



# LA PROFESSIONNALISATION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTÉ EN AFRIQUE DE L'OUEST

---

## RAPPORT PRELIMINAIRE

JUILLET 2012

### Enquête réalisée par l'Institut Bioforce

Contributeurs :

Dr Yakouba DOMO – Pharmacien Consultant National

Jean-Philippe LEZEAU – Coordinateur Pôle Logistique & Technique de Bioforce

Domnique MEUNIER – Chargée de projets internationaux

Anne-Catherine REA – Coordinatrice du département Opérations de Bioforce

Alice ROGEZ – Chargée de mission

Dr André SAVADOGO – Chef de Mission Bioforce Burkina Faso

Benoît SILVE – Directeur Général

### En partenariat avec

la Coalition pour les Produits de la Santé Reproductive



## SOMMAIRE

---

SOMMAIRE .....	2
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	3
ACRONYMES ET ABREVIATIONS .....	4
INTRODUCTION .....	6
1. Contexte de l'étude .....	6
2. Objectifs.....	6
3. Méthodologie .....	7
LA GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTE AU BENIN .....	9
1. Profil général du pays .....	9
2. Organisation du système de santé .....	10
3. Organisation de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé .....	12
LA GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTE AU BURKINA FASO ..	16
1. Profil général du pays.....	16
2. Organisation du système de santé .....	17
3. Organisation de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé .....	19
LA GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTE EN REPUBLIQUE DE GUINEE .....	23
1. Profil général du pays .....	23
2. Organisation du système de santé .....	24
3. Organisation de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé .....	26
LA GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTE A MADAGASCAR .....	29
1. Profil général du pays .....	29
2. Organisation du système de santé .....	30
3. Organisation de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé .....	32
LA GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTE AU MALI .....	35
1. Profil général du pays .....	35
2. Organisation du système de santé .....	36
3. Organisation de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé .....	38
LA GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTE AU SENEGAL.....	41
1. Profil général du pays .....	41
2. Organisation du système de santé .....	42
3. Organisation de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé .....	44
LA GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTE AU TOGO .....	48
1. Profil général du pays .....	48
2. Organisation du système de santé .....	49
3. Organisation de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé .....	52
ANALYSE REGIONALE ET SYNTHÈSE DE L'ETUDE.....	54
CONCLUSION .....	58
ANNEXE 1. Questionnaire Enquête Régionale Bioforce.....	60
ANNEXE 2. Schémas des systèmes d'approvisionnement public par pays .....	70
ANNEXE 3. Organigrammes des Ministères de la Santé par pays.....	74

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

Figure 1. Structure du système de soins au Bénin.....	10
Figure 2. Distribution des effectifs du personnel de santé au Bénin en 2008.....	14
Figure 3. Structure du système de soins au Burkina Faso .....	17
Figure 4. Effectifs des postes SCM au Burkina Faso.....	21
Figure 5. Structure du système de soins en Guinée .....	24
Figure 6. Structure du système de soins à Madagascar .....	30
Figure 7. Catégories professionnelles de la Santé Publique à Madagascar.....	33
Figure 8. Structure du système de soins au Mali.....	36
Figure 9. Catégories professionnelles de la Santé Publique au Mali .....	39
Figure 10. Structure du système de soins au Sénégal .....	42
Figure 11. Répartition du budget pour les districts au Sénégal en 2009.....	44
Figure 12. Structure du système de soins au Togo .....	49
Figure 13. Distribution des personnels de santé publique au Togo en 2003 .....	51

## ACRONYMES ET ABREVIATIONS

---

AGMED	AGence du MEDicament de Madagascar
AMP	Agence de Médecine Préventive
ASACO	Association de SANTé COmmunautaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
BAD	Banque Africaine de Développement
CAME	Centrale nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
CAMEG	Centrale nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels et Génériques
CEPRAOM	Cellule d'Échanges et de Partenariats Rhône-Alpes, Afrique de l'Ouest, Madagascar
CHD	Centre Hospitalier de District
CHD	Centre Hospitalier Départemental ( <i>Bénin uniquement</i> )
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CM	Centre Medical
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CMLS	Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA
CNHU	Centre National Hospitalier et Universitaire
CS	Centre de Santé
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSB	Centre de Santé de Base du district
CSC	Centre de Santé de Commune
CScom	Centre de Santé communautaire
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CSréf	Centre de Santé de référence
DGIEM	Direction Générale des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance
DGILMT	Direction de la Gestion des Intrants de santé, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle
DGPML	Direction Générale de la Pharmacopée, du Médicament et des Laboratoires
DNPEV/SSP	Direction Nationale du Programme Elargi de Vaccination et des Soins de Santé Primaires
DNPS	Direction Nationale de la Protection Sanitaire
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPMED	Direction des Pharmacies, du Médicament et des Explorations Diagnostiques
DRC	Dépôt-Répartiteur de Cercles
DRS	Direction Régionale de la Santé
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ECD	Equipe Cadre de District
EMAD	Equipe de MANagement de District
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
EPS	Etablissement Public de Santé
ESSC	Equipe Sanitaire et Sociale du Cercle
FM	Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FMI	Fonds Monétaire International
GAVI	<i>Global Alliance for Vaccines and Immunisation</i> (Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination)
GTZ	<i>Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit</i> (Agence de coopération)

	technique allemande)
HZ	Hôpital de Zone
IB	Initiative de Bamako
IDH	Indice de Développement Humain
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
IRSS	Institut de Recherche en Sciences de la Santé
JICA	Japan International Cooperation Agency
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
ME	Médicament Essentiel
OARHS	Observatoire Africain des Ressources Humaines pour la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PDD	Plan de Développement des Districts
PeP	Préparateur en Pharmacie
PEV/SSP/ME	Programme Elargi de Vaccination, Soins de Santé Primaires, Médicaments Essentiels
PMA	Pays les Moins Avancés
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Plan National de Lutte contre le Paludisme
PNMT	Politique Nationale de Médecine Traditionnelle
PNSDRHS	Plan National Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé
PNT	Plan National de lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
POCL-Santé	Plan Opérationnel des Collectivités Locales
PPA	Plan National d'Approvisionnement
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS	Poste de Santé
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaire Technique et Financier
RHSC	<i>Reproductive Health Supplies Coalition</i> (Coalition pour les produits de santé de la procréation)
SCM	<i>Supply Chain Management</i> (gestion de la chaîne d'approvisionnement)
SIGL	Système d'Information et de Gestion Logistique
UE	Union Européenne
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i> (Fonds des Nations Unies pour la population)
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i> (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
USAID	<i>United States Agency for International Development</i> (Agence des Etats-Unis pour le développement international)
USP	Unité de Soins Périphériques
UVS	Unité Villageoise de Santé
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humain/ syndrome d'immunodéficience acquise

# INTRODUCTION

---

## 1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

La situation sanitaire dans la sous-région Afrique de l'Ouest et la faiblesse des systèmes nationaux de santé sont des sources de préoccupation depuis des décennies. Selon l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), les problèmes sanitaires que sont le paludisme, la malnutrition, le VIH/SIDA, la mortalité maternelle et infantile, ou encore l'accès aux médicaments et vaccins, demeurent d'une grande acuité dans la sous région.

Ainsi, la performance de la gestion des chaînes d'approvisionnement des produits de santé apparaît de nos jours comme un point capital pour renforcer les systèmes de santé publique. Une chaîne d'approvisionnement efficace se traduit par la disponibilité des bons produits, en bonnes quantités, en bonnes conditions, aux bons moments et aux bons coûts. Comme le résume Dr Orin Levine (professeur associé, École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg), *"la chaîne logistique idéale est celle qui garantit que les limites de la science ne sont pas restreintes par les limites du système."*<sup>1</sup>

Pour fonctionner avec la plus grande efficacité, les systèmes d'approvisionnement de santé publique ont besoin de personnel formé, compétent et expérimenté dans les procédures opérationnelles standards requises pour chaque fonction logistique, mais aussi apte à prendre des décisions ou à participer aux processus de décision et d'élaboration de politiques ayant un impact sur les chaînes d'approvisionnement. Le manque de personnel ayant les compétences adéquates est souvent à l'origine de dysfonctionnements dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement, affectant l'ensemble du système de santé, et donc la situation sanitaire d'un pays.

La reconnaissance de l'importance de la chaîne d'approvisionnement a été exprimée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2006 et est aujourd'hui notamment portée par l'Initiative Globale *People that Deliver*<sup>2</sup> issue d'un groupe de travail au sein de la Coalition pour les produits de santé de la procréation<sup>3</sup>.

Afin de déterminer les actions pertinentes à mener pour améliorer la performance des chaînes d'approvisionnement des systèmes de santé, Bioforce a proposé de conduire une enquête. La présente étude vise ainsi à faire un état des lieux de la performance du personnel qui gère cette chaîne d'approvisionnement dans la sous-région Afrique de l'Ouest, et d'envisager les axes d'amélioration.

## 2. OBJECTIFS

### 1. Objectif général

L'objectif général de cette étude est d'établir une cartographie de la capacité des ressources humaines impliquées dans la chaîne d'approvisionnement de santé publique dans la sous-région Afrique de l'Ouest et de Madagascar.

---

<sup>1</sup> OMS, Services de vaccination, *Projet Optimize*, [http://www.who.int/immunization\\_delivery/optimize/fr/index.html](http://www.who.int/immunization_delivery/optimize/fr/index.html)

<sup>2</sup> PEOPLE THAT DELIVER, *Meeting Tomorrow's Health Challenges through Workforce Excellence in Supply Chain Management*, [www.peoplethatdeliver.org](http://www.peoplethatdeliver.org).

<sup>3</sup> RHSC, *Développement professionnel des gestionnaires*, <http://www.rhsupplies.org/fr/les-groupes-de-travail/systems-strengthening/developpement-professionnel-des-gestionnaires.html>.

## 2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- + Décrire le contexte du système d’approvisionnement de santé publique de chaque pays étudié.
- + Décrire l’organisation du système d’approvisionnement de santé publique de chaque pays étudié.
- + Décrire les ressources humaines de la chaîne d’approvisionnement de chaque pays étudié.
- + Donner les priorités pour une meilleure efficacité de la chaîne d’approvisionnement de chaque pays étudié.
- + Etablir les problématiques communes aux pays étudiés et recommandations générales pour une meilleure gestion de la chaîne d’approvisionnement.

## 3. MÉTHODOLOGIE

### 1. Méthodologie de l’enquête

Cette étude transversale combine deux méthodes de collecte d’information : la recherche documentaire et l’administration d’un questionnaire écrit à distance.

Le questionnaire<sup>4</sup> développé s’inspire d’un guide réalisé par l’Institut Bioforce, dans le cadre d’une étude pays, pour l’évaluation des ressources humaines en logistique de santé. Il est également inspiré de l’outil d’évaluation des ressources humaines chargées de la gestion des chaînes d’approvisionnement de santé publique développé par USAID | DELIVER. Il a été adressé par courrier électronique, depuis le Burkina Faso, à des personnes ressources des pays enquêtés : des agents des directions de la pharmacie ou des agents de santé positionnés à un niveau intermédiaire ou central du système. Ces personnes ressources ont été sélectionnées pour leur connaissance du système de santé et de la chaîne d’approvisionnement des produits de santé et grâce au soutien de l’Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine et de l’Organisation Ouest Africaine de la Santé.

Un biais essentiel inhérent à l’enquête à distance est cependant à noter : les informations recueillies sont parfois incomplètes et très diverses. Un travail de recherche documentaire, principalement sur internet, a permis de combler partiellement ces limites en recueillant les données et informations manquantes pour répondre aux objectifs spécifiques de l’enquête.

Pour le Burkina Faso et le Sénégal, le présent rapport se base principalement sur les données recueillies au cours des enquêtes de terrain spécifiques à ces deux pays réalisées par Bioforce<sup>5</sup> en 2011.

### 2. Sites de l’étude

L’étude couvre six pays de la sous-région Afrique de l’Ouest : le Bénin, le Burkina Faso, la République de Guinée, le Mali, le Sénégal et le Togo. Madagascar, en tant que pays francophone et partenaire de Bioforce au sein de la Cellule d’Échanges et de Partenariats Rhône-Alpes, Afrique de l’Ouest, Madagascar (CEPRAOM), a également accepté de remplir le formulaire de collecte de données.

### 3. Structure du rapport

Les données récoltées lors de l’enquête et de la recherche documentaire seront dans un premier temps présentées par pays. Pour chaque pays, il s’agira tout d’abord d’informations générales (contexte économique, sanitaire), puis d’une analyse de l’organisation du système de santé

---

<sup>4</sup> Voir l’annexe 1 pour une copie du questionnaire d’enquête.

<sup>5</sup> INSTITUT BIOFORCE, *Enquête sur la capacité des ressources humaines en matière de gestion de la chaîne d’approvisionnement de santé publique au Burkina Faso, 2011* ; INSTITUT BIOFORCE, *Enquête sur la capacité des ressources humaines en matière de gestion de la chaîne d’approvisionnement de santé publique au Sénégal, 2011*.

(secteur public et privé, ressources humaines, financement), afin de mieux analyser, par la suite, l'organisation de la chaîne d'approvisionnement : secteur public et privé, infrastructures et équipements et améliorations de la chaîne d'approvisionnement envisageables<sup>6</sup>.

Dans un second temps, ces données seront analysées afin de faire ressortir les similitudes entre les systèmes d'approvisionnement en produits de santé des pays étudiés.

En conclusion, les recommandations recueillies par les répondants à l'enquête pour une meilleure efficacité de la chaîne d'approvisionnement dans les systèmes de santé en Afrique de l'Ouest et à Madagascar seront présentées.

---

<sup>6</sup> Pour une meilleure compréhension des structures, les schémas des systèmes d'approvisionnement publics et organigrammes des Ministère de la Santé de chaque pays sont présentés en annexe 2

# LA GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTE AU BENIN

## 1. PROFIL GÉNÉRAL DU PAYS



Le Bénin, situé en Afrique de l'Ouest, est entouré par 4 pays (République du Niger, Burkina Faso, Togo et Nigéria). Il est également bordé au Nord par le fleuve Niger, et au Sud par l'océan Atlantique.

« Depuis 1999, le Bénin s'est engagé dans la mise en œuvre d'une stratégie nationale de réduction de la pauvreté pour un développement humain durable. Après l'ébauche d'une Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP, 2000), une stratégie triennale (2003-2005) [...]»<sup>7</sup>. Cette dernière a été renouvelée et actualisée pour la période 2007-2009.

Malgré tout, l'incidence de la pauvreté monétaire demeure élevée, et serait passé 28,5% à 36,8% entre 2002 et 2006<sup>8</sup>. Cette pauvreté affecte davantage la population en milieu rural.

Depuis 2006, l'économie béninoise est entrée dans une nouvelle phase de croissance. En effet, de 3,8% en 2006, le taux de croissance est passé en 2008 à 5,0%.<sup>9</sup>

PROFIL PAYS : Bénin <sup>10</sup>	
Population	9 598 787
Superficie (km <sup>2</sup> )	112 622
Age médian	17.4
Population urbaine (% de la population totale)	42
Indice de Développement Humain	0.427 (167 <sup>e</sup> rang)
Taux d'alphabétisation (% de la population totale)	34.7
PIB par habitant (US\$)	1 500
Population sous le seuil de pauvreté (% de la population totale)	37.4
Espérance de vie à la naissance	60.26
Taux de mortalité infantile (/1000 personnes)	60.03
Taux de mortalité adulte (/1000 personnes)	319
Causes premières de la mortalité des moins de 5 ans	Paludisme (23%), pneumonie (19%), diarrhée (13%)

<sup>7</sup> REPUBLIQUE DU BENIN, *Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté*, mars 2007, [http://www.finances.bj/IMG/pdf/SCR\\_P\\_DOCUMENT\\_REMANIE.pdf](http://www.finances.bj/IMG/pdf/SCR_P_DOCUMENT_REMANIE.pdf).

<sup>8</sup> <http://www.bj.undp.org/fr/pauvrete.html>.

<sup>9</sup> MINISTERE DE LA SANTE DU BENIN, *Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018*, version validée septembre 2009.

<sup>10</sup> CIA, *World Fact Book* ; OMS, *Benin Health Statistic Profile 2010*.

## 2. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

### 1. Le secteur public et la politique nationale de santé

Les États généraux du secteur de la santé, tenus en novembre 2007, ont fait d'importantes recommandations sur le développement sanitaire du pays. Une nouvelle vision a alors été définie recommandant que « le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles ou collectives, pour l'offre et la disponibilité permanentes de soins de qualité, soins équitables et accessibles aux populations de toutes catégories, fondés sur les valeurs de solidarité et de partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois »<sup>11</sup>. Cette nouvelle vision est intégrée dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018<sup>12</sup>.

Le système de santé est doté d'une structure pyramidale à trois niveaux, conformément aux recommandations de l'Initiative de Bamako :

**Le niveau central** : le Ministère de la Santé avec ses directions centrales et le Centre Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou.

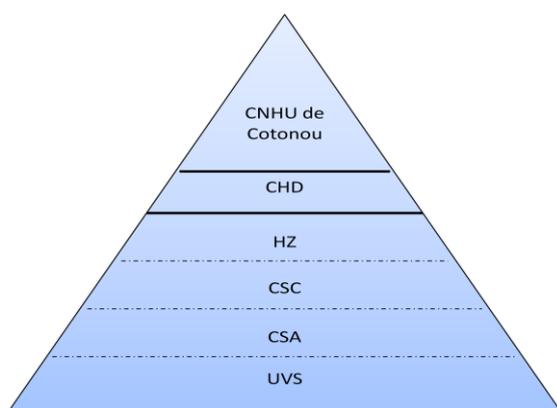


Figure 1. Structure du système de soins au Bénin

**Le niveau intermédiaire** : les directions départementales de la santé au nombre de 12 ; les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD).

**Le niveau périphérique** : les zones sanitaires au nombre de 34, constituées de l'Hôpital de Zone (HZ), des Centres de Santé de Commune (CSC), des Centres de Santé d'Arrondissement (CSA), et des Unités Villageoises de Santé (UVS).

La couverture des arrondissements en centres de santé est globalement bonne (89% en 2008), mais les infrastructures sont peu fonctionnelles<sup>13</sup>, et le taux d'utilisation des services de santé est faible (34 % selon l'Annuaire statistique 2006).

### 2. Le secteur privé

Peu de données valides existent sur le nombre de structures sanitaires privées implantées au Bénin<sup>14</sup>. Pourtant, l'importance de ce secteur, déjà très grande, ne cesse d'augmenter. Selon les résultats du recensement des formations sanitaires privées réalisé en 1998<sup>15</sup>, 650 formations sanitaires ont été identifiées sur l'ensemble du territoire national et prennent différentes formes: libérales, humanitaires et associatives. Les principaux types de structures sont les suivants :

- Les structures libérales (cliniques, polycliniques, cabinets médicaux, généralistes ou spécialisés, cabinets dentaires, etc.) sont principalement situées en milieu urbain, notamment à Cotonou et Porto-Novo. De nombreux fonctionnaires de l'Etat travaillent dans ces structures privées, en parallèle -ou au détriment- de leurs activités dans le secteur public: « bien que les professionnels

<sup>11</sup> OMS, *Stratégie de Coopération de l'OMS avec les pays, Bénin 2009-2013*.

<sup>12</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU BENIN, *Op. Cit.*

<sup>13</sup> Ibid.

<sup>14</sup> OARHS, *Profil en ressources humaines pour la santé au Bénin*, Mars 2009.

<sup>15</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU BENIN, *Organe paritaire du partenariat public-privé, Politique et stratégies de développement du partenariat entre les secteurs public et privé dans le domaine de la santé (2006-2008)*, Juin 2006.

de la santé qui travaillent dans le secteur public n'aient légalement pas le droit de travailler dans le privé, cette pratique semble relativement courante »<sup>16</sup>.

- Les centres de santé confessionnels sont également concentrés en zones urbaines et périurbaines. A visée humanitaire, ils prodiguent des soins de qualité aux populations les plus pauvres. Ces centres ont réalisé "78 % des 415 855 journées d'hospitalisation produites par les formations sanitaires du niveau périphérique en 2005"<sup>17</sup>.
- Les structures associatives, notamment les Organisations Non Gouvernementales (ONG), permettent d'élargir la couverture sanitaire.

Le recours à la médecine traditionnelle est également très important, mais il n'y a pas de données statistiques précises à ce sujet. "Les données existantes sont parcellaires et reposent sur un projet de valorisation des substances naturelles initié en 1970".<sup>18</sup> Les agents de santé ayant une certaine défiance vis-à-vis des guérisseurs traditionnels, la collaboration avec ces derniers est très limitée. En outre, la préparation, le conditionnement et la conservation des produits médicamenteux traditionnels se font très souvent dans des conditions inadaptées. Cependant, le coût relativement faible des services des tradi-praticiens est l'une des principales raisons du recours de la population à la médecine traditionnelle.

### 3. Les ressources humaines pour la santé

L'importance accordée à la gestion des ressources humaines a amené le Ministère de la Santé à créer une direction des ressources humaines en 2000, et à se doter d'un Plan National Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé (PNSDRHS) 2007-2016.

La formation initiale et continue en santé est assurée par des écoles et des institutions publiques relevant du Ministère en charge de la formation professionnelle et du Ministère de l'enseignement supérieur. On constate une inadéquation entre la formation et les besoins en compétences du secteur, et l'insuffisance de personnel spécialisé. En effet, il n'y a pas suffisamment de concertation entre les Ministères en charge de la formation et le Ministère de la Santé. De plus, le Ministère de la Santé ne dispose pas de définition des profils de personnel dont il a besoin.

Par ailleurs, la répartition géographique du personnel est inéquitable, les effectifs étant concentrés dans les centres urbains au détriment des centres ruraux.

Enfin, malgré de nombreuses mesures pécuniaires incitatives pour le personnel de santé, la motivation des agents à s'engager ou à rester dans la fonction publique est faible. Les causes de cette démotivation les plus citées, notamment dans le rapport de l'OARHS<sup>19</sup>, sont :

- l'insuffisance du salaire, son inadéquation au coût de la vie ;
- le manque de compréhension entre les agents et la population ;
- la non-application des sanctions positives sur la base de critères transparents et objectifs ;
- l'absence d'une politique de formation continue ;
- la complaisance dans les prises de décisions dans la gestion des conflits ;
- le manque d'esprit d'ouverture, d'écoute et de dialogue de la part des supérieurs hiérarchiques ;
- les mauvaises conditions de travail ;
- le degré de développement du lieu d'exercice des fonctions de l'agent (installation des écoles et collèges, électrification, Internet, radio, télévision, marchés, les voies d'accès, etc.).

---

<sup>16</sup> OARHS, *Op. Cit.*

<sup>17</sup> MINISTERE DE LA SANTE DU BENIN, *Annuaire statistique 2005*.

<sup>18</sup> Id., *Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018*, version validée septembre 2009.

<sup>19</sup> OARHS, *Op. Cit.*

L'une des principales conséquences semble être l'absentéisme des agents pour exercer dans les structures sanitaires privées, pratique illégale pour les fonctionnaires et affectant négativement la continuité des soins dans le secteur public.

#### 4. Le financement de la santé

Selon les résultats des comptes nationaux de la santé de 2003, la dépense globale de santé au cours de cette année est d'environ 192.000.000 US\$. Elle est financée par :

- Les ménages à 52,1%, à travers le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires, c'est à dire le paiement à l'acte et l'achat de médicaments. L'enquête de 2003 relevait que l'achat des médicaments représentait 76% des dépenses en santé des ménages. Dans le PNDS du Bénin<sup>20</sup>, ce financement est jugé peu favorable et limitant l'accessibilité des ménages aux services et soins de santé, car le niveau de revenu des populations est faible.
- L'Etat à 30,8%. En 2011 le budget de l'Etat était estimé à 2.144.848.889 US\$ et celui du ministère de la Santé à 148.299.784 US\$ dont 32.400.776 US\$ étaient consacrés aux ressources humaines et 288.889 US\$ aux médicaments.
- L'aide extérieure à hauteur de 16,5%. Le montant global du financement de la santé par la coopération internationale a atteint près de 19,2 millions US\$ en 2006. Les principaux partenaires techniques et financiers du secteur de la santé sont l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le PNUD, la Banque Mondiale, USAID, la coopération belge et le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.
- Les collectivités, les assurances et mutuelles de santé, les entreprises privées et publiques à hauteur de 0,6%.

### 3. ORGANISATION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTÉ

#### 1. L'approvisionnement du secteur public

Il existe au Bénin une Politique Pharmaceutique Nationale élaborée en 1991, mais pas de Plan National d'Approvisionnement.

La Direction des Pharmacies, du Médicament et des Explorations Diagnostiques (DPMED) collecte les différentes données auprès des structures sanitaires.

La centrale nationale d'approvisionnement en médicaments essentiels (CAME), placée sous la tutelle de la DPMED, est une association à but non lucratif chargée de l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments essentiels sur l'ensemble du territoire national. Initialement limitée aux structures publiques et privées non lucratives, la CAME approvisionne désormais aussi des structures privées lucratives. Au total, la CAME gère 60% des volumes de médicaments, et approvisionne 1500 structures sanitaires.

Un quart des commandes est effectué auprès de fabricants locaux qui participent aux appels d'offre au même titre que les concurrents extérieurs, ne bénéficiant pas de la préférence régionale<sup>21</sup>. La CAME dispose de deux dépôts régionaux installés à Parakou et à Natitingou pour les départements du Nord et de dépôts répartiteurs dans quatorze zones sanitaires. Ces dépôts approvisionnent à leur tour les formations sanitaires<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup> MINISTERE DE LA SANTE DU BENIN, *Op. Cit.*

<sup>21</sup> RESEAU MEDICAMENTS ET DEVELOPPEMENT, *Politique pharmaceutique du Bénin*, [http://www.remed.org/html/politique\\_pharmaceutique\\_benin.html](http://www.remed.org/html/politique_pharmaceutique_benin.html).

<sup>22</sup> OMS, *Mesure de la transparence pour améliorer la bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique*, *Rapport final d'évaluation au Bénin*, août 2009.

La Direction Nationale du Programme Elargi de Vaccination et des Soins de Santé Primaires (DNPEV/SSP) et la Direction Nationale de la Protection Sanitaire (DNPS) ont également leurs propres systèmes d'approvisionnement pour les vaccins.

## **2. L'approvisionnement du secteur privé**

Le secteur pharmaceutique privé traite 40% des volumes de médicaments<sup>23</sup>. Il compte six grossistes répartiteurs, 214 officines ainsi que de nombreux points de dispensation au public.

On note cependant une répartition inégale des officines privées sur le territoire. Selon l'OMS, "plus de quatre vingt dix officines de pharmacies sur cent soixante douze (52%) sont concentrées dans les Départements de l'Atlantique et du Littoral"<sup>24</sup>.

Le réseau de vente illicite de médicaments est particulièrement développé, parfois au sein même des formations sanitaires. Selon le PNDS<sup>25</sup>, "la vente illicite de médicaments connaît une ampleur de plus en plus inquiétante, empruntant les canaux informels de distribution que sont les marchés, les boutiques, les abords des rues, le porte à porte".

## **3. Les ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement**

Les pharmaciens sont très peu nombreux dans la fonction publique (20 en 2008 selon l'OARHS<sup>26</sup>). Ils se retrouvent au niveau central et intermédiaire, gérant les magasins de la CAME ainsi que les pharmacies des hôpitaux nationaux et départementaux avec des infirmiers et d'autres personnels formés à la gestion des produits pharmaceutiques.

Au niveau périphérique, les magasins de produits pharmaceutiques sont gérés par les gestionnaires des zones sanitaires et du personnel non professionnel de santé. Le système n'emploie aucun logisticien. Les agents en charge, ni formés, ni qualifiés, n'appréhendent pas toujours l'importance, ni la nécessité de remplir des fiches de stocks et de surveiller les dates de péremption et conditions de conservation. Les conséquences sont :

- des ruptures de stocks fréquentes ;
- l'altération ou la perte des produits de santé ;
- des vols.

Une seule formation initiale de pharmaciens existe au Bénin : l'Ecole de Pharmacie de la Faculté des Sciences de la Santé, au sein de l'Université d'Abomey-Calavi, à Cotonou. En cinq ans, elle permet l'obtention du diplôme d'Etat de Pharmacien.

---

<sup>23</sup> MINISTERE DE LA SANTE DU BENIN, *Op. Cit.*

<sup>24</sup> OMS, *Op. Cit.*

<sup>25</sup> MINISTERE DE LA SANTE DU BENIN, *Op. Cit.*

<sup>26</sup> OARHS, *Op. Cit.*

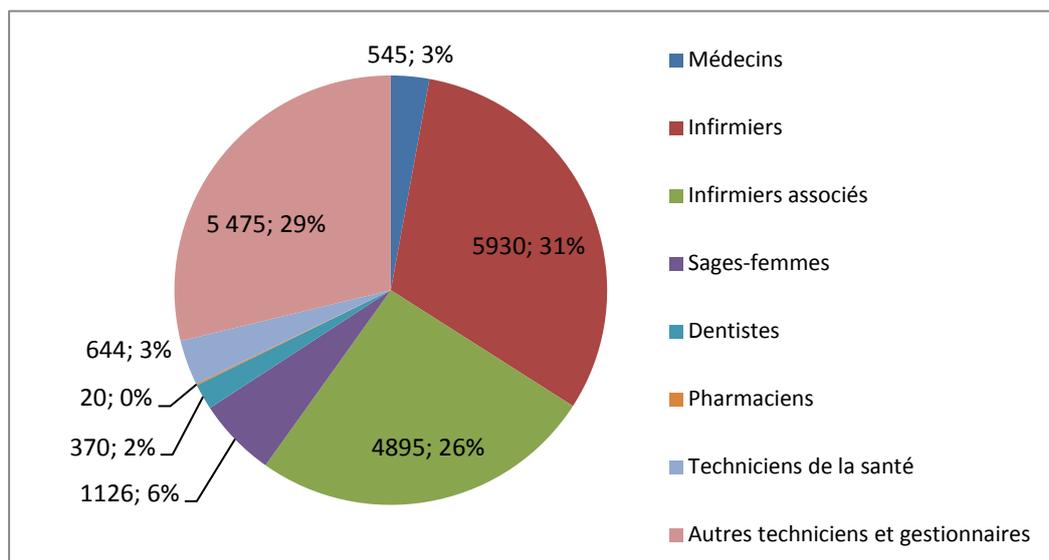


Figure 2. Distribution des effectifs du personnel de santé au Bénin en 2008<sup>27</sup>

En 2011, l'Agence de Médecine Préventive et l'OMS ont lancé un projet afin d'établir au Bénin un centre de référence régional dédié à la formation et à la certification de logisticiens de la santé, en collaboration avec les partenaires publics et privés.<sup>28</sup>

#### 4. Equipements et infrastructures

Les infrastructures sanitaires publiques sont réparties inégalement sur le territoire, du fait de l'inexistence d'un plan national de développement à ce sujet. De plus, 40% de ces infrastructures se trouvent en état de délabrement et la plupart ne sont pas conformes aux normes, du à l'insuffisance de suivi dans l'exécution des travaux.<sup>29</sup>

Selon le PNDS du Bénin, les principaux facteurs contribuant à cette problématique sont:

- la multiplicité des marques des équipements sans aucune formation ou recyclage des agents en charge de la maintenance ;
- l'insuffisance de spécialistes qui assurent la maintenance ;
- l'absence d'un mécanisme de maintenance et de suivi des équipements (d'où une irrégularité des inventaires du parc d'équipements par exemple) ;
- l'inexistence d'un manuel de procédures pour la maintenance des dispositifs médicaux ;
- la lenteur dans la procédure d'achat des pièces détachées ;
- le manque de financement.<sup>30</sup>

Concernant les moyens de transport, "selon l'évaluation des 34 zones sanitaires en 2005, 30 zones possèdent des ambulances, mais seulement 7 de ces véhicules (21 %) sont en bon état et seulement 13 zones sanitaires (38 %) ont un système de radiocommunication qui fonctionne"<sup>31</sup>. Cette situation est causée, entre autre, par l'absence de politique appropriée pour l'acquisition et la gestion des équipements médico-techniques.

#### 5. Amélioration de la gestion de la chaîne d'approvisionnement

Selon les données recueillies par cette enquête, les principaux problèmes du système d'approvisionnement sont l'insuffisance du financement de la gestion de la chaîne

<sup>27</sup> OARHS, *Op. Cit.*

<sup>28</sup> PROJET LOGIVAC, <http://www.logivac.org/fr>.

<sup>29</sup> MINISTERE DE LA SANTE DU BENIN, *Op. Cit.*

<sup>30</sup> Ibid.

<sup>31</sup> OARHS, *Op. Cit.*

d'approvisionnement et l'insuffisance de compétence du personnel en charge de cette gestion. En effet, les pharmaciens, qui sont les seuls professionnels de la gestion des produits de santé utilisés, sont rares dans le système.

Selon les répondants à l'enquête, il faudrait donc, en priorité :

- + appuyer l'Ecole de Pharmacie de la Faculté des Sciences de la Santé afin de développer les cursus de pharmaciens, quantitativement et qualitativement ;
- + recruter et former des professionnels de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé ;
- + élaborer une politique de maintenance des équipements appropriée ;
- + développer la formation continue des agents de maintenance ;
- + consacrer plus de moyens financiers à la gestion de la chaîne d'approvisionnement ;
- + mettre en place un système d'information et de gestion logistique (SIGL) efficace.

# LA GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTE AU BURKINA FASO<sup>32</sup>

## 1. PROFIL GÉNÉRAL DU PAYS



« Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso, pays continental, est limité au Nord et à l'Ouest par le Mali, à l'Est par le Niger et au Sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. »<sup>33</sup>

« Avec un revenu national brut par habitant estimé en 2008 à 1215 \$ US par an, le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés. [...] »<sup>34</sup>

« L'aide publique au développement (15,2% du PIB et 32% comptabilisés dans le budget de l'Etat) occupe une place importante dans le processus de développement économique et social du Burkina Faso. »<sup>35</sup> Cette aide entraîne toutefois une multiplicité des intervenants, des procédures, des modalités d'intervention ainsi que des cadres de coordination.

PROFIL PAYS : Burkina Faso <sup>36</sup>	
Population	17 275 115
Superficie (km <sup>2</sup> )	274 200
Age médian	16.9
Population urbaine (% de la population totale)	26
Indice de Développement Humain	0.331 (181 <sup>e</sup> rang)
Taux d'alphabétisation (% de la population totale)	21.8
PIB par habitant (US\$)	1,500
Population sous le seuil de pauvreté (% de la population totale)	46.4
Espérance de vie à la naissance	54.07
Taux de mortalité infantile (/1000 personnes)	79.84
Taux de mortalité adulte (/1000 personnes)	472 (hommes) 410 (femmes)
Causes premières de la mortalité des moins de 5 ans	Paludisme (24%), pneumonie (18%), diarrhée (12%)

<sup>32</sup> INSTITUT BIOFORCE, *Enquête sur la capacité des ressources humaines en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement de santé publique au Burkina Faso*, 2011.

<sup>33</sup> MINISTÈRE DE LA SANTE DU BURKINA FASO, *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2020*.

<sup>34</sup> Ibid.

<sup>35</sup> MINISTÈRE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES DU BURKINA FASO, *Plan d'actions national de l'efficacité de l'aide au développement (PANEA) 2010-2012*, [www.dgcoop.gov.bf](http://www.dgcoop.gov.bf).

<sup>36</sup> CIA, *World Fact Book* ; OMS, *Burkina Faso Health Statistic Profile 2010*.

## 2. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

### 1. Le secteur public et la politique nationale de santé

En 2000, le Burkina Faso s'est doté d'un Cadre stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) qui accorde une priorité claire aux secteurs de l'éducation et de la santé dans l'allocation des ressources budgétaires. La part du budget de l'État allouée au Ministère de la Santé est passée de 12,32% en 2006, à 15% en 2008<sup>37</sup>. Un PNDS a également été développé pour les périodes 2001-2010, puis 2011-2020<sup>38</sup>.

Conformément aux recommandations de l'Initiative de Bamako, le système de santé public est organisé de façon pyramidale, en 3 niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

**Le niveau central** comprend le cabinet du Ministre de la Santé, ses services centraux, des programmes et projets, des services rattachés, des établissements publics administratifs (2 hôpitaux nationaux, le centre national de transfusion sanguine, ...).

**Le niveau intermédiaire** comprend les directions régionales de la santé (13 DRS), chargées de la coordination et de l'appui aux districts.

**Le niveau périphérique** compte actuellement 63 districts sanitaires, qui constituent le niveau opérationnel du Ministère de la Santé, et sont administrés par des équipes cadre de district (ECD) ayant à leur tête des Médecins-chefs de district.

Sur le plan opérationnel, les structures publiques de soins sont également organisées en trois niveaux<sup>39</sup>:

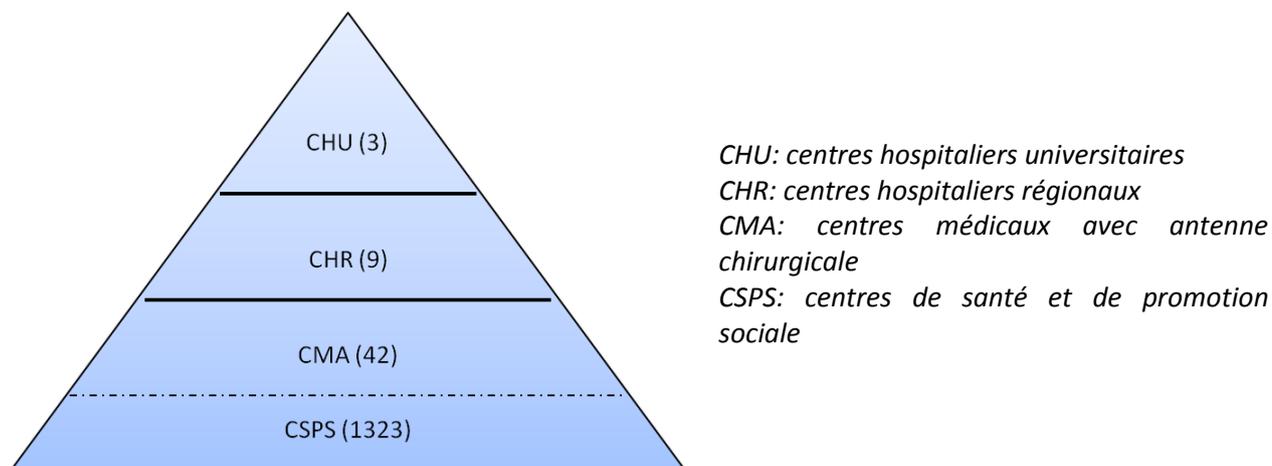


Figure 3. Structure du système de soins au Burkina Faso

Selon l'OMS, on note cependant "un fonctionnement insuffisant des hôpitaux, des districts sanitaires urbains et ceux centrés sur un CHR. A cela s'ajoutent une faible capacité gestionnaire des équipes des districts et des directions régionales, une faible capacité opérationnelle de la Cellule d'appui à la décentralisation du système sanitaire [...], une absence de coordination du système de soins au niveau des communes et d'une inadéquation du dispositif de gestion des aspects sanitaires des catastrophes"<sup>40</sup>.

<sup>37</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU BURKINA FASO, *Cadre des dépenses à moyen terme 2009-2011*, version finale.

<sup>38</sup> Id., *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2020*.

<sup>39</sup> OMS, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, Burkina Faso 2010-2015*.

<sup>40</sup> OMS, Observatoire de la santé en Afrique, *Burkina Faso, Résumé analytique*, [http://www.aho.afro.who.int/profiles/index.php/Burkina\\_Faso:Analytical\\_summary\\_-\\_Leadership\\_and\\_governance/fr](http://www.aho.afro.who.int/profiles/index.php/Burkina_Faso:Analytical_summary_-_Leadership_and_governance/fr).

## 2. Le secteur privé

Le secteur privé compte 358 structures, majoritairement des structures à but lucratif (81,56%) et des établissements confessionnels. Ces structures sont essentiellement situées à Ouagadougou et Bobo Dioulasso<sup>41</sup>. Le secteur privé permet également le développement des formations sanitaires, notamment avec la faculté de médecine de l'Université Saint Thomas d'Aquin et l'école privée Sainte Edwige (formation de paramédicaux) à Ouagadougou.

Cependant, le secteur privé se développe sans schéma directeur et n'est pas suffisamment intégré au système de santé. Des lacunes subsistent dans l'application des textes juridiques et dans le respect des normes relatives aux prestations de services.

La médecine et la pharmacopée traditionnelles, reconnues depuis 1994 dans le code de la Santé publique, ont également un rôle majeur dans l'offre de soins et de produits de santé<sup>42</sup>: environ 30 000 acteurs exercent de façon autonome<sup>43</sup>.

## 3. Les ressources humaines pour la santé

L'effectif des personnels du Ministère de la Santé dans le secteur public était estimé à 19 899 agents en mai 2010<sup>44</sup>. Les établissements privés de soins emploient près de 1 800 personnes dont 8% de médecins (143), 37% d'infirmiers (669), 12% de sages femmes et accoucheuses (216), le reste étant composé de personnel peu qualifié.

Si plusieurs initiatives gouvernementales ont permis d'assurer une plus grande disponibilité des ressources humaines, le PNDS<sup>45</sup> rappelle que des enjeux fondamentaux subsistent en termes de ressources humaines de santé :

- le déficit en personnel reste important pour certaines catégories, telles que les sages femmes d'Etat, notamment hors de centres urbains. De plus les normes utilisées au niveau des CSPS (nombre de personnel/CSPS) apparaissent peu pertinentes en raison de la disparité dans la taille des populations couvertes par CSPS ;
- l'absence d'un plan global de développement des ressources humaines avec un plan de mise en œuvre ;
- la faible motivation des personnels ;
- l'insuffisance de coordination engendrant dans une moindre mesure la fuite des cerveaux ;
- le sous-équipement des institutions de formation en laboratoire et en salle de travaux pratiques, la saturation des terrains de stage et l'insuffisance d'une formation continue de qualité ;
- le faible niveau d'instruction des agents de santé communautaires (ASC), dû à l'insuffisance de la formation et d'appui de ces ASC.

## 4. Le financement de la santé

Plusieurs acteurs participent au financement de la santé :

- La part du budget de l'Etat consacré au secteur de la santé est passée de 7,07% en 2000, à 12,13% en 2007, à 15,21% en 2008 et à 15,46% en 2009<sup>46</sup>.
- Les ménages contribuent également au financement des dépenses totales de santé (ce sont les premiers contributeurs au budget d'acquisition des produits de santé).
- Les ressources extérieures (dons, subventions des partenaires techniques et financiers, coopération décentralisée et emprunts dans le cadre des projets et programmes de santé ou

<sup>41</sup> MINISTERE DE LA SANTE DU BURKINA FASO, *Op. Cit.*

<sup>42</sup> OMS, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, Burkina Faso 2010-2015.*

<sup>43</sup> MINISTERE DE LA SANTE DU BURKINA FASO, *Op. Cit.*

<sup>44</sup> Id., *Annuaire statistique 2010.*

<sup>45</sup> Id., *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2020.*

<sup>46</sup> Ibid.

interventions directes sur le terrain) constituent la troisième source de financement de la santé après l'Etat et les ménages. En 2007, l'aide publique au développement au profit du secteur de la santé, était d'un montant de 32,60 millions US\$<sup>47</sup>. Les principaux domaines concernés par l'aide extérieure sont : les infrastructures de soins, la formation du personnel, les vaccinations dans le cadre de la lutte contre la maladie, le sida, le paludisme, et la tuberculose, la santé de la reproduction, l'appui global aux districts sanitaires et le soutien au développement des mutuelles de santé.

- Les collectivités territoriales participent au financement de la santé via la construction d'infrastructures sanitaires et la prise en charge des salaires de leurs agents.

### 3. ORGANISATION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTÉ

#### 1. L'approvisionnement du secteur public

Une seule structure publique, l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS - Ouagadougou), et quelques structures privées produisent des médicaments au Burkina Faso<sup>48</sup>. Ainsi, presque tous les produits de santé sont importés. Il existe deux grands types de circuits dans le fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement :

- le circuit de produits distribués gratuitement (circuit gratuit) ;
- le circuit de produits payants (circuit de vente).

On retrouve donc une coexistence de deux systèmes de suivi parallèles aux niveaux intermédiaire et périphérique. Les produits du circuit gratuit sont en général alloués (système push) et non commandés (système pull) comme le sont ceux du circuit de vente.

De plus, le circuit des produits gratuits est lui-même particulièrement complexe, comme le souligne une étude réalisée en 2010 par la Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DGPML) en collaboration avec l'OMS<sup>49</sup>. En effet, ce système comprend plusieurs sous-systèmes verticalisés et différenciés selon le partenaire technique et financier (PTF) et selon le type de produit. Le Plan national de lutte contre la tuberculose (PNT), le Comité ministériel de lutte contre le SIDA (CMLS) et le Plan national de lutte contre le paludisme (PNLP) ont, par exemple, leur propre système d'approvisionnement.

Les responsables des approvisionnements, en général des pharmaciens travaillant au sein des programmes et directions centrales, sont responsables de la sélection des produits. Les produits acquis par les programmes sont livrés :

- soit à la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels et Génériques (CAMEG) qui dispose de magasins adaptés pour le stockage et d'une logistique appropriée pour la distribution ;
- soit au niveau des directions centrales qui ne disposent ni de magasins convenables, ni de logistique de transport pour la distribution et peu ou pas de lieu de stockage des produits, que l'on retrouve parfois dans les couloirs des bureaux de ces directions, avant distribution aux structures de santé. De plus, le Ministère de la Santé reçoit parfois des dons qui ne respectent pas toujours les règles édictées par l'OMS en la matière (correspondance aux besoins exprimés par le bénéficiaire, prise en charge de tous les frais d'approche et de gestion par le donateur, ...). Ces produits sont en général entreposés au niveau des directions centrales.

---

<sup>47</sup> OMS, *Op. Cit.*

<sup>48</sup> MINISTERE DE LA SANTE DU BURKINA FASO, *Op. Cit.*

<sup>49</sup> MINISTERE DE LA SANTE DU BURKINA FASO /DGPML, OMS. *Cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé au Burkina Faso*, décembre 2010.

La distribution est ensuite assurée par 800 dépôts de médicaments essentiels génériques dans les structures publiques. Chaque formation sanitaire publique dispose en principe d'un dépôt de médicaments pour la vente au public. Mais selon le PNDS, "la pharmacie hospitalière n'est pas mise en place et le médicament reste inaccessible financièrement à la majorité de la population, ce qui pourrait expliquer en partie la persistance de la vente illicite des médicaments"<sup>50</sup>.

Dans la chaîne d'approvisionnement de santé publique, bien que 50% des approvisionnements passent par la CAMEG, on peut distinguer au moins 13 filières d'approvisionnement. Chaque filière dispose de son propre SIGL et il n'existe pas d'harmonisation des systèmes d'information entre les différents partenaires techniques et financiers (PTF). Ainsi, plusieurs PTF engagés dans les divers programmes de santé demandent au personnel impliqué dans la SCM de fournir des rapports sur les différentes filières et les produits concernés.

La complexité du système engendre :

- Un très fort risque d'erreur sur les informations communiquées aux PTF par les utilisateurs/dispensateurs en bout de chaîne d'approvisionnement, que ce soit au niveau des dispensaires ou des hôpitaux de districts.
- Une grande difficulté de gestion des priorités des besoins, les conditions d'approvisionnement étant très différentes d'un PTF à l'autre, notamment avec des délais très variables, des fréquences de reporting différentes, ce qui augmente sensiblement les risques de rupture de stock ou de surstock en bout de chaîne d'approvisionnement.
- Certains PTF restent cloisonnés dans un système spécifique d'approvisionnement, et restent peu flexibles aux éventuels changements. Cela est en partie responsable de multiplicité des filières d'approvisionnement en produits de santé dans le pays.

On notera particulièrement les insuffisances suivantes :

- Espace insuffisant pour le stockage en périphérie.
- Problème de budget, avec rupture en cours d'année, ce qui a un impact sur le résultat (déplacements, maintenance du matériel, formation du personnel).
- Pas de tableau de bord de suivi des différents produits en stock en DRS, et magasins ne répondant pas toujours aux normes.
- Gestion de la logistique insuffisante (notamment maintenance).
- Multitudes de rapports techniques mais pas de rapports de gestion.
- Infrastructures vétustes et mal entretenues au niveau du CMA et CSPS.
- Matériels spécifiques à la chaîne du froid non disponibles pour les autres produits que les vaccins.
- Les besoins sont mal définis du fait de la faiblesse du système d'information.
- Les contrôles qualité sont une responsabilité du Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) et sont faits en général à la demande de la DGPMML. Ce laboratoire n'est pas certifié par l'OMS et le manque de fiabilité dans la qualité et le délai d'obtention des analyses est un problème majeur : les résultats sont particulièrement lents à produire, voire inexistant, et donc souvent les produits importés sont distribués avant l'obtention des résultats.

## 2. L'approvisionnement du secteur privé

L'approvisionnement de ce secteur est assuré par neuf grossistes privés (Cophadis, Laborex, Pharmaplus, Faso Galien, Multi M, DPBF, ISDA, COPHARMED, Pharma International). La distribution est assurée par 144 officines pharmaceutiques privées et 500 dépôts privés de médicaments<sup>51</sup>.

Mais selon la DGPMML « Ici, on n'encourage pas la mise en place de systèmes d'approvisionnements parallèles mis en place par des privés »<sup>52</sup>.

<sup>50</sup> MINISTERE DE LA SANTE DU BURKINA FASO, *Op. Cit.*

<sup>51</sup> Ibid.

<sup>52</sup> INSTITUT BIOFORCE, *Op. Cit.*

La traçabilité et d'une manière générale le suivi des produits du circuit de vente sont mieux assurés pour le circuit de vente que pour le circuit gratuit. On notera également l'existence de filières illicites de ventes de médicaments.

### 3. Les ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement

Au Burkina Faso, les professionnels de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé sont les pharmaciens et les préparateurs d'État en pharmacie. Cette responsabilité leur est confiée sur les plans législatifs et réglementaires. Les actes officiels qu'ils posent doivent être endossés par les premiers responsables des structures où ils travaillent. Enfin, pour l'exécution des actes ayant une conséquence financière, le recours au responsable financier de la structure est nécessaire.

Le tableau suivant donne une estimation des effectifs des personnels impliqués dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement, par catégorie professionnelle.

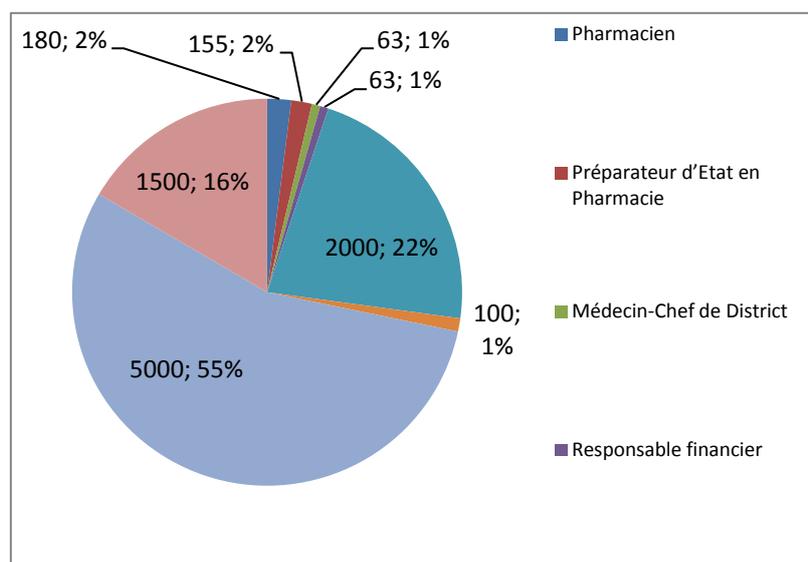


Figure 4. Effectifs des postes SCM au Burkina Faso<sup>53</sup>

Il n'y a pas de système de qualification ou de certification en gestion de la chaîne d'approvisionnement requis pour le personnel en charge de cette activité. D'une manière générale, toutes les Directions de l'approvisionnement préfèrent que le personnel médical soit formé au poste de gestion de la chaîne d'approvisionnement, plutôt que d'employer des logisticiens purs. Le personnel de santé se trouve ainsi mobilisé sur des enjeux logistiques, alors qu'il n'est pas formé pour ces tâches, ce qui réduit considérablement sa disponibilité pour les soins. Le manque de performance qui en résulte est un facteur de démotivation, notamment au niveau périphérique.

Les pharmaciens sont formés actuellement à l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences De la Santé (UFR SDS) au sein de l'Université de Ouagadougou. Les Préparateurs d'État en Pharmacie sont formés à l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP). Il faut noter cependant que l'ENSP donne des notions de gestion des ressources humaines et matérielles à tous les paramédicaux qu'elle forme, à travers un cours de management des services de santé.

Les agents non professionnels sont recrutés avec le niveau plus ou moins d'un brevet d'études de premier cycle et reçoivent une courte formation théorique sur l'approvisionnement en produits de santé en plus d'un stage de terrain.

<sup>53</sup> Ibid.

Ces éléments et l'analyse des insuffisances du système logistique de santé mettent en évidence l'importance de mieux professionnaliser les fonctions logistiques.

#### **4. Equipements et infrastructures**

Selon le PNDS, des efforts ont été déployés pour renforcer les capacités de la DGIEM (Direction Générale des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance). Toutefois, il n'existe pas de politique d'infrastructure, d'équipement et de maintenance. Les structures et équipement pâtissent d'un manque de financement, d'agents de maintenance sous-qualifiés, et de matériels.

Les conditions d'entreposage dans les structures régionales et locales ne permettent pas d'effectuer une gestion efficace des produits et équipements de santé. Les locaux d'entrepôts sont souvent exigus, mal ventilés et ne disposent pas des outils logistiques de base (chariots-élévateurs, transpalettes, etc.). Ainsi, un grand nombre d'équipements n'est pas fonctionnel, notamment dans les districts. Les structures de santé elles-mêmes ne sont pas suffisamment entretenues, trop exigües, ou encore inadaptées.

Pour les PTF (Fonds Mondial, Banque Mondiale, UNITAID, etc.), la maintenance des équipements et infrastructures doit reposer sur le budget de l'État. Or, les subventions étatiques aux structures de santé étant limitées, celles-ci prennent seulement en charge les postes de dépenses jugés prioritaires (tels que les salaires du personnel), où figurent peu d'activités de soutien à la chaîne d'approvisionnement.

#### **5. Amélioration de la gestion de la chaîne d'approvisionnement**

Selon les résultats de l'enquête, plusieurs démarches permettraient une amélioration de la gestion de la chaîne d'approvisionnement au Burkina Faso:

- + La création de postes de logisticiens aux niveaux central et régional pour améliorer la gestion des produits, matériels et équipements.
- + Le développement de la formation courte (entretien de base, outils, utilisation des outils et du matériel au quotidien) de 2 à 3 jours en partant du CMA ou CSPS et en remontant vers le niveau central.
- + La formation des agents de maintenance est une priorité. Il n'y a pas que la réparation qui est importante, ces agents doivent comprendre aussi leur rôle pédagogique important vis-à-vis des utilisateurs qui se servent au quotidien des différents types de matériels.
- + Inclure dans le cursus initial des pharmaciens, médecins et paramédicaux, un certain nombre d'heures de cours sur la chaîne d'approvisionnement des produits de santé. Les différents maillons de la chaîne sont souvent méconnus.
- + Les offres de formation continue devront prendre en compte les thèmes suivants : Elaboration de plans d'approvisionnement, Quantification, Pré-qualification couple produit/fournisseur, Gestion des pharmacies hospitalières.

# LA GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTE EN REPUBLIQUE DE GUINEE

## 1. PROFIL GÉNÉRAL DU PAYS



La République de Guinée compte 6 pays limitrophes (la Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal au Nord, le Mali au Nord-Est, la Côte d'Ivoire à l'Est, le Liberia et la Sierra Leone au Sud). Le pays est en outre bordé par 300 km de côte.<sup>54</sup>

L'économie du pays repose principalement sur les secteurs miniers et de l'agriculture. Toutefois, malgré le potentiel économique de ses richesses naturelles, la Guinée demeure fortement touchée par la pauvreté.

L'aide publique au développement a connu une baisse considérable depuis 2002<sup>55</sup>. De plus, « la détérioration des termes de l'échange a entraîné une baisse considérable des recettes minières (première source de devises),

mettant l'Etat dans l'incapacité de financer correctement ses objectifs prioritaires, notamment dans les secteurs sociaux ». <sup>56</sup>

PROFIL PAYS : Guinée <sup>57</sup>	
Population	10 884 958
Superficie (km <sup>2</sup> )	245 857
Age médian	18.6
Population urbaine (% de la population totale)	35
Indice de Développement Humain	0.344 (178 <sup>e</sup> rang)
Taux d'alphabétisation (% de la population totale)	29.5
PIB par habitant (US\$)	1,100
Population sous le seuil de pauvreté (% de la population totale)	47
Espérance de vie à la naissance	58.61
Taux de mortalité infantile (/1000 personnes)	59.04
Taux de mortalité adulte (/1000 personnes)	364 (hommes) 319 (femmes)
Causes premières de la mortalité des moins de 5 ans	Paludisme (24%), pneumonie (17%), diarrhée (14%)

<sup>54</sup> MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DE LA REPUBLIQUE DE GUINEE, *Plan National de Développement Sanitaire 2005-2014*, version août 2004.

<sup>55</sup> PNUD, *La Réduction de la Pauvreté en Guinée*, <http://www.gn.undp.org/html/pauv.html>

<sup>56</sup> APPUI AU RENFORCEMENT DE L'INDEPENDANCE VACCINALE EN AFRIQUE (ARIVA), Guinée, *Quelques information sur le pays*, <http://www.ariva.bf/html/guinee1.htm>.

<sup>57</sup> OMS, *Fiche d'information des statistiques sanitaires Guinée 2010*; OMS, *Country Health Fact Sheet 2006*.

## 2. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

### 1. Le secteur public et la politique nationale de santé

En 1988, la Guinée a lancé la stratégie nationale des soins de santé primaires (Programme Elargi de Vaccination/ Soins de Santé Primaires/ Médicaments Essentiels : PEV/SSP/ME), basée sur l'initiative de Bamako. Le premier PNDS, en accord avec les objectifs du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), a été publié en 1997, et le dernier couvre la période 2005-2014<sup>58</sup>.

Conformément aux recommandations de l'Initiative de Bamako, le système de santé public est organisé de façon pyramidale, en 3 niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

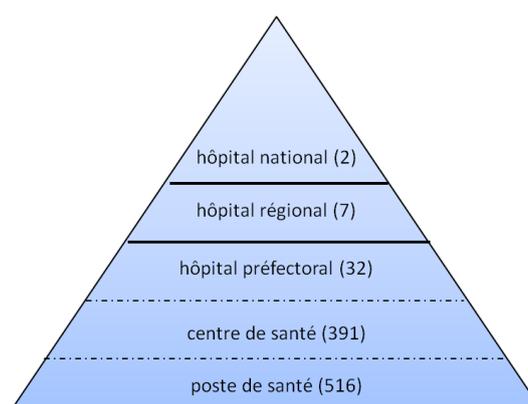


Figure 5. Structure du système de soins en Guinée

**Le niveau central** comprend le cabinet du ministre de la santé, ses services centraux, des programmes et projets, des services rattachés, des établissements publics administratifs (2 hôpitaux nationaux, le centre national de transfusion sanguine,...) et la Pharmacie Centrale de Guinée.

**Le niveau intermédiaire** comprend les directions régionales de la santé (7 DRS), les inspections régionales de la santé, les hôpitaux régionaux.

**Le niveau périphérique** correspond aux districts sanitaires. Il comprend les 33 directions préfectorales de la santé et plusieurs échelons de structures de soins : les hôpitaux préfectoraux, les Centres de santé (CS), les Postes de santé (PS) où travaillent un agent de santé et des agents communautaires, ainsi que des services à base communautaire.

Selon les données de l'enquête intégrée de base de l'évaluation de la pauvreté, réalisée en 2002-2003, l'accès aux services de santé (temps inférieur à 30 minutes) est de 38,9%, l'utilisation des services de santé est de 18,6%<sup>59</sup>.

### 2. Le secteur privé

Le secteur privé lucratif, qui collabore très peu avec le public, se développe principalement en zone urbaine (55% des structures<sup>60</sup>) et comprend 19 cliniques, 2 hôpitaux d'entreprise, 219 cabinets de consultation, 11 cabinets dentaires et de 16 cabinets de sage-femme.

Le secteur privé illicite se développe fortement, facilité par un faible système de contrôle et d'inspection. La qualité des services et des produits, et les prix pratiqués sont hors de tout contrôle gouvernemental.

Au niveau communautaire, les tradi-praticiens, au domaine d'intervention très élargi, constituent une source de soins importante. Leur nombre est estimé entre 8 000 et 10 000 sur l'ensemble du territoire<sup>61</sup>. Depuis 1994, le gouvernement guinéen s'est engagé à une plus grande collaboration entre la Division de Médecine Traditionnelle et les associations de tradi-praticiens, ainsi qu'à la valorisation de la médecine traditionnelle.

<sup>58</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA RÉPUBLIQUE DE GUINÉE, Op. Cit.

<sup>59</sup> OMS, *Stratégie de l'OMS avec les Pays, Guinée 2008-2013*.

<sup>60</sup> OMS, *Profil des systèmes de santé des Pays, République de Guinée, 2005*.

<sup>61</sup> Ibid.

### 3. Les ressources humaines pour la santé

Le personnel de santé comprend essentiellement des fonctionnaires, et une minorité de contractuels. Une étude de la situation du personnel de la santé a été effectuée en 2001 par le Ministère de la Santé dans le cadre de la formulation du plan de développement des ressources humaines. Selon les résultats de cette analyse, le Ministère de la Santé publique emploie au total 6 679 personnes, réparties en personnel soignant (82,2 %) et personnel de soutien (17,8 %) <sup>62</sup>.

De nombreux enjeux en termes de ressources humaines de santé ont été relevés dans le PNDS 2005-2014 <sup>63</sup> :

- Démotivation du personnel liée à de nombreux facteurs : absence de description de poste et donc de différenciation des tâches, absence de profil de carrière, honoraires jugés bas, mauvaises conditions de travail.
- Déséquilibre de distribution: une répartition inéquitable du personnel entre Conakry et le reste du pays, les zones urbaines et les zones rurales (72,5% du personnel exerce en zone urbaine, où vivent seulement 30% de la population).

Des déséquilibres sont également liés, toujours selon le PNDS, à un manque de coordination et de communication entre le système éducatif et le Ministère de la Santé :

- Déséquilibre quantitatif : certaines catégories professionnelles sont en sureffectif (agents techniques de santé et médecins par exemple) alors que d'autres sont en sous effectif (sages-femmes, préparateurs en pharmacie, assistants sociaux par exemple). De plus, une étude sur la situation du personnel de santé, effectuée en 2001 par le Ministère de la Santé, a montré qu'entre 2001 et 2008, plus de 25% de l'effectif de paramédicaux, déjà globalement en sous-effectif, allait partir en retraite.
- Déséquilibre qualitatif : le niveau des jeunes diplômés est jugé insuffisant et les compétences de certains agents sont inadaptées aux exigences de leur poste.

### 4. Le financement de la santé

Le secteur de la santé est particulièrement dépendant de l'aide extérieure.

- L'État finance 11.3% <sup>64</sup> des dépenses totales de santé du pays. Il finance principalement les coûts de structure du système de santé, essentiellement les salaires du personnel de la fonction publique, ainsi que certaines opérations d'investissements dans les centres de santé et les hôpitaux, l'achat d'une partie des vaccins, les autres charges d'exploitation des structures centrales et déconcentrées, ainsi que la formation initiale et continue.
- Les collectivités locales (communes, préfectures, régions) financent uniquement une partie du personnel contractuel.
- L'aide extérieure est une source majeure de financement. Les principaux bailleurs sont : GAVI, UNFPA, UNICEF, PNUD, GTZ, PAM, USAID. Selon l'OMS <sup>65</sup>, cette aide finance principalement les investissements (infrastructures, gros équipements et formation).
- Les ménages, à travers le recouvrement des coûts, financent en partie « la construction des infrastructures sanitaires, les frais de fonctionnement, le rachat des produits pharmaceutiques, la motivation du personnel, les dépenses d'entretien et de maintenance et les outils de gestion » <sup>66</sup>.

---

<sup>62</sup> Ibid.

<sup>63</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA RÉPUBLIQUE DE GUINÉE, Op. Cit.

<sup>64</sup> OMS, *Global Health Observatory Data Repository*, <http://apps.who.int/ghodata/>.

<sup>65</sup> OMS, *Stratégie de l'OMS avec les Pays, Guinée 2008-2013*.

<sup>66</sup> Ibid.

### 3. ORGANISATION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTÉ

#### 1. L'approvisionnement du secteur public

L'approvisionnement en produits pharmaceutiques du secteur public est encadré depuis 1994 par la politique pharmaceutique nationale. Cependant, cette politique n'est pas encore encadrée par un plan de mise en œuvre validé, et ne fait pas l'objet d'un plan de suivi/évaluation régulier<sup>67</sup>.

Selon l'OMS, la seule unité industrielle titulaire d'une licence de fabrication est la SODONGPHARMAGUI, dirigée par des opérateurs économiques chinois<sup>68</sup>. L'essentiel des produits de santé est importé.

**La Pharmacie Centrale de Guinée (PCG)**, établissement public à caractère industriel et commercial, est depuis 1994 la centrale d'achat publique des produits pharmaceutiques. Elle dispose d'un magasin central et de cinq magasins relais en régions. Sa mission est d'approvisionner en médicaments et produits :

- les formations sanitaires publiques: hôpitaux (nationaux, régionaux et préfectoraux), laboratoires et instituts de recherche en santé ;
- les ONG participant au service public, les projets de coopération.

**La cellule Médicaments Essentiels (ME)** du programme PEV/SSP/ME, créée à titre provisoire en 1988 dans le cadre du lancement de l'Initiative de Bamako, possède également son propre réseau de distribution, composé d'un magasin central et de quatre magasins régionaux. Elle distribue des produits essentiellement financés par des donateurs (OMS, UNICEF, Union Européenne) et subventionnés, donc moins chers que ceux de la PCG. Au niveau régional, les dépôts sont intégrés aux inspections régionales de la santé. Un arrêté du 26 juin 2002 stipule l'intégration de la cellule ME à la PCG, mais la décision n'a jamais été appliquée dans les faits.

Ainsi, au niveau régional, des dépôts de la PCG peuvent coexister avec ceux de la cellule ME et très peu de mécanismes de coordination sont mis en place entre les deux structures. Ce double circuit entraîne un gaspillage de ressources et de moyens particulièrement critique dans le contexte sanitaire de la Guinée.

Le PNDS souligne que « le système public d'approvisionnement, de distribution et de gestion des médicaments est encore fragile »<sup>69</sup>. Une analyse du secteur pharmaceutique a été menée en 2006 afin d'actualiser la Politique Pharmaceutique Nationale (révision toujours en cours). De cette étude est ressortit l'incapacité des circuits actuels d'approvisionnement à satisfaire convenablement les besoins pharmaceutiques.

En effet, malgré des appuis techniques financés par l'Union Européenne et une amélioration des capacités de la structure, l'activité de la PCG est entravée par des contraintes financières, un manque d'appui de son ministère et par un manque d'accès aux devises qui limitent les achats internationaux<sup>70</sup>. On peut également noter une mauvaise gestion des ressources disponibles, des lenteurs administratives dans le processus d'approvisionnement et un manque de maîtrise des besoins dû à l'absence de planification des approvisionnements des structures sanitaires et à un système d'information logistique peu fonctionnel.

Le transport de la centrale vers les dépôts régionaux est également problématique du fait d'un manque de trésorerie pour financer les coûts de transport<sup>71</sup>. Il en résulte des ruptures de stock

<sup>67</sup> FOND MONDIAL, OMS, *Profil du secteur pharmaceutique de pays, Guinée*.

<sup>68</sup> Ibid.

<sup>69</sup> MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DE LA REPUBLIQUE DE GUINEE, Op. Cit.

<sup>70</sup> FOND MONDIAL, OMS, Op. Cit.

<sup>71</sup> Ibid.

fréquentes et souvent longues<sup>72</sup> dans les dépôts régionaux et donc dans les structures de soins publiques.

Face à l'inefficacité de ce système, divers programmes ont développé des modes d'approvisionnement verticaux et des modes de distribution parallèles, multipliant encore les circuits (pour les antirétroviraux, les antituberculeux, les anti-lépreux, etc.).

## **2. L'approvisionnement du secteur privé**

L'approvisionnement de ce secteur est assuré par 4 grossistes répartiteurs agréés. Les prix, généralement élevés, subissent de grandes variations. Les médicaments génériques ne représentent que 5% du chiffre d'affaires du secteur privé<sup>73</sup>.

On dénombre 236 officines pharmaceutiques, dont 73% sont localisées à Conakry, et 40 dépôts de vente de médicaments<sup>74</sup>.

En outre, la faible disponibilité générale, voire pénurie, des médicaments dans les formations sanitaires publiques favorise le développement de circuits d'approvisionnement illicites. « Le secteur informel se développe de façon incontrôlée », relate le PNDS.

## **3. Les ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement**

Il n'existe qu'une école de pharmacie en Guinée, au sein de l'Université Nationale (155 diplômés en 2010). Le programme de formation de base des pharmaciens inclut des éléments relatifs à la gestion de l'approvisionnement en médicaments<sup>75</sup>.

Le nombre total de pharmaciens autorisés à exercer dans le pays est de 650 (soit 0.57 pour 10 000 habitants), dont 223 dans le secteur public. On compte également 22 techniciens et assistants en pharmacie<sup>76</sup>.

Des formations continues portant sur la gestion de la chaîne logistique sont organisées au profit du personnel, avec l'appui des partenaires techniques et financiers tels que la GTZ, l'UNFPA, la coopération française.

Au niveau des ressources humaines, les principales faiblesses évoquées sont :

- L'insuffisance des compétences du personnel en charge de la gestion du système d'approvisionnement ;
- L'absence de personnel dédié à cette gestion (inexistence du poste de logisticien de santé) ;
- Le manque d'outils permettant une bonne gestion du personnel (manuel de procédure de gestion, fiches de postes, ...). Ces outils existent uniquement à la PCG.

## **4. Equipements et infrastructures**

Le PNDS souligne que les infrastructures et les équipements ne sont pas adaptés aux besoins et ne répondent pas toujours aux normes techniques et fonctionnelles requises. La maintenance des équipements et infrastructures n'est encadrée par aucun système performant (absence ou inefficacité des plans de maintenance, normes, ou procédures en matière de gestion du patrimoine). La durée de vie des équipements en est considérablement réduite, tout comme la qualité de prise en charge des patients. A cause du bas niveau de qualité du plateau technique (notamment dans les

---

<sup>72</sup> MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DE LA REPUBLIQUE DE GUINEE, Op. Cit.

<sup>73</sup> OMS, *Profil des systèmes de santé des Pays, République de Guinée*, 2005.

<sup>74</sup> Ibid.

<sup>75</sup> Fonds Mondial, OMS, *Profil du secteur pharmaceutique de pays, Guinée*.

<sup>76</sup> Op. Cit.

hôpitaux), certaines pathologies pourtant fréquentes ne peuvent être prises en charge, ce qui conduit à de nombreuses évacuations sanitaires.

L'approvisionnement des Centres de Santé (CS) aux dépôts régionaux se fait généralement deux fois par an, en mobylette<sup>77</sup>, mais certains CS ne dispose d'aucune moto quand d'autres en ont plusieurs<sup>78</sup>.

En outre, deux régions seulement (Kankan et N'Zérékoré) disposent de frigos et de congélateurs pour l'approvisionnement en vaccins et environ 5 % des CS ne disposent pas d'une chaîne de froid<sup>79</sup>.

## 5. Amélioration de la gestion de la chaîne d'approvisionnement

La chaîne d'approvisionnement de santé publique en Guinée apparaît comme étant inefficace. Les principaux problèmes au niveau global semblent être :

- Le manque de ressources financières ;
- Le manque d'investissement étatique ;
- La multiplication des circuits d'approvisionnement.

Une révision globale du PNA et la création de son plan de mise en œuvre apparaissent aujourd'hui comme particulièrement critiques. Plusieurs points requièrent une attention particulière :

- + L'intégration des circuits d'approvisionnement parallèles à celui de la PCG ;
- + La création d'un SIGL opérationnel et la formation du personnel en charge ;
- + Le développement quantitatif des formations initiales de pharmaciens ;
- + L'intégration de cours plus approfondis en gestion de la chaîne d'approvisionnement dans le cursus des pharmaciens ;
- + La création de postes de logisticiens de santé au niveau central, et le développement de formations initiales Logistique de Santé ;
- + La formation continue du personnel en charge de la chaîne d'approvisionnement au niveau central ;
- + Le développement d'un système de maintenance, notamment plans de maintenance et d'entretien des équipements et infrastructures.

Aux niveaux intermédiaire et périphérique, les principales solutions proposées pour obtenir un système d'approvisionnement performant sont :

- + La formation continue du personnel en charge de la gestion et de l'approvisionnement : quantification, élaboration de plans d'approvisionnement, gestion des stocks ;
- + La formation continue des agents de maintenance ;
- + La création d'un SIGL opérationnel et la formation continue du personnel à la collecte et transmission des informations ;
- + La création systématique des profils de poste du personnel ;
- + Le renforcement du système de transport (« last mile vision») : augmentation de la capacité matérielle, humaine et financière.

---

<sup>77</sup> USAID, *Etude de la Logistique d'approvisionnement des Produits Contraceptifs dans la Zone du Projet Prism en Guinée*, mars 2006, [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADG521.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADG521.pdf).

<sup>78</sup> OMS, Op. Cit.

<sup>79</sup> Ibid.

# LA GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTE A MADAGASCAR

## 1. PROFIL GÉNÉRAL DU PAYS



Madagascar est une île située dans l'océan Indien, à l'Est du Mozambique. De part sa position géographique insulaire, le pays est prédisposé aux cyclones et inondations répétés.

L'agriculture (pêche et sylviculture comprises) est un pilier de l'économie malgache, contribuant pour un quart au PIB, et employant 80% de la population. L'exportation de vêtements s'est fortement développée ces dernières années grâce à une exonération de taxes vers les Etats-Unis. Mais la fin des accords, en 2010, a entraîné une forte chute dans la production textile. La déforestation et l'érosion, aggravées par l'utilisation massive du bois pour le chauffage, sont également des préoccupations majeures.

La crise politique qui a secoué le pays en 2001-2002 a provoqué une importante récession, entraînant une augmentation du taux de pauvreté jusqu'à 80,7 %.<sup>80</sup>

PROFIL PAYS : Madagascar <sup>81</sup>	
Population	22 585 517
Superficie (km <sup>2</sup> )	587,041
Age médian	18.2
Population urbaine (% de la population totale)	30
Indice de Développement Humain	0.48 (151 <sup>e</sup> rang)
Taux d'alphabétisation (% de la population totale)	68.9
PIB par habitant (US\$)	900
Population sous le seuil de pauvreté (% de la population totale)	50
Espérance de vie à la naissance	64
Taux de mortalité infantile (/1000 personnes)	50.09
Taux de mortalité adulte (/1000 personnes)	338 (hommes) 270 (femmes)
Causes premières de la mortalité des moins de 5 ans	Causes néo-natales (25.6%), pneumonie (20.7%), paludisme (20.1%), diarrhée (16.9%)

<sup>80</sup> OMS, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, Madagascar, 2008-2013.*

<sup>81</sup> CIA, *World Fact Book* ; OMS, *Country Health System Fact Sheet Madagascar, 2006.*

## 2. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

### 1. Le secteur public et la politique nationale de santé

Madagascar dispose d'une politique nationale de santé en vigueur depuis 2005 et dont la mise en œuvre s'exprime à travers 8 programmes de santé. Le pays a également adopté une politique pharmaceutique nationale depuis 2004, révisée en 2011. Il est à noter enfin l'existence d'un code de santé publique régissant le secteur de la santé.

Le système de santé est organisé en 4 niveaux :

- **Central**, qui comprend le Secrétariat général, la Coordination générale des projets et la direction du cabinet qui sont les organes de décision autour du Ministre. Font également partie du niveau central, les directions techniques et les directions en charge de la gestion du département, soit au total neuf directions.
- **Intermédiaire**, constitué des Direction régionale de la santé publique (DRSP).
- **Périphérique**, qui correspond aux 111 districts sanitaires.
- **Communautaire**, menant des activités intersectorielles liées à la santé (COsan, COges, Comité de santé/gestion mis en place par le gouvernement au sein de chaque village).

Le district sanitaire est au cœur du dispositif, et est ainsi structuré :

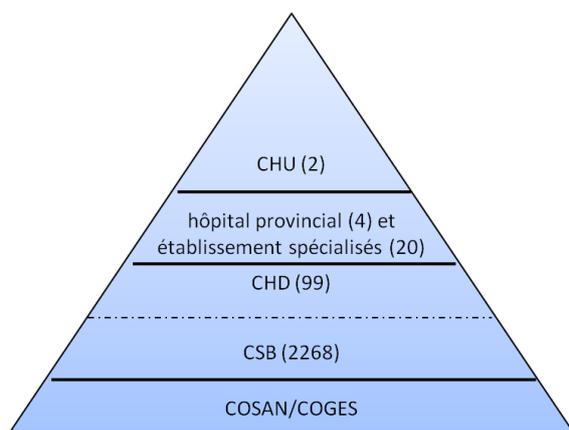


Figure 6. Structure du système de soins à Madagascar

- un bureau de santé de district dirigé par l'équipe de gestion de district (EMAD), chargée de la planification et de l'exécution des programmes de santé ;
- un Centre hospitalier de District (CHD) ou centre de référence de premier recours ;
- les centres de santé de base du district (CSB de type 1 ou 2) pour les premiers contacts ;
- l'ensemble des formations sanitaires privées présentes dans la zone de juridiction du CSB.

Selon l'OMS, "la préoccupation majeure au niveau périphérique est le fonctionnement et le développement des activités et des services dans les districts ainsi que l'inventaire des ressources pour ce fonctionnement"<sup>82</sup>. Le taux d'utilisation des services de santé de base publics est inférieur à 50 %<sup>83</sup>.

En effet, l'OMS note une gestion des soins problématique sur plusieurs aspects :

- la faible qualité des services de santé ;
- le manque de mise en œuvre du Plan de Développement des Districts (PDD) et du Plan de Travail Annuel (PTA) ;
- l'inaccessibilité géographique des services : "sur l'ensemble du territoire, 58 % de la population a accès à une formation sanitaire située à moins de 5 kilomètres", ce qui a conduit le Ministère de la Santé et du Planning familial à créer des équipes sanitaires mobiles pour les zones les plus reculées<sup>84</sup>;
- l'inaccessibilité financière aux services pour les ménages pauvres ;
- une fourniture en médicaments insuffisante ;

<sup>82</sup> OMS, *Profil du système de santé de Madagascar*, décembre 2004.

<sup>83</sup> Id., *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, Madagascar, 2008-2013*.

<sup>84</sup> Id., *Profil du système de santé de Madagascar*, décembre 2004.

- l'insuffisance de ressources financières allouées à la santé.

## 2. Le secteur privé

Près de 15% de l'ensemble des structures sanitaires du pays relèvent du secteur privé<sup>85</sup>. Ce secteur, souvent plus fonctionnel que le public, se compose d'établissements à but lucratif, d'établissements confessionnels et de structures d'ONG.

Environ 110 ONG nationales et internationales travaillent dans le domaine de la santé à Madagascar<sup>86</sup>, et certaines sont propriétaires de formations sanitaires (734 CSB et 34 CHD<sup>87</sup>).

## 3. Les ressources humaines pour la santé

L'effectif du personnel de la santé en 2001 était de 13 595 personnes, dont 2 281 médecins. L'effectif du personnel paramédical (infirmiers et sages-femmes) a diminué depuis l'an 2000<sup>88</sup>, et 50% des agents de santé sont âgés de plus de 50 ans. Un plan de formation initial est donc indispensable afin de renouveler les effectifs. Il existe plusieurs écoles professionnelles privées et des institutions de formation, telles que l'Institut National de Santé Publique et Communautaire et l'Institut de Formation des Paramédicaux<sup>89</sup>, mais l'adéquation entre la formation et les besoins du secteur reste à renforcer.

Selon l'OMS, les EMAD, pourtant au cœur du dispositif sanitaire, manquent de compétences et de ressources. On note, entre autre :

- une insuffisance qualitative et quantitative de suivi et de supervision des activités ;
- un manque de formation et d'encadrement dans l'élaboration du PDD et du PTA ;
- la non-application des principes de gestion et de management (planification non suivie, l'organigramme non clair, la répartition de tâches non appliquées, l'insuffisance du travail en équipe) ;
- un leadership inefficace.

Il en résulte une faible motivation du personnel en périphérie.

En outre, la répartition du personnel médical est inégale : "21 % de la population, vivant principalement dans les zones urbaines, sont desservies par 41 % du personnel de santé"<sup>90</sup>.

## 4. Le financement de la santé

En 2008, les dépenses de santé annuelles totales étaient estimées à 422.390.000 US\$<sup>91</sup>. Contrairement à la plupart des pays inclus dans notre étude, la majorité de ces dépenses sont des dépenses de santé publique. Les dépenses de santé privées représentaient en effet 30,80% du total. Les dépenses pharmaceutiques totales s'élevaient à 67.330.000 US\$, soient 15,9% des dépenses totales de santé.

Le gouvernement a mis en place la participation communautaire dans le financement de la santé. Mais selon l'OMS, "un certain nombre de ménages sont obligés de se ruiner pour acheter des soins, notamment hospitaliers, ou doivent renoncer à se faire soigner parce que le coût en est trop élevé"<sup>92</sup>.

---

<sup>85</sup> Id., *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, Madagascar, 2008-2013*.

<sup>86</sup> Id., *Inventaire des ONG/santé à Madagascar*, avril 2003.

<sup>87</sup> Id., *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, Madagascar, 2008-2013*.

<sup>88</sup> Id., *Profil du système de santé de Madagascar*, décembre 2004.

<sup>89</sup> Ibid.

<sup>90</sup> Ibid.

<sup>91</sup> OMS, FOND MONDIAL, *Profil du secteur pharmaceutique de pays, Madagascar, 2011*.

<sup>92</sup> Ibid.

Sur une dépense totale de santé de 6 US\$ par personne et par an, 2,2 US\$ proviennent de l'aide extérieure<sup>93</sup>. Les principaux partenaires techniques et financiers de la santé sont : OMS ; UNFPA ; UNICEF ; la coopération japonaise (JICA) ; la coopération américaine (USAID) ; les fonds GAVI ; le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; la Banque africaine de développement (BAD).

### 3. ORGANISATION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTÉ

#### 1. L'approvisionnement du secteur public

Au niveau central, la Direction de la Gestion des Intrants de santé, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DGILMT) et l'Agence Malgache du Médicament (AGMED) supervisent, réglementent et contrôlent le système d'approvisionnement. Les médicaments génériques représentent 61% (en valeur) du marché des médicaments<sup>94</sup>.

La centrale d'achat SALAMA est chargée de l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments essentiels sur l'ensemble du territoire national. Elle dispose de magasins régionaux, qui approvisionnent à leur tour les pharmacies des hôpitaux et pharmacies de gros des districts sanitaires (qui approvisionnent les pharmacies à gestion communautaire).

Une partie de l'approvisionnement du secteur public est toutefois assurée aussi par la DGILMT et les programmes nationaux de santé, qui approvisionnent les Directions Régionales de la Santé Publique, et à leur tour les districts sanitaires.

Un certain nombre de problèmes sont relevés dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement<sup>95</sup> :

- certains médicaments essentiels sont en rupture de stock ;
- la liste des médicaments disponibles à SALAMA est insuffisante ;
- la sécurité des magasins de stockage est insuffisante ;
- des détournements sont découverts tardivement par manque de suivi régulier ;
- le système d'information logistique est peu développé (les informations parvenues aux EMAD sont incomplètes en quantité et de médiocre qualité, et dans certains cas, les EMAD ne possèdent pas la capacité d'interpréter, d'analyser et d'utiliser les données recueillies) ;
- les difficultés de transport et de réception des médicaments sont très importantes au niveau périphérique ;
- l'absentéisme du personnel en charge de la gestion de la chaîne d'approvisionnement ;
- le personnel insuffisant et n'ayant souvent pas les compétences en gestion des médicaments, ni en gestion du SIGL.

#### 2. L'approvisionnement du secteur privé

A côté du secteur public il existe un secteur pharmaceutique privé qui comprend quelques petites unités industrielles de fabrication de médicaments ainsi que 205 pharmacies (en 2011) et des dépôts de ventes<sup>96</sup>.

La médecine traditionnelle est également relativement développée et le pays a adopté une réglementation des médicaments à base de plantes en 2000, avec le soutien de l'OMS. Des petites entreprises font des extractions d'huiles essentielles et des collectes de plantes médicinales.

---

<sup>93</sup> Ibid.

<sup>94</sup> Ibid.

<sup>95</sup> OMS, *Profil du système de santé de Madagascar*, décembre 2004.

<sup>96</sup> OMS, FOND MONDIAL, *Profil du secteur pharmaceutique de pays, Madagascar*, 2011.

Le marché illicite des médicaments se développe également, notamment à cause des insuffisances du secteur public.

### 3. Les ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement

Les pharmaciens sont relativement peu nombreux dans le secteur public. Ils se retrouvent seulement au niveau central dans l'administration, la centrale d'achat SALAMA et les pharmacies des hôpitaux nationaux. Au niveau central, ils assurent la gestion des entrepôts de médicaments avec les médecins, les infirmiers et des comptables.

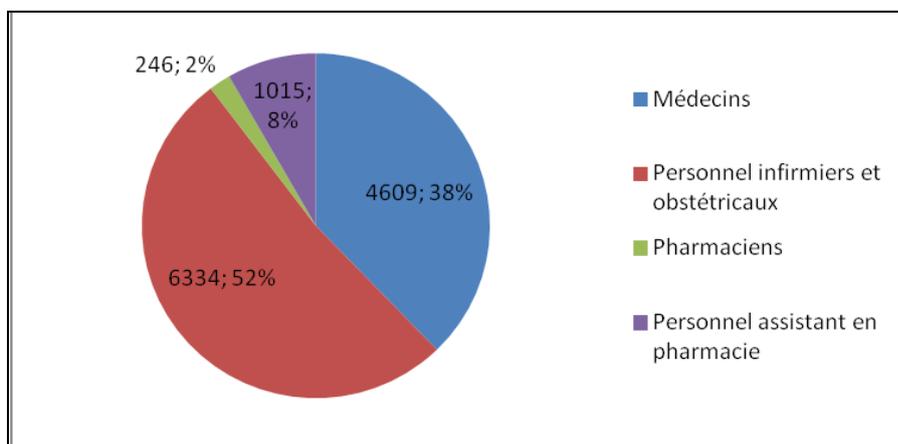


Figure 7. Catégories professionnelles de la Santé Publique à Madagascar

Les magasins et pharmacies des hôpitaux au niveau intermédiaire et périphérique, ainsi que les pharmacies des centres de santé de base sont gérés uniquement par des médecins, infirmiers et des agents non professionnels. Le système de santé ne compte pas de logisticiens de santé.

### 4. Equipements et infrastructures

Les infrastructures sanitaires ne respectent pas les normes. Elles sont vétustes, exiguës et manquent d'entretien. Dans les zones enclavées, elles posent des problèmes de sécurité et sont inaccessibles 6 à 8 mois sur 12, pendant la saison des pluies<sup>97</sup>.

Les matériels et équipements sont insuffisants, vétustes et manquent d'entretien et de maintenance. Ils ne sont pas enregistrés convenablement, sont mal comptabilisés et mal gérés ce qui entraîne des disparitions inexplicables et des insuffisances permanentes.

Les agents de santé ne sont pas formés en maintenance, ni en comptabilité. Parfois, les outils (livre, journal, livre comptable, livre répartiteur) ne sont pas disponibles.

### 5. Amélioration de la gestion de la chaîne d'approvisionnement

Face à aux difficultés constatées, les priorités du système d'approvisionnement sont :

- + la création du poste de logisticien de santé ;
- + le développement quantitatif des ressources humaines en logistique de santé et pharmacie (recrutement, formation initiale) ;
- + l'appui au développement qualitatif de la formation initiale et continue pour les postes liés à la chaîne d'approvisionnement ;
- + le développement d'un plan d'équipements et de maintenance ;
- + la création d'une base de données informatisée et fonctionnelle au niveau de la DGILMT et jusqu'au niveau périphérique ;

<sup>97</sup> OMS, *Profil du système de santé de Madagascar*, décembre 2004.

- + la dynamisation de la lutte contre le marché illicite des médicaments ;
- + un plus grand investissement financier dans la chaîne d'approvisionnement.

# LA GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTE AU MALI

## 1. PROFIL GÉNÉRAL DU PAYS



Le Mali est un pays continental, situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Il partage 7 420 km de frontières avec sept pays limitrophes : l'Algérie au Nord, le Niger et le Burkina Faso à l'Est, la Côte d'Ivoire au Sud, la Guinée Conakry et le Sénégal à l'Ouest, et la Mauritanie au Nord-Ouest.<sup>98</sup>

La pauvreté affecte fortement le pays, avec une incidence plus élevée en milieu rural qu'urbain. L'économie du pays est très dépendante de son industrie minière (or) et des exportations agricoles. Le budget de l'Etat fluctue donc grandement selon les récoltes et le prix des commodités. L'activité économique est concentrée autour de la vallée irriguée par la rivière Niger, 65% du territoire étant désert ou semi désert. Le pays reste également très dépendant de l'aide extérieure.

PROFIL PAYS : Mali <sup>99</sup>	
Population	14 533 511
Superficie (km <sup>2</sup> )	1 240 192
Age médian	16.3
Population urbaine (% de la population totale)	36
Indice de Développement Humain	0.359 (175 <sup>e</sup> rang)
Taux d'alphabétisation (% de la population totale)	46.4
PIB par habitant (US\$)	1,300
Population sous le seuil de pauvreté (% de la population totale)	36.1
Espérance de vie à la naissance	53.06
Taux de mortalité infantile (/1000 personnes)	121
Taux de mortalité adulte (/1000 personnes)	490 (hommes)/ 414 (femmes)
Causes premières de la mortalité des moins de 5 ans	Causes néo-natales (25.9%), pneumonie (23.9%), diarrhée (18.3%), paludisme (16.9)

<sup>98</sup> MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DU MALI, *Cartographie et évaluation approfondie du système d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé au Mali*, 2008.

<sup>99</sup> CIA, *World Fact Book* ; OMS, *Country Health System Fact Sheet, Madagascar*, 2006.

## 2. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

### 1. Le secteur public et la politique nationale de santé

Le secteur public offre l'essentiel des soins ambulatoires et hospitaliers à travers des structures de santé organisées selon un schéma pyramidal à trois niveaux<sup>100</sup> : le niveau central, le niveau régional, le niveau subrégional.

- **Le niveau central** dispose de 3 CHU (hôpital du point G, hôpital Gabriel Touré et l'hôpital de Kati), d'un hôpital de fondation (hôpital mère/enfant le Luxembourg) et d'établissements spécialisés (Centre national d'odonto-stomatologie, Institut ophtalmologique, Centre national de transfusion sanguine, Institut national de recherche en santé publique, etc.). L'administration sanitaire est constituée par le cabinet du Ministre de la Santé, les services centraux et les services rattachés. Ce troisième niveau a pour mission d'appuyer les régions sur le plan politique, administratif et technique.

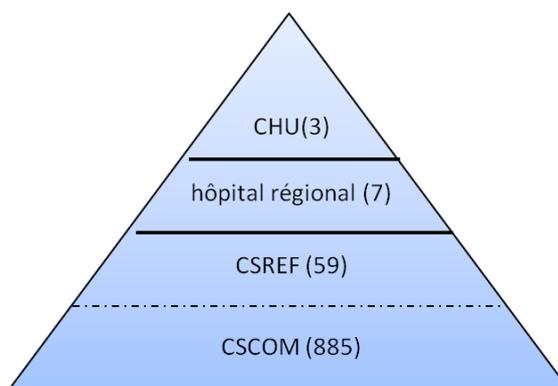


Figure 8. Structure du système de soins au Mali

- **Le niveau régional** englobe 7 établissements hospitaliers publics, qui reçoivent les patients référés par le niveau périphérique et les urgences. L'administration sanitaire est représentée au niveau régional par la DRS. Il s'agit d'un service déconcentré de l'administration centrale chargé d'apporter un appui administratif et technique aux équipes sanitaires et sociales du Cercle (ESSC).
- **Le niveau subrégional** comprend 59 centres de santé de référence (CSréf, dans les chefs-lieux de district sanitaire), dont 6 font partie du district de Bamako, et 885 centres de santé communautaires (CScom), les structures de premier contact pour la population. Les CSréf sont dotés d'un plateau technique plus étoffé et d'un personnel plus qualifié que les CScom, afin d'assurer la prise en charge des cas référés et remplir la fonction d'hôpital du district sanitaire. Les CScom, suivant la loi d'orientation sur la santé (loi n°02-049 du 22 juillet 2002) sont considérés comme des établissements de santé privés à but non lucratif, créés et gérés par des associations de santé communautaires (ASACO). L'administration sanitaire du district est associée au dispositif de soins et est représentée par l'ESSC. Cette équipe est chargée de l'encadrement technique des CScom au compte des ASACO dans le cadre d'une convention d'assistance mutuelle.

Il existe aussi un **secteur parapublic**, qui "regroupe les infirmeries et maternités des forces armées et de sécurité, les centres médicaux interentreprises de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), le réseau de distribution de la Pharmacie populaire du Mali"<sup>101</sup>.

Le taux d'utilisation des services de santé (CScom et CSréf) reste encore faible et stagne autour de 20% (moyenne entre 2001 et 2004), et "l'irrégularité des supervisions ainsi que l'absence de personnel qualifié dans les CScom peut influencer négativement sur la qualité des prestations fournies"<sup>102</sup>. L'accessibilité financière des services de santé reste également un souci majeur pour de nombreux ménages.

<sup>100</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DU MALI, Op. Cit.

<sup>101</sup> OMS, *Profil du système de santé du Mali*, 2005.

<sup>102</sup> Ibid.

## 2. Le secteur privé

**Les structures privées à but lucratif** comprennent, selon l'OMS<sup>103</sup>, les cliniques privées, les cabinets de consultations et de soins, des officines de pharmacie et dépôts privés de médicaments, des établissements d'importation et de ventes en gros des produits pharmaceutiques, des établissements de fabrication de produits pharmaceutiques, et des laboratoires d'analyses. Le secteur privé à but lucratif est coordonné par les ordres professionnels de la santé (ordre des médecins, des sages-femmes et des pharmaciens) en collaboration avec l'État. Le privé à but lucratif est généralement concentré dans les grandes agglomérations et, du fait des tarifs élevés appliqués, reste réservé à une frange privilégiée de la population.

**Le privé à but non lucratif** est créé et géré notamment par des associations, des fondations ou des congrégations religieuses. Les établissements de soins mutualistes et les formations sanitaires des ONG sont également comptabilisés dans cette rubrique.

**Le secteur de la médecine traditionnelle** est non négligeable. Le Mali a élaboré une Politique Nationale de Médecine Traditionnelle (PNMT, 2004), et dispose d'un Département de la médecine traditionnelle, au sein de l'Institut national de Recherche en Santé publique.

## 3. Les ressources humaines pour la santé

La gestion des ressources humaines au sein du Ministère de la Santé est répartie entre trois entités :

- la Direction des finances et du matériel pour la gestion des fichiers du personnel ;
- la Cellule de Planification et de Statistiques pour la gestion des bourses de formation de longue durée ;
- l'Institut National de Formation Paramédicale en Sciences de la Santé pour la gestion des écoles publiques de santé.

Selon l'OMS, "en termes d'effectifs du ministère de la santé, le Mali comptait, en 2011, 1 536 médecins, 4 195 infirmiers, 676 sages-femmes, 1 970 personnel d'administration, 2 028 autres personnels de soutien. Les pharmaciens étaient au nombre de 816 en 2009. Si le nombre de médecins et de pharmaciens peut être considéré comme satisfaisant pour répondre aux besoins actuels du système de soins, le Mali manque d'infirmiers et de sages-femmes pour constituer des équipes de santé opérationnelles, de spécialistes pour assurer le fonctionnement des hôpitaux, de techniciens supérieurs de santé (cadres de santé, techniciens de laboratoire, manipulateurs radio), de gestionnaires, ingénieurs et techniciens hospitaliers"<sup>104</sup>.

De plus, la répartition géographique des effectifs est inégale, au détriment des zones rurales: "en 2004, seulement 40 % des médecins et 49 % des infirmiers travaillaient à l'intérieur du pays"<sup>105</sup>. "Il n'existe pas de plan de redéploiement, de reconversion, de formation [...] et la politique de motivation n'est pas suffisamment incitative pour la rétention du personnel dans les zones difficiles"<sup>106</sup>. On note également un exode croissant des spécialistes à l'étranger, notamment en France, Côte d'Ivoire et Sénégal.

Dans le domaine de la formation, on trouve parmi les écoles publiques<sup>107</sup> :

- la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie qui forme en moyenne 100 médecins et environ 40 pharmaciens par an. Il existe aussi au sein de cette faculté des filières de spécialisation en santé publique, chirurgie, pédiatrie, etc.

---

<sup>103</sup> Ibid.

<sup>104</sup> Ibid.

<sup>105</sup> Ibid.

<sup>106</sup> Ibid.

<sup>107</sup> Ibid.

- le Centre de Spécialisation des Techniciens Supérieurs qui forme, toutes spécialisations confondues, environ 90 agents de santé par an.
- quatre Écoles Secondaires de la Santé et quatre Écoles des Infirmiers du Premier Cycle avec la formation d'environ 100 agents par an (infirmiers, sages-femmes et techniciens de santé).

Il existe également 17 écoles privées de formation en santé, dont plus de la moitié à Bamako. La formation continue est limitée, et souffre du manque de coordination du Ministère de la Santé.

#### 4. Le financement de la santé

Selon l'OMS, "le volume total du financement des services de santé au Mali n'est pas maîtrisé avec précision. De même, la composition des dépenses entre les salaires, les médicaments, la maintenance et les investissements au niveau central et régional n'est pas connue, ainsi que leurs évolutions"<sup>108</sup>. Mais selon les estimations, 63 % du total des ressources proviennent du budget de l'État, 35 % des partenaires techniques et financiers (notamment Canada, Pays Bas, France, USAID, UNICEF, UNFPA, OMS, FM).

Un système de recouvrement des coûts fait peser une partie des dépenses de santé sur les ménages, notamment au niveau périphérique, et limite l'accessibilité financière des plus pauvres aux soins et services de santé.

### 3. ORGANISATION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTÉ

#### 1. L'approvisionnement du secteur public

La politique pharmaceutique du Mali, adoptée en 1998, est intégrée à la politique nationale de santé, et un schéma national d'approvisionnement et de distribution existe depuis 1996. Le Laboratoire National de la Santé est en charge du contrôle des produits. L'Usine Malienne de Produits Pharmaceutique fabrique une trentaine de molécules, mais la plupart des produits de santé sont importés.

La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), créée en 2000, est chargée de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique. La DPM estime les besoins en médicaments, et la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) joue le rôle de centrale d'achat pour les produits de santé publique, notamment pour tous les produits répertoriés médicaments essentiels.

On notera cependant qu'un circuit d'approvisionnement parallèle existe pour les vaccins du programme élargi de vaccination, les préservatifs et des contraceptifs. Les PTF (Fonds Mondial, OMS, UNITAID, UNICEF, GAVI, USAID,..) disposent également de leur propre système d'approvisionnement.

La PPM dispose de 8 dépôts régionaux (Magasins régionaux PPM) et de 8 dépôts de vente à Bamako (7 magasins et 1 officine)<sup>109</sup>. Les magasins approvisionnent les Dépôt-Répartiteur de Cercles (DRC), présents dans 58 districts sanitaires, qui à leur tour approvisionnent les dépôts des CSref et CScom.

Pour les Hôpitaux nationaux et régionaux, l'approvisionnement se fait directement au niveau central de la PPM. La PPM approvisionne également certaines structures privées à but non lucratif.

Les problèmes dans le secteur public sont nombreux. Les difficultés majeures diagnostiquées par l'étude sur la cartographie des systèmes d'approvisionnement sont les suivantes<sup>110</sup> :

- La liste nationale des ME n'est pas disponible à tous les niveaux.

<sup>108</sup> Ibid.

<sup>109</sup> MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DU MALI, Op. Cit.

<sup>110</sup> Ibid.

- Le système est faiblement informatisé, et l'utilisation de logiciels spécifiques de quantification est quasi nulle.
- Les rapports sur les informations logistiques, avec un circuit de transmission bien défini, sont pratiquement inexistantes à tous les niveaux.
- La quantification s'effectue à l'échelle individuelle, sans plan d'approvisionnement au niveau de la centrale d'achat (exception pour les ARV).
- Les appels d'offres des CHU ne sont pas suffisamment documentés.
- Dans les CHU, on observe de grands écarts de prix (allant de 5 à 90 FCFA) entre les produits traceurs de l'enquête.
- On observe une précarité des moyens logistiques dans l'acheminement des produits commandés des PPM régionales aux DRC.
- Dans les CHU et les DRC, les zones de stockage sont trop souvent non conformes aux normes, et les conditions de stockage inadéquates.
- Les ruptures et les péremptions sont nombreuses à tous les niveaux.
- La disponibilité des fonds pour la commande au niveau de la centrale d'achat n'est pas toujours continue.
- On note une insuffisance de procédures écrites dans les structures.
- Le profil du personnel des DRC ne facilite pas la mise en œuvre des bonnes pratiques d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé.

## 2. L'approvisionnement du secteur privé

L'approvisionnement du secteur est assuré par la PPM et les grossistes agréés. Le Mali compte 23 grossistes privés et 321 officines privées<sup>111</sup>.

## 3. Les ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement

Le système d'approvisionnement en produits de santé est géré essentiellement par des pharmaciens et du personnel non professionnel (magasiniers, gérants de dépôts). Or ces derniers ne représentent que 10% des effectifs médicaux au Mali.

On dénombre très peu de préparateurs en pharmacie et de spécialistes de la maintenance des équipements biomédicaux. Le poste de logisticien n'existe pas.

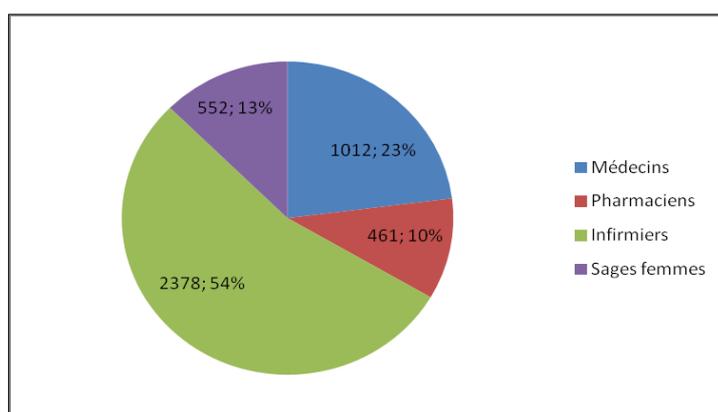


Figure 9. Catégories professionnelles de la Santé Publique au Mali<sup>112</sup>

## 4. Equipements et infrastructures

La Cellule d'Exécution des Programmes de Réhabilitation des Infrastructures Sanitaires définit les normes d'infrastructure, d'équipement et de maintenance. Les normes d'équipement ont été

<sup>111</sup> Ibid.

<sup>112</sup> OMS, Op. Cit.

élaborées pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire, notamment les CScom et les CSréf. Mais "d'une manière générale, les structures sanitaires souffrent de sous-équipement, de vétusté et d'insuffisance de ressources pour le fonctionnement"<sup>113</sup>.

Le nombre de techniciens chargés de la maintenance est insuffisant (2 infirmiers et 10 techniciens au total selon l'OMS). De plus, ils sont tous basés à Bamako au niveau des hôpitaux nationaux et ne se rendent aux niveaux régionaux et périphériques que sur demande, pour des missions d'appui.

#### **5. Amélioration de la gestion de la chaîne d'approvisionnement**

Il apparait que les priorités de ce pays dans le secteur pharmaceutique sont :

- + le renforcement des capacités de l'Autorité de réglementation pharmaceutique, particulièrement en ce qui concerne les capacités à enregistrer les médicaments multi sources, le développement des capacités pour contrôler les essais cliniques, la mise en œuvre de la pharmacovigilance et le contrôle de la publicité et la promotion des médicaments ;
- + le suivi de la qualité des médicaments après leur mise sur le marché ;
- + l'usage rationnel des médicaments avec l'introduction dans la formation de l'enseignement des bonnes pratiques de prescription ;
- + la réglementation et le contrôle des prix ;
- + la disponibilité des moyens logistiques en bon état de fonctionnement pour assurer le transport des produits de santé vers les dépôts périphériques ;
- + la disponibilité continue des fonds pour les commandes de produits à tous les niveaux du système.

---

<sup>113</sup> Ibid.

# LA GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTE AU SENEGAL<sup>114</sup>

## 1. PROFIL GÉNÉRAL DU PAYS



Le Sénégal est situé à l'extrême Ouest du continent africain, entre la République du Mali (Est), l'océan Atlantique (Ouest), la République Islamique de Mauritanie (Nord), la République de Guinée-Bissau et la République de Guinée Conakry (Sud). La Gambie constitue en outre une enclave dans la partie Sud-Ouest du pays.<sup>115</sup>

Les plus importantes industries d'exportation sont les mines de phosphate, la production d'engrais et la pêche commerciale. Le pays développe également des projets d'exploration pour l'extraction du minerai de fer et du pétrole. Cependant, le Sénégal toujours dépend largement de l'aide extérieure.

« Depuis l'année 2000, le pays est classé dans la catégorie des Pays les Moins Avancés (PMA). [...] A la suite de la dévaluation du franc CFA de janvier 1994, l'économie sénégalaise a renoué avec la croissance, le PIB réel ayant crû de 2,9% en 1994 et de plus de 5% par an en moyenne entre 1995 et 2001. Toutefois, ces performances économiques enregistrées n'ont pas contribué à améliorer significativement les conditions de vie des populations et à réduire substantiellement la pauvreté. »<sup>116</sup>

PROFIL PAYS : Sénégal <sup>117</sup>	
Population	12 969 60
Superficie (km <sup>2</sup> )	196 722
Age médian	18
Population urbaine (% de la population totale)	42
Indice de Développement Humain	0.459 (155 <sup>e</sup> rang)
Taux d'alphabétisation (% de la population totale)	39.3
PIB par habitant (US\$)	1 900
Population sous le seuil de pauvreté (% de la population totale)	54
Espérance de vie à la naissance	60.18
Taux de mortalité infantile (/1000 personnes)	55.16
Taux de mortalité adulte (/1000 personnes)	358 (hommes) 288 (femmes)
Causes premières de la mortalité des moins de 5 ans	Paludisme (27.6%), causes néo-natales (22.8%), pneumonie (20.7%), diarrhée (17.1%)

<sup>114</sup> INSTITUT BIOFORCE, *Enquête sur la capacité des ressources humaines en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement de santé publique au Sénégal*, 2011.

<sup>115</sup> MINISTÈRE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION DE LA REPUBLIQUE DU SENEGAL, *Cartographie et évaluation approfondie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels et autres produits de santé au Sénégal*, août 2009.

<sup>116</sup> PNUD, *Contribution du Bureau du PNUD/Sénégal à la mise en œuvre du Programme d'Actions en faveur des Pays les Moins Avancés (PMA)*.

<sup>117</sup> CIA, *World Fact Book* ; OMS, *Country Health System Fact Sheet*, 2006.

## 2. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

### 1. Le secteur public et la politique nationale de santé

Le système de planification du secteur de la santé comprend un plan stratégique décennal (le PNDS), un plan triennal glissant (le CDSMT) et un plan de travail annuel (PTA) qui prend en compte les Plans Opérationnels des Collectivités Locales (POCL-Santé).

Ce système a une structure pyramidale :

**Le niveau central** comprend, le cabinet du ministre, le secrétariat général, et 8 directions et services rattachés. Le Sénégal compte 22 hôpitaux nationaux. Trois hôpitaux sont en construction actuellement et ne sont pas encore fonctionnels. Les CHU constituent les références des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR).

**Le niveau intermédiaire** correspond aux 14 régions médicales. La région médicale, dirigée par un médecin de santé publique et dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative, assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Au niveau des régions, les CHR constituent les références des Centres de santé. Les hôpitaux ont une autonomie de gestion en tant qu'établissement public de santé (EPS).

**Le niveau périphérique** correspond aux 69 districts sanitaires (DS), chacun gérée par un médecin-chef, et qui représente l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. Le DS couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie de département.

Chaque district sanitaire comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Les postes de santé sont implantés dans les communes, les communautés rurales ou les villages et sont gérés par des infirmiers. Il s'y applique la médecine dans son aspect curatif, préventif, social et éducatif.

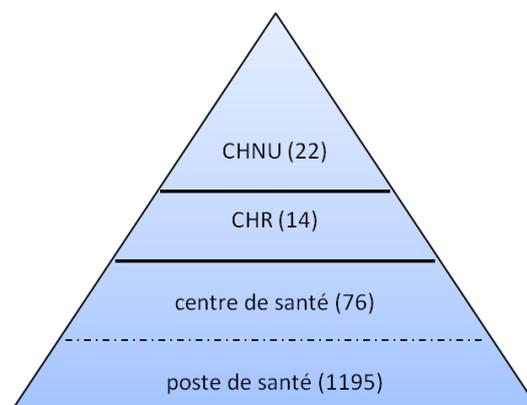
Le nombre de centres de santé est de 76 dont 23 centres de santé de références. Les centres de santé constituent les références des postes de santé. On dénombre 1 195 postes de santé au niveau des districts, dont 1 035 sont fonctionnels. Les postes de santé supervisent au niveau communautaire les cases de santé (dans lesquelles officie un agent de santé communautaire) et les maternités rurales.

Il est important également de noter que les autres Ministères occupent aussi une part importante dans la mise en œuvre de la politique de santé. Ainsi, l'armée dispose de nombreuses infrastructures réparties dans le pays dont les Centres militaires de garnisons. Le Ministère de l'Éducation Nationale dispose, quant à lui, des Centres médicaux-scolaires.

### 2. Le secteur privé

Le secteur privé, largement concentré à Dakar (plus de 80% des médecins du secteur privé exercent dans la capitale et sa région), joue un rôle important dans le système de santé. On distingue le secteur privé à but lucratif et le secteur à but non lucratif (secteur confessionnel et médecine d'entreprise). Il dispose de:

- 1 hôpital privé confessionnel ;



- 32 cliniques ;
- 70 maternités ;
- 131 cabinets médicaux ;
- 76 dispensaires privés ;
- 843 officines de pharmacie ;
- 12 laboratoires privés d'analyses médicales ;
- 10 services d'imagerie privés ;
- L'offre de santé des ONG et des Associations.

### **3. Les ressources humaines pour la santé**

Selon les données de la Direction des Ressources Humaines, le département de la santé emploie 13 110 personnes, toutes catégories socioprofessionnelles confondues. Environ 46% du personnel de santé est employé par l'Etat, 22% par les communautés, 20% par les établissements publics de santé, 10% par les collectivités locales et 2% par d'autres acteurs.

Le personnel médical constitue seulement 7% de l'ensemble du personnel du secteur public de la santé (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2007). Cette pénurie de personnel contribue aussi à alourdir la charge de travail des personnels de santé.

De plus, on note une absence de politique des RH efficiente dans les hôpitaux: une grande part des budgets de ces structures hospitalières est consacrée aux dépenses de personnel (à Saint Louis, il s'agit d'environ 80% du budget) alors que celui-ci pour la plupart du temps n'est pas bien formé et les profils ne correspondent pas aux vrais besoins. Aucune méthode d'évaluation axée sur la performance n'est mise en place.

Le Sénégal est également confronté à un problème de distribution géographique de toutes les catégories de prestataires de services de santé. En effet, le personnel de santé est concentré dans certaines régions du pays, en particulier dans la région de Dakar (70% des médecins spécialistes et 39% de médecins généralistes).

En 2005, le Ministère de la Santé s'est également engagé dans un processus de création de centres de formation régionaux pour les professions paramédicales dans le but de recruter des professionnels de la santé qui vivent dans la région où ils ont été formés et d'augmenter la disponibilité des professionnels de santé sur le marché. En 2007, ces écoles ont ouvert de nouvelles filières pour la formation des infirmiers et des sages-femmes d'Etat.

### **4. Le financement de la santé**

Plusieurs éléments interviennent dans le système de financement de la santé :

- Le Ministère des Finances, qui alloue un budget au Ministère de la Santé Publique pour le fonctionnement des services de la santé de l'Etat. Pour l'année 2009, le Ministère de la Santé et de la Prévention a bénéficié d'un budget de 97 022 102 580 milliards de FCFA pour les districts.
- Les communes et les communautés rurales, qui utilisent leurs propres fonds pour soutenir leurs services de santé.
- Les ménages, qui financent une grande partie de l'offre de soins. En effet, la plupart des prestataires offrent des services payants. Il s'agit des hôpitaux publics (qui font tout de même une exception pour les patients indigents), des hôpitaux privés, des cliniques privées, des pharmacies et de la médecine traditionnelle.
- Les bailleurs de fonds étrangers, aussi bien gouvernementaux que non-gouvernementaux ; lesquels offrent des fonds et une assistance technique à un certain nombre de structures choisies dans le secteur de la santé. Les principaux partenaires sont : FM, BM, USAID, UNITAID, UNFPA.

Le système de financement de la santé actuellement utilisé est jugé peu satisfaisant. En outre, les soins de santé offerts par ce système sont souvent de qualité inférieure, et inégalement répartis. Un changement du système de financement pourrait concourir à une grande amélioration de la qualité et de l'équité des soins à offrir.

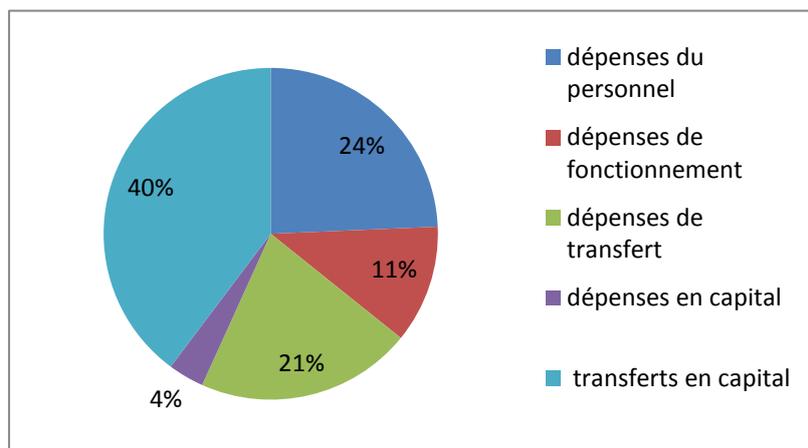


Figure 11. Répartition du budget pour les districts au Sénégal en 2009<sup>118</sup>

### 3. ORGANISATION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTÉ

#### 1. L'approvisionnement du secteur public

Depuis 1990, le Ministère chargé de la santé, via le Comité national d'élaboration et de révision des listes de médicaments et produits essentiels, révisé tous les deux ans la liste nationale de médicaments et produits essentiels. Cette liste est la base des approvisionnements du secteur public.

Dans le cadre de l'Initiative de Bamako, les médicaments sont vendus dans les formations sanitaires publiques pour permettre, entre autre, le renouvellement des stocks. Une grande partie des médicaments est financée par le recouvrement des coûts.

La Direction de la pharmacie et des laboratoires a pour mission l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de la politique et des programmes dans le domaine de la pharmacie et des analyses médicales. Elle est chargée de veiller à l'application des textes législatifs et réglementaires relatifs à la pharmacie. Elle est aussi chargée de réglementer l'exercice des professions pharmaceutiques, promouvoir et contrôler les laboratoires d'analyses médicales publics et privés, réglementer et assurer la promotion de la pharmacopée traditionnelle. L'inspection de la pharmacovigilance est une fonction importante de la Direction de la pharmacie et des laboratoires, ainsi que la gestion des autorisations de mise sur le marché.

Il y a plusieurs circuits d'approvisionnements des médicaments en fonction du programme, des bailleurs ou si il s'agit du secteur privé. Les circuits sont complexes.

**La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA)** est le grossiste répartiteur du secteur public, et a une autonomie de gestion en tant qu'établissement public de santé (EPS). Elle coordonne les activités liées aux médicaments et réactifs au niveau des structures sanitaires. En dehors des vaccins (approvisionnement via le Programme élargi de vaccination), et des autres produits dits spécifiques (4000 références à ce jour), tous les produits de santé passent par la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement qui assure les commandes. Près de 99 % des achats concernent les médicaments essentiels.

<sup>118</sup> MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION DE LA REPUBLIQUE DU SENEGAL, *Annuaire Statistique 2009*.

La PNA siège à Dakar et dispose de 11 Pharmacies Régionales d'approvisionnement (PRA), qui jouent le même rôle avec les districts. Les dépôts de district approvisionnent les formations sanitaires. Les populations ont accès aux médicaments à partir des dépôts de formations sanitaires publiques par le système du recouvrement des coûts.

Cependant, malgré l'excellent maillage territorial (la PNA est présente dans 11 régions sur les 14 que compte le Sénégal), la PNA n'arrive pas à satisfaire la demande nationale et ne fournit que l'équivalent de 15 % du marché en médicaments. La PNA est en effet plongée dans une crise à la fois structurelle et conjoncturelle.

- Le système d'information de la PNA, en place du niveau central au niveau régional, n'est pas exploité par manque de formation de personnel et de suivi des résultats, conduisant à de fréquentes ruptures de stock. De plus, certaines PRA ne tiennent pas compte des livraisons non soldées aux hôpitaux, centre de santé et officines. La quantité des commandes non soldées n'est pas prise en considération lors de la centralisation. La PNA aura donc des chiffres erronés sur les besoins, ce qui créera automatiquement une rupture de produits.
- Les contraintes nées des nouvelles dispositions du code de passation des marchés publics au Sénégal entraîne une situation de blocage dans le système d'approvisionnement en médicaments de la PNA (dossiers régulièrement rejetés par l'Autorité de Régulation des Marchés Publics). Cette situation a entraîné un dysfonctionnement total du système au niveau du territoire national où les structures de santé publique telles que les hôpitaux et les postes de santé n'arrivaient plus à se faire livrer que 20% de leurs commandes. En 2011, le dernier appel d'offre de médicament de la PNA datait de 2007.

Cependant, depuis la réforme et la mise en place du statut d'ESP, on assiste à une meilleure gestion des hôpitaux et de la PNA. Un établissement avec un statut d'ESP a un conseil d'administration et une certaine autonomie. Il est donc un peu plus libre de gérer l'établissement sans la lourdeur du système administratif de la fonction publique.

Les infrastructures du système de santé sont toutes plus ou moins absorbées par des dettes qui les empêchent de fonctionner correctement. Dans les hôpitaux, les dépenses sont souvent minimisées et les recettes majorées. De plus, les hôpitaux pâtissent du système de gestion des médicaments. La grande partie des médicaments génériques qu'ils doivent fournir aux patients n'est pas disponible, les PRA -donc les hôpitaux- étant régulièrement en rupture de stock. Or les hôpitaux ne peuvent pas acheter les médicaments dans le système privé. Les médecins sont donc obligés de donner une ordonnance aux patients qui se tourneront vers les officines privés. Ce manque à gagner a un impact fort sur les recettes de la structure hospitalière.

Les régions les plus éloignées et souffrant des difficultés d'approvisionnements par les PRA sont touchées par le marché parallèle qu'il peut y avoir avec les pays limitrophes. En effet le personnel de santé communautaire étant essentiellement payé à travers les recettes de la pharmacie, ils sont obligés de s'approvisionner au marché noir avec tous les risques que cela comporte par rapport à la qualité des médicaments qu'ils achètent. Certaines officines proches de la frontière avec la Mauritanie, la Gambie, la Guinée, le Mali, vendent également des médicaments génériques à ces pays. Ces commerçants passent la frontière sénégalaise et viennent acheter certains produits subventionnés (médicaments génériques) par l'Etat Sénégalais, pour les revendre dans leurs pays. Ce commerce est une perte sèche de revenus pour l'état Sénégalais.

La Direction de la pharmacie et des laboratoires souffre d'un déficit important en ressources humaines (2 inspecteurs actuellement en service) et en moyens matériels et financiers pour mener à bien ses missions d'inspections.

## **2. L'approvisionnement du secteur privé**

Le secteur privé contrôle en valeur, plus de 85% du marché des médicaments, soit l'équivalent de près de 75 milliards de francs CFA. Le secteur reste de loin le mieux organisé pour l'approvisionnement des médicaments: le système est géré de manière professionnelle avec du matériel en bon état et des moyens de transports et de commande efficace.

La distribution du secteur privé est assurée par les 5 grossistes leurs succursales régionales qui approvisionnent les 843 officines de pharmacies privées, qui approvisionnent les dépôts privés. Environ 4000 spécialités sont enregistrées.

Dans le secteur privé, la structure de prix est ainsi présentée : le prix grossiste hors taxe (on parle aussi prix départ usine) est le prix de base accepté dans l'arrêté d'autorisation de mise sur le marché. Le coefficient de marge appliqué varie entre 1,32 (pour les médicaments dits sociaux) et 2,12 (pour les médicaments à conditionnement hospitalier). Dans le cadre de l'amélioration de l'accès des populations à des médicaments de qualité, la Pharmacie Nationale d'approvisionnement (PNA) approvisionne le secteur privé en médicaments essentiels génériques. Ces médicaments sont donc vendus dans les deux secteurs aux mêmes prix.

## **3. Les ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement**

La qualité des ressources humaines est un problème majeur au sein de la PNA : en dehors des pharmaciens positionnés dans des fonctions administratives, tout le reste du personnel n'a pas un profil de compétences en adéquation avec les exigences de la mission de la PNA. La fonction de logisticien qui devrait être au cœur du dispositif n'est pas clairement identifiée. Elle est diffuse, entre les fonctions des comptables matière ou des magasiniers qui du reste sont sans formation spécifique. Dans les PRA, les agents responsables des entrepôts ne sont pas formés et les règles élémentaires de propreté et de stockage ne sont pas respectées. A noter aussi un découragement des personnes en poste depuis plusieurs années. Les problèmes sont connus mais il n'y a pas de solution apportée, d'où la démotivation du personnel. Le système d'évaluation du personnel est basé pour l'instant sur le même système d'évaluation des fonctionnaires de l'Etat. Il s'agit juste d'un système de notation et non d'évaluation et de capitalisation des résultats et objectifs.

Au sein de la PNA, la direction centrale est consciente des différents problèmes de fonctionnement à tous les niveaux. Un plan de formation du personnel pour la PNA et les PRA a été mis en place en 2011, ainsi que la révision des outils de ressources humaines (fiche de poste, évaluation, plan d'action, plan de formation, objectifs).

On note également plusieurs insuffisances au niveau des districts sanitaires :

- L'absence de personnel formé pour la gestion des pharmacies. On trouve très peu de pharmaciens et encore moins des préparateurs de pharmacie à ce niveau, mais beaucoup d'ASC sans aucune qualification professionnelle pour gérer les dépôts de médicaments.
- La quasi inexistence de personnel dédié à la maintenance ; sur les deux districts qui polarisent plus de 70 postes de santé et deux centres de santé, il n'y a pas plus de deux/trois techniciens formés. Pour tout le reste, ils s'appuient sur des stagiaires ou des prestataires privés pour la maintenance. Il en résulte que la plupart des frigos et des glacières sensés garantir la chaîne de froid pour les vaccins sont en panne et entassés au niveau des postes de santé.

Une professionnalisation existe cependant via la formation initiale. Cette dernière est octroyée par :

- L'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Sociale, qui est rattaché à la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé et propose des formations initiales ou continues, (notamment préparateur en pharmacie). Les diplômes d'état sont réservés aux étudiants en formation initiale, les certificats d'études concernent les professionnels souhaitant acquérir une formation supplémentaire.

- Le Centre National de Formation des Techniciens en Maintenance Hospitalière de DIOURBEL, résultat de la coopération entre le gouvernement du Sénégal et le gouvernement de la République Fédérale d'Allemagne. Il s'agit du centre collaborateur de l'OMS depuis 1994 pour la formation et la recherche en maintenance Hospitalière. Il est également rattaché à la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la santé.

#### **4. Equipements et infrastructures**

L'architecture et l'organisation de la couverture médicale sont relativement satisfaisantes pour la superficie du pays. Cependant, l'équipement fait souvent défaut aux structures. Environ 85% des postes de santé avec maternité ne possèdent pas à la fois une table de consultation, une table d'accouchement, un tensiomètre, un pèse bébé, un frigo, une moto (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2005).

En raison de l'insuffisance du plateau technique dans un grand nombre de centre de santé, il se pose un problème d'inadéquation entre la formation que la personne a suivie et le travail effectué. Une insuffisance du plateau technique peut aussi rendre les conditions de travail relativement difficiles.

Dans les hôpitaux de Saint Louis, de Ndioum, de Tambacounda et de Kaolack, les ressources affectées à l'entretien et à la maintenance dépassent rarement 1% du budget global de chaque hôpital alors que la norme admise est au moins de 10% de la valeur totale des équipements existants. Cela explique le nombre de pannes très élevé constaté dans ces hôpitaux, surtout concernant l'équipement médical de haute technologie. Le personnel affecté à la maintenance varie d'une structure à l'autre. Très peu de structures donnent une vraie place au responsable de la maintenance. Les techniciens formés à Diourbel, ont la compétence pour être impliqués dans le choix technique du matériel à acheter pour la structure, l'installation du matériel a son arrivée, la formation du personnel utilisant ce matériel et bien sûr la maintenance. Il a la capacité aussi de traiter avec les fabricants directement et décider de sous-traiter ou non les contrats d'entretien. Mais la plupart du temps, le responsable de la maintenance n'est jamais impliqué à ce niveau. Il n'est appelé que pour constater la panne.

#### **5. Amélioration de la chaîne d'approvisionnement**

Plusieurs éléments pourraient participer à une amélioration du système d'approvisionnement :

- + Meilleure formation continue des ressources humaines : mise à jour d'une cartographie avec une analyse des besoins et des plans d'action pour former et diriger les carrières des individus travaillant dans le système de santé ;
- + Meilleure gestion des ressources humaines : système d'évaluation avec un descriptif des tâches, un plan d'action annuel, des objectifs à atteindre et une évaluation sur le résultat ;
- + Plus grande implication des pharmaciens, médecins et infirmiers : formation et sensibilisation à la chaîne d'approvisionnement dans le cursus de formation initiale et continue ;
- + Formation spécifiques sur la gestion de stocks et la gestion des équipements techniques pour les personnes en charge ;
- + Reconnaissance du statut des techniciens de maintenance hospitalière (ayant plusieurs points communs avec le métier de logisticien de santé) afin qu'ils puissent jouer un rôle plus important.

# LA GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTE AU TOGO

## 1. PROFIL GÉNÉRAL DU PAYS



Depuis le début des années 90, le Togo connaît une crise sociopolitique qui a fortement freiné le développement et conduit à une paupérisation de la population. L'aide publique au développement a connu une réduction de 62% entre 1990 et 2005, et l'IDH qui était de 0,51 au début des années 90, est aujourd'hui à 0,435.

L'économie est essentiellement basée sur l'agriculture, à la fois commerciale et vivrière, qui occupe 65% de la population active. Le cacao, le café et le coton représentent environ 40% des exportations. Le Togo est également l'un des plus grands producteurs de phosphate. La balance commerciale reste cependant largement déficitaire. Des réformes structurelles sont engagées avec la Banque Mondiale et le FMI depuis une décennie, mais les investissements directs étrangers ont ralenti ces dernières années.

PROFIL PAYS : Togo <sup>119</sup>	
Population	6 961 049
Superficie (km <sup>2</sup> )	56 785
Age médian	19.3
Population urbaine (% de la population totale)	43
Indice de Développement Humain	0.435 (162 <sup>e</sup> rang)
Taux d'alphabétisation (% de la population totale)	60.9
PIB par habitant (US\$)	900
Population sous le seuil de pauvreté (% de la population totale)	61.7
Espérance de vie à la naissance	63.17
Taux de mortalité infantile (/1000 personnes)	49.87
Taux de mortalité adulte (/1000 personnes)	401 (hommes) 327 (femmes)
Causes premières de la mortalité des moins de 5 ans	Causes néo-natales (29%), paludisme (25.3%), pneumonie (17.1%), diarrhée (13.8%)

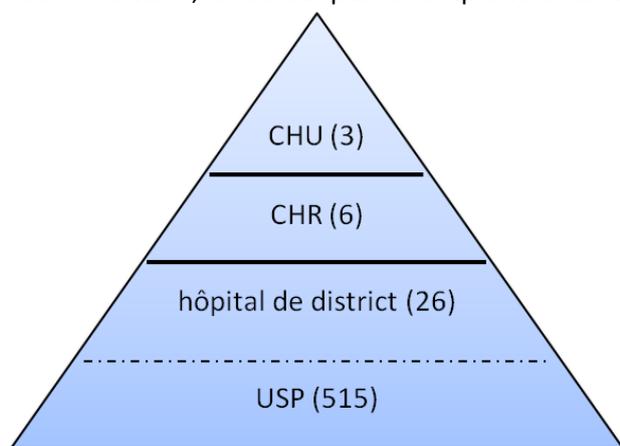
<sup>119</sup> CIA, *World Fact Book* ; OMS, *Country Health System Fact Sheet, Togo*, 2006.

## 2. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

### 1. Le secteur public et la politique nationale de santé

Le Togo dispose d'une politique nationale de santé élaborée en 1998 (et renforcée par l'adhésion du pays au pacte mondial IHP+) et d'un plan de mise en œuvre de cette politique (plan national de développement sanitaire 2012-2015 en cours d'élaboration). Il dispose également d'une politique nationale pharmaceutique élaborée en 1997 et qui devrait être renouvelée en 2012.

Selon l'OMS<sup>120</sup>, le secteur public comprend trois niveaux définis comme suit :



**Le niveau central** avec le Cabinet du Ministère, la Direction Générale et ses directions centrales, divisions et services. Il est chargé de l'élaboration des politiques et normes, de la mobilisation de ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances. Les CHU, au nombre de 3, constituant le plus haut niveau de référence du système national.

**Le niveau intermédiaire**, organisé en six régions sanitaires chargées de la coordination et de l'appui aux districts. Chaque région dispose d'un CHR.

Figure 12. Structure du système de soins au Togo

**Le niveau périphérique**, organisé en 35 districts sanitaires, correspondant aux préfectures. Il est chargé de la planification, de la mise en œuvre, du suivi évaluation de la politique sectorielle de santé. Ce niveau est également chargé de la participation communautaire au système de santé. Les unités de soins périphériques (USP) constituent le premier échelon du niveau périphérique, et les hôpitaux de districts, au nombre de 26, le deuxième échelon.

Egalement selon l'OMS<sup>121</sup>, "le taux de couverture des populations (pourcentage de la population vivant dans un rayon de 5 km des services de santé) est estimé à 60%. Cependant, l'utilisation effective des services de santé publics s'est considérablement réduite au cours des dernières années en raison de la dégradation continue des infrastructures et équipements, de la pénurie des consommables, de la démotivation du personnel ainsi que du coût relativement élevé des prestations. [...] Le taux de fréquentation des services de consultation curative des USP, est passé de 65 % à 25,7% entre 1991 et 2003"<sup>122</sup>.

### 2. Le secteur privé

Le secteur privé connaît une croissance importante, notamment à cause des insuffisances du secteur public. Mais la collaboration entre les deux secteurs est très limitée.

Le secteur privé, comprenant les formations sanitaires des associations, ONG et organisations religieuses, dispose de "283 institutions de prestation de soins dont 7 hôpitaux confessionnels, 155 cliniques et cabinets privés et 121 unités de soins infirmiers"<sup>123</sup>.

En outre, la médecine et la pharmacopée traditionnelle joue un rôle important dans l'offre de soins du pays. Il existe une politique et une loi en matière de médecine traditionnelle, et les guérisseurs

<sup>120</sup> OMS, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, République du Togo 2004-2007*.

<sup>121</sup> MINISTÈRE DE LA SANTE DU TOGO, OMS, *Profil de système de santé de pays, Togo, 2004*.

<sup>122</sup> Ibid.

<sup>123</sup> Ibid.

traditionnels sont organisés en associations. Cependant, la collaboration avec le secteur public reste faible.

L'OMS note également qu'"il existe par ailleurs un secteur privé parallèle informel et non réglementé qui a connu une extension significative en raison de la crise qui a frappé le secteur public au cours de la décennie écoulée"<sup>124</sup>.

### 3. Les ressources humaines pour la santé

Les ressources humaines souffrent d'un grave déficit quantitatif. "En 2007, l'effectif du personnel était de 7765 agents pour une population estimée à 5 446 000 habitants. Les principaux ratios (rapport population/personnel de santé) se présentent comme suit, en comparaison avec les normes recommandées par l'OMS :

- 1 médecin pour 11 171 habitants contre 1 pour 10 000
- 1 infirmier d'Etat pour 6 135 habitants contre 1 pour 4 000
- 1 sage-femme pour 13 171 habitants contre 1 pour 4 000"<sup>125</sup>

Selon l'OMS<sup>126</sup>, "cette crise des ressources humaines se pose non seulement en termes de nombre, mais également en termes de qualité et de répartition. Près de 80% du personnel reste concentré dans les centres urbains, principalement à Lomé et dans la région Maritime. Le déficit des ressources humaines pour la santé que connaît le Togo est liée essentiellement au faible taux de recrutement et au non remplacement des départs dus à la retraite, aux décès et à la fuite des cerveaux. Elle trouve son fondement dans un certain nombre de facteurs et de lacunes, notamment :

- Les déficiences liées à la planification et à la gestion du personnel
- L'inadéquation des moyens budgétaires et les plafonds imposés en matière de recrutement qui entravent la production ou le recrutement des personnels de santé à une plus grande échelle, tout comme la mise en œuvre de mesures appropriées pour la motivation et la rétention du personnel".

La formation initiale est assurée par la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie, l'Ecole Supérieure des Techniques Biologiques et Alimentaires (pour les paramédicaux notamment), l'Ecole des Assistants Médicaux, l'Ecole Nationale des Sages-femmes, l'Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux.

---

<sup>124</sup> Ibid.

<sup>125</sup> OMS, *Stratégie de coopération avec les Pays, Togo 2009-2013*.

<sup>126</sup> Ibid.

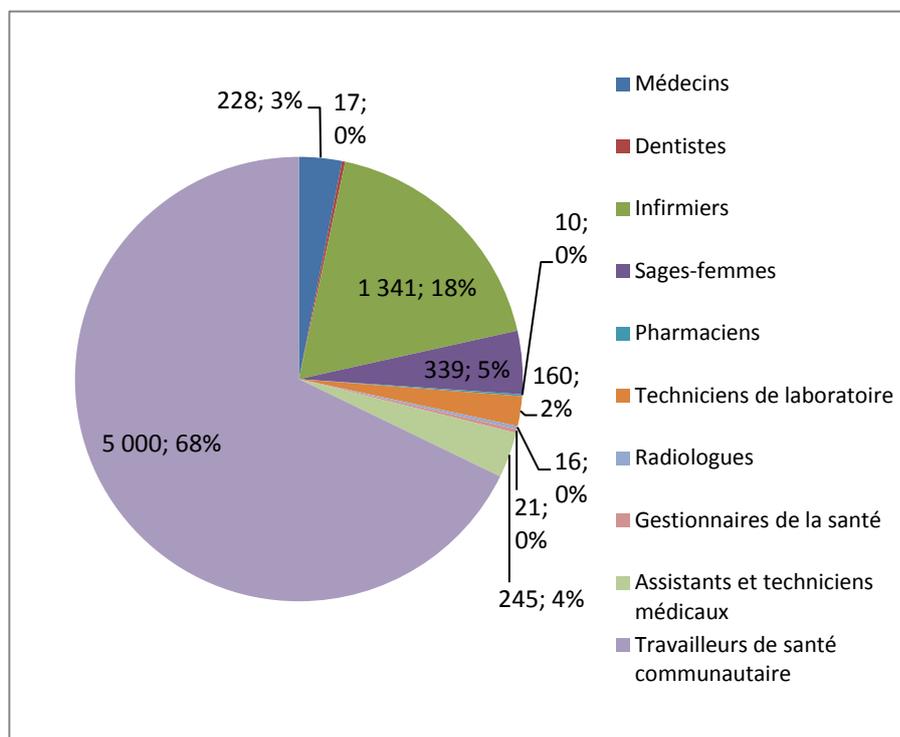


Figure 13. Distribution des personnels de santé publique au Togo en 2003<sup>127</sup>

#### 4. Le financement de la santé

Le financement de la santé provient essentiellement des sources suivantes : l'Etat, les collectivités, les ménages et les partenaires au développement.

- En 2011 le budget de l'Etat était estimé à 1.217.391.000 US\$ et celui du ministère de la Santé à 64.516.129 US\$.
- "Les ménages participent au financement de la santé à travers le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires (initiative de Bamako depuis 1991), c'est à dire le paiement à l'acte et l'achat de médicaments. Selon les données disponibles de 2001, les ressources générées par le recouvrement des coûts au niveau des formations sanitaires du secteur public s'élevaient à 1,7 millions US\$, soit un tiers du budget du ministère de la santé à l'époque"<sup>128</sup>.
- "Certaines collectivités locales (mairies ou préfectures) participent au financement des services de santé par le paiement des salaires de certaines catégories de personnels (les agents de santé de préfecture)"<sup>129</sup>.
- Au plan bilatéral, les principaux bailleurs de fonds sont la France, l'Allemagne, les Etats-Unis d'Amérique, la Chine et le Japon. Les agences multilatérales présentes dans le secteur de la santé sont l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le PNUD, la Banque Mondiale, l'Union Européenne et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

<sup>127</sup> MINISTERE DE LA SANTE DU TOGO, OMS, *Op. Cit.*

<sup>128</sup> *Ibid.*

<sup>129</sup> *Ibid.*

### 3. ORGANISATION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS DE SANTÉ

#### 1. L'approvisionnement du secteur public

Il existe une loi sur les médicaments mais pas de plan d'application. Dans le circuit public, il y a plusieurs circuits d'approvisionnement et de gestion des produits de santé.

La Centrale nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels et Génériques (CAMEG), mise en place en septembre 1996, coordonne l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments essentiels sur l'ensemble du territoire national. Elle approvisionne le pays pour 10-15% des médicaments contre 2 à 3% directement par le Ministère de la Santé.

La CAMEG approvisionne trois dépôts régionaux (relativement bien fonctionnels selon l'OMS<sup>130</sup>), qui à leur tour approvisionnent les dépôts de ventes des hôpitaux ou des centres de santé. Depuis 2001, la CAMEG a la possibilité de vendre les MEG au secteur privé.

Les programmes de santé des PTF ont généralement leur propre système d'approvisionnement : chaque programme approvisionne les districts sanitaires en produits de santé.

#### 2. L'approvisionnement du secteur privé

Le secteur pharmaceutique privé représente environ 80% des approvisionnements du pays. Il compte deux usines privées de fabrication et de conditionnement de médicaments, quatre grossistes répartiteurs, 160 officines<sup>131</sup> ainsi que de nombreux points de dispensation au public : formations sanitaires confessionnelles, formations sanitaires privées à but lucratif, associations et ONG.

La vente illicite de médicaments constitue l'un des principaux problèmes à résoudre pour améliorer l'accès des populations à des médicaments de qualité et à un coût abordable.

#### 3. Les ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement

Le secteur public d'approvisionnement pharmaceutique ne compte que 165 pharmaciens<sup>132</sup> qui se retrouvent aux niveaux central et intermédiaire. Ceux-ci sont précisément au niveau de la Direction des pharmacies, de la CAMEG, des pharmacies des hôpitaux universitaires (CHU) et de 4 hôpitaux régionaux (CHR). Les approvisionnements des programmes sont le plus souvent gérés par des médecins.

Au niveau périphérique, ce sont des infirmiers et gestionnaires de zones qui ont en charge l'approvisionnement pharmaceutique, notamment au niveau des hôpitaux de district et des centres de santé.

Le pays ne dispose pas de la fonction de préparateur en pharmacie, ni de celle de logisticien ou logisticien de santé.

Le personnel est recruté non seulement par le niveau central, mais aussi au niveau local par les collectivités. Il fait l'objet de notation chaque année, mais sans outil standardisé disponible à cet effet. Malgré l'existence d'une politique nationale des ressources humaines, le secteur public ne semble pas attractif.

#### 4. Equipements et infrastructures

Selon l'OMS, "les équipements et matériel sont insuffisants dans la plupart des services et formations sanitaires des différents échelons du système. Le matériel médico-technique existant est à la fois

---

<sup>130</sup> OMS, Op. Cit.

<sup>131</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU TOGO, OMS, Op. Cit.

<sup>132</sup> Ibid.

insuffisant et souvent obsolète. Le paquet minimum d'équipements n'est pas respecté et ne répond pas aux normes minimales requises. [...] Les équipements de la logistique de chaîne de froid, en particulier les containers à pétrole, les réfrigérateurs et les congélateurs sont en général insuffisants par rapport aux besoins et exigences d'une bonne couverture vaccinale poursuivie par la politique nationale. La maintenance préventive et curative est inorganisée et mal appliquée, situation qui complique le mauvais état de fonctionnement des équipements et la fréquence des pannes"<sup>133</sup>.

"En outre, la situation du parc auto et moto montre que la plupart des véhicules sont vieux et connaissent des pannes fréquentes. Cette situation n'est guère favorable aux activités de suivi et de supervision. Les motos sont actuellement en nombre insuffisant par rapport à l'effectif des agents dont les activités nécessitent des déplacements. La plupart des hôpitaux de district n'ont plus d'ambulances pour la référence des cas d'urgence. Certaines ambulances disponibles dans les hôpitaux sont inadaptées à l'état des routes"<sup>134</sup>.

## **5. Amélioration de la gestion de la chaîne d'approvisionnement**

Les actions prioritaires à mettre en œuvre, au niveau global, afin d'améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement semblent être les suivantes :

- + l'élaboration d'une politique nationale de financement des services de santé et d'un cadre des dépenses de santé à moyen terme ;
- + Le développement quantitatif des formations initiales, notamment par le renforcement des capacités du Centre de Formation en Santé Publique de Lomé ;
- + le développement d'une politique des ressources humaines comprenant : l'appui à la formation initiale et continue des personnels de santé et du personnel en charge de l'approvisionnement, notamment ceux des niveaux périphériques ; le développement d'un plan de carrière pour le personnel ;
- + Le renforcement des organismes de contrôle : de la qualité, des filières illicites, de l'application des normes réglementaires ;
- + le renforcement du Système d'Information Sanitaire et son utilisation à l'échelle nationale.

A tous les niveaux du système de santé, et notamment en périphérie, un accent particulier devra être mis sur :

- + le renforcement de structures de gestion, notamment par la formation continue et la promotion de l'auto-évaluation et de l'utilisation de l'information pour l'action opérationnelle et la gestion stratégique ;
- + l'amélioration de la performance du personnel via la formation initiale et continue;
- + l'intégration des sous-systèmes d'information ;
- + le renforcement des SIGL.

---

<sup>133</sup> Ibid.

<sup>134</sup> Ibid.

## ANALYSE REGIONALE ET SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE

---

Les sept pays étudiés dans le cadre de cette enquête présentent plusieurs similitudes en ce qui concerne l'organisation de leurs systèmes de santé.

Tous les pays étudiés disposent d'une politique nationale de santé et d'un plan de mise en place de cette politique (le Plan National de Développement Sanitaire, condition d'éligibilité aux contributions financières internationales).

Les pays étudiés ont des systèmes de santé semblables sur le plan organisationnel. En effet, leur schéma est inspiré de l'Initiative de Bamako sur la promotion des soins de santé primaires avec le district comme entité opérationnelle et la participation communautaire à la gestion des structures de santé. Ce schéma semble avoir favorisé le développement d'une plus grande couverture sanitaire des territoires, et une plus forte implication de la population au système de santé public, notamment en périphérie.

De plus, dans tous les pays, les produits de santé sont en quasi-totalité importés. Même en l'absence d'une politique nationale d'approvisionnement, une centrale d'achat des médicaments essentiels est en place et déconcentrée jusqu'au niveau intermédiaire du système de santé. La centrale approvisionne des magasins régionaux, qui alimentent à leur tour les structures sanitaires pour une couverture élargies des besoins en produits de santé.

Tous les pays étudiés disposent également de programmes verticaux (paludisme, sida, etc.), qui ont souvent un système d'approvisionnement propre.

Les systèmes de santé publique étudiés font face aux mêmes types de problématiques. La décentralisation et l'efficacité du système de santé sont entravées par des enjeux financiers, humains et matériels.

- + **En termes de ressources humaines**, la majorité des pays étudiés connaît une insuffisance globale du nombre de personnel de santé dans le secteur public, même lorsqu'il existe une politique spécifique aux ressources humaines de la santé. Il apparaît que l'attractivité des postes de personnel de santé dans les structures publiques est faible.

Partout, la motivation des agents est jugée faible, notamment du fait de salaires trop bas, de l'absence de formation continue et de plans de carrière, et de mauvaises conditions de travail. Ces facteurs sont d'autant plus importants en zone rurale, et conduisent à une répartition inégale des personnels de santé, au profit des centres urbains. Ils concourent également à l'émigration des spécialistes, en quête de meilleures conditions de travail et de vie.

Tous les pays disposent de centres de formation pour les métiers de la santé, mais il y a souvent inadéquation entre la formation des personnels de santé et les besoins en compétences dans les structures de santé. Cette inadéquation est due à un manque de concertation entre le Ministère de la Santé et les centres de formation ou le Ministère en charge de l'éducation et de la formation. La formation continue est inexistante ou embryonnaire, et souvent dépendante des programmes des PTF.

**Les ressources humaines impliquées dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement** de santé publique sont multiples, mais aucun des pays étudiés ne dispose de logisticien de santé.

Aux niveaux central et intermédiaire (centrale d'achat, pharmacie des hôpitaux nationaux et régionaux), des pharmaciens et préparateurs en pharmacie sont généralement en charge de

l'approvisionnement, du stockage et de la distribution des produits de santé. Du personnel infirmier et administratif (notamment comptable) les assiste parfois dans leurs tâches. Or, les pharmaciens sont souvent trop peu nombreux, même au niveau central, et manquent de qualification et compétences suffisantes en matière de gestion logistique.

Au niveau périphérique, les pharmaciens sont rares. Les médecins et infirmiers, ainsi que du personnel non professionnel de santé (magasiniers, gérants de dépôts, comptables matières) sont en charge de la gestion logistique des produits. Les postes de techniciens de maintenance sont en nombre insuffisant.

		Bénin	Burkina Faso	Guinée	Madagascar	Mali	Sénégal	Togo
Type de personnel Gestion de la chaîne d'approvisionnement au niveau central	médecin				X			X
	pharmacien	X	X	X	X	X	X	X
	PeP			X		X	X	
	infirmier	X			X			
	comptable des matières				X			
	autres	X	X			X		
Type de personnel Gestion de la chaîne d'approvisionnement au niveau intermédiaire	médecin				X			X
	pharmacien	X	X	X		X		X
	PeP		X	X				X
	infirmier	X		X	X			
	comptable des matières						X	X
	autres	X	X		X	X	X	
Type de personnel Gestion de la chaîne d'approvisionnement au niveau périphérique	médecin		X	X	X			
	pharmacien							
	PeP		X					
	infirmier		X	X	X			X
	comptable des matières					X		X
	gestionnaire de zone sanitaire	X						X
	autres	X	X	X	X	X	X	

L'utilisation du personnel médical pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement limite leur disponibilité pour la réalisation d'actes médicaux. En outre, le personnel médical n'est ni formé (que ce soit en formation initiale ou continue), ni suffisamment compétent, pour assurer la gestion d'une chaîne logistique efficace et efficiente.

Le personnel non médical dédié à la chaîne d'approvisionnement (magasiniers, gérants de dépôts, comptables matières, techniciens de maintenance) manque de formation initiale et continue.

- + **Les équipements et infrastructures des formations sanitaires publiques** souffrent particulièrement d'un manque de maintenance. En effet, si les infrastructures sont généralement importantes en

termes quantitatifs, il apparaît que beaucoup ne sont ni aux normes, ni opérationnelles. La vétusté des infrastructures ne permet souvent pas des conditions de stockage satisfaisantes.

Les équipements médico-techniques sont en nombre insuffisant dans beaucoup de cas, et mal entretenus, donc souvent hors-service. La faiblesse du plateau technique a une incidence directe sur la qualité des diagnostics et soins aux patients, mais également sur la motivation des personnels du fait des mauvaises conditions de travail.

Les équipements permettant le transport (camions, moto) sont en nombre insuffisants, et ils sont généralement peu fiables. Cela pose un problème majeur dans l’approvisionnement des structures aux niveaux intermédiaires et périphériques, mais également dans le transport des patients en cas d’urgence, et pour les contrôles terrains des structures sanitaires périphériques par les agents en charge.

L’absence de plan de maintenance et le manque de financement consacré à l’entretien des équipements et infrastructures sont constatés dans la majorité des cas. En outre, comme on l’a vu plus haut, les ressources humaines dédiées à la maintenance sont insuffisantes, et souffrent d’un manque de formation initiale et continue. Enfin, l’ensemble du personnel médical n’est pas suffisamment sensibilisé à la problématique de la maintenance.

- + **Les systèmes d’information et de gestion logistique des pays étudiés sont tous peu performants**, ce qui conduit à une mauvaise évaluation des besoins, et donc à des surstocks ou ruptures de stock. D’une part, le personnel en charge de la collecte des informations est trop peu formé pour ces responsabilités. D’autre part, la saisie des informations est toujours manuelle au niveau communautaire, et parfois jusqu’au niveau intermédiaire, voire central. En outre, la multiplicité des chaînes d’approvisionnement dans un même pays complique le travail de reporting des formations sanitaires, et conduit à des erreurs dans la collecte et la compilation des données. Ainsi, les systèmes d’information semblent avoir un rôle d’information rétrospective, mais ne constituent pas des outils d’aide à la décision.
- + **Le financement de la santé** ne permet pas de répondre correctement à ces problématiques. Tous les systèmes de santé étudiés reposent sur quatre sources principales de financement : les ménages (via le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires), l’Etat (budget du Ministère de la Santé), les collectivités, l’aide extérieure (les principaux PTF des pays étudiés : le Fonds Mondial, l’Unicef, USAID, UNFPA, l’OMS, le PNUD). La part du budget de l’Etat dans les dépenses de santé varie selon les pays<sup>135</sup> :

	Bénin	Burkina Faso	Guinée Conakry	Madagascar	Mali	Sénégal	Togo	France
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB	4.1	6.7	4.9	3.8	5	5.7	7.7	11.9
Part des dépenses pour la santé du gouvernement national en % des dépenses totales pour la santé	49.5	51.0	11.3	60.3	46.6	55.5	44.2	77.8

(Les données pour la France sont indiquées à titre de comparaison)

Le recouvrement des coûts, mis en place dans tous les pays pour pallier à la raréfaction des ressources budgétaires, a tendance à limiter l’accessibilité financière des ménages les plus pauvres au système de santé publique.

<sup>135</sup> OMS, Observatoire de la santé en Afrique, *Burkina Faso, Résumé analytique*, [http://www.aho.afro.who.int/profiles/index.php/Burkina\\_Faso:Analytical\\_summary\\_-\\_Leadership\\_and\\_governance/fr](http://www.aho.afro.who.int/profiles/index.php/Burkina_Faso:Analytical_summary_-_Leadership_and_governance/fr).

**La chaîne d’approvisionnement manque également de financement.** Si les dépenses de médicaments constituent une part importante des dépenses nationales de santé, elles sont relativement faibles dans les budgets des Ministères de la Santé, car fortement financées par les PTF. Or, les PTF tendent à considérer que la responsabilité de la chaîne logistique du secteur public incombe à l’Etat. Mais le budget national, déjà soumis à de fortes contraintes, privilégie avant tout le paiement des salaires des fonctionnaires. Les structures sanitaires manquent ainsi de financement pour assurer l’approvisionnement et la bonne gestion des produits de santé. Les infrastructures et équipements pâtissent également du manque de ressources financières allouées à la maintenance.

Le niveau périphérique, en tant que premier point de contact avec les populations, est crucial dans l’organisation pyramidale du système de santé. Pourtant, il apparaît que la décentralisation du système de santé reste théorique, les marges de manœuvre en matière de gestion des ressources humaines et des budgets des structures périphériques étant particulièrement limitées.

Ces défis majeurs apparaissent comme étant d’ordre structurel et ont un impact durable et profond sur la chaîne d’approvisionnement des produits de santé, et donc sur la performance générale des systèmes de santé. On observe ainsi un taux d’utilisation des services de santé publics relativement faible dans tous les pays étudiés (entre 18,20% et 49%).

	Bénin	Burkina Faso	Guinée Conakry	Madagascar	Mali	Sénégal	Togo
Taux d'utilisation des services de santé publique	34%	49%	18,60%	46,5 % (CSB)	20%	44%	25,7% (USP)

Le disfonctionnement du secteur public favorise le développement du secteur privé, en termes de soins comme pour l’approvisionnement en médicaments. Ce secteur est généralement jugé comme étant plus fiable et plus efficace que le public. Egalement plus cher, et urbain, il est souvent réservé aux classes les plus aisées. La médecine traditionnelle, culturellement ancrée dans les pratiques sanitaires, reste une source de soins majeure.

Le secteur illicite profite également des faiblesses du secteur public, notamment en ce qui concerne l’approvisionnement. Les « pharmacies-trottoirs », dernier échelon du trafic de médicaments, permettent aux ménages les plus pauvres d’acheter des produits de santé à plus bas coûts. Mais se posent alors des enjeux majeurs de qualité et sécurité des produits.

Face à l’inefficacité de l’approvisionnement public, de nombreux PTF ont également tendance à développer leurs propres systèmes d’approvisionnement. Cette multiplication des chaînes d’approvisionnement engendre une complexité qui pénalise l’efficacité de l’ensemble du système d’approvisionnement. De plus, dans le cadre de la stratégie de recouvrement des coûts, la vente des médicaments est une source majeure de financement des structures sanitaires publiques. La population se tournant vers les filières privées ou illicites, le manque à gagner est extrêmement lourd pour les structures publiques.

## CONCLUSION

---

L'objectif général de cette étude était d'établir une cartographie de la capacité des ressources humaines impliquées dans la chaîne d'approvisionnement de santé publique dans la sous-région Afrique de l'Ouest. Au vue des problématiques évoquées précédemment, plusieurs pistes d'amélioration peuvent être envisagées et mises en œuvre via la collaboration entre les Ministères de la Santé, les Ministères en charge de la formation professionnelle et de l'enseignement supérieur, les PTF et la société civile.

- + Structure globale du système de santé et de la chaîne d'approvisionnement :
- + Une démarche tendant vers l'intégration progressive des chaînes d'approvisionnement des différents programmes et PTF au système public. Bien que cela soulève des enjeux en termes d'efficacité dans un premier temps, et de corruption, l'intégration permettrait à long terme d'augmenter la capacité humaine (par une approche systémique des ressources humaines, le développement de compétences) et financière de la chaîne d'approvisionnement publique, et donc de disposer d'un système moins morcelé et plus efficient.
- + Une coordination renforcée au niveau central et des échanges de pratique formalisés en périphérie entre les acteurs du secteur public et ceux du secteur privé (y compris de la médecine traditionnelle) pour tendre vers un système de santé intégré reposant sur les complémentarités entre le secteur public et le secteur privé.
- + Un contrôle plus strict des filières illicites, par la formation et le recrutement d'agents de contrôle.

### **Développement de politiques nationales :**

- + La formation continue des ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement au niveau central pour soutenir le développement des politiques d'approvisionnement nationales et de leurs plans de mise en œuvre ; la formation continue des agents aux niveaux intermédiaire et périphérique pour faciliter la mise en œuvre des plans élaborés.
- + La formation continue des ressources humaines au sein des directions en charge des infrastructures, de l'équipement et de la maintenance pour soutenir le développement systématique des plans de maintenance et de suivi des équipements ; la formation continue des agents de maintenance aux niveaux intermédiaire et périphérique pour faciliter la mise en œuvre des procédures élaborées.

### **Professionnalisation de la logistique de santé :**

- + L'intégration des problématiques logistiques dans la formation initiale de tous les agents de santé.
- + L'identification des postes du personnel logisticien ou en charge de fonctions logistiques, ainsi qu'une revue de ces postes par rapport aux besoins.
- + La professionnalisation du personnel en charge de la chaîne d'approvisionnement par le développement des outils de gestion des ressources humaines (fiches de postes, évaluations, etc.) et des outils SCM (livre des stocks, etc.) et la formation à l'utilisation de ces outils.
- + La création du métier de logisticien de santé selon le référentiel validé par l'OMS/AFRO, qui permettrait de :
  - recentrer les professions médicales sur les activités de soins avec des outils et des produits en état de répondre aux besoins ;
  - professionnaliser la gestion de la chaîne d'approvisionnement, et d'améliorer la performance ainsi que de réduire les coûts ;
  - contractualiser localement avec les ressources du secteur privé, ce qui fait partie des compétences fondamentales du logisticien de santé.

Pour cela :

- Une prise de conscience de l'intérêt du poste de logisticien de santé doit se renforcer à l'échelle mondiale. De la même façon que l'Initiative de Bamako a pu impulser une réforme des systèmes de santé, une nouvelle initiative pourrait soutenir la réforme de la gestion de chaîne d'approvisionnement publique.
  - Les PTF doivent soutenir la formation de logisticiens de santé : création de formation initiale au sein des instituts de formations existants, développement de formations continues.
- + La mise en place d'un SIGL opérationnel à tous les niveaux, et notamment la formation du personnel à ses outils, afin de disposer d'outils fiables d'analyse des besoins, de gestion des stocks et d'aide à la décision.

Il convient de rappeler que « la santé peut être pionnière dans l'optimisation de l'efficacité et de l'équité. Les décideurs du domaine de la santé peuvent faire beaucoup pour réduire les pertes, en particulier en matière d'approvisionnement »<sup>136</sup>. Ces changements structurels nécessitent un important investissement financier à long terme, largement rentabilisable par la réduction des pertes et l'amélioration de la performance. Comme le souligne l'OMS, « peu de pays africains ont atteint la cible convenue par leurs chefs d'État en 2001 lors de la Déclaration d'Abuja, de dépenser 15% de leur budget national dans le secteur de la santé »<sup>137</sup>. En parallèle, « si les pays tenaient immédiatement leurs promesses internationales actuelles, les fonds externes pour la santé des pays à faible revenu feraient plus que doubler du jour au lendemain »<sup>138</sup>. Un effort conjoint des États et des PFT est nécessaire pour trouver des sources de financement innovantes et investir durablement pour soutenir l'efficacité et l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement, du système de santé en générale, et ainsi concourir à l'amélioration de la situation sanitaire des populations.

---

<sup>136</sup> OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, le financement des systèmes de santé*, 2010

<sup>137</sup> Op. Cit.

<sup>138</sup> Op. Cit

ANNEXE 1. QUESTIONNAIRE ENQUETE REGIONALE  
BIOFORCE

---

**ENQUETE REGIONALE  
SUR LA  
GESTION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET SANITAIRES ET LES  
RESSOURCES HUMAINES DEDIEES A CETTE GESTION**

<b>A</b>	<b>PAYS</b>	
<b>B</b>	<b>CONTENU</b>	I : Parties prenantes principales dans le système d'approvisionnement des médicaments dans le pays
		II : Normes, réglementations, lois et politiques relatives aux produits pharmaceutiques et sanitaires
		III : Politique d'approvisionnement
		IV : Gestion des stocks
		V : Gestion des informations et systèmes des rapports
		VI : Ressources Humaines
		VII : Conclusion
<b>C</b>	<b>DATE</b>	

## I. Parties prenantes principales dans le système pharmaceutique

### • 1. Gouvernement :

#### Organigramme du Ministère de la Santé

Structures rattachées au cabinet du ministre	Structures rattachées au secrétariat général	Structures de 3 <sup>ème</sup> niveau	Structures de 4 <sup>ème</sup> niveau

○ **Découpage administratif. Combien de région :**

▪ .....

Non Evalué

○ **Types de structure de santé :**

▪ .....

Non Evalué

○ **Structure en charge de l'approvisionnement par niveau :**

Non Evalué

- Niveau central : .....
- Niveau intermédiaire : .....
- Niveau opérationnel : .....
- Centres de santé : .....
- Niveau communautaire : .....

○ **Budget de l'Etat (US\$) :**

▪ .....

Non Evalué

○ **Budget du Ministère de la Santé (US\$) :**

▪ .....

Non Evalué

○ **Budget du Ministère de la Santé dédié aux ressources humaines (US\$) :**

▪ .....

Non Evalué

○ **Budget du Ministère de la Santé dédié aux médicaments (US\$) :**

▪ .....

Non Evalué

○ **Pourcentage des médicaments gérés par l'Etat :**

▪ .....

Non Evalué

**Listes des principaux bailleurs de fonds / organisations internationales et programmes travaillant avec le Ministère de la Santé :**

- :
- :
- :
- :

- **Secteur privé lucratif :**

- **Nombre de grossistes répartiteurs :**
  - .....
- Non Evalué
- **Nombre de pharmacies privées :**
  - .....
- Non Evalué
- **Nombre de cliniques médicales privées :**
  - .....
  - .....
- Non Evalué
- **Nombre d'hôpitaux privés :**
  - .....
- Non Evalué
- **Pourcentage des médicaments gérés par le secteur privé :**
  - .....
- Non Evalué

## II. **Normes, réglementations, lois et politiques relatives aux produits pharmaceutiques et sanitaires**

- **Politique nationale de santé :**

**Existe-t-il une politique nationale de santé ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

**Existe-t-il un plan pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

- **Politique nationale des médicaments :**

**Existe-t-il une politique nationale des médicaments ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

**Existe-t-il un plan pour la mise en œuvre de la politique nationale des médicaments ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

- **Loi sur les médicaments :**

**Existe-t-il une Loi sur les produits pharmaceutiques ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

### III. Politique d'approvisionnement

#### Existe-t-il une politique nationale d'approvisionnement ?

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

#### La politique nationale d'approvisionnement n'autorise-t-elle que les médicaments figurant sur la liste des médicaments essentiels ?

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

#### La politique nationale d'approvisionnement met-elle un accent particulier sur « les bonnes pratiques d'approvisionnement pharmaceutiques » ?

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

#### • Sélection du produit pour l'approvisionnement :

#### *Développement des spécifications techniques pour les médicaments et/ou produits sanitaires à être approvisionnés dans le cadre des programmes*

Non Evalué  Si évalué remplir les questions qui suivent

#### Qui est chargé de cette fonction ?

- Une institution :
- Un service de chaque institution :

#### Qui contribue au développement des spécifications techniques ? (Sélectionnez votre réponse de la liste suivante) :

- Un expert désigné / spécialiste de l'institution responsable
- Un comité multidisciplinaire réputé d'experts provenant de l'institution responsable
- Un comité multidisciplinaire réputé d'experts provenant de diverses institutions
- Tout employé désigné de façon *ad hoc*
- Tout employé représentant diverses institutions de façon *ad hoc*

#### Cochez dans la liste ci-dessous les points inclus dans les spécifications techniques :

- Spécifications de produit
- Spécifications de l'emballage
- Instructions d'étiquetage et information du produit
- Identification du dossier
- Identificateurs uniques
- Exigences de la notice
- Traçabilité du lot
- Examen de contrôle de qualité
- Normes de contrôle de qualité pour le stockage

#### *Pré-qualification et évaluation du fournisseur et produit :*

*Nom de l'institution chargée de cette fonction :* .....

#### Les évaluations techniques et financières sont-elles séparées ?

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....



- Infirmier
- Comptable des matières
- Autres
- **Au niveau intermédiaire** Non Evalué 
  - Entrepôt régional :
    - Médecin
    - Pharmacien
    - Préparateur en pharmacie
    - Infirmier
    - Comptable des matières
    - Autres
  - Hôpital régional :
    - Médecin
    - Pharmacien
    - Préparateur en pharmacie
    - Infirmier
    - Comptable des matières
    - Autres
- **Au niveau périphérique** Non Evalué 
  - Centre de Santé :
    - Médecin
    - Pharmacien
    - Préparateur en pharmacie
    - Infirmier
    - Comptable des matières
    - Autres
  - +
  - Case de santé :
    - Médecin
    - Pharmacien
    - Préparateur en pharmacie
    - Infirmier
    - Comptable des matières
    - Autres

## V. **Gestion des informations et systèmes des rapports**

### Informations pharmaceutiques et système des rapports

**Nom de l'institution chargée de cette fonction** : .....

Sélectionnez dans la liste suivante le type d'informations sur la gestion pharmaceutique, collecté selon le niveau du système pharmaceutique :

#### **Comment les informations sont-elles saisies ?**

- **Niveau central** Non Evalué 
  - Informatisé
  - Manuel
  - Les deux

Remarque / commentaires : .....
- **Magasins périphériques** Non Evalué 
  - Informatisé
  - Manuel
  - Les deux

Remarque / commentaires : .....
- **Magasins intermédiaires** Non Evalué 
  - Informatisé
  - Manuel

Les deux

Remarque / commentaires : .....

- **Centres de santé**  Non Evalué

Informatisé  
 Manuel  
 Les deux

- **Niveau communautaire**  Non Evalué

Informatisé  
 Manuel  
 Les deux

**Comment les informations sont-elles transmises ?**

- **Du niveau central aux autres niveaux**  Non Evalué

Informatisé  
 Manuel  
 Les deux

Remarque / commentaires : .....

- **Des magasins intermédiaires à un autre niveau**  Non Evalué

Informatisé  
 Manuel  
 Les deux

Remarque / commentaires : .....

- **Des magasins périphériques à un autre niveau**  Non Evalué

Informatisé  
 Manuel  
 Les deux

Remarque / commentaires : .....

- **Des centres de santé au niveau suivant**  Non Evalué

Informatisé  
 Manuel  
 Les deux

Remarque / commentaires : .....

- **Du niveau communautaire au niveau suivant**  Non Evalué

Informatisé  
 Manuel  
 Les deux

Remarque / commentaires : .....

**VI. Ressources humaines**

**Politique des ressources humaines dans le système de santé :**

**Existe-t-il une structure en charges des ressources humaines au sein du Ministère de la Santé ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

**Existe-t-il une politique de ressources humaines dans le système de santé ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

**Existe-t-il un organigramme précis pour chaque structure de santé et son personnel au niveau central ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

**Existe-t-il un organigramme précis pour chaque structure de santé et son personnel au niveau intermédiaire ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

**Existe-t-il un profil de poste pour chacun des postes au sein du Ministère de la Santé ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

**Existe-t-il un profil de poste Logisticien ou Logisticien Santé au sein de l'organigramme du ministère de la santé ? Si oui, précisez à quel niveau il se trouve (central / intermédiaires / périphérique).**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

**Les RH médicales sont-elles toutes embauchées au niveau central ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

**Y-a-t-il un test de recrutement défini pour chacun des différents niveaux de poste ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

**Les RH médicales sont elles formées sur la gestion des produits de santé avant de prendre leur poste au niveau central ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

**Y-a-t-il un plan stratégique nationale de formation continue pour l'ensemble du personnel médical et paramédicale ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

**Les RH gérées par le Ministère de la Santé sont-elles toutes de la fonction publique ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

**Nombre de fonctionnaires du Ministère de la Santé :** Non Evalué

.....

**Nombre de vacataires du Ministère de la Santé :** Non Evalué

.....

**% du budget du ministère de la santé dédié à la gestion des RH ?** Non Evalué

.....

**Personnels actifs :**

**Nombre de médecins dans la fonction publique :** Non Evalué

.....

**Nombre de pharmaciens dans le secteur public :** Non Evalué

.....

**Nombre de préparateur en pharmacie dans le secteur public :** Non Evalué

.....

**Nombre d'infirmiers dans le secteur public :** Non Evalué

.....

**Nombre de sages-femmes dans le secteur public :** Non Evalué

.....

• **Système d'évaluation :**

**Existe-t-il un système d'évaluation du personnel ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

**Y-a-t-il un outil spécifique pour cette évaluation ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

**L'évaluation est-elle orientée sur l'avancement de l'individu dans le système de la fonction publique ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

**L'évaluation est-elle orientée sur le résultat des objectifs définis dans un plan d'action ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

**Existe-t-il un plan d'action annuel individuel ?**

Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

**Y-a-t-il des objectifs spécifiques établis chaque année ?**

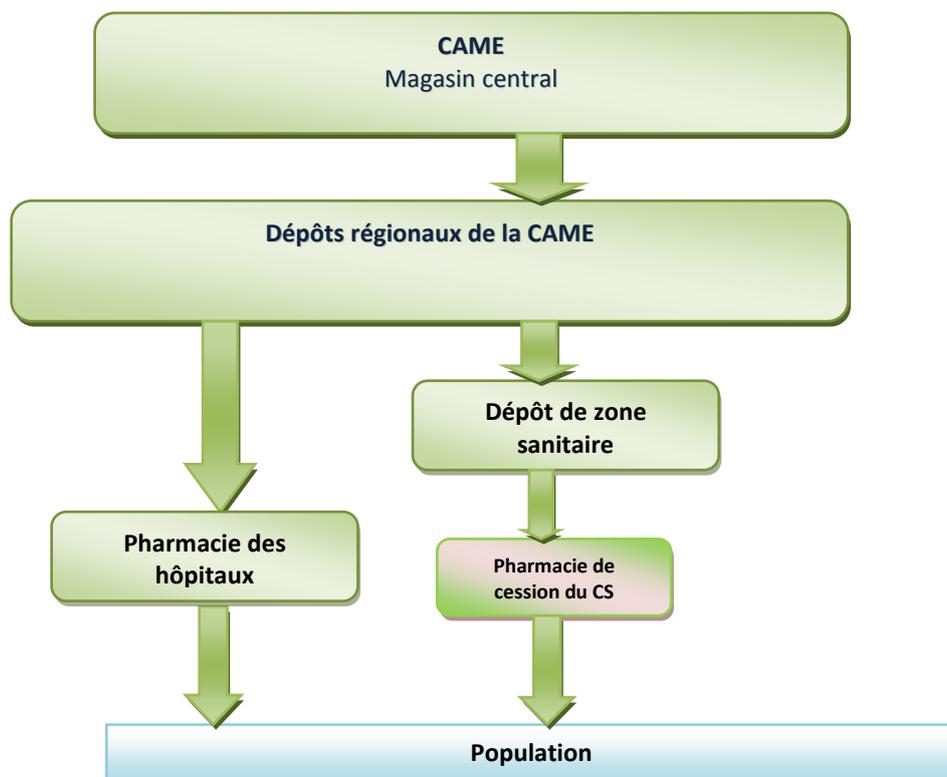
Oui  Non  Non Evalué

Remarque : .....

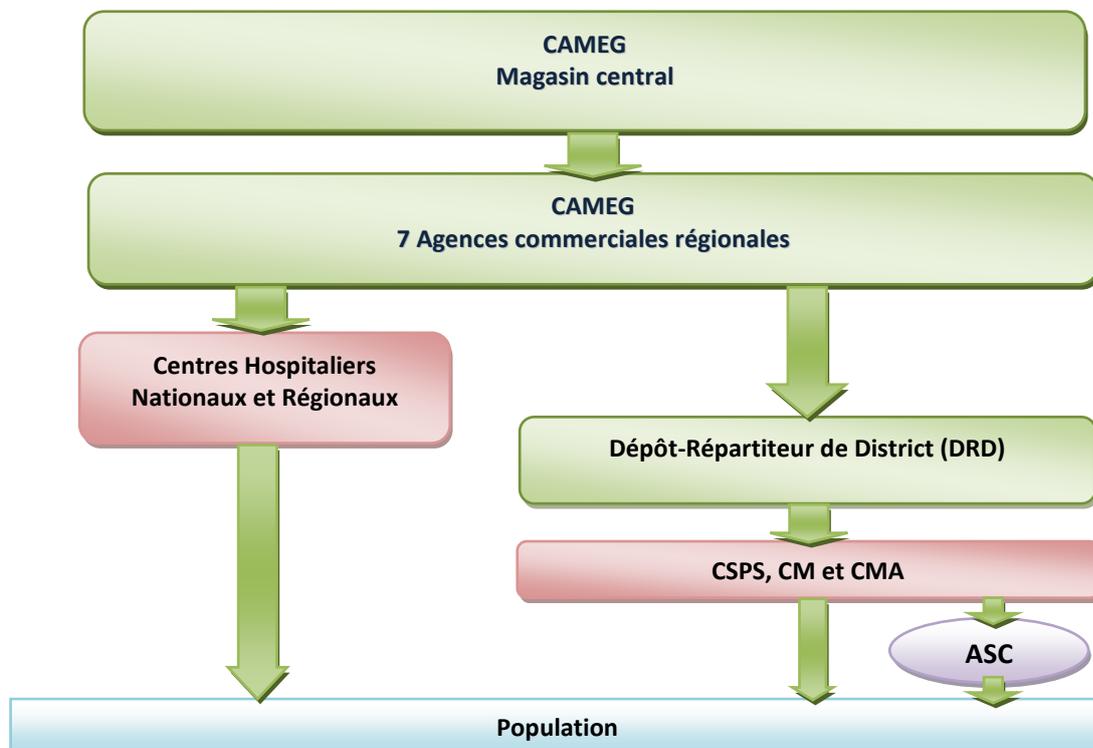


## ANNEXE 2. SCHEMAS DES SYSTEMES D'APPROVISIONNEMENT PUBLIC PAR PAYS

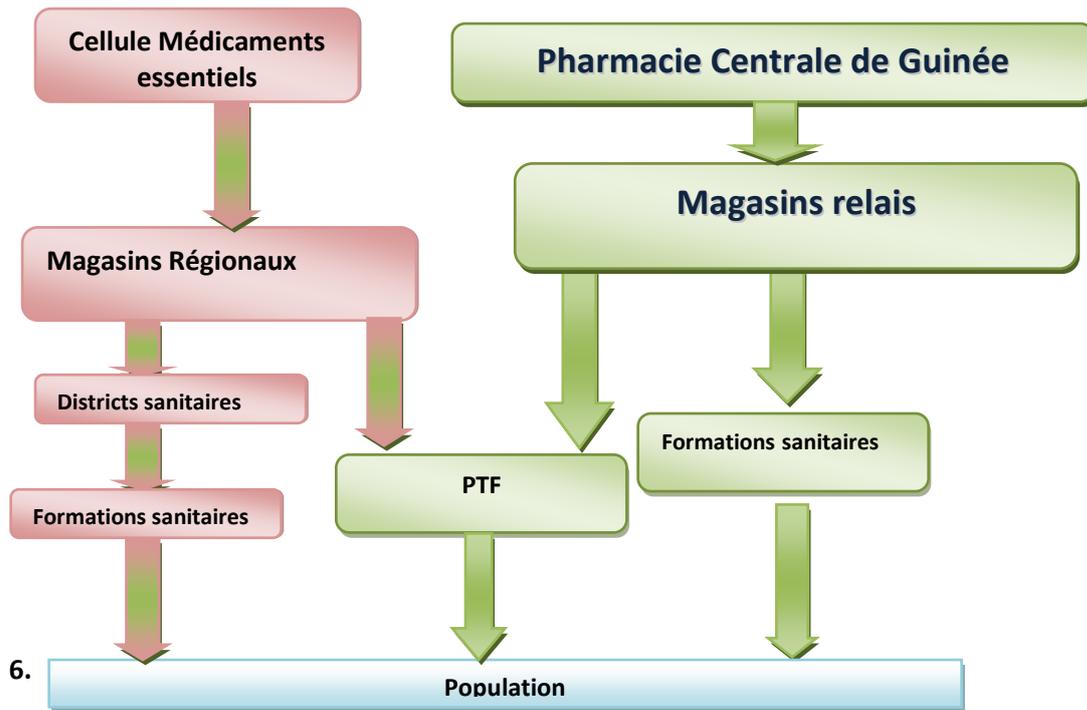
### 1. LE CIRCUIT D'APPROVISIONNEMENT PUBLIC EN PRODUITS DE SANTÉ DU BÉNIN



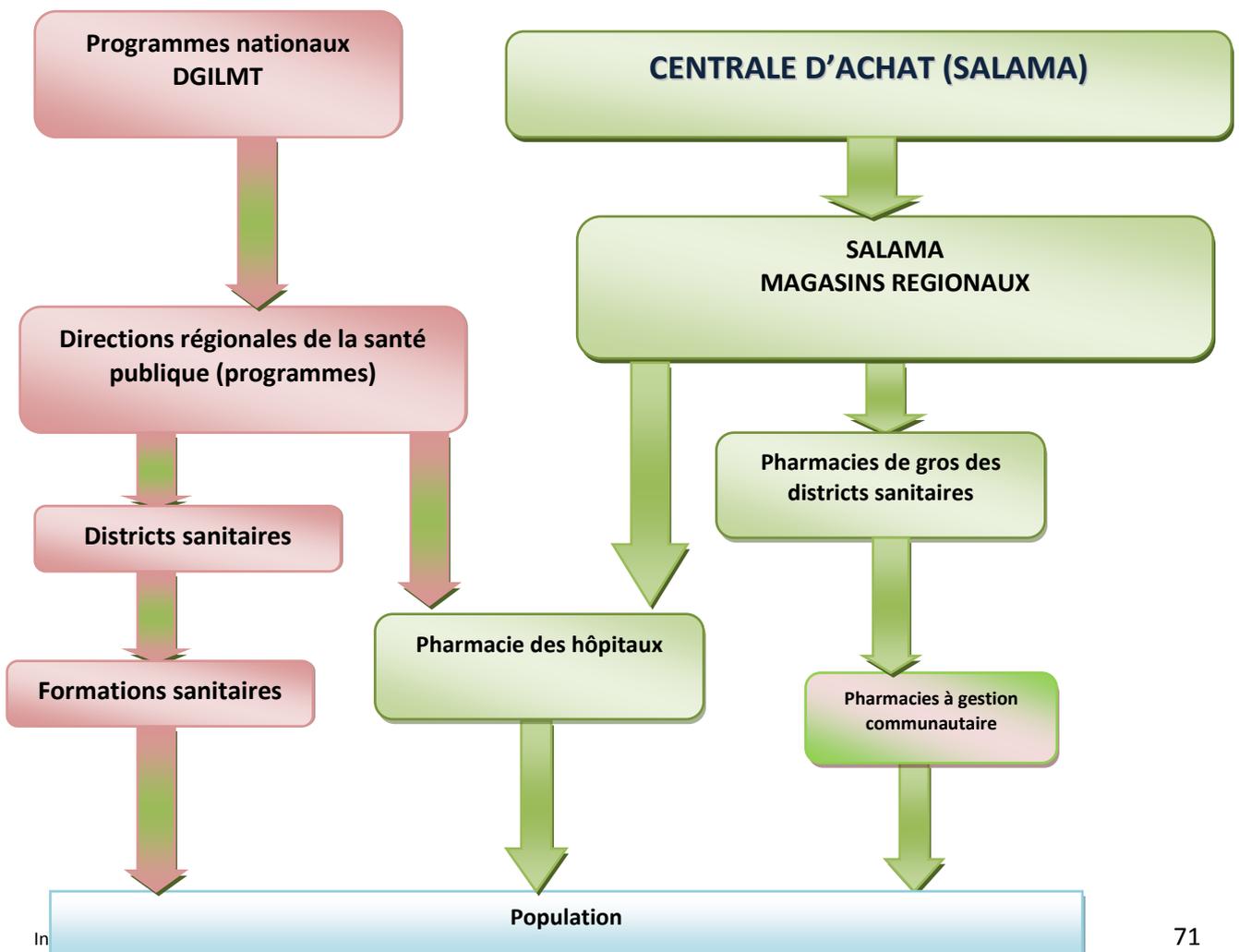
### 2. LE CIRCUIT D'APPROVISIONNEMENT PUBLIC EN PRODUITS DE SANTÉ DU BURKINA FASO



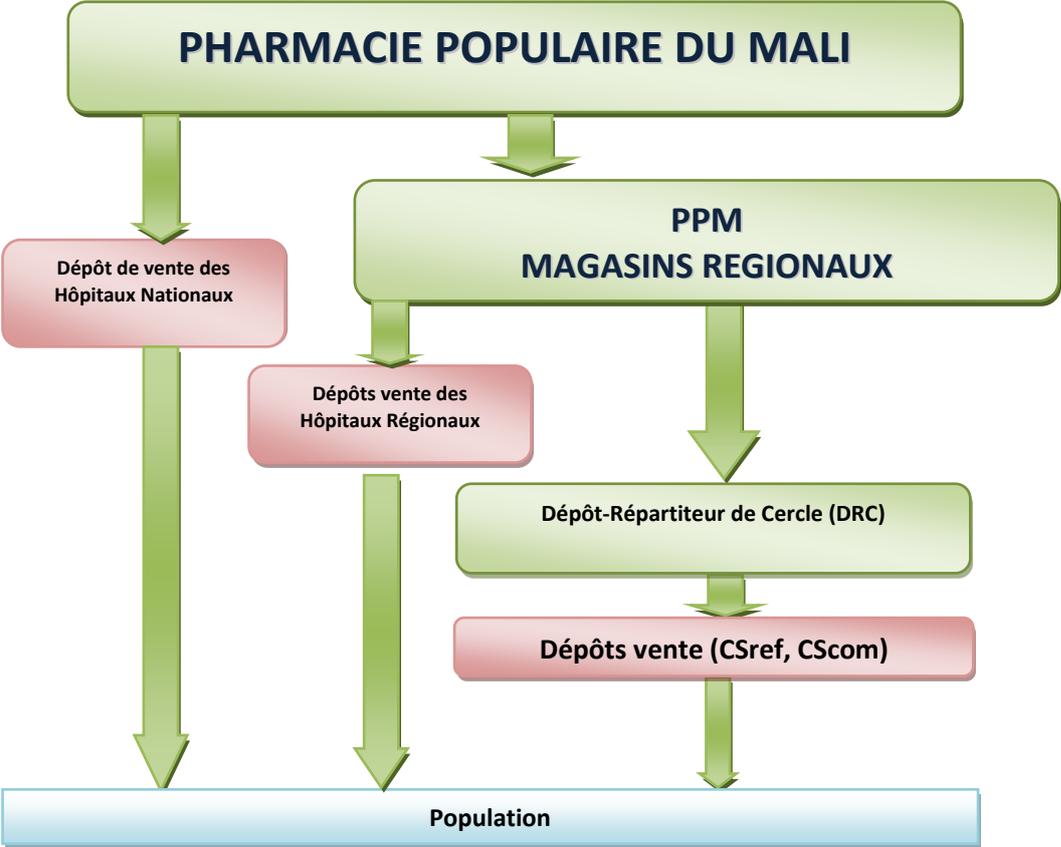
### 3. LE CIRCUIT D'APPROVISIONNEMENT PUBLIC EN PRODUITS DE SANTÉ DE GUINÉE



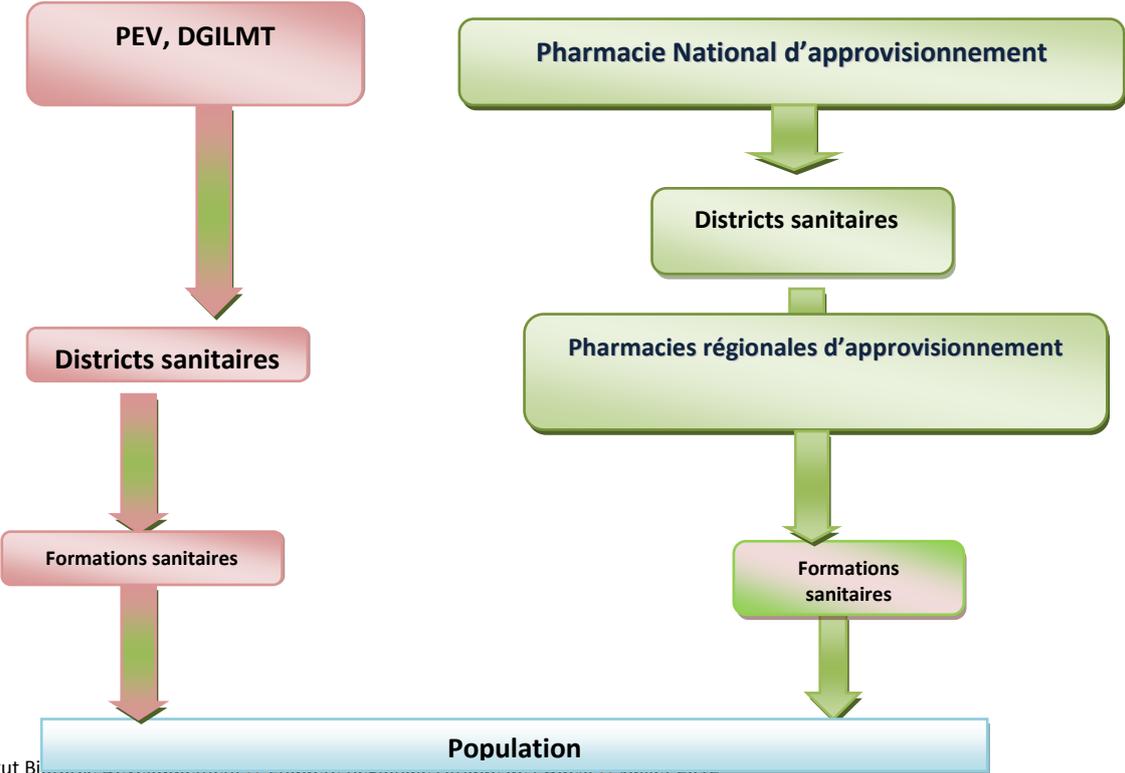
### 4. LE CIRCUIT D'APPROVISIONNEMENT PUBLIC EN PRODUITS DE SANTÉ DE MADAGASCAR



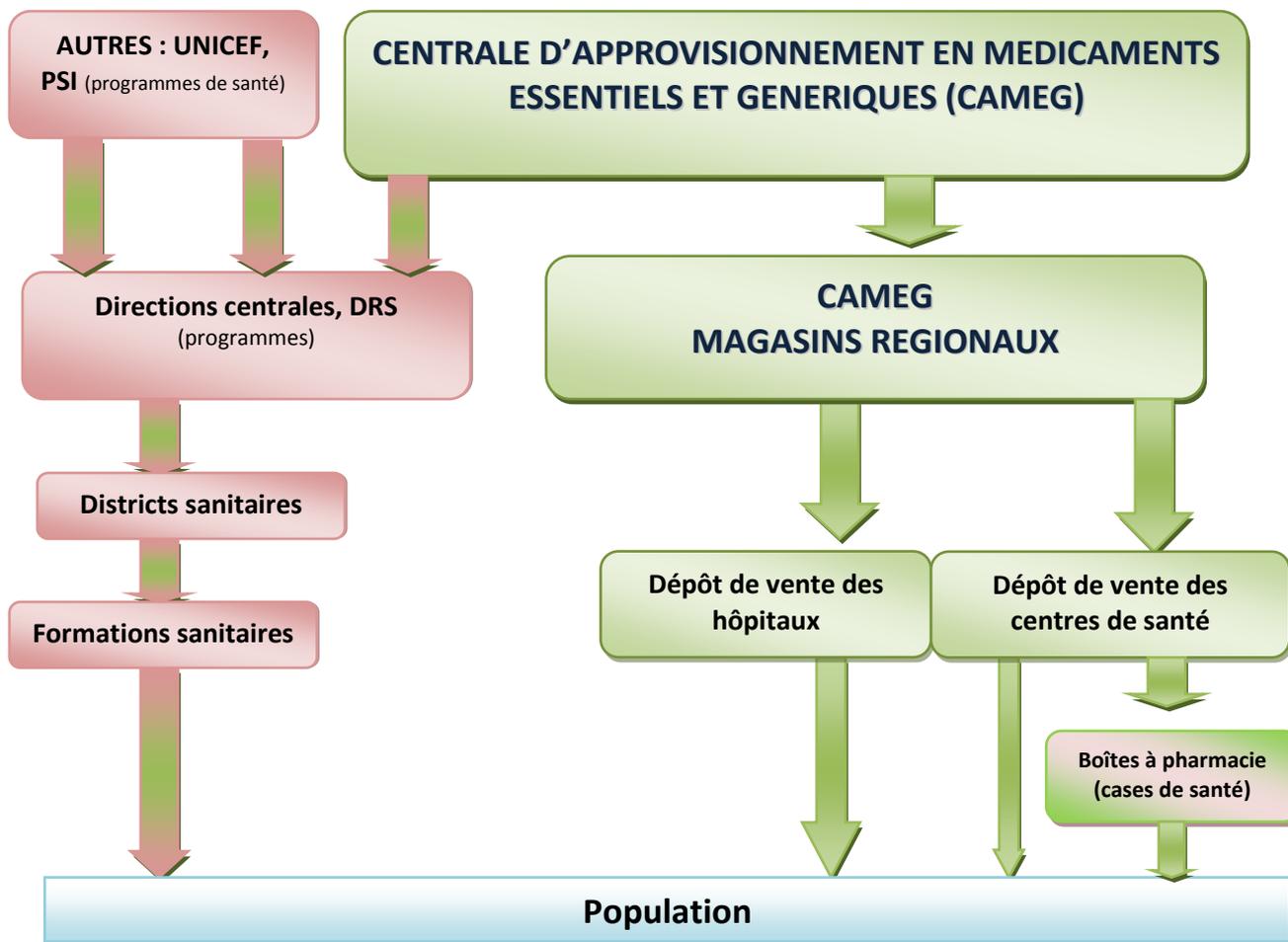
5. LE CIRCUIT D'APPROVISIONNEMENT PUBLIC EN PRODUITS DE SANTÉ DU MALI



6. LE CIRCUIT D'APPROVISIONNEMENT PUBLIC EN PRODUITS DE SANTÉ DU SÉNÉGAL

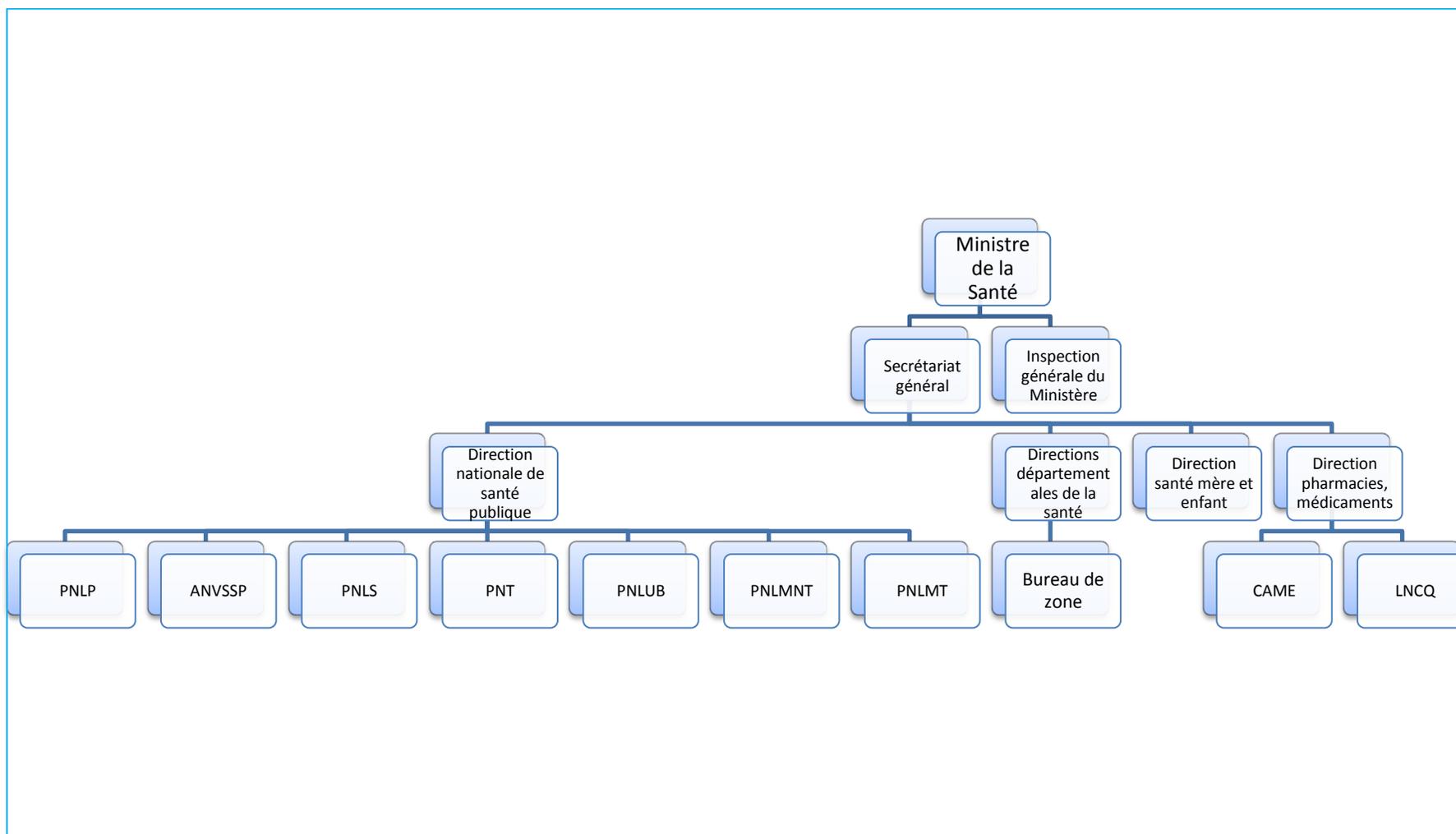


## 7. LE CIRCUIT D'APPROVISIONNEMENT PUBLIC EN PRODUITS DE SANTÉ DU TOGO

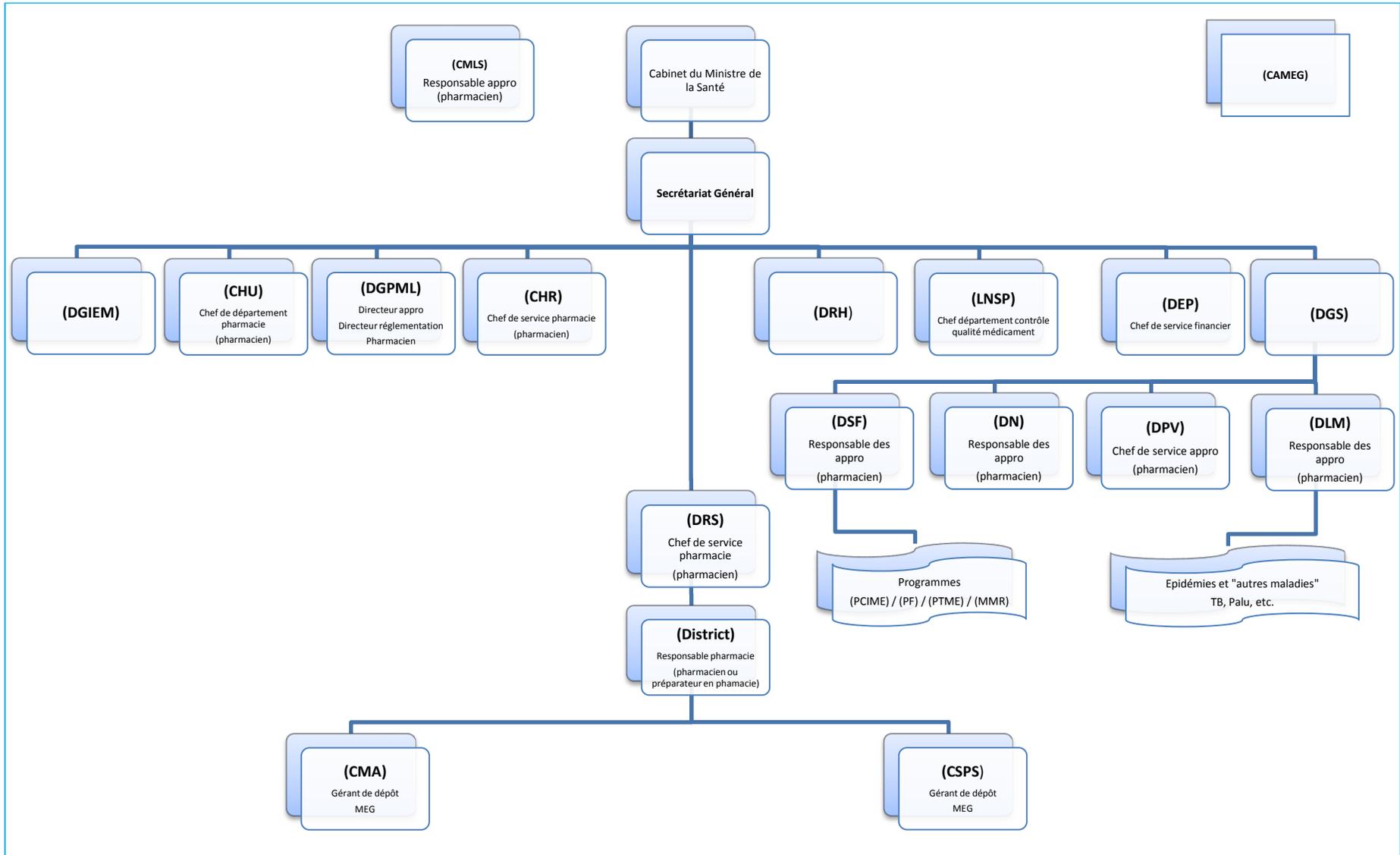


## ANNEXE 3. ORGANIGRAMMES DES MINISTÈRES DE LA SANTÉ PAR PAYS

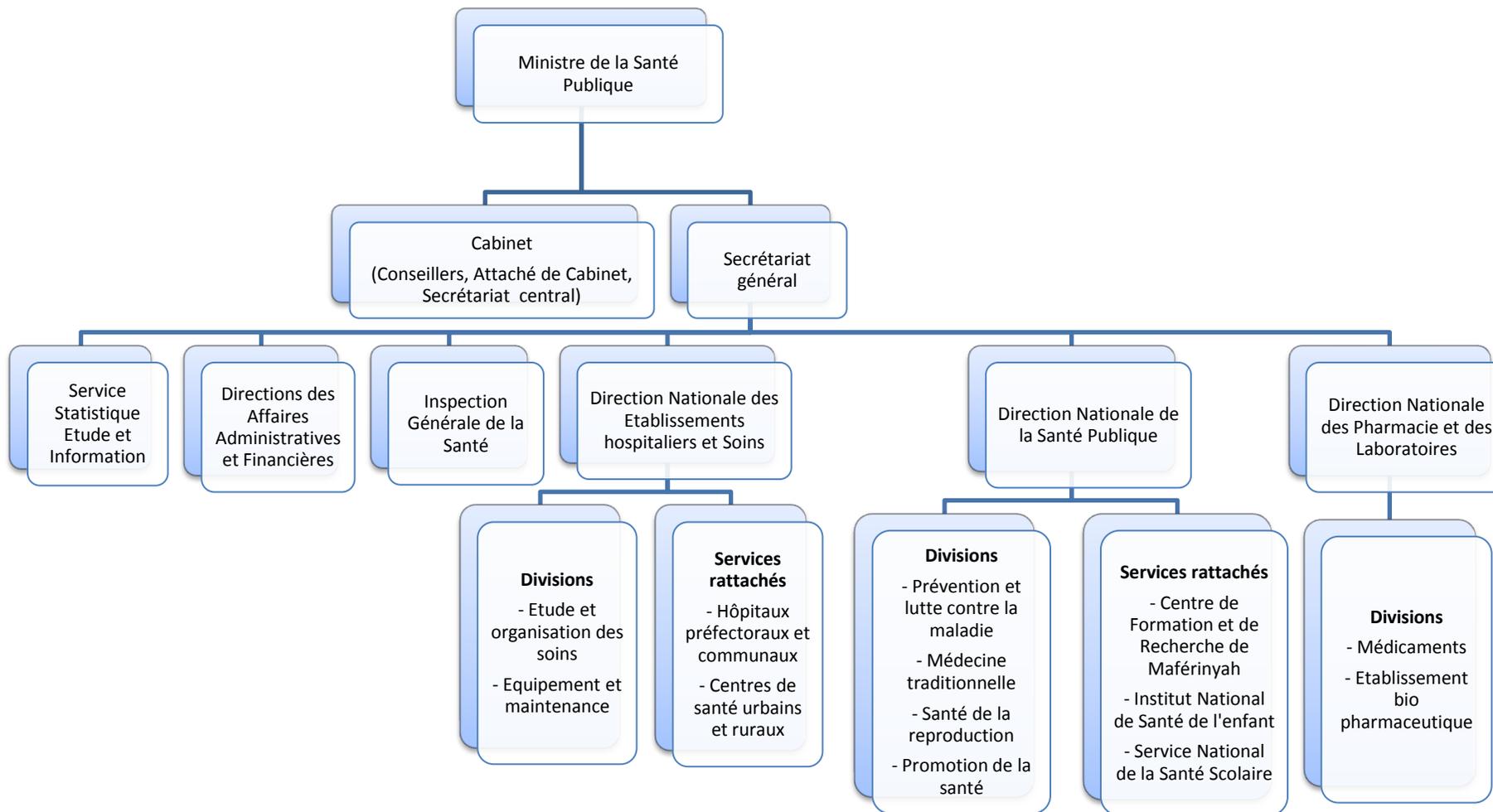
### 1. ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ AU BÉNIN



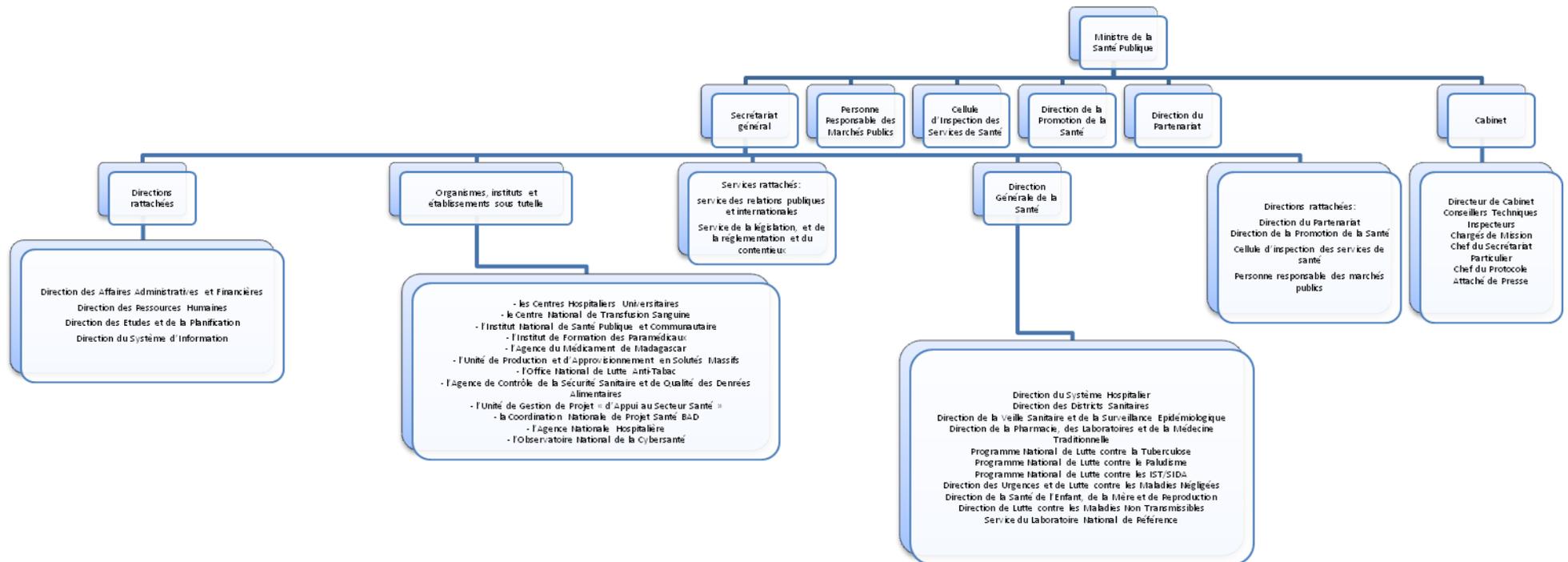
## 2. ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ AU BURKINA FASO



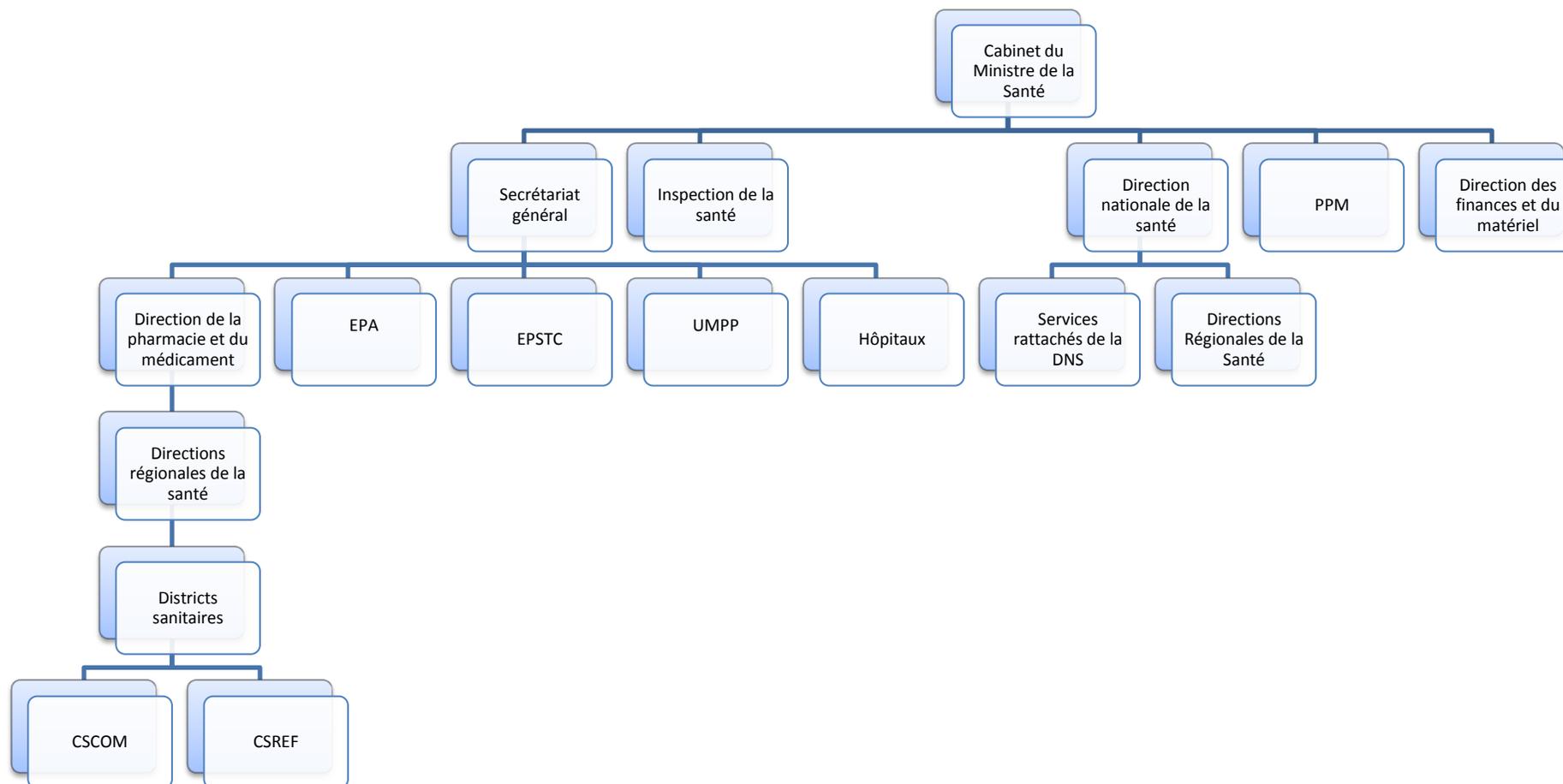
### 3. ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ EN RÉPUBLIQUE DE GUINÉE



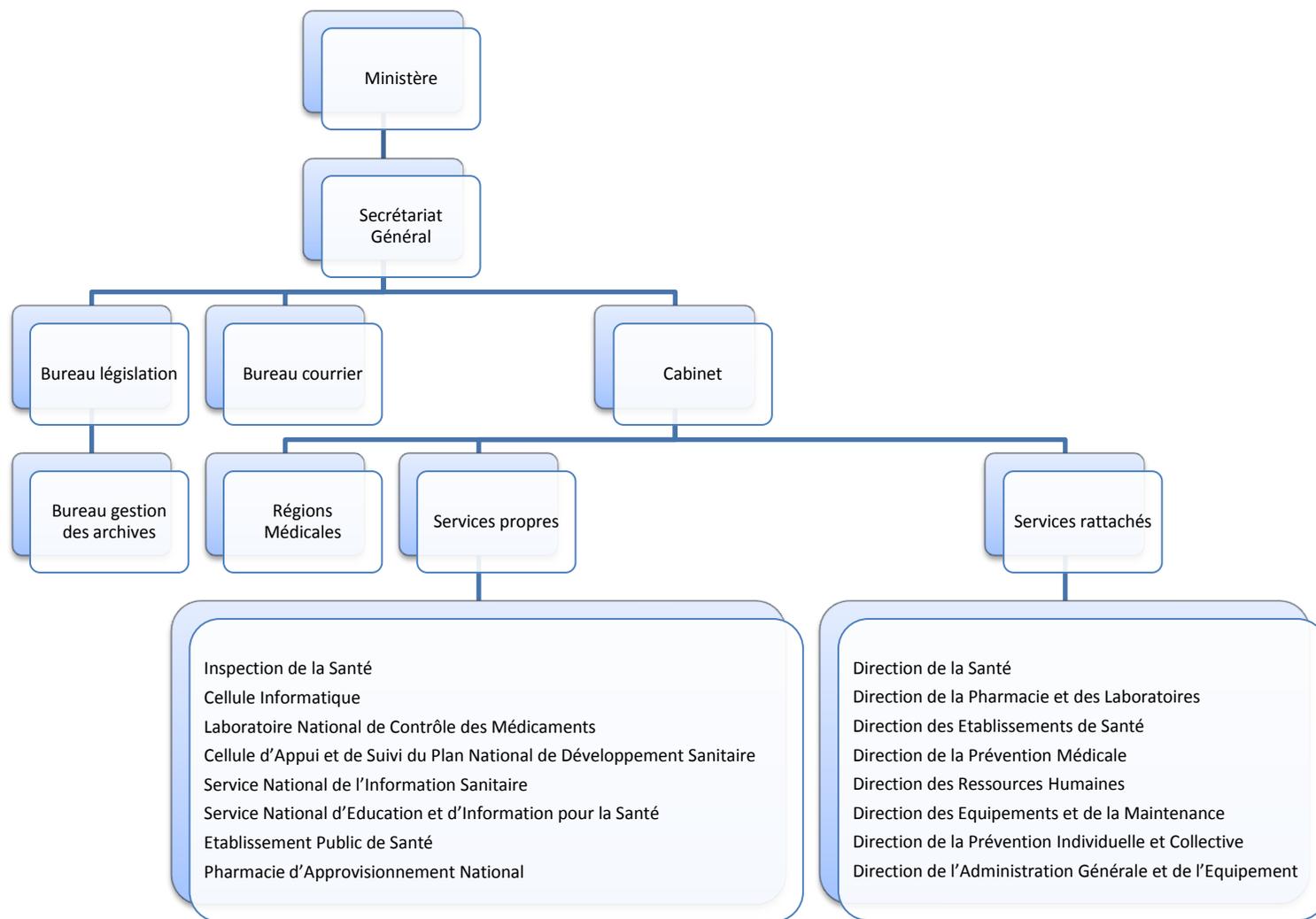
#### 4. ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ AU MADAGASCAR



## 5. ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ AU MALI



## 6. ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ AU SÉNÉGAL



## 7. ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU TOGO

