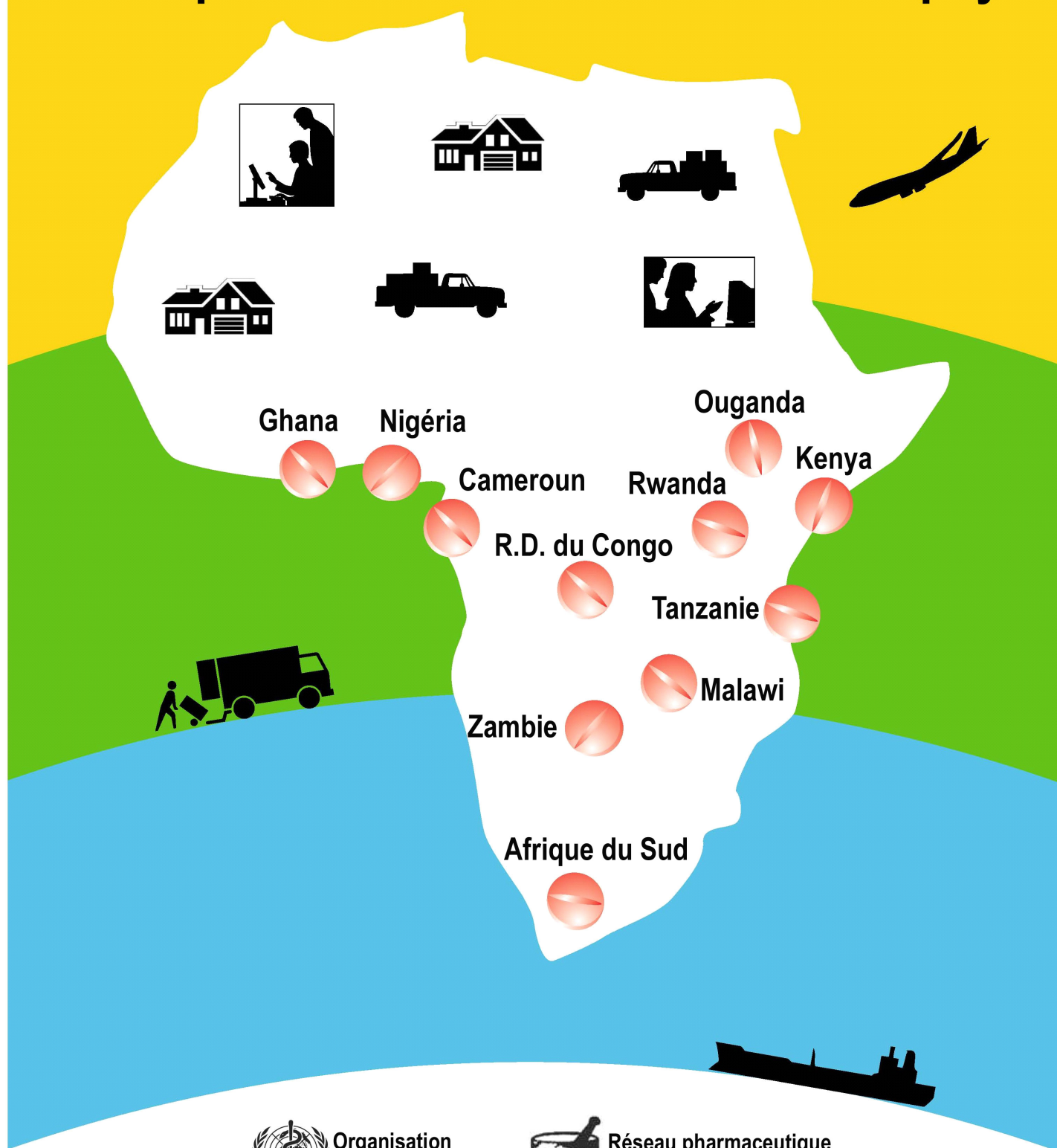


L'approvisionnement et la distribution de médicaments par les organisations confessionnelles en Afrique subsaharienne : étude multipays



Organisation mondiale de la Santé



Réseau pharmaceutique oecuménique

**L'approvisionnement et la distribution
de médicaments par les organisations
confessionnelles en Afrique
subsaharienne : étude multipays**

**Département Politique et Normes pharmaceutiques
Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse
et
Réseau pharmaceutique œcuménique, Nairobi, Kenya**

Auteurs

M. Marlon Banda, Pharmacien consultant, Belfast, Irlande

Dr Eva Ombaka, Réseau pharmaceutique œcuménique (EPN), Nairobi, Kenya

Mme Sophie Logez, département Politique et Normes pharmaceutiques (PSM), OMS,
Genève, Suisse

Mme Marthe Everard, département Politique et Normes pharmaceutiques (PSM), OMS,
Genève, Suisse

Correspondance:

Marthe Everard: everardm@who.int

Département Politique et Normes pharmaceutiques

Organisation mondiale de la Santé

20, Avenue Appia

1211 Genève 27, Suisse

Fax: +41 22 791 41 67

Dr Eva Ombaka: epn@wananchi.com

Ecumenical Pharmaceutical Network

P.O. Box 73860-00200

Nairobi

Kenya

Fax: +254 (020) 4440306

© Organisation mondiale de la Santé et Réseau pharmaceutique œcuménique 2006

Tous droits réservés.

Les appellations employées dans le présent rapport et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé et du Réseau pharmaceutique œcuménique aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé et le Réseau pharmaceutique œcuménique de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé et le Réseau pharmaceutique œcuménique ne garantissent pas l'exhaustivité et l'exactitude de l'information contenue dans le présent rapport, et ne sauraient être tenus pour responsables des préjudices subis du fait de son utilisation.

Table des matières

Remerciements	v
Abréviations.....	vii
Résumé	ix
Méthodologie.....	ix
Résultats	x
Conclusions.....	xi
1. Introduction	1
1.1 Situation générale	1
1.2 Les objectifs de l'étude.....	2
1.3 Résultats escomptés de l'étude multipays	2
1.4 Sélection des DSO	3
2. Méthodologie.....	5
2.1 Outil de collecte des données	5
2.2 Essais sur le terrain de l'outil de collecte des données.....	5
2.3 Equipes d'évaluation chargées de la collecte des données.....	6
2.4 Production de données	7
2.5 Analyse et présentation des données.....	7
3. Résultats des évaluations des DSO.....	9
3.1 Création des DSO objets de l'enquête.....	9
3.2 Direction et administration des DSO	9
3.3 Infrastructure	12
3.4 Services offerts aux clients	13
3.5 Les clients des DSO	16
3.6 Sélection et quantification des médicaments.....	20
3.7 Approvisionnement.....	21
3.8 Prix des médicaments	25
3.9 Assurance de la qualité	28
3.10 Gestion des stocks	31
3.11 Distribution des médicaments.....	34
3.12 Système d'information et de gestion des médicaments.....	36
3.13 Ressources humaines	38
3.14 Gestion financière	41
3.15 Appui des donateurs	44
3.16 Perspectives indiquées par les DSO	45
4. Résultats des évaluations d'autres acteurs - clients, instances fondatrices et gouvernements.....	47
4.1 Clients	47
4.2 Instances fondatrices	54
4.3 Gouvernements.....	55
5. Enseignements et recommandations pratiques	57
5.1 Réunion de bilan OMS/EPN	57
5.2 Analyse par groupe.....	57
5.3 Recommandations des groupes	59
6. Examen des résultats	63
6.1 Importance des organisations d'approvisionnement confessionnelles	63
6.2 Méthodes employées pour l'étude	64
6.3 Mesure des prestations des DSO retenues.....	65
7. Conclusion	77
7.1 Résultats attendus de l'étude multipays	78
7.2 Points de vue des partenaires.....	78

Références	81
Annexes	83
Annexe 1 Services offerts par les seize DSO enquêtées, 2003	84
Annexe 2 Types d'articles figurant sur la liste de fournitures des seize DSO, 2003	85
Annexe 3 Rapports prix de 13 médicaments essentiels payés par neuf DSO - prix internationaux MSH médians, juin 2004	86
Annexe 4 Rapport recettes annuelles - effectifs, clients et articles	87
Annexe 5 Recettes et dépenses de 10 DSO en 2002 (en dollars US)	88
Annexe 6 Les services des DSO vus par les clients	89
Annexe 7a Plan d'action – Domaine prioritaire 1 : Assurance de la qualité	90
Annexe 7b Plan d'action – Domaine prioritaire 2 : Formation	92
Annexe 7c Plan d'action – Domaine prioritaire 3 : Services de distribution/livraison ...	93
Annexe 7d Plan d'action – Domaine prioritaire 4 : Acquisition des médicaments.....	94
Annexe 7e Plan d'action – Domaine prioritaire 5 : Capacité de stockage et de gestion des médicaments	96
Annexe 7f Plan d'action – Domaine prioritaire 6 : Viabilité des opérations des DSO....	98

Remerciements

La présente étude a reçu un appui sans faille et de précieuses contributions du Dr Eva Ombaka, Coordinatrice, Réseau pharmaceutique œcuménique (EPN), et de M. Marlon Banda, Enquêteur principal de l'étude.

Les auteurs reconnaissent les précieuses contributions apportées par les évaluateurs pour les études de pays et leur adressent leurs sincères remerciements.

Ms Lisa Uwamwezi Munyakazi (BUFMAR, Rwanda), Dr Camille Kalimwabo (BUFMAR, Rwanda), M. Hans Peter Bollinger (EPN, Afrique francophone, Burkina Faso), Ms Irène Tankoua Yonkeu (EEC, Cameroun), M. Robert Chana (PCC, Cameroun), Ms Marsha Maccata-Yambi (CSSC, République-unie de Tanzanie), Mme Stella Feka (OCASC, Cameroun), M. Sule Abah (CHANPharm, Nigéria), Ms Maria Akiyemi (CHANPharm, Nigéria), Ms Chishiba Chibuta, (CHAZ, Zambie), M. Kandeke Chipupu (CHAZ, Zambie), Ms Regina Mbindyo (MEDS, Kenya), Isaac Annan (CDC, Ghana), M. Charles Allotey (CDC, Ghana), M. Chrispin Thundu (CHAM, Malawi), Dr Jessy Mughogho (CHAM, Malawi), Ms Donna Kusemererwa, (JMS, Ouganda), M. Sylvester Rugumambaju (JMS, Ouganda), Dr Leon Kintaudi, (ECC, République démocratique du Congo).

Ils veulent aussi remercier tous les autres membres du personnel de ces organisations confessionnelles qui ont organisé les programmes des tournées d'évaluation dans les pays, y compris les visites des établissements de santé.

Les auteurs sont très reconnaissants aux dirigeants religieux suivants qu'ils ont rencontrés et qui ont consacré le temps nécessaire à des discussions approfondies et franches :

Pastor Joseph Mfochive (Cameroun), M. Thomas Lynywe (Cameroun), Pasteur Majella Josué Tshimungu (République démocratique du Congo), Dr Gilbert Buckle (Ghana), M. Emmanuel K. Danquah (Ghana), Rt. Rev. Bishop Chisenusa (Malawi), Rev. Augustine C. Musopole, PhD (Malawi), Bishop A. Assolari (Malawi), Fr. M. Likamba (Malawi), Fr L. Namwera (Malawi), Dr Aboi J K Madaki (Nigéria), Rev. Dr Elisée Musemakweli (Rwanda), Pasteur Charles Kasekezi (Rwanda), M. Richard Wagner (Afrique du sud), M. Elvis Simanununa (Zambie), Bishop Enock Shamapani (Zambie).

M. Jean-Louis Mbeke Mosoko (République démocratique du Congo); Mme Celestine Haule, M. Per Kronslev (République-unie de Tanzanie); M. Godfrey Kadeweke (Malawi); M. Vedaste Munyankindi, M. Claude Sekabaragar, Ms Aline Mukerabireri (Rwanda); Ms Joycelyn Azeez (Ghana); M. Kampamba, Ms Dorothy Zulu, M. Albert Lupupa, M. Johan Richter (Zambie).

Ils remercient tout le personnel des établissements de soins de santé des pays suivants qui ont pris sur leur temps et ont fait preuve de bonne volonté pour remplir les questionnaires destinés aux clients :

Dr Fatulu Kilay et Dr Nsabi Mendyamo (République démocratique du Congo).

Rev. Samuel O. Asare-Duah, Sister Cecilia Appiah, M. Charles Allotey, Sr Comfort Ashinyo, M. Tony Ellis; M. Samuel Ayeh, M. Francis Difomu, Sheabeth Kumah, Sr Brenda Guieb, Emmanuel Mensak, Bismarck E.D. Dufe, Stan I. Mahama, Rev. Edward Abeasi, M. Samuel Ayeh, Sr Mary Veronica Amponsah, Ms Suzie O. Kabe, Ms Theresa Quaye (Ghana), David Chione, Félix Kuburi, Dr George Gwaza; Sr Bernadette Kazadzula, M. H.M.F. Mukochi (Malawi).

Nuhu Dauda, Adeoti Funsho, B.T. Yayok, Ms Jane Anusionwu, Rev. Sr. Josephine Borogo, E.A. Ogwuche, Dr A. N.Haameen, M. Ezekiel Bala, Fr Jerry Gwamna, David Nantok (Nigéria).

Faustin Munyankindi, Radegonde Karasira, Thomas M. Nsabiyaemye, Sister Bogdana, Bamporineza, Dr Sylverstre Ndajimana, Nepo Biziyaremye, Sister Carmelinda Sergi, Theogene Habiyambere, Augustin Mugenzi, Sister Niyonsenga Bernard, Waldina Martinez, Jolanta Kostrzewska (Rwanda).

Fatima J. Mbunda et Dr Jane Ilahukatrish Moriarty Heriana (République-unie de Tanzanie).

Mercy Mulubwa, Elisabeth Mulamfu, Ms A. Mulethambo, Sr Scola Shangwe, Sr Beatrice Malambo, Ms Miyanda Nondo, Ms B.N.C. Mulonga, Sr Beatrice Sakala, Geoffry Chilunda, Rebekah Carey, Catherine Sianyeuka (Zambie).

Les auteurs expriment leur gratitude au personnel du département PSM pour son assistance dans la saisie des données (M. Claude Da Re), et à l'examen en profondeur et aux conseils techniques (Dr Hans Hogerzeil, Dr Clive Ondari, Dr Richard Laing et Ms Kath Hurst).

L'étude multipays n'aurait pu être menée à bien sans le soutien financier de l'Agence suédoise de coopération pour le développement international (SIDA).

Abréviations

AIDS	Agence suédoise de coopération pour le développement international
ARV	Antirétroviraux
AMFA	Affordable Medicines For Africa
AQ	Assurance qualité
BNF	British National Formulary
BPF	Bonnes pratiques de fabrication
BUFMAR	Bureau des Formations Médicales Agréées au Rwanda
CAMERWA	La Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels du Rwanda
CAP/EPC	Centrale d'Approvisionnement en Médicaments de l'Église Presbytérienne Camerounaise
CAPP	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Provincial
CBC	Cameroon Baptist Convention
CCT	Christian Council of Tanzania
CCZ	Christian Council of Zambia
CDC	Catholic Drug Centre
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
CEPECC	Centrale Pharmaceutique de l'Église du Christ au Congo
CHAG	Christian Health Association of Ghana
CHAK	Christian Health Association of Kenya
CHAM	Christian Health Association of Malawi
CHAN	Christian Health Association of Nigéria
HAZ	Churches Health Association of Zambia
CISS	Community Initiatives and Social Services
COE	Conseil œcuménique des Églises
CSN	Catholic Secretariat of Nigéria
CSSC	Christian Social Services Commission
CQ	Contrôle qualité
DFID	Department For International Development (RU)
DSO	Drug supply organisation (organisation d'approvisionnement en médicaments)
ECC	Église du Christ au Congo
ECM	Episcopal Conference of Malawi
ECWA	Evangelical Church of West Africa
ECZ	Episcopal Conference of Zambie
EEC	Église Évangélique du Cameroun
EED	Evangelischer Entwicklungsdienst
EELC	Église Évangélique Luthérienne au Cameroun
EFZ	Evangelical Fellowship of Zambia
EPN	Réseau pharmaceutique œcuménique (Ecumenical Pharmaceutical Network)
FEFO	Premier périmé, premier sorti (First expired first out)

GMP	Good manufacturing practices
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
ICCO	Inter-Church Organization for Development Cooperation
IDA	International Dispensary Association
IEC	Information, éducation et communication
JMS	Joint Medical Stores
KEC	Kenya Episcopal Conference
MCC	Malawi Christian Council
MEDS	Mission for Essential Drugs et Supplies
MEMS	Mission for Essential Medical Supplies
MSD	Medical Stores Department (Tanzanie)
MSF	Médecins Sans Frontières
MSH	Management Sciences for Health
ONG	Organisations Non Gouvernementales
OCASC	Organisation catholique pour la Santé au Cameroun
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OSEELC	Œuvre de Santé de l'Église Évangélique Luthérienne au Cameroun
PCC	Presbyterian Church in Cameroon
PPE	Prophylaxie-post-exposition
PSM	Politique et Normes pharmaceutiques
CQ	Contrôle Qualité
TEC	Tanzania Episcopal Conference
UCMB	Uganda Catholic Medical Bureau
UNDP	Programme des Nations Unies pour le Développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USPDI	United States Pharmacopeia Drug Information

Résumé

Les organisations confessionnelles font partie du secteur « à but non lucratif » et jouent un rôle important dans la promotion, le financement et la prestation des soins de santé, y compris les services d'approvisionnement pharmaceutique dans beaucoup de pays. La part des services de santé et de la fourniture de médicaments essentiels dans les organisations non-gouvernementales varie considérablement d'un pays à un autre, mais dans les pays africains à faible revenu, elle peut représenter jusqu'à 50% des services curatifs. Des études ont montré que ces organisations offrent jusqu'à 40% de l'ensemble des services de soins de santé en certains endroits, mais elles jouent aussi un rôle spécifique mal connu : acquérir et fournir des médicaments. La recherche qui est l'objet du présent rapport est partie de l'hypothèse que la contribution de ces organisations au système d'approvisionnement national en médicaments est aussi importante que leur apport à la fourniture de soins dans les pays subsahariens en général.

Au cours de l'année 2003, le Réseau œcuménique pharmaceutique (EPN-*Ecumenical Pharmaceutical Network*) a collaboré avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à une étude multipays descriptive et comparative portant sur les activités de seize organisations professionnelles d'approvisionnement en médicaments (DSO – *Drug supply organisations*) membres de l'EPN et sur leur contribution dans ce domaine dans onze pays d'Afrique subsaharienne. La méthode et la réalisation de l'étude ont correspondu à l'objectif de l'Agence suédoise de coopération pour le développement international : aider les décideurs à définir les problèmes et à évaluer les prestations en matière de services de santé, y compris dans le secteur pharmaceutique.

Méthodologie

Un ensemble de quatre questionnaires standard a été élaboré pour recueillir des données sur ces DSO. L'étude a fourni des renseignements sur leur mode de fonctionnement, ainsi que sur l'opinion de leurs clients, de leurs instances fondatrices et des gouvernements. La production et l'analyse des données ont été possibles grâce à une base de données conçue spécialement pour l'étude dans le cadre du système OMS de gestion des enquêtes, et elle a permis l'analyse comparative de données entre les pays et entre les domaines.

Un élément important de la conception de cette étude a été l'examen des bonnes pratiques par les pairs selon la formule « apprendre en évaluant » et « apprendre à évaluer », les évaluations se faisant dans des pays appariés. Des membres du personnel d'une DSO du pays X se sont rendus dans le pays Y pour y recueillir des données sur les activités d'une DSO de ce pays, et réciproquement. Cette approche expérimentale était fondée sur l'hypothèse selon laquelle les cadres des DSO avaient les compétences techniques voulues dans le domaine de l'approvisionnement et de la gestion de médicaments pour une bonne évaluation du travail de leurs collègues d'autres pays.

Dès le départ, une réunion était prévue pour faire le bilan de cette entreprise. Celle-ci s'est déroulée en juin 2004 avec tous les acteurs de l'opération pour en examiner les résultats et les constats. Les forces et les faiblesses des DSO sélectionnées ont été précisées, ainsi que les domaines où il importait de renforcer la collaboration entre elles, et où l'EPN et d'autres partenaires pouvaient offrir un appui.

Résultats

L'étude a donné une information complète sur les activités des DSO et sur la façon dont leurs services étaient perçus. Ces résultats ont confirmé que leurs prestations étaient bonnes dans l'ensemble, en grande partie grâce à la transparence de leurs procédures d'achats, à leurs prix compétitifs et à la forte motivation de leur personnel. Les DSO ont gagné la confiance de leurs clients, ont été appréciées des ministères de la santé et ont eu de bonnes relations avec leurs instances confessionnelles fondatrices.

L'une des principales constatations a été que la proportion de la population servie par quinze DSO dans dix pays se situait entre 25 et 60%, autour d'une moyenne de 43%. Ce chiffre indique que les systèmes publics d'approvisionnement en médicaments ne suffisent pas pour toute la population et que les organisations d'approvisionnement confessionnelles sont un complément nécessaire. (Une de ces DSO a été exclue de ces calculs parce que ses clients étaient tous à l'étranger).

Autre constatation clé, les DSO se comportent comme de petites entreprises, leur travail étant supervisé par un conseil ou un comité élu ou désigné. La majorité de leurs fonctions et de leurs services se caractérisaient par la diversité des possibilités offertes, ce que leurs clients appréciaient et qui leur permettait plus de souplesse interne. Par exemple, leurs moyens d'acquisition, leurs sources d'approvisionnement et de financement, leurs méthodes de gestion des stocks et de contrôle de la qualité, leurs systèmes de livraison et les conditions de paiement qu'elles offraient aux clients étaient variés.

L'étude a révélé les faiblesses de certains systèmes, qu'il s'agisse d'assurance de la qualité, de gestion informatisée de la pharmacie et de l'utilisation rationnelle de politiques des médicaments. Plusieurs DSO négligeaient les bonnes pratiques de stockage, de distribution et de dons de médicaments, ce qui les rendait inefficaces, nuisait à leur viabilité et augmentait leurs coûts de fonctionnement. Pour certaines, l'absence de plan d'entreprise était une entrave.

Au cours de la réunion de bilan, l'assurance de la qualité est apparue comme le domaine prioritaire du plan d'action que les participants ont élaboré pour améliorer la prestation des DSO. La moitié seulement de celles-ci contrôlaient régulièrement la qualité des lots qu'elles se procuraient et elles étaient peu nombreuses à conserver des échantillons de ces lots pendant une période déterminée. Toutes ont déclaré être dans l'incapacité d'inspecter à fond les locaux de leurs fournisseurs pour y vérifier le respect des BPF.

La moitié des DSO recevaient des dons de médicaments à distribuer à leurs clients gratuitement, l'étude a révélé que ces dons pouvaient créer des problèmes au lieu de répondre à de réels besoins. Lorsque la communication et la coordination entre DSO et donateurs étaient imparfaites, les dons inappropriés nuisaient à la gestion, au stockage et à la distribution des fournitures. Les organisations devaient faire face à des coûts imprévus et à la réduction des recettes générées pour leurs fonds de roulement pharmaceutiques.

Dans l'ensemble, l'information donnée par les clients sur les services des DSO était favorable, tous ayant déclaré qu'ils appréciaient la qualité et les prix des produits ainsi que les bonnes relations personnelles qu'ils avaient établies. Cependant, beaucoup ont indiqué que les organisations ne livraient que 0 à 50% du nombre d'articles et 50 à 100% des quantités d'articles commandés. L'étude a montré qu'à part les DSO, les clients avaient de multiples sources d'approvisionnement et s'adressaient aux magasins publics ou aux grossistes du secteur privé pour compléter leurs stocks.

Pour améliorer les prestations des organisations, les clients interrogés ont déclaré avoir besoin d'un plus grand choix de médicaments et de quantités. Ils voulaient recevoir des informations constamment actualisées sur les prix et les quantités des produits en stock et bénéficier de meilleurs services de livraison. Tous les clients ont indiqué qu'il leur fallait une assistance technique et des visites de supervision pour améliorer la gestion des médicaments dans les établissements de soins de santé. Il fallait aussi prévoir des cours de formation interne sur la prescription, la délivrance et l'utilisation rationnelle des médicaments, en particulier les ARV et sur la gestion de l'approvisionnement en médicaments, les questions de qualité, la gestion des stocks et l'estimation des besoins en médicaments.

Les représentants des pouvoirs publics ont beaucoup apprécié la contribution des organisations confessionnelles aux systèmes d'approvisionnement, mais ont indiqué qu'il fallait encore améliorer les rapports formels et la collaboration entre les DSO et leurs ministères de la santé, ainsi que les politiques concernant les dons de médicaments. L'octroi d'une autorisation aux DSO par les autorités nationales de réglementation des médicaments est apparu comme un grand pas vers la reconnaissance officielle et une collaboration accrue avec les gouvernements.

Conclusions

Du point de vue de l'EPN, l'étude a été bénéfique pour le moral du personnel car elle lui a offert l'occasion d'apprendre comment d'autres résolvaient des problèmes comparables, et en facilitant la mise en commun des connaissances sur les bonnes pratiques. La méthode de l'évaluation croisée a développé les connaissances dans le domaine de l'évaluation, contribué au sentiment d'autonomie des membres de l'EPN et les a conduits à s'approprier les résultats de l'étude ; tous ceux qui ont participé y ont vu un premier pas vers la collaboration entre membres du Réseau. En se fondant sur les caractéristiques d'une organisation qui fonctionne bien, telles qu'elles ont été définies pendant la réunion de bilan, il conviendrait maintenant de mettre au point un moyen d'auto-évaluation simplifié à utiliser par les DSO chaque année. Une version remaniée de ce premier outil qui a servi à l'étude multipays OMS/EPN pourrait être utilisée à intervalles plus longs. Il faudrait aussi mettre au point des outils propres aux DSO et plus détaillés qui seraient de nature à renforcer leurs capacités, par

exemple des manuels « mode d'emploi » sur les principaux domaines à améliorer. Des études de faisabilité ont été recommandées sur la production locale de médicaments par les DSO et sur leurs services de livraison. Il faudrait faciliter aux membres de l'EPN l'accès aux sources d'information sur les prix pratiqués par les fournisseurs pour les médicaments essentiels, notamment les ARV et d'autres médicaments essentiels récemment mis sur le marché.

La réunion de bilan a démontré que le personnel des DSO pouvait collaborer avec fruit pour tirer parti des résultats et des constats de l'étude et évaluer correctement les prestations. Ils ont préparé un plan d'action pour améliorer celles-ci dans les domaines prioritaires comme l'assurance de la qualité (y compris en ce qui concernait les dons de médicaments), la formation, les services de distribution/livraison, les acquisitions, le stockage et la capacité de gestion des médicaments, la viabilité des activités des DSO, et enfin la collaboration. La nouvelle étape pour le secrétariat de l'EPN consistera à rechercher un appui financier et technique pour le plan d'action et à accroître ainsi le poids et la viabilité des DSO dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Du point de vue de l'OMS, la conduite de l'étude basée sur la participation et l'autonomie des acteurs est l'une des principales réussites de la méthodologie mise en œuvre. Elle a ajouté de la valeur à l'utilisation des résultats en facilitant l'élaboration d'un plan d'action spécifique, lequel a aidé le secrétariat de l'EPN à préparer ses propositions d'assistance à soumettre aux donateurs. Le système d'évaluation par les pairs a été pour l'OMS une nouvelle forme d'action, et l'OMS peut, par l'intermédiaire du Réseau EPN, continuer à offrir une assistance, des informations et des conseils à des groupes de DSO dans beaucoup de pays.

Pour l'EPN et l'OMS, l'étude multipays a été une base sur laquelle se fonder pour déterminer les critères voulus et renforcer dans les organisations confessionnelles les bonnes pratiques dans la gestion de l'approvisionnement ainsi que dans l'acquisition et la distribution de médicaments. Les DSO devraient toutes s'efforcer dorénavant de procéder selon les « meilleures pratiques » dans les domaines de travail prioritaires qu'elles ont définis. Il a été décidé d'un commun accord qu'il faudrait entreprendre une étude du même genre dans deux ou trois ans pour recueillir les données montrant les progrès de chaque DSO et de l'EPN en tant que réseau.

L'étude a permis de montrer que les DSO jouent un rôle vital en améliorant l'accès aux médicaments, en particulier dans les zones rurales et reculées d'Afrique et en complétant l'approvisionnement là où les mesures prises par l'Etat risquent de ne pas parvenir à servir le système public de santé. Dans ce cas, les organisations confessionnelles font office de « filet de sécurité » pour le système d'approvisionnement pharmaceutique.

1. Introduction

1.1 Situation générale

Dans beaucoup de pays, les organisations non gouvernementales (ONG), intégrées au « secteur privé non lucratif », jouent un rôle important dans la promotion, le financement et la fourniture de soins de santé, y compris l'approvisionnement en produits pharmaceutiques^{1,2}. Une organisation confessionnelle est une sorte d'ONG. La part prise par les ONG dans la fourniture de services de santé et de médicaments essentiels varie considérablement d'un pays à un autre, mais dans les pays africains à faible revenu, elle peut aller jusqu'à 50% des services curatifs². Après examen de la littérature pertinente en 2001³, Kawasaki et Patten ont conclu qu'entre 30 et 40% des soins de santé dispensés dans les pays en développement étaient assurés par des établissements confessionnels.

Dans un rapport de 1998², l'OMS recommandait de poursuivre l'étude du rôle des ONG car elles offraient un complément indépendant et potentiellement efficace aux services publics de santé et d'approvisionnement en produits pharmaceutiques. En 1997, une étude⁴ recommandait principalement deux mesures :

- établir sur la base de données factuelles un panorama de l'importance des ONG qui fournissent et distribuent des médicaments;
- recueillir et présenter, documents à l'appui, les données d'expérience de ces ONG.

Une étude des systèmes d'approvisionnement en médicaments de deux organisations missionnaires, en Ouganda et au Kenya, a retenu l'attention de l'EPN (Réseau pharmaceutique œcuménique – *Ecumenical Pharmaceutical Network*) au cours de l'étude multipays présentée ci-après³. Le Réseau s'est d'abord appelé Programme de produits pharmaceutiques du Conseil œcuménique des Églises/Initiatives et services sociaux communautaires ; il émanait de la Commission médicale chrétienne du Conseil. L'EPN a pour mission de résoudre les problèmes de pharmacie qui se posent dans le système confessionnel de soins de santé, ce qui signifie aussi bien fournir des soins que promouvoir la justice et l'équité, notamment l'accès aux médicaments essentiels et leur utilisation rationnelle. En collaboration avec le département Politique et Normes pharmaceutiques de l'OMS^a, le Réseau a convenu d'entreprendre en 2003 une étude multipays pour rassembler les données concernant l'action des organisations confessionnelles d'approvisionnement en médicaments ou DSO (Drug Supply Organisations) en Afrique subsaharienne. L'EPN a été retenu par l'OMS parce qu'il est en relations officielles avec l'Organisation et que ses membres s'efforcent d'améliorer la qualité des soins pharmaceutiques par le biais du système confessionnel de soins de santé.

^a Appelé avant 2005 Département Médicaments essentiels et politique pharmaceutique

1.2 Les objectifs de l'étude

L'étude visait les objectifs suivants :

- recueillir et comparer les données concernant les diverses expériences et pratiques des systèmes d'approvisionnement et de distribution de médicaments des organisations confessionnelles dans certains pays d'Afrique subsaharienne, c'est-à-dire:
 - entreprendre une collecte de données et une évaluation structurées des fonctions clés de leurs systèmes d'approvisionnement et de distribution, et les examiner lors d'une réunion de bilan ;
 - préciser les facteurs de succès de leurs activités d'approvisionnement et de distribution, l'expérience acquise et les problèmes et contraintes rencontrés dans ces activités;
 - recommander les mesures propres à améliorer les prestations des DSO.
- renforcer dans le Réseau les capacités des ressources humaines d'évaluer les systèmes d'approvisionnement en médicaments.
- renforcer les relations de travail entre l'OMS et l'EPN sur les questions concernant les médicaments essentiels et l'amélioration de l'accès à ces médicaments.

On a ajouté à l'étude une enquête sur les prix des médicaments afin de recueillir des données sur les prix des produits achetés par les organisations confessionnelles, au moyen d'une méthode adaptée de celle qui figure dans le manuel OMS/HAI intitulé *Les prix des médicaments : une nouvelle approche pour les mesurer*.⁵

1.3 Résultats escomptés de l'étude multipays

On escomptait les résultats suivants de l'étude :

- une publication conjointe OMS/EPN sur les systèmes d'approvisionnement et de distribution de médicaments des organisations confessionnelles dans certains pays d'Afrique subsaharienne, qui contiendrait des conseils fondés sur l'expérience acquise au cours de l'étude ;
- un outil d'autoévaluation permettant aux membres de l'EPN d'examiner les prestations de leurs organisations d'approvisionnement en médicaments ;
- une meilleure prise de décision de l'EPN face aux difficultés et interventions futures concernant l'approvisionnement ;
- la création d'un réseau de consultants qui aiderait les organisations membres de l'EPN ;
- l'amélioration de l'image de l'EPN quant à son travail d'approvisionnement et de distribution de médicaments;
- une meilleure connaissance de l'appui que les DSO apportent aux systèmes publics d'approvisionnement en médicaments ;

- un ensemble de questionnaires testés sur le terrain à adapter aux fins d'études multipays analogues en Afrique ;
- l'étude devait aussi aboutir à l'utilisation par les DSO des résultats de l'enquête sur la tarification des médicaments lors de leurs achats futurs.

1.4 Sélection des DSO

Les DSO retenues pour l'étude devaient répondre aux critères suivants :

- être membres actifs de l'EPN ;
- être installées dans la région subsaharienne de l'Afrique ;
- travailler dans des pays africains anglophones ou francophones ;
- être des organisations confessionnelles fournissant et distribuant des médicaments à plus de cinq établissements de soins de santé ;
- s'approvisionner selon une technique d'achats groupés.

Seize DSO ont ainsi été sélectionnées dans onze pays pour participer à l'étude (tableau 1). Deux DSO qui devaient y prendre part en ont été empêchées - pour des raisons de sécurité (République centrafricaine), et pour cause de cessation d'activité en 1999 (Association CHAG, au Ghana). Pour plus de facilité, l'effectif employé par chaque DSO en 2003 est aussi indiqué. Le tableau montre les différences entre les DSO retenues quant à l'importance de leurs opérations d'approvisionnement.

Tableau 1: Liste des 16 DSO ayant participé à l'étude multipays en 2003

N°	Pays	DSO	Anglo- phone	Franco- phone	Nombre de clients (2003)	Effectifs (2003)
1	Afrique du Sud	AMFA	✓		23	5
2	Cameroun	CAP/EPC		✓	40	23
3	Cameroun	CBS	✓		73	14
4	Cameroun	EEC		✓	47	1
5	Cameroun	OCASC		✓	210	7
6	Cameroun	OSEELC		✓	28	20
7	Cameroun	PCC	✓		20	2
8	Congo (R. D.)	ECC/DOM		✓	3 200	50
9	Ghana	CDC	✓		117	32
10	Kenya	MEDS	✓		1 000	110
11	Malawi	CHAM	✓		149	32
12	Nigéria	CHANpharm	✓		1920	91
13	Ouganda	JMS	✓		1 171	54
14	Rwanda	BUFMAR		✓	117	30
15	Tanzanie	CSSC	✓		29	35
16	Zambie	CHAZ	✓		125	34
Total			10	6	8 269	540

2. Méthodologie

2.1 Outil de collecte des données

Quatre questionnaires structurés ont été mis au point pour recueillir des informations sur les DSO. L'un était adressé aux instances fondatrices, le deuxième portait sur les fonctions des DSO, le troisième devait collecter des données auprès des établissements de soins de santé (clients des DSO) sur l'approvisionnement, la distribution et les autres services offerts par les DSO, et le quatrième portait sur l'opinion qu'en avaient les responsables des ministères de la santé.

Le questionnaire adressé aux instances fondatrices portait sur les raisons de l'établissement des DSO, sur l'appui qu'elles apportaient à ces DSO et sur leur engagement envers elles. Le questionnaire envoyé aux DSO demandait une information et des données descriptives sur des points comme la direction, la planification, l'infrastructure, les services de gestion des médicaments et les clients. Il touchait aussi le choix et l'acquisition des médicaments, l'assurance qualité, l'approvisionnement et la distribution de médicaments, et les ressources financières et humaines.

Il avait été prévu d'interroger vingt clients de chaque organisation au moyen du troisième questionnaire. Certaines DSO ont choisi les clients dont la visite de routine était prévue pendant la période d'évaluation dans le pays, tandis que d'autres ont envoyé le questionnaire par la poste à des clients sélectionnés en les priant de le retourner rempli. Le questionnaire envoyé aux ministères de la santé demandait le point de vue des autorités sanitaires du pays sur les prestations d'ensemble des DSO. De plus, les évaluateurs ont recueilli des informations, une documentation et des rapports sur les politiques nationales en matière de médicaments, le cadre juridique du secteur pharmaceutique et les principales données économiques et sanitaires lors de leur passage dans le pays concerné.

Les quatre questionnaires ont été traduits en français pour les pays francophones faisant partie de l'étude. Les questionnaires français n'ont pas été retraduits en anglais parce que la terminologie de la gestion de l'approvisionnement en médicaments n'est pas exactement équivalente dans les deux langues et la traduction n'aurait pas rendu compte de certaines des précisions données dans les réponses. Pour recevoir des exemplaires des questionnaires structurés, s'adresser à l'OMS, à l'adresse donnée en page ii.

2.2 Essais sur le terrain de l'outil de collecte des données

Les quatre questionnaires qui constituent l'outil de collecte des données nécessaires ont été testés sur le terrain, au Ghana et en Zambie, entre janvier et mars 2003. Après révisions mineures, ils ont servi aux évaluations conduites dans les neuf autres pays retenus pour l'étude.

2.3 Equipes d'évaluation chargées de la collecte des données

Le principe des évaluations croisées entre pays a permis de faciliter l'échange de données d'expérience entre les dirigeants des deux DSO concernées – « apprendre en évaluant » – et le développement des compétences – « apprendre à évaluer ». C'était là une méthode de travail novatrice, appliquée à titre expérimental, les dirigeants d'une organisation étant censés avoir des compétences techniques suffisantes dans le domaine de l'approvisionnement en médicaments pour qu'une évaluation réciproque fonctionne de façon satisfaisante.

Comme il n'existe pas de critères convenus pour mesurer les prestations dans le domaine de l'approvisionnement en médicaments et de la gestion des médicaments, cette étude sera un premier pas dans l'élaboration d'un outil d'autoévaluation pour l'avenir.

Le tableau 2 donne des informations détaillées sur les couples de pays. Les principaux critères ont été les suivants :

- langue parlée dans les deux pays ;
- proximité géographique des deux pays ;
- importance des opérations des DSO – dix clients au minimum ;
- disponibilité de dirigeants (évaluateurs) des DSO participantes.

Les équipes d'évaluation étaient composées d'un enquêteur principal (EP) pour que la collecte de données soit standardisée, et de quatre évaluateurs au total appartenant aux deux DSO jumelées. Deux cadres de la DSO du pays X se sont rendus dans le pays Y où ils ont recueilli des données sur les activités de la DSO qui y opérait, et par la suite deux dirigeants de la DSO opérant du pays Y se sont rendus dans le pays X pour évaluer les activités de la DSO qui y travaillait. L'enquêteur principal a évalué toutes les DSO afin de veiller à la cohérence des collectes de données (voir tableau 2). Les données ont été recueillies dans onze pays au cours de déplacements, de cinq jours ouvrables chacun, entre mai et décembre 2003. Les équipes d'évaluation ont recueilli les renseignements nécessaires pour rendre compte de l'approvisionnement en médicaments et de leur distribution. Plus tard, lors de la réunion de bilan, elles ont participé à l'examen des réalisations des systèmes et services d'approvisionnement, et aussi des difficultés à vaincre, telles que mises en évidence par l'analyse des données fournies par les questionnaires.

Tableau 2 : DSO jumelées pour les évaluations des 16 DSO de 11 pays

Pays	DSO évaluées	DSO associées pour l'évaluation
Afrique du Sud	AMFA	EP, JMS, ECC/DOM et secrétariat EPN
Cameroun	OCASC, PCC, OSEELC, EEC, CAP/EPC et CBC	EP, BUFMAR, JMS et secrétariat EPN
Congo (R. D.)	ECC/DOM	EP, OCASC, CSSC, membres du personnel de l'OMS et secrétariat EPN
Ghana	CDC	EP, CHANpharm et secrétariat EPN
Kenya	MEDS	EP seulement *
Malawi	CHAM	EP et CHAZ
Nigéria	CHANpharm	EP, MEDS et CDC
Ouganda	JMS	EP et secrétariat EPN
Rwanda	BUFMAR	EP, PCC, EEC et secrétariat EPN
Tanzanie	CSSC	EP et CHAZ
Zambie	CHAZ	EP, CHAM et membres du personnel de l'OMS

* L'enquêteur principal a pu recueillir des données supplémentaires uniquement parce qu'une étude précédente ³ avait été faite sur les DSO MEDS et JMS en 2001.

2.4 Production de données

L'enquêteur principal a rédigé un rapport descriptif pour chaque évaluation et l'a communiqué aux autres membres de l'équipe, pour examen. Après y avoir incorporé leurs observations, il y a mis la dernière main et le rapport a été approuvé par la (les) DSO concernée(s).

L'information recueillie grâce aux questionnaires a été saisie dans une base de données spécialement conçue et mise au point pour cette étude. Cette base de données fait partie du Système pour la gestion des enquêtes et indicateurs de l'OMS (version v3.0) et a permis l'analyse comparative des données entre les pays et entre les domaines. Il a été possible d'extraire toutes les réponses des DSO à une question particulière et de vérifier l'information saisie grâce à la validation des relevés de données pour chaque question.

2.5 Analyse et présentation des données

Les données ont été analysées en deux étapes. Elles ont d'abord été ordonnées de façon que les résultats des évaluations apparaissent dans des tableaux simples, reproduits au chapitre 3. Le chapitre 4 donne les résultats des évaluations faites par les clients, les instances fondatrices des DSO et les gouvernements, une information plus détaillée étant fournie aux annexes 1 à 5. Les résultats et conclusions de l'étude ont été ensuite examinés pendant trois jours avec les membres des équipes d'évaluation, au cours d'une réunion OMS/EPN de bilan qui s'est tenue à Nairobi (Kenya) en juin 2004.

2.5.1 Réunion de bilan

Le personnel du Réseau EPN et de l'OMS participant à l'étude a été rejoint à la réunion par des membres du conseil du Réseau et des représentants de l'organisation *Mission for Essential Medical Supplies* (MEMS), DSO tanzanienne récemment établie et nouveau membre du Réseau. Malheureusement, les évaluateurs des six DSO du Cameroun n'ont pas pu participer à la réunion. Le chapitre 5 et les annexes 7a à 7g rendent compte des travaux de la réunion au cours de laquelle des groupes de travail ont analysé les résultats de l'étude, dégagé les enseignements à retenir et formulé des recommandations dans un esprit de collaboration. Ils ont aussi été priés de préciser les caractéristiques d'une DSO qui fonctionne bien et les moyens de mesurer ses prestations de façon vérifiable. Ils ont donc fourni des indicateurs permettant, une fois les améliorations apportées, de suivre les effets des interventions des DSO.

Lors de la réunion de bilan, les participants ont aussi été informés des résultats de l'enquête sur les prix. Avant la réunion, un formulaire comportant la liste de certains médicaments essentiels avait été envoyé aux DSO qui ont été priées d'y inscrire le prix qu'elles les payaient (en dollars des Etats-Unis). Neuf d'entre elles ont donné cette information pendant la réunion. L'enquête a été faite selon la méthode élaborée avec le projet OMS-HAI sur les prix des médicaments. On trouvera dans la section 3.8 et à l'annexe 3 les résultats de cette enquête sur les prix, et aux chapitres 6 et 7 respectivement, l'examen des résultats de l'étude et les conclusions qui en ont été tirées lors de la réunion de bilan.

3. Résultats des évaluations des DSO

3.1 Création des DSO objets de l'enquête

Parmi les seize DSO évaluées, quatre ont été fondées au début des années 1970, cinq au cours des années 1980, cinq autres au cours des années 1990 et deux ont entrepris leurs activités après 2000. En majorité, elles ont été établies à l'époque où de nombreux pays d'Afrique subsaharienne se lançaient dans la réforme de leur système public de santé et d'approvisionnement. En général, leurs activités d'acquisition et de distribution de médicaments se sont développées dans la mesure où le système public d'approvisionnement en médicaments du pays répondait de moins en moins aux besoins de leurs établissements de santé ou à ceux des établissements publics qu'elles géraient. La plupart des DSO ont lancé leurs activités de fourniture et distribution grâce à des dons de médicaments ou à un appui financier destiné à la constitution d'un capital, et elles ont presque toutes reçu un appui extérieur à long terme.

Les instances fondatrices ont indiqué que les principales raisons pour lesquelles elles avaient lancé les activités de leurs DSO étaient les suivantes :

- pousser plus loin l'œuvre de l'Eglise pour mieux atteindre les pauvres et leur offrir des soins de santé ;
- mieux répondre aux besoins en médicaments de la population qu'elles servent grâce à leurs installations confessionnelles de soins de santé ;
- répondre à la multiplication des ruptures de stock et des défaillances d'approvisionnement des magasins de l'Etat ;
- organiser les achats groupés de DSO de différentes confessions travaillant dans un même pays.

3.2 Direction et administration des DSO

3.2.1 Direction

Relations entre les instances fondatrices et les DSO

La plupart des instances fondatrices maintenaient des relations étroites avec les DSO. Toutes les instances fondatrices confessionnelles siégeaient au conseil d'administration de ces DSO.

Les instances fondatrices escomptaient des DSO :

- qu'elles fournissent des médicaments et des services pharmaceutiques aux clients de leur obédience ;

- qu'elles apportent un financement de nature à soutenir d'autres projets de l'Eglise.

Les conseils d'administration (CA) des DSO

Sept DSO avaient élu leur conseil d'administration et six autres en avaient désigné les membres. Deux DSO avaient un comité fonctionnant en tant que conseil d'administration et une n'avait pas de conseil.

Fonctionnement des conseils d'administration

Les principales fonctions des 15 conseils d'administration et comités des DSO étaient les suivantes :

- approuver les plans et budgets annuels : 13 DSO (87%) ;
- formuler les grandes orientations : 12 DSO (80%) ;
- approuver les investissements : 11 DSO (73%) ;
- nommer et sanctionner les dirigeants de l'organisation : 11 DSO (73%) ;
- mobiliser fonds et appuis : 7 DSO (47%) ;
- mener des activités de promotion : 7 DSO (47%).

Les CA se réunissaient une fois par an (une organisation), deux fois par an (quatre DSO) ou quatre fois par an (10 DSO). Douze DSO avaient également un comité de gestion et sept d'entre eux se réunissaient une fois par semaine.

3.2.2 Gestion des DSO

Le tableau 3 montre la situation en ce qui concerne les dirigeants des seize DSO et leurs qualifications. Cinq des principales fonctions étaient généralement exercées par des professionnels diplômés en pharmacie tandis que la direction générale était assurée le plus souvent par une personne titulaire d'un diplôme de médecine. Le très petit nombre de directeurs qualifiés dans certains services – contrôle de la qualité, achats, et ventes/distribution - ainsi que l'absence de directeurs des ressources humaines et des magasins étaient peut être dus à l'importance relative des interventions ou au fait qu'une seule personne remplissait plus d'une fonction (voir tableau 3).

Tableau 3 : les dirigeants des DSO

Dirigeants assurant la direction des DSO	En poste	Postes vacants	Par intérim	Principales qualifications
Directeur général	14	2	-	Médecin
Responsable de l'approvisionnement	14	1	1	Pharmacien
Directeur des finances	11	3	2	Comptable
Directeur des magasins	9	7	-	Pharmacien
Directeur des ressources humaines	8	3	5	Administrateur
Directeur des ventes/distribution	6	9	1	Pharmacien
Directeur des achats	5	10	1	Pharmacien
Directeur du contrôle de la qualité	4	10	2	Pharmacien

3.2.3 Planification

Treize des seize DSO fonctionnaient avec un plan et un budget annuels. Neuf avaient intégré un plan d'entreprise dans leur plan stratégique ou annuel. Onze avaient élaboré un plan stratégique de 3 à 5 ans.

Améliorations prévues

Quinze DSO avaient trois objectifs principaux pour les deux à trois années suivantes:

- accroître le nombre des clients : 12 DSO (80%) ;
- améliorer les services de livraison : 7 DSO (47%) ;
- collaborer avec d'autres DSO : 7 DSO (47%).

En autres améliorations à apporter pour une exécution plus efficace de leurs tâches présentes et futures d'approvisionnement et de gestion, améliorations prévues dans leur plan d'action annuel, ces quinze DSO ont mentionné les suivantes :

- augmentation du nombre de personnes qualifiées ;
- formation régulière du personnel ;
- capacité de stockage et services de livraison
- procédures d'approvisionnement ;
- sélection des fournisseurs et contrôle de leurs prestations;
- assurance de la qualité des médicaments ;
- système de gestion informatisée pour la gestion des médicaments ;
- gestion des stocks ;
- services aux clients.

La pertinence de la plupart de ces améliorations, définies par les DSO elles-mêmes, a été confirmée par les résultats de l'étude. Aucune DSO n'a mentionné l'amélioration des systèmes d'assurance qualité lors des tournées d'évaluation, la seule amélioration évoquée étant celle de la qualité des médicaments. Cependant, lors de la réunion de bilan, les participants ont reconnu qu'il fallait améliorer les systèmes d'assurance qualité et en ont longuement débattu.

Facteurs externes qui influencent les activités des DSO

Les facteurs externes qui, selon les DSO, nuisaient aux activités étaient les suivants :

- la situation économique, notamment le grave problème de l'inflation et des dévaluations : six DSO (35%) ;
- la situation politique : 5 DSO (29%);
- la pauvreté de la population : 5 DSO (29%) ;

- l'absence d'exonération des droits sur les médicaments et les fournitures importées : 4 DSO (25%) ;
- les mesures prises par les pouvoirs publics (règlements, enregistrement des médicaments, etc.) : 3 DSO (19%) ;
- la concurrence d'autres prestataires de services : 2 DSO (13%).

Les facteurs externes qui, selon les DSO, renforceraient leur action étaient les suivants :

- la stabilité politique : 4 DSO (25%) ;
- la faiblesse des systèmes publics d'approvisionnement : 3 DSO (19%) ;
- un esprit d'entreprise très élevé : 3 DSO (19%) ;
- la production locale : 2 DSO (13%) ;
- l'exonération des droits d'importation : 2 DSO (13%).

Facteurs internes qui influencent les activités des DSO

Les facteurs internes qui, selon les DSO, nuisaient à leurs activités étaient les suivants :

- financement insuffisant : 8 DSO (50%) ;
- dons de médicaments : 5 DSO (38%) ;
- manque de personnel qualifié pour la gestion et les activités proprement dites : 3 DSO (19%) ;
- résistance au changement : 2 DSO (13%).

Au cours de la réunion de bilan OMS/EPN, les participants ont repéré d'autres facteurs internes :

- accumulation des dettes des clients ;
- manque d'autonomie par rapport à la direction des organisations confessionnelles ;
- exigences de soutien financier émanant des instances fondatrices.

3.2.4 Statut des DSO

Sur les treize DSO, huit étaient agréées par le Ministère de la santé ou par les autorités de réglementation des médicaments ; trois de ces huit DSO avaient une licence et les cinq autres une autorisation ou un accord écrit.

3.3 Infrastructures

3.3.1 Lieu d'implantation des DSO

Les seize DSO objets de l'enquête étaient implantées dans les capitales, sauf celle du Nigéria qui était installée à Jos, capitale régionale, et trois des six DSO du

Cameroun qui étaient basées dans les capitales régionales, Douala, Buéa et Nagaoundéré.

3.3.2 Infrastructures et équipements essentiels

Treize des seize DSO avaient des magasins ou des capacités de stockage leur permettant d'emmagasiner et de gérer les médicaments et les fournitures médicales. Les seize DSO avaient toutes les équipements nécessaires : eau courante, électricité, téléphone/fax et matériel électronique. Toutes – sauf deux dans un pays – avaient normalement accès au courriel (compte de société ou compte privé).

3.4 Services offerts aux clients

On trouvera au tableau 4 la liste des services offerts par les seize DSO, et à l'annexe 1 ceux que chacune d'elles assure.

Tableau 4 : Services offerts par les 16 DSO

Services offerts par les DSO	DSO (Nombre)	DSO (%)
Acquisition	15	94
Stockage	13	81
Formation	13	81
Distribution/livraisons	10	56
Entretien de l'équipement médical	6	38
Production de médicaments	6	38
Informations sur les médicaments	2	12
Dispositions négociées avec le service d'approvisionnement de l'Etat	2	12
Production et distribution de matériels d'IEC*	2	12

* Information, éducation et communication

3.4.1 Approvisionnement

L'une des seize DSO n'a pas été classée comme offrant un service d'approvisionnement aux membres de son établissement de soins de santé parce qu'elle ne se procurait pas les médicaments et fournitures médicales directement. En fait, elle regroupait les commandes des membres de son établissement et négociait avec l'agence nationale chargée des achats les besoins en médicaments et les conditions d'approvisionnement.

3.4.2 Stockage

Trois des seize DSO n'avaient pas de magasin. Les treize autres disposaient de réserves ou de moyens de stocker et de distribuer les médicaments et les fournitures médicales. Cinq d'entre elles avaient de 1 à 4 magasins régionaux. Les dépôts les plus éloignés de deux DSO étaient à 1 000 et 1 200 km de du magasin central. Cinq des treize DSO avaient des chambres froides construites en fonction de leurs besoins et les huit autres des réfrigérateurs de ménage. Une chambre froide était en construction pour une DSO avec magasin.

3.4.3 Formation

Treize DSO formaient leurs clients à la gestion de l'approvisionnement en médicaments. La formation portait sur les activités suivantes :

- utiliser rationnellement des médicaments, à l'intention des prescripteurs : 8 DSO (61%) ;
- gérer les stocks : 7 DSO (53%) ;
- diriger la gestion : 3 DSO (23%).

Les principales difficultés étaient les suivantes :

- coûts élevés de l'organisation de la formation : 5 DSO (42%) ;
- manque de fonds : 3 DSO (25%) ;
- manque de formateurs : 3 DSO (25%) ;
- plan d'activités ou plan annuel ne prévoyant pas de formation : 2 DSO (13%).

Aucune des DSO n'a déclaré avoir été gênée par le manque de matériel didactique. Les formations étaient souvent animées par les pharmaciens des DSO.

3.4.4 Distribution/livraisons des médicaments

Dix DSO assuraient les livraisons à leurs clients : trois par leurs propres services de livraison et sept par des services de messagerie. Les trois premières autorisaient leurs clients à s'organiser autrement. Deux DSO avaient recours uniquement aux services de messagerie et deux se faisaient toujours livrer directement par les fournisseurs.

Dix DSO offraient à leurs clients la possibilité de s'organiser eux-mêmes. Cinq insistaient auprès d'eux pour qu'ils s'organisent eux-mêmes. Sept proposaient un choix : clients libres de s'organiser et services de messagerie, clients libres de s'organiser et services de livraison de la DSO ou services de messagerie et livraisons directes par les fournisseurs (voir tableau 5).

Tableau 5 : Divers services de distribution/livraison de médicaments

Services de distribution/livraison	DSO (nombre)	DSO (%)
Le client s'organise	10	62
Services de messagerie	7	44
Services de livraison de la DSO	3	31
Services de livraison directe	3	18

Les trois DSO offrant leurs propres services de livraison avaient au moins un camion couvert pour transporter les médicaments et les fournitures médicales.

Les dix DSO ne disposant pas de services de livraison ont déclaré les difficultés suivantes :

- manque de véhicules : 10 DSO (100%)
- coûts élevés de l'entretien des services de livraison (parc de véhicules, maintenance et réparation, etc.) : 5 DSO (50%) ;
- dispersion géographique des clients : 5 DSO (50%).

3.4.5 Services de maintenance

Six DSO offraient à leurs clients un service de maintenance de l'équipement médical. Les principales raisons données par les dix autres pour ne pas offrir ce service étaient les suivantes :

- services non prévus dans le plan d'entreprise : 7 DSO (70%) ;
- d'autres départements ou DSO offraient ce service : 4 DSO (40%) ;
- coût élevé de la formation professionnelle : 2 DSO (20%).

3.4.6 Production de médicaments

Sur les seize DSO, six ont déclaré disposer d'unités locales qui fabriquaient toute une gamme de produits. On trouvera de plus amples détails à la section 3.7.3.

3.4.7 Services d'information sur les médicaments

Sur les seize DSO, deux ont indiqué qu'elles disposaient d'une unité qui offrait un bulletin d'information sur les médicaments ; elles n'étaient pas membres de l'ISDB (International Society of Drug Bulletin)^a. Cinq DSO donnaient ces renseignements en répondant aux questions posées par leurs clients et trois faisaient paraître des lettres d'information destinées à leurs clients. Aucune des seize n'a indiqué que le WHO *Model Formulary* (2002) était pour elle une source d'information. Le tableau 6 donne les sources d'informations utilisées par neuf DSO (56%).

Tableau 6 : Sources d'informations sur les médicaments

Sources d'informations sur les médicaments	DSO (nombre)	DSO (%)
Martindale	5	31
Internet	5	31
Publications pharmaceutiques	5	31
Informations de l'OMS	4	25
<i>British National Formulary</i> (BNF)	4	25

Notification des effets indésirables

Sur les quinze DSO, cinq ont indiqué que leurs clients notifiaient des effets indésirables. Quatre d'entre elles ne les signalaient qu'aux fournisseurs

^a L'ISDB est la Société internationale des bulletins sur les médicaments. Elle fonctionne principalement en tant que réseau d'informations, dont les membres ont accès à tous les bulletins.

concernés, et une s'adressait tant au fournisseur qu'au Ministère de la santé ou aux autorités de réglementation pharmaceutique.

3.4.8 Accords négociés entre DSO et organisme public d'approvisionnement en médicaments

Sur les seize DSO, deux ont indiqué que l'organisme public d'approvisionnement était leur principal fournisseur chaque fois que possible, l'une d'elles organisait les services de distribution par son intermédiaire.

3.5 Les clients des DSO

3.5.1 Nombre croissant de clients

Entre la date de leur création et 2003, les DSO ont toutes vu augmenter le nombre total de leurs clients, de 3 030 à 8 269, soit une augmentation globale de 2,7 par an. En 2003, le nombre de clients des seize DSO allait de 20 à 3 200, soit une augmentation annuelle moyenne variant de 1,4 à 55,9 depuis leur création. Pour calculer cette augmentation, on a divisé la différence entre le nombre de clients lors de l'année de création de l'organisation et 2003 par le nombre d'années de fonctionnement (voir tableau 7a).

Tableau 7a : Augmentation du nombre de clients des DSO

Pays	DSO	Année de fondation de la DSO	Nombre de clients lors de l'année de fondation	Nombre de clients en 2003	Accroissement moyen annuel du nombre de clients depuis la création
Afrique du Sud	AMFA	1997	1	23*	3,7
Cameroun	CAP/EPC	1996	30	40	1,4
Cameroun	CBC	1989	12	73	4,4
Cameroun	EEC	1994	5	47	4,7
Cameroun	OCASC	1984	150	210	3,2
Cameroun	OSEELC	1972	10	28	1,7
Cameroun	PCC	2000	3	20	5,7
Congo (R. D.)	ECC/DOM	1971	2 000	3 200	37,5
Ghana	CDC	1983	50	117	3,2
Kenya	MEDS	1986	50	1 000	55,9
Malawi	CHAM	2000	129	149	6,7
Nigéria	CHANpharm	1973	358	1 920	52,1
Ouganda	JMS	1980	84	1 171	47,3
Rwanda	BUFMAR	1975	50	117	2,4
Tanzanie	CSSC	1992	8	29	1,9
Zambie	CHAZ	1999	90	125	6,3
	Total		3 030	8 269	2,7

* Clients dans d'autres pays

Population desservie

La proportion de la population nationale desservie par quinze DSO dans dix pays, par l'intermédiaire de leurs clients, s'est établie, selon leur personnel, entre 25% et 60%. Une organisation a été exclue de ce calcul car elle ne desservait que

des clients de pays étrangers (voir tableau 7b). Si l'on se base sur le pourcentage de la population desservie rapporté par les DSO, les dix pays avaient une population totale de 332 millions d'habitants, dont 122,1 millions (37%) bénéficiaient des services d'approvisionnement en médicaments des DSO.

Tableau 7b : Proportion de la population desservie par 15 DSO dans 10 pays

Pays	DSO	Population (PNUD 04) (millions)	% de la population desservie selon les DSO	Population desservie par les DSO* (millions)
Afrique du Sud**	AMFA	-	-	-
Cameroun	CAP/EPC	Total: 15,7	Total: 30%	Total: 4,7
Cameroun	CBC			
Cameroun	EEC			
Cameroun	OCASC			
Cameroun	OSEELC			
Cameroun	PCC			
Congo (R.D.)	ECC/DOM			
Ghana	CDC	20,5	40%	8,2
Kenya	MEDS	31,5	40%	12,6
Malawi	CHAM	11,9	37%	4,4
Nigéria	CHANpharm	120,9	25%	30,2
Ouganda	JMS	25	40%	10
Rwanda	BUFMAR	8,3	40%	3,3
Tanzanie	CSSC	36,3	40%	14,5
Zambie	CHAZ	10,7	33%	3,5
	Total	332,00	37%	122,1

* d'après les données fournies pour 2002 dans le Rapport sur le développement humain, PNUD 2004

** clients dans d'autres pays

3.5.2 Types de clients

Les seize DSO ont offert leurs services à un total de 8 269 clients, dont 53% étaient membres d'une DSO et 47% non-membres. La majorité des clients étaient des établissements de santé membres : 5% étaient des hôpitaux, 29% des centres de santé et 19% des postes de santé. Le fait que les établissements de soins de santé membres desservis étaient surtout des centres et des postes de santé peut indiquer que ces services sont offerts dans des zones rurales. C'est ce qu'ont reconnu les représentants des gouvernements interviewés (voir 4.3.1). Les non-membres n'étaient pas toujours des établissements de santé proprement dits mais des services de santé dans une institution, comme l'infirmier d'une école ou un poste de soins dentaires (voir tableau 8).

Tableau 8 : Clients par type d'établissements de soins de santé en 2003

Pays	DSO	Nombre d'hôpitaux membres ^a	Nombre de centres de santé membres ^b	Nombre de postes de santé membres ^c	Nombre de clients non-membres	Nombre total de clients en 2003
Afrique du Sud	AMFA	23	0	0	0	23
Cameroun	CAP/EPC	8	32	0	0	40
Cameroun	CBC	2	21	40	10	73
Cameroun	EEC	5	8	34	0	47
Cameroun	OCASC	10	200	0	0	210
Cameroun	OSEELC	3	0	10	15	28
Cameroun	PCC	6	14	0	0	20
Congo (R. D.)	ECC/DOM	12	75	600	2 513	3 200
Ghana	CDC	31	60	6	20	117
Kenya	MEDS	66	153	385	396	1 000
Malawi	CHAM	20	129	0	0	149
Nigéria	CHANpharm	150	1 200	500	70	1 920
Ouganda	JMS	114	346	0	711	1 171
Rwanda	BUFMAR	13	95	0	9	117
Tanzanie	CSSC	0	29	0	0	29
Zambie	CHAZ	34	58	5	28	125
Nombre total de clients		497	2 420	1 580	3 772	8 269

3.5.3 Distance entre clients et DSO

Sur les onze DSO qui ont répondu à la question, quatre se trouvaient entre 150 et 500 km de leur client le plus éloigné, cette distance était de 550 à 900 km pour cinq DSO et entre 1 500 et 2 000 km pour deux DSO. Ce sont les DSO qui n'avaient pas leurs propres services de livraison qui ont soulevé la question de ces distances considérables.

3.5.4 Clients dans un autre pays

Sur les seize DSO, six ont indiqué que certains de leurs clients étaient installés dans d'autres pays africains (voir tableau 9).

Tableau 9 : DSO ayant des clients dans d'autres pays

Pays	DSO	Clients approvisionnés dans d'autres pays
Afrique du Sud	AMFA	Angola, Bénin, Botswana, Congo (R. D.), Côte d'Ivoire, Ethiopie, Lesotho, Madagascar, Niger, Ouganda, Rwanda, Togo, Zambie, Zimbabwe.
Ouganda	JMS	Kenya, Soudan (sud)
Rwanda	BUFMAR	République démocratique du Congo
Kenya	MEDS	Ouganda, République démocratique du Congo, République-unie de Tanzanie, Somalie, Soudan (sud).
Ghana	CDC	Togo
Cameroun	CBC	Nigéria, République centrafricaine

^a Niveau secondaire ou tertiaire de soins

^b Niveau de soins de santé primaires

^c Etablissements gérés par des agents de santé communautaire

3.5.5 Clients admis

Le tableau 10 montre les catégories de clients admis par les seize DSO. Cinq d'entre elles admettaient tous les prestataires de soins de santé aussi bien du secteur public que du secteur privé (commercial et non-lucratif). Trois n'admettaient que les prestataires à but non lucratif. Les huit dernières n'acceptaient que les clients appartenant à une confession.

Tableau 10 : Catégories de clients servis par les DSO

Catégories de clients	DSO (Nombre)	DSO (%)
Tout dispensateur de soins de santé	5	31
Uniquement les membres chrétiens	4	25
Uniquement des établissements à but non lucratif	3	19
Uniquement les établissements de même confession	2	13
Uniquement les établissements confessionnels	2	13

3.5.6 Suivi des clients

Au fil du temps, douze DSO ont établi des critères pour suivre leurs clients, sept d'entre elles utilisaient de multiples critères, et quatre ont déclaré ne pas procéder à ce mode de suivi. La liste des critères employés par les douze premières figure au tableau 11.

Tableau 11 : Critères de suivi des clients

Critères	DSO (Nombre)	DSO (%)
Capacité de remboursement	8	50
Volume des achats	6	38
Nombre de patients bénéficiaires	3	19
Confession	2	13

3.5.7 Pénalités encourues par les clients

Les douze DSO qui suivaient leurs clients avaient un système de pénalités pour les cas où, après examen, ceux-ci ne donnaient pas satisfaction. Quatre DSO imposaient plusieurs sortes de pénalités (voir tableau 12).

Tableau 12 : Pénalités imposées aux clients

Pénalités	DSO (Nombre)	DSO (%)
Radiation de la liste des clients	8	67
Suppression de tous les services	4	33
Suppression du crédit	3	25

3.5.8 Moyens de paiement offerts aux clients

Quatorze DSO disposant d'un fonds de roulement pharmaceutique offraient différents moyens de paiement à leurs clients. Douze en offraient plus d'un selon les capacités de paiement du client. De plus, les DSO ne voulaient pas pénaliser

les patients lorsque l'établissement de soins de santé membre avait des problèmes de trésorerie à court terme.

Les deux autres DSO n'avaient pas de fonds de roulement pharmaceutique de médicaments. L'une d'elles vendait les médicaments à prix coûtant et l'autre distribuait les fournitures médicales gratuitement. Ces deux DSO étaient soutenues financièrement par des donateurs extérieurs. Le tableau 13 montre les différents moyens de paiement.

Tableau 13 : Moyens de paiement offerts par les DSO à leurs clients

Moyens de paiements	DSO (Nombre)	DSO (%)
Libre service de gros (sans crédit)	11	79
Crédit, 30 jours	9	64
Pré-paiement/compte avec la DSO	4	29
Crédit, 60 jours	1	7

3.5.9 Politique de tarification

Parmi les douze DSO qui vendaient les médicaments, neuf ne faisaient pas de différence entre les clients membres et non-membres. Les trois autres faisaient une distinction, les non-membres payant plus cher que les membres; l'une d'elles offrait une réduction de 5% à ses membres, et les deux autres n'ont pas précisé les différents prix pratiqués.

3.6 Sélection et quantification des médicaments

3.6.1 Sélection des médicaments

Dans les seize DSO, les responsabilités de la sélection des médicaments étaient assumées comme suit :

- comités des médicaments (DSO, hôpital ou ministère de la santé) : 7 DSO (44%) ;
- équipe chargée des achats : 5 DSO (31%) ;
- pharmacien ou un médecin de la DSO qui prenait une décision individuelle : 2 DSO (13%) ;
- client prenait sa décision lui-même : 2 DSO (13%).

3.6.2 Liste des médicaments à fournir

Pour les seize DSO, la liste des médicaments à fournir était basée soit sur la liste nationale des médicaments essentiels (14 DSO), soit sur la Liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS (1 DSO), ou encore sur les besoins locaux (1 DSO). Quatre DSO se servaient tant de la liste nationale que de la Liste modèle de l'OMS. Quatre DSO admettaient entre 10 et 70 médicaments non essentiels sur leurs listes, principalement pour « satisfaire le client », et dans le souci d'empêcher celui-ci d'acheter ses fournitures ailleurs.

Comme on le voit à l'annexe 2, le nombre total d'articles figurant sur les listes de articles fournis par les DSO allait de 23 à 1 407, et le nombre de médicaments de 22 à 400. Sur le nombre total d'articles achetés par les DSO, la proportion de médicaments était de 64% et la proportion de dispositifs médicaux de 36%. Neuf DSO revoyaient leurs listes au moins une fois par an et cinq autres de façon irrégulière.

Sur le nombre total de médicaments figurant sur la liste, il y avait en moyenne 31% de produits injectables, 46% de formes galéniques solides (comprimés, capsules, comprimés vaginaux) et 7% de liquides à absorber par voie orale.

3.6.3 Directives écrites concernant les génériques

Quatorze des seize DSO suivaient une directive écrite relative à l'approvisionnement en médicaments génériques. Les deux autres n'en avaient pas mais achetaient aussi des génériques.

3.6.4 Antirétroviraux et tests diagnostiques du VIH

Au cours de l'année 2003, quatre DSO seulement distribuaient aussi bien des tests diagnostiques du VIH que des antirétroviraux (ARV) ; l'une d'elles recevait de la névirapine d'une ONG internationale, une autre d'un donateur, une autre encore achetait des trithérapies aux réserves gouvernementales pour la prophylaxie post-exposition (PPE) afin de protéger son personnel, et la quatrième avait commencé à acheter des antirétroviraux. En 2003, huit DSO ne stockaient et ne fournissaient que des tests diagnostiques du VIH.

3.6.5 Quantification des besoins en médicaments

Treize DSO quantifiaient les besoins en médicaments par la méthode de la consommation, en se fondant sur les données concernant les ventes des périodes précédentes. Deux d'entre elles utilisaient aussi des données provenant des demandes des consommateurs. Onze de ces treize DSO n'utilisaient que la méthode de la consommation passée et les deux autres se fondaient aussi sur la population ou la morbidité. Deux des trois DSO qui ne quantifiaient pas les besoins en médicaments passaient commande des quantités demandées par leurs clients. Les autres commandaient des kits préemballés en fonction du budget dont elles disposaient.

3.7 Approvisionnement

3.7.1 Méthodes d'approvisionnement

Les seize DSO avaient recours à diverses méthodes d'approvisionnement, comme on le voit au tableau 14. Huit d'entre elles suivaient plusieurs méthodes, selon leur politique, la situation locale ou les instructions des donateurs. La méthode choisie dépendait de la valeur des commandes de médicaments, notamment les commandes d'urgence. Au total, douze DSO faisaient des achats directs, sept d'entre elles localement et les cinq autres à l'étranger. Parmi ces

douze DSO, trois s'adressaient exclusivement à des fournisseurs locaux, une seulement à des fournisseurs internationaux, quatre ne faisaient que des achats directs auprès de fournisseurs tant internationaux que locaux et les quatre dernières pratiquaient l'achat direct aussi bien que l'appel d'offres négocié ou sélectif. Les achats directs locaux étaient faits chaque fois que nécessaire et aussi à la réception de commandes d'urgence, alors que les achats directs à l'étranger n'étaient faits qu'une à quatre fois par an, chez des fournisseurs pré-sélectionnés. Sept DSO pratiquaient l'appel d'offres sélectif, dont cinq exclusivement. Les deux dernières passaient aussi bien par l'appel d'offres sélectif que par l'achat direct. Pour une DSO, l'appel d'offres négocié était la seule méthode. Les trois autres utilisaient cette méthode en association avec d'autres, comme il est indiqué plus haut.

Tableau 14 : Méthodes d'approvisionnement des DSO

Méthodes d'approvisionnement	DSO (nombre)	DSO (%)
Approvisionnement direct ^a (auprès de fournisseurs locaux)	7	44
Appel d'offres sélectif ^b	7	44
Approvisionnement direct (auprès de fournisseurs à l'étranger)	5	31
Négociation avec mise en concurrence ^c	4	25
Appel d'offres ouvert ^d (auprès de fournisseurs internationaux)	1	6

3.7.2 Commandes urgentes

Six DSO ont déclaré qu'elles avaient dû passer des commandes urgentes pendant l'année précédente, en moyenne cinq commandes par DSO et par an.

3.7.3 Sources d'approvisionnement

On trouvera au tableau 15 les sources d'approvisionnement des quinze DSO. La majorité d'entre elles s'adressaient à des sources aussi bien locales qu'internationales.

Tableau 15 : Sources d'approvisionnement utilisées par les DSO

Sources d'approvisionnement des DSO	DSO (nombre)	DSO (%)	Gamme d'articles (%)
Fournisseurs locaux ^e	15	94	2 - 100
Fournisseurs étrangers	13	81	20 - 98
Production de la DSO	5	31	1 - 25

^a Approvisionnement direct : c'est la méthode la plus simple, mais aussi l'une des plus coûteuses. Elle consiste à s'adresser à un fournisseur unique, soit au prix fixé, soit à un prix négocié (MDS, 1997).

^b Appel d'offres sélectif : méthode selon laquelle la participation aux soumissions est limitée aux fournisseurs répondant à certaines conditions ou déjà inscrits comme fournisseurs (MDS, 1997).

^c La négociation avec mise en compétition : méthode par laquelle l'acheteur s'adresse à un petit nombre de fournisseurs potentiels sélectionnés qui font des offres de prix et avec lesquels il négocie pour parvenir à un accord sur un prix ou un service déterminé (MDS, 1997).

^d Appel d'offres ouvert lancé dans les règles : tout fabriquant ou fournisseur d'envergure locale ou mondiale est invité à faire des offres de prix aux conditions spécifiées dans l'appel d'offres (MDS, 1997).

^e Les fournisseurs locaux sont des grossistes et des fabricants locaux. Les grossistes locaux peuvent importer des médicaments et des fournitures achetées chez des fournisseurs/fabricants à l'étranger.

Le tableau 16 donne pour chaque DSO la proportion de fournisseurs locaux et internationaux et la valeur proportionnelle de la production sur place par rapport à la valeur totale des fournitures achetées. Comme on peut le voir, le Cameroun avait recours à divers fournisseurs dans diverses proportions. La comparaison entre pays et entre DSO n'a montré aucune tendance particulière. Le recours à des sources diverses dépendait principalement de la présence ou non d'une industrie pharmaceutique privée locale, d'accords locaux avec les dépôts de médicaments de l'Etat ou des exigences des donateurs.

Tableau 16 : Proportion de la valeur totale des approvisionnements des DSO en 2003

Pays	DSO	Fournisseurs locaux (%)	Fournisseurs étrangers (%)	Fabrication par l'organisation (%)
Afrique du Sud	AMFA	5	95	-
Cameroun	CAP/EPC	80	20	-
Cameroun	CBC	10	80	10
Cameroun	EEC	100	-	-
Cameroun	OCASC	40	60	-
Cameroun	OSEELC*	100	-	-
Cameroun	PCC	29	70	1
Congo (R. D.)	ECC/DOM	15	85	-
Ghana	CDC	55	20	25
Kenya	MEDS	75	25	-
Malawi	CHAM	-	100	-
Nigéria	CHANpharm	5	91	4
Ouganda	JMS	53	45	2
Rwanda	BUFMAR	15	75	10
Tanzanie	CSSC*	100	-	-
Zambie	CHAZ	2	98	-

* approvisionnée par les dépôts de médicaments de l'Etat

Fournisseurs locaux

Les seize DSO – sauf une – achetaient des médicaments auprès des fournisseurs locaux. Onze de ces quinze DSO s'adressaient à des fournisseurs du secteur privé commercial et huit des quinze s'approvisionnaient principalement – dont deux exclusivement – aux magasins du secteur public.

Fournisseurs internationaux

Sur les seize DSO, treize achetaient à des fournisseurs internationaux, l'une d'elles ne s'adressant qu'à ces fournisseurs.

Les trois principales raisons données pour ce type d'achat étaient les suivantes :

- prix concurrentiels : 12 DSO (75%) ;
- qualité assurée : 10 DSO (63%) ;
- absence de fabricants locaux des médicaments requis : 10 DSO (63%).

Les principales difficultés rencontrées dans les achats internationaux étaient les suivantes :

- longs délais de livraison : 11 DSO (69%) ;
- limites imposées par l'Etat : 5 DSO (31%).

Les principaux fournisseurs étrangers étaient les suivants :

- *International Dispensary Association* (IDA), Pays-Bas : 10 DSO (77%) ;
- trois fournisseurs basés au Royaume-Uni : Durbin, Hencourt et Pace Grove : 4 DSO (30%) ;
- Missionpharma, au Danemark : 3 DSO (23%) ;
- deux firmes internationales Cipla, Inde : 2 DSO (15%), et Nubenco, Etats-Unis : 1 organisation (8%).

Production locale des DSO

Sur les seize DSO, six avaient leurs propres productions sur place. Trois seulement ont signalé les produits qu'elles fabriquaient, par exemple du sirop (quinine), des crèmes et lotions diverses (calamine), des comprimés vaginaux et des suppositoires (analgésiques et anti-hémorroïdes), divers comprimés (par exemple quinine, mébendazole, métronidazole, pyriméthamine), collyres et solutés de perfusion (métronidazole 0,5%, chlorure de sodium 0,9%, dextrose 5%). En tant que proportion de la valeur totale des fournitures, la production locale se situait entre 1 et 4% pour trois DSO et entre 10 et 25% pour trois autres. Les deux DSO qui fabriquaient la plus petite proportion (1% et 2%) de la valeur des fournitures avaient entrepris une étude coûts-avantages mais n'en a pas donné les résultats.

3.7.4 Modes de transport des produits importés

Sur les treize DSO qui importaient leur approvisionnement, quatre se faisaient expédier leurs commandes par les trois voies : aérienne, maritime et routière. Douze avaient recours au transport aérien et maritime et une au transport aérien exclusivement. Huit ont indiqué qu'elles importaient entre 90 et 99% de leurs fournitures par mer. On trouvera au tableau 17 les modes de transport de ces treize DSO. Les trois restantes n'importaient pas leurs fournitures mais les achetaient sur place.

Tableau 17 : Modes de transport utilisés par les DSO

Modes de transport	DSO (nombre)	DSO (%)
Air	13	100
Mer	12	92
Route	4	30

3.7.5 Dédouanement

Sur les treize DSO qui importaient leur approvisionnement, huit confiaient les démarches de dédouanement à des transitaires privés et quatre s'en chargeaient elles-mêmes. Une DSO utilisait les deux moyens.

3.7.6 Délais de livraison

Délais moyens entre la commande et l'arrivée au port d'entrée

Dix des seize DSO ont répondu à cette question, mais pour trois DSO elle était sans objet car elles n'importaient pas leurs fournitures. Pour cinq DSO, le délai moyen était inférieur à 100 jours, et pour les cinq autres il était plus long (voir tableau 18).

Tableau 18 : Délais moyens entre la commande et l'arrivée au port d'entrée

Délais moyens entre la commande et l'arrivée au port d'entrée	DSO (nombre)	DSO (%)
0 - 49 jours	2	20
50 - 99 jours	3	30
100 - 199 jours	2	20
≥ 200 jours	3	30

Délais moyens entre le port d'entrée et l'arrivée au magasin

Dix des seize DSO ont donné des chiffres sur ce point : 1 à 9 jours pour neuf d'entre elles, et une moyenne de 195 jours pour l'autre (dans un pays en proie à des troubles sociaux).

Délais moyens entre l'arrivée au magasin et le dédouanement pour la distribution

Neuf DSO ont donné des chiffres sur ce point : 1 à 29 jours pour sept d'entre elles et entre 30 et 49 jours pour les deux dernières (voir tableau 19).

Tableau 19 : Délais moyens entre l'arrivée au dépôt et le dédouanement

Délais moyens entre l'arrivée au dépôt et le dédouanement	DSO (nombre)	DSO (%)
1 - 9 jours	2	22
10 - 19 jours	4	44
20 - 29 jours	1	11
30 - 39 jours	1	11
40 - 49 jours	1	11

3.8 Prix des médicaments

3.8.1 Comparaison des prix d'achat des médicaments entre les DSO

Avant la réunion de bilan (voir chapitre 6), les DSO ont reçu un formulaire comportant la liste de treize médicaments essentiels pour qu'ils y indiquent leurs prix d'achat de 2003 en dollars (USD). Neuf DSO ont répondu et apporté leurs informations à la réunion. Une seule d'entre elles a donné les prix des treize

médicaments, mais toutes les neuf ont indiqué ceux de trois médicaments (amoxicilline, diazépam, pyriméthamine + sulfadoxine), huit l'ont fait pour cinq médicaments (carbamazépine, co-trimoxazole, diclofénac, glibenclamide, phénytoïne), sept pour deux médicaments (ciprofloxacine, hydrochlorothiazide), cinq pour l'artésunate seulement et trois pour deux médicaments (aténolol, fluconazole). Au cours de la réunion, ces prix ont été communiqués aux participants et comparés aux prix moyens donnés par *Management Sciences for Health* (MSH)⁶. La méthode adoptée pour l'enquête était celle que le projet OMS-HAI sur les prix des médicaments⁵ avait mise au point. On a obtenu les rapports de prix des DSO et les prix moyens de MSH et on les a comparés entre médicaments et entre DSO (voir annexe 3).

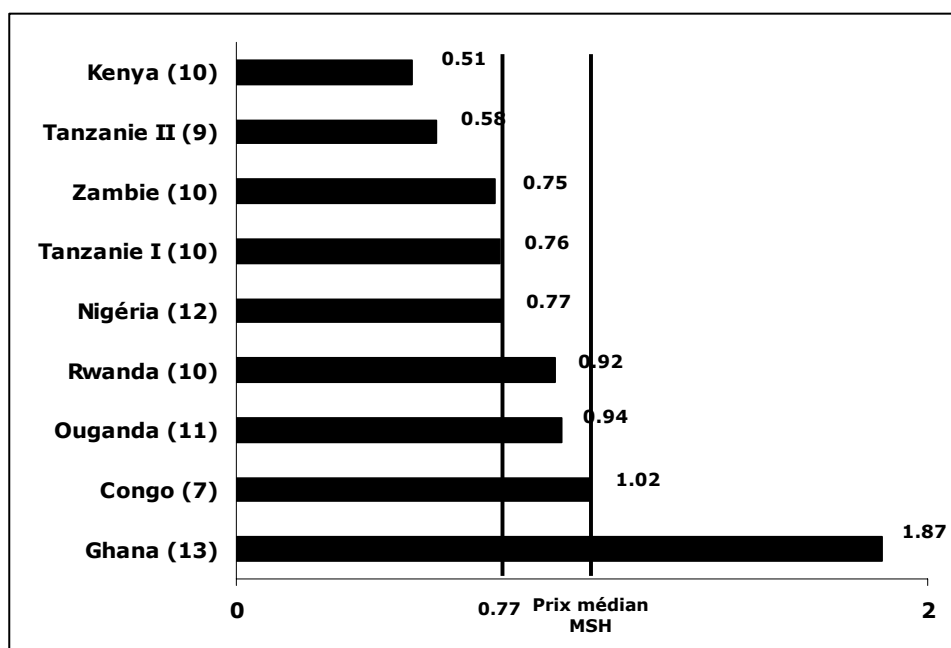
3.8.2 Rapports de prix de référence des médicaments/prix moyens par DSO

Par rapport aux prix de référence MSH, sept DSO avaient des prix moyens inférieurs à 1 (0,51 – 0,94) et 2 supérieurs à 1 (1,02 – 1,87). Pour aucune des DSO les rapports n'étaient tous inférieurs à 1. Au total, le chiffre moyen des prix moyens des médicaments étudiés était de 0,77, ce qui signifie que pour l'échantillon de médicaments essentiels, le prix payé représentait 77% du prix de référence MSH. Pour quatre pays, le prix moyen était inférieur à la moyenne des prix moyens, pour sept pays ce chiffre était inférieur au prix de référence MSH, pour un pays il était le même que celui de MSH et pour un autre il était supérieur. On trouvera le détail des données sur ces rapports par DSO à la figure 1 et à l'annexe 3.

3.8.3 Rapports prix moyens par médicament

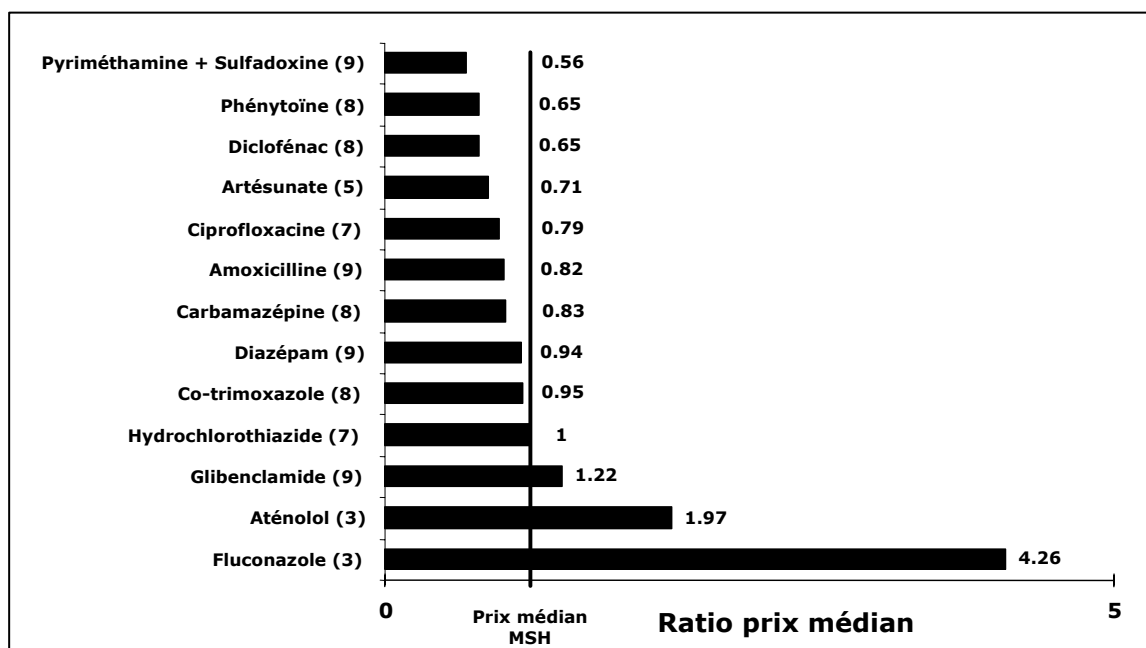
Les prix de plusieurs médicaments étaient bien inférieurs au prix de référence MSH. Neuf produits étaient moins chers, un était au même prix et trois étaient à un prix supérieur. On trouvera le détail des rapports de prix par médicament à la figure 2 et à l'annexe 3.

Figure 1 : Variations des prix moyens par pays



(n= nombre de médicaments étudiés par pays)
Tanzanie I = CSSC ; Tanzanie II = MEMS

Figure 2 : Rapport prix moyen par médicament - prix moyen MSH, 2003



(n = nombre de pays ayant répondu)

3.8.4 Sources d'information sur les prix des médicaments

Sur les quinze DSO qui achètent les médicaments, dix ont indiqué que leur principale source d'information sur les prix était les listes des prix des différents fournisseurs. Une seule a signalé qu'elle se référait à l'Indicateur de prix

internationaux des médicaments. Une autre n'utilisait que l'Indicateur des prix des médicaments essentiels (OMS/AFRO)⁷ (voir tableau 20).

Tableau 20 : Sources d'information des DSO sur les prix des médicaments

Informations sur les prix des médicaments	DSO (nombre)	DSO (%)
Listes des prix des fournisseurs	10	67
Liste des prix des magasins publics	3	20
Indicateur local des prix	2	13
Indicateur de prix internationaux des médicaments (MSH/OMS)	1	6
Indicateur des prix des médicaments essentiels (OMS/AFRO)	1	6

3.8.5 Listes ou catalogues de prix

Sur les treize DSO qui distribuaient des médicaments et dispositifs médicaux, douze envoyaient une information sur les prix à leurs clients. Sept de ces douze DSO envoyaient un catalogue des prix une à quatre fois par an, trois la liste des stocks au moins une fois par an et deux seulement la liste de prix d'articles particuliers.

3.9 Assurance de la qualité

3.9.1 Procédures opérationnelles standard

Parmi les seize DSO, sept ont indiqué qu'elles avaient rédigé des procédures opérationnelles standard pour certaines activités spécifiques de gestion de l'approvisionnement, comme l'achat, la tarification, le stockage ou la distribution. Ce sont des instructions écrites, autorisées⁸, qui détaillent les procédures à suivre et la série de tâches à effectuer par les responsables. Elles précisent aussi les documents à produire pour certaines de ces tâches afin de faciliter la recherche de renseignements en amont, lorsque nécessaire. Les sept DSO ont toutes indiqué qu'elles avaient mis au point plus d'un ensemble de procédures (voir tableau 21).

Tableau 21 : Nombre de DSO gérant leur approvisionnement selon des procédures spécifiques écrites

Procédures écrites	DSO (nombre)	DSO (%)
Acquisition	6	38
Tarification	6	38
Stockage et distribution	5	31
Quantification des articles à commander	4	25
Sélection du fournisseur	4	25
Assurance qualité des articles acquis	4	25
Appel d'offres	3	19
Assurance qualité des produits fabriqués	2	13

3.9.2 Sélection des fournisseurs

Douze DSO ont déclaré passer commande principalement à des fournisseurs sélectionnés. Ces DSO se fondaient sur de multiples critères de sélection parmi

lesquels la qualité des produits, la compétitivité des prix et les délais de livraison étaient les plus importants (voir tableau 22).

Tableau 22 : Nombre de DSO appliquant des critères de sélection pour leurs fournisseurs

Critères de sélection des fournisseurs	DSO (nombre)	DSO (%)
Qualité des produits	12	100
Compétitivité des prix	10	83
Délais de livraison	7	58
Enregistrement auprès de l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique	4	36
Fournisseur unique	3	27
Fiabilité (réputation)	3	27

Pendant l'évaluation des soumissions, les DSO utilisaient principalement les documents suivants :

1. Certificats de bonnes pratiques de fabrication (BPF).
2. Rapports des autorités nationales de réglementation pharmaceutique concernant le respect des BPF.

En outre, les appels d'offres de neuf des quinze DSO demandaient l'envoi d'échantillons de lots. Les seize DSO ont toutes indiqué qu'elles n'étaient pas en mesure de procéder à l'inspection complète sur place des BPF de leurs fournisseurs locaux ou internationaux.

3.9.3 Contrôle des prestations des fournisseurs

Sur les quatorze DSO, deux ont indiqué qu'elles ne contrôlaient pas les prestations des fournisseurs. Les douze autres se fondaient sur de multiples critères, lesquels figurent au tableau 23.

Tableau 23 : Critères d'examen des prestations des fournisseurs

Critères	DSO (nombre)	DSO (%)
Qualité du service*	11	92
Qualité des produits	8	67
Prix	7	58
Disponibilité des produits	3	25
Conditions de paiement	3	25
Gamme de produits	2	17
Documentation/emballage	2	17

* C'est à dire qualité de la communication, la souplesse, la fiabilité, la réaction aux plaintes.

3.9.4 Echange d'informations sur les prestations des fournisseurs

Huit des quinze DSO ont déclaré échanger leurs informations sur les prestations des fournisseurs avec des institutions de leur propre pays principalement, d'autres organisations à but non lucratif et les organismes publics d'approvisionnement en médicaments. Une seule échangeait ce type

d'informations avec les autorités nationales de réglementation pharmaceutique et le Ministère de la santé (voir tableau 24).

Tableau 24 : Echange d'informations sur les prestations des fournisseurs

Institutions	DSO (nombre)	DSO (%)
Autres organisations à but non-lucratif dans le pays	4	27
Organisme public d'approvisionnement en médicaments	3	20
Ministère de la santé	1	7
Autorités nationales de réglementation pharmaceutique	1	7
Donateurs	1	7
Clients	1	7
Instances fondatrices	1	7

3.9.5 Tests de contrôle de la qualité des médicaments

Huit des quinze DSO contrôlaient la qualité des échantillons de lots demandés dans les appels d'offres. De plus, elles procédaient régulièrement au contrôle de lots après l'arrivée des commandes à leurs magasins. Cinq d'entre elles faisaient appel à des laboratoires extérieurs de contrôle de la qualité, privés et publics. Trois DSO confiaient cette tâche à leur propre unité et deux utilisaient des trousseaux Minilab®. Trois s'adressaient à plusieurs laboratoires. Aucune des DSO n'a fait état des coûts des tests de contrôle de la qualité ou du pourcentage des coûts de fonctionnement représenté par ces tests.

Quatre seulement des seize DSO gardaient des échantillons de lots pendant un certain temps, de six mois à deux ans, et une DSO ne savait pas combien de temps les lots étaient conservés. On trouvera au tableau 25 la liste des diverses installations de contrôle qualité des médicaments.

Tableau 25 : Installations de contrôle qualité des médicaments utilisées par les DSO

Installations de contrôle de la qualité des médicaments	DSO (nombre)	DSO (%)
Laboratoire privé	4	25
Laboratoire d'Etat	3	19
Unité de la DSO	3	19
Minilab® (kit d'examen)	2	13
Information du fournisseur	1	6

3.9.6 Produits présentant des défauts de qualité

Sur les quatorze DSO qui ont répondu, dix ont fait état de problèmes liés à la qualité. Elles ont toutes notifié le fournisseur concerné et ont retourné des échantillons de lots des produits défectueux en demandant leur remplacement. Elles ont aussi tenu leurs clients informés. Sept seulement d'entre elles ont prié leurs clients de renvoyer ces produits et deux seulement ont déclaré les avoir détruits elles-mêmes.

3.9.7 Echange de produits

Sur les quinze DSO qui assuraient leur approvisionnement, huit avaient prévu la possibilité pour leurs clients d'échanger les produits dont la date de péremption était proche.

3.10 Gestion des stocks

3.10.1 Organisation des stocks

Sur les quinze DSO qui assuraient l'approvisionnement, treize avaient des magasins. Les deux autres s'étaient arrangées avec des fournisseurs qui livraient les clients directement.

Neuf de ces treize DSO organisaient leurs stocks selon l'ordre alphabétique, deux selon la forme galénique (par exemple comprimés, sirops, solutions injectables) et deux autres selon la classification thérapeutique. Sur les neuf DSO qui avaient choisi l'ordre alphabétique, cinq ont déclaré qu'elles appliquaient le principe « premier périmé premier sorti » (*FEFO - First expired first out*).

3.10.2 Gestion du magasin

Mesures de sécurité

Les treize DSO disposant d'un magasin avaient mis en place diverses mesures de sécurité. Toutes avaient des vigiles et avaient limité l'accès aux réserves. Elles avaient en outre pris les mesures suivantes :

- clés à la garde de personnes autorisées : 11 DSO (85%) ;
- portes métalliques/grilles : 9 DSO (69%) ;
- fenêtres à l'épreuve des cambrioleurs : 7 DSO (53%) ;
- portes à double serrures : 6 DSO (46%) ;
- mur de clôture élevé : 6 DSO (46%).

Contrôle de la température

Sur les treize DSO disposant d'un magasin, onze contrôlaient la température du lieu par divers moyens et deux ne la contrôlaient pas. Cinq DSO avaient des chambres froides construites expressément pour le stockage de produits sensibles à la chaleur et une avait une chambre froide en construction (voir aussi section 3.4.2). Cinq DSO avaient des climatiseurs, cinq une toiture spéciale et deux des ventilateurs de plafond. Six contrôlaient la température de diverses manières.

Lutte contre les nuisibles

Sur les treize DSO disposant d'un magasin, neuf avaient pris diverses mesures de lutte contre les nuisibles, quatre posaient régulièrement des appâts raticides, deux utilisaient des pièges, trois diffusaient des produits chimiques de temps à

autre, et une autre le faisait régulièrement. Quatre DSO ne faisaient rien contre les nuisibles.

3.10.3 Réponses aux commandes de médicaments

Nombre d'articles commandés effectivement fournis

Quinze des seize DSO ont indiqué le nombre estimatif d'articles livrés par rapport au nombre commandé par les clients. Sept ont estimé qu'elles pouvaient satisfaire entre 75 et 100% des commandes et cinq entre 50 et 75%. Une seulement a déclaré réussir à livrer 100% des articles commandés. Une autre n'a pas pu répondre à la question car elle utilisait des kits préemballés (voir tableau 26).

Tableau 26 : Proportions estimatives d'articles livrés par les DSO par rapport aux commandes

Proportion d'articles commandés effectivement livrés	DSO (nombre)	DSO (%)
Toujours 100%	1	7
75 - 100%	7	47
50 - 75%	5	33
25 - 50%	1	7

Quantités commandées effectivement fournies

Les seize DSO ont toutes donné une estimation de la proportion de la quantité de médicaments commandés par les clients qu'elles livraient effectivement. Douze estimaient cette proportion entre 75 et 100% et quatre ont affirmé qu'elles livraient toujours les quantités commandées (voir tableau 27).

Tableau 27 : Proportions estimatives de quantités de médicaments livrées par les DSO par rapport aux quantités commandées

Proportion des quantités commandées effectivement livrées	DSO (nombre)	DSO (%)
Toujours 100%	4	25
75 - 100%	8	50
50 - 75%	3	19
25 - 50%	1	6

Temps nécessaire à l'expédition des commandes

Sur les quatorze DSO qui ont répondu, neuf ont indiqué qu'il leur fallait quelques heures pour préparer une expédition ; ces DSO n'avaient pas leurs propres services de livraison et leurs clients venaient à l'magasin. Cinq ont indiqué qu'elles pouvaient l'assurer dans les sept jours. Quatre recourraient à plusieurs types d'expédition et deux n'ont pas répondu (tableau 28).

Tableau 28 : Délais estimatifs entre la réception et l'expédition d'une commande

Délais	DSO (nombre)	DSO (%)
Heures	9	64
< 7 jours	5	36
1 - 2 semaines	2	14
2 - 3 semaines	0	0
3 - 4 semaines	1	7
> 4 semaines	1	7

3.10.4 Systèmes de gestion des stocks de médicaments

Sur les treize DSO qui disposaient de magasins, douze avaient mis en place un système de gestion des stocks et une ne l'avait pas fait parce qu'elle ne stockait que des kits préemballés.

Systèmes informatisés

Sur les douze DSO disposant d'un système de gestion des stocks, ce système était informatisé pour huit d'entre elles et reposait encore sur des procédures manuelles pour quatre autres. Trois DSO n'avaient que le système de gestion informatisé tandis que les cinq autres avaient les deux : système informatisé et système manuel avec fiches de stock.

Systèmes manuels

Quatre DSO seulement avaient un système manuel, avec fiches de stock soit sur les étagères, soit sur un bureau (tableau 29).

Tableau 29 : Systèmes de gestion des stocks de médicaments utilisés par les DSO

Systèmes de gestion des stocks de médicaments	DSO (nombre)	DSO (%)
Gestion des stocks informatisée et fiches de stock sur les étagères/le bureau	5	42
Fiches de stock sur les étagères/le bureau	4	33
Gestion des stocks informatisée seulement	3	25

3.10.5 Vérification de la gestion des stocks

Douze DSO ont déclaré qu'elles vérifiaient régulièrement la gestion des stocks (voir tableau 30).

Tableau 30 : Vérification de la gestion des stocks par les DSO

Vérification de la gestion des stocks	DSO (nombre)	DSO (%)
Mensuelle	4	33
Trimestrielle	4	33
Aléatoire	3	25
Annuelle	1	8

Trois DSO ont déclaré qu'elles vérifiaient leurs stocks de façon aléatoire, méthode très moderne et moins longue qui est considérée comme la meilleure. Cependant, neuf DSO vérifiaient les dates de péremption manuellement et trois seulement pouvaient utiliser leur système informatique pour cette opération. Huit DSO contrôlaient les manques et les surplus manuellement, et trois pouvaient le faire avec leur système informatique. Une DSO ne contrôlait ni les manques ni les surplus. Les douze DSO ont indiqué que le contrôle manuel et le contrôle informatisé ne coïncidaient pas toujours. On en trouvera les causes principales au tableau 31.

Tableau 31 : Ecart entre les résultats de la vérification des stocks

Ecart entre les résultats de la vérification des stocks	DSO (nombre)	DSO (%)
Enregistrement tardif des transactions	8	66
Erreurs dans les retraits	8	66
Casse	7	58
Insuffisance ou inexactitude des données saisies	6	50
Vols	3	25

3.11 Distribution des médicaments

3.11.1 Systèmes d'approvisionnement

Système des commandes – « système de réquisition »

Les livraisons de quatorze DSO correspondaient aux besoins de leurs clients (système des commandes) ou répondaient à leurs demandes selon le système appelé « système de réquisition »⁹.

Système des kits préemballés – « système d'allocation »

Deux DSO distribuaient aux établissements de soins de santé des kits préemballés, procédé connu sous le nom de « système d'allocation »¹⁰, selon leur propre mode d'approvisionnement, qui n'était pas toujours basé sur les mesures prévues par l'Etat. L'une d'elles procédait aussi selon le système des commandes. Les kits servaient surtout pour l'approvisionnement des zones qui connaissaient des problèmes de sécurité et qui étaient souvent inaccessibles, ce qui créait une situation d'« urgence » permanente.

Les gros inconvénients de kits préemballés – sur-stockage ou sous-stockage des médicaments et des fournitures médicales – sont bien connus¹⁰, mais ce système était toujours privilégié parce qu'il facilitait la distribution et la tenue des registres. Aucune information n'a été donnée sur la sous-utilisation de certains produits causée par ce procédé qui aboutira à un sur-stockage et à l'allongement de la période où des produits périmés resteront en stock.

Dons de médicaments

Six des quatorze DSO avaient reçu des dons de médicaments à distribuer à leurs clients. Bien qu'elles aient appliqué la réglementation institutionnelle ou nationale sur les dons de médicaments, ou les principes interinstitutions publiés par l'OMS, elles ont toutes rencontré des problèmes et principalement les suivants :

- médicaments déjà périmés ou date de péremption proche ;
- médicaments sans rapport avec les besoins locaux ;
- quantités sans rapport avec les besoins locaux et irrégulières ;
- médicaments reçus dans un emballage détérioré ou dans des boîtes incomplètes.

La majorité des DSO se sont aussi plaintes de ce que les médicaments donnés, appelés « dons valises » n'étaient pas reçus ni distribués par la DSO mais allaient directement aux établissements de soins de santé membres. Avant de se rendre dans les établissements de soins de santé gérés par une DSO, des personnes venues de l'étranger rassemblaient des médicaments renvoyés ou proches de la péremption auprès de pharmacies communautaires ou hospitalières et les emportaient dans le pays où elles se rendaient.

Communication des plaintes concernant les dons de médicaments

Aucune des six DSO n'a fait état de ces problèmes auprès de ses donateurs ou de l'OMS. Les débats ont révélé qu'il était déplacé de se plaindre de cadeaux car cela pourrait affaiblir des relations de longue date et priver les DSO et leurs organisations confessionnelles d'autres types d'appui.

Contrôle de la qualité et distribution des dons de médicaments

La qualité des médicaments donnés n'était contrôlée ni avant ni après réception. De plus, les DSO ont signalé qu'elles devaient distribuer ces dons gratuitement à leurs clients, ce qui les empêchait de recouvrer leurs coûts de distribution et de générer les ressources nécessaires à leur fonds de roulement pharmaceutique. Les DSO ont aussi déclaré que les grandes quantités de médicaments donnés désorganisaient la distribution des fournitures régulièrement en stock qui, de ce fait, était périmées avant de pouvoir être distribuées.

3.11.2 Livraison des médicaments

Services de livraison par les DSO

Comme on l'a vu dans la partie 3.4.4, sur les dix DSO qui offraient des services de livraison (leurs propres services en ce qui concerne trois d'entre elles et des services de messagerie pour les sept autres), sept ont indiqué que les délais de livraison allaient de moins d'une semaine (cinq DSO) à deux semaines (deux DSO). Tout en offrant ce service, trois DSO permettaient aussi à leurs clients

d'utiliser leurs propres moyens de transport pour emporter leurs commandes, ce qui valait aussi pour les commandes urgentes.

Fournitures emportées par les clients

Les clients des quatre DSO qui n'offraient aucun service de livraison se rendaient sur place pour remettre leurs commandes et emporter leurs marchandises. Entre la remise de la commande, sa préparation et le départ, il s'écoulait quelques heures.

Livraisons directes par les fournisseurs

Trois DSO avaient négocié la livraison directe des marchandises avec leurs fournisseurs/fabricants et le délai de livraison était d'un mois.

3.12 Système d'information et de gestion des médicaments

3.12.1 Gestion informatisée des médicaments

Quatorze des seize DSO avaient des ordinateurs en état de marche sur le lieu de travail. La plupart utilisait les programmes Word et Excel. Six d'entre elles avaient intégré et informatisé des systèmes de gestion financière et de gestion des médicaments et analysé leurs stocks en appliquant l'analyse ABC^a et/ou VEN^b pour leur prise de décision. L'absence de système informatisé s'expliquait principalement par : le manque de logiciel adapté, le manque de matériel et de logiciel, leur prix trop élevé et le manque de personnel compétent dans ce domaine.

Progiciels pour la gestion informatisée

Les DSO dotées de moyens de gestion informatisée des médicaments utilisaient les progiciels suivants : Impact, Navision, Ciel et Peachtree. Quatre DSO avaient adapté des progiciels mais aucune n'avait conçu le sien propre.

3.12.2 Gestion manuelle

Sur les seize DSO, quatorze ont déclaré procéder à la main aux opérations énumérées au tableau 32. Douze ont signalé que beaucoup de tâches étaient encore manuelles.

^a L'analyse ABC assemble les données concernant les approvisionnements récents ou projetés pour déterminer où l'argent est dépensé en fait, ce qui permet aux gestionnaires de se préoccuper d'abord des articles coûteux lorsqu'ils envisagent de réduire le coût de l'approvisionnement (MDS, 1997).

^b L'analyse VEN (Vital, essentiel, non essentiel) classe les médicaments en deux ou trois catégories selon leur importance relative pour le traitement des maladies courantes (MDS, 1997).

Tableau 32 : Opérations effectuées manuellement par les DSO

Tâches manuelles	DSO (nombre)	DSO (%)
Gestion des stocks/contrôle de l'inventaire	9	64
Vérification des médicaments à l'emballage	8	57
Commandes de médicaments	8	57
Formulaires d'expédition	8	57
Formulaires de réception	7	50
Facturation des commandes	4	29
Calcul du volume de réapprovisionnement	4	29
Calcul de la situation quant au crédit ou au paiement	4	29

Douze DSO ont déclaré que les principaux problèmes posés par les opérations manuelles étaient leur grande lenteur, leur manque d'intérêt et le risque accru d'erreur humaine (enregistrement erroné des quantités et des articles).

3.12.3 Suivi des approvisionnements

Les seize DSO tenaient toutes des registres concernant les opérations de gestion des médicaments. Quinze d'entre elles tenaient de multiples registres, principalement sur les commandes des clients, les factures envoyées aux clients, les bons de livraison et les statistiques les concernant. Une DSO n'enregistrait que les commandes (voir liste détaillée au tableau 33).

Tableau 33 : Registres tenus pour suivre les opérations de gestion de l'approvisionnement

Registres tenus par les DSO	DSO (nombre)	DSO (%)
Commandes de fournitures des clients	14	88
Factures des clients	13	83
Bons de livraisons	12	75
Statistiques sur les clients	11	69
Vérification ponctuelle des stocks ou rapports d'inventaire	9	56
Demandes des clients concernant des articles particuliers	7	44

3.12.4 Suivi de la satisfaction des clients

Sur les quatorze DSO, cinq seulement envoyaient des questionnaires à leurs clients pour savoir s'ils étaient satisfaits et deux ne s'en préoccupaient pas du tout. Neuf s'intéressaient à l'opinion de leurs clients en puisant à deux sources d'information : rétro-information verbale informelle (9 DSO) et correspondance engagée par les clients (7 DSO).

3.13 Ressources humaines

3.13.1 Effectifs des DSO

Comme indiqué au tableau 1, le nombre de personnes employées par les DSO allait de 1 à 110. Quatorze DSO employaient au moins un pharmacien et les deux autres n'en avaient pas. Les DSO employaient entre 1 et 6 pharmaciens. Une DSO n'employait qu'une seule personne, un pharmacien, qui recueillait les demandes de médicaments auprès des hôpitaux membres et organisait leur approvisionnement avec les magasins de l'Etat. Comme le montre le tableau 3, quatorze des seize DSO employaient des médecins. Le nombre de médecins par DSO allait de 1 à 12. Cinq DSO ont indiqué qu'elles employaient entre 1 et 7 préparateurs en pharmacie.

3.13.2 Rapports des recettes annuelles – nombre d'employés, de clients et d'articles

L'annexe 4 donne les rapports entre la recette annuelle de chacune des dix DSO qui ont répondu à cette question, l'effectif du personnel, le nombre des clients et des articles en stock. Certains rapports recette annuelle – effectif du personnel peuvent indiquer que des organisations comme OCASC, JMS et CBC sont peut-être en sous-effectifs, avec 188 911 USD, 143 278 USD et 109 169 USD par membre du personnel respectivement et que d'autres comme CHANpharm et CHAZ sont peut-être en sur-effectifs, avec 7 071 USD et 2 674 USD par membre du personnel respectivement.

Le rapport recette annuelle – clients peut indiquer que les clients de certaines DSO, comme CBC et OSEELC, font en moyenne des achats de valeur monétaire plus élevée avec 20 937 USD et 17 948 USD par client respectivement, que ceux d'autres DSO comme CHANpharm et CHAZ, avec 335 USD et 720 USD par client respectivement. Cela peut indiquer que les clients des deux dernières ne s'adressent pas uniquement à elles.

Le rapport recette annuelle – articles en stock peut indiquer que certaines DSO, comme MEDS et CHANpharm, ont peut-être une rotation plus élevée par article, avec 13 534 USD et 7 149 USD par article en stock respectivement, que d'autres, comme CBC, PCC et CHAZ, avec 1 569 USD, 1 290 USD et 536 USD par article en stock respectivement.

3.13.3 Politique en matière de personnel

Quatorze des seize DSO ont indiqué qu'elles avaient une politique en matière de personnel et douze d'entre celles-ci ont montré des descriptions de poste. Sur les seize DSO, dix donnaient aux employés un exemplaire de leur règlement intérieur.

3.13.4 Recrutement du personnel

Dix DSO publiaient des avis de vacance de poste. Pour les seize DSO, le recrutement était fait par un comité de sélection et les nouveaux membres du personnel devaient travailler pendant une période d'essai. Huit DSO recrutèrent sur la base de la confession pour certains postes, tandis que trois autres ne se fondaient pas sur ce critère. Neuf n'invitaient que les meilleurs candidats à un entretien.

3.13.5 Notation du personnel

Trois des seize DSO ont indiqué qu'elles ne notaient pas le personnel. La majorité des treize autres évaluait leur personnel chaque année, et deux seulement le faisaient tous les deux ans.

3.13.6 Personnel expatrié

Dans cinq des seize DSO, un des membres au moins du personnel était un expatrié, et dans une DSO, tous les cadres l'étaient. Les expatriés étaient employés principalement parce que les donateurs le demandaient ou pour former le personnel en contrepartie. Une DSO travaillait en partenariat.

3.13.7 Salaires du personnel

Une DSO n'a pas voulu donner d'informations sur ce point. Cependant, les quinze autres ont dit qu'elles versaient des salaires généralement plus élevés que ceux du secteur public. Neuf d'entre elles versaient des salaires plus faibles dans l'ensemble que ceux du secteur privé/commercial, quatre des salaires de même niveau en général et deux seulement des salaires plus élevés que ceux de ce secteur. Deux ont déclaré que dans l'ensemble, les salaires chez elles étaient plus élevés que ceux des autres ONG de leur pays, tandis que quatre annonçaient des salaires de même niveau et sept des salaires généralement plus faibles que ceux des autres ONG. Deux DSO n'ont pas pu répondre car elles ne connaissaient pas le niveau des salaires pratiqués par les ONG dans leur pays.

Salaires des pharmaciens

Dix DSO ont donné les salaires annuels (USD) de leurs pharmaciens (voir tableau 34). Ces salaires variaient considérablement entre 2 400 USD et 13 450 USD, le salaire moyen étant de 5 780 USD pour les dix DSO dans sept pays.

Les rapports salaires annuels – produit national brut (PNB)/capita des pays concernés, entre 1,13 et 16,01, confirmaient les variations entre les DSO. Cinq pays francophones ont présenté des rapports se situant entre 3 et 4 alors que pour cinq pays anglophones, ils allaient de 1 à 16. Le rapport moyen salaires de pharmaciens – PNB/capita était de 3,72.

Tableau 34 : Salaires des pharmaciens employés par dix DSO, 2003

DSO *	Salaires annuels 2003 (USD)	PNB/capita^a, 2002 (USD)	Rapport Salaires-PNB/capita
1	6 200	2 000	3,1
2	7 000	2 000	3,5
3	6 000	2 000	3,0
4	5 560	2 000	2,8
5	2 400	2 130	1,1
6	8 880	1 020	8,7
7	5 270	580	9,1
8	5 000	1 270	3,9
9	3 600	580	6,2
10	13 452	840	16,0
Médian	5 780	-	3,7

* Les DSO sont numérotées et non nommées par souci de confidentialité

3.13.8 Avantages offerts au personnel

Les six principaux avantages offerts aux dirigeants, qui les appréciaient, étaient les suivants :

- allocation de transport ;
- allocation de logement ;
- assurance maladie ;
- formation professionnelle ;
- système de retraite;
- un avantage important dont les cadres auraient aimé bénéficier était la prime de départ.

3.13.9 Motivation du personnel

Les dirigeants de onze DSO ont indiqué que les principales motivations du personnel étaient les exercices de constitution d'équipes, les primes, les systèmes d'évaluation du personnel, les réunions du personnel et enfin les activités de la communauté confessionnelle (voir tableau 35). Ces méthodes de motivation du personnel sont dans le droit fil des mesures de gestion les plus couramment appliquées pour améliorer la communication entre membres du personnel.

^a Le PNB/capita a été tiré du site web du PNUD : <http://hdr.undp.org/statistics/data/>

Tableau 35 : Mesures propres à motiver le personnel indiquées par les dirigeants des DSO

Facteurs de motivation du personnel	Nombre de dirigeants	DSO (%)
Exercices de constitution des équipes	7	64
Primes	4	36
Systemes d'évaluation du personnel	4	36
Réunions du personnel	3	27
Activités de la communauté confessionnelle	1	9

3.13.10 Départ des membres du personnel

Neuf des seize DSO ont indiqué qu'en 2000 un total de 42 employés étaient partis, principalement du fait de la restructuration de la DSO (35 personnes) et de l'accès à un meilleur emploi (6 personnes). En 2001, 12 personnes étaient parties, principalement pour occuper un meilleur emploi (6 personnes), pour cause de décès (3 personnes) et pour poursuivre leurs études (2 personnes). En 2002, un total de 50 personnes étaient parties, principalement pour cause de restructuration (25 personnes), de contrats non renouvelés (10 personnes), de retraite (9 personnes) et de décès (3 personnes).

3.14 Gestion financière

3.14.1 Comptabilité informatisée

Onze des seize DSO ont déclaré disposer d'un système de comptabilité informatisé. Quatre n'en avaient pas et une n'a pas indiqué si elle en avait un ou non.

3.14.2 Budgets excédentaires/déficitaires

Excédentaires

Neuf DSO ont indiqué que si leur budget était excédentaire, elles employaient cet argent pour : acheter plus de médicaments, investir dans l'infrastructure, réinjecter des fonds, acheter des éléments d'équipement, accorder des primes au personnel, accorder des réductions aux clients et faire don de fonds à l'instance fondatrice.

Déficitaires

La plupart des DSO ont indiqué qu'en cas de budget déficitaire, elles prenaient des mesures correctives : modification des marges sur les prix des médicaments, modifications dans la gestion et réduction des sommes consacrées à l'achat des médicaments.

3.14.3 Dépenses de fonctionnement des DSO

Dix des seize DSO ont donné des chiffres pour 2002 (voir annexe 5). Neuf d'entre elles ont indiqué que la vente de marchandises représentait entre 90 et 100% de

leur recette totale. Pour les dix, la principale ligne budgétaire était celle du coût des achats. L'achat des fournitures médicales absorbait entre 25 et 89% des recettes totales. Les coûts de personnel venaient juste après : entre 0 et 12% (médiane 7%).

3.14.4 Proportion du revenu fourni par les donateurs

Neuf DSO ont déclaré que les aides des donateurs constituaient une partie de leur revenu (50 à 100% pour six d'entre elles. Cependant, elles n'ont pas donné de chiffres précis dans leurs rapports financiers (voir section 3.15).

3.14.5 Droits de douane/entrée et taxes à la valeur ajoutée (TVA) sur les importations

Comme on le voit au tableau 36, sur les sept DSO qui ont répondu, cinq ont déclaré payer des droits de douane ou une TVA sur les médicaments essentiels, alors que deux ne payaient aucune taxe.

Tableau 36 : DSO payant des taxes sur les médicaments essentiels

Taxes sur les médicaments essentiels	DSO (nombre)	DSO (%)
Ni taxes ni droits	2	43
Droits de douane	5	43
TVA	3	14

Expéditions maritimes

Cinq DSO ont déclaré payer des droits de douane sur les arrivages au port d'entrée. Cinq en payaient entre 0,5 et 20%. Trois payaient la TVA (5%, 17%, 18% respectivement) sur les expéditions par mer ainsi que des droits.

Expéditions aériennes

Trois DSO ont déclaré payer des droits de douane (0,5%, 4%, 10%) à l'arrivée à l'aéroport. Deux payaient la TVA (5%, 18%) sur les arrivages par air, ainsi que des droits de douane.

Expéditions par route

Aucune DSO n'a déclaré payer des droits de douane ou la TVA sur les arrivages par route au passage des frontières.

3.14.6 Responsabilité des DSO en ce qui concerne le paiement de droits de douane/entrée et de TVA

Médicaments importés (essentiels et non essentiels)

Trois DSO ont déclaré payer des droits de douane ou la TVA sur les médicaments, essentiels et non-essentiels, sans qu'il soit fait de différence entre eux.

Matériel médical importé

Sur les six DSO qui ont répondu, cinq payaient des droits de douane et quatre la TVA sur le matériel médical. Trois DSO payaient les deux.

Matières premières importées

Quatre DSO ont signalé qu'elles payaient des droits de douane et deux qu'elles payaient la TVA sur les matières premières. Deux DSO payaient les deux.

Emballages importés

Trois DSO ont indiqué qu'elles payaient des droits de douane et la TVA sur les matériaux d'emballage.

Véhicules utilitaires importés

Trois DSO ont déclaré payer droits de douane et TVA sur les véhicules utilitaires.

Plusieurs DSO (voir 3.2.3) ont indiqué que l'absence d'exonération des taxes sur les médicaments et les fournitures importées était l'un des facteurs extérieurs qui nuisaient à leur fonctionnement. Il faudrait réduire ou supprimer les taxes et les droits d'importation des médicaments essentiels, ainsi que sur les matières premières et les produits finis, en particulier lorsqu'ils sont importés par mer ou par air.

3.14.7 Marges bénéficiaires

Onze des seize DSO ont déclaré que le prix de vente des médicaments comportait une majoration. Pour huit d'entre elles, cette majoration était un pourcentage variable lié à la catégorie ou à la quantité de produits, ou au type de client, deux de ces huit DSO appliquant plus d'un type de majoration. Les trois dernières majoraient tous les prix d'un taux fixe. Deux DSO ne majoraient pas leurs prix, l'une d'elles distribuait les médicaments gratuitement et l'autre s'organisait pour approvisionner ses clients en faisant appel aux magasins de l'Etat. Trois DSO n'ont donné aucune réponse (voir liste détaillée au tableau 37).

Les trois DSO qui ajoutaient une majoration à taux fixe à leur prix coûtant ont indiqué 25%, 30% et 35%. Les huit DSO qui ajoutaient un pourcentage variable ont indiqué que celui-ci se situait entre 2 et 160%. La majorité des DSO ajoutaient un pourcentage allant de 10 à 40%.

Voici quelques exemples de majorations variables : une seule DSO allait jusqu'à un maximum de 160%, une autre majorait les produits importés de 26% et les produits achetés localement de 13%, une autre encore ajoutait des pourcentages allant de 10 à 12% mais offrait une réduction de 5% à ses établissements membres, enfin une dernière ajoutait seulement 2% pour les médicaments utilisés dans le traitement des maladies chroniques, comme les antirétroviraux.

Tableau 37 : Types de majoration des prix des médicaments

Majorations	DSO (nombre)	DSO (%)
Pourcentage variable dépendant de la catégorie de médicaments	7	64
Pourcentage variable dépendant de la catégorie de clients	3	27
Pourcentage fixe sur tous les médicaments	3	27
Pourcentage variable dépendant des quantités commandées	1	9

Les onze DSO qui ont déclaré majorer leurs prix tenaient compte de certains coûts, indiqués au tableau 38. Dans leur majorité, elles tenaient compte des coûts d'emballage/manutention et de transport. Huit intégraient plusieurs coûts. Aucune information n'a porté sur les majorations minimale et maximale. Seules cinq DSO intégraient le coût du contrôle de la qualité.

Tableau 38 : Coûts intégrés dans les majorations appliquées par les DSO

Coûts intégrés dans les majorations	DSO (nombre)	DSO (%)
Emballage/manutention ^a	10	91
Transport	8	73
Déévaluation	5	45
Contrôle qualité	5	45
Dépréciation	3	27

3.14.8 Politique écrite concernant la tarification

Sur les seize DSO, six seulement avaient une politique écrite concernant les prix de vente. L'une d'elles a indiqué que les éléments constitutifs du prix de vente variaient chaque année en fonction des circonstances.

3.15 Appui des donateurs

Onze des seize DSO ont déclaré recevoir un appui de donateurs en dehors de l'aide de l'Etat, dix DSO recevaient cet appui d'organisations confessionnelles basées en Europe et aux Etats-Unis et trois d'entre elles étaient soutenues par une seule organisation humanitaire comme USAID (Etats-Unis), KfW (Allemagne) et DFID (Royaume-Uni) ; quatre DSO recevaient aussi un appui de plus d'une source. Deux seulement ont déclaré qu'elles ne pouvaient accepter les dons de certaines organisations caritatives. Sur les onze DSO, neuf recevaient une aide de différents types de leurs donateurs (c'est-à-dire aide de formation, financière, personnel, etc.) cf. tableau 39.

^a Les coûts de manutention comprennent les coûts de personnel et les coûts de fonctionnement

Tableau 39 : Types d'appui fourni par les donateurs

Types d'appui fourni par les donateurs	DSO (nombre)	DSO (%)
Appui financier	9	75
Formation/bourse	9	75
Appui en personnel	8	67
Appui matériel	7	58

3.16 Perspectives indiquées par les DSO

Quinze DSO indiquaient leur intention d'étendre leurs activités au cours des trois à cinq années suivantes et la seizième avait l'intention de se maintenir au même niveau. Treize proposaient des activités pour améliorer leurs prestations surtout en ce qui concernait leurs services aux clients (voir tableau 40).

Tableau 40 : Activités envisagées par les DSO pour améliorer leurs prestations

Activités pour l'amélioration des prestations	DSO (nombre)	DSO (%)
Prix plus compétitifs	11	85
Délais de livraison plus courts	9	69
Meilleurs services aux clients	7	54
Fourniture de nouveaux services	7	54
Amélioration de la gamme de médicaments	6	46
Attention à certains besoins des clients	5	38

Dix DSO envisageaient de prendre des mesures pour améliorer leur gestion financière comme indiqué au tableau 41. La majorité d'entre elles prévoyaient un ensemble de mesures destinées à une meilleure maîtrise de leur situation financière par une prise de décision plus prévisionnelle et un contrôle plus efficace.

Tableau 41 : Activités envisagées par les DSO pour la gestion financière

Mesures propres à améliorer la situation financière	DSO (nombre)	DSO (%)
Révision plus fréquente des prix	7	70
Gestion plus minutieuse des stocks	6	60
Maîtrise stricte des coûts	6	60
Application plus stricte du crédit à court terme	5	50

Douze DSO ont défini des stratégies d'augmentation du nombre de leurs clients (voir tableau 42). Aucune n'a indiqué son intention de chercher de nouveaux clients en dehors de son pays. Elles ont proposé un ensemble de stratégies et se préparaient à établir des unités de marketing et de réception des clients pour élever leur niveau de satisfaction.

Tableau 42 : Stratégies définies par les DSO pour accroître le nombre de leurs clients

Stratégies d'augmentation du nombre des clients	DSO (nombre)	DSO (%)
Délais de livraison plus courts	8	67
Promotion des ventes sur place	6	50
Enquêtes régulières sur les besoins des clients	6	50
Souplesse des calendriers de commandes	4	33

Dix DSO ont déclaré avoir prévu de collaborer davantage avec d'autres DSO et ONG et avec les pouvoirs publics (voir tableau 43). La majorité d'entre elles ont fait état d'un ensemble d'activités destinées à renforcer leur collaboration avec leurs principaux partenaires locaux. Elles étaient d'avis que l'isolement n'était plus soutenable.

Tableau 43 : Activités envisagées pour améliorer la collaboration avec les partenaires

Moyens d'améliorer la collaboration	DSO (nombre)	DSO (%)
Réunions informelles régulières	8	80
Réunions formelles régulières	7	70
Sortie régulière de la lettre de la DSO	5	50
Rapports réguliers	4	40
Promotion des services de la DSO	3	30

4. Résultats des évaluations d'autres acteurs - clients, instances fondatrices et gouvernements

4.1 Clients

Le questionnaire envoyé aux clients visait à obtenir des renseignements sur les divers services offerts par les DSO aux établissements ou institutions de soins de santé (clients) qu'elles servaient, leurs raisons d'en être client et les domaines dans lesquels ces DSO devraient améliorer leurs prestations. Il a été plus difficile que prévu de remplir ces questionnaires, et l'on n'a pas pu évaluer vingt établissements de soins comme il avait été envisagé, principalement par manque de temps et parce que les clients étaient peu habitués à ce type de questionnaire.

4.1.1 Entretiens avec les clients

On a interrogé les clients de douze DSO, directeurs d'établissements de soins et d'hôpitaux de district – soit 54 clients au total (23%) au lieu des 240 prévus pour les douze DSO. Sur ce nombre, 38 établissements de soins étaient devenus clients entre 1980 et 2000 (voir tableau 44). Les clients interviewés ont expliqué que l'accroissement du nombre d'établissements confessionnels au cours de cette période était dû à un ralentissement du développement socio-économique de l'Afrique, et au fait que les réformes introduites dans le secteur public de la santé n'aboutissaient pas à un meilleur accès des pauvres aux services de santé.

De nombreux clients ont indiqué que leurs organisations confessionnelles se chargeaient des établissements « abandonnés » par l'Etat, en particulier ceux des régions éloignées. L'Etat en était toujours propriétaire mais il « sous-traitait » les soins de santé et les services pharmaceutiques. On a aussi appris que les salaires de base du personnel de santé étaient payés par l'Etat.

La plupart des clients tiraient un revenu des rémunérations à l'acte, à la charge des patients. Ce type de rémunération pouvait varier d'un patient à l'autre car le principe de la capacité de payer était appliqué. Seuls les patients les plus pauvres étaient soignés gratuitement.

Tableau 44 : Année où l'établissement est devenu client de la DSO

Année	Etablissements (nombre)	Etablissements (%)
< 1980	8	15
1980 - 1990	14	27
1990 - 2000	24	46
> 2000	6	12

4.1.2 Etablissements disposant de lits

Sur les 49 établissements qui ont répondu, 32 ont indiqué qu'ils avaient plus de 50 lits (voir tableau 45).

Tableau 45 : Etablissements disposant de lits

Nombre de lits	Etablissements (nombre)	Etablissements (%)
< 50 lits	13	27
50 - 100 lits	10	20
> 100 lits	22	45
Pas de lits	4	8

4.1.3 Distance entre clients et DSO

La distance entre les établissements enquêtés et les DSO est indiquée au tableau 46.

Sur les 51 clients qui ont répondu, 39 ont indiqué que cette distance allait de 1 à 249 km.

Tableau 46 : Distance entre établissement enquêté et son DSO

Distance	Etablissements (nombre)	Etablissements (%)
< 100 km	19	37
100 - 249 km	20	39
250 - 499 km	6	12
≥ 500 km	6	12

4.1.4 Systèmes d'approvisionnement

Sur les 54 clients qui ont répondu, 44 ont dit qu'ils commandaient les articles et les quantités selon leurs besoins (système des commandes ou « système de réquisition»). Neuf ont indiqué qu'ils recevaient des kits préemballés (« système d'allocation »). Un client ne recevait que des médicaments donnés, lorsqu'ils étaient disponibles.

4.1.5 Sources d'approvisionnement des clients interviewés

Outre les fournitures qu'ils recevaient de leurs DSO, les clients pouvaient compter sur diverses autres sources, comme les magasins de l'Etat, les grossistes et les pharmacies privés. Les représentants offraient des échantillons gratuits. La majorité des clients avaient recours aussi bien aux grossistes privés qu'aux magasins d'Etat pour compléter les approvisionnements assurés par des DSO, si nécessaire (voir tableau 47).

Tableau 47 : Sources d'approvisionnement complémentaires utilisées par les clients

Sources d'approvisionnement	Etablissements (nombre)	Etablissements (%)
Grossistes du secteur privé	41	79
Magasins de l'Etat	36	69
Pharmacies du secteur privé	25	48
Représentants	13	25

4.1.6 Budget consacré à l'approvisionnement en médicaments

Sur les 40 clients qui ont répondu, 29 ont indiqué qu'ils dépensaient en achats à leur DSO, moins de 50% de leur budget consacré aux médicaments, et les onze autres plus de 50%.

4.1.7 La fiabilité des approvisionnements perçue par les clients

Nombre d'articles commandés

Sur les 48 clients qui ont répondu, 26 seulement recevaient entre 0 et 50% du nombre d'articles qu'ils avaient commandés à leur DSO, alors que 13 DSO ont déclaré fournir entre 50 et 100% des articles (voir tableau 48). Dans ce cas, la perception des clients et des DSO était contradictoire.

Tableau 48 : Pourcentage du nombre d'articles commandés effectivement reçus

Proportion d'articles commandés effectivement fournis	Etablissements (nombre)	Etablissements (%)
Toujours 100%	2	4
75 - 100%	10	21
50 - 75%	10	21
25 - 50%	12	25
0 - 25%	14	29

Quantités d'articles commandés

Sur les 47 clients qui ont répondu, 35 ont indiqué qu'ils recevaient entre 50 et 100% des quantités commandées à leur DSO. Onze des DSO ont déclaré fournir entre 50 et 100% de ces quantités. Dans ce cas, clients et DSO s'accordaient.

Tableau 49 : Pourcentage des quantités d'articles commandés effectivement fournis

Proportion des quantités commandées effectivement fournies	Etablissements (nombre)	Etablissements (%)
Toujours 100%	17	35
75 - 100%	13	28
50 - 75%	5	11
25 - 50%	7	15
0 - 25%	5	11

4.1.8 Fréquence des commandes

Organisation des commandes

Sur les 53 clients qui ont répondu, 22 ont indiqué qu'ils passaient commande tous les mois (voir tableau 50).

Tableau 50 : Fréquence des commandes

Fréquence des commandes	Etablissements (nombre)	Etablissements (%)
Mensuelles	22	42
2 - 3 fois/mois	9	17
Trimestrielles	7	13
Au coup par coup	6	11
Autres	9	17

Préférences pour la fréquence des commandes

Sur les 53 clients qui ont répondu, 22 ont indiqué qu'ils préféraient passer commande chaque mois, onze qu'ils préféraient passer les commandes au coup par coup. Dans l'ensemble, les autres préféraient les commandes mensuelles ou trimestrielles (voir tableau 51).

Tableau 51 : Fréquences préférées pour les commandes

Fréquence des commandes	Etablissements (nombre)	Etablissements (%)
Mensuelles	22	42
Au coup par coup	11	21
Trimestrielles	9	17
Commandes fixes	6	11
Hebdomadaires	2	4
Autres	3	5

4.1.9 Services de livraison des médicaments

Organisation des livraisons

Sur les 48 clients qui ont répondu, 47 ont indiqué que leur DSO n'offrait pas de service de livraison. Un seul client a déclaré que la DSO se chargeait des livraisons (voir tableau 52).

Tableau 52 : Services actuels de livraison

Services de livraison existants	Etablissements (nombre)	Etablissements (%)
Transport par le client	45	94
Autres moyens de livraison	2	4
Livraisons par la DSO	1	2

Modes de livraison préférés

Sur 53 clients qui ont répondu, 29 préféraient la livraison par leur organisation et 23 le transport par leurs propres moyens car ils pouvaient ainsi faire en même temps d'autres tâches, rester en contact avec leur DSO, qui les informait sur les médicaments en stock, et vérifier les fournitures commandées (voir tableau 53).

Tableau 53 : Les services de livraison préférés

Préférences pour les services de livraison	Etablissements (nombre)	Etablissements (%)
Services de livraison par les DSO	29	55
Transport par le client	23	43
Services de messagerie	1	2

4.1.10 Traitement de la commande de médicaments

Sur 52 clients qui ont répondu, 44 ont indiqué que le délai entre la commande et la réception des fournitures était de quelques heures car ils en prenaient livraison au dépôt de la DSO même. Six clients ont dit que ce délai était de 1 à 3 jours et trois autres qu'il allait de 2 à 6 semaines.

Manque momentané de marchandises

Sur les 25 clients qui ont répondu, 13 ont indiqué qu'il était possible d'emporter les marchandises ou d'être livré dans les 7 jours, 9 qu'il fallait attendre 30 à 180 jours et les trois autres entre 7 et 30 jours.

4.1.11 Achats aux DSO

Sur les 50 clients qui ont répondu, 37 ont déclaré que la principale raison pour laquelle ils faisaient leurs achats auprès de leur DSO était la compétitivité de ses prix et la qualité de ses services. 25 clients étaient membres de la même confession que l'organisation (voir tableau 54).

Tableau 54 : Raisons pour lesquelles les clients s'adressent à leur organisation

Raisons pour lesquelles les clients s'adressent à leur organisation	Etablissements (nombre)	Etablissements (%)
Qualité des produits	37	74
Prix compétitifs	29	58
Qualité des services aux clients	27	54
Membre de l'organisation confessionnelle	25	50

4.1.12 Conditions de paiement offertes par les organisations

Accords de paiement en cours

Sur les 51 clients qui ont répondu, 38 ont déclaré avoir un accord de libre service de gros avec leur DSO. Quinze avaient un crédit de 30 jours et un client un crédit de 90 jours. Un client avait un compte avec sa DSO et quatre avaient la possibilité d'obtenir un crédit en plus de leur accord de libre service de gros (voir tableau 55).

Tableau 55 : Accords de paiement offerts par les organisations

Arrangements pour les paiements	Etablissements (nombre)	Etablissements (%)
Libre service de gros	38	75
Crédit (30 jours)	15	29
Crédit (90 jours)	1	2
Compte avec la DSO	1	2

Préférences concernant les conditions de paiement

Sur les 52 clients qui ont répondu, 24 ont indiqué qu'ils préféraient un accord de libre service de gros avec leur DSO, 20 préféraient un crédit de 30 jours et quatre un crédit de 90 jours. Un client préférait avoir un compte avec sa DSO. Quatre préféraient pouvoir avoir recours à plusieurs modes de paiement, comme le libre service de gros et un crédit de 30 jours (voir tableau 56).

Tableau 56 : Conditions de paiement préférées

Conditions de paiement préférées	Etablissements (nombre)	Etablissements (%)
Libre service de gros	24	46
Crédit (30 jours)	20	38
Crédit (90 jours)	4	8
Compte avec la DSO	1	2

4.1.13 Prescription d'antirétroviraux

Sur les 50 clients qui ont répondu, seuls sept ont indiqué qu'ils prescrivaient de la névirapine pour la PTME. Les 43 autres ne prescrivaient ni névirapine ni aucun autre antirétroviral.

Directives du traitement par les ARV

Sur les seize clients qui ont répondu, quatre ont dit qu'ils n'avaient que les directives nationales du traitement standard du VIH/Sida, quatre n'avaient que des exemplaires des principes directeurs de l'OMS et quatre uniquement des directives « informelles » : quatre avaient des exemplaires de plusieurs directives.

Formation reçue sur les ARV

Sur les 47 clients qui ont répondu, 13 ont indiqué qu'ils avaient reçu une formation sur la prescription et l'utilisation des ARV. Les 34 autres n'avaient reçu aucune formation dans le domaine du VIH/Sida.

Formation dispensée sur les ARV

Sur les treize clients qui ont indiqué qu'ils prescrivaient des ARV, quatre avaient reçu une formation du Ministère de la santé, trois d'un centre d'approvisionnement public, trois d'ONG, et trois autres institutions internationales. Trois clients recevaient une formation dispensée par des donateurs bilatéraux et cinq devaient leur formation à plus d'une entité (voir tableau 57).

Tableau 57 : Formation aux ARV

Institutions donnant une formation sur les ARV	Etablissements (nombre)	Etablissements (%)
Ministère de la santé	4	31
DSO	3	23
Institution internationale	3	23
ONG	3	23
Donateur bilatéral	3	23
Formation en interne	1	8

4.1.14 Echange de produits

Sur les 53 clients qui ont répondu, 25 ont indiqué que leur DSO autorisait l'échange de produits et les 28 autres qu'elle ne l'autorisait pas.

4.1.15 Notification des effets indésirables

Sur les 44 clients qui ont répondu, 20 n'avaient pas notifié d'effets indésirables. Cependant, quinze ont indiqué qu'ils en informaient leur DSO, sept qu'ils en informaient leur ministère de la santé et deux leur médecin de district. Dans leur majorité, les clients signalaient les effets indésirables.

4.1.16 Les services des DSO vus par les clients

Points importants retenus par les clients

Tous les clients qui ont répondu ont estimé que les points « très importants » concernant les services des DSO étaient principalement les suivants :

- produits de bonne qualité ;
- prix satisfaisants ;
- choix suffisant de produits ;
- formation ;
- accords de paiements ;
- relations personnelles.

Certes les services et les situations locales peuvent différer d'une DSO à l'autre et entre les pays dans lesquels elles travaillent, mais les clients qui ont répondu ont noté de la façon suivante le niveau général des services des DSO :

- « Excellent » pour : 1) la qualité des produits ; 2) les relations personnelles, 3) les dates de péremption.
- « Bon » pour : 1) l'exécution exacte des commandes de médicaments, 2) les prix des produits, 3) la prise en compte des préférences du client, 4) les accords de paiement.
- « Acceptable » pour : 1) la réponse aux plaintes, 2) l'information sur les médicaments, 3) l'exécution complète des commandes de médicaments.

- « Mauvais » pour : 1) la maintenance, 2) les livraisons, 3) les visites d'appui, 4) la formation, 5) la rétro-information

Domaines à améliorer

Les 37 clients qui ont répondu ont indiqué que les DSO devaient progresser dans les domaines spécifiques suivants :

- choix de produits offerts : ce choix n'était pas assez vaste et presque aucun des nouveaux traitements mis sur le marché n'était proposé.
- système des kits préemballés : il ne donnait pas satisfaction car la quantité et le nombre de médicaments étaient fixes. Un système de réponse obéissant à la commande semblait mieux adapté aux besoins des clients.
- informations sur les quantités disponibles : en particulier pour les clients des zones éloignées. Les DSO ne donnaient pas de renseignements sur les médicaments disponibles et le niveau de leurs stocks.
- informations sur les prix : elles devaient être communiquées régulièrement pour que les clients qui avaient adopté le paiement comptant puissent se munir d'assez d'argent liquide pour s'approvisionner selon leurs besoins.
- système souple de paiement : les clients étaient souvent confrontés à des problèmes de trésorerie et avec le paiement comptant, il leur était difficile de s'approvisionner suffisamment. Il fallait aussi leur offrir la possibilité de crédit à 30 jours.
- services de livraison : des clients allaient eux-mêmes s'approvisionner au dépôt de leur DSO, et la plupart d'entre eux combinaient ce déplacement avec d'autres activités, ce qui pouvait concourir à renforcer le lien entre clients et DSO. Ils choisissaient d'autres fournisseurs lorsque la DSO ne pouvait pas répondre à leurs besoins.
- formation : les clients avaient besoin d'une information actualisée dans les domaines de la prescription/délivrance et de l'usage rationnel des médicaments, notamment les ARV; de la qualité des médicaments; de la gestion des stocks; et de la quantification des besoins.
- les services à tel ou tel client particulier, comme la réponse aux plaintes et les visites d'appui devaient aussi être améliorées.

4.2 Instances fondatrices

Les instances fondatrices ont été interrogées sur les raisons de la mise en place de leurs DSO sur l'aide qu'elles apportaient à celles-ci et sur les résultats qu'elles en attendaient. Certaines organisations confessionnelles étaient arrivées en Afrique à la fin des années 1890 ou au début du XX^{ème} siècle et travaillaient surtout dans les domaines de la santé et l'éducation.

4.2.1 Rapports entre instances fondatrices et DSO

La relation entre dirigeants religieux et DSO était fondée principalement sur le fait que des représentants de ces dirigeants siégeaient aux conseils d'administration et commissions des DSO. La plupart de ces dirigeants ont indiqué que les activités des DSO étaient encore nécessaires et qu'il fallait même peut-être les étendre pour mener à bien leurs différentes missions, comme de « rapprocher le plus possible de chaque citoyen les services préventifs et curatifs » ; « donner les soins de santé dans une perspective chrétienne » ; « offrir des soins de santé abordables, surtout aux plus pauvres ».

4.2.2 Appui des DSO aux instances fondatrices

En général, les instances fondatrices voyaient dans leurs DSO des structures d'approvisionnement nécessaires pour continuer à soutenir leurs activités de soins de santé inspirées par leur foi. De plus, certains des fonds générés par les fonds pharmaceutiques renouvelables des DSO servaient à la mise en place de projets lancés par les dirigeants religieux.

4.3 Gouvernements

Les représentants des gouvernements de sept pays, fonctionnaires des ministères de la santé et des magasins publics ont été interrogés en tant qu'experts nationaux en matière de santé sur les prestations d'ensemble des DSO.

4.3.1 Contribution des DSO aux systèmes publics d'approvisionnement

Ces représentants se sont déclarés très reconnaissants de l'apport des DSO aux systèmes gouvernementaux de santé et d'approvisionnement en médicaments. Dans la plupart des cas, ils considéraient ces DSO comme des auxiliaires des politiques pharmaceutiques gouvernementales, comme des éléments qui complétaient le système public d'approvisionnement en médicaments et permettaient de répondre aux besoins de la population, en particulier dans les zones rurales et éloignées. Cependant, certaines agences publiques d'approvisionnement voyaient dans les DSO efficaces des concurrentes, en particulier pour ce qui est des prix de vente et des services offerts aux clients ; les sept pays ont donné à la qualité des services des DSO la note globale 3, sur une échelle de 1 à 5, où 1 représente une mauvaise prestation et 5 une excellente prestation.

4.3.2 Points soulevés par les gouvernements

Les représentants des gouvernements ont estimé que les DSO devraient s'améliorer dans les domaines suivants :

- communication avec les autorités sanitaires (ministère de la santé) ;
- professionnalisme dans la gestion de l'approvisionnement ;
- système de contrôle de la qualité des médicaments ;
- politiques relatives aux dons de médicaments.

5. Enseignements et recommandations pratiques

5.1 Réunion de bilan OMS/EPN

La présente section est entièrement basée sur les débats des participants et les recommandations qu'ils ont faites lors de la réunion de bilan OMS/EPN sur l'étude multipays, qui s'est tenue à Nairobi (Kenya) du 31 mai au 2 juin 2004. Dès le départ, il est apparu qu'une telle réunion était un élément critique, constitutif du processus participatif sur lequel reposait l'étude, et qu'elle était essentielle à son succès. Elle a été l'occasion d'informer des résultats de l'étude les membres du conseil de l'EPN, les membres des équipes d'évaluation et d'autres membres de l'EPN qui n'avaient pas participé à l'étude. (Pour le rapport complet sur la réunion, s'adresser au secrétariat de l'EPN à l'adresse donnée à la page ii).

5.2 Analyse par groupe

5.2.1 Domaines prioritaires dans l'approvisionnement et la gestion des médicaments

Après la présentation des résultats de l'étude par les membres du personnel de l'OMS qui y ont pris part, les participants ont d'abord relevé les résultats clés et les ont rangés par ordre de priorité, mettant ainsi en lumière les principaux domaines d'activité en ce qui concerne l'approvisionnement et la gestion des médicaments. Ces domaines étaient les suivants :

1. Assurance de la qualité ;
2. Formation ;
3. Distribution/livraison ;
4. Acquisition des médicaments ;
5. Capacité de stockage et de gestion des médicaments ;
6. Viabilité des activités des DSO;
7. Collaboration.

Bien que plusieurs DSO aient mentionné la tarification des médicaments, dans l'ensemble ce point n'a pas été considéré comme une priorité.

Par petits groupes de travail, les participants ont élaboré « des arborescences de problèmes » pour chaque domaine prioritaire, afin de déceler les causes sous-jacentes possibles de ces problèmes et de proposer des solutions pratiques. On trouvera à l'annexe 7 de plus amples détails sur les domaines prioritaires d'un plan d'action, avec les causes possibles des problèmes et les suggestions adressées aux DSO, aux membres de l'EPN et aux partenaires extérieurs.

Les groupes de travail ont ensuite précisé les principaux enseignements tirés de l'étude, puis ils ont étudié les caractéristiques d'une DSO qui fonctionne bien, afin de s'y référer pour mesurer les changements et les améliorations apportées au fil du temps. Ces débats menés en toute franchise sur de multiples points ont abouti à des recommandations qui ont été approuvées par tous les participants.

5.2.2 Enseignements tirés de l'étude OMS/EPN multipays

Les participants ont classé ces enseignements dans l'ordre de priorité suivant :

- L'étude a été une occasion d'autoévaluation pour les DSO.
- En participant à l'étude, l'EPN a renforcé les capacités de ses ressources humaines grâce à l'amélioration du maillage entre ses membres et avec l'OMS, l'un de ses partenaires extérieurs.
- L'importance accordée par l'étude aux données et faits consignés sur lesquels fonder les orientations et les systèmes de gestion des médicaments, a encouragé les DSO à assurer correctement l'enregistrement, la préservation et le suivi des données concernant leurs activités.
- L'examen par les pairs des meilleures pratiques selon la méthode « apprendre en évaluant » et « apprendre à évaluer » a été encouragé. En outre, les entretiens ont stimulé les débats techniques entre évaluateurs.
- Les évaluations croisées des DSO ont enrichi les connaissances des évaluateurs et certains d'entre eux ont adopté des mesures pour améliorer leurs propres systèmes, avant même que ne soient connus et examinés les résultats de l'étude lors de la réunion de bilan.
- Les évaluations ont permis de voir si les DSO disposaient de mécanismes pour démontrer leur transparence et leur responsabilité comptable ou si elles avaient encore des efforts à faire dans ce domaine.
- L'étude visait à montrer, preuves à l'appui, comment chaque organisation fonctionnait, mais il est apparu évident que les DSO étaient des institutions dynamiques qui adaptaient continuellement leur mode de fonctionnement, et qu'il faudrait donc prévoir des études du même genre à intervalles réguliers.
- La méthode suivie pour l'étude s'est révélée correcte en ce qu'elle a bien montré l'importance des réunions et des autres moyens de communiquer avec les différentes catégories de personnel, les clients, les responsables des instances fondatrices, les ministères de la santé et les agences d'approvisionnement publiques.
- L'étude a ouvert de nouvelles voies de collaboration entre DSO pour faire face aux difficultés et problèmes du moment et mettre en commun les données d'expérience pertinentes.
- Le recours à des évaluateurs d'autres DSO membres de l'EPN a intensifié les sentiments d'appropriation et de confiance. Les tournées croisées ont été utiles.

- La coopération, entre les quatre évaluateurs des DSO jumelées, leur honnêteté et leur ouverture, ont permis de mesurer la force de l'esprit d'équipe qui s'est instauré.
- L'importance de l'ouverture d'esprit manifestée lors de la conduite des évaluations a été soulignée.
- Le recours à des évaluations externes a été un bon choix.
- Il faudrait encourager le renforcement des liens entre DSO et pouvoirs publics.
- Les enquêteurs en ont appris plus que les enquêtés pendant les évaluations.
- Il était important que les questionnaires soient en anglais et en français à la fois.

Autres points soulevés pendant les débats

- Il faudrait accorder plus de place à l'explication de l'objectif de l'étude, des évaluations croisées et à la prise en compte des attentes.
- Comme chaque pays utilise une terminologie différente, il aurait fallu inclure des définitions dans les questionnaires. Heureusement, les évaluateurs ont paré aux malentendus.
- Organiser et réaliser une étude multipays est un défi, mais l'EPN a mené cette entreprise à bien, avec l'OMS.

5.2.3 Caractéristiques d'une DSO qui fonctionne bien

A partir des résultats de l'étude, les participants ont été priés de définir les caractéristiques d'une DSO qui fonctionne bien et de leur attribuer un rang. Ces caractéristiques devraient être mesurables pour que l'on puisse suivre les changements au fil du temps. Après en avoir débattu, les participants se sont mis d'accord sur des indicateurs et des moyens de vérification (voir tableau 58).

5.3 Recommandations des groupes

La réunion a non seulement défini les domaines d'action prioritaires pour l'avenir, mais a formulé les recommandations générales suivantes, que le secrétariat de l'EPN, ainsi que l'OMS, en tant que partenaire extérieur, devraient examiner.

- Considérer les résultats de l'étude comme la base d'études de suivi à exécuter à intervalles appropriés ;
- Simplifier l'outil d'évaluation OMS/EPN (la série de questionnaires) pour que les DSO puissent l'utiliser comme outil d'autoévaluation continue ;
- Concevoir spécialement pour les DSO d'autres outils de renforcement des capacités, comme des manuels « mode d'emploi », dans les domaines clés à améliorer ;

- ❑ Entreprendre des études de faisabilité sur la production locale par les DSO et sur la mise en place de leurs propres services de livraison ;
- ❑ Accorder aux membres de l'EPN un appui leur permettant d'avoir accès à un plus grand nombre de sources d'informations sur les prix des médicaments essentiels pratiqués par les fournisseurs, y compris les prix des ARV et d'autres médicaments essentiels récemment mis sur le marché ;
- ❑ le secrétariat de l'EPN devrait communiquer les présentes recommandations aux DSO membres du Réseau qui n'ont pas participé à l'étude multipays.

Tableau 58 : Caractéristiques d'une DSO qui fonctionne bien

Rang	Caractéristiques	Indicateurs	Moyens de vérification
1.	Procédures d'assurance qualité écrites et appliquées	Documents concernant les procédures standard Preuves de leur mise en œuvre	Exemplaires des procédures fournis par la DSO Dossiers des tests d'assurance qualité archivés Rapports d'autoévaluation de la DSO
2.	Programme de mise en valeur des ressources humaines écrit et exécuté	Document sur le programme de mise en valeur des ressources humaines Preuves de son exécution	Exemplaires du programme de mise en valeur des ressources humaines fournis par la DSO Nombre de membres du personnel formés au titre de ce programme
3.	Emploi d'un personnel ayant les qualifications requises en matière d'efficacité et d'efficacité organisationnelles	Organigramme CV et formulaires consultables de candidature des personnels aux postes clés	Exemplaires de l'organigramme fournis par la DSO Exemplaires de CV archivés Rapports des jurys d'embauche Formulaires de notation du personnel archivés Formulaires de candidature disponibles
4.	Règlement financier écrit et appliqué	Document sur les politiques financières Preuves de leur application	Exemplaires des politiques financières fournis par la DSO Rapports sur l'autoévaluation de la DSO Rapports d'audit financier
5.	Existence d'un fonds pharmaceutique de roulement opérationnel	Document sur la politique concernant le fonds de roulement et son fonctionnement Analyse financière chronologique	Exemplaires de politique concernant le fonds de roulement et son fonctionnement fournis par la DSO Rapports sur l'autoévaluation Rapports sur les comptes du fonds
6.	Satisfaction d'au moins 75% des besoins des clients	Audit des besoins des clients Registres de l'approvisionnement des clients	Rapports d'autoévaluation de la DSO

5. ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Rang	Caractéristiques	Indicateurs	Moyens de vérification
7.	Existence d'une politique de tarification	Document relatif à la politique de tarification Preuves de sa mise en œuvre	Exemplaires de la politique de tarification fournis par la DSO Registres archivés de l'examen des prix
8.	Informations sur les prix communiquées et reçues	Listes ou catalogues des prix Preuves de sa diffusion	Exemplaires de la liste des prix ou du catalogue fournis par la DSO Listes ou catalogues fournis par la DSO à ceux qui ne figurent pas sur la liste des clients Liste des prix mise à jour Exemplaires disponibles des listes nationales/internationales des prix
9.	Plan d'entreprise et budget disponibles	Document présentant le plan d'entreprise et le budget Preuves de son application	Exemplaires du plan d'entreprise et du budget fournis par la DSO Rapports intérimaires périodiques
10.	Définition claire des rôles et fonctions du conseil d'administration et de la direction	Document sur le mandat du conseil d'administration et de la direction Preuves de sa mise en œuvre	Exemplaires du mandat fournis par la DSO Minutes des réunions du conseil Minutes des réunions de la direction
11.	Existence d'une politique concernant la documentation	Document sur la politique concernant la documentation Preuves de son application	Exemplaires de la politique concernant la documentation fournis par la DSO Documents archivés
12.	Prix compétitifs offerts aux clients	Analyse comparative régulière des prix	Rétro-information des clients Analyse comparative des prix à jour
13.	Existence d'un système approprié de gestion des médicaments	Système d'information et de documentation (électronique ou manuel) Preuves de sa mise en place	Documents, registres et informations de routine consultables (manuel ou par électronique) Rapports d'autoévaluation de la DSO

6. Examen des résultats

6.1 Importance des organisations d'approvisionnement confessionnelles

Si de nombreux chercheurs se sont intéressés aux problèmes que les gouvernements des pays en développement affrontent pour organiser leur approvisionnement en médicaments, peu d'études détaillées ont porté sur la gestion efficace des systèmes d'approvisionnement des organisations confessionnelles¹, malgré leur contribution souvent considérable aux soins de santé dans ces pays. L'une des principales raisons de cette pénurie d'informations a été le manque d'outils d'évaluation appropriés et de critères convenus permettant de mesurer les meilleures pratiques dans le domaine de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques et de la gestion de ces produits par les organisations confessionnelles. La présente étude, descriptive et comparative, a été un premier effort pour combler ce grand « trou » dans les connaissances.

Etant donné l'importance prouvée des organisations confessionnelles s'agissant des prestations de soins de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne, cette recherche est partie de l'hypothèse selon laquelle leur contribution aux systèmes nationaux d'approvisionnement en médicaments serait de même importance. La multiplication observée du nombre d'établissements de soins de santé confessionnels au cours des vingt-cinq dernières années est le résultat du ralentissement du développement socio-économique de l'Afrique, et du fait que les réformes introduites dans le secteur public de la santé n'ont pas donné aux pauvres un accès accru aux services de santé. Là où l'Etat ne pouvait offrir ces services, les organisations confessionnelles ont pris le relais et se sont chargées de la bonne marche des établissements de soins de santé.

La même tendance s'est produite avec la création de la majorité des DSO, qui ont été établies au cours de la période où des réformes – notamment la décentralisation – s'engageaient dans le secteur de la santé publique et de l'approvisionnement en médicaments. Les systèmes publics d'approvisionnement ont été de plus en plus défaillants devant les besoins des établissements de soins de santé confessionnels, qui au départ dépendaient de ces approvisionnements.

Les DSO de dix pays ont indiqué que la proportion de la population qu'elles desservait allait de 25 à 60%, et pour la majorité d'entre elles, la moyenne s'établissait à 43%. Cela signifie qu'ensemble, ces DSO couvraient une population de 112,1 millions de personnes sur une population totale de 284,4 millions de personnes dans les dix pays. L'étude a donc apporté la preuve irréfutable de l'importance actuelle des organisations confessionnelles dans la fourniture de médicaments essentiels, en particulier dans les zones rurales et reculées. Elles apportent aux systèmes nationaux de santé un complément susceptible de pallier les défaillances des dispositifs de l'Etat. Une telle contribution à l'approvisionnement en médicaments dans certaines parties des pays d'Afrique subsaharienne montre bien la

nécessité de faire connaître, documents à l'appui, l'expérience et la pratique des DSO afin d'en faire profiter d'autres intervenants.

Le rôle complémentaire des organisations confessionnelles peut prendre de l'importance dans un avenir proche étant donné la situation socio-économique et politique et les réformes en cours des systèmes publics de santé et d'approvisionnement en médicaments. Au cours des évaluations, les DSO ont indiqué que tel était le cas lorsque les systèmes publics d'approvisionnement ne répondaient pas aux besoins des populations.

6.2 Méthodes employées pour l'étude

6.2.1 Questionnaires structurés

Quatre questionnaires structurés ont été élaborés comme outil d'évaluation pour l'étude multipays. Pour vérifier l'information fournie au cours des évaluations, on a aussi recueilli d'autres données clés en rapport avec l'étude. C'est principalement par manque de temps que certaines réponses n'ont pas été données, ou ne l'ont été que partiellement, et en outre, elles n'étaient pas toutes d'une grande utilité. C'est là est un inconvénient de l'étude auquel il faudra remédier lors des autres enquêtes. Cependant, chaque fois que possible, dans les cas où les réponses étaient incomplètes, l'information a été vérifiée à l'aide des rapports de la DSO concernée ou complétée par les réponses aux demandes d'informations supplémentaires.

6.2.2 Evaluations croisées

Le recours à des équipes d'évaluation appartenant à deux pays appariés a permis aux membres de ces équipes de s'investir complètement dans une collecte de données détaillées et d'avoir des entretiens approfondis avec les diverses parties prenantes dans le cadre d'une étude descriptive. L'examen des bonnes pratiques par les pairs au moyen de la méthode « apprendre en évaluant » et « apprendre à évaluer » a été encouragé. Cet enrichissement des capacités d'évaluation a contribué à donner aux membres de l'EPN le sentiment qu'ils avaient bien assimilé le processus et les a conduits à s'approprier les résultats de l'étude. Les entretiens face à face ont stimulé les débats techniques entre les évaluateurs et le personnel des DSO inspectées. Les évaluateurs des DSO jumelées ont tiré parti de cet exercice, et certains d'entre eux ont pris des initiatives pour améliorer leurs propres systèmes avant même que tous les résultats de l'étude ne soient connus et commentés à la réunion de bilan. Les diverses DSO participantes ont appris à se connaître encore mieux au sein du réseau et l'étude a été faite dans la confiance, la transparence et la collaboration.

6.2.3 Base de données

Une base de données a été spécialement mise au point pour cette étude. Elle a permis l'analyse comparative des données entre pays et domaines une fois l'information recueillie par les questionnaires saisie dans la base. Cette information a été vérifiée par la validation des données communiquées pour

chaque question, la vérification des réponses au questionnaire et l'information disponible dans d'autres documents.

6.2.4 Réunion de bilan

Dès le départ, une réunion de bilan de tous les évaluateurs (qui représentaient les diverses DSO) avait été prévue pour vérifier l'hypothèse de base et les résultats de l'étude. Un exposé détaillé des prestations, des interventions et des services offerts par les seize DSO leur a été communiqué. Les points forts et les points faibles de ces DSO ont été dégagés, ainsi que les domaines dans lesquels il fallait agir en priorité. Sur cette base, chaque DSO pouvait améliorer son fonctionnement et ses activités, l'EPN, en tant que réseau, pouvait apporter son appui à des activités prioritaires précises, et l'OMS, ainsi que d'autres partenaires extérieurs, pouvaient offrir un appui technique et financier. Il est apparu clairement que les DSO étaient confrontées à des problèmes très semblables et les participants sont parvenus aux mêmes conclusions sur les moyens d'améliorer leur fonctionnement.

Les participants ont mis en évidence quatorze traits caractéristiques d'une organisation qui fonctionne bien, afin de pouvoir mesurer les changements et les améliorations au fil du temps. Ce sera là un point de départ pour l'élaboration de critères objectifs applicables aux prestations des organisations confessionnelles d'approvisionnement en médicaments.

Le fait que l'étude ait favorisé la participation et la responsabilisation est l'un des succès clés de la méthode utilisée. Il a ajouté de la valeur à l'étude et a facilité l'utilisation des résultats pour établir un plan d'action spécifique et concevoir une proposition d'assistance technique et financière.

6.3 Mesure des prestations des DSO retenues

6.3.1 Introduction

Les résultats de l'étude décrits au chapitre 3 et les points de vue des clients, des instances fondatrices et des gouvernements sur les DSO présentés au chapitre 4, révèlent la diversité des DSO dans les domaines suivants :

- direction et gestion ;
- politiques concernant les ressources humaines et nombre de personnes qualifiées employées ;
- nombre de pharmaciens employés et leurs salaires annuels ;
- nombre de clients et politiques à leur égard;
- services offerts aux clients par les DSO;
- stratégies d'acquisition, de stockage et de distribution ;
- politiques concernant les dons de médicaments ;
- systèmes d'assurance qualité, y compris procédures standard écrites ;

- politiques de financement des médicaments, recettes provenant de la vente de médicaments et de fournitures médicales et appui des donateurs ;
- pérennité des activités des DSO liée à la situation financière générale et à la structure organisationnelle.

Les différences de taille, fonctionnement et services offerts entre ces seize DSO étaient dues à des facteurs extérieurs, à savoir le climat politique et socio-économique de chaque pays, qui influençaient la conjoncture économique. Les facteurs internes qui jouaient un rôle dans l'activité des DSO étaient liés, pour l'essentiel, aux ressources financières et humaines adéquates dont elles disposaient.

6.3.2 Indicateurs quantitatifs des prestations

Les critères adoptés pendant l'analyse des données peuvent servir à l'examen des prestations des DSO et de leur rentabilité. Ils peuvent être encore affinés pour mesurer les « meilleures pratiques » :

- rapports de prix moyens des médicaments (pour des achats efficaces de médicaments) ;
- rapport recette annuelle – effectifs (pour la charge de travail du personnel) ;
- rapport recette annuelle - nombre de clients (pour la satisfaction du client) ;
- rapport recette annuelle - nombre d'articles (pour la rotation du stock) ;
- rapport salaires du pharmacien - PIB/capita (pour fixer le niveau des salaires).

La plupart des DSO offraient à leurs clients des prix qui étaient compétitifs par comparaison avec les prix moyens indiqués dans l'Indicateur de prix internationaux des médicaments, 2003, publié par MSH en collaboration avec l'OMS⁶. Pour la plupart, elles s'organisaient aussi pour acheter leurs médicaments à des prix très compétitifs par rapport aux prix moyens internationaux. Elles peuvent donc parfois se trouver « en concurrence » avec les DSO nationales ou publiques d'approvisionnement, lorsque les deux entités sont florissantes et ne sont pas soumises à des taxes ou des tarifications. La comparaison des prix des médicaments pratiqués par les diverses DSO peut provoquer plus de débats internes sur l'acceptation d'un prix, le type de contrat d'approvisionnement et les conditions de paiement.

Les rapports recette annuelle par membre du personnel, par client et par article en stock sont de bons indicateurs de la prestation et du rapport coût-efficacité des DSO. Les rapports recette annuelle par effectifs variaient considérablement entre les DSO participantes. Certains rapports pouvaient indiquer que telle ou telle organisation était en sous-effectifs alors que d'autres étaient en sur-effectifs. Certains clients des DSO faisaient en moyenne des achats d'une plus grande valeur monétaire que ceux d'autres DSO, ce qui pouvait indiquer que celles-ci

avaient des clients qui ne se fournissaient pas exclusivement chez elles. Les rapports recette annuelle par nombre d'articles en stock indiquaient que certaines DSO pouvaient obtenir de meilleurs résultats avec une liste d'articles relativement limitée que d'autres qui avaient une liste d'articles relativement longue.

Si l'on compare les DSO JMS en Ouganda et MEDS au Kenya, dont les recettes sont comparables en général, JMS obtient de meilleurs résultats si l'on considère le rapport recette annuelle -effectifs, alors que c'est le contraire pour MEDS si l'on considère le rapport recette annuelle - nombre d'articles. Cependant, elles sont l'une et l'autre à peu près à égalité pour ce qui est de leur rapport recette annuelle - client. Il faut pousser encore les recherches pour déterminer laquelle de ces DSO fonctionne au meilleur coût, car cela dépend de nombreux facteurs. Si l'on compare les DSO CHANpharm et BUFMAR, BUFMAR obtient de meilleurs résultats si l'on considère le rapport recette annuelle – effectifs et recette annuelle – nombre de clients. Les résultats de la DSO CHANpharm sont meilleurs pour ce qui est du rapport recette annuelle – nombre d'articles.

Les salaires annuels étaient très divers. Les rapports salaires annuels - produit intérieur brut (PIB)/capita ont donné un rapport moyen de 3,72 pour les pharmaciens, ce que l'on peut considérer comme acceptable.

6.3.3 Indicateurs qualitatifs du respect des bonnes pratiques

Le résultat clé de l'étude a été que la majorité des DSO s'acquittaient de fonctions d'approvisionnement et de gestion des médicaments et offraient des services de plusieurs manières plutôt qu'en suivant un ensemble rigide de règles, ce qui leur permettait une plus grande souplesse dans leurs activités et vis-à-vis de leurs clients. C'est ce qu'on a pu constater pour les pratiques d'acquisition, les sources d'approvisionnement et de financement, les méthodes de gestion des stocks et de contrôle de la qualité, les systèmes de livraison et les modes de paiement proposés aux clients. L'offre de toutes ces options peut être considérée comme de « bonnes pratiques » que toutes les DSO devraient mettre au point et appliquer dans un futur proche. En tant que membres de l'EPN, les DSO devraient obtenir appui et conseils pour coopérer afin d'incorporer ces diverses formules dans leurs systèmes, et plus tard il sera possible de définir les « meilleures pratiques » dans le domaine de la fourniture et de la gestion de médicaments.

Certains des résultats les plus importants sont exposés plus en détail ci-après :

Petites entreprises – direction et administration

La majorité des DSO fonctionnent comme de petites entreprises, et pour leur donner l'efficacité maximale, il faut les considérer et les gérer en tant que telles. Toutes les DSO avaient un conseil d'administration ou un comité soit élu soit désigné qui supervisait leur travail. Les membres des conseils d'administration et comités ainsi que les dirigeants doivent avoir des qualifications adéquates, les savoir-faire et les compétences voulus pour assurer conseils et direction. Les plans stratégiques, plans et budgets d'entreprise, sont essentiels à la mise en

œuvre et au suivi des activités des DSO. Certaines d'entre elles n'avaient pas de plan d'entreprise, ce qui entravait leur fonctionnement. La plupart des instances confessionnelles fondatrices restaient en relation étroite avec les DSO, toutes étaient représentées à leur conseil d'administration ou commission.

Maintien du personnel

La motivation des dirigeants est principalement d'ordre professionnel et non d'ordre religieux. Les salaires versés par les DSO étaient supérieurs à ceux que l'Etat versait à un personnel équivalent, et certaines ont dit que ces salaires étaient les mêmes que ceux du secteur privé/commercial. Pour retenir un personnel qualifié et maintenir ou accroître sa motivation et son engagement, il était important, selon la majorité des membres du personnel interrogés, d'organiser en interne des stages de formation et des exercices stimulant l'esprit d'équipe. Il est important également pour instaurer un bon climat de travail que la communication entre membres du personnel soit favorisée par des réunions régulières.

Les cadres ont dressé la liste suivante de ceux de leurs avantages qu'ils estiment importants : allocation de transport, allocation de logement, assurance maladie, formation professionnelle, régime de retraite. Une prime de départ leur semblait tout aussi importante mais ils n'en bénéficiaient pas.

Pharmaciens employés

Les pharmaciens jouent un rôle essentiel dans l'approvisionnement et la gestion des médicaments. La majorité des DSO employaient au moins un pharmacien. Le rôle et les fonctions des pharmaciens qualifiés étaient systématiquement sous-évalués dans de nombreuses DSO. Les pharmaciens devraient faire partie de l'équipe dirigeante, du comité de sélection des médicaments et des comités des achats et des appels d'offres. Ils devraient aussi être impliqués dans l'assurance de la qualité et le contrôle des médicaments, l'information sur les médicaments et la formation.

Systèmes d'approvisionnement

La majorité des DSO fournissaient les articles en fonction des besoins des clients (système des commandes ou « réquisition ») et deux seulement se servaient principalement de kits préemballés (système « allocation »). L'une d'entre elles avait recours aux deux systèmes. Les clients qui recevaient des kits espéraient bénéficier sans tarder d'un système « réquisition » répondant plutôt à la demande. Le système du kit ne répond pas exactement aux besoins du client, et l'on reconnaît maintenant un peu partout que s'il peut servir dans une première phase lorsque le réseau de distribution se lance ou se développe, il n'est pas efficace sur le long terme. Un problème imposé par ce système est qu'il peut créer des ruptures de stocks de médicaments essentiels qui sont utilisés plus rapidement que les autres, et aussi des excédents de médicaments moins utilisés. Il peut s'ensuivre des problèmes de stockage pour les établissements de santé. Comme on l'a dit plus haut, les DSO opèrent comme de petites entreprises avec

des fonds de roulement pharmaceutiques comme mécanisme financier. Un système fondé sur la demande, est plus approprié que le système du kit préemballé lorsque ce sont les clients qui doivent payer les médicaments.

Acquisition

Toutes les DSO avaient diverses méthodes d'acquisition, la majorité s'organisant en fonction de leur stratégie, de la situation locale ou des instructions des donateurs. Elles avaient principalement recours aux achats directs et aux appels d'offres négociés ou sélectifs adressés à des fournisseurs locaux et internationaux. La moitié d'entre elles s'approvisionnaient principalement auprès de fournisseurs locaux. La plupart des produits importés arrivaient par mer ou par air.

Achats groupés

Parmi les DSO les plus importantes, certaines (MEDS et JMS) se sont constituées à partir de diverses petites DSO du même pays. Elles fonctionnent bien, signe qu'il pourrait être intéressant pour un groupe de petites DSO du Cameroun, ou même pour d'autres DSO du Réseau, d'envisager de grouper leurs achats pour qu'avec des volumes et un pouvoir d'achat plus grands, elles obtiennent de meilleurs prix grâce aux économies d'échelle, en particulier pour de petits volumes de médicaments chers et d'apparition récente sur le marché.

Production locale

Un point important a été examiné lors de la réunion de bilan : l'autonomie quant à l'approvisionnement grâce à la production locale par les DSO elles-mêmes, mais aucun consensus ne s'est dégagé. Plusieurs DSO avaient des unités de production et l'on a émis des doutes quant aux avantages de la modernisation et de l'entretien d'unités de production, par rapport aux coûts du personnel formé nécessaire. Une étude de faisabilité sur la production locale par les DSO elles-mêmes est mentionnée à l'annexe 7d du plan d'action spécifique (domaine prioritaire 4).

Sous-traitance des services – services de livraison des DSO

L'étude a montré que la majorité des DSO offraient à leurs clients des services de livraison. Certaines avaient leur propre service, d'autres utilisaient des services de messagerie (activité « sous-traitée »), d'autres encore comptaient sur les moyens dont disposaient les clients eux-mêmes, et plusieurs combinaient ces moyens de distribution. Pour ce qui est de la commodité, les clients, en particulier ceux qui habitaient dans les zones reculées, ont indiqué une préférence pour la livraison par les DSO. Une étude de faisabilité sur les services de livraison des DSO, qui devrait porter aussi sur la possibilité de livraison moyennant paiement, est mentionnée à l'annexe 7c (plan d'action – domaine prioritaire 3).

Services en sous-traitance – procédures de dédouanement

La majorité des DSO qui importaient leurs fournitures confiaient le dédouanement à des agents privés, principalement pour bénéficier d'un service compétent et faire perdre un minimum de temps à leur personnel.

Systemes informatisés d'aide à la gestion des médicaments

Les systèmes d'aide à la gestion des médicaments facilitent grandement la planification, la gestion et le suivi des activités d'acquisition, d'entreposage et de distribution. La collecte et l'analyse des données, y compris les analyses VEN et ABC, permettent une décision informée. Les systèmes informatisés d'aide à la gestion réduisent les tâches manuelles. Ils permettent de recueillir et analyser les données avec plus d'exactitude et en moins de temps, et aussi de vérifier en un instant l'état du stock disponible et en commande, l'information sur les prix et la situation financière lorsqu'il y a un lien avec un système informatisé de comptabilité. Il ne reste plus comme tâches manuelles que l'inventaire physique, les vérifications pendant l'emballage des produits, les formulaires à remplir pour la commande et l'expédition des médicaments, les accusés de réception et les factures.

Contrôle de l'inventaire

Pratiquement toutes les DSO avec magasins avaient institué un système de contrôle des stocks, informatisé ou manuel. Elles vérifiaient leurs stocks entre une et quatre fois par an. Le mieux serait de le faire de façon aléatoire ou cyclique, comme recommandé dans le manuel *Managing Drug Supply*, (1997), plutôt que selon la tradition, en comptant chaque année les médicaments en stock. Il faudrait promouvoir la méthode suivante qui est rentable : vérifier chaque semaine les quantités de dix articles choisis au hasard

Marges

L'étude a montré que la majorité des DSO tenaient compte dans leurs prix de vente d'une majoration couvrant les coûts de l'emballage/manutention et du transport, mais qu'elles étaient peu nombreuses à y inclure les coûts du contrôle de la qualité. Il faut corriger cette pratique et inclure dans tous les prix de vente un pourcentage correspondant au contrôle de la qualité. Un minimum de 2 à 3% est recommandé, comme le font les grands fournisseurs internationaux qui pratiquent des prix peu élevés.

Conclusion

L'étude a donné des résultats positifs importants en démontrant que les DSO fonctionnent bien parce qu'elles sont gérées comme de petites entreprises, s'approvisionnent de multiples façons, sous-traitent des services, pratiquent des prix compétitifs pour des médicaments de qualité, et ont un personnel très motivé. Conformément aux travaux en groupe et aux résultats de la réunion de bilan sur ce qui constitue une organisation efficace, elles sont nombreuses à prévoir de mettre en place des plans stratégiques à long terme, y compris plans

d'entreprise et budgets annuels, et d'améliorer les « bonnes pratiques » dans la fourniture et la gestion des médicaments et dans les services.

6.3.4 Opinions exprimées, par les clients, les instances fondatrices et les gouvernements

Opinions des clients

Dans l'ensemble, les clients ont donné des réponses favorables au sujet des services fournis par les DSO et tous ont déclaré apprécier la qualité des produits, les dates de péremption longues des produits reçus et les prix pratiqués. Ils se sont aussi félicités des relations personnelles qui ont été établies, de l'attention portée à leurs préférences, des conditions de paiement négociées, et de l'exécution exacte des commandes de médicaments. Cependant, beaucoup de clients ont indiqué que les DSO ne livraient que de 0 à 50% du nombre d'articles commandés, et de 50 à 100% des quantités d'articles commandés. L'étude a montré que les clients avaient de multiples sources d'approvisionnement à côté des DSO et que pour compléter leurs stocks, ils s'adressaient aux magasins publics ou achetaient ce qui leur manquait chez des grossistes privés.

Tous les clients interrogés ont déclaré que pour améliorer leurs prestations et répondre aux demandes, les DSO devaient pouvoir disposer d'un choix plus grand de médicaments et en plus grandes quantités. Ils voulaient recevoir des informations sur les prix et les quantités de produits en stock de façon à mieux prévoir le paiement comptant, et que soit institué un service d'informations sur les médicaments. Ils ont aussi déclaré leur préférence pour un crédit plus long. Les clients éloignés de leurs DSO ont mentionné des services de caractère plus personnel, comme les visites d'appui, les réponses aux plaintes et l'information en retour. Les clients qui devaient aller chercher leurs commandes sur place ont estimé qu'un autre domaine à améliorer était celui des services de livraison.

S'agissant des établissements de soins de santé, tous les clients interrogés ont indiqué que pour améliorer leur gestion des médicaments, il fallait que les DSO leur apportent une assistance technique et les supervisent régulièrement. Il fallait aussi organiser des stages/séminaires de formation en interne sur la prescription, la délivrance et l'usage rationnel des médicaments, en particulier les ARV, et sur la gestion de l'approvisionnement en médicaments, la qualité, la gestion des stocks, et l'évaluation des besoins en médicaments.

Opinions des instances fondatrices

Toutes les instances fondatrices ont déclaré que les DSO apportaient une contribution majeure aux services de santé et pharmaceutiques offerts par les établissements de santé confessionnels aux patients des zones rurales et reculées. Cependant, elles voyaient aussi dans les fonds de roulement pharmaceutiques des DSO une source supplémentaire d'appui financier aux projets lancés par leur hiérarchie religieuse, ce qui compromettrait grandement leur pérennité financière (voir aussi plus loin la section consacrée à la gestion financière).

Opinions des gouvernements

Les représentants des gouvernements ont beaucoup apprécié la contribution que les organisations confessionnelles apportent à leur système d'approvisionnement. Elles étaient perçues comme complétant ces systèmes pour répondre aux besoins de médicaments essentiels de la population. Cependant, elles pouvaient encore s'améliorer pour ce qui est de leurs rapports formels avec les ministères de la santé dont elles dépendaient et de leur collaboration avec eux, ainsi que de leurs politiques concernant les dons de médicaments (voir infra). La licence accordée par les autorités nationales compétentes représentait un grand pas vers la reconnaissance officielle et resserrait la collaboration avec les gouvernements.

Conclusions

Les résultats positifs clés de l'étude multipays mentionnés plus haut sont donc confirmés par la confiance exprimée par les clients des DSO, les bonnes relations qu'elles entretiennent avec leurs instances confessionnelles fondatrices et l'appréciation générale des ministères de la santé.

6.3.5 Les points faibles

L'étude a révélé les difficultés qui devraient retenir l'attention des DSO. Celles-ci les ont elles-mêmes reconnues lors des évaluations. Actuellement, celles qui doivent améliorer les fonctions et services défaillants envisagent diverses solutions et progressent ainsi vers la mise en place de « bonnes pratiques » :

Assurance de la qualité et suivi des prestations

Un système d'assurance de la qualité qui marche est l'épine dorsale de tout système d'approvisionnement assurant acquisition, stockage et distribution. Certaines DSO avaient des procédures standard écrites pour ce faire. Cependant, le manque de respect des bonnes pratiques de stockage, de distribution et de dons de médicaments les rendait inefficaces, ce qui les fragilisait et augmentait leurs coûts de fonctionnement – une situation qu'il fallait redresser.

Un mécanisme fiable de contrôle de la qualité fait partie du système d'assurance qualité, mais la moitié seulement des DSO contrôlaient régulièrement la qualité des lots qu'elles acquéraient. Elles s'adressaient à des laboratoires extérieurs ou procédaient dans leur propre unité à un contrôle minutieux de la qualité d'échantillons ou de l'ensemble. Seules quelques DSO gardaient des échantillons de lots pendant une période de temps déterminée.

Un mécanisme de suivi et d'évaluation, avec indicateurs de performance, est nécessaire pour évaluer plus facilement les plans d'action, les activités d'acquisition et de distribution, la performance du fournisseur et la satisfaction du client. Le suivi et l'évaluation font partie intégrante de la gestion des médicaments et sont essentiels à une prise de décision justifiée et à l'amélioration des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments. Dans leur majorité, les DSO s'approvisionnaient chez des fournisseurs pré-sélectionnés

qui figuraient sur leurs listes, établies à partir de multiples critères. Elles ont toutes déclaré qu'elles n'avaient pas les moyens de s'assurer sur place que leurs fournisseurs respectaient à la lettre les BPF.

Au cours de la réunion de bilan, l'assurance de la qualité, y compris le contrôle de la qualité, est apparue comme le tout premier domaine prioritaire du plan d'action (voir annexe 7a). Pour suivre et évaluer les prestations d'une DSO au fil du temps, il fallait commencer par définir les caractéristiques d'une DSO fonctionnant bien.

Dons de médicaments

La moitié des DSO recevaient des dons de médicaments à distribuer à leurs clients. Les entretiens ont révélé que ces dons peuvent créer des problèmes au lieu de répondre à des besoins réels. Les donations peuvent nuire à l'ensemble du système de gestion des médicaments lorsque les besoins d'une part, et le choix, les quantités et la qualité des médicaments donnés d'autre part, ne sont pas toujours l'objet d'une bonne communication, coordination, ou garantie entre les DSO, les instances fondatrices et les donateurs. Cela peut conduire à fausser le calcul des stocks, à gaspiller et perdre des stocks en place, à faire perdre du temps au personnel qui doit trier les médicaments donnés, et à ajouter des coûts non prévus de stockage, manutention, distribution, et même de destruction si nécessaire.

La qualité des médicaments donnés n'était contrôlée ni avant ni après leur réception. Ces dons inopportuns causaient de graves soucis aux DSO. De plus, les fonds de roulement pharmaceutiques pouvaient souffrir de l'arrivée de dons non souhaités ou non prévus, qui représentaient des coûts supplémentaires pour les DSO chargées de distribuer ces médicaments gratuitement à leurs clients. De plus, ces dons créaient des stocks de médicaments périmés, et faisaient baisser les prix de vente. Les instances fondatrices et les donateurs qui les envoyaient ne se rendaient pas compte de leurs effets nocifs sur les fonds de roulement pharmaceutiques des DSO.

Le fait que la qualité des médicaments donnés n'était pas garantie était particulièrement préoccupant. Certains gouvernements doutaient de leur qualité, et estimaient que leur sélection n'était pas toujours appropriée.

La majorité des DSO se sont déclarées très préoccupées par les dons dits « dons valises ». Il s'agit de médicaments rendus ou très proches de la péremption que des visiteurs qui se rendent dans les établissements de soins de santé des organisations confessionnelles ont collecté dans les pharmacies de communautés et d'hôpitaux de leur pays. Ces visiteurs ne connaissent rien aux règles concernant la qualité, les quantités, les besoins et les dates de péremption qui figurent dans les principes directeurs applicables aux dons de médicaments. Si ces dons inopportuns ne constituent pas un problème direct pour les DSO, ils en sont bien un pour les établissements de soins de santé qui les reçoivent, comme on a pu s'en rendre compte pendant les entretiens avec les clients. Cependant, les

clients ont indiqué qu'ils acceptaient volontiers des dons de médicaments appropriés, car ils étaient gratuits pour leurs patients et donc particulièrement intéressants pour les pauvres.

Les organisations confessionnelles et leurs donateurs doivent donc se conformer non seulement aux principes directeurs inter-institutions publiés par l'OMS¹¹ et auxquels l'EPN, entre autres, a formellement souscrit, mais aussi aux directives nationales ou institutionnelles existantes sur les dons de médicaments. Il appartient aux membres du secrétariat de l'EPN, aux dirigeants des DSO et aux dirigeants de leurs instances fondatrices de promouvoir, respecter et mettre en œuvre ces directives. Il faut expliquer les répercussions des dons de médicaments sur la gestion de l'approvisionnement, le stockage la distribution, la gestion des moyens financiers – le fonds de roulement pharmaceutique – ainsi que les conséquences pour ce fonds de coûts supplémentaires et imprévus, du gaspillage de stocks et de la diminution des recettes. Il faudra peut-être que le secrétariat de l'EPN lance une campagne pour faire comprendre que les dons en espèces sont plus utiles que les dons en nature à l'action des DSO et, en fin de compte, aux soins du domaine pharmaceutique et à la santé des patients.

De plus, l'absence de rapports concernant les donations inappropriées empêche la mise en œuvre de bonnes pratiques dans ce domaine. Le secrétariat de l'EPN devrait encourager ses membres à faire état, malgré leur réticence, des violations des directives concernant les dons de médicaments, Ce n'est que grâce à ce type de rapport que les donateurs peuvent améliorer leurs façons de faire.

Le concept de médicament essentiel

L'étude a montré que les DSO s'écartaient parfois du concept de médicament essentiel pour ce qui est de la sélection et de l'usage rationnel des médicaments ou des recommandations adressées aux clients. Elles devaient trouver l'équilibre entre répondre aux préférences ou aux demandes des clients et respecter la politique relative aux médicaments essentiels, mais ont reconnu dans leur majorité qu'il fallait appliquer cette politique chaque fois que possible. Ce point restera matière à discussion, car la solidité des DSO est principalement fondée sur les ventes de médicaments, et ce peut être là un problème pour les gestionnaires des établissements de soins aussi. Il faut surveiller la polypharmacie avec soin. Ce sujet peut être inscrit aux programmes des stages de formation des clients à la prescription et la délivrance rationnelles de médicaments, ce qui suppose la nécessité de suivre les lignes directrices concernant les traitements et l'éducation des patients à l'utilisation des médicaments.

Informations sur les médicaments et les prix

Presque aucune DSO ne s'appuyait sur l'information de l'OMS concernant les médicaments et les prix, comme le Formulaire OMS Modèle¹², l'Indicateur de prix internationaux des médicaments⁶ et l'Indicateur AFRO sur les prix des médicaments essentiels⁷. Les listes de prix de leurs fournisseurs étaient leur principale source d'information. Le fait qu'un fournisseur fixait des conditions

différentes pour les différentes DSO en ce qui concerne les prix, les conditions de crédit et les délais de livraison indique que les DSO ne fonctionnaient pas toutes de la même manière ou n'avaient pas négocié les meilleures conditions avec leurs fournisseurs. Un service de renseignements sur les prix pour suivre les prix et les conditions d'approvisionnement d'une DSO à l'autre pourrait être une activité en réseau. Un site intranet pourrait être installé pour permettre aux membres de l'EPN de mettre en commun les informations concernant les prix et les fournisseurs. Le secrétariat de l'EPN devrait diffuser tous les documents pertinents de l'OMS auprès des DSO du Réseau, comme il a été recommandé lors de la réunion de bilan.

Gestion financière

L'étude multipays a montré que les activités de la majorité des DSO reposaient sur un fonds de roulement pharmaceutique. Dans leur majorité, les DSO ont déclaré que les ventes de fournitures constituaient entre 90 et 100% de leur revenu total. Les coûts des achats étaient la principale ligne budgétaire d'après les tableaux d'ensemble des dix DSO qui ont donné les chiffres de leur budget, ce qui représente entre 75 et 91% des recettes totales. Les coûts de personnel venaient au deuxième rang. Beaucoup d'OSO prévoyaient d'accroître les volumes de fournitures et de distribution pour améliorer leur viabilité financière.

Au cours des entretiens, il est apparu que certaines DSO transféraient des fonds à leurs instances fondatrices pour soutenir les projets de leur hiérarchie. De même, certaines prêtaient de l'argent aux départements de leur organisation confessionnelle impliqués dans des activités d'ordre sanitaire. Ces prêts n'étaient pas remboursés en temps voulu, s'ils l'étaient jamais, ce qui compromettait les budgets destinés aux médicaments et la situation financière d'ensemble des DSO.

Les transferts d'argent et les emprunts en interne nuisaient à l'efficacité du fonds de roulement pharmaceutique, et risquaient d'aboutir à la réduction des budgets imputés sur ce fonds, à l'absence d'investissement pour l'avenir, à la réduction du pouvoir d'achat et à l'affaiblissement de la viabilité. On a appris qu'une DSO, membre du réseau, avait dû déposer son bilan et cesser ses activités parce que le fonds de roulement ne pouvait générer suffisamment d'argent pour ses propres opérations d'approvisionnement. Comme on l'a déjà vu, les donations de médicaments non prévues et non souhaitées, nuisaient aussi au fonds de roulement des DSO.

Certaines des DSO les plus importantes sont devenues financièrement viables et ont étendu leurs activités à l'approvisionnement du secteur public et du secteur privé non lucratif. Ces DSO avaient reçu pendant un très grand nombre d'années l'appui de donateurs extérieurs engagés avant d'atteindre le seuil de rentabilité. De plus, l'étude a montré que la majorité des plus petites DSO avaient besoin de l'appui permanent des donateurs pour poursuivre la plupart de leurs activités, ce qui montre bien le niveau généralement bas de la viabilité de ces petites DSO. Les DSO qui bénéficiaient d'un financement extérieur le recevaient sous la forme

d'un appui financier à long terme des donateurs. Certaines d'entre elles recevaient un appui de plusieurs donateurs, y compris d'agences bilatérales.

Une constatation importante a été que l'investissement initial pour la construction de bâtiments, l'installation de matériel informatique et de logiciels, ou l'introduction de nouveaux traitements comme la thérapie antirétrovirale, sont impossibles sans prêts de banques commerciales ou appuis financiers notables de donateurs, et cela parce que les politiques financières de la plupart des DSO ne prévoyaient pas l'épargne en vue d'investissements ou d'activités futures.

L'application stricte des politiques financières et des bonnes pratiques financières est essentielle car les DSO doivent tirer suffisamment d'argent des ventes de médicaments et de dispositifs médicaux pour reconstituer leurs stocks et faire face à leurs coûts de fonctionnement. La planification stratégique, notamment les plans d'entreprise, devrait assurer la survie des DSO en tant que petites entreprises et, si possible, celles-ci devraient être autorisées à épargner en vue d'investissements futurs approuvés et pour renforcer leurs interventions. Il faudrait adopter cette mesure en tant que « bonne pratique économique ».

Services aux clients

L'étude a montré que la majorité des DSO se proposaient de créer des unités de services aux clients pour répondre plus efficacement aux demandes et aux questions. La plupart des DSO ont indiqué qu'elles voulaient se servir du questionnaire destiné aux clients à intervalles réguliers et l'adapter pour répondre à leurs propres besoins. Pour beaucoup d'entre elles, les réponses franches des clients au questionnaire et les débats qui s'en sont suivis avec eux ont été éclairants et ont donné une information pertinente sur le niveau de leur satisfaction.

Collaboration

Lors de la réunion de bilan, les DSO ont indiqué qu'elles voulaient mettre en œuvre un ensemble d'activités propres à renforcer la collaboration avec les principaux partenaires locaux, comme les ministères de la santé, d'autres organisations confessionnelles et les ONG locales et internationales. L'isolement ne pouvait plus se justifier. Les DSO ont aussi déclaré qu'elles voulaient renforcer la communication et la collaboration entre DSO au sein du Réseau, en particulier pour ce qui est de l'information sur les prix et les fournisseurs, l'assurance de la qualité et la formation conjointe du personnel, ce qui irait dans le sens de leurs efforts pour parvenir à une gestion efficace et durable.

7. Conclusion

L'étude multipays a montré que les DSO fournissaient les médicaments nécessaires de bonne qualité à des prix compétitifs, et qu'elles étaient appréciées par les clients et les ministères de la santé pour ce travail. Elles ont aussi reçu l'appui sans réserve de leurs instances professionnelles fondatrices. À en juger par les résultats de l'étude, il est clair que les DSO qui ont participé à l'étude jouent et continueront à jouer un rôle très important dans l'approvisionnement en médicaments des populations dans le besoin, en particulier dans les zones reculées de l'Afrique subsaharienne.

L'une des constatations positives les plus importantes de l'étude a été que ces DSO se comportent comme de petites entreprises et devraient être considérées et gérées comme telles. La majorité de leurs fonctions et les services qu'elles offrent sont exécutés selon diverses procédures que l'on peut qualifier de « bonnes pratiques ». Les critères qui ont servi à l'analyse des données peuvent encore être développés et devenir une base d'évaluation des prestations des DSO et de leur rentabilité. Toutes les DSO devraient travailler ensemble à la mise en place des « meilleures pratiques » dans les domaines de travail prioritaires qu'elles ont elles-mêmes définis lors de la réunion de bilan.

L'étude a aussi révélé des faiblesses dans les domaines suivants : systèmes d'assurance qualité, dons de médicaments, informations sur les prix, politiques d'usage rationnel des médicaments, gestion informatisée des médicaments, services aux clients, viabilité financière, relations avec les ministères de la santé et les autres partenaires locaux, recours insuffisants à l'information donnée par l'OMS sur les médicaments et les prix, et aux principes directeurs applicables aux dons de médicaments. Ces difficultés ont été reconnues lors de l'évaluation de chaque DSO et des mesures correctives envisagées.

Tous les participants membres de l'EPN ont vu dans l'étude un premier pas vers une collaboration plus poussée entre membres du réseau. L'étude est aussi apparue comme une base permettant de reconnaître et d'améliorer les « bonnes pratiques » des organisations professionnelles d'approvisionnement en médicaments dans la gestion, l'acquisition et la distribution des fournitures pharmaceutiques. En se fondant sur les caractéristiques d'une DSO qui fonctionne bien telles que décrites pendant la réunion de bilan, il faudrait maintenant élaborer un outil simplifié d'autoévaluation que les DSO utiliseraient annuellement, et remanier l'outil d'évaluation conçu pour la première étude multipays OMS/EPN, qui servirait à intervalles plus longs.

On a pu voir avec quel sérieux le personnel des DSO a collaboré pour mettre à profit les résultats et les constatations de l'étude et établir un plan d'action spécifique propre à améliorer leurs prestations dans des domaines prioritaires comme : 1) l'assurance de la qualité, 2) la formation, 3) les services de livraison/distribution, 4) l'acquisition de médicaments, 5) les capacités de stockage et de gestion des médicaments, 6) la viabilité des activités des DSO, et 7) la collaboration.

La prochaine étape pour le secrétariat de l'EPN consistera à présenter les domaines prioritaires sous forme de plan d'action et à rechercher un appui financier et technique extérieur pour ce plan, ce qui augmentera l'efficacité et la viabilité des DSO des pays de l'Afrique subsaharienne.

7.1 Résultats attendus de l'étude multipays

Tous les résultats escomptés de l'étude multipays ont été atteints. Ces résultats étaient les suivants : un outil d'évaluation sous la forme d'un ensemble de questionnaires en anglais et en français; un ensemble de questionnaires adaptés, pour entreprendre une étude multipays analogue sur les systèmes publics d'approvisionnement en médicaments en Afrique; un réseau de consultants constitué par les évaluateurs; un plan d'action dans les domaines de l'approvisionnement et de la gestion des médicaments que les DSO doivent améliorer; une publication OMS/EPN; une visibilité accrue de l'EPN grâce au recours à la présente publication pour la promotion et la sensibilisation.

De plus, l'évaluation croisée des pays a permis aux équipes qui en étaient chargées de renforcer leurs compétences en la matière. On peut maintenant tirer un outil d'autoévaluation de ce nouvel outil qui était destiné aux organisations confessionnelles. La base OMS de données créée pour la gestion des données fournit à l'EPN des informations d'un intérêt exceptionnel sur le travail des DSO dans le domaine de l'approvisionnement et de la gestion des médicaments et sur leur fonction de complément du secteur pharmaceutique public. De plus, avec l'étude, l'OMS et l'EPN ont des moyens plus étendus de recueillir l'information, de l'analyser et d'en tirer des résultats.

7.2 Points de vue des partenaires

AIDS (Agence suédoise pour le développement international)

La conception de cette étude multipays coïncide avec l'objectif de la recherche opérationnelle menée par l'Agence suédoise pour le développement international (AIDS) pour aider les décideurs à mettre le doigt sur les problèmes des systèmes de santé et à évaluer leurs prestations, y compris la fourniture de médicaments. L'étude allait dans le sens des priorités clés de la stratégie d'AIDS, qui sont entre autres :

- La collaboration à la recherche opérationnelle avec des pays à faible revenu lorsque cette recherche est liée à la mise en œuvre de politiques pharmaceutiques. La valorisation des ressources humaines par la recherche participe en quelque sorte à la mise en place de compétences ;
- La conception de politiques et la création d'institutions basées sur l'élaboration et l'exécution de politiques fondées sur des faits avérés par l'expérience, les enseignements retenus et les comparaisons entre pays ;
- L'instauration d'un consensus, la mise en réseau et le travail d'équipe, qui sont nécessaires à la participation, l'appropriation, et l'accord général lors de projets de collaboration menés avec le personnel de santé en vue d'une pratique commune.

EPN

En ce qui concerne l'EPN, l'étude a donné un coup de fouet au moral des dirigeants car elle leur a offert l'occasion d'apprendre comment, dans des circonstances comparables, d'autres résolvaient leurs problèmes, et de mettre en commun les connaissances des bonnes pratiques. Connaître les « bonnes pratiques » des autres donnait aux DSO l'élan nécessaire à la révision de leurs propres objectifs et élevait le niveau de leurs aspirations. La chance de travailler avec des DSO installées dans d'autres pays et de collaborer avec une organisation internationale comme l'OMS élargissait les perspectives des dirigeants et les aidait à réaliser l'importance de leur travail, non seulement pour les clients, mais aussi pour le pays en général.

OMS

Du point de vue de l'OMS, la réussite du processus participatif et responsabilisant de l'étude est l'une des réussites clés de la méthode utilisée. L'exploitation des résultats y a gagné en valeur ajoutée par l'élaboration d'un plan d'action spécifique, et a conduit à la conception d'une proposition d'assistance adressée aux donateurs. L'étude et la réunion de bilan ont démontré que le personnel des DSO pouvait évaluer ses prestations et déterminer avec succès les domaines à améliorer. Il y a des experts techniques locaux, il faut les mobiliser et les faire participer davantage aux activités d'autres DSO.

De plus, avec l'évaluation par les pairs, l'OMS a découvert une nouvelle façon de travailler. Elle a montré que les DSO s'enrichissaient mutuellement au contact des problèmes et solutions de chacun et que les uns étaient disposés à écouter les conseils des autres. Grâce au Réseau, l'OMS peut continuer à dispenser assistance, informations et conseils à un groupe de DSO dans beaucoup de pays africains disposés à travailler collectivement dans les domaines de l'approvisionnement et de la gestion de médicaments.

Recommandations : lancer d'autres études multipays

Une autre recommandation du groupe a été d'entreprendre une étude comparable dans deux ou trois ans, afin de renseigner sur les améliorations apportées par chaque organisme et par l'EPN en tant que réseau, et de mettre au point peu à peu un ensemble de « meilleures pratiques ».

Importance des organisations professionnelles d'approvisionnement en médicaments

En conclusion, les résultats de l'étude ont clairement montré que les DSO font du bon travail en général, en grande partie parce que leurs procédures d'acquisition sont transparentes, leurs prix compétitifs et leur personnel très motivé. Elles ont gagné la confiance de leurs clients, ont été appréciées des ministères de la santé et ont entretenu de bonnes relations avec leurs instances professionnelles fondatrices. Elles jouent un rôle crucial dans l'accessibilité aux médicaments, en particulier dans les zones rurales et reculées, et dans celles où les pouvoirs publics n'approvisionnent plus guère les établissements publics de santé. Elles peuvent donc avoir une fonction vitale de « filet de sécurité », lorsque l'approvisionnement de l'Etat manque ou est insuffisant.

Références

1. Rôles des secteurs public et privé dans le domaine pharmaceutique – Incidences sur l'équité en matière d'accès et sur l'usage des médicaments. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 1997. (WHO/DAP/97.12).
2. Réformes de la santé et Financement des médicaments. Questions choisies. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 1998. (WHO/DAP/98.3).
3. Drug supply systems of missionary organizations. Identifying factors affecting expansion et efficiency: Case studies from Ouganda and Kenya. Rapport établi pour OMS/EDM par Kawasaki E. et Patten J. 2002. (Non publié).
4. Collaboration between NGOs, ministries of health and WHO in drug distribution and supply. Geneva: World Health Organization; 1998. (WHO/DAP/98.12).
5. Medicine prices: a new approach to measurement. Working draft for field testing and revision. Geneva: World Health Organization; 2003.
6. International drug price indicator guide. Arlington, USA: Management Sciences for Health; 2003.
7. AFRO essential medicines price indicator. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2003.
8. Quality assurance of pharmaceuticals. A compendium of guidelines and related materials. Volume 2, updated edition. Geneva: World Health Organization; 2004.
9. Managing drug supply 2nd ed. Chapter 27, p.407-418. West Hartford, USA: Kumarian Press; 1997.
10. Drug supply by ration kits. Geneva: World Health Organization; 1991. WHO/DAP/91.2.
11. Principes applicables aux dons de médicaments. Révision 1999. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 1999. WHO/EDM/PAR/99.4.
12. WHO model formulary. Geneva: World Health Organization; 2004.

Annexes

Annexe 1

Services offerts par les seize DSO enquêtées, 2003

Pays/DSO	Acquisition	Accord négocié avec l'organisme d'approvisionnement public	Stockage	Distribution/services de livraison de médicaments	Formation	Services d'entretien du matériel médical	Production de médicaments	Production de matériel d'IEC	Nombre de services
Afrique du Sud - AMFA	X								1
Cameroun - EEC	X		X		X				3
Cameroun - CAP/EPC	X		X			X			3
Cameroun - OCASC	X			X	X				3
Cameroun - CBC	X		X	X	X		X		5
Cameroun - PCC	X		X	X			X		4
Cameroun - OSEELC	X	X	X	X	X	X			6
Congo (R.D.) - ECC/DOM	X		X	X	X				4
Ghana - CDC	X		X	X	X		X		5
Kenya - MEDS	X		X	X	X			X	5
Malawi - CHAM	X		X	X	X	X			5
Nigéria - CHANpharm	X		X	X	X		X		5
Ouganda - JMS	X		X		X	X	X		5
Rwanda - BUFMAR	X		X	X	X	X	X	X	7
Tanzanie - CSSC		X			X	X			3
Zambie - CHAZ	X		X		X				3
Total	15	2	13	10	13	6	6	2	

Annexe 2

Types d'articles figurant sur la liste de fournitures des 16 DSO, 2003

	Nombre de médicaments * (% du nombre total de médicaments)								Dispositifs médicaux Total des articles		Nombre total d'articles sur la liste des fournitures
	Solutions injectables		Comprimés, gélules		Liquides par voie orale		Total des médicaments				
Pays/Organisation	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb
Afrique du Sud - AMFA	53	23	117	51	40	4	230	65	123	35	353
Cameroun - EEC	46	38	58	48	11	9	121	80	30	20	151
Cameroun - CAP/EPC	15	18	30	37	5	6	82	61	53	39	135
Cameroun - OCASC	53	28	90	48	15	8	187	66	97	34	284
Cameroun - OSEELC	26	28	43	47	8	9	92	88	12	12	104
Cameroun - PCC	-	-	-	-	-	-	73	59	63	41	124
Cameroun - CBC	77	27	126	45	18	6	282	32	595	68	877
Congo - ECC/DOM	21	37	29	51	2	4	57	54	48	46	105
Ghana - CDC	73	38	73	38	15	8	193	60	131	40	324
Kenya - MEDS	79	31	92	36	33	13	259	46	301	54	560
Malawi - CHAM	6	27	13	59	0	0	22	96	1	4	23
Nigéria - CHANpharm	24	29	48	57	5	6	84	93	6	7	90
Ouganda - JMS	119	30	155	39	27	7	400	28	1007	72	1407
Rwanda - BUFMAR	42	31	56	41	8	6	136	54	117	46	253
Tanzanie - CSSC	33	37	39	44	4	4	89	100	0	0	89
Zambie - CHAZ	38	37	48	47	4	4	103	61	65	39	168
Moyenne (%)		31		46		7		64		36	

* Seules les catégories suivantes ont été retenues pour le tableau : solutions injectables, comprimés, liquides par voie orale

Annexe 3

Rapports prix de 13 médicaments essentiels payés par neuf
DSO - prix internationaux MSH moyens, juin 2004

Nom générique/dosage	Prix moyen MSH (USD) par unité, 2003	Rapport du prix local au prix MSH médian									Prix moyen par médicament
		Kenya	Ghana	Tanzanie (CSSC)	Tanzanie (MEMS)	Congo (Rep. Dem)	Zambie	Nigéria	Ouganda	Rwanda	
Amoxicilline (comp.) 250 mg	0.02	0.67	0.83	0.83	0.76	1.02	0.80	0.70	0.82	0.88	0.82
Artésunate (comp.) 100 mg	0.56	-	0.31	-	0.96	-	0.71	0.67	1.06	-	0.71
Aténolol (comp.) 50 mg	0.01	-	3.20	-	-	-	-	0.75	1.97	-	1.97
Carbamazépine (comp.) 200 mg	0.02	0.94	1.90	0.72	0.58	-	0.96	0.42	1.23	0.56	0.83
Ciprofloxacine (comp.) 500 mg	0.03	-	2.27	0.79	0.58	0.58	-	0.63	0.86	1.14	0.79
Co-trimoxazole susp péd (8+40)mg/ml	0.003	0.42	0.52	0.68	-	0.97	1.94	1.58	0.94	1.58	0.95
Diazépam (comp.) 5 mg	0.003	0.26	0.40	0.46	0.86	1.29	0.97	1.43	0.94	1.29	0.94
Diclofénac (comp.) 25 mg	0.005	0.39	0.22	0.88	0.43	0.78	0.59	9.02	-	0.71	0.65
Fluconazole (comp.) 200 mg	0.12	0.87	22.13	-	-	-	-	-	4.26	-	4.26
Glibenclamide tab 5 mg	0.004	1.32	2.17	1.98	-	1.68	0.68	0.78	1.12	0.95	1.22
Hydro- chlorothiazide (comp.) 25 mg	0.003	0.37	0.14	1.23	1.11	1.31	-	0.83	-	1.00	1
Phénytoïne (comp.) 100 mg	0.007	0.51	12.07	0.27	0.42	-	0.87	5.56	0.79	0.52	0.65
Priméthamine+ sulfadoxine (comp.) (500+25) mg	0.026	0.52	1.87	0.07	0.56	0.95	0.50	0.59	0.70	0.49	0.56
Variation par pays	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maximum	-	1.32	22.13	1.97	1.11	1.68	1.94	9.02	4.25	1.58	1.94
Minimum	-	0.26	0.14	0.07	0.42	0.78	0.50	0.42	0.70	0.49	0.42
Moyenne	-	0.51	1.87	0.76	0.58	1.02	0.75	0.77	0.94	0.92	0.77

Annexe 4

Rapport recettes annuelles - effectifs, clients et articles

DSO	Recettes annuelles (USD) tirées des ventes - 2002	Effectifs - 2003	Nombre de clients - 2003	Nombre d'articles - 2003	Rapport recettes annuelles (USD) - effectifs	Rapport recettes annuelles (USD) - nombre de clients	Rapport recettes annuelles (USD) - nombre d'articles
CBC - Cameroun	1,528,373	14	73	974	109,169	20,937	1,569
OCASC - Cameroun	1,322,374	7	210	284	188,911	6,297	4,656
OSEELC - Cameroun	502,538	20	28	104	25,127	17,948	4,832
PCC - Cameroun	160,000	2	20	124	80,000	8,000	1,290
CDC - Ghana	471,428*	32	117	324	14,732	4,029	1,455
MEDS - Kenya	7,579,051	110	1000	560	68,900	7,579	13,534
ChanPharm - Nigéria	643,454	91	1920	90	7,071	335	7,149
BUFMAR - Rwanda	611,378	30	117	253	20,379	5,225	2,417
JMS - Ouganda	7,737,005	54	1171	1,408	143,278	6,607	5,495
CHAZ - Zambie	90,017	34	125	168	2,674	720	536

* Chiffres de 2001

Annexe 5

Recettes et dépenses de 10 DSO en 2002 (en dollars US)

Pays/DSO	Recettes totales, 2002 (USD)	Recettes tirées des ventes de fournitures, 2002 (USD)	Dépenses – achats de fournitures (USD)	Dépenses de personnel (USD)	% ventes de fournitures – recettes totales	% recettes totales consacré à l'achat de fournitures	% recettes totales consacré aux dépenses de personnel
Cameroun - CBC	1,528,373	1,528,373	667,203	59,314	100%	44%	4%
Cameroun - OCASC	1,326,751	1,322,374	1,173,788	13,938	100%	88%	1%
Cameroun - OSEELC	524,499	502,538	436,398	12,261	96%	83%	2%
Cameroun - PCC	160,000	160,000	130,000	0	100%	81%	0%
Ghana - CDC (2001)	471,428	471,428	115,714	32,571	100%	25%	7%
Kenya - MEDS	7,669,590	7,579,051	6,377,635	688,860	99%	83%	9%
Nigéria - CHANPharm	717,992	643,454	562,286	60,042	90%	78%	8%
Rwanda - BUFMAR	854,296	611,378	457,955	103,166	72%	54%	12%
Ouganda - JMS	7,744,205	7,737,005	6,920,220	312,531	100%	89%	4%
Zambie - CHAZ	90,917	90,017	67,056	7,180	99%	75%	8%

Annexe 6

Les services des DSO vus par les clients

Domaines	Appréciations			
	Excellent	Bon	Acceptable	Médiocre
Qualité des médicaments	49%	45%	4%	2%
Relations personnelles	49%	31%	8%	12%
Dates de péremption	49%	29%	18%	4%
Exécution fidèle des commandes	30%	51%	15%	4%
Prix des médicaments	22%	41%	25%	12%
Préférence des clients	32%	38%	14%	16%
Conditions de paiement	32%	34%	28%	6%
Réponse aux plaintes	20%	18%	38%	26%
Information sur les médicaments	34%	18%	37%	11%
Exécution complète	21%	31%	34%	14%
Maintenance	3%	6%	18%	73%
Livraison de médicaments	7%	15%	7%	71%
Visites d'appui	9%	7%	16%	68%
Formation	14%	25%	18%	43%
Informations en retour	19%	19%	25%	37%

Annexe 7a

Plan d'action – Domaine prioritaire 1 : Assurance de la qualité

Causes reconnues

- Aucune procédure standard
- Manque de personnel qualifié
- Utilisation limitée des laboratoires de CQ

Résultats du manque de procédures standard

- Mauvaise qualité des services
- Ni suivi ni évaluation
- Aucun échantillonnage
- Aucune information en retour
- Aucune documentation

Résultats du manque de personnel qualifié

- Services médiocres au consommateur
- Prises de décision médiocres
- Aucune garantie de la qualité

Résultats de l'utilisation limitée des laboratoires de CQ

- Mauvais fournisseurs acceptés
- Médicaments rappelés
- Produits de contrefaçon /de qualité inférieure acceptés

Procédures standard d'assurance qualité en place		
DSO	EPN	Partenaires
Se conformer aux procédures (8 DSO)	Former à l'élaboration de procédures standard	Fournir des documents de base et de référence sur les questions d'AQ (OMS)
Assurer le suivi (audit interne) (8 DSO)	Avec les DSO pour élaborer des procédures standard (3 DSO) Avec les DSO pour élaborer des procédures standard lorsque le CQ n'est pas possible (2 DSO)	
Personnel qualifié employé		
DSO	EPN	Partenaires
Employer et retenir un personnel qualifié (3 DSO)	Encourager la formation et les tournées réciproques	Offrir une assistance technique de courte durée (donateurs)
Etre un employeur compétitif (environnement de travail, formation, avantages) (3 DSO)		
Utilisation d'un laboratoire de CQ		
DSO	EPN	Partenaires
Sous-traiter les services d'un laboratoire de CQ (3 DSO)	Repérer les laboratoires de CQ existants aux fins de collaboration (1 DSO)	Renforcer les laboratoires existants des DSO (MEDS avec appui extérieur)
Collaborer avec des laboratoires de CQ existants (public ou privés) (2 DSO)	Fournir une formation à jour sur les questions concernant le CQ (par exemple les contrefaçons)	Fournir des normes pour les laboratoires de CQ (OMS)

Annexe 7b

Plan d'action – Domaine prioritaire 2 : Formation

Causes retenues

- Planification médiocre
- Fonds insuffisants
- Pas de possibilités de formation
- Manque d'outils de formation en interne

Résultats du manque de formation

- Services et qualité des soins médiocres
- Mauvais usage des médicaments
- Gestion et direction médiocres

Programmes de formation en place		
DSO	EPN	Partenaires
Organiser des cours de formation en interne (4 DSO)	Orienter vers les cours de formation à la gestion de médicaments	Faciliter et coordonner les cours régionaux/sous-régionaux sur la gestion des médicaments (OMS)
Rechercher des fonds pour la formation du personnel ou des clients de la DSO (1 DSO)	Recueillir et diffuser les moyens de formation existants sur l'utilisation rationnelle des médicaments et leur gestion Elaborer un outil de formation à la gestion et à la direction Faciliter l'apprentissage par l'expérience	

Annexe 7c

Plan d'action – Domaine prioritaire 3 : Services de distribution/livraison

Causes

- Manque de moyens financiers
- Manque de prêts bancaires ou subventions
- Coût élevé des services de maintenance
- Manque d'infrastructure et de personnel formé
- Manque de véhicules

Résultats du manque de services de distribution et de livraison

- La DSO n'offre pas de services de livraison
- Ni médicaments ni autres fournitures à la portée du client

Services de livraison offerts aux clients		
DSO	EPN	Partenaires
Organismes avec services de livraisons : participer à une étude de faisabilité sur les services de livraison des DSO et solutions de rechange	Faciliter l'étude de faisabilité sur les services de livraison des DSO et les solutions de rechange (installation ou sous-traitance du service, dépôt supplémentaire, combinaison de services)	Fournir des fonds et une assistance technique pour une étude de faisabilité sur les services de livraison des DSO et les solutions de rechange (donateurs)

Annexe 7d

Plan d'action – Domaine prioritaire 4 : Acquisition des médicaments

Causes retenues

- Formation insuffisante en matière d'achats
- Financements insuffisants
- Données sur la consommation manquantes ou non utilisées
- Long temps mort avant l'arrivée des approvisionnements d'outre-mer
- Médiocre gestion des stocks
- Marges mal calculées
- Dons de médicaments inappropriés

Résultats de l'acquisition mal conçue des médicaments

- Ruptures de stocks
- Gaspillage de médicaments et d'argent
- Non-respect de la liste des médicaments essentiels
- Comités des médicaments et des thérapeutiques inefficaces ou inexistants
- Perte de clients
- Perte de crédibilité de la DSO
- Moindre viabilité et risque d'effondrement
- Souffrances des patients

Amélioration d'acquisition de médicaments		
DSO	EPN	Partenaires
Instituer un comité des médicaments et des thérapeutiques (4 DSO)	Promouvoir dans les DSO les comités des médicaments et de la thérapeutique	Informar sur la formation dans les comités des médicaments et de la thérapeutique (OMS)
Vérifier les données sur le stock et/ou la consommation avant de passer commande (3 DSO)	Faciliter la formation en matière d'acquisition de médicaments	Informar sur la formation en matière d'acquisition de médicaments (OMS)
Renforcer/utiliser les comités de gestion et utiliser la liste des médicaments essentiels pour l'acquisition des médicaments	Faciliter les échanges entre DSO sur les questions d'acquisition (5 DSO)	
Négocier avec les fournisseurs/grossistes locaux pour obtenir les meilleurs prix (1 DSO)	Faciliter l'étude de faisabilité sur la production locale de médicaments par les DSO, sans compromis sur la qualité (3 DSO)	Offrir une assistance financière et technique pour une étude de faisabilité sur la production locale de médicaments par les DSO sans compromis sur la qualité (donateurs)
Instituer un mécanisme d'acquisitions groupées pour les DSO d'un même pays (3 DSO d'un même pays)	Faciliter le mécanisme d'acquisitions groupées pour les DSO d'un même pays (3 DSO d'un même pays)	Fournir une assistance financière et technique pour l'établissement d'un mécanisme d'achats groupés pour les DSO d'un même pays (donateurs)

Annexe 7e

Plan d'action – Domaine prioritaire 5 : Capacité de stockage et de gestion des médicaments

Causes retenues

- Infrastructure physique inadéquate
- Gestion des stocks médiocre
- Système médiocre de gestion informatisée des médicaments
- Système médiocre de gestion et de stockage des médicaments

Résultats d'une capacité limitée de stockage et de gestion

- Pratiques médiocres d'acquisition et de planification
- Perte de recettes due aux médicaments périmés/endommagés
- Services médiocres aux clients
- Perte de crédibilité de la DSO

Amélioration de l'infrastructure physique		
DSO	EPN	Partenaires
Améliorer l'infrastructure physique et les conditions de stockage (3 DSO)	Diffuser auprès des DSO l'information sur les bonnes pratiques de gestion et de stockage des médicaments	Fournir des documents de référence sur les bonnes pratiques de gestion et de stockage des médicaments (OMS)
Amélioration de la gestion des stocks		
DSO	EPN	Partenaires
Elaborer des pratiques standard écrites pour l'entreposage, la gestion des stocks, etc. avec la participation de tout le personnel (6 DSO)	Promouvoir les visites réciproques et la formation	Fournir une assistance technique à court terme (donateurs)
Mettre au point un système informatisé de gestion des médicaments adéquat, définir les données nécessaires, les recueillir et les analyser, les utiliser, faire rapport à la direction et informer les clients (6 DSO)	Aider à obtenir l'information pertinente sur la mise en place de systèmes informatisés appropriés pour la gestion des médicaments	Fournir un appui financier et une assistance technique à court terme (donateurs)
Améliorer la gestion des stocks à l'aide d'un système informatisé approprié	Trouver le logiciel approprié pour la gestion des médicaments et la gestion des stocks et mobiliser des fonds et une assistance technique à court terme	Fournir financement et assistance technique pour l'utilisation de logiciels de gestion des médicaments et des stocks
Etablissement de services aux clients		
DSO	EPN	Partenaires
Améliorer la communication avec les clients sur l'état des stocks et d'autres points complémentaires (5 DSO)		
Amélioration des pratiques d'acquisition		
DSO	EPN	Partenaires
	Définir, concevoir et organiser la formation sur les bonnes pratiques d'acquisition	Fournir des fonds et une assistance technique pour la formation aux bonnes pratiques d'acquisition (donateurs)

Annexe 7f

Plan d'action – Domaine prioritaire 6 : Viabilité des opérations des DSO

Causes retenues

- Planification médiocre (stratégique, économique)
- Aspirations irréalistes des instances fondatrices
- Mécanismes de crédit mal conçus (politiques et exécution)
- Mauvaises conditions de crédit
- Majorations sans lien avec les coûts et les services réels
- Gamme de clients peu étendue

Résultats des opérations non viables des DSO

- Crises à gérer
- Tensions sur les plans financier et personnel dues aux causes suivantes :
 - Dettes et fuite du capital
 - Opinion défavorable sur la DSO
 - Base de recettes limitée
 - Amenuisement du fonds de roulement

Amélioration de la viabilité des opérations des DSO		
DSO	EPN	Partenaires
Former les dirigeants des DSO à l'organisation, la planification et la gestion financière	Faciliter l'échange des meilleures pratiques existantes en matière de gestion et de planification financière	Fournir un financement pour le renforcement des capacités en gestion et planification financières (donateurs)
La direction des DSO doit impliquer les instances fondatrices dans le processus de planification et de financement de leurs activités (processus participatif)	Encourager la participation à la planification et au financement des activités des DSO	
Rapport sur les activités de recherche de fonds	Etudier les activités des DSO qui ont réussi à se procurer des fonds	
Mettre en place un mécanisme fonctionnel du fonds de roulement pour recevoir un financement international (1 DSO)		
Former les dirigeants des DSO au concept de fonds de roulement afin d'améliorer la viabilité financière des DSO	Faciliter au sein de l'EPN l'échange d'informations sur les données d'expérience et les enseignements concernant les fonds de roulement pour les médicaments	

Annexe 7g

Plan d'action – Domaine prioritaire 7 : Collaboration

Causes retenues

- Collaboration médiocre ou inexistante
- Pas de ressources financières pour la collaboration
- Craintes, méfiance et manque de transparence
- Manque de formation à la collaboration
- Dirigeants peu conscients de l'importance de la collaboration

Résultats du manque de collaboration

- Pas d'échange d'informations
- Pas de connaissance réciproque des cultures
- Manque du matériel nécessaire à l'IEC
- Maillage insuffisant ou inexistant

Amélioration de la collaboration		
DSO	EPN	Partenaires
Intéresser les dirigeants et propriétaires des DSO à l'amélioration de la collaboration (changement radical de la compétition à la coopération) (2 DSO)	Faciliter et organiser des réunions régulières entre dirigeants des DSO et parties prenantes	Fournir des fonds permettant des réunions régulières entre dirigeants des DSO et parties prenantes (donateurs)
Former le personnel des DSO à la collaboration	Faire du site web de l'EPN un portail d'information	
Organiser régulièrement des réunions avec les parties prenantes et les partenaires	Soutenir les mécanismes de visites réciproques régulières réunions/téléconférences et la mise en réseau des cadres des DSO	

On n'a guère d'éléments de preuve de l'importance des organisations confessionnelles dans le domaine de la fourniture et de la distribution de médicaments. La présente publication est un rapport sur une recherche multipays novatrice concernant le rôle de ces DSO dans onze pays d'Afrique subsaharienne. Pendant l'année 2003, le Réseau pharmaceutique œcuménique a collaboré avec l'Organisation mondiale de la Santé à l'étude comparative du travail de seize organisations confessionnelles et de leur contribution à l'approvisionnement en médicaments. Les seize DSO sont toutes membres du Réseau pharmaceutique œcuménique dont le siège est à Nairobi (Kenya). L'étude a porté sur l'évaluation structurée des aspects les plus importants de leurs systèmes d'approvisionnement, de stockage et de distribution. Des questionnaires conçus dans ce but ont aussi permis de se rendre compte de l'opinion des clients, des instances fondatrices et des gouvernements sur les services de ces DSO.

La présente publication décrit d'abord la méthode employée pour cette enquête, puis présente en détail les activités des organisations – approvisionnement, établissement des prix, assurance de la qualité, distribution – et aussi leurs ressources humaines et la gestion de leurs finances. Les opinions des clients, des instances fondatrices et des gouvernements sont également présentées, documents à l'appui, tout comme les travaux d'une réunion de bilan, élément important de cette étude. Les participants à cette réunion ont examiné les résultats de l'enquête, et déterminé les facteurs de succès, les enseignements à retenir ainsi que les problèmes et contraintes qui ont pu entraver les activités d'approvisionnement et de distribution. Ils ont aussi établi des plans d'action après avoir défini les domaines d'intervention prioritaires pour améliorer les prestations des organisations.

L'étude a montré que les organisations confessionnelles d'approvisionnement en médicaments peuvent être considérées comme des « entreprises » qui jouent un rôle vital dans l'amélioration de l'accès aux médicaments, en particulier dans les zones reculées. Ils offrent un service complémentaire important là où le service public d'approvisionnement est parfois défaillant. Avec son information opérationnelle détaillée, la présente publication contribue valablement à l'approfondissement des connaissances sur les réalités de l'approvisionnement pharmaceutique dans l'Afrique subsaharienne.

On n'a guère d'éléments de preuve de l'importance des organisations confessionnelles dans le domaine de la fourniture et de la distribution de médicaments. La présente publication est un rapport sur une recherche multipays novatrice concernant le rôle de ces organisations dans onze pays d'Afrique subsaharienne. Pendant l'année 2003, le Réseau pharmaceutique œcuménique a collaboré avec l'Organisation mondiale de la Santé à l'étude comparative du travail de seize organisations confessionnelles et de leur contribution à l'approvisionnement en médicaments. Les seize organisations sont toutes membres du Réseau pharmaceutique œcuménique dont le siège est à Nairobi (Kenya). L'étude a porté sur l'évaluation structurée des aspects les plus importants de leurs systèmes d'approvisionnement, de stockage et de distribution. Des questionnaires conçus dans ce but ont aussi permis de se rendre compte de l'opinion des clients, des instances fondatrices et des gouvernements sur les services de ces organisations.

La présente publication décrit d'abord la méthode employée pour cette enquête, puis présente en détail les activités des organisations – approvisionnement, établissement des prix, assurance de la qualité, distribution – et aussi leurs ressources humaines et la gestion de leurs finances. Les opinions des clients, des instances fondatrices et des gouvernements sont également présentées, documents à l'appui, tout comme les travaux d'une réunion de bilan, élément important de cette étude. Les participants à cette réunion ont examiné les résultats de l'enquête, et déterminé les facteurs de succès, les enseignements à retenir ainsi que les problèmes et contraintes qui ont pu entraver les activités d'approvisionnement et de distribution. Ils ont aussi établi des plans d'action après avoir défini les domaines d'intervention prioritaires pour améliorer les prestations des organisations.

L'étude a montré que les organisations confessionnelles d'approvisionnement en médicaments peuvent être considérées comme des « entreprises » qui jouent un rôle vital dans l'amélioration de l'accès aux médicaments, en particulier dans les zones reculées. Ils offrent un service complémentaire important là où le service public d'approvisionnement est parfois défaillant. Avec son information opérationnelle détaillée, la présente publication contribue valablement à l'approfondissement des connaissances sur les réalités de l'approvisionnement pharmaceutique dans l'Afrique subsaharienne.