation concernant la propriété intellectuelle de ces médicaments
- Mettre en place un cadre d'information et d'échange d'expériences grâce à la sensibilisation des agents de santé et des tradipraticiens, l'organisation d'ateliers et de séminaires ;
- Mobiliser les ressources nécessaires au financement de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelles ;
- Contribuer à la protection des zones de peuplement naturel et à la promotion de la culture des plantes médicinales via la réglementation de l'exploitation et de l'exportation de la flore burkinabè et l'élaboration de la liste nationale des plantes médicinales en vue de la rédaction d'une Pharmacopée Nationale. [22]

2.3. Financement du secteur de la santé

Le secteur de la santé est essentiellement financé par :

- Des ressources publiques composées du budget de l'Etat et des collectivités territoriales ;
- Des ressources privées provenant des ménages et des entreprises privées ;
- Des ressources extérieures (dons, subventions, emprunts) et remise de dettes.

2.3.1. Financements publics

	2011	2012	2013	2014	2015
Ressources financières					
Total budget ministère de la santé (millions F CFA)	105 813	122 160	160 169	185 752	166 453
Budget Etat (millions F CFA)	1 166 340	1 400 781	1 654 957	1 816 193	1 804 114
Pourcentage du budget du Ministère de la santé / budget de l'Etat	9,1	12,5	12,5	12,7	12,6
Taux d'exécution budgetaire du Ministère de la santé (%)	93,7	91,0	87,2	72,7	86,5

Figure 18 : Evolution du budget de la santé au Burkina Faso de 2011 à 2015 (Annuaire statistique 2015)

En matière de financement public, le budget du ministère de la santé est en augmentation constante depuis de nombreuses années mais en baisse en 2015 (à cause d'un contexte économique plus difficile en 2014) comme le montre le tableau ci-dessus, et représente environ 12% du budget de l'Etat. Il reste néanmoins encore largement inférieur aux besoins du secteur. D'après les comptes de la santé, la dépense nationale de santé, qui inclut toutes les fonctions en rapport avec la santé, est aussi en augmentation et atteint 380 milliards de FCFA en 2014 (580 millions d'€). Cette augmentation s'explique par le volume des dépenses de l'administration publique, des ménages, et du secteur privé. La dépense de santé par habitant est de 21 256 FCFA en 2014 (32 €), en hausse croissante depuis 2011 mais qui a connu une baisse entre 2013 et 2014. [23] A titre de comparaison, le graphique ci-dessous montre que l'écart en terme de dépenses de santé par habitant entre le Burkina Faso et la France reste très élevé (respectivement 35 US$ et 5000 US$) et souligne donc l'idée que les difficultés du Burkina Faso au niveau sanitaire sont dues en partie au manque de ressources financières pour la santé.

Indicateurs	2012	2013	2014
Dépenses nationale de santé (millions de FCFA)	338 848	380 018	380 058
Dépenses des ménages (millions de FCFA)	115 420	120 316	125 078
Dépenses publiques en santé (millions de FCFA)[2]	102 592	106 862	140 252
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	30,3	30,0	32,0
Dépenses de santé par habitant (F CFA)	20 194	21 937	21 256
Dépenses de santé en pourcentage (%) du PIB	5,7	6,6	6,2
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	34,1	31,7	32,9
Dépenses de santé de l'Etat en % du budget de l'Etat	7,5	6,0	6,1

Figure 19 : Quelques résultats des comptes de la Santé (source : Comptes de la Santé)

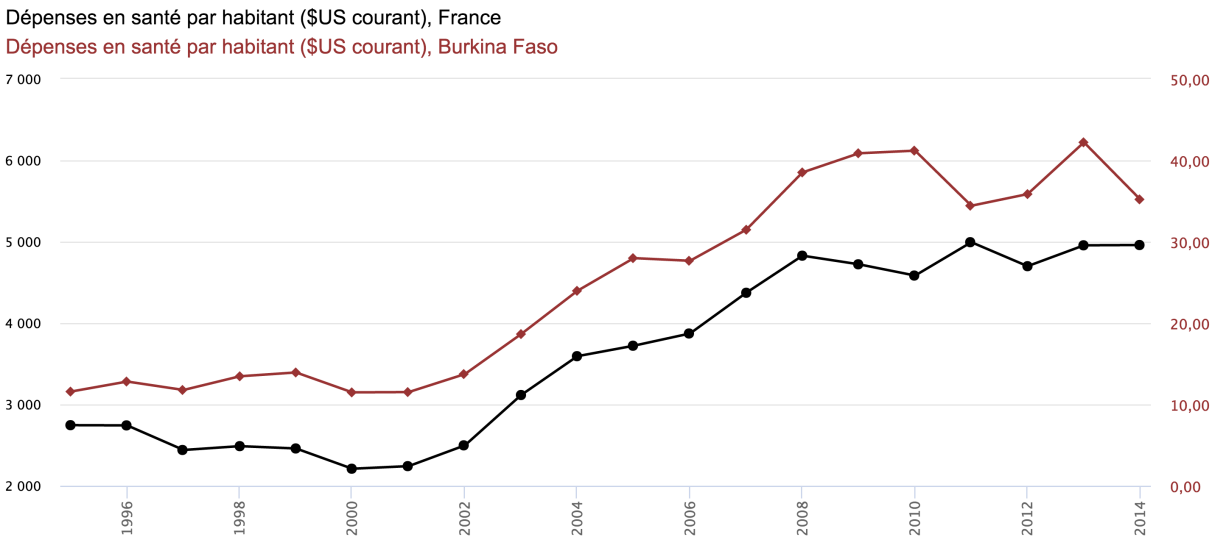


Figure 20 : Dépenses de santé par habitant pour la France et le Burkina Faso (source : Banque Mondiale)

2.3.2. Sources de financement privées

D'après l'Initiative de Bamako, le financement de la santé fonctionne sous le système dit de « recouvrement des coûts ». Le paiement direct par les ménages des actes médicaux et hospitalisations (consultations, examens de laboratoire, etc.) et des médicaments représente le mode de paiement prédominant. Selon les comptes nationaux de la santé, les ménages représentent en 2014 32,9% de la dépense nationale de la santé. [24]

2.3.3. Sources extérieures de financement

Les partenaires techniques et financiers (multilatéraux, bilatéraux, ONG/associations) constituent une part importante du financement de la santé après les ménages et l'Etat. Ils représentent 27% de la dépense totale de santé. Ces financements extérieurs contribuent principalement au financement de campagnes pour lutter contre des maladies comme le paludisme, la tuberculose ou le VIH/SIDA. On note une augmentation des dépenses de santé

du paludisme dues aux campagnes MILDA (moustiquaires imprégnées à longue durée d'action), une augmentation des dépenses de la tuberculose et une baisse des dépenses pour le VIH/SIDA. Les dépenses de santé de la reproduction sont aussi en augmentation, soutenues par ces sources extérieures de financements. [24]

2.4. Les réformes sanitaires en cours

Dans la perspective de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire 2011-2020 (PNDS), les autorités sanitaires ont initié de nombreuses réformes :

- La décentralisation du système de santé avec le transfert de compétences et de ressources aux collectivités locales ;
- La réforme hospitalière, pour pérenniser et renforcer l'autonomie de gestion ;
- L'intégration des pratiques médicales traditionnelles et des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle dans le système national de soins de santé par la définition et la mise en œuvre d'une politique de la médecine et pharmacopée traditionnelles ;
- La promotion de l'outil contractuel au service des acteurs intervenants dans la santé comme outil de mise en œuvre de la politique de santé ;
- L'assurance qualité des soins avec l'adoption d'un Programme National d'Assurance Qualité en Santé (PNAQS) en 2003 ;
- La promotion de l'approche de Financement Basé sur les Résultats (FBR) ;
- La réorganisation du système de santé avec la transformation des CSPS urbains en centres médicaux. [24]

2.5. Le secteur pharmaceutique au Burkina Faso

2.5.1. La Politique Pharmaceutique Nationale

En 1996, le gouvernement a défini une politique pharmaceutique nationale ayant pour objectif de « mettre à disposition de la population des médicaments essentiels sûrs, efficaces et de qualité requise, disponibles sur l'ensemble du territoire, à moindre coût ».

- Garantir la disponibilité des médicaments essentiels génériques (MEG) dans les structures de distribution et de dispensation du secteur public ;
- Développer la distribution de MEG par le secteur privé ;
- Développer et réglementer le circuit de distribution des médicaments ;
- Renforcer le système d'assurance de la qualité des médicaments y compris les médicaments traditionnels améliorés ;
- Offrir les médicaments à moindre coût ;
- Promouvoir l'usage rationnel des médicaments ;
- Améliorer la gestion du secteur pharmaceutique ;
- Développer les ressources humaines du secteur ;
- Promouvoir la recherche dans le secteur pharmaceutique.

Malgré sa faiblesse en ressources humaines, le secteur pharmaceutique reste soumis à un monopole pharmaceutique et est organisé sous l'égide de l'Ordre National des Pharmaciens.

Les prix des Médicaments Essentiels Génériques est fixé par l'Etat, que ce soit pour le secteur public ou privé à but non lucratif, et sont révisés annuellement par l'autorité de réglementation pharmaceutique et les acteurs de terrain. [25] [26]

Les principaux textes qui régissent le secteur de la Pharmacie au Burkina Faso sont les suivants:

- Loi n°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant Code de la Santé Publique
- Décret n°2000-037/PRES/PM/MS du 11 février 2000 portant organisation et fonctionnement de l'Ordre National des Pharmaciens du Burkina Faso
- Arrêté n°2000-249/MS/CAB du 23 juin 2000 portant règlement intérieur de l'Ordre National des Pharmaciens du Burkina Faso
- Décret n°97-049/PRS/PM/MS portant code de déontologie des pharmaciens du Burkina Faso

- Décret n°2000-008/PRES/PM/MS portant organisation de la Pharmacie Hospitalière
- Décret n°2000-009/PRES/PM/MS portant création, attributions, composition et fonctionnement d'une Commission Nationale de Médecine et Pharmacopée Traditionnelles
- Décret n°2000-010/PRES/PM/MS portant création, attributions, composition et fonctionnement de la Commission Nationale du Médicament
- Décret n°2000-011/PRES/PM/MS portant réglementation de l'importation, de la détention et de la vente des consommables médicaux
- Arrêté n°2000-068/MS/CAB portant conditions d'ouverture et d'exploitation des établissements pharmaceutiques de vente ou de distribution en gros
- Arrêté n°2000-069/MS/CAB portant conditions d'ouverture et d'exploitation d'un établissement pharmaceutique de préparation
- Décrets N° 2002-464/PRES/PM/MS portant organisation du ministère de la santé

2.5.2. L'autorité de réglementation : la DGPML

La Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DGPML) est l'une des trois composantes générales du Ministère de la Santé burkinabé.

Sa mission consiste à coordonner et à contrôler le secteur pharmaceutique afin de garantir la qualité, l'efficacité et l'innocuité des médicaments et ainsi préserver la santé publique. C'est une direction technique chargée entre autre d'élaborer et de veiller à l'application des règlements et normes en matière de pharmacie, de produits de santé, de biologie médicale et de médecine et pharmacopée traditionnelles ; d'assurer les principales fonctions réglementaires pharmaceutiques et de veiller à la disponibilité de produits de santé efficaces, sûrs, de qualité et accessibles à l'ensemble de la population.

Les principales fonctions réglementaires pharmaceutiques assurées par la DGPML sont :

- L'octroi des licences d'Etablissements pharmaceutiques (fabricants, distributeurs en gros et dispensateurs) ;
- Les inspections techniques et réglementaires des établissements pharmaceutiques, des laboratoires d'analyse de biologie médicale et des sites d'essais clinique ;

- L'homologation des produits de santé, c'est-à-dire les octrois des autorisations de mise sur le marché des médicaments et autres produits de santé après une évaluation technique indépendante des dossiers soumis par les fabricants et/ou exploitants ;
- La surveillance du marché pharmaceutique à travers des contrôles qualité post-marketing réalisés en collaboration avec le LNSP, le suivi des importations/exportations des produits de santé, l'administration et le contrôle des prix des médicaments ;
- Les octrois d'autorisation des essais cliniques après une évaluation technique des différents protocoles d'essai clinique ;
- Le contrôle de la publicité et de la promotion médicale ;
- Les vigilances des produits de santé à travers le recueil des signalements d'événements indésirables survenant après l'administration des produits de santé, l'évaluation de l'imputabilité c'est-à-dire le lien de causalité entre les événements indésirables notifiés et le médicament, les réévaluations du rapport bénéfice/risque, la prise de décision par rapport aux médicaments incriminés et la diffusion des alertes y afférentes ;
- L'information pharmaco-thérapeutique pour permettre une utilisation rationnelle des médicaments par les professionnels de santé et par la population.

Les autres activités de contrôle de la DGPML sont notamment, le contrôle de qualité des examens d'analyse de biologie médicale, le contrôle de l'utilisation des stupéfiants, la lutte contre les médicaments illicites et les contrefaçons, le suivi de la disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires et les supervisions visant le renforcement des capacités et des compétences des acteurs du médicament au niveau des structures intermédiaires et périphériques.

Pour la conduite donc de ses missions, des grands principes que sont la transparence, l'indépendance, l'équité, la confidentialité et la gestion des conflits d'intérêt, gouvernent la gestion de ces différents processus réglementaires pharmaceutiques au Burkina Faso. [26][27]

La DGPML comprend :

- La Direction de la Réglementation et des Licences Pharmaceutiques (DRLP) ;
- La Direction de la Sécurisation des Approvisionnements Pharmaceutiques (DSAP) ;
- La Direction de la Médecine et Pharmacopée Traditionnelles (DMPT) ;
- La Direction des Laboratoires (DL).

2.5.3. L'Inspection Technique des Services de Santé (ITSS)

Le rôle de l'ITSS est de veiller à l'application des textes en vigueur. Directement rattachée au cabinet du ministre, elle réalise des activités d'inspection de routine ou sur instruction du ministre. L'ITSS comprend un service d'inspection pharmaceutique qui contrôle le respect des textes règlementaires qui régissent le secteur pharmaceutique. Ce service n'est malheureusement pas suffisamment fonctionnel car il ne possède qu'un seul pharmacien inspecteur, non assermenté. Des actions concertées sont menées de temps en temps par l'ITSS et la DGPML afin d'inspecter des structures pharmaceutiques. Le partage des informations entre les deux instances reste toutefois encore souvent insuffisant. [24]

2.5.4. Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP)

Le décret N°2003-478/PRES/PM/MS du 23 septembre 2003 précise que « le LNSP a pour objet de servir de laboratoire central de référence pour les analyses, contrôles et expertises de toute nature relatives à la biologie médicale, l'alimentation, la nutrition, la pharmacie, l'eau, l'environnement et tout autre domaine en rapport avec la santé publique et la sécurité sanitaire ». Le LNSP a la possibilité de faire des prélèvements de tout produit entrant sur le territoire national pour le contrôle de qualité et cela au frais de l'importateur. Les produits pharmaceutiques sont donc contrôlés, mais la coordination insuffisante entre la DGPML et le LNSP ne permet pas d'avoir des mesures correctives concertées en cas de non-conformité et est un frein au partage de l'information. Le LNSP dispose d'appareils de mesures très performants mais n'est pas encore pré-qualifié par l'OMS et n'est pas accrédité selon la norme ISO 17025. [24]

2.5.5. La situation des pharmaciens dans les structures sanitaires publiques

Au Burkina Faso, les pharmaciens ont la possibilité de travailler dans les structures sanitaires publiques à différents niveaux :

- Au niveau des directions centrales et du ministère de la Santé ;
- Au niveau des 13 directions régionales de la santé ;
- Au niveau des districts sanitaires ;
- Au niveau des hôpitaux CHR et des CHU.

D'après l'Ordre National des Pharmaciens, le nombre de pharmaciens augmente d'années en années. Il est ainsi passé de 250 pharmaciens en 2001, à 436 en 2009, et 774 en 2015. La majorité de ces pharmaciens exercent dans la fonction publique, qui en recrute de plus en plus, ce qui a permis d'améliorer les pratiques de gestion du médicament jusqu'au niveau du district sanitaire. [26] [28]

Nombre total de pharmaciens	774
dont nombre de pharmaciens d'officine	249
dont nombre de pharmaciens hospitaliers	60
Pharmaciens / millions d'habitants	41.95

Figure 21 : Nombre de pharmaciens au Burkina Faso en 2015 (source : Ordre National des Pharmaciens)

3. Le circuit du médicament

3.1. Les acteurs impliqués dans les systèmes d'approvisionnement et de distribution

3.1.1. Les acteurs du système public

3.1.1.1. La centrale d'achat : la CAMEG

En 1992, après l'initiative de Bamako, la volonté de mettre en place un système d'approvisionnement permettant de proposer aux populations des médicaments génériques moins chers prend réalité avec la création de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques ou CAMEG.

La CAMEG est une association à but non lucratif et a signé une convention avec le gouvernement du Burkina Faso lui donnant mandat d'approvisionner les structures sanitaires publiques et privées à but non lucratif (les officines pharmaceutiques), en priorité les dépôts répartiteurs de district, en médicaments essentiels génériques de qualité, sûrs et efficaces à un coût social ainsi qu'en consommables médicaux et de laboratoire et en petit matériel médical. La CAMEG approvisionne aussi depuis 2000 le secteur privé à but lucratif, c'est-à-dire les officines pharmaceutiques (35% des ventes des officines pharmaceutiques sont des génériques). [24] La CAMEG assure toutes les étapes de l'approvisionnement que sont l'achat, l'importation, le stockage et la distribution des produits pharmaceutiques.

La CAMEG dispose de 9 agences commerciales afin d'améliorer l'accessibilité géographique des médicaments essentiels génériques :

- L'agence commerciale de Ouagadougou I (ACO I)
- L'agence commerciale de Ouagadougou II (ACO II)
- L'agence commerciale de Bobo Dioulasso (ACB)
- L'agence commerciale de Fada N'gourma (ACF)
- L'agence commerciale de Ouahigouya (ACOHG)
- L'agence commerciale de Dédougou (ACD)
- L'agence commerciale de Gaoua (ACG)
- L'agence commerciale de Tenkodogo (ACT)
- L'agence commerciale de Dori (ACDo)

Ces agences commerciales sont approvisionnées en produits pharmaceutiques par le siège de la CAMEG. [29]

3.1.1.1.1. Achat/Acquisition

Les procédures d'achat utilisées par la CAMEG sont fortement inspirées des procédures des marchés publics avec quelques particularités liées au caractère médicamenteux des produits achetés et au statut d'association à but non lucratif de la centrale d'achat. Les achats se font par une procédure d'appel d'offre international, qui pour plus d'efficacité, a été séparée en deux étapes :

- La présélection des fournisseurs
- La consultation restreinte [29]

3.1.1.1.1.1. Présélection des fournisseurs

Les procédures d'appel d'offres étant lourdes et les délais de livraison assez long pouvant entraîner des ruptures de stock, la CAMEG a instauré depuis 1997 un système de présélection des fournisseurs. Cette présélection se base sur des critères rigoureux et permet, outre bénéficier de meilleurs délais de livraison, une meilleure connaissance des fournisseurs et des produits qu'ils proposent.

De nombreux critères sont pris en compte lors de cette présélection, dont voici les principaux :

- Disposer d'une autorisation d'exercice en tant qu'établissement pharmaceutique ;
- Disposer d'un personnel compétent pour assurer la qualité des produits ;
- Pour chaque site de production, disposer d'un certificat de bonne pratique de fabrication ou tout autre document (Certificat ISO ou CEE) certifiant de la qualité des produits proposés ;
- Les produits doivent avoir un certificat de produit pharmaceutique (CPP), modèle OMS ou un certificat de libre vente ;
- Les produits doivent être enregistrés au Burkina Faso ou à défaut dans le pays d'origine ;
- Les fournisseurs négociants, doivent fournir un certificat de Négoce ;
- Un échantillon de tous les produits proposés doit être joint au dossier de présélection.

A l'issue de cette étape de présélection, les fournisseurs retenus sont agréés pour une période de trois ans, période durant laquelle le fournisseur est régulièrement évalué et est donc susceptible en cas de défaillance d'être suspendu temporairement ou définitivement.

Un nouvel appel d'offres international est lancé chaque année afin de permettre à de nouveaux fournisseurs d'être présélectionnés, mais également de permettre aux anciens de proposer de nouveaux produits. [29]

En 2010, le budget annuel d'achat s'est élevé à environ 31 millions de dollars US et représentait 37,45% du budget total d'achat de médicaments et produits de santé au Burkina Faso (environ 83 millions de dollars US). Les autres principales sources de financement étant le Fonds Mondial (16%) et le Budget de l'Etat (12%).

3.1.1.1.1.2. Consultation restreinte

Les commandes sont effectuées par appel d'offre international restreint. L'appel d'offre est dit restreint car ne sont consultés que les fournisseurs qui ont été présélectionnés. Une grande consultation restreinte est organisée chaque année pour l'approvisionnement en produits ordinaires. Pour certains besoins spécifiques ou pour réajuster le stock des produits ordinaires, d'autres consultations restreintes sont également organisées. [29]

Les critères qui sont pris en compte dans le choix final d'un fournisseur pour un marché sont :

- Les prix ;
- La présentation des produits ;
- Les performances du fournisseur.

3.1.1.1.2. Assurance qualité

L'assurance qualité vise à préserver la qualité du médicament depuis la fabrication jusqu'à son utilisation finale. La CAMEG dispose d'un service d'assurance qualité mis en place en 1998 et dirigé par un pharmacien. Si le contrôle qualité représente un élément important de l'assurance qualité, il ne se suffit pas à lui-même. Le système mis en place à la CAMEG permet ainsi d'assurer la qualité et de vérifier les normes aux différents niveaux de la vie du médicament : la fabrication, le transport, le stockage et la distribution [29].

3.1.1.1.2.1. Au niveau du fournisseur

Chaque fournisseur doit passer par l'étape de présélection où il est soumis à des critères rigoureux avant toute commande. A la réception des produits, la conformité des produits est vérifiée (dates de péremption, conditionnement, etc.) ; les produits non conformes sont rejetés. Les produits livrés doivent obligatoirement être accompagnés de certificats de lot, permettant d'assurer la traçabilité des médicaments distribués. Les conditions de règlement des factures permettent aussi de garantir la qualité puisque la moitié du montant de la facture est réglée lors de la réception des produits, l'autre moitié sera réglée seulement après le contrôle qualité. [29]

3.1.1.1.2.2. Au niveau du stockage

Les infrastructures ont été construites afin de permettre un stockage respectant les conditions de conservation compte tenu du climat local.

- Présence d'une chambre climatisée (< 25°C) et d'une chambre froide (2-8°C) pour les produits thermosensibles
- Présence d'une armoire frigorifique dans chaque agence
- Rayonnage adapté
- Nettoyage et désinfection réguliers des magasins

La CAMEG rencontre des difficultés de stockage compte tenu de la capacité de stockage limitée. La création de nouvelles agences commerciales et d'un nouveau magasin permettra de pallier à ce problème. [29]

3.1.1.1.2.3. Au niveau du contrôle de la qualité

Le contrôle qualité consiste à contrôler uniquement les aspects physico-chimiques du produit à un instant donné : identification du principe actif, dosage, recherche des impuretés, etc..

Chaque livraison de médicaments fait l'objet d'un échantillonnage envoyé au laboratoire, le règlement du fournisseur dépendant des résultats de ce contrôle.

Actuellement les contrôles sont effectués pour la plupart en Belgique au laboratoire de contrôle de qualité SGS LABO SIMON et au Laboratoire National de Santé Publique au Burkina Faso. [24]

3.1.1.1.3. Distribution

Les produits de la CAMEG sont distribués à travers les principaux secteurs qui sont :

- Le secteur public
    - Dépôts répartiteurs de districts
    - CHU
    - CHR
    - Services rattachés au Ministère de la Santé
- Le secteur privé
    - Officines pharmaceutiques
    - ONG/associations
    - Confessions religieuses
    - Laboratoires/cliniques médicales

3.1.1.1.4. Politique des prix

Les prix de vente de la CAMEG sont fixés conformément à l'arrêté ministériel pour la fixation des prix de vente des médicaments essentiels génériques. « Les grossistes répartiteurs sont autorisés à utiliser une marge bénéficiaire ne dépassant pas 25% sur le prix de revient des médicaments ».

Le calcul des prix de revient prend en compte :

- Le prix d'achat fournisseur
- Les charges à incorporer dans le coût d'achat : frais de Déclaration Préalable d'Importation, taxes d'importation, frais de douane, frais de contrôle de conformité, frais de transit

Une révision annuelle des prix de vente est effectuée et prend en compte :

- Le maintien de la stabilité des prix pour les produits ayant subi une hausse de prix chez le fournisseur

- Les baisses de prix dues aux aides internationales
- La réduction des marges bénéficiaires afin d'améliorer l'accessibilité financière de la population

De 2002 à 2012, la CAMEG a réduit sa marge bénéficiaire de plus de 4 milliards de FCFA.

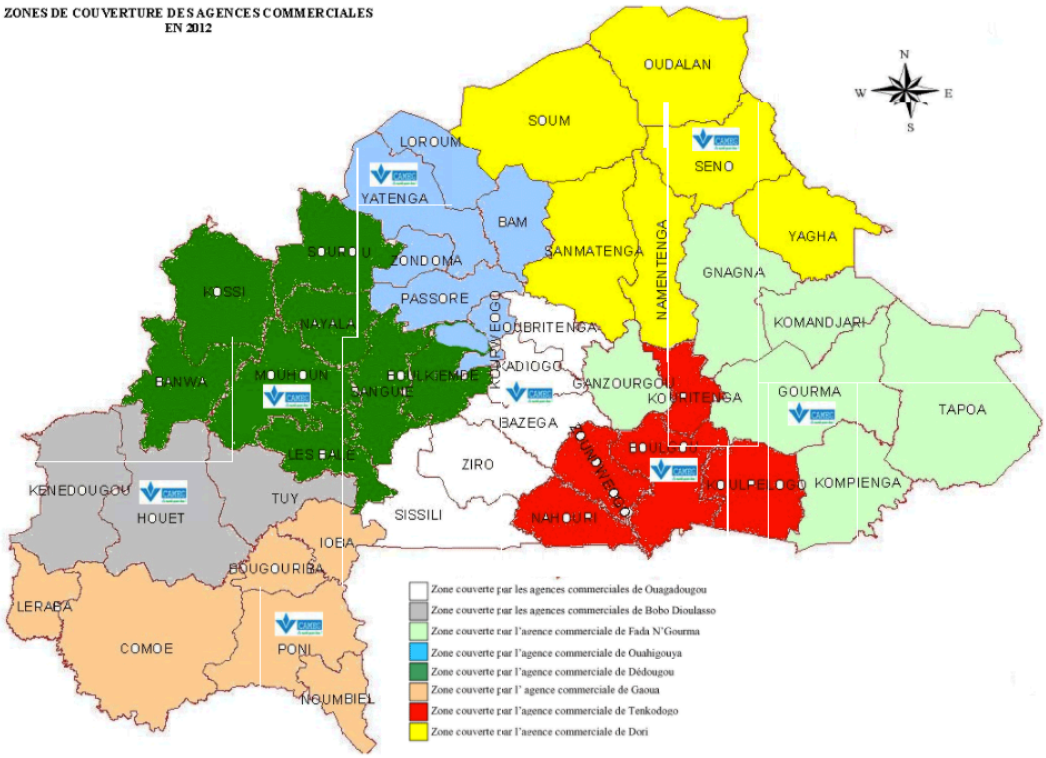


Figure 22 : Localisation et zone de couverture des agences régionales de la CAMEG en 2012 (source : CAMEG)

3.1.1.2. Les dépôts répartiteurs de district (DRD)

Les DRD approvisionnent en Médicament Essentiels Génériques les dépôts pharmaceutiques des structures sanitaires publiques du niveau périphérique, c'est-à-dire les dépôts MEG des CM/CMA et des CSPS. Ce sont les CSPS et les CM/CMA qui viennent s'approvisionner et chercher les MEG par leurs propres moyens aux DRD, ceux-ci n'ayant pas la logistique nécessaire pour livrer ces structures.

Tous les DRD s'approvisionnent en priorité (>90%) auprès de la CAMEG, mais en cas de rupture à la CAMEG le DRD peut s'approvisionner dans une autre structure de distribution après autorisation de la Direction Régionale de la Santé, qui vérifie et valide les types et quantités de produits souhaitées par le DRD. [24]

Les DRD, avec les districts sanitaires, assurent également au niveau des dépôts pharmaceutiques :

- Le contrôle de l'application des textes règlementaires relatifs au secteur pharmaceutique et notamment l'application des bonnes pratiques pharmaceutiques ;
- La revue et la validation des besoins ;
- La supervision et le contrôle de la gestion des stocks ;
- La compilation des données logistiques et leur transmission aux DRS ;
- La formation des gérants.

3.1.1.3. Les structures sanitaires publiques

Elles dispensent les médicaments et produits de santé aux patients.

Les CM/CMA et CSPS s'approvisionnent exclusivement auprès des DRD, mensuellement. Les hôpitaux (CHU et CHR) s'approvisionnent prioritairement auprès des agences régionales de la CAMEG mais peuvent également lancer des appels d'offre nationaux auxquels peuvent répondre les grossistes privés importateurs/distributeurs (pour les médicaments princeps).

La figure suivante présente les acteurs du système public d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé au Burkina Faso. [24]

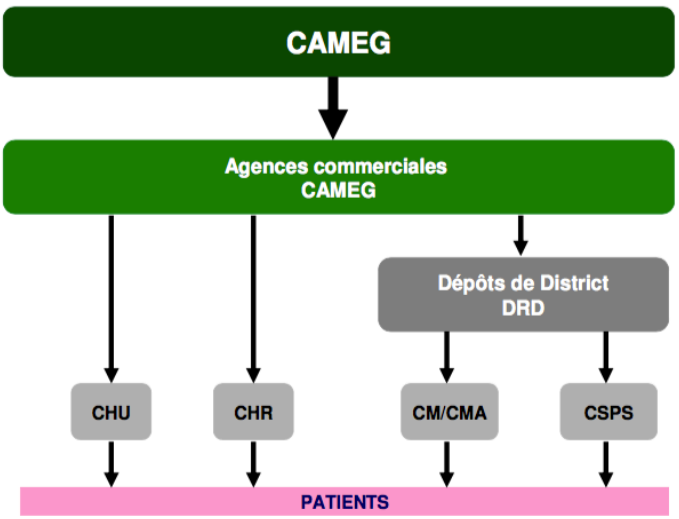


Figure 23 : Représentation schématique du système public d'approvisionnement et de distribution des médicaments au Burkina Faso (source : DGPML)

3.1.2. Les acteurs du système privé

Le secteur privé d'approvisionnement et de distribution est constitué de :

- 9 Grossistes importateurs/distributeurs répartis essentiellement entre Ouagadougou et Bobo Dioulasso ;
- 193 officines pharmaceutiques dont la majorité à Ouagadougou et Bobo Dioulasso ;
- 524 dépôts pharmaceutiques privés répartis sur tout le territoire national ;
- Les structures sanitaires privées à but lucratif et à but non lucratif ;
- Les distributeurs privés de réactifs et de matériel technique.

3.1.2.1. Les grossistes importateurs/distributeurs

Les grossistes importateurs/distributeurs assurent essentiellement l'approvisionnement des officines pharmaceutiques et des structures sanitaires privées à but lucratif ou non en médicament génériques ou de marque. Les grossistes livrent leurs clients environ deux fois par jour.

Le code de la santé publique et des décrets et arrêtés d'application régissent les conditions d'ouverture et d'exploitation des grossistes. La présence obligatoire d'un pharmacien conditionne l'autorisation d'exploitation.

Les grossistes sont tenus d'approvisionner les structures légalement ouvertes et de garantir la disponibilité des produits pharmaceutiques nécessaires à la prise en charge des pathologies prédominantes au Burkina Faso. Les grossistes sont tenus d'ouvrir un compte d'exploitation pour chaque client, ces comptes doivent être accessibles lors des inspections pharmaceutiques afin de vérifier l'identité et le statut des clients. [24]

Les principaux grossistes importateurs/distributeurs au Burkina Faso sont :

- La coopération pharmaceutique et de distribution COPHADIS : elle appartient au groupe UBI-PHARMA et est basée à Ouagadougou. Elle réalise essentiellement de l'importation et de la distribution de spécialités pharmaceutiques sous nom de marque, de quelques médicaments génériques, de consommables et dispositifs médicaux. Ce grossiste importe ses médicaments principalement auprès d'une centrale d'achat basée en France, PLANET-PHARMA.

- LABOREX/Burkina : assure l'importation et la distribution de spécialités pharmaceutiques sous nom de marque, de médicaments génériques, de médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle, de consommables médicaux, produits diététiques et cosmétiques. Elle appartient à EURAPHARMA, un groupe pharmaceutique présent dans d'autres pays d'Afrique comme le Sénégal, la Côte d'Ivoire ou le Gabon. Les achats sont groupés et réalisés depuis la France.

3.1.2.2. Les officines pharmaceutiques

Les officines pharmaceutiques dispensent les médicaments et autres produits de santé aux patients. Elles approvisionnent aussi les dépôts privés de vente de médicaments. Elles s'approvisionnent chez les grossistes importateurs/distributeurs pour les spécialités sous nom de marque et à la CAMEG pour les médicaments essentiels génériques. Afin de répondre à des besoins pour certaines pathologies spécifiques, les officines peuvent commander certains médicaments directement en France ou dans d'autres pays, mais doivent adresser une demande d'autorisation spéciale à la DGPML. [24]

3.1.2.3. Les dépôts privés de vente de médicaments

Afin d'améliorer l'accès du médicament et compte tenu du faible nombre de pharmaciens et d'officines en dehors des grandes villes, une dérogation existe pour que des non professionnels du médicament puisse exploiter un dépôt privé de vente de médicaments. Le propriétaire du dépôt doit être un pharmacien et employer un gérant formé ou un particulier ou un agent de santé en disponibilité ayant faut au moins 6 mois de stage dans une officine pharmaceutique. Le dépôt pharmaceutique est placé sous la tutelle technique d'un pharmacien d'officine chargé de l'approvisionnement du dépôt. Cette démarche permet donc bien de rendre le médicament accessible à toute la population, tout en restant dans un cadre institutionnel bien défini.

Cependant de nombreux manquements sont régulièrement enregistrés et il faut donc renforcer les contrôles de ces dépôts et veiller à l'application des textes réglementaires applicables à l'exercice de la Pharmacie. [24]

3.1.2.4. Les structures sanitaires privées à but lucratif et à but non lucratif

Les structures privées dispensent les médicaments aux patients. Elles s'approvisionnent auprès des grossistes importateurs/distributeurs et à la CAMEG pour les médicaments essentiels génériques.

3.1.2.5. Les fournisseurs privés de réactifs et de matériel médical

Dans le domaine des réactifs et du matériel médical, la plupart des fournisseurs que ce soit les détaillants ou les grossistes, sont des sociétés de commerce général et ne possèdent pas de personnel pharmaceutique adéquat. Ils approvisionnent les structures sanitaires publiques directement ou par l'intermédiaire des DRD et les structures privées à but lucratif et à but non lucratif. [24]

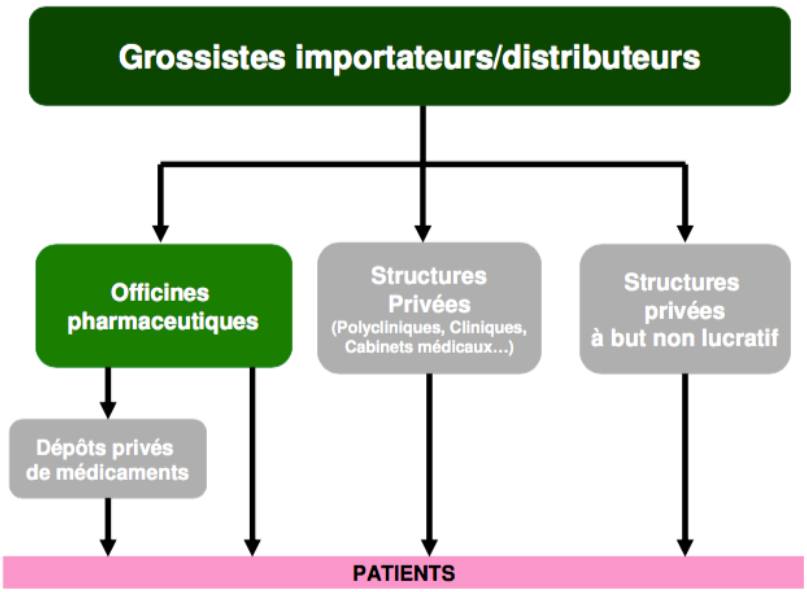


Figure 24 : Représentation schématique du système privé d'approvisionnement et de distribution des médicaments au Burkina Faso (source : DGPML)

3.2. Fonctionnement du système d'approvisionnement

3.2.1. La complexité de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé

La DGPML a réalisé en 2010 en collaboration avec l'OMS une étude sur l'approvisionnement des produits pharmaceutiques au Burkina Faso. Cette étude a permis d'illustrer l'organisation complexe du système d'approvisionnement sur le schéma ci-dessous. [24]

Cette étude nous présente le système d'approvisionnement depuis les sources de financement jusqu'aux structures dispensatrices avec les différents points de stockage, et ce pour les différentes classes de produits de santé. Ainsi on peut distinguer au moins 13 filières d'approvisionnement ou Partenaire Technique et Financier (PTF) différents.

Une étude réalisée en mars 2011 par l'institut Bioforce Développement sur les capacités des ressources humaines en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement [30] cite comme conséquences négatives à cette complexité :

- Une mauvaise quantification des besoins par filière : manque d'harmonisation des systèmes d'informations entre les différents bailleurs de fond ;
- Des erreurs de communication verticale des informations entre les dispensateurs en bout de chaîne et les bailleurs de fond ;
- Des épisodes de ruptures de stock ou de surstocks, à cause d'une difficulté de gestion des priorités, les conditions et les délais d'approvisionnement étant différents d'un bailleur à l'autre.

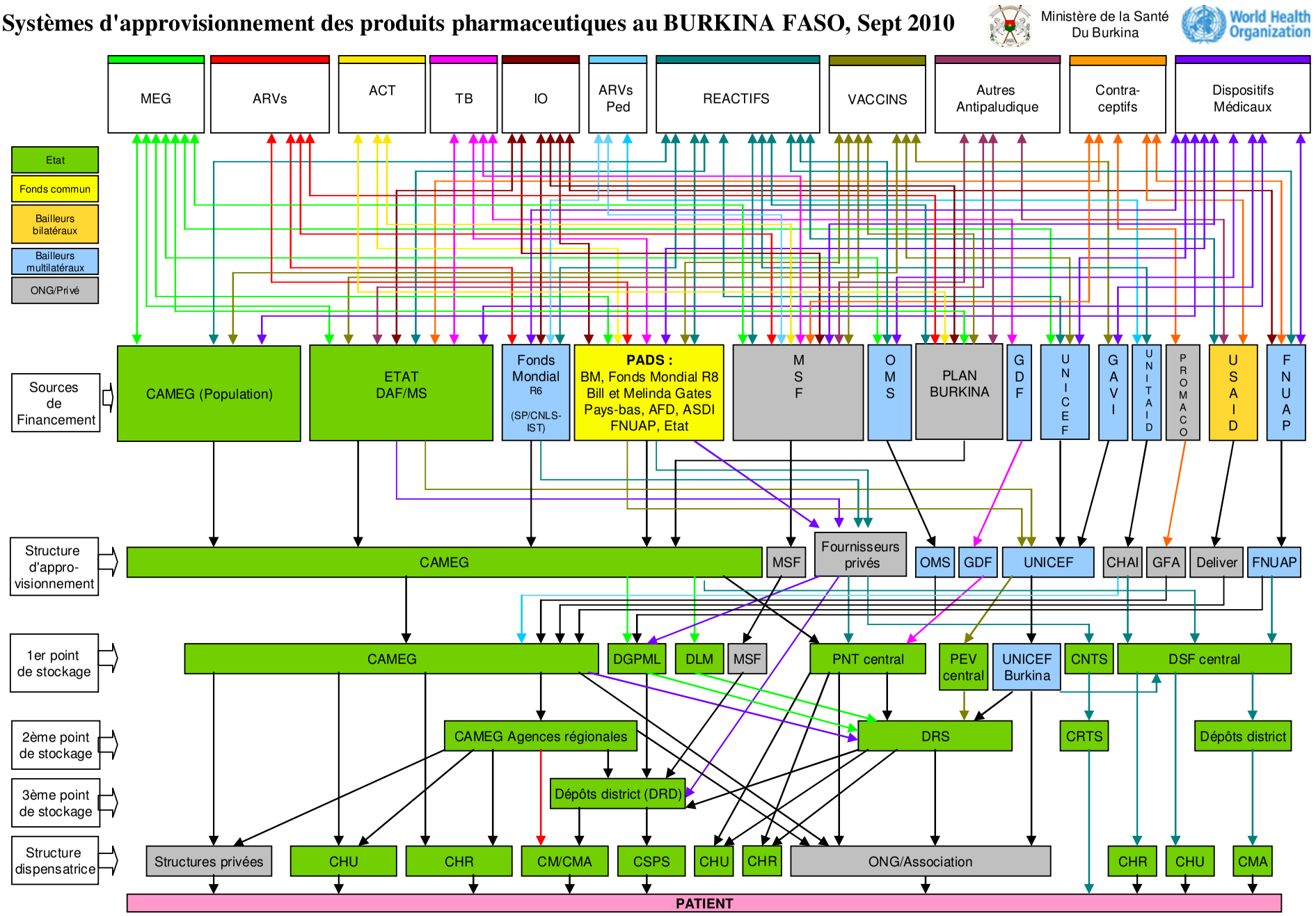


Figure 25 : Cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques au Burkina Faso en 2010 (source : DGPML)

A cause de la multiplicité des filières d'approvisionnement, certains PTF restent peu flexibles au changement et restent cloisonnés dans un système spécifique d'approvisionnement. On notera comme conséquences les insuffisances suivantes :

- Espace insuffisant pour le stockage en périphérie ;
- Problèmes de budget ayant un impact sur le résultat (déplacements, maintenance du matériel, formation du personnel) ;
- Gestion de la logistique insuffisante ;
- Infrastructures vétustes et mal entretenues dans les CMA et les CSPS ;
- Matériels spécifiques à la chaîne du froid non disponibles pour les produits autres que les vaccins ;
- Besoins mal définis à cause de la faiblesse du système d'information ;
- Les contrôles qualité sont sous la responsabilité du LNSP et faits en général à la demande de la DGPML. Le LNSP n'est pas certifié OMS d'où un manque de fiabilité dans la qualité et les délais des analyses. Il n'est pas rare que les produits importés soient distribués avant l'obtention des résultats.

Pour un responsable de l'Unicef « l'idéal serait que les financeurs confient leurs fonds au gouvernement pour l'approvisionnement et il faudrait diversifier les sources de financement et passer par la DGPML. Cela diminuerait le problème de l'utilisation des outils qui sont différents, dans une organisation verticale, pour des programmes verticaux. » [30]

3.2.2. Deux circuits du médicament

Seule une structure publique (l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé) et quelques structures privées produisent des médicaments au Burkina Faso. La quasi-totalité des produits de santé sont donc importés, ce via deux circuits parallèles dans la chaîne d'approvisionnement aux niveaux intermédiaire et périphérique :

- Le circuit de produits distribués gratuitement (circuit gratuit)
- Le circuit de produits payants (circuit de vente)

Les produits du circuit gratuit sont en général alloués et non commandés comme ceux du circuit de vente. La traçabilité et le suivi de l'approvisionnement des produits du circuit de vente sont mieux assurés que ceux du circuit gratuit, celui-ci étant particulièrement complexe.

En effet ce système comprend plusieurs sous-systèmes verticalisés et différenciés selon le Partenaire Technique et Financier et le type de produit. Par exemple, le Plan National de lutte contre la Tuberculose (PNT), le Comité ministériel de lutte contre le SIDA (CMLS) et le Plan national de lutte contre le Paludisme (PNLP) ont leur propre système d'approvisionnement. [30]

3.3. L'accès aux médicaments essentiels

De nombreux facteurs conditionnent l'accès aux médicaments essentiels : la sélection rationnelle des médicaments, des prix abordables, un financement durable et adéquat et des systèmes de santé et d'approvisionnement fiables.

La question des prix abordables reste une des principales raisons du manque d'accès aux médicaments en Afrique, à cause des prix élevés des médicaments produits dans les pays occidentaux, principalement en Europe et aux Etats-Unis. En effet selon l'OMS, 81% des pays avec l'accès le plus faible aux médicaments se trouvent parmi les pays les plus pauvres. [31]

3.3.1. Commerce et accès aux médicaments

La réglementation internationale du commerce devient de plus en plus importante concernant les produits et les services de santé et influence directement l'accès aux médicaments. En effet tout d'abord la libéralisation du commerce et la suppression des droits d'importation et d'exportation provoque une diminution des revenus fiscaux disponibles à l'Etat et donc les moyens budgétaires de l'Etat pour les services publics, dont la santé. De plus la libéralisation du secteur de la santé augmente la concurrence entre les secteurs privé et public, celui-ci se retrouvant alors affaibli, ce qui aurait un impact négatif sur l'accès aux médicaments pour les populations les plus pauvres. [32]

3.3.2. Renforcement des droits de propriété intellectuelle

Les droits de propriété intellectuelle, c'est-à-dire les brevets sont une barrière pour l'accès au médicament, car ils empêchent les pays en voie de développement d'avoir accès à des médicaments génériques à moindre coût. Le renforcement de la protection de la propriété intellectuelle rend donc difficile l'accès au médicament, augmente le coût des médicaments en Afrique, mais empêche aussi les pays en voie de développement d'établir leur propre production pharmaceutique.

Les prix de médicaments sont fixés par les laboratoires qui les produisent. Les brevets octroient à ces laboratoires un monopole d'au moins vingt ans sur la production, la distribution, les conditions de vente et la fixation du prix des médicaments, et ce pour compenser les dépenses de la recherche effectuée pour obtenir ces nouveaux médicaments.

L'accord de l'Organisation Mondiale du Commerce sur les ADPIC (aspects de droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce) protège les brevets. Les ADPIC étant tout de même censés permettre de garder un équilibre entre les intérêts des laboratoires qui développent les médicaments, et la santé publique et les intérêts des usagers, des dispositions ont été prises afin de permettre aux pays en développement de passer outre les brevets dans certaines circonstances, afin de faciliter leur accès aux médicaments génériques. Par exemple la Déclaration de Doha de l'OMC en 2001 permet aux gouvernements de produire des « octrois obligatoires de qualifications pour des raisons de santé publique », grâce auxquels un gouvernement peut accorder la permission de produire et d'importer un produit breveté sans le consentement de son propriétaire. Cependant de nombreux pays africains n'ont pas pu appliquer les flexibilités des ADPIC, par manque de compétence technique et par crainte de sanctions commerciales de la part des pays riches. De plus de nombreux pays occidentaux s'opposent à ces « octrois obligatoires de qualification » et renforcent au cours des dernières années les droits de propriété intellectuelle, notamment grâce à la « protection et l'exclusivité des données » pendant 12 ans. De telles mesures dégradent l'équilibre entre la stimulation de l'innovation et la sauvegarde de l'accès au médicament. [32] [34]

3.3.3. Médicaments génériques

Dès lors que le brevet d'un médicament expire, il est possible pour d'autres laboratoires de produire ce médicament, on parle alors de médicament générique. Ces médicaments génériques contiennent les mêmes principes actifs et les mêmes caractéristiques pharmacodynamiques que les médicaments de marque. N'ayant pas de coût de recherche, ils sont beaucoup moins chers (le prix d'un médicament diminue de 40% à 80% lorsqu'un générique arrive sur le marché). La flexibilité des ADPIC a permis de réduire le prix des médicaments en Afrique : la plupart des médicaments utilisés en Afrique sont des génériques d'antirétroviraux, d'antipaludéens, d'antituberculeux ou d'antibiotiques. L'introduction d'antirétroviraux génériques notamment a signifié une révolution dans la lutte contre le VIH/Sida en Afrique. [32]

3.3.4. Au Burkina Faso

Une étude menée en 2010 par la DGPML selon la méthode standardisée par l'OMS et Health Action International a permis de mesurer de façon fiable les prix, la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments essentiels. [33]

3.3.4.1. Disponibilité des médicaments

Le jour de l'enquête, les résultats de disponibilité des médicaments ont été les suivants :

- Dans le secteur public, la disponibilité du médicament générique le moins cher (GMC) était de 73%. La disponibilité du médicament princeps était nulle, étant donné que la CAMEG fournit l'intégralité des médicaments dans les structures sanitaires publiques et qu'elle ne fournit que des médicaments essentiels génériques sous DCI. La plupart des médicaments non disponibles sont ceux prescrits au niveau hospitalier.
- Dans le secteur privé à but lucratif, c'est-à-dire officines et dépôts pharmaceutiques, les disponibilités du médicament princeps et de son équivalent GMC étaient respectivement de 44% et 63%.
- Dans le secteur privé à but non lucratif, les disponibilités du médicament princeps et de son équivalent GMC étaient respectivement de 2% et 52%.

C'est donc au niveau du secteur public que la disponibilité des médicaments était la meilleure. Cependant la disponibilité des médicaments princeps et leurs équivalents génériques était tout de même satisfaisante au niveau des officines pharmaceutiques (respectivement 67% et 76%), alors qu'elle l'était beaucoup moins au niveau des dépôts pharmaceutiques privés (26% et 55%). [33]

3.3.4.2. Prix d'achat des médicaments

En ce qui concerne les prix d'achats des médicaments du secteur public, la CAMEG présente des prix d'achat similaires aux prix de référence internationaux (PRI) fournis par Management Science for Health (MSH), si l'on tient compte des frais d'importation élevés dus à l'enclavement géographique du Burkina Faso et du système de préqualification des fournisseurs très exigeant qui élimine des produits de coût très bas mais ne répondant pas aux standards de qualité requis. On peut donc en conclure que les achats de la CAMEG sont très efficients.

Les prix d'achats des grossistes privés sont quant à eux 2,55 fois plus élevés pour les médicaments génériques et 13,03 fois plus élevés pour les médicaments de marque d'origine par rapport aux PRI. Ceci du au faible pouvoir de négociation des grossistes avec ses fournisseurs mais aussi à la majorité des produits princeps qui sont d'origine occidentale et très chers. [33]

3.3.4.3. Accessibilité financière des médicaments

Dans le secteur public, les prix de vente au public (PVP) sont fixés chaque année par arrêté interministériel. On ne trouve dans les structures publiques que des médicaments fournis par a CAMEG. Le taux de marge brute est de 97%, réparti entre la CAMEG (45%), les dépôts répartiteurs de district (7,5%) et les formations sanitaires (45%).

Dans le secteur privé, les PVP des médicaments princeps et de leurs génériques sont respectivement 21,75 et 3,84 fois plus élevés que les Prix internationaux de référence. Les PVP des médicaments princeps sont en moyenne 5,6 fois plus élevés que leurs équivalents génériques, et les PVP des médicaments génériques sont 30% plus cher dans le secteur privé que public.

En terme d'accessibilité financière aux traitements standards, le coût de traitements de pathologies chroniques comme l'asthme, le diabète ou l'hypertension artérielle peuvent représenter respectivement 3, 5 et 14 jours de salaire pour un salarié au Salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) qui équivaut au salaire d'un employé non-qualifié du secteur public. Ces traitements deviennent cependant accessibles financièrement grâce aux médicaments essentiels génériques dans les structures publiques, avec des coûts ne représentant plus qu'un jour de SMIG. Pour ce qui est des maladies infectieuses comme le paludisme ou l'infection respiratoire aigüe, les coûts des traitements représentent 3 jours de SMIG pour le médicament princeps et 1 jour pour le GMC. [33]

3.3.4.4. Conclusion

La Politique pharmaceutique nationale, basée sur la promotion des médicaments essentiels génériques, introduits dans le secteur privé, et dont les prix sont administrés dans le secteur public, a permis une amélioration significative de l'accessibilité financière du médicament aux populations. Cependant la libéralisation des prix dans le secteur privé, qui

avait pour but de diminuer les prix en faisant marcher la concurrence, n'a pas eu l'effet escompté puisque les médicaments de marque d'origine ont toujours des prix très élevés dans les officines pharmaceutiques et restent donc inaccessibles financièrement pour la majorité de la population. Il ressort également de cette étude la faiblesse de l'accessibilité des populations aux médicaments du niveau hospitalier due à leur mauvaise disponibilité dans les centres hospitaliers publics et à leur coût trop élevé dans les officines pharmaceutiques. Les perspectives citées dans cette étude et qui permettraient de réduire les prix de vente au public sont une négociation ferme des prix d'achat des grossistes privés, avec une limitation des marges au niveau des grossistes privés et des officines pharmaceutiques. Un programme de développement de la pharmacie hospitalière est aussi nécessaire pour pallier à cette insuffisance de traitement des pathologies ne pouvant être prises en charge dans les formations sanitaires de premier niveau. [33]

3.4. La qualité des médicaments

3.4.1. Différents types de médicaments de faible qualité

Un médicament de mauvaise qualité peut être le résultat :

- De manipulations frauduleuses, on parle alors de médicament falsifié ou de contrefaçon ;
- D'erreurs au cours de la fabrication ou de la conservation, on parle alors de médicament sous-standard.

3.4.1.1. Médicament falsifié ou contrefaçon

Un médicament falsifié est fabriqué illégalement, avec l'intention de tromper les autorités, les prescripteurs, ou les patients en donnant de fausses informations comme un faux nom de fabricant, de marque, ou contenu. Le plus souvent la substance active n'est pas présente ou sous-dosée. Un médicament falsifié peut aussi contenir la substance active indiquée au bon dosage, d'autres substances actives, ou des substances inefficaces ou nocives. [35]

Figure 26 : Vente de médicaments contrefaits dans un marché à Tenkodogo, en 2016

3.4.1.2. Médicament de qualité sous-standard

Un médicament sous-standard présente des défauts apparus lors de sa fabrication, des malfaçons, ou de sa conservation, des dégradations. Le terme « sous-standard » aurait tendance à évoquer un sous-dosage du principe actif dans le médicament, voici quelques exemples de produits sous-standard dont les conséquences pour les patients peuvent être bien plus graves :

- Des produits sur-dosés et sous-dosés ;
- Des produits instables, à cause d'emballages de mauvaise qualité laissant passer l'humidité ambiante par exemple ;
- Des produits non biodisponibles, à cause d'une mauvaise mise en forme galénique par exemple ;
- Des produits contaminés (contamination croisée ou microbiologique)
- Des médicaments injectables non stériles ;
- Des erreurs d'étiquetage ;
- Des produits inefficaces, à cause d'une rupture de la chaîne de froid par exemple. [32]

3.4.2. Ampleur du problème et impact

Les médicaments de mauvaise qualité, outre nuire à la santé des patients, entraînent une perte de confiance dans les médicaments, les systèmes et les personnels de santé. On retrouve des médicaments de mauvaise qualité dans toutes les classes de produits de santé, que ce soient médicaments, vaccins ou bien dispositifs médicaux et produits de diagnostic in vitro. Les médicaments de marque comme les génériques sont contrefaits, que ce soient des produits très coûteux contre le cancer ou des produits à très bas prix contre la douleur et on peut trouver des produits contrefaits ou de mauvaise qualité sur les marchés, dans les rues, sur des sites Internet non règlementés et même dans les officines pharmaceutiques, les cabinets médicaux et les hôpitaux. Enfin ces produits médicaux de mauvaise qualité sont souvent très difficiles à détecter car conçus pour paraître identiques au produits authentiques. Le prix élevé des médicaments a un effet négatif sur l'utilisation de médicaments de mauvaise qualité. En effet des médicaments dont les prix deviennent excessifs et inabordables pour certaines populations vont contraindre ces populations à se tourner vers des sources en dehors du système légal d'approvisionnement. Ces prix élevés représentent aussi des

bénéfices plus élevés pour les contrefacteurs, et donc une motivation supplémentaire à créer des filières illégales de médicaments de mauvaise qualité. [32]

3.4.3. La lutte contre les médicaments de faible qualité

La globalisation de la production pharmaceutique et le changement permanent des réseaux de distribution des médicaments falsifiés rendent la lutte contre les médicaments de faible qualité plus difficile et démontrent le besoin de renforcer :

- L'authentification et la traçabilité pharmaceutique ;
- Les procédures d'alerte pharmaceutique et de rappel de lot ;
- Le contrôle qualité des produits pharmaceutiques.

3.4.3.1. Acteurs et moyens de lutte

De nombreux accords ont été mis en place afin de lutter contre les médicaments de mauvaise qualité, on peut citer :

- L'accord de commerce contre les contrefaçons (ACTA), réalisé entre un groupe de produits industrialisés afin de renforcer les droits de propriété intellectuelle en empêchant la libre circulation des médicaments génériques ;
- La convention MEDICRIME, mise en place par le conseil de l'Europe, qui criminalise la contrefaçon mais aussi la fabrication et la distribution de produits de santé mis sur le marché sans autorisation ou en violation des normes de sécurité en introduisant des sanctions pénales et des mesures de prévention et de protection des victimes ;
- Le groupe IMPACT (Groupe spécial de lutte anti-contrefaçon de produits médicaux), créé par l'OMS et composé d'organisations internationales, d'organismes chargés du contrôle et de la répression, de l'industrie pharmaceutique et d'organisations non gouvernementales qui collaborent dans le cadre d'enquêtes pénales internationales aidant les pays à renforcer leurs propres systèmes de détection et de répression, ainsi qu'à travailler avec l'industrie pharmaceutique pour mettre au point des mesures telles que des emballages de sécurité haute technologie ;
- IRACM (Institut international de recherche anti-contrefaçon de médicaments), qui est un organisme international ayant pour vocation exclusive de lutter contre la

falsification de médicaments par le biais de l'information, de la prévention et de la formation ;

- Interpol, qui lutte contre les réseaux criminels organisés que sont les contrefacteurs au niveau international.

Cependant ces organismes qui luttent contre les contrefaçons recherchent les produits qui ne respectent pas les brevets plus que les produits de mauvaise qualité, alors que ceux-ci représentent le principal danger pour les patients dans les pays en développement. En parallèle une sécurisation de l'approvisionnement et un renforcement de l'évaluation de la qualité sont nécessaires. [32]

3.4.3.2. Sécuriser l'approvisionnement pharmaceutique

La globalisation de la production pharmaceutique légale a eu pour conséquence une multiplication des acteurs et une sous-traitance des acteurs de la chaîne de production et de distribution des médicaments. La fabrication des matières premières, des moyens de conditionnement, la fabrication des produits finis et le contrôle qualité sont autant d'étapes impliquant divers acteurs et demandant donc une obligation de maîtriser l'ensemble de la chaîne du médicament, depuis les précurseurs des matières premières jusqu'à la distribution et l'exportation des médicaments finis. La traçabilité des produits et l'authentification des acteurs impliqués est donc indispensable afin d'identifier les acteurs suspects. [35]

3.4.3.3. Renforcer l'évaluation de la qualité

Il est indispensable de renforcer le système de contrôle qualité des médicaments distribués dans les pays en développement par le suivi des produits pharmaceutiques distribués et l'échantillonnage par des acteurs formés et qualifiés pour procéder à des contrôles qualité. Ceux-ci permettraient d'identifier l'infiltration de produits de faible qualité dans le marché pharmaceutique légal et de réagir grâce à des procédures d'alertes pharmaceutiques et de rappels de lot. [35]

3.5. L'usage rationnel des médicaments

La définition de l'OMS de l'usage rationnel des médicaments est : « *Prescrire le produit le plus approprié, obtenu à temps et moyennant un prix abordable pour tous, délivré correctement et administré selon la posologie appropriée et pendant un laps de temps approprié* » (Organisation mondiale de la santé, 2002) [36]

3.5.1. Le problème de l'usage irrationnel

Un usage qui ne respecte pas la définition de l'usage rationnel est considéré comme irrationnel. Il existe par exemple :

- L'usage d'un trop grand nombre de médicaments différents par patients ;
- L'usage inapproprié d'antibiotiques, souvent en posologies inadéquates ou pour traiter des infections non bactériennes ;
- L'usage abusif de produits injectables quand une administration par voie orale serait plus appropriée ;
- L'automédication inappropriée, particulièrement de médicaments disponibles sur ordonnance.

Ces usages irrationnels représentent un gaspillage de ressources pouvant aboutir à des conséquences graves pour les patients à cause de résultats médiocres ou d'effets indésirables. De plus l'usage excessif d'antibiotiques entraîne une résistance accrue des bactéries à ces traitements, l'usage de produits injectables non stériles augmente le risque d'infections comme l'hépatite B ou le VIH/Sida. Enfin cela peut stimuler une demande inappropriée de la part des patients et donc une réduction de l'accès au médicament par diminution des stocks, entraînant une perte de confiance des patients dans le système de santé. [36]

3.5.2. Travailler vers un usage rationnel des médicaments

La création en 1977 par l'OMS de la première liste des médicaments essentiels afin d'aider les pays en développement à définir leurs propres listes nationales a été la première étape d'un travail vers l'usage rationnel des médicaments. Le réseau international pour l'usage rationnel des médicaments (INRUD) a été ensuite fondé en 1989 afin de conduire des projets de recherche et des interventions multidisciplinaires afin de promouvoir un usage plus rationnel des médicaments. Cela a permis d'obtenir des indicateurs et d'étudier l'ampleur des

améliorations de l'usage des médicaments après différentes interventions comme des formations, des supervisions ou des audits. [36]

Les principales mesures et stratégies pour la promotion d'un usage plus rationnel des médicaments sont :

- Un organisme national multidisciplinaire mandaté pour coordonner les politiques en matière d'usage de médicaments ;
- Des directives thérapeutiques destinées aux prescripteurs ;
- Des listes de médicaments essentiels basées sur directives thérapeutiques nationales prenant en compte l'efficacité, l'innocuité, la qualité et le coût des traitements ;
- Des comités pharmaceutiques et thérapeutiques dans les districts et les hôpitaux désignés pour assurer l'usage sûr et efficace des médicaments ;
- La qualité de la formation des étudiants en médecine en pharmacothérapie rationnelle, liée aux directives thérapeutiques de leur pays ;
- Un enseignement médical continu obligatoire pour le permis d'exercer ;
- L'encadrement des prescripteurs, avec audit et retour d'information ;
- Une information indépendante sur les médicaments, par l'intermédiaire de centres d'information sur les médicaments ou de bulletins pharmaceutiques indépendants ;
- L'éducation du public au sujet des médicaments, via une dispensation de qualité, un contrôle de la publicité et des campagnes d'éducation publiques prenant en compte les facteurs sociaux et les croyances culturelles des populations ;
- Le refus d'incitations financières : prescripteurs tirant un profit financier de la vente de médicaments, forfaits à l'ordonnance, frais de délivrance en pourcentage du coût des médicaments ;
- Une réglementation appropriée et mise en vigueur quant à l'enregistrement des médicaments, à la limitation de prescription par niveau de prescripteur, au permis d'exercer des professionnels de santé et aux licences aux points de vente de médicaments ;
- Un niveau de dépenses gouvernementales suffisant pour assurer la disponibilité en médicaments et en personnel.

4. Appui technique aux structures pharmaceutiques publiques du district sanitaire de Tenkodogo

4.1. Contexte de la mission

4.1.1. Cadre général

L'accès au médicament et produits de santé au Burkina Faso s'est sensiblement amélioré ces dernières années au Burkina Faso, mais des disparités en matière de couverture sanitaire persistent aussi bien entre les régions sanitaires qu'à l'intérieur et les produits de santé restent encore insuffisants en qualité et en quantité pour couvrir les besoins.

Afin qu'ils soient utilisés, les médicaments doivent être accessibles à la population. Accessibles financièrement d'une part, au Burkina Faso les frais liés à la santé sont à la charge des patients et transforment la pharmacie en poumon économique des structures sanitaires. Accessibles physiquement d'une autre part, les ruptures de stock ou les pertes liées à une mauvaise estimation des besoins étant fréquentes. Cette accessibilité doit être possible tout en garantissant la qualité des médicaments dispensés, à l'heure où la vente de médicaments contrefaits explose.

L'association PAH Les Pharmaciens Humanitaires intervient depuis fin 2013 au Burkina Faso. Deux missions ont ainsi été réalisées par des pharmaciens PAH au niveau des structures primaires du district sanitaire de Léo, et deux missions au niveau du CHR de Tenkodogo. Il a été décidé de poursuivre l'appui initié à Tenkodogo mais en se concentrant sur sur les CSPS du district sanitaire. Deux pharmaciens ont donc été envoyé en accord avec la DGPML pour réaliser un appui technique aux dépôts pharmaceutiques des CSPS du district, de janvier à juin 2016.

4.1.2. Organisme d'exécution

A propos de PAH, Les Pharmaciens Humanitaires

PAH Les Pharmaciens Humanitaires est une association française (loi 1901) qui vise à améliorer l'accès à des soins de qualité pour les populations vulnérables, en particulier dans les domaines pharmaceutiques et de santé publique.

Ses axes d'intervention consistent à :

- Promouvoir des actions de santé publique humanitaires et de développement dans le domaine médical, pharmaceutique et de l'hygiène ;
- Effectuer des missions d'urgence, de développement, d'expertise et/ou d'audit dans les pays en développement ou à ressources limitées ;
- Former des étudiants à l'action humanitaire à travers un Diplôme Universitaire de «Pharmacie et Aide Humanitaire» dispensé à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques de Caen.

L'objectif de PAH a toujours été d'appuyer et de renforcer les systèmes de santé notamment dans le domaine pharmaceutique : approvisionnement, gestion, qualité du médicament, valorisation des médicaments essentiels génériques, formation des cadres à la gestion pharmaceutique et à la l'utilisation rationnelle et de qualité des médicaments dans les systèmes de soins.

4.1.3. Objectifs

L'objectif général de la mission est d'apporter un appui technique aux structures pharmaceutiques publiques du district de Tenkodogo en vue de renforcer l'accès à des produits de santé de qualité pour la population.

Les objectifs spécifiques de la mission sont les suivants :

- Renforcer la gestion pharmaceutique des formations sanitaires afin que celle-ci soit optimale et en conformité avec les Bonnes Pratiques Pharmaceutiques ;
- Evaluer l'organisation et le fonctionnement de l'ensemble des structures pharmaceutiques de santé concernées ;
- Analyser la gestion des stocks, la qualification et la disponibilité du personnel, les commandes ainsi que les outils de gestion ;
- Sur la base de cette analyse, proposer au personnel en charge de la gestion des produits pharmaceutiques une formation individuelle sur site portant sur les Bonnes Pratiques Pharmaceutiques ;
- Proposer des recommandations au Pharmacien Responsable du district ainsi qu'au personnel en charge de la gestion des produits pharmaceutiques ;

- Appuyer et sensibiliser les Infirmiers Chef de Poste (ICP) des CSPS au remplissage des formulaires concernant les tradipraticiens de leur village afin de participer à la mise en place de l'interface de médecine traditionnelle du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Tenkodogo.

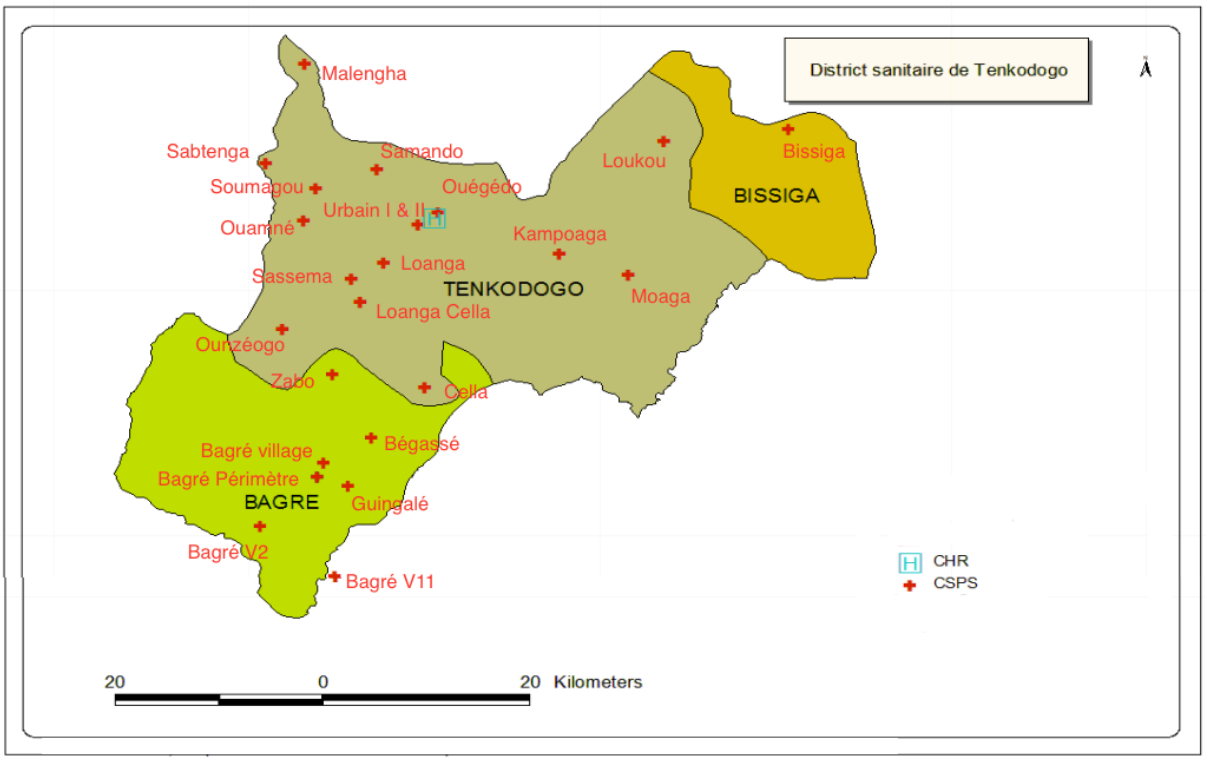


Figure 27 : Carte du district sanitaire de Tenkodogo (source : DGPML)

Le district sanitaire de Tenkodogo comprend un CHR et 24 CSPS. Deux visites de chaque CSPS sont prévues, la première afin de remplir les objectifs ci-dessus, la seconde afin d'évaluer l'impact de l'action entreprise et d'effectuer un suivi. Compte tenu de la distance parfois importante de chaque CSPS (jusqu'à une heure trente de route), et de la durée variable des interventions au niveau des dépôts pharmaceutiques, il a été décidé de visiter un CSPS par jour.

4.2. Méthodologie

4.2.1. Elaboration des supports de formation et d'évaluation

- Rencontre du Pr. Semdé, directeur de la DGPML (Direction Générale de la Pharmacie du Médicament et des Laboratoires) ;
- Rencontre de la directrice intérimaire de la DMPT (Direction de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelles) et obtention de la documentation nécessaire à la compréhension de la démarche d'Attestations d'Exercice de la Médecine Traditionnelle (AEMT) et à la constitution des dossiers ;
- Adaptation et actualisation des supports de formation et d'évaluation validés par PAH;
- Prise de contact et rencontre avec le personnel du District Sanitaire de Tenkodogo : le Dr Dianda - Médecin Chef, le Dr Ouattara - Pharmacien du District, et le Dr Tougri - Médecin Chef Intérimaire.
- Elaboration des supports d'évaluation (disponibles en annexe) :
    - Test d'évaluation des connaissances (annexe 1),
    - Grille d'évaluation d'un dépôt pharmaceutique (annexe 2) ;
- Conception d'un support PowerPoint pour la formation des gérants (annexe 3) ;
- Conception d'un lexique reprenant certains termes pharmaceutiques (annexe 5) ainsi que d'un poster reprenant les bonnes pratiques de stockage des médicaments (annexe 4) ;
- Réalisation d'un questionnaire de sensibilisation des ICP aux demandes d'AEMT (annexe 6)

4.2.2. Evaluation des dépôts pharmaceutiques

Les évaluations des dépôts pharmaceutiques ont été organisées de la manière suivante :

Tout d'abord une évaluation des connaissances des gérants a été effectuée, au moyen d'un test standardisé, les questions étant posées à l'oral, en vue de limiter les erreurs de compréhension des questions. En effet, discuter et reformuler la question a permis de déceler des incompréhensions qui empêchaient les gérants de répondre à des questions dont ils maitrisaient pourtant la réponse, ce qui n'aurait pas été possible à l'écrit.

Le test standardisé d'évaluation des connaissances comprend 3 parties, notées chacune sur 20 :

- Aménagement du dépôt ;
- Vente/Médicament ;
- Outils de gestion.

Evaluer les gérants des dépôts dès la première visite a permis de cibler les points forts et les points faibles de chaque gérant, et ainsi d'insister sur certains points par rapport à d'autres lors de la formation. Lors de la seconde visite des CSPS, un test identique a été effectué afin d'évaluer la progression des gérants en terme de connaissances, et de constater si la formation effectuée lors de la première visite a permis aux gérants de mettre en application les connaissances acquises. Ce second test a également permis d'identifier les points sur lesquels le gérant montrait encore des difficultés dans l'acquisition des connaissances afin d'effectuer un rappel sur les points faibles identifiés. Enfin l'observation du mode de fonctionnement a permis de constater si les changements apportés lors de la première visite étaient appliqués.

L'intervalle entre les deux visites a été décidé en tenant compte du temps total imparti à la mission. Il a été décidé, dans la mesure du possible, d'intervenir une seconde fois après un intervalle minimum de 2 mois après la visite initiale afin de savoir si les effets de celle-ci ont un impact positif sur le mode de fonctionnement.

D'autre part une évaluation du dépôt pharmaceutique lui-même a été effectuée. Lors de celle-ci, les items suivants ont été observés :

- L'état et l'aménagement du local : adéquation/organisation du local, hygiène et propreté, équipements, sécurité ;
- Le stockage des produits pharmaceutiques : conditions environnementales de stockage, mode de stockage des produits pharmaceutiques, gestion du stock, gestion des périmés.

Les paramètres concernant la qualité du travail du gérant ont été séparés de ceux évaluant les installations indépendants des compétences de celui-ci, mais qui peuvent mettre en évidence les CSPS ayant un manque de moyens financiers.

4.2.3. Formation des gérants

Suite à la première évaluation, une formation à l'aide d'un support PowerPoint (annexe 3) a été dispensée à chaque gérant. Cette formation portait sur les points suivants :

- L'aménagement et le mode de stockage du dépôt : bonnes pratiques de stockage, tenue de la pharmacie, rangement logique, absence de produits périmés ou détériorés ;
- La dispensation, délivrance du médicament ;
- L'utilisation des supports de gestion : cahier des ventes journalières, fiches de stock, bons de commande, fiches d'inventaire ;
- L'expression des besoins : consommation moyenne mensuelle (CMM), stock minimum, stock maximum, stock disponible utilisable, quantité à commander, réception de la commande.

Une attention particulière a été apportée aux points les moins bien maîtrisés. La partie expression des besoins par exemple a souvent nécessité une mise en application à partir des fiches de stock du dépôt. En effet, presque aucun gérant ne calculait de consommation moyenne mensuelle (CMM). Les commandes mensuelles étaient passées de manière plus ou moins approximative. Cette partie a été adaptée en fonction du niveau de compétences (notamment en terme de mathématiques) du gérant :

- Pour la plupart des gérants la compréhension mathématique de la formule de calcul de la CMM était un objectif ;
- Les notions de moyenne, de stock minimum et de stock maximum étant trop compliquées pour quelques gérants, il a été convenu d'utiliser la formule telle qu'écrite, après avoir calculé la consommation des 3 derniers mois, sans se poser la question de ce qu'elle représentait :

Quantité à commander = ((Consommation des 3 derniers mois /3) x2) – Stock réel

A la fin de la formation chaque gérant a reçu une version papier de la présentation, un poster reprenant les bonnes pratiques pour un stockage et un aménagement adéquat du dépôt, et un poster de quelques définitions de termes pharmaceutiques vulgarisés.

4.2.4. Audit des mouvements de stock

Lors des visites ont été collectées les fiches d'inventaire, intégrant les 12 derniers mois afin d'apprécier la saisonnalité de l'activité des CSPS et d'avoir une image plus juste des flux. Cette étude observationnelle des fiches a permis de calculer des stocks moyens, des entrées et sorties mensuelles moyennes et annuelles et des volumes et pourcentage de perte mensuels et annuels.

4.2.5. Réorganisation du stockage des médicaments

Dans 7 des 26 dépôts, il a été nécessaire de modifier le mode de stockage des Médicaments Essentiels Génériques (MEG) afin de répondre aux standards de bonnes pratiques de stockage, que ce soit par la séparation des formes galéniques, la séparation des consommables médicaux, le réaménagement de la réserve ou la réécriture des fiches de positions.

4.2.6. Sensibilisation aux demandes de dossiers d'AEMT

La première visite des CSPS a été avant tout l'occasion de se faire une idée de l'état de la collaboration entre tradipraticiens de santé (TPS) et CSPS et de la méconnaissance plus ou moins prononcée qu'ont les ICP concernant la démarche d'obtention de l'Attestation d'Exercice de la Médecine Traditionnelle (AEMT). Ces AEMT constituent un document légal de reconnaissance du métier de tradipraticien. Elles ont pour but de faire un tri entre les «bons» tradipraticiens et les charlatans, d'identifier les pathologies traitées ou non par les praticiens afin d'améliorer la complémentarité et l'envoi de patients de la médecine traditionnelle à la médecine moderne, et inversement. Les documents nécessaires à cette démarche et qui ont été mis à disposition des ICP sont :

- La fiche d'enquête sur l'évidence ethnomédicale (destinée à prouver la compétence du tradipraticien dans son domaine);
- La fiche de renseignement sur le tradipraticien de santé ;
- Le guide opératoire de la procédure d'obtention de l'AEMT ;
- Un modèle de certificat de notoriété ;
- La fiche d'engagement de respect de l'éthique médicale ;

Lors des deuxièmes visites l'avancement des dossiers a pu être constatée et plusieurs rencontres avec les tradipraticiens ont été organisées.

4.3. Résultats

4.3.1. Evaluation des connaissances

Dans l'ensemble le niveau de connaissances des gérants remarquable compte tenu de l'absence de formation d'une grande partie d'entre eux. En effet la moyenne générale est égale à 15,9/20. La note maximale étant de 19/20 et la minimale de 8,7/20. Nous avons pu identifier certaines faiblesses générales, notamment sur la dispensation et certaines définitions telles qu'effet secondaire ou forme galénique.

Les résultats au second test sont en nette augmentation par rapport au premier test. En effet les notes sont en moyenne supérieures de 2 points entre pré-test et post-test. Même si les progressions de chaque gérant sont variables, aucune baisse de niveau n'est enregistrée. Il faut aussi noter que les gérants dont les résultats au pré-test étaient les plus bas ont dans l'ensemble bien progressé.

Les résultats des tests de connaissances sont détaillés dans l'annexe 7.

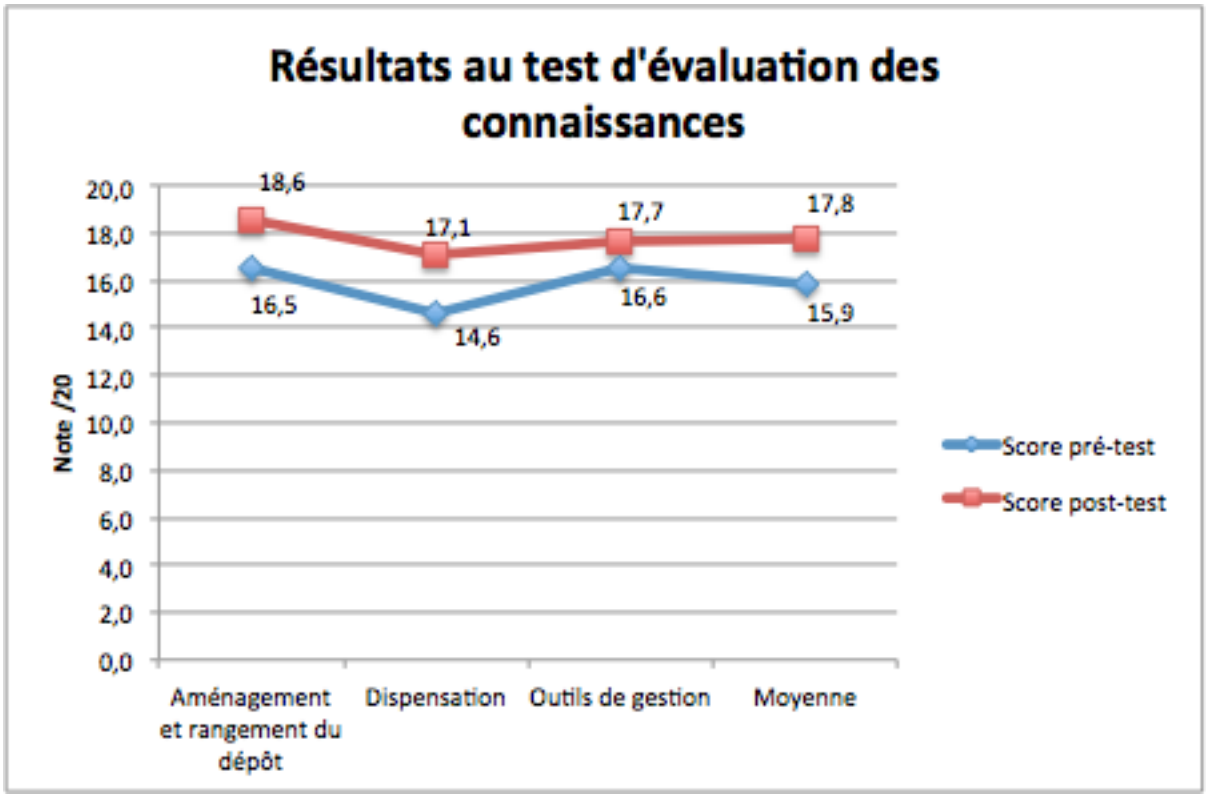


Figure 28 : Résultats aux tests d'évaluation des connaissances

4.3.2. Evaluation du dépôt

Les résultats à l'évaluation du dépôt sont détaillés dans l'annexe 8. Le graphique et le tableau ci-dessous résument ces résultats en présentant des notes sur 20 pour chaque dépôt pharmaceutique, en séparant les critères propres au travail du gérant, et ceux propres aux installations, sur lesquels les gérants ne peuvent pas influer.

CSPS	Evaluation du dépôt		
	Qualité du travail /20	Installations /20	**Note générale /20**
Bagré périmètre	16,5	18,2	**17,3**
Bagré V11	17,0	14,6	**15,8**
Bagré V2	15,7	15,9	**15,8**
Bagré village	16,1	14,6	**15,3**
Bégassé	17,4	15,9	**16,7**
Bissiga	17,4	19,1	**18,2**
Cella	17,4	16,4	**16,9**
Guingalé	15,2	13,6	**14,4**
Kampoaga	17,4	12,7	**15,1**
Loanga	17,0	17,3	**17,1**
Loanga-Cella	16,5	12,3	**14,4**
Loukou	19,1	14,1	**16,7**
Malengha	19,1	15,0	**17,1**
Moaga	16,1	17,3	**16,7**
Ouamné	16,1	9,6	**12,9**
Ouéguédo	19,1	17,3	**18,2**
Ounzéogo	16,5	15,5	**16,0**
Sabtenga	17,4	16,4	**16,9**
Samando	17,0	11,8	**14,4**
Sassema	19,1	16,4	**17,8**
Soumagou	17,0	15,5	**16,2**
Urbain I/A	13,9	14,6	**14,2**
Urbain I/B	16,5	15,5	**16,0**
Urbain II/A	16,1	16,4	**16,2**
Urbain II/B	17,0	15,5	**16,2**
Zabo	16,5	15,0	**15,8**
Moyenne	16,9	15,2	**16,1**

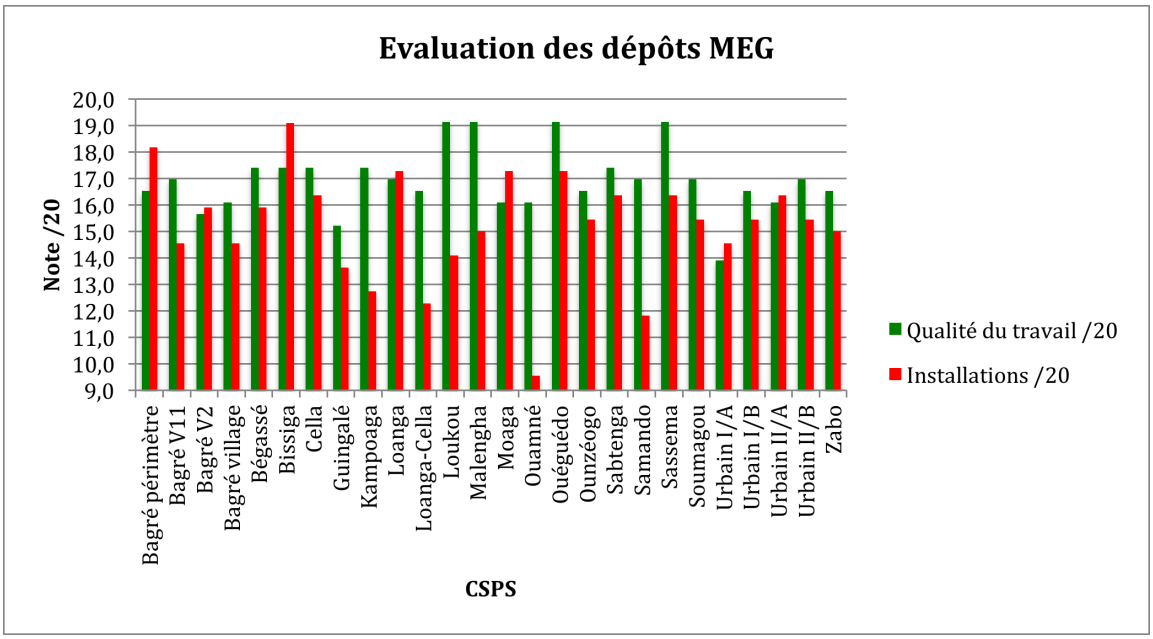


Figure 29 : Résultats de l'évaluation des dépôts MEG

Les critères d'adéquation et d'organisation du local sont respectés : 85% des CSPS ont un dépôt indépendant, et 92% des dépôts possèdent une zone de dispensation, bloquant l'accès des patients aux médicaments. Seuls 57% des dépôts ont un espace de réserve pour le stockage des médicaments.

Concernant l'hygiène et la propreté du local, 88% des locaux sont en bon état général mais 37% n'étaient pas correctement nettoyés et dépoussiérés.

Au niveau des équipements, tous les CSPS ont un accès à l'eau à l'extérieur des bâtiments, par l'intermédiaire d'un forage, cependant 57% seulement des dépôts sont alimentés en électricité, soit directement soit via une plaque solaire. Seuls 12% des dépôts possédaient un seau contenant du sable en cas d'incendie.

La sécurité du local est respectée, tous les locaux sont fermés à clé en dehors des heures d'ouverture et sous la surveillance d'un gardien. Les portes et les fenêtres sont sécurisées.

Le mode de stockage des produits est conforme aux recommandations puisque les produits sont systématiquement rangés par ordre alphabétique. Des réorganisations des produits ont tout de même été nécessaires pour certains CSPS lorsque le stockage manquait de logique notamment au niveau de la séparation des formes galéniques. La stérilité est respectée de même que chaîne du froid puisque l'ocytocine est stockée au réfrigérateur avec les vaccins du Plan Elargi de Vaccination (PEV). Un relevé régulier des températures du réfrigérateur est effectué. Ces réfrigérateurs fonctionnant au gaz sont indépendants de source d'électricité.

La gestion de stock est améliorable. En effet seul 1 gérant sur 3 remplit ses fiches de stock régulièrement et les tient à jour, de ce fait le stock théorique de la fiche de stock ne correspond pas, pour 70% des dépôts, au stock réel sur les médicaments traceurs (liste ci-dessous). L'inventaire est réalisé mensuellement pour tous les dépôts, le cahier des ventes journalières est tenu à jour, 1 seul dépôt sur 26 calcule la Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) pour passer la commande. En ce qui concerne les ruptures de stock sur les médicaments traceurs, un quart de celles-ci sont dues à une estimation des besoins inadéquate.

Les médicaments traceurs sont des médicaments à grande rotation, essentiels dans la thérapeutique des pathologies cibles des soins de santé primaires. Voici la liste des 20 médicaments traceurs :

- Comprimés :
    - Amoxicilline
    - Artésunate + Amodiaquine
    - Ciprofloxacine
    - Cotrimoxazole
    - Erythromycine
    - Fer + Acide folique
    - Ibuprofène
    - Métronidazole
    - Paracétamol
    - Quinine
    - Sulfadoxine + pyriméthamine
- Sirops :
    - Amoxicilline
    - Solution de Réhydratation Orale
    - Injectables :
    - Ampicilline
    - Butylscopolamine
    - Diazépam
    - Furosémide
    - Quinine
    - Solution glucosée hypertonique
- Consommables
    - Seringue 5CC

Enfin, concernant les produits périmés, 73% des dépôts n'avaient pas de périmés sur leurs étagères. La quasi-totalité des dépôts ont une zone de quarantaine pour ranger les déchets pharmaceutiques, cependant celle-ci n'est pas toujours rendue inaccessible aux patients. Les produits périmés ne sont jamais détruits au CSPS mais attendent d'être repris par le District

pour une destruction selon les recommandations. Malheureusement, cette destruction sensée être annuelle est en vérité difficilement effectuée en raison de divers obstacles :

- Répartition des rôles mal définie (qui du personnel des CSPS ou du district est chargé de reprendre les périmés) ;
- Manque d'espace de stockage au niveau du district ;
- Lourdeur administrative (validation au niveau du district mais également de la région médicale et du haut-commissaire) ;
- Coût de la démarche.

4.3.3. Audit des mouvements de stock

Les résultats détaillés de l'audit des stocks sont présentés dans le tableau ci-dessous.

On note un stock moyen de 1 309 546 FCFA (2000 €) par CSPS pour une CMM de 718 963 FCFA (1098 €). Ce qui fait donc un ratio de 1,82 fois la CMM. Pour rappel, le ratio conseillé dans les bonnes pratiques de gestion est de 2 fois la CMM.

Enfin il est observé une perte moyenne mensuelle (périmés et détériorés) de 0,52% du stock des CSPS ce qui représente 6,23% par an soit une perte totale de 1 875 465 FCFA par an pour l'ensemble des CSPS du district, auquel se rajoute 1 553 003 FCFA de pertes au niveau du DRD, soit 3 428 468 FCFA perdus en produits de santé par an sur le district de Tenkodogo.

Ces chiffres sont cependant à considérer avec la plus grande prudence puisque même après un recueil plus complet lors du deuxième passage (12 mois au lieu de 3 et recoupements de diverses sources : inventaires, contrôles semestriels, cahiers des périmés), les chiffres dans les CSPS sont bien souvent incomplets ou inexacts (incohérence entre les sources).

PAH
Les Pharmaciens Humanitaires

MISSION : PAH FORMATION - BURKINA FASO

CHARGES DE MISSION : Antoine Muller & Benjamin Rouffy

Audit des stocks

CSPS	Population	Valeur moyenne du stock (en FCFA)	Valeur moyenne des sorties mensuelles (en FCFA)	Valeur moyenne des pertes par mois (en FCFA)	Proportion du stock perdu par mois	Valeur moyenne des pertes par an (en FCFA)	Proportion du stock perdu par an
Bagré périmètre	8 168	1 836 296	1 258 287	12 417	0,68%	149 004	8,11%
Bagré V11	1 619	1 221 098	508 369	2 241	0,18%	26 895	2,20%
Bagré V2	2 600	619 408	564 818	1 591	0,26%	19 092	3,08%
Bagré village	5 973	2 387 074	991 158	12 831	0,54%	153 972	6,45%
Bégassé	3 024	1 538 201	1 132 733	3 898	0,25%	46 776	3,04%
Bissiga	23 681	3 326 600	1 532 867	6 058	0,18%	72 690	2,19%
Cella	12 416	1 197 777	746 540	7 359	0,61%	88 308	7,37%
Guingalé	2 070	546 348	219 783	7 037	1,29%	84 440	15,46%
Kampoaga	8 122	494 755	365 213	2 750	0,56%	33 000	6,67%
Loanga	7 746	811 153	492 362	3 178	0,39%	38 136	4,70%
Loanga-Cella	5 922	1 055 298	611 733	7 076	0,67%	84 912	8,05%
Loukou	8 732	1 525 205	748 037	2 220	0,15%	26 640	1,75%
Malengha	4 169	2 149 728	774 328	3 175	0,15%	38 100	1,77%
Moaga	8 289	1 544 570		6 552	0,42%	78 625	5,09%
Ouamné	6 203	1 036 369	384 148	8 072	0,78%	96 864	9,35%
Ouéguédo	6 450	1 517 008	781 429	3 628	0,24%	43 536	2,87%
Ounzéogo	12 671	780 321	870 955	5 590	0,72%	67 080	8,60%
Sabtenga	9 893	1 054 587	299 555	9 708	0,92%	116 496	11,05%
Samando	4 157	570 160	359 465	5 519	0,97%	66 228	11,62%
Sassema	6 562	984 839	925 425	3 209	0,33%	38 508	3,91%
Soumagou	4 518	894 534	634 488	2 672	0,30%	32 064	3,58%
Urbain I/A	16 861	1 569 633	929 685	8 053	0,51%	96 636	6,16%
Urbain I/B		2 239 913	1 072 734	15 929	0,71%	191 148	8,53%
Urbain II/A	38 011						
Urbain II/B							
Zabo	5 619	528 236	332 028	3 504	0,66%	42 048	7,96%
Moyenne	8 895	1 309 546	718 963	6 011	0,52%	72 133	6,23%
Total estimé	213 476	34 048 204	18 693 027	156 288		1 875 465	
DRD		38 330 382	22 586 415	129 417	0,34%	1 553 003	4,05%

Figure 30 : Résultats de l'audit des mouvements des stocks

4.3.4. Sensibilisation aux demandes d'AEMT

Le principal frein à la collaboration entre CSPS et TPS est dû au fort turn-over des ICP, en effet dans le district 30% (7/23) des ICP sont en poste depuis moins de 6 mois, et seuls 17% de ceux-là sont en contact avec les TPS de leur secteur contre 90% chez les ICP en poste depuis plus de 2 ans (10/23). De plus, parmi les ICP en poste depuis plus de 2 ans, 70% organisent des réunions régulières pour les TPS au sein du CSPS auxquelles ils se joignent autant que possible.

Dans de nombreux secteurs les TPS se sont réunis en association et ceux-ci sont très motivés par une reconnaissance officielle de leur travail et une plus grande collaboration avec les CSPS et la médecine moderne en général. Certains ont même exprimé l'envie de disposer d'un local au sein du CSPS pour officier à tour de rôle et faciliter l'échange d'informations et de patients, ainsi que d'être formés sur les bonnes pratiques de fabrication afin d'optimiser l'hygiène et le rendement de la fabrication de leurs remèdes.

Concernant les demandes d'AEMT un seul des vingt-trois ICP rencontrés avait été formé à la constitution des dossiers avant notre passage (ICP originaire du district de Zorgho où il a reçu cette formation).

Cette démarche a donc été expliquée à chacun des ICP et les documents nécessaires pour la constitution d'un dossier complet ont été mis à leur disposition, en proposant de participer à une réunion des TPS pour ceux qui le souhaitait, ce qui a été le cas dans le CSPS de Bégassé. L'ensemble des TPS et des ICP semblent très intéressés par cette démarche mais ont soulevé l'existence de plusieurs obstacles :

- La lourdeur administrative : 8 documents à réunir dont certains sont difficiles à obtenir (extrait de casier judiciaire qui périme au bout de 3 mois, extrait d'acte de naissance notamment pour des TPS âgés dont les parents sont décédés et qui ne possédaient pas de papiers officiels) ;
- La barrière de la langue puisque beaucoup de TPS ne parlent pas français et ont donc besoin d'assistance dans leur démarche ;
- La restriction à 3 maladies par TPS (« spécialisation ») et l'identification de ces maladies selon les dénominations de la médecine moderne ;

- Le nombre élevé de patients nécessaires à l'établissement de l'évidence ethnomédicale (30 patients par TPS) ;
- Le manque d'information puisque plusieurs dossiers ont été envoyés et sont revenus sans motif de refus ou ne sont pas revenus du tout.

Les secondes visites ont aussi été l'occasion de suivre l'avancement des dossiers d'AEMT. Plusieurs ICP ont alors organisé une réunion avec les tradipraticiens de leur secteur lors de notre visite. La constitution de la plupart des dossiers n'avait pas encore débuté, mais des démarches de rapprochement entre tradipraticiens et CSPS ont été entreprises.

De plus le Dr. Ouattara, Pharmacien responsable au district a assuré se sentir concerné et disponible pour les tradipraticiens qui viendraient lui demander assistance.

Voici les résultats détaillés de l'enquête :

PAH
Les Pharmaciens Humanitaires

MISSION : PAH FORMATION - BURKINA FASO

CHARGES DE MISSION : Antoine Muller & Benjamin Rouffy

Enquête sur la collaboration TPS/CSPS et les demandes d'AEMT

CSPS	Temps en poste			Nombre de TPS	Formation AEMT	Connaissance AEMT	Interet manifesté	Collaboration
	>2 ans	6 mois - 2 ans	<6 mois					
Bagré périmètre	6 ans			20			X	Réunion bimestrielle
Bagré V11		1 an et demi		4				Aucune
Bagré V2			3 mois	X				Aucune
Bagré village	3 ans			25			X	Les TPS réfèrent leurs patients
Bégassé			2 mois	15		X	X	Reunion mensuelle
Bissiga	6 ans			50+, 30 aux réunions			X	Reunion mensuelle
Cella			2 mois et demi	X				Aucune
Guingalé								
Kampoaga	3 ans			8			X	Reunion trimestrielle
Loanga			1 mois et demi	X				Aucune
Loanga-Cella	3 ans			8 dans l'association		X	X	Reunion mensuelles
Loukou		1 an et demi		X			X	Réunion prévue mais peu de présence
Malengha		1 an		10	X (A Zorgo)	X	X	Referent les patients dans les deux sens
Moaga		1 an		20 dans l'association			X	Réunion mensuelle
Ouamné	2 ans			10 dans l'association			X	Réunion bimestrielle
Ouéguédo	3 ans			4 dans l'association			X	Reunion toutes les 3 semaines
Ounzéogo	2 ans			12			X	Réunion mensuelle
Sabtenga	5 ans			10			X	Les TPS réfèrent leurs patients
Samando	3 ans			5				Aucune
Sassema		1 an et demi		10			X	Reunion mensuelle
Soumagou		1 an		10			X	Réunion trimestrielle
Urbain I			2 mois	X				Aucune
Urbain II			1 mois	X				Aucune
Zabo			3 mois	8				Aucune
Total	10	6	7	Approximatif	1	3	16	15
Proportion	43,48%	26,09%	30,43%		4,35%	13,04%	69,57%	65,22%

Corrélation collaboration temps en poste :

90% des ICP en poste > 2 ans collaborent avec les TPS de leur secteur, 70% se réunissent régulièrement

14% des ICP en poste < 6 mois collaborent avec les TPS de leur secteur

Tous les TPS qui collaborent avec leur CSPS se déclarent intéréssés par l'AEMT

Figure 31 : Résultats de l'enquête sur la collaboration TPS/CSPS et sur les demandes d'AEMT

4.4. Discussion

4.4.1. Bilan de l'évaluation des connaissances

Il a tout d'abord été constaté de grosses disparités de connaissances entre les gérants, même si les résultats sont dans l'ensemble très bons, compte tenu du fait que cette évaluation a été effectuée avant la formation.

Il ressort que 4 facteurs principaux conditionnent le niveau de connaissances du gérant

- Son ancienneté dans le dépôt ;
- Son niveau d'études ;
- Son intérêt et son implication dans son activité ;
- Sa formation (initiale et continue).

Une très forte corrélation se dégage entre le niveau de connaissances du gérant et la qualité de son travail ce qui tend à prouver qu'une formation insuffisante est le frein principal a une bonne performance même si dans certains cas le manque de motivation influait négativement sur les deux scores.

En comparant les moyennes générales des différentes parties du test, il ressort que la partie sur la délivrance et le médicament est moins bien réussie que les autres, ce qui s'explique par le fait que cette partie incombe en générale à l'Infirmier Chef de Poste. Une majorité des points attribuée à cette partie porte sur des définitions pharmaceutiques telles que "forme galénique" ou "effet secondaire". Cela permet d'évaluer le niveau de connaissances du gérant sur le médicament ainsi que son intérêt pour la pharmacie mais n'impacte pas forcément la qualité de son travail. Il est compréhensible qu'au vu de l'absence de formation antérieure de la plupart des gérants concernant ces points, leur niveau de connaissances pharmaceutiques reste faible et que la priorité reste la gestion du stock et le respect des bonnes pratiques pharmaceutiques. D'après les évaluations, il est apparu que pour tous, les connaissances scientifiques, pratiques et la qualité du travail des gérant sont liées puisqu'un des paramètres majeurs et qui conditionne tous les autres est l'intérêt du gérant pour son activité. Il faut donc renforcer cette motivation en valorisant le travail du gérant et en lui donnant une réelle reconnaissance d'acteur de santé. Cette reconnaissance

au sein même du CSPS et auprès de la population concernée influant sur sa performance individuelle.

Enfin, même si un suivi trimestriel des dépôts pharmaceutiques est effectué par le Pharmacien du District, les formations des gérants ne sont pas assez nombreuses et de nombreux gérants n'apprennent leur métier que via leur prédécesseur. Une formation continue permettrait en outre de susciter l'intérêt des gérants pour leur métier et serait source de motivation.

4.4.2. Bilan de l'évaluation des dépôts

4.4.2.1. Adéquation et organisation du local

En ce qui concerne les dépôts et le matériel mis à disposition des gérants, il a été observé que dans l'ensemble les locaux sont fonctionnels et en bon état même si quelques disparités sont ressorties, souvent liées à la date de construction des dépôts. Les dépôts récents sont construits selon un modèle standard dont les caractéristiques sont les suivantes :

- bâtiment séparé du CSPS ;
- environ 30 m2 ;
- magasin + salle de dispensation ;
- étagères ;
- construction en briques, toit en tôles ;
- fenêtres et portes sécurisées.

Aucune insuffisance majeure concernant les bâtiments eux-mêmes n'est à déplorer. A quelques exceptions près les dépôts sont globalement bien sécurisés, et disposent de suffisamment d'étagères et de place pour stocker les médicaments selon les bonnes pratiques.

4.4.2.2. Hygiène et propreté du local

Les mesures élémentaires d'hygiènes sont globalement respectées (pas de nourriture ou autres produits non pharmaceutiques dans le dépôt, pas d'animaux nuisibles) cependant le dépoussiérage est bien souvent insuffisant surtout pendant la saison sèche ou la poussière est omniprésente et requiert un effort quotidien, la régularité de cette tâche fastidieuse

dépend entièrement de la motivation du gérant qui apparaît une fois de plus comme un élément central.

4.4.2.3. Equipements

Les infrastructures sont tout à fait satisfaisantes, la demande d'un seau de sable pour lutter contre un incendie a été faite auprès des Comités de Gestion et leur dotation devrait se faire progressivement. La principale faiblesse est due à l'absence d'électricité qui empêche les dépôts d'être équipés de ventilateurs et de réfrigérateurs indépendants.

4.4.2.4. Sécurité

La sécurité des dépôts et un point particulièrement respecté puisque tous les dépôts disposent de serrures et/ou de cadenas, de barreaux aux fenêtres et d'un gardien de nuit.

Seuls les gérants possèdent les clés et les dépôts sont fermés en leur absence, les gérants ayant surtout conscience de la valeur des produits qu'ils dispensent, moins de leur dangerosité vis-à-vis des enfants par exemple.

4.4.2.5. Stockage des produits

Le stockage des produits est effectué au mieux compte tenu des conditions climatiques.

Les médicaments ne sont pas exposés aux rayons solaires, à l'humidité, ou aux animaux nuisibles. Concernant l'exposition à la chaleur, seul un petit nombre de dépôts sont reliés à l'électricité et peuvent faire fonctionner un ventilateur. Pour la plupart, ils ne sont reliés qu'à des plaques solaires, qui permettent d'avoir de la lumière lorsqu'elles fonctionnent correctement. A cause du climat local, un entretien et un nettoyage régulier de ces panneaux serait indispensable pour permettre d'alimenter un ventilateur. Lors de la saison chaude, il semble donc très difficile de rester sous la température maximale de conservation des médicaments (30°C). Il a donc été conseillé aux gérants d'aérer au maximum la pièce, et d'écarter les boîtes de médicaments des murs sur les étagères. Malgré ces mesures la température ambiante à l'intérieur du dépôt est souvent supérieure à 30°C en journée. L'absence de thermomètres dans les dépôts, si elle était comblée, permettrait une vérification plus juste des températures et de prendre des mesures en conséquence.

Dans tous les CSPS l'ocytocine est conservée conformément aux recommandations dans un réfrigérateur.

Concernant le mode de stockage des produits pharmaceutiques, les recommandations sont connues des gérants : rangement par forme galénique puis par ordre alphabétique, séparation des médicaments et du matériel médical. Cependant le respect de ces recommandations est variable et ce stockage a malgré tout dû être réorganisé dans 7 dépôts. Les dépôts comportent tous des fiches de position même si dans certains cas, ces fiches ont dû être refaites pour cause d'usure.

4.4.2.6. Gestion du stock

La gestion du stock est malheureusement trop souvent insuffisante dans les dépôts pharmaceutiques. L'inventaire est bien réalisé une fois par mois mais l'enregistrement des mouvements de stock sur les fiches de stock est irrégulier. L'estimation des besoins manque donc de précision, induisant de possibles ruptures de stock ou de sur-stockage avec un risque de médicaments périmés. Ce travail de gestion de stock est perçu comme fastidieux par de nombreux gérants qui n'en voient pas l'intérêt. Le manque de reconnaissance ainsi que le manque de motivation dans le travail dû à la faible rémunération des gérants par rapport au travail demandé en seraient la cause principale.

4.4.2.7. Gestion des périmés

Les périmés sont bien pris en compte et sortis des étagères. Cependant leur suivi est insuffisant, les cahiers de périmés sont remplis de façon erratique, ils ne sont pas toujours mentionnés comme ils devraient l'être à la fin des fiches d'inventaires. Surtout ils sont entreposés pêle-mêle ce qui rend le suivi des périmés difficile lorsqu'ils sont acheminés vers le district.

Enfin comme évoqué précédemment la démarche de destruction souffre de dysfonctionnements qui pourraient être limités si une procédure définissant les rôles de chacun et des échéances précises était mise en place.

4.4.3. Bilan de la sensibilisation aux demandes d'AEMT

La démarche d'AEMT est une démarche qui globalement intéresse autant les ICP que les tradipraticiens mais qui est extrêmement fastidieuse et souffre d'une part de la mésinformation des ICP et des TPS. Cette mission a en partie remédié à ce manque d'informations. D'autre part cette démarche souffre d'une lourdeur administrative, d'une certaine défiance des patients concernant la compatibilité des médecines moderne et traditionnelle (peur de parler à l'ICP de leur visite chez le tradipraticien), et d'un manque de transparence puisqu'il est extrêmement difficile de savoir ce que sont devenus les dossiers que certains TPS affirment avoir envoyé parfois plusieurs années auparavant.

Si la lourdeur administrative paraît nécessaire pour asseoir la validité d'une attestation de valeur, la communication entre médecine traditionnelle est un travail quotidien des acteurs de santé locaux et la transparence pourrait être facilement améliorée en encourageant la communication verticale au sein des institutions de santé. Aussi, la possibilité de délivrer ces attestations au niveau régional faciliterait et accélèrerait grandement le processus.

4.4.4. Impact des limites financières

Le manque de moyens financiers au niveau du district et des CSPS reste la principale source des dysfonctionnements observés au cours des visites de suivi/évaluation.

Par exemple un dépôt pharmaceutique, dans un CSPS récemment ouvert, n'a pas reçu de dotation de stock initiale. Or la vente des médicaments représente le revenu majoritaire d'un CSPS en dehors des subventions. Ce CSPS n'a donc pas pu démarrer correctement son activité et souffre encore de problèmes financiers majeurs, qui se répercutent sur le stock de MEG. Le gérant ne pouvant pas, faute de moyens, commander les quantités suffisantes de MEG, il en résulte de nombreuses ruptures de stock. Il s'agit donc d'un cercle vicieux car les ruptures de stock ont un impact négatif important sur les revenus du CSPS.

Les difficultés financières des CSPS nuisent aussi à la conservation des médicaments. En effet, certains CSPS ne peuvent alors pas équiper leurs dépôts pharmaceutiques de ventilateurs permettant de lutter contre la chaleur, ou de faire des travaux de rénovation empêchant l'eau de s'infiltrer. Ceci est un point critique au regard des normes OMS de conservation des médicaments.

Le manque de moyens des CSPS explique aussi le très faible revenu des gérants des dépôts pharmaceutiques, que l'on peut situer autour de 15 000 FCFA soit environ 23 € par mois. Ce salaire, même pour un pays a ressources limitées comme le Burkina Faso, est très faible (salaire minimum : 40 000 FCFA) surtout compte tenu de la charge de travail demandée aux gérants. Celle-ci peut varier beaucoup d'un CSPS à l'autre mais les gérants doivent être disponibles 7j/7 24h/24, cette disponibilité contraignante les empêche d'avoir d'autres sources de revenus. Il est donc compréhensible que ce faible salaire représente un frein à la motivation du gérant, qui sera alors moins consciencieux dans son travail et laissera de côté certaines tâches comme la tenue des outils de gestion, le dépoussiérage des étagères, ... Le CSPS de Bissiga par exemple est le 2ème plus grand CSPS en terme de population et ne compte qu'un seul gérant, qui se retrouve avec une charge de travail beaucoup trop importante pour une seule personne. Son salaire ne suffit donc plus à le motiver et il envisage de quitter le CSPS pour une autre activité. C'est un des gérants les plus compétents du district et il effectue un travail remarquable. Le manque de moyens est donc aussi la cause de perte d'un personnel qualifié et compétent.

Enfin les CSPS sont soumis au Financement Basé sur les Résultats ou FBR. Ce programme mis en place par le Ministère de la Santé du Burkina Faso et financé par la Banque Mondiale a pour objectif d'améliorer la performance des services de santé, notamment des CSPS. Une évaluation de chaque CSPS est organisée trimestriellement, de bons résultats à ces évaluations impliquant alors plus de subventions pour le CSPS. C'est un des arguments qui a été avancé auprès des gérants afin d'accroître leur motivation.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'offre de soins au Burkina Faso s'enrichit d'année en année, notamment grâce à l'augmentation constante du nombre de CSPS, rendant la médecine moderne de plus en plus accessible à la population burkinabè. En dépit de cette évolution favorable, la population a toujours recours en premier lieu aux tradipraticiens. Il est donc indispensable d'améliorer la collaboration entre médecines moderne et traditionnelle et de poursuivre les démarches de demandes d'attestation d'exercice de la médecine traditionnelle.

Le Financement Basé sur les Résultats qui existe au Burkina Faso est une des deux principales sources de revenus pour les CSPS (après la vente des médicaments), il est donc impératif lors de la mise en place de formation de se rapprocher des exigences de leur grille d'évaluation afin d'augmenter le budget des CSPS ce qui permettra l'amélioration continue des infrastructures et un salaire plus à même de susciter la motivation et la reconnaissance des personnels de santé et notamment des gérants. A l'avenir il semblerait que, dans les pays qui bénéficient de ce genre de programme, le but des futures missions soit avant tout d'aider les structures de santé à se rapprocher des standards du FBR.

Au travers de cette mission, l'association PAH a confirmé son implication auprès des institutions de santé burkinabés qui continuent à manifester leur intérêt pour ce partenariat.

Après six mois de présence sur le terrain, certaines améliorations sont notables ce qui est encourageant quant à l'avenir des dépôts pharmaceutiques des CSPS à condition que les gérants motivés et compétents demeurent à leur poste et que les gérants qui avaient une plus grande marge de progression poursuivent leurs efforts pour gérer au mieux leur dépôt.

On pourra regretter que cette mission dans sa préparation n'ait pas été axée sur les exigences du FBR, ce qui aurait permis dans le suivi un impact chiffré sur l'évaluation trimestrielle et surtout un accroissement plus important des ressources des CSPS afin de poursuivre l'amélioration continue de la qualité des services de soin de santé primaire.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Central Intelligence Agency. *The CIA World Factbook Burkina Faso.* https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/uv.html. Consulté le 01/11/2016.

[2] France Diplomatie, Ministère des Affaires étrangères et du Développement International. *Présentation du Burkina Faso.* http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/burkina-faso/presentation-du-burkina-faso/. Consulté le 24/06/2014.

[3] United Nations Development Programme. *Human Development Data (1980-2015).* http://hdr.undp.org/en/data. Consulté le 07/12/2016.

[4] La Banque Mondiale. *Burkina Faso Vue d'ensemble.* http://www.banquemondiale.org/fr/country/burkinafaso. Consulté le 01/07/2016.

[5] Export Entreprises SA. *Burkina Faso : Le contexte économique.* http://www.champagne-ardenne-export.com/fr/marches/fiches-pays/burkina-faso/economie-3. Consulté le 07/01/2017.

[6] Nations Unies. *Guide de l'investissement au Burkina Faso.* Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement. 2012.

[7] Coface. *Etudes économiques et risque pays – Burkina Faso.* http://www.coface.com/fr/Etudes-economiques-et-risque-pays/Burkina-Faso. Consulté le 12/11/2016.

[8] Organisation mondiale de la santé, Observatoire de la santé mondiale. *Burkina Faso. http://www.who.int/countries/bfa/fr/.* Consulté le 15/11/2016.

[9] Ministère de l'économie et des finances, Bureau central de recensement. Juillet 2008. *Recensement général de la population et de l'habitation de 2006*. Ouagadougou.

[10] Ministère de la Santé, Direction générale des études et des statistiques sectorielles. Mars 2016. *Annuaire statistique 2015.* Ouagadougou.

[11] World Health Organization. Janvier 2015. *Burkina Faso : WHO statistical profile.*

[12] Ministère de la Santé, Direction générale des études et des statistiques sectorielles. *Tableau de bord 2014 des indicateurs de santé.* Ouagadougou.

[13] Ministère de la Santé. Février 2012. *Programme Elargi de Vaccination – Plan pluriannuel complet 2011-2015 révisé.* Ouagadougou.

[14] Fond Mondial, OMS, Ministère de la Santé, Direction des statistiques sectorielles. *Enquête nationale sur les prestations de services de santé et la qualité des données sanitaires (EN-PSDQ/SARA II) Edition 2014.*

[15] Organisation mondiale de la santé. *A propos de l'OMS.* http://www.who.int/about/role/fr/. Consulté le 06/11/2016

[16] Organisation mondiale de la santé. Mai 2014. *Burkina Faso - Stratégie de coopération.*

[17] Dominique Kerouedan. *Santé internationale Les enjeux de santé au Sud.* Presses de Sciences Po, Paris, 2014.

[18] Valérie Riddle. *Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'ouest. Le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso*. Bulletin Amades. http://amades.revues.org/380. Consulté le 09/09/16.

[19] Ministère de la Santé. 2011. *Politique Nationale de Santé.* Ouagadougou.

[20] Ministère de la Santé, Secrétariat général. Mai 2003. *Programme National d'Assurance Qualité en Santé.*

[21] Awa Seck, Dieudonné Valéa. Février 2011. *Analyse de la santé communautaire au Burkina Faso*

[22] Ministère de la Santé, Direction de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles. Octobre 2004. *Document cadre de la Politique Nationale en matière de médecine et de la pharmacopée traditionnelles.*

[23] Ministère de la Santé, OMS. Décembre 2013.*Comptes de la santé. Comptes globaux. Dépenses de la santé du paludisme, du VIH/Sida, de la Tuberculose et de la Santé de la Reproduction.*

[24] OMS, DGPML. Décembre 2010. *Cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé au Burkina Faso.*

[25] Ministère de la Santé. Juillet 1996. *Document cadre de politique pharmaceutique nationale.*

[26] Organisation mondiale de la santé. 2011. *Burkina Faso Profil pharmaceutique du pays.*

[27] Ministère de la santé. *DGPML*. http://www.sante.gov.bf/index.php?option=com_content&view=article&id=188&Itemid=1032. Consulté le 24/10/16.

[28] Conférence internationale des ordres de pharmaciens francophones. *Burkina Faso.* http://www.ciopf.org/layout/set/print/Fiches-des-pays/Burkina-Faso. Consulté le 14/12/2016

[29] Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques. http://www.cameg.com/index.php.

[30] Institut Bioforce Développement. Mars 2011. *Enquête sur la capacité des ressources humaines en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement de santé publique au Burkina Faso.*

[31] Service de recherche du Parlement européen. Avril 2016. *L'accès aux médicaments dans les pays en développement.*

[32] AEFJN. *Bulletin annuel. Volume 2 Chapitre 4. Accès à des médicaments de qualité.*

[33] Ministère de la santé, DGPML. Mars 2010. *Mesurer les prix, l'accessibilité financière et les composantes des prix des médicaments au Burkina Faso.*

[34] Renaud Schils, Institut Emile Vandervelde. Avril 2016. *Accords ADPIC de l'OMC : quel impact sur l'accès aux médicaments dans les pays en voie de développement ?*

[35] Jacques Pinel. *Les médicaments de contrefaçons et sous-standard : un danger de mort*

[36] Organisation mondiale de la santé. Septembre 2002. *Promouvoir l'usage rationnel des médicaments : éléments principaux*

[37] Ministère de la Santé. 2011. *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2020. Ouagadougou.*

Annexe 1 : Test d'évaluation des connaissances

PAH
Les Pharmaciens Humanitaires

Pre-test / post-test / test de suivi

Tests d'évaluation des connaissances

1) AMENAGEMENT DU DEPOT

1. **Donnez 4 critères importants du local pour une bonne conservation des médicaments :** ……..... (4)

2. **Les médicaments peuvent être rangés : (2)**
   a. dans des cartons posés à terre
   b. dans des cartons sur une palette
   c. dans des sachets plastiques sur une table
   d. sur des étagères

3. **Les médicaments et le matériel médical peuvent être mélangés : (1)**
   a. vrai
   b. faux

4. **Les médicaments sont rangés : (2)**
   a. en fonction de la taille des boîtes
   b. par ordre alphabétique
   c. par forme galénique
   d. selon la couleur de la boîte

5. **Pour avoir le moins de périmés possible, on peut : (3)**
   a) Noter les dates de péremption en gros sur les boîtes
   b) Ranger les nouveaux produits devant les produits déjà en stock
   c) Mettre les produits périmés à côté des produits non périmés
   d) Retirer et détruire les produits périmés
   e) Donner les médicaments périmés aux prochains patients
   f) Placer les produits avec les dates de péremption les plus proches devant ceux à dates de péremption plus éloignées

6. **Pourquoi est-il important que le dépôt de médicament soit fermé à clé? (2)**
   (vol - valeur - dangereux - enfant)

7. **Un médicament porte la date de péremption suivante « 01/2016» : (2)**
   a) Vous pouvez le donner aux patients
   b) Vous pouvez le donner jusqu'au 12e mois de 2016.
   c) Vous devez le détruire

8. **Quelles informations doit-on faire figurer sur l'étiquette de position (4)**

   le nom chimique du médicament (DCI)**,** le dosage, la forme, le prix de vente

2) LA VENTE/ Le MEDICAMENT

1. Savez-vous ce qu'est : (12)
a. Un consommable médical
b. La posologie d'un médicament
c. la forme galénique d'un médicament
d. la DCI
e. la date de péremption (quand la vérifier)
f. les effets secondaires d'un médicament

2. Pouvez-vous donner le bon traitement en lisant ces ordonnances : (4)

Paracetamol 2 cp 3/J

Nystatine 1/j

Ceftriaxone pdre pr inj 1g

3. Sur l'ordonnance, l'infirmier prescrit à un adulte du paracétamol 500 mg 2 cp 3 fois par jour pendant trois jours et de l'amoxicilline 500mg 3 cp par jour pendant 7 jours. Combien de comprimés de chaque doit-il remettre? (4)

……

3) LES OUTILS DE GESTION

1. Quelles informations faut-il noter dans le cahier de vente journalière ? (1)
a. la date, le nom du médicament (forme + dosage), la qté, le prix unitaire et le prix total
b. Comptabiliser le montant

2. Pour deux médicaments ayant le même nom mais un dosage différent : (1)
a. il faut créer une fiche de stock
b. il faut créer deux fiches de stock

3. Dans quelle colonne (qté entrée/ sortie) de la fiche de stock peut-on trouver : (4)
a. « périmés »
b. « vente»
c. « commande dépôt »
d. « produit détérioré »
e. Inventaire
f. Prêt d'un médoc à un autre CSPS
g. emprunt à un autre CSPS
h. Don

4. Pour bien remplir le bon de commande, le gérant doit connaître : (3)
a. la désignation (nom, dosage et forme) des médicaments à commander
b. le prix des médicaments
c. le stock réel de médicaments
d. le nombre de vente des 3 derniers mois
e. la date de la dernière vente

5. Quelle est la différence entre un stock réel/physique et un stock théorique et comment obtenir cette information? (2)

6. A quel moment faut-il faire l'inventaire ? Que vérifier pendant l'inventaire? (1)

7. Que peut-on inscrire dans le cahier des pertes (3)

a. Un médicament avec une date de péremption "01/2016" (observation)
b. Une ampoule qu'on a fait tomber par terre (observation)
c. Un comprimé de paracétamol jauni (observation)
d. Un médicament périmé en 05/2016
e. Un carbotoux dont la boîte s'est déchirée
f. Une pochette de gants stériles déchirés (observation)

8. Corrigez les erreurs dans cette fiche de stock du Paracetamol co 500mg (3)

Date	Origine/Désignation	Quantités entrées	Quantités sorties	Quantités restantes	Observations
01/09/2011	Inventaire			20	
02/09/2011	Commande DRD	5		25	
03/09/2011	Vente MEG	1		26	
06/09/2011	Produit détérioré			22	Un flacon cassé
07/09/2011	Vente MEG		1		

9. Grâce à ma fiche de stock, je sais que j'ai vendu 13 plaquettes de paracetamol cp 500mg au 12e mois de 2014, 7 au 1er mois de 2015 et 10 au 2e mois de 2015. Quelle est la CMM? (1)

10. Pourquoi est-il important de calculer la bonne quantité à commander? (1)

(trop peu = rupture, trop = périmés)

Annexe 2 : Grille d'observation/évaluation d'un dépôt pharmaceutique

PAH
Pharmacie & Aide Humanitaire

GRILLE
D'OBSERVATION/EVALUATION
D'UN DEPOT PHARMACEUTIQUE

District sanitaire de : ……

Dépôt pharmaceutique de : ……

Responsable du dépôt : ……

Evaluateur(s) : ……

……

……

Date : ……

SOMMAIRE

SOMMAIRE 2

I. ETAT/AMENAGEMENT DU LOCAL 3

ADEQUATION/ORGANISATION DU LOCAL 3

HYGIENE/PROPRETE DU LOCAL 3

EQUIPEMENTS 4

SECURITE 5

II. STOCKAGE DES PRODUITS 6

CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES DE STOCKAGE 6

RANGEMENT DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES 7

GESTION DU STOCK 8

GESTION DES PERIMES 10

REMARQUES 11

III. PERSONNEL 10

IV. RECAPITULATIF/IMPRESSIONS /REMARQUES DU PERSONNEL 12

I. ETAT/AMENAGEMENT DU LOCAL

	QUESTIONS	OUI	NON
	ADEQUATION/ORGANISATION DU LOCAL		
1	Superficie du local ?		
2	Nombre de pièces ?		
3	Dépôt MEG dans un bâtiment indépendant des autres bâtiments du CSPS ?		
4	Présence d'un espace de réserve pour le stockage des médicaments ?		
5	Présence d'une zone de dispensation bien définie ?		
6	Présence d'un espace réservé pour la gestion administrative du dépôt (comptabilité, archives, sanitaires…) ?		
7	Présence d'une zone de « quarantaine » (stockage des produits en attente de contrôle, les produits à retourner…)		
8	Présence d'une zone de stockage des produits périmés		
	HYGIENE/PROPRETE DU LOCAL		
9	Le local est-il en bon état général (bon état du bâtiment, du matériel) ?		
	Si non, quelle(s) partie(s) nécessite(nt)-elle(s) une amélioration (intérieur : murs, sol, plafond, fissures humidité, extérieur : toiture, murs, gouttières) ?		

10	Y a-t-il du personnel pour l'entretien des locaux ?		
	Si oui, à quelle fréquence viennent-ils pour l'entretien du local ?		
11	Les sols sont-ils propres et nettoyés régulièrement?		
12	Les étagères et les meubles sont-ils propres et dépoussiérés régulièrement?		
13	Les fenêtres sont-elles propres et nettoyées régulièrement ?		
14	Présence de poubelles ?		
EQUIPEMENTS			
15	Présence d'un ou plusieurs points d'eau au niveau du local ?		
	Si oui, de quelle source provient-elle (eau courante, puits, réservoirs) ?		
16	Présence d'une source d'énergie ?		
	Si oui, la capacité de cette source est-elle suffisante ?		
	Y a-t-il une source d'énergie alternative ?		
17	Présence d'un éclairage naturel ou électrique ?		
	Si présence d'un système électrique, est-il en bon état ?		
18	Présence de matériel informatique (ordinateur(s), imprimante(s),…)?		
	Si oui, indiquer leur nombre ?		
	Ce matériel est-il fonctionnel ?		
19	Décrire le matériel administratif disponible (bureaux, chaises, tables, fournitures de bureautique : classeurs, agrafeuses….) Préciser la quantité et l'état de ce matériel.		
20	Présence d'un extincteur (sceau contenant du sable) ?		

21	Y a-t-il un véhicule disponible ?		
	Si oui, dans quel état est-il ? Est-il toujours disponible ?		
SECURITE			
22	Présence d'un gardiennage ?		
23	Présence d'une clôture d'enceinte ?		
	Si oui, présence en plus d'un portail d'entrée sécurisé ?		
24	Nombre de jeu de clés du bâtiment ?		
	Qui les détient ?		
25	Présence d'une serrure avec cadenas ou système de sécurité sur chaque porte extérieure ?		
26	Les portes sont-elles constituées d'un matériau résistant ?		
27	Les fenêtres sont-elles sécurisées par la présence de grilles ou de barreaux ?		
28	Présence d'un système d'alarme ?		
29	Les locaux sont-ils fermés en dehors des heures d'ouverture ?		
30	Les locaux sont-ils accessibles au public ?		
31	Dans quel environnement se trouve le local (localisation, bâtiments voisins) ?		

II. STOCKAGE DES PRODUITS

	QUESTIONS	OUI	NON
	CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES DE STOCKAGE		
1	Le Local est-il suffisamment frais ?		
2	Présence d'un système d'aération ?		
	Si oui, quel est-il ? (ventilateur(s), climatiseur(s)), préciser leur nombre et leur emplacement. Le système est-il fonctionnel, bien entretenu ?		
3	Présence de thermomètre(s) ?		
4	Les produits sont-ils directement exposés au soleil ?		
5	Le local est-il humide ?		
6	Y a-t-il de la pluie qui ruisselle dans le local ?		
7	Présence d'un ou plusieurs réfrigérateurs fonctionnels dans le local ?		
	Si oui, préciser leur nombre, leur état de propreté :		
	Si oui, est(sont)-il(s) munis d'un thermomètre fonctionnel ?		
	Y a-t-il des relevés de température ?		

	Si oui, à quelle fréquence ? Les relevés sont-ils consultables ?		
	Température relevée le jour de l'évaluation ?		
	Le rangement des produits est-il organisé dans le(s) réfrigérateur(s) ?		
	Si oui, préciser le mode de rangement utilisé, les produits sont-ils identifiés ?		
	Le(s) réfrigérateur(s) conserve(nt)-il(s) des produits autres que des produits pharmaceutiques ?		
RANGEMENT DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES			
8	Présence d'étagères ?		
	Si oui, sont-elles en nombre suffisant ? Constituées de quel matériau ? en bon état ? Peintes ?		
9	Présence de médicaments rangés à même le sol ?		
	Si oui, combien ?		
10	Présence de palettes pour ranger les cartons, les médicaments ?		
	Si oui, sont-elles en bon état ?		
	Sont-elles en en nombre suffisant ?		
11	Les produits sont-ils rangés par forme galénique?		
12	Les produits sont-ils rangés par ordre alphabétique ?		

13	Présence de fiches de position facilitant la recherche d'un prdt ?		
14	Respect de la règle du FEFO (First Expired First Out) ?		
15	Présence de produits/cartons non rangés, en vrac ?		
	Si oui, sont-ils en nombre important ?		
16	Y a-t-il une armoire fermée à clé pour les stupéfiants/psychotropes ?		
17	Y a-t-il un rangement distinct des médicaments et des dispositifs médicaux ?		
18	Les dispositifs médicaux stériles sont-ils rangés dans des boites ?		
19	Présence d'autres produits que des produits pharmaceutiques ?		
20	A quel endroit sont conservés les produits suivants ?	Frigo	Etagères
	- Les insulines ?		
	- Méthylergométrine ?		
	- Ocytocine ?		
	- Sérum antitétanique ?		
	- Sérum antivenimeux ?		
	- Adrénaline ?		
GESTION DU STOCK			
21	Présence de fiches de stock ?		
	Si oui, sont-elles remplies correctement (entrées, sorties, quantité,…) ?		
	Si oui, sont-elles disposées à côté du produit sur l'étagère ?		

	Si oui, nombre de fiches adéquates au stock / 20 contrôlées ?		
22	Présence d'un logiciel informatique de gestion de stock ?		
	Si oui, lequel ?		
23	Y a-t-il des inventaires organisés ?		
	Si oui, à quelle fréquence ?		
	Si oui, sont-ils répertoriés sur des fiches d'inventaires ?		
24	Y a-t-il des inventaires tournants réguliers par produits ?		
25	Tenue d'un registre de sortie journalière des médicaments ?		
	Si oui, est-il rempli correctement ?		
26	A quelle fréquence les commandes sont-elles effectuées ?		
27	Utilisation de bons de commande et de réception ?		
28	Qui signe les bons de commande ?		
29	Où sont achetés les produits (voir les 3 derniers bordereaux de livraison) ?		
30	La consommation moyenne mensuelle (CMM) est-elle calculée et mentionnée sur la fiche de stock ?		
31	Le stock de sécurité est-il calculé et mentionné sur la fiche de stock ?		
	Si oui, comment est-il calculé ?		
32	Nombre de produits en rupture sur les 20 produits les plus vendus le jour de l'évaluation ?		

	Si il y en a, durée de rupture moyenne (en jours) de ces produits sur les 6 derniers mois ?		
33	A quelle fréquence et comment sont acheminés les produits au CSPS (respect de la chaîne de froid ?) ?		
34	Quel est le délai de livraison pour une commande d'urgence ?		
GESTION DES PERIMES			
35	Présence de périmés rangés et prêts à être détruits ?		
36	Présence de périmés dans les rayons (contrôle sur 20 boites) ?		
	Si oui, combien ?		
37	Quel est le pourcentage de médicaments périmés calculé sur les 6 derniers mois ? (se baser sur le nombre de médicaments compté lors du dernier inventaire)		
38	Présence de fiches des médicaments périmés ?		
	Si oui, sont-elles correctement remplies ?		
39	Présence d'un cahier de péremption ?		
	Si oui, est-il correctement complété ?		
40	Comment sont détruits les médicaments périmés ?		
41	Le PV comptable pour destruction est-il établi ?		
42	**Si oui**, les PV sont-ils conservés et archivés ?		

REMARQUES

III. PERSONNEL

RESPONSABLE DU DEPOT PHARMACEUTIQUE :				
PRENOM ET NOM	**FONCTION**	**DATE D'ARRIVEE**	**NIVEAU D'INSTRUCTION**	**HORAIRES AU SEIN DU SERVICE**
REMARQUES				

IV. RECAPITULATIF/IMPRESSIONS /REMARQUES DU PERSONNEL

	QUESTIONS	OUI	NON
1	Quels sont les outils de gestion à votre disposition ?		
2	Ces outils sont-ils difficiles à utiliser ?		
	Si oui, pourquoi ?		
3	Avez-vous un manuel de gestion ?		
	Si oui, est-il présent dans la pharmacie ?		
	Si oui, avez-vous pris connaissance de ce manuel ?		
	REMARQUES		

Annexe 3 : Support Power Point pour la formation des gérants

Formation en gestion pharmaceutique

Antoine Muller & Benjamin Rouffy
Burkina Faso - 2016
District de Tenkodogo

PAH
Les Pharmaciens Humanitaires

AMENAGEMENT ET RANGEMENT DE LA PHARMACIE

- Objectif :
  - Connaître les bonnes conditions de stockage des médicaments
  - Assurer un rangement de qualité de la pharmacie, permettant un stockage sécurisé des produits

Les bonnes pratiques de stockage

- Local sécurisé (clé)
- Température conforme à la conservation des médicaments (8-30°C)
- Pas de traces d'humidité (local aéré)
- Pas d'exposition directe des médicaments aux rayons solaires
- Pas de traces d'animaux nuisibles

La pharmacie est tenue propre

- Sol propre
- Pas de poussière sur les étagères et les paillasses

Rangement logique

- Médicaments et matériel médical séparés
- Les médicaments sont rangés sur les étagères et/ou dans l'armoire (aucun produit ne devant être stocké à même le sol)
- Les médicaments sont rangés sous leur DCI (nom de la molécule) :
  - Par voie d'administration,
  - Puis par ordre alphabétique

Rangement et dispensation

- La pharmacie dispose de fiches de position (étagères) et/ou affiches comportant :
  - DCI
  - Forme
  - Dosage
  - Prix

Absence de périmés et de produits détériorés

- Dates de péremption notées en gros sur les boîtes
- Les produits à date de péremption plus proche sont placés devant ceux à date de péremption plus éloignée
  ➔ « premier expiré, premier sorti »
- Les produits périmés et les produits détériorés sont systématiquement détruits !

DISPENSATION

- Objectif :
  - Savoir réaliser une bonne dispensation des médicaments

La délivrance du médicament

- Le médicament correct correspondant :
  - Au nom du médicament (DCI)
  - À la forme galénique ou présentation (ex: comprimé, sirop)
  - Au dosage (ex: 100mg, 500mg)
- La quantité correcte de médicaments

➔ NE JAMAIS DELIVRER UN MEDICAMENT PERIME OU DETERIORE !

La délivrance du médicament

- Demander de conserver les médicaments dans un endroit sûr et frais (protection des proches et bonne conservation)
- Le gérant emballe et étiquette les médicaments en inscrivant :
  - Le nom du médicament
  - La posologie
  - La durée du traitement

LES OUTILS DE GESTION

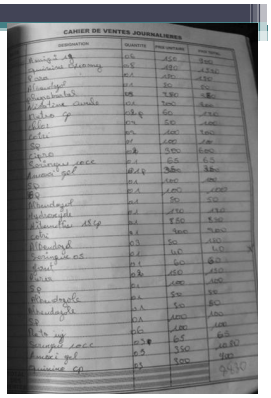
- Savoir remplir correctement les outils de gestion:
  - Cahier des ventes journalières
  - Fiches de stock
  - Bon de commande et cahier des entrées
  - Cahier des pertes
  - Cahier des SONU
  - Rapport d'activité (= cahier de rapport mensuel)

Cahier des ventes journalières

- Le gérant doit savoir mettre à jour quotidiennement la cahier des ventes journalières
- En fin de journée, la totalité des médicaments vendus doit être comptabilisée

Cahier des ventes journalières

- A remplir quotidiennement
  - Date
  - Désignation du médicament
  - Quantité
  - Prix unitaire
  - Prix total

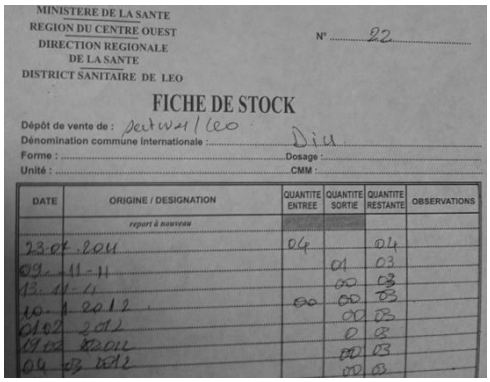


PAH
Les Pharmaciens Humanitaires

Fiche de stock

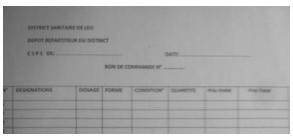
- Créer une fiche de stock par médicament ou consommable
- Enregistrer correctement chaque mouvement sur la fiche de stock :
  - Entrées (réception, dotation, dons, …)
  - Sorties (patient, périmé, détérioré, destruction, …)
- Enregistrer chaque jour tous les mouvements
- Noter le résultat de l'inventaire physique mensuel
- Les ruptures doivent apparaître sur la fiche de stock

PAH
Les Pharmaciens Humanitaires



Bon de commande

- Remplir l'entête du bon de commande et de réception
- Remplir les désignations des produits
  - Nom du médicament (DCI)
  - Forme
  - Dosage
- Connaître les présentations des produits (colonne « unité du bon de commande et de livraison)
- Remplir les :
  - Quantités commandées
  - Prix unitaires
  - Prix totaux



PAH
Les Pharmaciens Humanitaires

Rapport d'activité (= cahier de rapport mensuel)

- A compléter à la fin de chaque mois
- Sert de document comptable
- Reprend :
  - Valorisation du stock (inventaire total valorisé)
  - Entrées d'argent : ventes mensuelles, crédit, mutuelles, …
  - Sorties d'argent : achat et pertes
- Signatures des personnes présentes lors du procès verbal de l'inventaire (ICP, gérant, trésorier, président, commissaire aux comptes, …)
- A remettre 1x/mois au District

PAH
Les Pharmaciens Humanitaires

EXPRESSION DES BESOINS

- Objectif :
  - Savoir :
    - Estimer ses besoins en médicaments essentiels et consommables
    - Réaliser une commande adéquate

PAH
Les Pharmaciens Humanitaires

Les outils de quantification

- Consommation Moyenne Mensuelle (CMM)
- Stock Minimum (Smin)
- Stock Maximum (Smax)
- Stock Disponible Utilisable (SDU)

Consommation Moyenne Mensuelle (CMM)

- = Quantité d'un produit utilisée durant 1 mois.
  - Attention, PAS les médicaments périmés ou détériorés (=pertes).
  - C'est la moyenne de la consommation en médicaments des trois derniers mois:

$$CMM = \frac{\text{Consommation totale des 3 derniers mois}}{3}$$

Stock Minimum (Smin)

- Stock de sécurité à avoir dans la pharmacie pour éviter les ruptures de médicaments
- Il correspond à la consommation de médicaments entre deux commandes et se calcule à partir de la CMM
  - Smin = Consommation entre deux commandes
  - Smin = CMM (commande mensuelle)

Stock Maximum (Smax)

- Stock à atteindre lorsque l'on passe la commande
- Permet de subvenir aux besoins jusqu'à la prochaine commande
- Ne jamais le dépasser (limite les pertes liées aux périmés)
- On rajoute le Smin par sécurité pour être sûr d'avoir assez de médiacments en cas de problème de livraison
  - Smax = (1 x CMM) + Smin
  - Comme Smin = CMM
  - Alors Smax = 2 x CMM (pour une commande pour 1 mois)

Stock Disponible Utilisable (SDU)

- Nombre d'unités d'un produit réellement en stock
  ➔ = STOCK REEL
- Exclusion du SDU : produits endommagés ou périmés
- Facile à déterminer en réalisant un inventaire physique
  - La valeur est à comparer à celle inscrite dans la colonne « quantité restante » de la fiche de stock
  - Si les valeurs sont différentes, on retiendra celle de l'inventaire physique

➔ Pour une commande optimale, faire l'inventaire juste avant de passer la commande

QAC ou Quantité à Commander

- La quantité à commander (QAC) par mois se calcule en fonction :
  - Du stock à atteindre pour ne pas être en rupture (Smax)
  - Et du stock disponible utilisable (SDU) (=stock réel)
- Calcul de la QAC pour un produit donné :
  - QAC = Smax – SDU
  - QAC = (2 x CMM) -SDU

Passer une nouvelle commande : résumé

- Fréquence : 1 fois par mois
- Réalisation d'un inventaire physique avant chaque commande (retirer les périmés !)
- Calcul et utilisation des CMM et des QAC pour une commande plus juste

PAH
Les Pharmaciens Humanitaires

Réceptionner correctement la commande

- Vérifier que la quantité livrée correspond à la quantité commandée
- Enregistrer les quantités reçues sur :
  - La fiche de stock
  - Le cahier des entrées
- Vérifier les dates de péremption
- Noter en gros au marqueur les dates de péremption sur les boîtes

PAH
Les Pharmaciens Humanitaires

Annexe 4 : Poster Aménagement du dépôt

PAH
Les Pharmaciens Humanitaires

POUR UN AMENAGEMENT ET UN RANGEMENT OPTIMAL DU DEPOT

✚ UN STOCKAGE APPROPRIE DES MEDICAMENTS

- Local sécurisé : portes **fermées à clé,** barreaux aux fenêtres
- Température entre **8°C et 30°C** (ventilateur)
- **Pas de trace d'humidité** (local aéré)
- **Pas d'exposition au soleil** (rideaux ou vitres peintes en blanc)
- **Pas de traces d'animaux nuisibles** (pas de nourriture dans le local !)
- **Sol propre, pas de poussière** sur les étagères, poubelle vidée régulièrement.

✚ UN RANGEMENT ADEQUAT DES MEDICAMENTS

- **Médicaments et matériel médical rangés séparement**
- Pas de médicament sur le sol : rangé **sur les étagères ou dans l'armoire ou à 10 cm du sol**
- Rangement **par voie d'administration puis par ordre alphabétique**
- Mettre des **fiches de position** sur les étagères, avec DCI, forme, dosage et prix.

ASTUCE

Etagère du haut : formes sèches (comprimés et gélules)
Etagère du milieu : injectables et formes liquides (sirops)
Etagère du bas : consommables, perfusions et bidons

✚ AUCUN MEDICAMENTS PERIMES OU DETERIORES !

- **Les dates de péremption sont notées en gros** sur les boîtes
- Les produits à **date de péremption plus proche** sont placés **devant** ceux à date de péremption plus éloignée (« premier périmé = premier sorti »)
- Les produits périmés et les produits détériorés sont **détruits**

Annexe 5 : Poster Définitions de quelques termes pharmaceutiques

PAH
Pharmacie & Aide Humanitaire

Définitions de quelques termes pharmaceutiques

- **DCI = Dénomination Commune Internationale.**

C'est le nom chimique du médicament, identique dans tous les pays.

Exemple : Carbotoux = nom commercial - Carbocystéine = DCI

- **Forme galénique**

C'est la forme sous laquelle se présente le médicament.

Exemple : sirop, comprimé, injectable, pommade, ...

- **Voie d'administration** :

C'est la manière dont le médicament va être introduit dans le corps.

Exemple : voie orale, voie intraveineuse, voie vaginale.

Remarque : pour une même voie d'administration, il peut y avoir plusieurs formes galéniques différentes.

Exemple : un médicament par voie orale peut être sous forme de comprimé, de sirop, ...

- **Effet secondaire/ effet indésirable**

C'est un effet non voulu que peut provoquer le médicament, en plus des effets recherchés.

Exemple : l'ibuprofène soulage les douleurs mais peut avoir comme effet secondaire des maux d'estomac.

- **Date de péremption**

C'est la date limite d'utilisation. Apres cette date, le médicament ne peut plus être donné et doit être détruit.

- **Posologie**

C'est la façon de prendre le médicament, en terme de quantité et de fréquence.

Exemple : paracétamol 500 mg, 2 comprimés 3 fois par jour.

- **Contre-Indication**

C'est une caractéristique du malade qui lui interdit de prendre un médicament en particulier. Le médicament peut être dangereux pour ce malade.

Exemple : Le furosémide est contre-indiqué chez la femme enceinte et chez la femme qui allaite.

- **Intéraction :**

C'est lorsqu'on associe plusieurs médicaments, cela peut provoquer une perturbation de leurs effets. Pour cette raison, certains médicaments ne peuvent pas être utilisés en même temps.

Exemple : l'ibuprofène peut diminuer l'effet de la furosémide

Annexe 6 : Enquête de sensibilisation des Infirmiers Chef de Poste à la constitution d'un dossier de demande d'AEMT

PAH
Les Pharmaciens Humanitaires

Enquête de sensibilisation des Infirmiers Chef de Poste à la constitution d'un dossier de demande d'AEMT

- Depuis combien de temps êtes-vous en poste dans ce CSPS ?

- Combien de TPS y'a t-il dans le village ?

- Ont-ils une AEMT ?

- Ont-ils exprimé l'envie d'en obtenir une ?

- Sont-ils intéressés par la collaboration avec le CSPS ?

Pourquoi ?

- Avez vous déjà été formé à la constitution du dossier d'AEMT, particulièrement à l'Enquête EthnoMedicale ?

Si oui, quand ?

Que vous a apporté cette formation ?

- Avez vous déjà réalisé une ou plusieurs EEM ?

Si oui, combien ?

Si non, pourquoi ?

- Ces EEM a-t-elle débouchée sur une AEMT ?

Si non, pourquoi ?

- Etes vous intéressés par la démarche d'AEMT ?

Pourquoi ?

- Quels sont selon vous les obstacles à la réalisation de ces dossiers ?

- Quelles mesures pourraient favoriser cette démarche ?

PAH
Les Pharmaciens Humanitaires

MISSION : PAH FORMATION - BURKINA FASO

CHARGES DE MISSION : Antoine Muller & Benjamin Rouffy

Résultats des tests de connaissance

CSPS	Population	Distance Tenkodogo	Score pré-test				Score post-test				Ecart pré-test / post-test
			Aménagement et rangement du dépôt	Dispensation	Outils de gestion	Moyenne	Aménagement et rangement du dépôt	Dispensation	Outils de gestion	Moyenne	
Bagré périmètre	8 168	45	19,	18,	19,	**18,7**	20,	19,	20,	**19,7**	**1,**
Bagré V11	1 619	55	17,5	14,5	16,	**16,**	19,5	18,5	18,5	**18,8**	**2,8**
Bagré V2	2 600	55	16,	14,	16,	**15,3**	18,5	20,	18,	**18,8**	**3,5**
Bagré village	5 973	40	15,5	16,	14,5	**15,3**	19,	18,	16,	**17,7**	**2,3**
Bégassé	3 024	35	17,5	17,	18,	**17,5**	19,	18,5	19,	**18,8**	**1,3**
Bissiga	23 681	45	19,5	18,5	19,	**19,**	20,	18,	19,5	**19,2**	**,2**
Cella	12 416	25	18,5	13,	14,5	**15,3**	18,5	17,	18,	**17,8**	**2,5**
Guingalé	2 070	40	8,5	6,	11,5	**8,7**	14,5	9,	12,5	**12,**	**3,3**
Kampoaga	8 122	15	18,5	15,	18,	**17,2**	19,	18,	18,5	**18,5**	**1,3**
Loanga	7 746	10	15,5	17,	18,5	**17,**	18,5	20,	19,	**19,2**	**2,2**
Loanga-Cella	5 922	25	15,	7,	14,5	**12,2**	17,	8,	14,	**13,**	**,8**
Loukou	8 732	45	18,5	17,5	19,	**18,3**	20,	17,	19,	**18,7**	**,3**
Malengha	4 169	30	19,	20,	17,	**18,7**	20,	20,	18,	**19,3**	**,7**
Moaga	8 289	20	14,5	7,	14,	**11,8**	16,	11,	15,5	**14,2**	**2,3**
Ouamné	6 203	20	18,	16,	17,	**17,**	19,5	17,	17,	**17,8**	**,8**
Ouéguédo	6 450	8	18,	20,	17,5	**18,5**	19,	20,	19,	**19,3**	**,8**
Ounzéogo*	12 671	25	17,5	20,	17,5	**18,3**	/	/	/	**/**	
Sabtenga	9 893	35	17,	20,	20,	**19,**	18,	20,	20,	**19,3**	**,3**
Samando	4 157	25	14,5	7,5	14,5	**12,2**	18,	14,5	18,	**16,8**	**4,7**
Sassema	6 562	15	17,	9,	17,	**14,3**	19,	18,	18,	**18,3**	**4,**
Soumagou	4 518	10	16,	12,5	15,	**14,5**	17,	15,	15,5	**15,8**	**1,3**
Urbain I/A	16 861		17,5	16,5	15,	**16,3**	20,	20,	14,	**18,**	**1,7**
Urbain I/B			12,	14,5	14,5	**13,7**	18,	14,5	16,5	**16,3**	**2,7**
Urbain II/A	38 011		16,5	14,	18,	**16,2**	18,5	18,	20,	**18,8**	**2,7**
Urbain II/B			14,5	14,	18,	**15,5**	18,5	18,	20,	**18,8**	**3,3**
Zabo	5 619	50	18,	15,	17,5	**16,8**	20,	20,	18,5	**19,5**	**2,7**
Moyenne	8 895	26	16,5	14,6	16,6	**15,9**	18,6	17,1	17,7	**17,8**	**2,**

* Ounzéogo aillant changé de gérant entre nos deux passages nous l'avons exclu des résultats post-test (Score 18/6/14/**12,7**)

Annexe 8 : Résultat de l'évaluation des dépôts pharmaceutiques

Critère à respecter par le CSPS	Nombre de CSPS respectant ce critère (sur 26)	% de CSPS respectant ce critère
ADEQUATION ET ORGANISATION DU LOCAL		
Le bâtiment du dépôt MEG est indépendant des autres bâtiments du CSPS (non intégré)	22	85
La superficie du local destiné à la vente des médicaments est supérieure ou égale à 15 m^2	13	50
Un espace de réserve office pour le stockage des médicaments est présent	15	58
Un espace réservé pour la gestion administrative est présent	26	100
Une zone de dispensation est bien définie (comptoir ou fenêtre dispensation)	24	92
ETAT DU LOCAL		
Un système d'aération est présent	8	31
Un thermomètre relevant la température ambiante est présent	0	0
Les produits pharmaceutiques sont à l'abri des rayons solaires	26	100
Le local ne présente pas de problème d'humidité	23	88
Le local est en bon état général	23	88
Une poubelle est présente dans le local	25	96
EQUIPEMENTS		
Un point d'eau est présent dans le CSPS	25	96
Une source d'énergie est présente et fonctionnelle (plaque solaire)	15	58
Un extincteur (seau contenant du sable) est présent à l'intérieur du local	3	12
Les étagères sont en nombre suffisant ET en bon état	26	100
Le local dispose de palettes ou équivalent	16	62
SECURITE		
Un gardien pendant la nuit est présent	26	100
Une serrure fermant à clé et un cadenas sont présents sur la porte extérieure	19	73
Les fenêtre(s) sont sécurisée(s) par la présence de grilles ou de barreaux	25	96
Le local est fermé en dehors des heures d'ouverture	26	100
STOCKAGE ET RANGEMENT DES PRODUITS		
Les sols et les étagères sont propres et nettoyés régulièrement	16	62
Les produits sont rangés correctement par ordre alphabétique	26	100
Des fiches de position sont présentes pour l'ensemble du stock	24	92
Les médicaments et les dispositifs médicaux sont rangés distinctement	23	88

Respect de la stérilité	26	100
Le dépôt ne contient que des produits pharmaceutiques	26	100
L'ocytocine est conservée au réfrigérateur	26	100
GESTION DE STOCK		
Les fiches de stock sont à jour et remplies régulièrement	10	38
Le stock théorique de la fiche de stock correspond au stock physique pour au moins 15 des 20 médicaments traceurs	8	31
Un inventaire est réalisé une fois par mois	26	100
Le cahier des ventes journalières est rempli correctement et quotidiennement	24	92
La Consommation Moyenne Mensuelle est calculée et prise en compte pour la commande	1	4
Aucune rupture n'est imputable au gérant sur les 20 médicaments traceurs	19	73
GESTION DES PERIMES		
Les étagères ne contiennent pas de périmés	19	73
Une zone de quarantaine pour les produits hors d'usage est présente	25	96
La règle "FEFO" ("premier périmé, premier sorti") est respectée	26	26
Le cahier des pertes est présent et correctement rempli	24	92
Les produits hors d'usage ne sont pas incinérés sur place mais sont réacheminés au district.	24	92