

Médicaments au lit du patient : la DIN a transformé les pratiques hospitalières, sécurisons maintenant sa chaîne d'approvisionnement

Auteurs : Dr Rémi KABORE · M. Mamadou Sani TARAM · M. Abdoul Razak HEBIE · Dr Charlemagne TAPSOBA · Dr S. Pierre YAMEOGO

MESSAGES CLÉS

- ✓ **Le pari organisationnel est gagné :** 82,9 % des patients hospitalisés reçoivent leurs médicaments directement au lit et 79,3 % des usagers estiment que la DIN a réduit leurs dépenses de santé, avec une perception strictement identique chez les femmes et les hommes (équité de genre, $p = 1,000$).
- ✓ **La chaîne d'approvisionnement ne suit pas :** 85,4 % des usagers ont dû acheter des médicaments en officine privée pendant le séjour, dont 67,1 % à plusieurs reprises ; la DIN est perçue comme « présente, mais vide ».
- ✓ **La pédiatrie est le point critique :** à conditions comparables, un usager de la maternité a 8,7 fois plus de chances d'être satisfait qu'un parent en pédiatrie ($p = 0,040$) ; la rupture de stock y est socialement intolérable.
- ✓ **Les causes sont systémiques, non individuelles :** absence d'autonomie financière des pharmacies hospitalières ; rigidité de la « preuve de rupture CAMEG » ; pénurie de préparateurs d'État en pharmacie ; locaux inadaptés ; crainte de poursuites chez les soignants.
- ✓ **Un niveau de maturité « En progression » (matrice OMS 2023) :** des référentiels nationaux formels existent (Guide DIN 2020) mais la mise en œuvre demeure partielle et intermittente, fragilisée par les ruptures d'approvisionnement.
- ✓ **Trois décisions immédiates sont attendues :** (i) une régie d'avance ou un compte d'affectation spéciale pour les pharmacies hospitalières ; (ii) une présomption de rupture CAMEG à 72 heures ; (iii) un « panier vital DIN » garanti sans rupture, en commençant par la pédiatrie, la néonatalogie et les urgences.

1. Contexte et justification

Inscrite dans l'axe 5 du Plan national de développement sanitaire (PNDS) et encadrée par le Guide national de mise en œuvre de décembre 2020, la Dispensation individuelle nominative (DIN) vise à garantir la disponibilité des produits de santé au lit du patient, à améliorer la qualité et la sécurité des soins et à réduire les dépenses directes des ménages. Elle constitue un maillon essentiel de la marche vers la couverture sanitaire universelle (CSU), en synergie avec la politique de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans. Pour éclairer les décisions du Ministère, RESADE a conduit une évaluation de maturité du dispositif selon une méthodologie mixte : enquête auprès de 82 usagers dans quatre hôpitaux de référence de Ouagadougou (CHU de Bogodogo, CHU de Tengandogo, CHU Yalgado Ouédraogo, CHU pédiatrique Charles-de-Gaulle) et entretiens avec les acteurs de la gouvernance centrale (DGAPS), hospitalière et périphérique (décembre 2025). Le protocole a reçu l'avis favorable du Comité d'éthique pour la recherche en santé (CERS) et l'autorisation du Ministère de la Santé.

2. Constats majeurs de l'évaluation

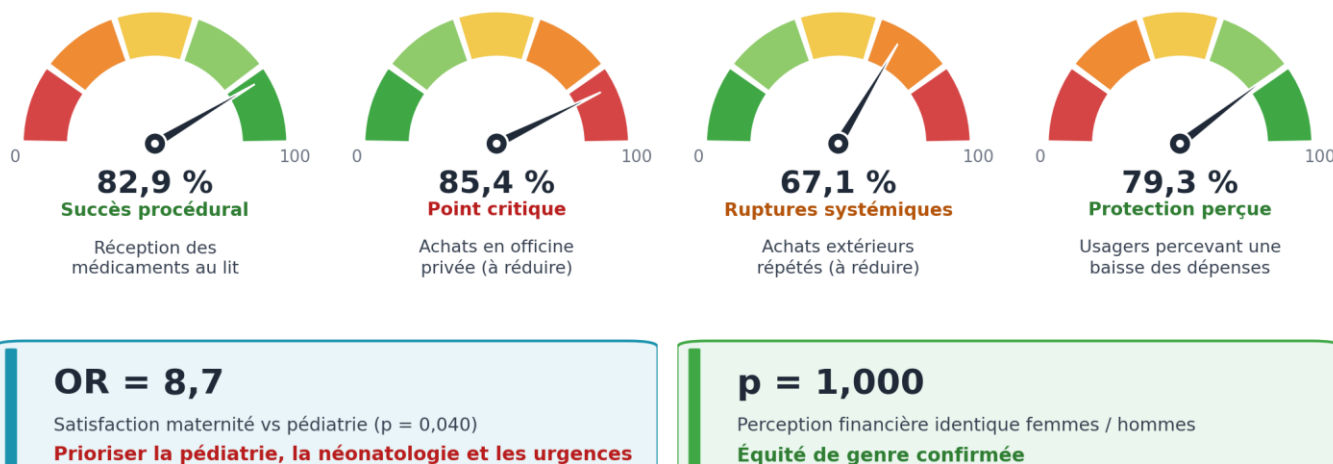


Figure 1 : Performance du circuit DIN et protection financière perçues par les usagers (N = 82). Lecture : l'aiguille indique la valeur observée ; pour les indicateurs « à réduire », la zone rouge correspond aux valeurs élevées.

« On dit que c'est gratuit, mais j'ai dû sortir trois fois en pleine nuit pour acheter. » (père d'un enfant hospitalisé, pédiatrie, CHU de Tengandogo)

Quatre verrous structurels expliquent ce « gap logistique », sans mise en cause de l'engagement des équipes : (i) l'asphyxie financière des PUI : les recettes sont reversées au Trésor (unicité de caisse) et les dotations annuelles ne permettent pas les réapprovisionnements d'urgence ; (ii) la rigidité de la commande publique : l'exigence d'une « preuve de rupture » délivrée par la CAMEG paralyse les achats alternatifs ; (iii) le déficit d'infrastructures et de ressources humaines : la norme d'un pharmacien et d'un préparateur d'État en pharmacie (PEP) pour 30 lits n'est pas respectée et des services fonctionnent sans local dédié ; (iv) la résistance psycho-légale des soignants, qui redoutent des poursuites en cas de perte de produits. À ces facteurs s'ajoutent des failles de sécurité sanitaire : quasi-absence d'analyse pharmaceutique des ordonnances et conservation des surplus de médicaments à domicile.

3. Recommandations pour la décision

Action prioritaire	Porteurs	Horizon
1. Créer une régie d'avance ou un compte d'affectation spéciale autorisant les PUI à réinvestir immédiatement une quote-part de leurs recettes pour les achats d'urgence.	MSHP · Min. Économie et Finances	0 à 6 mois
2. Instituer, par circulaire interministérielle, une présomption de rupture CAMEG : achat local autorisé si la livraison n'est pas assurée sous 72 heures.	MSHP · MEF · CAMEG	0 à 6 mois
3. Définir par les Comités pharmaceutiques et thérapeutiques (CPT) un « panier vital DIN » de 30 à 50 molécules (méthode VEN) à taux de service de 100 %, sanctuarisé d'abord en pédiatrie, néonatalogie et urgences.	Hôpitaux (CPT) · DGAPS	0 à 6 mois
4. Protéger juridiquement les soignants : conventions de délégation de gestion des sous-stocks incluant une tolérance de « démarque inconnue » (2 à 3 %).	MSHP · Directions d'hôpitaux	6 à 12 mois
5. Digitaliser le pilotage : alertes automatiques de rupture sur les molécules vitales ; intégration des indicateurs DIN aux tableaux de bord nationaux (DHIS2, Dataviz) ; baromètre semestriel de satisfaction des usagers.	DGAPS · DSI · ST-RFS	6 à 12 mois
6. Résorber le déficit en personnel pharmaceutique pour tendre vers la norme nationale (1 pharmacien + 1 PEP pour 30 lits).	MSHP (DRH)	12 à 24 mois
7. Conditionner tout plan de construction ou de rénovation hospitalière à l'intégration d'un local pharmaceutique sécurisé et climatisé (1 à 1,5 m ² par lit).	MSHP (Infrastructures)	Continu
8. Étendre la DIN de façon asymétrique (services critiques d'abord) et communiquer sur une « prise en charge facilitée », avec affichage des prestations et médicaments effectivement couverts.	MSHP · Hôpitaux	Continu

Implications pour l'équité et l'efficience

La DIN protège déjà équitablement femmes et hommes ; le risque d'iniquité se déplace désormais entre services et entre ménages : les familles contraintes d'acheter en officine, souvent la nuit, supportent un reste à charge qui contredit la promesse de la gratuité et pèse d'abord sur les plus modestes. Concentrer les ressources disponibles sur un panier vital à couverture garantie, en commençant par la pédiatrie (OR = 8,7), la néonatalogie et les urgences, maximise l'impact sanitaire et social de chaque franc CFA investi. C'est une stratégie d'efficience allocative au service de l'équité : protéger en priorité les patients les plus vulnérables, pour ne laisser personne de côté.

RÉFÉRENCES ET SOURCES

- RESADE (2026). Évaluation de la dispensation individuelle nominative des médicaments au lit du patient, rapport d'évaluation, mai 2026, Ouagadougou ; conduite avec l'appui de la Gates Foundation, dans le cadre de l'évaluation des initiatives d'optimisation de la politique de gratuité des soins (ST-RFS) ; protocole approuvé par le CERS.
- Données de la Figure 1 : enquête usagers RESADE (N = 82), CHU de Bogodogo, CHU de Tengandogo, CHU Yalgado Ouédraogo et CHU pédiatrique Charles-de-Gaulle ; entretiens d'acteurs clés (DGAPS, pharmaciens hospitaliers, CMA), décembre 2025 à janvier 2026.
- Ministère de la Santé du Burkina Faso (2020). Guide national de mise en œuvre de la DIN ; Guide des comités pharmaceutiques et thérapeutiques ; PNDS, axe 5.
- OMS (2023). Health Financing Progress Matrix (classification du niveau de maturité) : www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing