

Processus d'achats comme levier de la maîtrise des coûts dans les établissements de santé privés au Burkina Faso : une étude systémique

BANDAOGO Issa Isidore

Doctorant, Département de Sciences de l'économie et de la gestion, option : Gestion Administrative et financière, Université Lisala, RDC

RESUME

Les établissements de santé privés au Burkina sont confrontés de nombreux défis pour ce qui concerne les achats et les approvisionnements en produits dont les couts sont élevés et font face aux commandes groupées sur les marchés. Notre étude se veut une analyse des pratiques en vue d'une proposition des leviers d'optimisation pour une maîtrise des couts. Étude, évalue les pratiques d'achat dans ce contexte et propose des leviers d'optimisation pour maîtriser les couts. Nous avons réalisé une étude de cas au sein d'un établissement privé de santé de Ouagadougou, combinant entretiens qualitatifs et analyse quantitative de données d'achats avant et après une intervention de rationalisation. Les résultats montrent de façon réelle qu'en centralisant les achats des équipements, des consommables les produits pharmaceutiques surtout les médicaments essentiels génériques, nous avons beaucoup d'avantages : il y'a une nette efficience dans les processus de gestion des stocks se traduisant par une réduction considérable des charges de fonctionnement de l'ordre de 15 % à 20 % sur l'ensemble des charges annuelles en approvisionnements, une diminution essentielle des ruptures de stocks. Comme discussion, nous mettons en lumière les entraves managériales notamment les incompétences en gestion des achats, les limites financières mais aussi nous les opportunités possibles assorties de propositions en faveur d'une mutualisation des énergies des établissements privés de santé. Nous ferons des recommandations en lien avec des formations des personnes chargées des achats et commandes, la nécessité d'innovations continues pour rationaliser les couts des achats et commandes pour une meilleure visibilité des établissements privés de santé en Afrique de l'Ouest et en particulier au Burkina Faso.

Mots-clés : processus, achats ; maîtrise des coûts ; établissements de santé privés et systématique

ABSTRACT

Private healthcare facilities in Burkina Faso face numerous challenges when it comes to purchasing and supplying high-cost products and dealing with bulk orders on the markets. Our study aims to analyze practices with a view to proposing optimization levers for cost control. The study evaluates purchasing practices in this context and proposes optimization levers to control costs. We conducted a case study in a private healthcare facility in Ouagadougou, combining qualitative interviews and quantitative analysis of purchasing data before and after a rationalization intervention. The results clearly show that by centralizing the purchasing of equipment, consumables, and pharmaceutical products, especially essential generic medicines, we have many advantages: There is a clear efficiency in the inventory management processes resulting in a considerable reduction in operating costs of around 15% to 20% on all annual supply costs, a significant reduction in stockouts. As a discussion, we highlight managerial obstacles, in particular incompetence in purchasing management, financial limitations but also the possible opportunities accompanied by proposals in favor of pooling the energies of private health establishments. We will make recommendations related to training for people responsible for purchasing and orders, the need for continuous innovations to rationalize purchasing and order costs for better visibility of private health establishments in West Africa and particularly in Burkina Faso.

Keywords: processes, purchasing; cost control; private and systematic healthcare establishments.

Soumis le : 04 juillet, 2025

Publié le : 29 août, 2025

Auteur correspondant : BANDAOGO Issa Isidore

Adresse électronique : isiband@yahoo.fr

Ce travail est disponible sous la licence

Creative Commons Attribution 4.0 International.



1. INTRODUCTION

Au Burkina Faso, les établissements de santé privés jouent un rôle complémentaire au secteur public dans l'offre de soins. Estimés à 382 en 2012, on dénombrait environ 1189 établissements sanitaires privés de soins toutes catégories confondues représentant un plus de 20% des formations sanitaires totales couvrant 30 % des offres de services et employant 2000 à 3000 professionnels de santé selon l'annuaire 2024 du Ministère de la Santé. Toutefois, leur fonctionnement économique, du fait de l'absence d'assurance maladie universelle et de la prédominance du paiement direct des patients, connaît la dure et difficile maîtrise des coûts. En effet, la dépense nationale du secteur de soins privé est estimée à environ 40,8 milliards FCFA, soit moins de 20% de la dépense totale de santé, dont près de 70% consacrés aux médicaments. Ce qui veut dire que les achats de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales représentent un poste de dépense prépondérant pour les établissements privés de santé, et de ce fait, constituent une potentielle d'économies.

L'environnement de l'approvisionnement médical au Burkina Faso présente des caractéristiques structurelles qui compliquent la maîtrise des coûts. D'une part, le pays ne dispose pas de fabrication locale significative de médicaments, si bien que le marché est entièrement alimenté par l'importation. Le circuit d'approvisionnement privé est assuré par huit grossistes importateurs à but lucratif et un grossiste principal à but non lucratif, la CAMEG (Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques). D'autre part, on observe un important marché parallèle de médicaments : malgré les réglementations, la vente illicite de produits pharmaceutiques (provenant notamment de pays voisins) reste répandue. Ce marché informel propose des prix inférieurs mais au détriment de la qualité, exposant les patients à des produits contrefaçons ou mal conservés. Ainsi, les cliniques privées se retrouvent face à un dilemme : soit s'approvisionner via les canaux formels (pharmacies et distributeurs agréés) aux coûts élevés, soit être tentées par des sources moins onéreuses mais non sécurisées. En règle générale, dans le circuit officiel, les tarifs des médicaments et consommables médicaux du secteur privé lucratif sont nettement plus élevés que ceux du secteur public. La CAMEG, dans sa mission de service public, fournit exclusivement des médicaments essentiels génériques (MEG) à des prix environ trois fois inférieurs à ceux pratiqués par les grossistes privés sur des produits de marque. Or, les cliniques privées, qui s'approvisionnent en grande partie auprès de ces grossistes commerciaux, répercutent ces coûts sur les patients, rendant les soins souvent peu abordables pour le Burkinabè moyen. Conscient de cet enjeu, un partenariat public-privé a été établi dès 2001 permettant aux pharmacies d'officine privées (au nombre de 167) de s'approvisionner en génériques bon marché via la CAMEG. Néanmoins, la gestion des achats au sein des cliniques privées reste globalement hétérogène et peu optimisée : chaque établissement fonctionne de manière autonome, sans mutualisation systématique, et la fonction achat n'y est pas toujours professionnalisée.

Dans ce contexte burkinabè, caractérisé par des contraintes économiques fortes et des inefficacités dans la chaîne d'approvisionnement, la rationalisation du processus d'achats apparaît comme un levier essentiel pour améliorer la viabilité financière des cliniques privées. *Rationaliser les achats* consiste à optimiser l'ensemble du cycle d'approvisionnement – depuis la planification des besoins jusqu'à la négociation avec les fournisseurs et la gestion des stocks – afin de réduire les coûts tout en garantissant la disponibilité et la qualité des produits de santé. Des expériences internationales soulignent l'impact potentiel de cette démarche : dans les hôpitaux, les achats représentent souvent le second poste de dépense après le personnel, et leur optimisation peut générer des économies substantielles. Par exemple, les entreprises ou établissements ayant entrepris une centralisation et mutualisation de leurs achats rapportent des réductions de coût significatives, de l'ordre de 5 à 15% en moyenne. De plus, la mise en place de centrales d'achats hospitalières ou de groupements d'achat a fait ses preuves pour massifier les volumes et obtenir de meilleurs tarifs unitaires sur les médicaments et équipements. Ces constats suggèrent qu'une approche similaire pourrait bénéficier aux cliniques privées au Burkina Faso, où les marges de manœuvre budgétaires sont étroites.

1. Évaluer les pratiques actuelles d'approvisionnement dans les cliniques privées burkinabè,
2. Identifier et tester des leviers d'optimisation du processus d'achats en liens avec la rationalisation de la gestion des stocks et la maîtriser les coûts.

Hypothèses : À la lumière du contexte et des objectifs fixés, nous formulons les hypothèses de travail suivantes :

- H1 : La centralisation des achats au niveau de la clinique (ou d'un groupement de cliniques) permet une meilleure négociation avec les fournisseurs et réduit les coûts globaux d'acquisition des produits de santé.
- H2 : La standardisation des produits et le recours aux médicaments génériques essentiels contribuent à rationaliser les dépenses d'approvisionnement.
- H3 : L'amélioration des procédures de gestion des stocks et des commandes – par l'informatisation du suivi des consommations, et une meilleure planification des besoins diminue la fréquence des ruptures de stock et des achats d'urgence onéreux.

2. REVUE DE LA LITTERATURE

2.1 Notion de processus d'achat

Le processus d'achat désigne l'ensemble des activités visant à obtenir, dans les meilleures conditions, les biens et services nécessaires au bon fonctionnement d'une organisation. Il comprend généralement :

- L'identification des besoins,
- La sélection des fournisseurs,
- La passation des commandes,
- Le suivi de la livraison,
- L'évaluation de la performance fournisseurs.

Selon Monezka et al. (2005), une gestion professionnelle des achats peut améliorer la performance globale de l'organisation en optimisant la qualité, les délais et les coûts.

2.2 La maîtrise des coûts

La maîtrise des coûts désigne l'ensemble des actions et des mécanismes mis en œuvre par une organisation pour contrôler, réduire ou optimiser ses dépenses tout en maintenant l'efficacité et la qualité de ses opérations ou services.

2.3 Maîtrise des coûts dans les établissements

La maîtrise des coûts dans les établissements de santé est l'ensemble des démarches visant à optimiser les dépenses de fonctionnement en assurant une allocation efficiente des ressources tout en maintenant la qualité des prestations offertes selon Dufour et al 2015

2.3.1 Revue de la littérature empirique

Plusieurs travaux empiriques ont exploré la relation entre le processus d'achats et la maîtrise des coûts dans les établissements de santé à travers divers contextes nationaux et internationaux. Ces études ont mis en évidence des liens significatifs entre la qualité du processus d'achats et l'efficience économique des structures de santé, tout en soulignant certaines limites méthodologiques ou contextuelles dans leurs approches.

L'étude de Burns et al. (2012) réalisée aux États-Unis a analysé un échantillon de 150 hôpitaux à travers l'utilisation d'outils numériques dans la gestion des achats. Les résultats montrent que l'adoption de plateformes électroniques d'approvisionnement a permis à ces hôpitaux de réduire de manière significative les coûts liés aux achats, notamment par la diminution des délais de traitement, la standardisation des produits et l'automatisation des commandes. Toutefois, cette étude présente des limites importantes. Elle se base essentiellement sur des structures de grande taille disposant de ressources technologiques avancées, ce qui limite la transférabilité des résultats aux établissements de santé de taille moyenne ou aux contextes africains où l'accès à l'infrastructure numérique reste limité.

Au Kenya, Mwangi (2018) a mené une étude quantitative auprès de dix hôpitaux privés pour évaluer l'impact de la centralisation des achats sur la réduction des coûts. Il en ressort que les structures ayant mis en place une fonction achats centralisée et dotée de procédures claires ont connu une baisse de 20 % de leurs dépenses d'approvisionnement sur une période de trois ans. Cette étude

apporte des éléments intéressants sur les effets de la structuration organisationnelle des achats dans un pays en développement. Toutefois, la taille limitée de l'échantillon, ainsi que l'absence de prise en compte des variables comme la formation des agents ou l'outil informatique, réduisent la portée généralisable de ses conclusions. De plus, l'étude ne distingue pas les effets selon les types d'achats, ce qui limite l'analyse fine des leviers de réduction des coûts.

En Côte d'Ivoire, Kouamé (2021) s'est intéressé à la gestion des approvisionnements dans les cliniques privées d'Abidjan. L'auteur a démontré que l'instauration de pratiques formalisées dans la planification des besoins, la sélection des fournisseurs et le suivi des stocks contribuait à améliorer la performance économique des structures étudiées. Il a souligné que la formation continue des gestionnaires d'achats, la mise en place de tableaux de bord d'approvisionnement et l'évaluation périodique des fournisseurs permettaient d'éviter les ruptures de produits essentiels et les achats d'urgence à prix élevé. Cependant, cette étude souffre de certaines limites, notamment son approche essentiellement qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs. L'absence de données financières précises empêche de quantifier exactement les gains réalisés. Par ailleurs, l'auteur ne prend pas en compte les contraintes réglementaires ou fiscales pouvant influer sur le processus d'achats dans le secteur privé de la santé.

Au Burkina Faso, Sawadogo (2020) a réalisé une étude exploratoire sur les pratiques d'achats dans un échantillon de six cliniques privées à Ouagadougou. Il en ressort que les achats représentent entre 40 et 60 % des charges annuelles de fonctionnement, ce qui montre l'importance stratégique de cette fonction dans la maîtrise des coûts. L'étude met en évidence l'absence de procédures formalisées, le recours fréquent à des fournisseurs informels et le manque de compétence des agents chargés des achats. Ces facteurs contribuent à la hausse des coûts et à la faible performance des établissements. Toutefois, cette recherche reste descriptive et ne propose pas de modèle explicatif solide. En outre, le champ géographique de l'étude se limite à la capitale et n'intègre pas les disparités régionales ou les dynamiques spécifiques aux zones rurales. De plus, l'étude n'établit pas de lien quantitatif entre les pratiques d'achat et les indicateurs financiers de performance.

Dans l'ensemble, la littérature empirique met en évidence un consensus relatif sur l'importance de la professionnalisation et de la structuration du processus d'achats comme levier d'optimisation des coûts dans les établissements de santé. Cependant, plusieurs limites méthodologiques sont récurrentes. Il s'agit principalement de la faiblesse des échantillons, de l'absence d'approches longitudinale, du manque d'indicateurs financiers comparables, et de la difficulté à intégrer les spécificités des systèmes de santé privés dans les pays à faibles ressources. De plus, peu d'études adoptent une approche systémique prenant en compte l'ensemble des fonctions interconnectées dans la chaîne de valeur hospitalière. Ces constats justifient la pertinence d'une étude systémique appliquée au contexte burkinabé afin de mieux comprendre comment les pratiques d'achat peuvent contribuer à une gestion efficace des ressources dans les structures de santé privées.

3. METHODOLOGIE

Pour répondre à ces objectifs, nous avons adopté une démarche méthodologique qualitative sur l'étude de cas approfondie et une analyse comparative des pratiques d'achat. L'étude de cas s'est focalisée sur une clinique privée de taille moyenne à Ouagadougou (nommée ici *Clinique Alpha* pour des raisons de confidentialité), choisie pour être représentative des établissements urbains à but lucratif du Burkina Faso. La Clinique Alpha est un centre médico-chirurgical d'environ 50 lits, employant une quarantaine de personnes, avec des services de médecine générale, maternité, chirurgie de base et un laboratoire d'analyses. Comme beaucoup de cliniques privées du pays, elle dispose d'une petite pharmacie interne et gère directement l'approvisionnement de ses médicaments, consommables médicaux et équipements de routine. Avant l'intervention, cette clinique faisait face à des difficultés récurrentes de gestion des stocks (pénuries ponctuelles de médicaments essentiels, surstockage de certains produits périssables, etc.) et à une augmentation continue de sa facture d'achats, ce qui en faisait un cas d'étude pertinent pour tester les stratégies de rationalisation.

La collecte des données s'est déroulée en deux phases : (1) Une phase diagnostique sur l'état initial des pratiques d'achats de la Clinique Alpha, suivie de (2) une phase de mise en œuvre et d'évaluation des mesures d'optimisation. Dans la phase diagnostique, nous avons réalisé des entretiens semi-structurés avec les principaux acteurs de la chaîne d'approvisionnement de la clinique : le promoteur/gestionnaire de la clinique, le pharmacien responsable de la pharmacie interne, l'infirmier-chef chargé du stock de consommables, ainsi que le comptable. Ces entretiens ont permis de documenter le processus d'achat tel qu'il était pratiqué (circuit de commande, critères de choix des fournisseurs, mode de gestion des stocks, contraintes rencontrées) et de recueillir la perception des acteurs sur les points faibles du système en place. Parallèlement, nous avons examiné les données financières et logistiques historiques de la clinique : registres des commandes et livraisons, factures d'achats sur les deux dernières années, inventaires de stock, et indicateurs de performance (par exemple, fréquence des ruptures de médicaments, montant total des achats par trimestre, délais d'approvisionnement).

Afin d'évaluer l'impact de ces mesures, nous avons collecté de manière continue pendant l'année de mise en œuvre des données comparables à celles de la période pré-intervention. Les indicateurs clés retenus pour l'évaluation des résultats incluent : l'évolution du coût total des achats de médicaments et consommables (en valeur monétaire annuelle et en pourcentage du budget de fonctionnement de la clinique), le nombre de fournisseurs actifs (pour vérifier la rationalisation du panel de fournisseurs), le délai moyen de réapprovisionnement (temps entre la commande et la réception, indicateur d'efficacité logistique), la fréquence des ruptures de stock critiques (nombre d'incidents où un produit essentiel était indisponible, par mois), et le niveau de stock moyen (pour détecter une éventuelle réduction des surstocks). Nous avons comparé ces indicateurs avant (année N-1, période témoin) et après (année N, période test) l'introduction du plan de rationalisation. Des analyses descriptives simples ont été effectuées (calcul de pourcentages d'évolution, moyennes mensuelles, etc.), étant donné la taille limitée de l'échantillon (une clinique) et l'objectif avant tout illustratif de l'étude de cas. Enfin, pour renforcer l'interprétation des résultats, nous les avons confrontés qualitativement aux ressentis exprimés par le personnel lors d'entretiens de suivi en fin d'étude, et nous les avons mis en perspective avec les tendances rapportées dans la littérature sur l'optimisation des achats.

4. RESULTATS

Profil initial des achats dans la clinique étudiée : L'évaluation diagnostique a confirmé que la Clinique Alpha, avant intervention, ne disposait pas d'un système structuré de gestion des achats. Chaque service (bloc opératoire, maternité, laboratoire, etc.) effectuait ses demandes séparément, souvent de manière réactive (lorsqu'une rupture de stock était imminente) plutôt que planifiée. Le pharmacien de la clinique centralisait partiellement ces demandes, mais en pratique, plusieurs acteurs passaient commande directement auprès de fournisseurs locaux (pharmacies grossistes privées situées à Ouagadougou) sans coordination optimale. Cette fragmentation des commandes entraînait une absence de visibilité globale sur les volumes achetés et limitait le pouvoir de négociation de la clinique. Par exemple, le laboratoire commandait ses réactifs à un fournisseur A, tandis que la maternité achetait séparément ses kits d'accouchement auprès d'un fournisseur B, là où une commande groupée aurait permis de négocier un rabais pour volume. En moyenne, la clinique traitait avec 8 à 10 fournisseurs différents par an, sans contrat formalisé, en fonction des besoins du moment. Le suivi des prix était lacunaire : pour un même médicament, les factures montraient des écarts de prix allant jusqu'à 20% selon le fournisseur et le timing de l'achat (achats d'urgence souvent plus chers). En l'absence de formulaire thérapeutique standardisé, les prescripteurs pouvaient demander l'approvisionnement de multiples références d'un même produit

(par exemple plusieurs marques de paracétamol injectable), ce qui dispersait les achats et réduisait les quantités par référence, donc les remises potentielles.

Du point de vue financier, les dépenses d'achats de la Clinique Alpha représentaient environ 30–35% de ses charges d'exploitation annuelles (hors personnel). Sur l'année précédent l'intervention (année N-1), le coût total des achats de médicaments et consommables s'est élevé à environ 120 millions de FCFA, poursuivant une tendance à la hausse (+10% par rapport à N-2). Cette augmentation était jugée insoutenable par la direction, compte tenu d'une stagnation relative des recettes. Par ailleurs, la clinique subissait régulièrement des ruptures de stock sur des médicaments essentiels (antibiotiques courants, solutés intraveineux...) – environ 5 incidents de rupture par mois en moyenne. Chaque rupture nécessitait un achat en urgence auprès d'une officine de détail pour dépanner un patient hospitalisé, à un coût unitaire beaucoup plus élevé, gavant d'autant le budget (sans compter le risque pour le patient et la qualité de prise en charge). Les inventaires ont également révélé des surstocks et pertes : certains produits à faible rotation étaient commandés en trop grande quantité par précaution et arrivaient à expiration sur les étagères. Cette inefficience du stock immobilisait inutilement du capital tout en générant du gaspillage.

Les observations qualitatives ont mis en avant plusieurs causes de ces dysfonctionnements : absence de planification formelle des besoins, manque d'outils informatiques pour suivre les dates de péremption et les niveaux de stock, et méconnaissance des possibilités d'achats groupés. Par exemple, la clinique ne tirait qu'un profit limité du partenariat CAMEG – seules 30% environ de ses dépenses en médicaments étaient faites en génériques via la CAMEG ou ses grossistes associés, le reste étant acheté sous forme de spécialités de marque chez des distributeurs privés, plus chers. Cette situation initiale reflétait en grande partie celle de nombreuses cliniques privées du Burkina Faso d'après nos échanges avec l'Association des promoteurs de cliniques (APROCCLIB) : chaque structure opère isolément, et la fonction achat est souvent assurée par du personnel médical ou administratif sans formation spécifique en gestion de la chaîne logistique.

Mise en œuvre des mesures de rationalisation : Durant l'année d'intervention (année N), la Clinique Alpha a appliqué le plan d'action convenu, avec un engagement fort de la direction. Une cellule d'achats a été créée, composée du pharmacien et du comptable, chargée de centraliser toutes les commandes. Un calendrier de commande mensuel a été instauré : chaque service devait anticiper ses besoins du mois suivant et les transmettre à la cellule avant une date butoir, plutôt que de passer des commandes ad hoc. Grâce à cette consolidation, la cellule pouvait massifier les commandes pour un même fournisseur. Deux fournisseurs principaux ont été retenus après mise en concurrence : un grossiste pharmaceutique pour les médicaments et un distributeur spécialisé pour les consommables et petit matériel. Chacun a accordé des remises contractuelles (de l'ordre de 5 à 10% selon les produits) en échange d'un engagement de volume minimum de la part de la clinique. De plus, la clinique a augmenté la part de ses achats réalisés via la CAMEG ou ses canaux affiliés, en particulier pour les médicaments génériques équivalents aux spécialités coûteuses. Une liste de médicaments essentiels de 150 références a été élaborée avec l'équipe médicale, rationalisant le choix des produits : par exemple, au lieu de stocker cinq anti-inflammatoires différents, la liste n'en retient que deux, couvrant 95% des besoins, ce qui concentre le volume d'achat et simplifie la gestion.

En parallèle, un simple système de gestion des stocks informatisé (sous Excel) a été mis en place, avec un fichier inventaire mis à jour en continu par le pharmacien. Ce fichier comportait pour chaque article le stock actuel, le stock minimum de sécurité (défini sur la base de la consommation mensuelle moyenne) et la quantité à recommander dès que le seuil minimum est atteint. Des alertes (mise en surveillance) signalaient automatiquement les produits à commander chaque semaine. L'infirmier-chef et le pharmacien ont été formés pour utiliser cet outil et effectuer un inventaire tournant régulier. L'ensemble du personnel a été sensibilisé à la nouvelle politique d'achats : consignes de ne plus effectuer d'achats directs sans passer par la cellule, utilisation systématique des bons de commande internes, et encouragement à signaler en avance les besoins exceptionnels (par exemple campagne de soins ou pic saisonnier de paludisme) afin d'anticiper les approvisionnements.

Amélioration des indicateurs de performance : Les effets de ces interventions sur un an ont été notablement positifs. La Clinique Alpha a réussi à réduire son coût total d'achats de façon significative. Sur l'année N, les dépenses en médicaments et consommables sont descendues à environ 102 millions FCFA, contre 120 millions FCFA l'année précédente, soit une réduction d'environ 15%. Ce recul des coûts, inespéré dans le contexte inflationniste général, s'explique par plusieurs facteurs quantifiables : (i) les remises négociées auprès des deux fournisseurs principaux ont généré à elles seules une économie directe d'environ 5 millions FCFA sur l'année, (ii) le rééquilibrage vers les génériques (achats via la CAMEG) a permis d'obtenir des prix unitaires en moyenne 2 à 3 fois inférieurs sur de nombreux médicaments courants, conformément aux écarts public/privé constatés au niveau national, (iii) la réduction des achats en urgence à prix fort – du fait d'une meilleure anticipation – a évité des dépenses additionnelles qui représentaient l'équivalent de 5% du budget auparavant. Notre constat rejoint ainsi les ordres de grandeur rapportés dans la littérature internationale où l'optimisation des achats s'accompagne typiquement de 5 à 15% de baisse des coûts.

En termes de processus, la rationalisation du panel de fournisseurs a été frappante : le nombre de fournisseurs actifs est passé de 9 à 4 fournisseurs réguliers. Outre les deux partenaires principaux sous contrat, deux autres ont été ponctuellement sollicités pour des produits très spécifiques indisponibles ailleurs. Cette concentration a non seulement simplifié la gestion administrative (moins de factures et de livraisons à gérer), mais elle a aussi favorisé l'établissement de relations de confiance avec les fournisseurs, qui se sont montrés plus enclins à offrir des facilités (délai de paiement allongé, informations sur les futures hausses de prix, etc.).

Le suivi des stocks s'est également amélioré. La fréquence des ruptures de médicaments essentiels a chuté de manière spectaculaire : on est passé d'une moyenne de 5 incidents de rupture par mois à seulement 1 rupture tous les 2 mois environ. En fait, sur l'année d'étude, seulement 6 ruptures majeures ont été enregistrées, et pour chacune, des mesures correctives ont été prises (analyse des causes et ajustement du seuil de stock de sécurité). Cette quasi-élimination des pénuries a eu un impact direct sur la qualité des soins (moins de retards ou d'impossibilité de traiter un patient faute de médicament) et indirectement sur les coûts, puisqu'elle a quasiment supprimé les achats d'urgence à prix élevés. Par ailleurs, le niveau moyen de stock a pu être légèrement réduit (-10% en valeur d'inventaire) sans risque, grâce à la meilleure prévisibilité. L'argent autrefois immobilisé en surstock a pu être alloué à d'autres besoins de la clinique. Notons que le délai moyen de réapprovisionnement auprès des fournisseurs contractuels s'est établi à 5 jours (entre la commande mensuelle et la livraison), ce qui est resté compatible avec la consommation grâce au calcul des seuils ; ce délai était similaire auparavant, mais la différence est qu'il est désormais respecté de manière plus rigoureuse dans le planning.

Enfin, le retour d'expérience des acteurs internes, recueilli lors d'un atelier de clôture, a mis en avant des bénéfices moins tangibles mais réels. Le personnel a gagné en confiance dans le système d'approvisionnement : les soignants signalent qu'ils n'hésitent plus à utiliser pleinement les stocks sachant qu'ils seront réapprovisionnés à temps, ce qui réduit les comportements de thésaurisation de « peur de manquer ». Le comptable a noté une meilleure visibilité budgétaire : avec les commandes groupées et planifiées, les dépenses mensuelles sont plus lissées et prévisibles, ce qui aide à la gestion de trésorerie. Quant au promoteur de la clinique, il se dit convaincu que la fonction achat mérite une attention stratégique, ayant vu l'impact sur les résultats financiers et opérationnels en l'espace d'un an.

Limites et considérations : Il convient de souligner que tous les changements n'ont pas été faciles et que certaines difficultés ont été rencontrées. Par exemple, la phase initiale a nécessité un temps d'adaptation du personnel. Les infirmiers et médecins ont dû abandonner certaines habitudes (comme se procurer eux-mêmes rapidement un produit manquant au marché local) pour respecter les nouvelles procédures, ce qui a suscité quelques résistances au départ. La formation et la communication interne ont été essentielles pour surmonter ces résistances, en expliquant que la démarche bénéficierait à tous à long terme. Par ailleurs, malgré la

réduction globale des coûts, quelques articles ont vu leur prix unitaire augmenter du fait du choix délibéré de produits de meilleure qualité ou plus fiables (nous y reviendrons en discussion). Par exemple, la clinique a opté pour des gants chirurgicaux d'un fournisseur certifié, un peu plus chers que ceux qu'elle achetait auparavant sur le marché informel, afin de garantir la sécurité des patients. Cela s'inscrit dans la rationalisation "intelligente" des achats où l'objectif n'est pas de réduire les coûts à tout prix, mais de les optimiser en tenant compte du rapport qualité-prix.

En résumé, l'étude de cas a confirmé nos hypothèses clés : la centralisation et la mutualisation des achats au niveau de la Clinique Alpha ont effectivement réduit les coûts d'approvisionnement (H1 vérifiée), la standardisation et l'usage accru de génériques ont permis des économies substantielles (H2 vérifiée), et l'amélioration des pratiques de gestion des stocks a considérablement diminué les situations de pénurie et les dépenses inutiles (H3 vérifiée). Ces résultats chiffrés et observationnels illustrent concrètement comment une clinique privée burkinabè peut améliorer son efficience via la rationalisation du processus d'achats.

5. Discussion

Les résultats obtenus avec la Clinique Alpha mettent en évidence le potentiel de la rationalisation des achats pour améliorer à la fois l'efficience économique et la performance opérationnelle des cliniques privées au Burkina Faso. Dans cette discussion, nous analysons les enseignements clés de cette étude de cas, puis examinons les freins et opportunités rencontrés, avant de formuler des recommandations pratiques plus larges pour le secteur.

Confirmation des hypothèses et enseignements généraux : Premièrement, l'hypothèse selon laquelle *la centralisation des achats réduit les coûts globaux* (H1) se voit corroborée. En regroupant les commandes et en négociant avec un volume d'achat plus important, la Clinique Alpha a pu bénéficier d'économies d'échelle et de remises commerciales. Ceci valide un principe fondamental des achats stratégiques : la massification des volumes confère un pouvoir de négociation accru, même pour un établissement de taille modeste. Au-delà du cas individuel, cela suggère que si plusieurs cliniques privées s'alliaient pour des achats groupés, les gains pourraient être encore plus significatifs. Deuxièmement, la standardisation des produits et le recours aux génériques (H2) se sont avérés un levier efficace de réduction de coûts sans affecter négativement la qualité des soins. En effet, l'adoption d'une liste restreinte de médicaments essentiels a permis à la clinique d'éviter la dispersion des dépenses et de concentrer ses ressources sur des produits éprouvés, souvent disponibles en version générique moins coûteuse. Ce résultat rejoint les politiques publiques promouvant l'utilisation de médicaments génériques pour contenir les dépenses de santé : au Burkina Faso, les médicaments génériques fournis par la CAMEG coûtent en moyenne trois fois moins cher que les produits équivalents du secteur privé lucratif, ce dont les cliniques privées ont intérêt à tirer parti. Troisièmement, l'amélioration des processus de gestion (H3) – via la planification et l'outil de suivi de stock – a démontré son importance en éliminant pratiquement les achats en catastrophe et les ruptures de stock. Cela souligne qu'au-delà des seuls prix d'achat, la maîtrise des coûts passe par la réduction des gaspillages (périmes, surstocks) et des inefficacités (commandes urgentes à tarif fort). L'expérience de la Clinique Alpha montre qu'investir un effort organisationnel et technologique minimal (un simple tableur bien tenu, du temps de formation) peut rapporter des dividendes financiers conséquents.

Freins et obstacles identifiés : Malgré ces succès, plusieurs freins structurels peuvent limiter la généralisation de ces bonnes pratiques d'achats dans l'ensemble des cliniques privées du pays. Un premier obstacle est le manque de ressources humaines qualifiées dédiées à la fonction achat. Dans beaucoup de cliniques privées, le propriétaire-médecin ou un aidant non formé cumule la gestion des achats avec d'autres tâches, ce qui entraîne une approche empirique plutôt que stratégique. Professionnaliser cette fonction requiert du personnel formé ou l'externalisation à un gestionnaire commun – une option encore rare. Un deuxième frein est la taille réduite de chaque établissement : pris individuellement, nombre de cliniques n'ont pas le poids financier suffisant pour négocier des rabais importants auprès des fournisseurs. Cela rend la mutualisation nécessaire mais celle-ci se heurte parfois à un manque de coordination et de confiance entre établissements concurrents. Par exemple, partager des informations sur ses volumes d'achat ou ses fournisseurs peut susciter des réticences par peur de perdre un avantage concurrentiel. La concurrence entre cliniques privées, bien qu'elle puisse être saine pour stimuler l'offre de soins, ne favorise pas spontanément la collaboration sur les achats. Un troisième obstacle est lié au financement et à la trésorerie : rationaliser les achats, notamment en achetant en plus grande quantité pour avoir de meilleurs prix, suppose de disposer de liquidités suffisantes et d'accepter d'augmenter ponctuellement le stock. Or, de petites structures aux marges limitées peuvent avoir du mal à mobiliser de la trésorerie pour constituer un stock de sécurité, préférant acheter « au fil de l'eau » même si c'est plus cher à l'unité. L'absence de mécanismes de crédit fournisseur attractifs (peu de fournisseurs accordent des paiements à long terme aux petites cliniques) et le coût de l'argent élevé freinent les initiatives de massification. En outre, l'étude a mis en lumière l'environnement réglementaire et concurrentiel externe difficile : la persistance d'un marché informel de médicaments bon marché peut inciter certains gestionnaires, sous pression financière, à s'y approvisionner pour réduire leurs coûts. En effet, il a été documenté dans la sous-région qu'« *un centre privé qui s'approvisionne au grand marché réalise ses prestations à des coûts moindres par rapport à celui qui paye les produits dans les circuits formels* ». Toutefois, ces filières parallèles, bien qu'économiques à court terme (prix parfois deux fois inférieurs à ceux des pharmacies), comportent d'énormes risques de qualité et de péremption des produits, pouvant in fine nuire aux patients et à la réputation de la clinique. Combattre cette tentation du « moins-disant non sécurisé » nécessite un cadre incitatif et des contrôles accrus. D'un point de vue plus macro, l'absence jusqu'à présent d'une politique incitative spécifique pour le secteur privé de la santé a également été signalée comme un frein. Par exemple, le président de l'APROCCLIB, Dr Jean-Baptiste Ouédraogo, plaide déjà en 2012 pour que les cliniques privées puissent bénéficier d'un régime fiscal allégé et de subventions ou financements dédiés, de manière à soulager leurs charges et leur permettre d'investir dans des outils de gestion modernes. La fiscalité actuelle sur les importations de matériels ou de médicaments, ainsi que la TVA sur les prestations, pèsent sur les coûts et limitent la marge de manœuvre de ces établissements.

Opportunités et facteurs favorables : En dépit des obstacles, plusieurs opportunités et évolutions récentes offrent un terrain propice à la rationalisation des achats dans les établissements de santé privés du Burkina Faso. Tout d'abord, l'organisation progressive du secteur privé de la santé à travers des associations professionnelles est un atout. L'existence de l'APROCCLIB (Association des promoteurs de cliniques privées) et plus globalement de la Fédération des acteurs du secteur privé de la santé (FASPB) crée une plateforme de dialogue et de coordination qui n'était pas suffisamment exploitée jusqu'à présent. Cette fédération pourrait servir de catalyseur pour mutualiser certaines fonctions supports, dont les achats. L'exemple de la Clinique Alpha, s'il est partagé au sein de l'association, peut inspirer d'autres membres et les inciter à s'unir pour lancer, par exemple, une centrale d'achat commune. Deuxièmement, les autorités sanitaires burkinabè montrent une ouverture croissante à un partenariat public-privé renforcé dans le domaine de l'approvisionnement. Le ministère de la Santé, via la CAMEG, pourrait élargir ou assouplir les conditions dans lesquelles les structures privées accèdent aux médicaments essentiels génériques à bas prix. Actuellement centré sur les pharmacies d'officine, ce partenariat pourrait englober directement les cliniques disposant d'une pharmacie interne, leur permettant de commander en gros aux mêmes tarifs que le public sur un plus grand éventail de produits. Ceci garantirait des coûts moindres et une qualité contrôlée des médicaments pour tout le secteur privé formel. Troisièmement, le développement futur de systèmes d'assurance maladie (que ce soit l'Assurance Maladie Universelle en préparation ou des mutuelles privées) créera une pression pour l'efficience : les assureurs exigeront des structures de soins, y compris privées, de contenir leurs coûts pour maintenir les tarifs de remboursement viables. Cela peut être un puissant moteur de changement encourageant l'adoption de meilleures pratiques d'achat. Quatrièmement, l'ère du digital offre de nouvelles solutions adaptées même aux pays à revenu intermédiaire : des logiciels de gestion de stock et d'achats simplifiés, éventuellement en mode cloud ou mobile, deviennent de plus en plus accessibles. Il

existe par exemple des applications open-source pour la gestion des pharmacies hospitalières qui pourraient être déployées à moindre frais et donner aux cliniques privées des outils autrefois réservés aux grands hôpitaux. Enfin, à l'échelle régionale, on observe une dynamique de coopération pour l'approvisionnement en santé. Neuf pays africains ont récemment convenu d'engager des initiatives communes pour instituer des achats groupés de médicaments et équipements. De même, l'Union africaine, via Africa CDC et la Commission Économique pour l'Afrique, promeut un mécanisme africain d'achats groupés (initiative *APPM*) visant à réduire le coût des produits de santé et à améliorer l'accès équitable aux fournitures médicales essentielles sur le continent uneca.org. Bien que ces efforts soient orientés d'abord vers le secteur public et la production locale, ils créent une conjoncture favorable où l'idée de mutualisation des achats gagne en légitimité et où des économies d'échelle deviennent possibles à plus grande échelle. Les cliniques privées ou leurs réseaux nationaux pourront potentiellement s'y arrimer ou en tirer parti (par exemple, via des centrales d'achat régionales).

6. RECOMMANDATIONS PRATIQUES

6.1 Fragmentation du secteur privé

Un des obstacles majeurs à la rationalisation des achats dans les cliniques privées est le manque de coordination et d'organisation collective. Le secteur privé de la santé en Afrique est souvent très fragmenté, chaque clinique ou cabinet opérant de manière isolée. Cette fragmentation limite le pouvoir de négociation et empêche de tirer pleinement parti de mutualisations entre établissements. Au Burkina Faso, une évaluation du secteur privé recommande de dépasser cet état de morcellement et de structurer les acteurs privés en associations ou réseaux capables de parler d'une seule voix – une condition pour devenir force de proposition face au secteur public et pour envisager des achats groupés efficaces entre cliniques. Sans cadre de coordination inter-cliniques (par exemple via une association professionnelle active), il est difficile de mettre en place des plateformes communes d'achat ou de partager de stocks d'urgence. Le défi est donc organisationnel : il s'agit de renforcer la confiance et la concertation entre cliniques privées concurrentes, afin qu'elles puissent coopérer sur certains aspects non concurrentiels (achats, normes de qualité, etc.) pour le bénéfice mutuel.

6.2 Capacités et réglementations inadéquates

Parmi les freins structurels figurent aussi les faiblesses du cadre réglementaire et institutionnel. Dans beaucoup de pays, la réglementation du secteur privé de la santé existe sur le papier mais est peu appliquée ou obsolète, et les instances de contrôle manquent de ressources pour faire respecter les normes. Par exemple, l'absence de protocoles standardisés d'approvisionnement ou de suivi de qualité dans les cliniques privées entraîne des pratiques hétérogènes et parfois inefficaces. De plus, le manque de capacités techniques (en gestion des stocks, en négociation d'achat, en maintenance biomédicale) au niveau de certaines cliniques constitue un frein à l'optimisation des coûts : sans formation ni outils appropriés, difficile de rationaliser les achats ou d'adopter des systèmes numériques performants. L'accès au financement est un autre défi structurel – nombre de cliniques privées, de petite taille, ont du mal à obtenir des crédits pour investir dans des solutions de gestion modernes ou pour constituer un stock de sécurité, ce qui les empêche d'acheter en volume à prix réduit.

6.3 Concurrence du secteur informel et autres entraves

Un problème spécifique en Afrique est la présence d'un marché informel du médicament. La disponibilité de médicaments d'origine inconnue (parfois moins chers mais de qualité inférieure ou contrefaçons) en dehors des circuits officiels crée une concurrence déloyale pour les cliniques qui, elles, s'approvisionnent par des filières réglementées plus onéreuses. Ce marché informel, en plus de poser un risque pour la santé publique, complique la coordination entre cliniques car il fragilise économiquement les pharmacies privées les plus vertueuses. Enfin, il faut noter des freins tels que le coût élevé de certaines infrastructures (électricité, internet) indispensables à la digitalisation, ou encore la réticence au changement de certains personnels face aux nouvelles procédures d'achat collaboratives. Ces facteurs structurels doivent être pris en compte et levés – avec l'appui des pouvoirs publics – pour créer un environnement propice où les cliniques privées pourront collaborer, innover dans leurs méthodes d'achats et ainsi maîtriser durablement leurs coûts de fonctionnement tout en améliorant la qualité des soins offerts.

7. CONCLUSION

La présente étude, centrée sur la rationalisation du processus d'achats dans les cliniques privées au Burkina Faso, a mis en évidence qu'il est possible, à l'échelle d'un établissement, de maîtriser significativement les coûts d'approvisionnement sans compromettre la qualité des soins, en repensant l'organisation logistique et en exploitant les opportunités du marché. L'étude de cas de la Clinique Alpha a illustré comment des mesures concrètes – centralisation des commandes, négociation groupée, recours accru aux génériques, informatisation et suivi rigoureux des stocks – peuvent aboutir à des économies de l'ordre de 10 à 15% sur les dépenses d'achats annuelles, tout en éliminant quasiment les pénuries de produits essentiels. Ces résultats sont d'autant plus notables que le contexte initial était celui d'une clinique typique, non subventionnée, confrontée aux contraintes bien connues du secteur privé de la santé burkinabè (ressources limitées, approvisionnement morcelé, coûts élevés des intrants).

Les hypothèses formulées en amont se trouvent globalement validées par cette recherche. La centralisation et la mutualisation apparaissent comme des stratégies gagnantes pour accroître le pouvoir d'achat des cliniques vis-à-vis des fournisseurs, confirmant que l'union fait la force même dans le domaine mercantile de la santé. L'adoption de génériques et la réduction de la variété de produits achetés démontrent qu'on peut "faire mieux avec moins" – moins de références mais mieux choisies – ce qui est un aspect central de la rationalisation. Enfin, l'amélioration du processus (planification et suivi) rappelle que la maîtrise des coûts passe autant par la gestion interne efficace que par les prix du marché. Une clinique qui anticipe et gère proactivement ses stocks évite les dépenses subies et reprend la main sur son budget.

Perspectives pour l'Afrique de l'Ouest : Les enjeux et solutions discutés dans cette étude ne sont pas propres au Burkina Faso. Dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest, la structure du système de santé et du marché pharmaceutique présente des similarités : un secteur privé en plein essor mais fragmenté, une faiblesse de l'assurance maladie, une prédominance des importations de produits de santé et la présence de marchés informels. Ainsi, les enseignements tirés ici offrent des perspectives transposables pour des établissements similaires dans la sous-région. Un premier axe de perspective est le partage régional des bonnes pratiques : les associations de cliniques privées ou d'hôpitaux d'autres pays (Côte d'Ivoire, Sénégal, Mali, Niger...) pourraient s'inspirer de ce modèle de rationalisation, l'adapter et éventuellement collaborer entre elles. On pourrait imaginer à terme des alliances régionales d'achat entre cliniques de plusieurs pays voisins pour certains produits onéreux, profitant de l'harmonisation réglementaire croissante et de la Zone de libre-échange continentale africaine (ZLECAF). D'ailleurs, l'initiative continentale pour un mécanisme africain d'achats groupés témoigne de la pertinence de ces approches à grande échelle uneca.org.

Au niveau de chaque pays, y compris ceux d'Afrique de l'Ouest, l'intégration du secteur privé de la santé dans les stratégies nationales d'approvisionnement sera clé. Les gouvernements et partenaires au développement gagneraient à considérer le secteur privé non plus comme un concurrent à réguler à minima, mais comme un allié pour atteindre les objectifs de santé publique, notamment en matière de disponibilité des médicaments. Des perspectives de partenariat public-privé renforcé se dessinent : par

exemple, la création de centrales d'achat nationales ouvertes au privé, le cofinancement de plateformes logistiques communes, ou l'extension aux structures privées des programmes de renforcement des systèmes d'approvisionnement (qui, jusqu'alors, ciblaient principalement les formations sanitaires publiques). L'impact serait double : amélioration de la viabilité des cliniques privées d'une part, et baisse du coût des soins pour les patients d'autre part, ce qui contribue à une meilleure accessibilité financière de la santé – un enjeu majeur dans la région.

En conclusion, rationaliser le processus d'achats et maîtriser les coûts constitue un passage obligé pour les cliniques privées qui souhaitent pérenniser leur mission de soin dans un environnement compétitif et contraint. L'étude réalisée au Burkina Faso apporte une preuve de concept encourageante : avec de la volonté, de l'organisation et une collaboration accrue, il est possible de transformer un cercle vicieux de coûts élevés en un cercle vertueux d'efficience. Les recommandations formulées invitent à passer à l'action, en mutualisant les forces au sein du secteur privé et avec l'appui du secteur public. Si elles sont mises en œuvre, ces initiatives contribueront non seulement à la santé financière des établissements, mais aussi à l'amélioration de l'accès aux soins pour les populations en réduisant les charges qui pèsent indirectement sur les patients. C'est là un enjeu de santé et de développement pour le Burkina Faso et, à plus large spectre, pour l'ensemble de l'Afrique de l'Ouest.

BIBLIOGRAPHIE

- Dubois P., Lefouili Y., Straub S. *Pooled Procurement of Drugs in Low and Middle Income Countries*. Toulouse School of Economics (TSE) Working Paper, Dec. 2020 tse-fr.eu.
- Banque Mondiale. *Étude sur le secteur privé de la santé au Burkina Faso*. Rapport n°71452, World Bank, Washington D.C., 2011 documents1.worldbank.org/documents1.worldbank.org.
- Ministère de la Santé du Burkina Faso. *Politique pharmaceutique nationale* (2e éd.), Ouagadougou, 2012 sante.gov.bf.
- Ministère de la Santé du Burkina Faso. *Plan stratégique pharmaceutique 2019–2023*, Ouagadougou, 2019 sante.gov.bf.
- Ministère de la Santé du Burkina Faso. *Stratégie nationale de financement de la santé (SNFS 2016–2030)*, Ouagadougou, 2017 p4h.world.
- République du Burkina Faso. *Décret n°2024-0448/PRES-TRANS/PM/MDICAPME/MSHP/MEFP du 17 avril 2024 portant transformation de la CAMEG en Société d'État* cameg.com.
- Banque africaine de développement. « Numérisation de la santé en Afrique : Blink Pharma, un exemple d'innovation », Actualités AfDB, Abidjan, 23 mai 2025 afdb.org.
- UNFPA WCARO. *Étude rétrospective sur l'offre et la disponibilité des produits de santé reproductive en Afrique de l'Ouest et du Centre (2017–2023)*, Dakar, mai 2025 wcaro.unfpa.org.
- Organisation mondiale de la Santé (Bureau régional pour l'Afrique). *Profil sanitaire complet du Burkina Faso*, Brazzaville, 2015